BELGIQUE - BELGIE
P.P.
1370 JODOIGNE
P.P. | 7 | 66
1435 Mont Saint Guibert
P911746

AGORA

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

N°/Nr 16

Trimestriel : Juillet - Août - Septembre 2014
Driemaandelijks : Juli - Augustus - September 2014

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

Edit. resp. / Verant. uitg. : Alda Dalla Valle • FNIB/NFBV
Rue de la Source / Bronstraat, 18 • 1060 Bruxelles / Brussel • www.fnib.be/ www.fnbv.be
Expéditeur : Axedis – Rue Pré du Pont 1 – 1370 Jodoigne

C.H.U. *de Charleroi*

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 néonatologie, 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

Evénements de grande importance **5**

Rubrique internationale

Le Conseil international des infirmières et l'Organisation internationale pour l'élaboration de normes terminologiques en santé offrent aux infirmières de nouvelles ressources informatiques **7**

La classe politique appelée à soutenir et renforcer les soins infirmiers **8**

Rubrique juridique

Quelle évolution depuis la réglementation sur les blessures par objets tranchants ? Les infirmières pensent que beaucoup reste encore à faire **9**

Nous avons lu pour vous ...

Plan d'action 2013-2018 sur l'informatisation dans le domaine des soins de santé **12**

BD lance à l'intention des patients diabétiques une aiguille pour stylo novatrice avec technologie Pentapoint™ à 5 biseaux **13**

Nos partenaires ...

Quatre façons de réduire les cas d'hépatite chez les consommateurs de drogues par injection **15**

Une infirmière danoise d'exception lauréate du prix international le plus prestigieux décerné par la profession **16**

BD lance en Belgique un dispositif de transfert en système clos qui améliore la protection des professionnels de la santé et réduit l'exposition aux substances médicamenteuses dangereuses **17**

Portrait

Hildegard E. Peplau **18**

Rubrique culinaire **33**

Bulletin d'adhésion FNIB **34**

Également dans ce numéro :

Congrès du 12 mai au Cercle de Wallonie à Namur **6**

Cancer, sexualité et sensibilité **22**

Progrès en matière de diagnostic de la tuberculose multirésistante **27**

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 I B-1030 Bruxelles
T. 02 245 47 74 I F. 02 245 44 63
e-mail : paulmeyer@publiest.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 medical team

SUD ASSISTANCE:
la référence en transports sanitaires.

Sud Assistance est une des seules sociétés spécialisées dans les transports médicalisés en Belgique et à l'étranger par tous types de moyens.
- Elle est la référence en matière de transports médico-sanitaires.
- Nous effectuons annuellement des centaines de missions de tous types dans le monde entier pour la majorité des assureurs-voyage.

Dans le cadre de notre expansion, nous recherchons des **collaborateurs infirmiers SISU** à temps partiel pour accompagner nos ambulances paramédicalisées et médicalisées lors des transferts interhospitaliers en Belgique ainsi qu'en rapatriement international par ambulance et par voie aérienne.
- Conditions : Travailler dans un service hospitalier aigu (Urgences ou USI)
- Parler les langues est un avantage.
- Conditions et candidatures via info@sudassistance.be

OP' Care

le logiciel du Nursing de la gamme

OmniPro

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

mims s.a. n.v.
www.mims.be
info@mims.be

Edito

Et voilà au moment où vous recevez cet Agora bien des événements ont eu lieu… et certains de grande importance.

Le 12 mai, Journée Internationale de l'Infirmière. Journée consacrée à une profession méritante et qui reste trop souvent dans l'ombre. Mais cependant inscrite dans le cœur de tous et reconnue de tous. Citons l'exemple de la France (DH du 11/05/2014) où, dans une analyse des professions qui ont la plus grande CONFIANCE des citoyens, elle obtient la seconde place ! Et elle est première en Corée du Sud, au Japon et en Australie.

La FNIB a tenu son congrès annuel à cette date justement pour mettre à l'honneur les infirmiers ; vous pourrez en voir quelques photos dans cet Agora.

Lors de cet événement, principalement dirigé vers le « futur », vers l'avenir de notre profession et de la formation infirmière en Communauté française, des politiques nous ont rejoints et, à la veille des élections du 25 mai, ils ont entendu et je l'espère compris nos préoccupations et nos attentes.

Je tiens à remercier de leur présence Mmes Fontaine (conseillère de la Ministre de la Santé Mme Onkelinx) et Gerkens (députée fédérale) ainsi que le sénateur Brotchi, M. Borsus (Parlement Wallon) et M. Flamand (conseiller de madame la Ministre Tillieux) … Il est néanmoins regrettable que, malgré maintes invitations, les ministres de l'Enseignement (secondaire et supérieur) Marcourt et Schyns, ne se sont pas manifestés.

Des questions sur la régionalisation des compétences en matière de santé, des questions sur la réforme de la formation infirmière et une seule filière de formation, des questions sur le pourquoi de l'accréditation des hôpitaux et d'autres leurs furent soumises. Leur réponse, invariable, est « OUI il faut réformer la formation infirmière afin qu'elle réponde à la Directive européenne sectorielle 2013/55/EU. » (la Belgique a jusque en janvier 2016 pour s'y soumettre) .et aux autres questions la réponse était « attendons le 26 mai ! »…..

A l'heure de rédiger cet éditorial je n'ai ni une boule de cristal ni aucunes certitudes, mais ce que je peux souhaiter c'est que le ou la prochaine Ministre de la santé soit attentif(ve) à nos demandes, tienne compte de nos « tables rondes » et surtout s'entoure de conseillers plus que concernés par notre profession.

En mettant de côté maintenant toutes ces préoccupations et questions sans réponse je vous souhaite néanmoins de très belles vacances et une période de repos qui vous soit profitable.

TOUTE L'ÉQUIPE FNIB VOUS SOUHAITE : BONNES VACANCES.

Alda **Dalla Valle**

Présidente FNIB.

Congrès du 12 mai au Cercle de Wallonie à Namur

Rubrique internationale

PRESS INFORMATION . COMMUNIQUÉ DE PRESSE . COMUNICADO DE PRENSA

Le Conseil international des infirmières et l'Organisation internationale pour l'élaboration de normes terminologiques en santé offrent aux infirmières de nouvelles ressources informatiques

Genève, Suisse, Copenhague, Danemark, le 20 janvier 2014 – Le Conseil international des infirmières (CII) et l'Organisation internationale pour l'élaboration de normes terminologiques en santé (IHTSDO) annoncent la parution d'un tableau d'équivalence entre leurs ensembles terminologiques respectifs, l'ICNP et la SNOMED-CT. Le tableau contient les déclarations de diagnostics et de résultats de l'ICNP qui entretiennent des équivalences sémantiques avec les contenus de la SMOMED-CT.

L'ICNP (Classification internationale de la pratique infirmière) est une norme internationale facilitant la description et la comparaison de la pratique infirmière aux niveaux local, régional, national et international. Cette terminologie joue un rôle crucial pour le CII : elle simplifie la représentation du domaine de la pratique infirmière au plan mondial afin de promouvoir des soins de qualité, fondés sur des données probantes. L'ICNP donne aux infirmières des solutions pour la tenue des dossiers médicaux électroniques à tous les niveaux, afin qu'elles disposent d'informations utilisables dans la pratique, l'administration, l'éducation et la recherche. La terminologie de soins de santé multidisciplinaire SNOMED-CT est conçue pour simplifier la saisie puis l'extraction de concepts cliniques dans les systèmes informatiques, ainsi que l'échange sûr, précis et efficace d'informations de santé.

« Le tableau d'équivalence entre l'ICNP et la SNOMED-CT est la preuve tangible de la manière dont la collaboration entre organisations de normes terminologiques peut simplifier la documentation normalisée de la prestation des soins de santé », relève David Benton, Directeur général du CII. « La normalisation favorise l'interopérabilité ainsi que la compréhension des contributions de chaque discipline aux résultats de santé. Elle est également propice à l'utilisation rationnelle et efficace des ressources de santé. »

« L'IHTSDO se félicite de la mise à disposition de ce travail aux utilisateurs du monde entier. Nous attendons avec intérêt le retour d'information qu'il suscitera, en espérant qu'il encouragera la prestation de soins interdisciplinaires. La poursuite de notre collaboration avec le CII est importante, car elle nous met en prise directe avec la profession infirmière au plan international », se félicite pour sa part Jane Millar, responsable des collaborations à l'IHTSDO.

Ce nouveau produit s'inscrit dans la collaboration autour du développement terminologique engagée entre le CII et l'IHTSDO par un accord d'harmonisation signé en 2010. Cet accord permet notamment au CII de diffuser le tableau d'équivalence sur son site Internet (www.icn.ch/icnp-download-redirection.html). Quoique le tableau ne soit pas entériné officiellement par l'IHTSDO, les personnes intéressées devraient, avant de le télécharger, prendre connaissance des conditions de la License d'affiliation de la SNOMED-CT (www.ihtsdo.org/licence.pdf).

Le produit servira aux infirmières et institutions de soins de santé souhaitant utiliser la SNOMED-CT pour la tenue de leurs dossiers médicaux électroniques et appliquer l'ICNP pour identifier les contenus cliniques pertinents dans la documentation des soins infirmiers.

D'autre part, le CII publie un Guide technique d'application de l'ICNP destiné à tous les publics d'utilisateurs, notamment les infirmières exerçant en milieu clinique et les éditeurs de logiciels. Le Guide, utilisé en complément à la documentation disponible sur le site de l'IHTSDO (http://ihtsdo.org/fileadmin/user_upload/doc/), sera particulièrement utile aux utilisateurs du Tableau d'équivalence, car il donne des détails sur les applications basées sur l'ICNP, ainsi que sur la structure et le contenu de la terminologie. Le Guide contient aussi des informations de nature technique. Il est disponible sur le site Internet du CII (www.icn.ch/pillarsprograms/implementing-icnpr/).

Note

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

Pour de plus amples renseignements sur cet article veuillez contacter
Lindsey Williamson : media@icn.ch,
Téléphone : +41 22 908 0100; télécopie : +41 22 908 0101
www.icn.ch.

La classe politique appelée à soutenir et renforcer les soins infirmiers

L'EFN et le CII demandent à la classe politique de soutenir et renforcer une main-d'œuvre infirmière bien éduquée, dans des effectifs suffisants, afin de prodiguer des soins centrés sur la personne et de promouvoir la santé dans l'UE et dans le monde.

Genève (Suisse) et Bruxelles (Belgique), le 22 janvier 2014 – Des responsables de la Fédération européenne des associations d'infirmières (EFN) et du Conseil international des infirmières (CII) se sont rencontrés à Bruxelles pour passer en revue les priorités du renforcement de la profession infirmière au niveau mondial et dans l'Union européenne.

L'EFN et le CII ont constaté que la recherche, les prises de décisions politiques fondées sur des preuves et l'accréditation déterminent fondamentalement le professionnalisme et le développement à long terme de la profession infirmière. Mais les deux institutions ont aussi observé que d'autres problèmes urgents méritent d'être traités en priorité, surtout dans le contexte actuel de reprise économique.

La crise a entraîné la suppression de nombreux postes et la détérioration des conditions d'emploi des infirmières, autant de mesures qui compromettent la pérennité des systèmes de santé. Or, le recrutement et la fidélisation d'une main-d'oeuvre infirmière bien formée et compétente sont des exigences fondamentales pour la prestation de soins de santé de haute qualité, efficaces et efficients. Les infirmières représentent le principal groupe de professionnels de santé. En contact étroit avec les populations qu'elles sont, souvent, les seules à desservir, les infirmières jouent un rôle prépondérant pour la santé de la population mondiale.

C'est pourquoi l'EFN et le CII appellent la classe politique à :

1. Réviser, dans le contexte de l'amélioration des circonstances économiques, les conditions de travail des infirmières et les effectifs jugés nécessaires pour prodiguer des soins sûrs et de haute qualité.
2. Évaluer les besoins en main-d'oeuvre à court et long termes, au moyen de méthodes de prévision tant quantitatives que qualitatives, afin d'assurer la disponibilité d'une main-d'oeuvre infirmière adéquate et dotée des qualifications requises.
3. Améliorer les programmes de formation aux soins infirmiers et mettre leur contenu en conformité avec les besoins contemporains des patients et du public.
4. Engager les infirmières dans les processus politiques et dans les prises de décisions.

Note

L'EFN

La **Fédération européenne des associations d'infirmières (EFN)**, fondée en 1971, représente plus de 34 associations nationales d'infirmières. Par son action, l'EFN influence le travail quotidien de six millions d'infirmières dans l'Union européenne et en Europe. Voix indépendante de la profession infirmière, l'EFN a pour mission de renforcer le statut et la pratique de la profession infirmière, au bénéfice de la santé des citoyens et des intérêts des infirmières de l'UE et de l'Europe.

Le CII

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

Pour de plus amples renseignements, prendre contact avec :

Paul De Raeve, Secrétaire général EFN
Clos du Parnasse, 11A, B-1050 Bruxelles (Belgique)
Tél. : +32 2 512 74 19 – Fax : +32 2 512 35 50
Courriel : efn@efn.be – Internet : www.efnweb.eu

Lindsey Williamson
Conseil international des infirmières
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Genève (Suisse)
Tél. : +41 22 908 0100 – Fax : +41 22 908 0101
Courriel : williamson@icn.ch – Internet : www.icn.ch

Rubrique juridique

Paul De Raeve, secrétaire général de la Fédération européenne des associations infirmières (EFN)

Quelle évolution depuis la réglementation sur les blessures par objets tranchants ? Les infirmières pensent que beaucoup reste encore à faire

Les blessures par objets tranchants constituent la deuxième cause de blessures les plus fréquentes dans le domaine de la santé, derrière les blessures au dos[1], et leur incidence ne doit pas être sous-estimée. En plus de représenter un coût financier élevé pour les employeurs[2], une blessure causée par un objet tranchant ou piquant peut entraîner d'éventuelles infections causées par 30 agents pathogènes hématogènes, dont l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH[3]. Une blessure par objet tranchant peut également avoir des conséquences psychologiques négatives. Le désarroi ressenti à l'idée d'avoir contracté une maladie transmissible par le sang peut ainsi suffire à déclencher un état de stress post-traumatique[4], une dépression et créer un sentiment de peur, la peur que la blessure reçue ne constitue un frein dans le développement d'une carrière professionnelle.

La Directive européenne 2010/32/EU[5] relative à la prévention des blessures par objets tranchants a été émise en 2010 pour aider à prévenir le million de blessures de ce type que l'on estime se produire chaque année au sein de l'Union européenne[6]. Elle établit un cadre juridique comprenant des mesures censées répondre à un certain nombre de problématiques, telles que l'évaluation et la prévention des risques, la formation et l'information, la sensibilisation et la surveillance, ainsi que les procédures de réponse et de suivi.

La mise en œuvre de la directive européenne a sans nul doute constitué une étape décisive en vue d'assurer la sécurité des professionnels de santé en Europe, et il a été demandé à l'ensemble des pays membres de l'Union européenne de transposer la directive dans leur droit national au plus tard le 11 mai 2013. La directive a ainsi été introduite en Belgique par le biais du décret royal du 17 avril 2013, modifiant celui d'août 1996[7]. Ce décret fournit des informations détaillées quant aux exigences auxquelles les travailleurs de santé doivent se plier pour combattre les 12 000 blessures par objets tranchants enregistrées chaque année en Belgique[8]. Les modifications apportées au décret royal sont d'importance et il est primordial que les employeurs soient pleinement conscients des répercussions que la directive a eues sur le droit belge pour éviter de commettre une infraction.

Exhaustif, le décret couvre l'ensemble des aspects relatifs à la gestion des blessures par objets tranchants, de la gestion et l'analyse des risques au comptes rendus d'incidents sans oublier le devoir de diligence auquel un employeur est tenu vis-à-vis de l'ensemble de son personnel, salariés comme indépendants. Il conseille également aux employeurs d'opérer les changements qui s'imposent et d'intégrer des dispositifs de sécurité[9] là où un risque de blessure par objets tranchants a été identifié. Est aussi mise en avant l'importance de former les travailleurs de santé à la prévention des risques, de les sensibiliser aux bonnes pratiques, tout en insistant sur la nécessité d'intégrer des procédures de signalement d'incidents. Enfin, le décret interdit le recapuchonnage des aiguilles car un accident peut se produire si un travailleur de santé tient l'aiguille dans une main et tente de la recapuchonner avec l'autre[10].

Quelques mois après que la directive soit arrivée à échéance, la Fédération européenne des associations infirmières (EFN) a souhaité déterminer le degré d'application des mesures définies par cette directive dans la pratique quotidienne des professionnels de santé européens. Cette analyse a par la suite donné lieu à la publication d'un rapport sur la mise en œuvre de la directive 2010/32/EU sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur de la santé[11]. Afin d'étayer cette étude, l'EFN a réalisé un questionnaire auquel ont répondu presque 7 000 professionnels de santé répartis dans 28 pays européens, parmi lesquels des infirmières (6 095 ou 87 %), des auxiliaires de santé (283 ou 4 %), des médecins (47 ou 1%) et 546 répondants (8 %) occupant d'autres fonctions.

Les réponses au questionnaire ont révélé que dans l'ensemble les professionnels santé ont le sentiment que leurs pays respectifs ont bien mis en place des mesures en vue de prévenir le risque de blessures par objets tranchants, et que globalement leurs pratiques se sont améliorées grâce à la conception et à la mise en œuvre de la directive. L'analyse des données révèle également l'impact positif de la directive sur les pratiques quotidiennes et l'environnement clinique des travailleurs de santé interrogés, un plus grand nombre de dispositifs médicaux sécurisés étant désormais disponibles et la responsabilité de rendre compte d'une blessure clairement établie.

Cependant, les professionnels qui ont participé à cette enquête ont également identifié certains aspects importants peu ou pas traités et sur lesquels il est nécessaire de se pencher, tels que des formations spécifiques sur la prévention des blessures par objets tranchants, l'exécution d'évaluation des risques sur le lieu de travail, l'interdiction explicite du recapuchonnage, et de manière surprenante, le manque de campagnes de sensibilisation. Les répondants ont également mis l'accent sur le fait que les professionnels de santé ont besoin d'être plus encadrés lorsqu'ils sont victimes d'une blessure, cet encadrement devant être davantage ancré dans les pratiques quotidiennes.

La conclusion peut-être la plus inquiétante concerne les formations à l'utilisation de dispositifs médicaux sécurisés, celles-ci étant souvent jugées faibles, voire inexistantes, et ce malgré de nombreuses études indépendantes[12] selon lesquelles la conjugaison de formations, de pratiques de travail plus sûres et l'utilisation de dispositifs médicaux sécurisés pourrait prévenir plus de 80 % des blessures par objets tranchants. La capacité du fabricant à offrir des formations de haute qualité doit également être prise en compte lors de l'acquisition de dispositifs sécurisés. Lorsqu'ils sont achetés par le biais d'appels d'offres, ces derniers doivent inclure certaines exigences spécifiques telles que la formation et des services de soutien. Enfin, les infirmières devraient être davantage impliquées

>> Suite page 10

dans le processus de sélection de ces dispositifs car leur performance et leur qualité varient, comme l'expérience me l'a prouvé.

Je dois également souligner dans le cadre de cet article que les résultats concernant l'évaluation des risques montrent qu'il reste encore fort à faire en Belgique pour réduire le nombre de blessures par objets tranchants. En vertu de la clause n°5 de la directive européenne, les employeurs sont tenus de procéder à une évaluation des risques régulière applicable dans l'ensemble des situations impliquant le risque de blessure, du sang ou d'autres matériels potentiellement infectieux. L'évaluation des risques devrait également prendre en compte les technologies utilisées, l'organisation et les conditions de travail, les niveaux de qualification, des facteurs psycho-sociaux, ainsi que l'influence des facteurs ayant trait à l'environnement de travail. En procédant à une évaluation des risques, il est possible d'identifier la manière dont l'exposition auxdits risques pourrait être éliminée et examiner les alternatives possibles.

Seulement 40 % des répondants ont rapporté que leurs employeurs procédaient à des évaluations des risques pour prévenir la survenue de blessures par objets tranchants sur leur lieu de travail, alors que c'est là une exigence obligatoire de la directive européenne. En Belgique, en France, en Allemagne, en Italie, en Pologne et en Espagne, un nombre de professionnels encore plus important ont déclaré que leurs employeurs ne menaient aucune évaluation de cette nature.

Malgré des variations observables d'un pays à l'autre, ce résultat négatif n'est pas propre à un environnement de soins spécifique, mais s'applique tout autant aux hôpitaux qu'aux centres de soins de proximité et ceux pour personnes âgées, mettant en évidence le fait que davantage d'actions visant à promouvoir l'évaluation des risques doivent être entreprises, et ce dans ces trois types d'établissements. Mais il est tout aussi important que les professionnels de santé s'investissent dans les évaluations des risques menées sur leur lieu de travail de manière à ce que l'article 5 de la directive prenne une dimension pratique et non purement théorique. Les professionnels de santé opérant dans ce domaine doivent donc être impliqués dans les évaluations des risques obligatoires et les syndicats peuvent jouer un rôle important dans ce cadre.

Il est possible d'encourager la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur de la santé en renforçant ces aspects que les infirmières jugent déficients, par exemple le besoin de formations supplémentaires, de sensibilisation, ainsi que le suivi apporté à une blessure. De tels efforts sont déterminants pour progresser dans le sens du programme européen relatif à la sécurité et à la qualité. Après tout et comme le stipule la directive 2010/32/EU, un personnel de santé bien formé est essentiel pour prévenir les blessures et la transmission d'infections liées à des objets tranchants ou piquants. Pour pallier ce manque, la Belgique devrait renforcer sa formation professionnelle continue et faire usage du Fonds social européen disponible sur la période 2014-2020, avec pour objectif le renforcement du transfert de connaissances et d'appui à la mise en œuvre (horizon 2020)[13].

Les données collectées dans le cadre de l'étude de l'EFN montrent que la directive européenne a eu un impact positif sur les pratiques cliniques, mais révèlent également qu'il reste encore fort à faire dans des domaines clés qui se sont révélés efficaces pour réduire les blessures par objets tranchants. Les employeurs du secteur de la santé belges sont tenus d'appliquer le décret royal promulgué l'an dernier et d'adopter une politique de "tolérance zéro" en matière de blessures par objets tranchants, et ce aussi bien dans les hôpitaux que dans les centres de soins de proximité et pour personnes âgées.

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.

1 National Audit Office, A safer place to work – improving the management of health and safety risks in NHS trusts, 30th April 2003, http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2003/04/0203623.pdf
2 European Biosafety Network, Prevention of sharps injuries in the hospital and healthcare sector: Implementation guidance for the EU Framework Agreement, council directive and associated national legislation, http://europeanbiosafetynetwork.eu/EU%20Sharps%20Injuries%20Implementation%20Guidance.pdf
3 Ibid.
4 B. Green and E. C. Griffiths, Psychiatric consequences of needlestick injury, Occupational Medicine, (London: 2013, Vol. 63 (3):183-188.
5 EU Council Directive 2010/32/EU, http://europeanbiosafetynetwork.eu/OJEU.pdf
6 EU Commission for Employment, Social Affairs and Inclusion, New legislation to reduce injuries for 3.5 million healthcare workers in Europe, 8th March 2010.
http://www.saferneedles.org.uk/news/pdf_articles/Directive_press_statement.pdf
7 Royal Decree, French, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm and Dutch, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/summary.pl
8 Health and Safety Executive, Management and prevention of sharps injuries: Inspection of NHS Trusts 2010/2011 by Occupational Health Inspectors, 1st July 2010-11-10 http://www.hse.gov.uk/healthservices/needlesticks/sharp-injuries.pdf
9 Royal Decree, French, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm and Dutch, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/summary.pl
10 Ibid.
11 European Federation of Nurses Associations, EFN Report on the Implementation of Directive 2010/32/EU on the prevention of sharps injuries in the healthcare sector: Descriptive and Explorative Cluster Analysis of Directive, available at: http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2013/12/EFN-Report-on-Sharps-Injuries-DIR32-Implementation.pdf
12 a) Adams D, Elliott TS. Impact of safety needle devices on occupationally acquired needlestick Injuries: a four-year prospective study. J of Hosp Infect 2006; 64: 50-5
b)Advances in Exposure Prevention; vol. 3, no. 4; Libourne study GERES day 09/2001
c) Tarantola A, Golliot F, Astagneau P, Fleury L, Brucker G, Bouvet E; CCLIN Paris-Nord Blood and Body Fluids (BBF) Exposure Surveillance Taskforce. Occupational blood and body fluids exposures in health care workers: four-year surveillance from the Northern France network. Am J Infect Control. 2003 Oct;31(6):357-63
d) Cullen BL, Genasi F, Symington I, Bagg J, McCreaddie M, Taylor A, Henry M, Hutchinson SJ, Goldberg D, 'Potential for reported needlestick injury prevention among healthcare workers in NHS Scotland through safety device usage and improvement of guideline adherence: an expert panel assessment' J of Hosp Infect 2006, 63: 445-451
13 European Commission, Horizon 2020: The EU Framework Programme for Research and Innovation 2014-2020, find out more at: http://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/

Coopération | Respect | Qualité & Excellence | Ouverture au changement | Responsabilité

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

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

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

www.saintluc.be/jobs

Comment postuler?

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

Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES

Lu pour vous

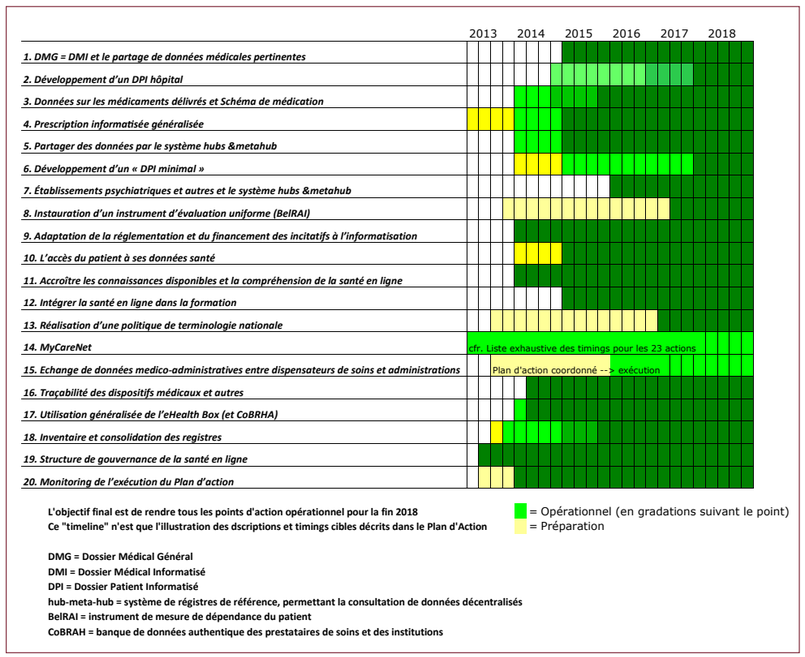
Plan d'action 2013-2018 sur l'informatisation dans le domaine des soins de santé

COMMUNIQUÉ DE PRESSE COMMUN DES MINISTRES DE LA SANTÉ DE BELGIQUE
Bruxelles, le 29 avril 2013
Les différents Ministres - fédéral, communautaires et régionaux - qui sont en charge de la politique en soins de santé se sont réunis ce jour 29 avril 2013 sur les soins de santé. Lors de cette Conférence Interministérielle, le plan d'action 2013-2018 de l'informatisation des soins de santé a été officiellement approuvé.

Les différents Ministres - fédéral, communautaires et régionaux - se sont engagés à exécuter, de manière concertée, les objectifs repris dans le Plan d'Action 2013-2018 sur l'informatisation dans le domaine des soins de santé et ce, dans l'intérêt du patient. Dans cette perspective, les Ministres ont signé un protocole d'accord le 29 avril 2013, prémices d'un accord de coopération.

Le plan d'action « e-Santé » dresse, de manière concrète pour les cinq années à venir, les actions à réaliser afin d'atteindre l'objectif de la généralisation de l'échange électronique d'informations du dossier patient dans les soins de santé et l'assurance maladie. Cet échange d'informations permettra clairement, avec le consentement du patient et dans le strict respect des règles de sécurité des données et de la législation en matière de vie privée, d'optimaliser la qualité de la prestation de soins et diminuera les charges administratives des patients, des prestataires de soins et des mutualités.

Le plan d'action a été élaboré fin 2012, suite à une large concertation avec tous les acteurs du secteur (associations de patients, prestataires de soins, mutualités, industrie IT, autorités). Près de 300 personnes ont, dans un esprit constructif et créatif, rassemblé leurs connaissances et leurs attentes en vue de développer un système « e-Santé » performant dans lequel le patient occupe une place centrale. Le plan a été présenté le 20 décembre dernier aux différentes parties prenantes lors de la séance de clôture de la table-ronde.



Le Plan d'Action e-Sante 2013-2018 et les documents annexes peuvent être consultés publiquement via le site www.RTReH.be

Cette stratégie « d'e-Santé » doit permettre d'éviter les doubles encodages et la paperasserie inutile, d'accroître la sécurité et la qualité des soins dispensés par une meilleure connaissance de l'ensemble du dossier du patient, d'assurer la cohérence des systèmes technologiques et de la terminologie médicale utilisés entre les différentes régions du pays et d'exploiter pleinement l'informatique afin de réaliser les politiques de santé.

Le plan d'action, qui fera l'objet d'un rapportage semestriel à la Conférence Interministérielle sur la réalisation du plan, couvre différents projets essentiels pour la qualité de notre système de santé. Par exemple, la prescription électronique des médicaments, la traçabilité des implants, le partage de données médicales entre prestataires de soins, la création du dossier santé directement accessible par le patient, l'échange électronique de données médico-administratives avec les mutualités, l'évaluation et l'adaptation de la réglementation relative aux incitatifs à l'informatisation des dispensateurs de soins, etc.

Plus de 4 ans après la création de la plateforme e-Health, l'exécution du plan d'action par toutes les parties concernées permettra de proposer aux patients et aux prestataires de soins des services en e-Santé à réelle valeur ajoutée. Il est aussi essentiel de prendre le temps pour expliquer, convaincre et faire accepter de nouvelles manières de travailler. Le personnel médical et paramédical doit pouvoir être libéré de tâches administratives redondantes ou superflues afin de concentrer toutes les ressources sur le patient. Et le patient lui doit pouvoir bénéficier de meilleurs soins grâce à une plus grande connaissance de son dossier médical global et ainsi, avec les prestataires de soins, être acteur de sa santé !

>> Suite page 13

La « ligne du temps » en annexe donne un aperçu des dates-cible prévues pour la réalisation des différents projets; les descriptions concrètes et les dates cibles correspondantes figurent dans le Plan d'Action 2013-2018.

A l'instar de la table-ronde qui fut sans nul doute un succès de mobilisation, il est maintenant nécessaire de garder le contact avec le terrain et d'assurer une large participation des différents acteurs (dispensateurs de soins, organismes assureurs, associations de patients, industrie, instances fédérales et régionales) afin de réaliser l'exécution du plan d'action. Le Comité de concertation des utilisateurs d'e-Health, ouvert aux entités fédérées, aura pour mission d'organiser ce forum sur l'e-Santé.

Laurette Onkelinx
Vice-première Ministre, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Vice-premier en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Jo Vandeurzen
Vlaams Minister van welzijn, gezondheid en het gezin
Fadila Laanan
Ministre de la Communauté française de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des chances
Harald Mollers
Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales
Celine Fremault
Ministre de la Santé de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française
Guy Vanhengel
Minister van Volksgezondheid, van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Eliane Tillieux
Ministre Wallonne de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances

Pour toute information complémentaire concernant le communiqué de presse, vous pouvez vous adresser aux personnes suivantes :

- Mr C. Decoster, Secrétaire de la CIM, christiaan.decoster@gezondheid.belgie.be
- Mr F. Robben, Administrateur général de e-Health, 'Frank.Robben@ksz-bcss.fgov.be'
- Mr R. Deridder, Directeur - général INAMI, 'ri.deridder@riziv.fgov.be'

BD lance à l'intention des patients diabétiques une aiguille pour stylo novatrice avec technologie Pentapoint™ à 5 biseaux

Erembodegem, Belgique (21 mars 2014) – Entreprise d'envergure internationale spécialisée dans la technologie médicale, BD (Becton, Dickinson and Company) lance en Belgique l'aiguille pour stylo BD Micro-Fine Ultra™ 4mm à 5 biseaux. Des études cliniques ont démontré que cette nouvelle aiguille améliore le confort à l'injection des patients diabétiques, tout en optimisant les avantages de l'injection avec l'aiguille pour stylo BD Micro-Fine™+ actuelle . La technologie Pentapoint™ à 5 biseaux est la dernière-née d'une série d'innovations de BD Medical – Diabetes Care.

Une étude menée auprès de patients a montré que l'aiguille pour stylo à 5 biseaux est moins douloureuse, plus facile à insérer et plus confortable par rapport aux aiguilles pour stylo actuelles à 3 biseaux. Une autre étude conduite auprès de 63 patients dans quatre hôpitaux de Belgique et des Pays-Bas a indiqué, par rapport à l'aiguille pour stylo à 3 biseaux, que :

- 62 % des patients ont évalué l'aiguille à 5 biseaux comme « meilleure » ou « nettement meilleure » en matière de confort
- 53 % des patients ont estimé devoir exercer « moins » ou « beaucoup moins » de force pour insérer l'aiguille à 5 biseaux dans la peau
- 66 % des patients ont évalué l'aiguille à 5 biseaux comme « moins » ou « nettement moins » douloureuse
- 69 % des patients ont préféré l'aiguille pour stylo à 5 biseaux et 79 % la demanderaient « certainement » ou « probablement »
- 83 % des patients recommanderaient « certainement » ou « probablement » l'aiguille pour stylo à 5 biseaux à d'autres personnes

Une étude suggère qu'un cinquième à un tiers des patients diabétiques hésite ou est réticent à pratiquer l'auto-injection d'insuline par peur de l'aiguille . D'autre part, les patients ayant fait état de douleur ou de gêne liée à l'injection ont plus souvent sauté délibérément des injections d'insuline . L'aiguille pour stylo BD Micro-Fine Ultra™ avec technologie Pentapoint™ réduit la force d'insertion de l'aiguille dans la peau de 23 % en moyenne, et il a été cliniquement démontré que cette aiguille diminue la douleur à l'injection . Elle peut donc aider les patients diabétiques à suivre le régime thérapeutique d'injection d'insuline et, dès lors, à obtenir de meilleurs résultats tout en améliorant le confort et la facilité d'utilisation.

L'extrémité de l'aiguille BD Micro-Fine Ultra™ avec Pentapoint™ est spécialement pourvue de 5 biseaux et présente ainsi une surface plus fine et plus plate. La pénétration de la peau est donc sensiblement facilitée et l'injection est plus souple et plus confortable par rapport aux aiguilles à 3 biseaux de la génération antérieure. La technologie Pentapoint™ est disponible avec les aiguilles pour stylo 32Gx4mm.

Marian Belsack, Country business leader Benelux, BD Medical - Diabetes Care, explique : « BD Diabetes Care fait œuvre de pionnier depuis près de 90 ans dans le domaine des dispositifs d'injection pour diabétiques et s'est fixé comme objectif d'améliorer l'expérience de l'injection pour des millions de personnes diabétiques en informant continuellement les patients, en visant sans cesse l'innovation et l'amélioration, et en développant des produits de qualité supérieure qui font la différence. Suite à l'introduction de l'aiguille pour stylo BD Micro-Fine™+ 4mm en 2010, nous sommes convaincus que notre nouvelle technologie Pentapoint™ assure plus de confort à l'injection et contribuera à réduire la résistance face à l'injection, ainsi que l'angoisse et la gêne chez les patients diabétiques. Ceux-ci seront donc plus enclins à

>> Suite page 14

suivre le régime thérapeutique qui leur a été recommandé pour le traitement du diabète, et à s'y tenir. »

Il a été démontré que les aiguilles pour stylo BD Micro-Fine Ultra™ 4mm sont aussi efficaces que les aiguilles plus longues, quelle que soit la corpulence du patient, et assurent un contrôle glycémique similaire car la dose d'insuline est administrée de manière plus efficace dans le tissu sous-cutané (couche de graisse sous la peau), indiqué comme l'endroit recommandé pour les injections d'insuline , et le risque d'injection intramusculaire est réduit . L'injection intramusculaire peut accélérer l'absorption d'insuline et accroître le risque d'hypoglycémie (taux de glycémie anormalement bas). Grâce à l'injection sous-cutanée, l'insuline peut être absorbée à un taux adapté, contribuant ainsi à un contrôle glycémique optimisé .

L'aiguille pour stylo BD Micro-Fine Ultra™ 4mm avec technologie Pentapoint™ est synonyme de progrès du point de vue de l'amélioration du confort du patient et des résultats d'injection.

BD s'attachant à informer et à encadrer les spécialistes du diabète, trois colloques se sont récemment tenus en Belgique et aux Pays-Bas. Ces colloques avaient pour but de fournir aux spécialistes du diabète l'occasion d'obtenir les informations les plus récentes en matière de derniers développements, d'études, de conseils et de produits dans le domaine de la prise en charge du diabète.

1 Hirsch L, et al. The impact of a modified needle tip geometry on penetration force as well as acceptability, preference and perceived pain in subjects with diabetes. J Diab Sci Tech 2012.
2 Hirsch L, et al. The impact of a modified needle tip geometry on penetration force as well as acceptability, preference and perceived pain in subjects with diabetes. J Diab Sci Tech 2012.
3 Patiëntenonderzoek met 63 respondenten uitgevoerd in de ziekenhuizen Tjongerschans Heerenveen en Rivierenland Tiel in Nederland, en GZA en Centre Hospitalier Epicura in België, BD-gegevens op bestand.
4 Zambanini A, Newson RB, Maisey M, Feher MD. Injection related anxiety in insulin-treated diabetes. Diabetes Res Clin Pract 1999;46:239-246.
5 Klobassa N, Moreland P. Psychological insulin resistance stems from fear. MayoClinic.com Living with Diabetes Blog, 20 januari 2010. In te zien op: http://www.mayoclinic.com/health/psychological-insulin-resistance/MY01165. Toegankelijk op 18 maart 2010.
6 Klobassa N, Moreland P. Psychological insulin resistance stems from fear. MayoClinic.com Living with Diabetes Blog, 20 januari 2010. In te zien op: http://www.mayoclinic.com/health/psychological-insulin-resistance/MY01165. Toegankelijk op 18 maart 2010.
7 Hirsch L, et al. The impact of a modified needle tip geometry on penetration force as well as acceptability, preference and perceived pain in subjects with diabetes. J Diab Sci Tech 2012
8 Hirsch L, Klaff L, Bailey T, Gibney M, Albanese J, Qu S, Kassler-Taub K. Comparative glycemic control, safety and patient ratings for a new 4 mm\32G insulin pen needle in adults with diabetes Curr Med ResOpin 2010;26:1531–1541
9 Frid A. Fat thickness and insulin administration, what do we know? Infusystems Int. 2006;5(3):17-19.
10 Gibney MA, Arce CH, Byron KJ, Hirsch LJ. Skin and subcutaneous adipose layer thickness in adults with diabetes at sites used for Insulin Injections: implications for needle length recommendations. Curr Med Res Opin. 2010 Jun;26(6):1519-30.
11 Polak M, Beregszaszi M, Belarbi N, et al. Subcutaneous or intramuscular injections of insulin in children: are we injecting where we think we are? Diabetes Care 1996;19(12):1434-1436.
12 Birkebaek NH, Solvig J, Hansen B, Jorgensen C, Smedegaard J, Christiansen JS. A 4-mm needle reduces the risk of intramuscular injections without increasing backflow to skin surface in lean diabetic children and adults. Diabet Care 2008;31(9):e65.
13 Hofman PL, Lawton SA, Peart JM, et al. An angled insertion technique using 6-mm needles markedly reduces the risk of intramuscular injections in children and adolescents. Diabet Med 2007;24:1400-1405.

À PROPOS DE BD

BD est une entreprise de premier plan spécialisée dans la technologie médicale et collabore avec les clients et les parties intéressées afin de résoudre bon nombre des problèmes de santé les plus urgents et en évolution. Nos solutions novatrices sont axées sur l'amélioration de l'administration des médicaments, l'optimisation du diagnostic des maladies infectieuses et des cancers, l'encadrement du traitement du diabète et le développement de la recherche cellulaire. Nous comptons environ 30 000 collaborateurs dans 50 pays qui ont pour objectif d'aider tous les individus à rester en bonne santé grâce à l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité, de la sécurité et du coût des soins de santé dans le monde entier. Pour plus d'informations, consultez le site www.bd.com

Votre avenir mérite le plus grand soin

Pour ses nombreux projets, le CHU Ambroise Paré recherche :

- **Infirmier(ère)s** spécialisés en oncologie
- **Infirmier(ère)s** pour le bloc opératoire
- Différents postes dans différents services

Nous offrons : • Un cadre de travail stable, stimulant et dynamique • Des contrats à durée indéterminée • De multiples avantages : sursalaires, primes, chèques-repas, congés du secteur public et extra-légaux, etc.

Intéressé(e) ? Besoin d'un renseignement ? N'hésitez pas à prendre contact avec Mme Julie Charlier ou Mme Anne-Sophie De Saint Martin, Attachées aux Ressources Humaines, par courrier au Boulevard Kennedy n°2 - 7000 Mons ou par courriel via l'adresse suivante : recrutement@hap.be

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

CHU AMBROISE PARÉ

Nos partenaires

Quatre façons de réduire les cas d'hépatite chez les consommateurs de drogues par injection

21 JUILLET 2012 | GENÈVE/WASHINGTON - L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a identifié quatre mesures essentielles permettant aux pays de prévenir les hépatites virales B et C chez les consommateurs de drogues par injection. Sur les quelque 16 millions de consommateurs de drogues injectables dans le monde, on estime que 10 millions sont infectés par le virus de l'hépatite C. Sans compter les 1,2 million infectés par le virus de l'hépatite B.

De nombreux toxicomanes ne sont pas en mesure de se procurer des seringues stériles: dans certains pays, la distribution ou la possession de seringues pour un usage autre que médical est illégale. Le risque de contracter une hépatite et une infection à VIH survient lorsque les personnes partagent les seringues et les aiguilles. Le matériel d'injection usagé conserve des traces de sang. Si ce sang est contaminé par le VIH ou par un virus de l'hépatite ou d'un autre type, la personne qui utilisera la seringue par la suite risque d'être infectée.

Prévenir hépatites et VIH

Un certain nombre de pays ont mis en place des programmes visant à réduire les infections à VIH chez les consommateurs de drogues par injection.

« La plupart des interventions de prévention de la transmission du VIH entre consommateurs de drogues injectables sont virtuellement les mêmes que celles qui visent à prévenir les hépatites virales B et C », explique le Dr Gottfried Hirnschall, Directeur du Département VIH/sida de l'OMS. « Il est donc logique de réduire le risque de ces deux infections en associant la prévention de l'hépatite virale à la prévention, aux soins et au traitement du VIH. »

L'hépatite est une inflammation du foie. Les hépatites B et C sont les causes les plus courantes de cirrhose et de cancer du foie. L'hépatite virale progresse plus rapidement chez les personnes vivant avec le VIH en raison de l'affaiblissement de leur système immunitaire et elle entraîne des problèmes hépatiques plus graves que chez les personnes non infectées par le VIH.

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande:

- de mettre en œuvre et de déployer à plus grande échelle les programmes de prévention du VIH tels les programmes permettant l'utilisation d'aiguilles et de seringues propres et les thérapies de substitution aux opioïdes (traitement de la dépendance aux opioïdes par la méthadone ou la buprénophine);
- d'offrir aux consommateurs de drogues injectables le schéma de vaccination rapide anti hépatite B (durée de trois semaines au lieu de six mois) accompagné de mesures les incitant à accepter le schéma de vaccination et à le mener à son terme. Plus de 175 pays ont inclus un vaccin anti-hépatite B peu coûteux, sans risque et efficace dans leurs protocoles nationaux de vaccination du nourrisson. L'OMS a déjà recommandé aux pays de prévoir des vaccinations de rattrapage pour les personnes exposées à un risque accru d'hépatite, en particulier les consommateurs de drogues par injection, mais jusqu'à présent cette mesure n'est toujours pas appliquée de façon systématique. Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C.
- d'utiliser des seringues « à faible volume nominal inutilisable » qui contiennent moins de traces de sang après usage, ce qui réduit la survie du VIH et du virus de l'hépatite C dans le sang restant dans la seringue. Il en résulte une possible diminution du risque de transmission en cas de partage du matériel d'injection;
- de faire participer les toxicomanes aux programmes de prévention de l'hépatite pour obtenir un impact maximal.

Une approche de santé publique

« Les pays qui ont adopté une approche de santé publique en matière de consommation de drogues injectables et de VIH ont réussi à endiguer l'épidémie de VIH à laquelle ils étaient confrontés. Nous devons faire de même contre l'hépatite, » déclare le Dr Ying-Ru Lo du Département OMS VIH/sida de l'OMS.

Les nouveaux principes directeurs fondés sur une base factuelle s'adressent aux responsables nationaux de la santé publique, aux directeurs des programmes portant sur le VIH, la toxicodépendance et la réduction des risques, à la société civile et aux agents de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ils sont conçus pour être adaptés et mis en œuvre en fonction de la situation et des besoins de chaque pays.

La XIXe Conférence internationale sur le sida se déroulera à Washington D.C. du 22 au 27 juillet 2012 sur le thème: « Inversons la tendance tous ensemble ». L'OMS présentera des propositions pour interrompre plus rapidement la transmission du VIH, en associant les dernières avancées scientifiques à ce qui peut être fait sur le terrain. Il s'agira notamment d'un document de réflexion sur l'usage stratégique des antirétroviraux, d'un rapport sur la pharmacorésistance dans le monde, de recommandations sur la prévention et le traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles chez les professionnels du sexe et, enfin, de recommandations sur la prévention de l'hépatite (une co-infection courante avec le VIH) chez les consommateurs de drogues par injection.

Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec:

Sarah Russell
OMS, Washington
Portable: +41 79 598 6823 I Courriel: russellsa@who.int
Tarik Jasarevic
OMS, Genève
Téléphone: +41 22 791 5099 I Mobile: +41 79 367 6214
Courriel: jasarevict@who.int
Glenn Thomas
OMS, Genève
Téléphone: +41 22 791 3983 I Portable: +41 79 509 0677
Courriel: thomasg@who.int

Une infirmière danoise d'exception lauréate du prix international le plus prestigieux décerné par la profession

Genève (Suisse) et Melbourne (Australie), le 18 mai 2013 – Mme Kirsten Stallknecht, ancienne Présidente du Conseil international des infirmières, est lauréate du Prix Christiane Reimann 2013, le prix le plus prestigieux décerné par la profession infirmière. Mme Stallknecht est connue depuis longtemps comme une force avec laquelle il faut compter dans la vie publique et dans les soins infirmiers. Son influence s'étend non seulement au Danemark, son pays natal, mais dans toute l'Europe et au plan international. MmeStallknecht a consacré plus de cinquante années de sa vie à l'amélioration des conditions de travail de ses collègues, en particulier les infirmières affectées par les guerres, les difficultés financières et lescatastrophes, ainsi que les infirmières des pays à faible revenu.

Le Prix Christiane Reimann est décerné tous les quatre ans en témoignage d'une vision, d'un engagement et d'une initiative exceptionnels au service de l'amélioration des connaissances infirmières.

« Kirsten Stallknecht est une source d'inspiration pour de nombreuses infirmières dans le monde entier », observe Mme Rosemary Bryant, actuelle Présidente du CII. « Tout au long de sa carrière, elle a mené une véritable croisade en faveur de l'amélioration des conditions d'emploi et de travail des infirmières, en particulier celles œuvrant dans des conditions d'extrême difficulté. Son enthousiasme et sa passion ont encouragé les infirmières du monde entier à s'efforcer d'atteindre l'excellence dans les soins infirmiers. »

L'Organisation des infirmières du Danemark a accepté le prix au nom de Mme Stallknecht lors de la cérémonie d'ouverture du 25e Congrès quadriennal du CII qui se tient à Melbourne, en Australie. Surprise et ravie d'avoir été choisie, Mme Stallknecht a déclaré : « Pendant mon action au CII, j'ai connu, rencontré et admiré de nombreuses infirmières – et voilà que soudain un message me parvient, au milieu de la sombre nuit danoise, pour me dire que le Conseil d'administration du CII m'a choisie. Difficile de décrire mes sentiments : gratitude, honneur, joie, et la sensation de ne pas être certaine que ce soit bien vrai ».

Ancienne Présidente du Conseil international des infirmières (1997-2001), de l'Organisation des infirmières du Danemark (1968-1996) et de la Fédération des infirmières nordiques (1989-1995), Mme Stallknecht est fermement convaincue que les infirmières doivent « se battre pour leur droit à des salaires comparables à ceux d'autres professions assumant les mêmes responsabilités (...) et pour le droit à des régimes de retraite, pour le paiement de leurs horaires décalés et, surtout, pour la création de structures de carrière leur permettant de rester actives dans leur profession quand elles ont choisi de mener, aussi, une vie de famille. » Sa conviction est que les infirmières ne peuvent prodiguer des soins de qualité qu'à condition de bénéficier de conditions de travail satisfaisantes.

En tant que Présidente du CII, Mme Stallknecht avait adopté comme mot d'ordre l'« humanité », car « au cœur des soins infirmiers il n'y a rien d'autre que le sentiment d'humanité ». Pendant son mandat, elle a été le moteur de la condamnation, par les infirmières, des injections mortelles et de la torture, plaidant pour un rassemblement des professions de santé afin d'obliger les gouvernements à mettre un terme à ces pratiques.

Toujours au CII, Mme Stallknecht a été membre du Conseil d'administration (1981-1985), Vice-Présidente (1985-1989), présidente du Comité des conditions socioéconomiques et membre de plusieurs groupes consultatifs et de travail. En 2001, elle était élevée au rang de Commandeur de l'Ordre de Danneborg par la Reine Margrethe II de Danemark. En 2004, elle recevait le Prix du leadership décerné par la CGFNS International.

Le prix Christiane Reimann porte le nom de la première Secrétaire exécutive à plein temps du CII. Il est financé par un fonds testamentaire établi par Mme Reimann.

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.

Renseignement sur le 25e Congrès quadriennal du CII :
www.icn2013.ch/fr/

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.

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

Erembodegem, Belgique, décembre 2013 - BD Medical, division de BD (Becton, Dickinson and Company), l'une des plus grandes entreprises mondiales spécialisées dans les technologies médicale, annonce le lancement en Belgique du dispositif de transfert en système clos BD PhaSeal™, un dispositif étanche à l'air et antifuite qui empêche mécaniquement le passage de contaminants extérieurs dans le système ainsi que les fuites de substances ou de vapeurs vers l'extérieur, minimisant ainsi tout contact entre les substances dangereuses (sous forme de vapeurs, aérosols ou liquides) et les personnes qui les manipulent et l'environnement.

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

L'exposition répétée à des substances médicamenteuses dangereuses peut, à terme, avoir de graves conséquences sur la santé des professionnels du secteur médical. Des études montrent que l'exposition aux anticancéreux peut être à l'origine entres autres de cancers, de problèmes de fécondité et de problèmes génétiques.[1] La prévention des fuites de substances médicamenteuses dangereuses durant la préparation, le traitement et l'élimination des déchets est une étape importante dans la protection de tous les professionnels de la santé qui manipulent ces substances, et risquent par conséquent d'y être exposés.

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

Alexander Alonso, directeur commercial de BD Medical pour le Benelux, commente : « En lançant le système BD PhaSeal™ en Belgique, nous prouvons notre volonté d'offrir aux établissements de soins les technologies indispensables pour créer un environnement de travail sûr pour les professionnels de santé. Le personnel infirmier, les pharmaciens, les oncologues et autres professionnels du secteur sont extrêmement dévoués à leur profession et à leurs patients; nous nous engageons à leurs côtés en veillant à ce qu'ils soient suffisamment protégés dans l'exercice quotidien de leurs responsabilités. Outre la nécessité d'un environnement plus sûr, nous sommes conscients que les organismes de santé cherchent aussi à améliorer leurs finances. Notre système est une parfaite illustration de la manière dont nous pouvons les y aider, sur le plan logistique, économique et écologique. »

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

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

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

- L'amélioration de la sécurité pour les patients (garantie de stérilité pendant la préparation) et le personnel (préparation en environnement 100% clos)

>> Suite page 18

- Les cytostatiques (et autres substances médicamenteuses dangereuses) peuvent être utilisés au maximum sept jours sans que la substance ne risque d'affecter la stérilité. La stabilité de la substance ne peut être influencée par le système PhaSeal™ et doit être respectée.

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

Une étude indépendante sur l'optimisation des flacons de médicaments, validée par des professionnels du secteur, a démontré que l'utilisation de flacons multi-doses jusqu'à leur date de péremption physique et chimique pouvait entraîner une économie substantielle de l'ordre de 300.000 à 700.000 € par an[3]. Selon cette étude, la préparation des médicaments cytotoxiques dans des conditions rigoureuses permet de réduire les coûts de 7% à 15% selon le scénario appliqué[4].

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

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

1 Valanis BG, Vollmer WM, Labuhn KT et al. Acute symptoms associated with antineoplastic drug handling among nurses. Cancer Nurs. 1993; 16:288-95.
National Institute for Occupational Safety and Health, Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Healthcare Settings, DHHS (NIOSH) Publication No 2004-165, 2004.
Wick C, Slawson MH, Jorgenson JA, Tyler LS. Using a closed-system protective device to reduce personnel exposure to antineoplastic agents, Am J Health Syst Pharm. 2003;60(22):2314-20.
2 Spivey S, Connor T. Determining sources of workplace contamination with antineoplastic drugs and comparing conventional IV preparation with a closed system, Hospital Pharmacy. 2003; 38(2): 135-139.
3 Vandenbroucke J, Robays H. Economic impact of the preparation scenario for cytotoxic drugs: an observational study. EJHP Practice (the Official Journal of the European Association of Hospital Pharmacists (EAHP)), Volume 14, 2008/5
4 Ibid

À propos de BD

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

Fondée en 1897, BD emploie environ 29 000 collaborateurs dans plus de 50 pays, et son siège social se situe à Franklin Lakes dans le New Jersey, aux États-Unis. La société met son savoir-faire au service d'établissements de soins de santé, de chercheurs en sciences de la vie, de laboratoires cliniques, de l'industrie pharmaceutique et du grand public.

Pour plus d'informations, veuillez consulter www.bd.com.

Portrait

Hildegard E. Peplau a développé le concept de soins infirmiers psycho dynamique

Infirmière, théoricienne Américaine, Hildegard E. Peplau a inventé « l'infirmière psychodynamique », terme qui décrit la façon dont la relation infirmière-patient change au fil du temps.
Hildegard E. Peplau, Infirmière et Docteur en éducation est née le 1er septembre 1909, à Reading, Pennsylvanie, États-Unis.

Enfant, Hilda a été témoin de l'épidémie de grippe dévastatrice de 1918. Cette expérience personnelle a grandement influencé sa compréhension de l'impact de la maladie et de la mort sur les familles.
Ses parents, des immigrants allemands, installés en Pennsylvanie, où son père a travaillé comme pompier aux chemins de fer. Il n'était pas question dans les discussions familiales de longues études, mais H. Peplau voulait faire le métier d'infirmière avec ou sans la volonté de son père.
Elle est diplômée de l'Hospital School of Nursing en Pennsylvanie en 1931. Elle travaille comme superviseur à l'hôpital de Pottstown.
En 1943, elle acquiert un niveau baccalauréat en psychologie interpersonnel.
Elle servit comme infirmière de l'armée américaine en Angleterre pendant la Seconde Guerre mondiale et travailla en neuropsychiatrie de 1943 à 1945.
Elle obtient de nombreuses récompenses en pédo-psychiatrie dans les universités de New-York et de Colombia en 1947.
En 1953, elle a un doctorat en éducation.
Hildegard Peplau est universellement considérée comme la mère des soins infirmiers psychiatriques. Son travail théorique et clinique menait à l'élaboration du champ de spécialité distincte de soins infirmiers psychiatriques. Beaucoup de gens pensent que le travail de H. Peplau a produit les plus grands changements dans la pratique des soins infirmiers depuis Florence Nightingale.

>> Suite page 20

CHU Tivoli : Focus sur la gériatrie, un service qui a de l'avenir !

Dans les trois unités de soins du service de gériatrie, la question « fait-on du bien au patient ? » guide toutes les équipes. Prendre soin de patients âgés implique de rester centré sur la personne, dans toutes ses dimensions, tant médicales que psychologiques ou sociales. La seule façon de faire, c'est de les aborder en équipe pluridisciplinaire.

Lors de la réunion hebdomadaire, l'ensemble du staff évoque chacun des patients – les trois services comptent au total 72 lits -, ce qui permet d'affiner les traitements. « Cela incite à l'humilité ! Chaque intervention nous permet de mieux connaître le patient et de ne pas passer à côté de ce qui semble évident à certains, moins à d'autres » explique le Dr Pierre Hanotier, gériatre. L'approche du médecin ne sera en effet pas la même que celle de l'infirmière, de l'ergothérapeute ou du kinésithérapeute.

Evolution de l'encadrement...

En moyenne, les patients ont 82 ans, et leur séjour dure une quinzaine de jours. Il y a 20 ans, la moyenne nationale d'une hospitalisation gériatrique était de 27 jours ! Une diminution due à l'évolution de la technique, à la collaboration accrue avec les médecins spécialistes de l'institution et les généralistes pour le suivi, mais aussi à l'expérience grandissante des médecins gériatres et la spécialisation des infirmières. Le Dr Enrique Schils, gériatre responsable de l'unité du 6C, s'intéresse de près aux questions d'éthique et de déontologie face au patient âgé, qui est parfois l'objet de maltraitance. « On pense directement à la souffrance physique ou morale, mais il y a d'autres formes de violence à l'égard des personnes âgées et fragiles : la violence intellectuelle, l'infantilisation, la réification et même la violence familiale ou celle liée à la privation des biens ».

C'est donc par les différents membres de l'équipe, dont le service social, que les patients sont accueillis. « Le respect du projet de vie de nos patients est essentiel à la réussite de la démarche médicale » explique le Dr Christian Claeys, gériatre et Chef du service depuis 1987. Rien n'est fait sans l'accord du patient. Chaque situation est évaluée afin de décider si une intervention est judicieuse ou pas, selon des critères médicaux, familiaux, sociaux et financiers. Paméla Vulpi, assistante sociale du service, assure le relais entre le moment de l'hospitalisation et l'éventuel retour à domicile. Si la plupart des patients aspirent à un retour rapide, pour certains, celui-ci est impossible. C'est au service, en collaboration avec ses partenaires – structures d'aides et de soins à domicile, CPAS, maisons de repos et de soins, services juridiques – à proposer des solutions. « En n'oubliant jamais que nous travaillons pour le patient d'abord, et pour le maintien, tant que c'est possible, de la structure existante, afin d'éviter la perte de repères et la confusion ».

... et même de la patientèle !

Les patients âgés sont particuliers ! Même leur pharmacodynamique, leur façon de réagir aux médicaments est différente de celle des patients jeunes. Peu d'études concernent cette question, la littérature gériatrique commence seulement à se développer. Et pourtant ! « Tous les âges apportent leurs fruits, il faut savoir les cueillir » aime à répéter le Dr Enrique Schils. Les infirmières qui soignent ces hommes et ces femmes le savent. « Nos patients sont souvent polypathologiques et très dépendants de nous » expliquent Jacques-Pol Scheirs et Valérie Dendooven, Infirmiers en Chef. Parce qu'en gériatrie, tout prend plus de temps !
Pas question de laisser les médicaments sur la tablette, il faut s'assurer de leur prise. Inutile d'imaginer « entrer et sortir » comme un coup de vent pour ces infirmiers et infirmières. « Mais c'est aussi ce qui nous retient en gériatrie : c'est un service comme nul autre. Nos patients nous racontent volontiers leur vie, certains avec beaucoup d'humour ! Nous aimons les écouter, c'est riche d'enseignement ». L'équipe infirmière prodigue des soins globaux, sa charge de travail est d'ailleurs lourde avec des patients de plus en plus âgés, mais elle assure aussi la continuité du lien.

S. Jeanmart, infirmière en chef, nous parle de l'importance des activités occupationnelles qui donnent du sens au séjour du patient. Elles leur permettent de s'éloigner un temps de la maladie pour tisser des liens sociaux et retrouver leurs habilités manuelles.
Un jour par mois, les enfants de l'école maternelle voisine viennent s'adonner aux joies de la peinture en gériatrie. Avec nos aînés, ils réalisent des illustrations basées sur les différents courants artistiques.

> *« Le service gériatrique du CHU Tivoli a également développé deux projets : l'hôpital de jour gériatrique et la liaison interne. »*

Le service gériatrique du CHU Tivoli a également développé deux projets : l'hôpital de jour gériatrique et la liaison interne. Cette dernière permet un suivi des patients de plus de 75 ans dans les autres services. Le patient âgé hospitalisé, dépisté comme étant « à risque » selon des critères de fragilité gériatriques, reçoit, où qu'il soit, la visite de l'équipe pluridisciplinaire. Une garantie supplémentaire de la qualité des soins et de son confort. L'hôpital de jour quant à lui, prend en charge les patients pour un court bilan non urgent et couvrant les syndromes gériatriques habituels, bilan pouvant être réalisé en une journée. Les patients bénéficient de l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire pour un examen allant de l'analyse des troubles comportementaux à celle des difficultés au quotidien (perte d'équilibre, interférences médicamenteuses...). Une attention particulière est accordée au dépistage et à la gestion de la malnutrition. Ce service est un nouveau maillon du réseau gérontologique entrve la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Tous ces efforts ont du sens pour ceux qui les consentent. « Nos patients méritent le meilleur de ce que la médecine moderne peut offrir » conclut le Dr Christian Claeys. « Mais nous tentons d'éviter les examens invasifs, douloureux et invalidants. Quand le patient va mieux, il n'est pas toujours nécessaire de savoir ce qui s'est passé. Nous acceptons le doute dans le diagnostic. Et ça... seules les équipes de gériatrie savent que cela peut fonctionner ! ».

F. Happart, Directrice du Département Infirmier, insiste sur le profil spécifique de l'infirmière en gériatrie. Lors des entretiens de sélection, elle accorde une attention particulière aux qualités humaines des candidats mais également à leurs capacités de raisonnement clinique.
La prise en charge de la personne âgée est complexe, les pathologies variées, les traitements nombreux, la communication parfois difficile.
Les infirmières doivent démontrer une motivation certaine pour rejoindre ces unités et des compétences avérées.
La gériatrie est un service où les infirmières peuvent cultiver leur art au service de nos aînés.

CHU tivoli
Avenue Max Buset, 34 - 7100 La Louvière
www.chu-tivoli.be

Les six rôles majeurs de l'infirmière

Les six rôles décrits par H. Peplau illustrent un schéma au caractère dynamique, typique selon elle de la pratique clinique infirmière :

1. Le rôle de la personne étrangère (« stranger role ») : la praticienne accueille la personne comme une personne à part entière, avec son expérience et son histoire de vie ; elle tient compte des différents aspects, établissant un climat propice à la communication et à une confiance mutuelle.
2. Le rôle de la personne ressource (« ressource role ») : la praticienne répond aux questions, donne les explications et les interprétations des données médicales ; elle lui donne des informations utiles et pertinentes.
3. Le rôle éducatif (« teaching role ») : la praticienne donne des instructions et participe à l'éducation de la personne ; elle analyse le degré de compréhension de la personne et adapte le processus éducatif.
4. Le rôle de leader en soins infirmiers (« active leadership role ») : la praticienne aide la personne à s'impliquer activement dans les soins qui lui sont prodigués ; elle veille à ce que la personne soit satisfaite de la prestation.
5. Le rôle de substitut [maternel] (« surrogate role ») : la praticienne agit pour pallier les besoins d'une personne ; elle l'aide à clarifier la nature de cette relation qui peut induire une dépendance par fausse identification, en lui donnant des repères.
6. Le rôle de conseillère, d'assistante psychosociale (« counseling role ») : la praticienne aide la personne à comprendre et à accepter les changements de son état de santé ; elle lui procure guidance pour améliorer son mode de vie face aux changements et l'encourage à le faire.

Elle était une théoricienne des soins infirmiers dont le travail principal est repris dans son ouvrage « Relations interpersonnelles en soins infirmiers » terminé en 1948 mais publié en 1952. Sa publication a été retardée pendant quatre ans, car à cette époque, il était considéré comme trop révolutionnaire pour une infirmière de publier un livre sans un médecin co-auteur.

À son époque, ses conclusions sur l'échange infirmière-patient (qu'elle désigne par give-and-take) ont été perçues comme révolutionnaires par beaucoup : pour la première fois elle établissait un modèle de relations interpersonnelles, basé sur le besoin d'un partenariat entre l'infirmière et la personne soignée, s'opposant à la passivité du client recevant des soins médicaux (et l'infirmière agissant passivement derrière les ordres du médecin). Pour beaucoup, elle a contribué à l'émergence de l'autonomisation de la profession d'infirmière, dans la lignée des infirmières théoriciennes interactionnistes, comme Florence Nightingale à son époque, en proposant un modèle de pensée infirmière.

L'essence de ses théories est la création d'une expérience partagée. Elle affirme que les infirmières peuvent y contribuer notamment par leurs observations, leurs descriptions, leurs formulations, leurs interprétations, leurs validations et leurs interventions.

Par exemple, lorsque l'infirmière porte de l'attention à son patient, elle développe ainsi une image générale de la situation du patient ; l'infirmière valide ensuite ses impressions en les vérifiant auprès du patient avec exactitude, notamment à l'aide d'une anamnèse. Selon H. Peplau, le résultat de cet échange donnera lieu pour le patient comme pour la praticienne à un apprentissage expérimental, des stratégies d'adaptation améliorées et une croissance personnelle.

Son analyse cherche à étudier comment chaque personne réagit face à la maladie et comment dans ce contexte la relation infirmière-patient va s'établir et évoluer.

1. L'étape d'orientation (« orientation phase »)
2. L'étape d'identification (« identification phase »)
3. L'étape d'exploitation (« exploitation Phase »)
4. L'étape de résolution (« resolution phase »)

Hilda a été membre de l'Ordre des infirmiers (Newark, NJ) faculté de l'Université Rutgers 1954-1974, où elle a créé le programme de la première maîtrise pour la préparation de spécialistes cliniques en soins infirmiers psychiatriques. Elle a siégé à de nombreux comités du gouvernement fédéral de haut niveau pour la santé mentale et a été élu présidente de l'American Nurses Association, et par la suite était un membre essentiel du Conseil international des infirmières.

Hilda était aussi connue pour ses présentations, ses discours et ses ateliers de formation clinique. Après sa retraite, elle a créé des programmes de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques en Belgique, et a continué à fournir des consultations à l'échelle internationale.

Elle décéda le 17 mars 1999, à Sherman Oaks (Californie), à l'âge de 89 ans.

Bibliographie

- Peplau, H., Relations interpersonnelles en soins infirmiers (traduction de l'édition américaine de 1988 par Anne Pietrasik), Inter Editions, Paris, France, 1995.
- Peplau H., Interpersonal relations in nursing, Putnam Edition, New-York, États-Unis, 1952 — réédité " Interpersonal Relations in nursing". A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing., Macmillian Education Ltd, Basingstoke, 1988.

CHU tivoli

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 **EpiCURA**

TROUVEZ LE JOB QUI VOUS CORRESPOND !

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

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

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

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

EpiCURA Centre Hospitalier
Ath Baudour Hornu

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

Cancer, sexualité et sensibilité

Une jolie jeune femme, interroge son miroir : « Miroir, mon beau miroir, dis moi qui est la plus belle ? » Et le miroir de lui répondre : « Tu es toujours la plus belle, mais quelque chose de très laid se cache à l'intérieur de ta poitrine ».

Sophie BUYSE
sexologue, psychothérapeute et écrivain, travaille à ASBL "cancer et Psychologie"

Quand la belle jeune femme entend que sa beauté se trouve soudain menacée par quelque chose d'horrible dans les profondeurs de son sein, elle s'effraye. Elle pense aussitôt aux regards du prince sur elle, à ses baisers, à ses caresses et redoute de ne plus briller de mille feux dans ses yeux.

Aujourd'hui, nous ne cessons d'interroger notre miroir : « suis-je toujours belle ? Ne suis-je pas trop grosse ? Ai-je bonne mine ? L'image questionnée ne répondra qu'à la question externe et les images médicales scrutant l'intérieur du corps répondront à la question des profondeurs : « Docteur, mon bon docteur, suis-je en bonne santé ? »

La plupart des malades vous disent qu'ils n'ont rien vu venir, que ce cancer avait frappé de manière sournoise, insidieuse, invisible.

Pourtant, très tôt, toute jeune femme, apprend la palpation de ses seins, on lui conseille de consulter un gynécologue deux fois par an car les apparences sont trompeuses et il faut savoir se mettre aux aguets de ce mal tapi dans sa carapace.

Le cancer n'est malheureusement pas une maladie qui ne frappe que les personnes âgées, elle gonfle ses rangs aussi parmi les plus jeunes. Le nombre des cancers du sein chez les jeunes femmes s'est fortement accru ces dernières années, il n'est donc pas rare de recevoir dans nos consultations de très jeunes mères chez qui l'on découvre une tumeur au sein, ainsi que des femmes sans enfants de moins de 45 ans.

Le choc d'associer cette redoutable maladie au corps jeune et beau d'une femme est souvent inadmissible, inacceptable pour tous ceux qui sont amenés à l'accompagner dans l'épreuve. Comme s'il nous était impossible de voir réunit en un même corps la maladie ou la mort avec la jeunesse, la beauté. Image révoltante, oxymore insupportable.

J'accompagne pour l'asbl « Cancer et Psychologie » les malades du cancer depuis plus de 20 ans. A mes débuts, cette maladie, n'apparaissait que dans le cadre de mon travail à l'hôpital et en consultations privées. Au fil des ans, les barrières entre le professionnel et le privé ont peu à peu cédés, la maladie avait débordé sur ma sphère intime, frappant d'abord d'anciennes compagnes de classe pour se rapprocher de plus en plus comme si elle arrivait de partout, s'en prenait à mes proches alors que j'essayais en vain qu'elle ne quitte pas les rapports professionnels que j'entretenais avec elle et mes patients. Ce fut le tour de ma sœur aînée, atteinte d'un cancer du sein à 42 ans, puis de mon père chez qui l'on a découvert un cancer de la prostate.

Avant quand je me regardais dans le miroir, il n'y avait pas de confusion possible entre la Sophie psychologue et la Sophie privée, maintenant, Sophie sait que dans son miroir, il y a le souvenir de sa sœur chauve, venant se superposer sur mon visage, comme un double, rappelant que les frontières entre le corps sain et le corps malade sont très vulnérables.

Le cancer, n'est désormais plus extérieur à moi, il m'habite, il est présent dans chacune des images que j'ai entreposées en moi de tous les patients accompagnés, de la maladie à la rémission ou de la maladie à la mort. Je porte en moi toutes les cicatrices de ces vies mutilées par la maladie, et je me sens incisée, gravée par ces histoires aux cheminements si douloureux.

Combien de soignants, dans cette salle, ne se retrouvent-ils pas également dans une position intenable, à la fois au dehors et au-dedans de cette maladie, comme si justement dans sa perfidie, sa perversité, elle essayait d'abolir les distances entre vous et elle.

Face à une jeune femme hospitalisée, elle vient introduire de la confusion, et vous glisser dans l'oreille : « ce pourrait-être toi, ou ta sœur, ou ta mère, ou ta fille ». Et soudain, votre place, votre rôle vacille, les années d'expériences au chevet des malades, basculent dans un tourbillon affolant.

Comment tenir, garder sa place et continuer sa tâche ; lorsque le cancer semble attaquer de partout ? Plusieurs années se sont maintenant écoulées depuis le cancer du sein de ma sœur et je crois que j'aurais été incapable d'en parler plus tôt car si un psychologue est invité pour parler de la maladie, on lui demande de présenter des cas cliniques, en dehors de sa sphère personnelle et privée, comme s'il était indemne et que son métier le mettait à l'abri de ces attaques.

On suppose inconsciemment au médecin, à l'infirmière, non seulement une santé de fer et un moral d'acier, mais également une famille irréprochable et toute puissante, sans failles. Comme si le personnel soignant et ses proches seraient immunisés contre le cancer. Les patients se l'imaginent mais probablement que de nombreux soignants se croient également du bon côté, invincibles, « immortels ». En résumé, vous êtes ou de le camp des malades ou dans le camp des biens portants mais en aucun cas cela ne doit se mélanger ou se troubler.

Quand dans un service d'oncologie, arrive une jeune et femme avec un cancer du sein, on ne s'habitue jamais à cette vision d'effroi et de cauchemar. Pourtant, dans les contes de fée, combien de superbes princesses n'ont manqué succomber : la belle aux bois dormants, Blanche neige… Dans ces récits mythiques, la beauté des princesses n'est jamais altérée, alors que pendant le combat contre le cancer, les armes chimiques vont très vite s'attaquer à la féminité, mutilant le sein, faisant tomber les cheveux, durcissant les traits du visage etc…

Ce n'est pas toujours la perte des cheveux et les traitements qui affectent le plus l'image de soi, c'est surtout la peur, l'angoisse, les douleurs qui viennent figer et durcir les traits. Cette peur se lit tant sur le visage du patient que sur celui de son entourage, car le cancer contamine surtout par l'angoisse de mort qui suscite.

Une patiente sera parfois plus soucieuse d'interroger le regard de son époux après une mammectomie que de se voir dans le miroir.

>> Suite page 24

Tout au long de sa lutte contre la maladie, elle aura besoin de se retrouver, de se rassembler dans les yeux aimants de ses proches.

La reconstruction, elle est d'abord là, avant d'être chirurgicale, une reconstruction faite des briques d'amour des enfants, de la famille, des amis.

Un tableau de Magritte nous montre un buste de femme transformé en portrait : les seins deviennent les yeux et il a placé le sexe à la place de la bouche. Je crois que pour beaucoup de femmes, les seins portent l'empreinte de toute leur histoire, de jeune fille, de mère, d'épouse, comme si les seins gardaient en eux la mémoire du vécu affectif et émotionnel.

Le sein gauche, placé sur le cœur s'émeut et palpite avec lui. Les seins ne sont pas qu'une zone érogène sensuelle, ils réagissent en baromètre de tout le corps, au rythme des cycles, des hormones et des grossesses.

Ils s'offrent telle une corbeille de fruits aux lèvres de l'aimé, ils nourrissent le nouveau né et nous gardons, enfouie dans notre mémoire, la trace des seins nourriciers de notre mère, premier lien à la vie, point d'accroche véhiculant des sensations de satisfactions et de plaisir ou d'insatisfactions et de déplaisir telle que l'a longuement analysé Mélanie Klein dans ses concepts de « bons seins et mauvais seins ».

Mélanie Klein a très justement montré que la paire de sein peut fonctionner en duo ou en duel, à l'image des liens qui se sont noués avec les êtres qui ont jalonnés l'existence : lien d'amour et de haine, d'union et d'abandon, ces perceptions d'un sein inconsciemment ressenti comme un sein attaquant et dévorant, ou quand l'enfant se percevra lui-même comme celui qui pourrait dévorer le sein et l'attaquer. Ces notions archaïques « d'introjection et de projection » liées à la petite enfance sont brusquement réactivées lorsqu'une femme apprend qu'elle est atteinte d'un cancer du sein.

Une hospitalisation met le patient en position infantile, il est sous la dépendance des médecins et des traitements. Dans ce contexte régressif, le malade peut rejouer des situations parentales pendant lesquelles le soignant sera perçu comme le bon ou le mauvais parent.

Le sein chez une femme est souvent l'arbre qui cache la forêt, un réservoir d'émotions, de passé, de joie et de douleurs. Toucher un sein serait comme actionner l'interrupteur qui va faire défiler dans les pensées tout le film d'une vie. C'est pourquoi, un soutien psychothérapeutique durant cette période de grande vulnérabilité psychique, au moment où les choses les plus enfouies refont soudain surface, s'avère très bénéfique.

En psychothérapie, très vite, la patiente cherchera au-delà de l'aspect esthétique de la perte d'un sein, et la blessure narcissique qu'elle comporte, toutes les autres pertes et blessures que cette mutilation peut réveiller, réactiver. Ce lieu du vide sur la poitrine, cette cicatrice commence à parler et à raconter ses manques, ses frustrations, ses insatisfactions.

Ce corps abîmé, incomplet devient le reflet de sentiments plus profonds d'avoir été une femme pas assez belle, pas assez aimée, pas assez heureuse. Comme si la personne avait trouvé le lieu de la plainte, le réservoir des larmes, ce vide à la place du sein devient métaphore de la douleur.

La parole redonne un statut de personne vivante au malade, elle l'aide à quitter une place de victime subissant les événements, les traitements, et lui permet de se reconstruire, en se réappropriant toutes les pièces de son histoire. Il n'est plus spectateur mais acteur de sa vie.

Il peut également décider de donner un sens à cette expérience de vie, l'envisager comme une épreuve à la fois destructrice et recréatrice, une petite mort pour une renaissance, ce sont des propos que l'on entend dans le cheminement et le combat contre le cancer.

Les patientes nous disent aussi que pendant les longs mois de la maladie, elles ont également appris à voir le vrai « visage » de leurs proches, qui était là pour le meilleur mais qui n'est plus là pour le pire, qui ne peut donner, qui ne peut que recevoir. La maladie, permet parfois d'ouvrir les yeux sur ce que l'on ne voulait pas voir, éclaire les uns et assombri les autres. Là aussi, le vide, l'absence, la disparition de ceux que l'on croyait amis devient soudain très réelle.

On peut dire que la maladie, vous met journellement à l'heure des bilans, au moment des comptes tant qualitatif que quantitatif. Le patient décompte les jours de chimio, il vit au rythme de ses dosages et des risques des effets secondaires, des prises de sang, des scanners, des scintigraphies etc…

Le malade est sous contrôle incessant et encore longtemps après l'arrêt des traitements, il se soumet aux analyses. Comment, dès lors, ne pas être absorbé par ce même souci de s'analyser, s'observer, et par la même occasion soumettre toutes ses relations à ce régime d'analyse des liens, des attaches qui sont bénéfiques, ou nocives.

Ainsi parfois, le patient peut décrire des personnes qu'il qualifie de « cancérigènes » car pour lui, bien souvent le mal n'est pas qu'en lui mais peut aussi être dû à des êtres « toxiques » autour de lui. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui après ablation de la tumeur, décident de couper dans certaines de leurs relations, reproduisant au dehors d'eux ce qu'ils ont déjà subi au-dedans.

La plupart du temps, lorsqu'on découvre l'existence de la maladie, l'objectif primordial est la guérison, et la vie sexuelle devient une préoccupation secondaire. Toute l'énergie vitale est mobilisée pour la lutte contre le cancer. La sexualité pourtant représente l'amour, la jouissance et la vie, alors que le cancer symbolise la mort et la souffrance.

Dans ce contexte pénible de maladie, diverses études on démontré que le couple qui reprend les activités sexuelles améliore les chances de guérison. Le corps a besoin de stimulations agréables, de caresses, de baisers, de tendresses. Le contact tactile de la surface de la peau agit en profondeur.

Il nous est parfois difficile de reconnaître que notre peau n'est pas un simple sac qui nous recouvre, mais qu'elle communique avec les organes intérieur. Notre corps tout entier est perméable et les organes génitaux expriment à la fois la cavité, l'ouverture vers l'intérieur et la plénitude, le solide, le rempli. Le cancer ne doit pas fermer les portes du corps.

Les études statistiques montrent que 56 % des femmes qui ont subi une mastectomie ont des troubles sexuels l'année qui suit l'intervention. Beaucoup ont honte de se montrer nues et se cachent.

Après l'ablation d'un seul sein, une femme sur deux ne ressent plus de sensations érotiques au niveau de la poitrine.

Le partenaire de la femme peut vivre l'opération de celle-ci avec de nombreuses craintes, des questions et des doutes. L'homme peut

>> Suite page 26

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

HARTMANN
aide à guérir.

1974 2014 40 YEARS HARTMANN Belux

INNOVATION
App. "Incontinence solution"

Hartmann aide ceux qui aident depuis 40 ans en Belgique et au Grand-Duché de Luxembourg.

A cette occasion, nous vous offrons l'application "Incontinence solution".

✓ Pour smartphone, tablette et PC.
✓ Simple et pratique.
✓ En quelques clics, trouvez la solution adaptée à votre patient.
✓ GAIN DE TEMPS pour vous, ECONOMIE pour votre patient.

Rapide, efficace et précis. Conseiller un produit en incontinence n'a jamais été aussi innovant.

Comment accéder à l'application "**Incontinence solution**" ?
- Soit en scannant le QR code ci-contre.
- Soit via internet www.incontinence-solution.be ou www.incontinencesolution.be
- Soit en complétant ce formulaire et vous recevrez votre carte d'accès VIP à l'application "Incontinence solution"

Prénom & Nom .....
Groupement ..... N° INAMI .....
Adresse complète .....
Téléphone/GSM ..... E-mail .....

Je renvoie ce coupon complété par courrier, via info@hartmann.be ou par fax au 0800 30 445

N.V. Paul Hartmann S.A. est responsable du traitement de vos données personnelles. Celles-ci pourront être utilisées pour vous informer de nos produits, mais ne seront en aucun cas communiquées à des tiers. Conformément à la loi sur la protection de la vie privée, vous disposez d'un droit d'accès ou de rectification de vos données, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement.
N.V. Paul Hartmann S.A., avenue Paul Hartmannlaan 1, 1480 Saintes / Sint-Renelde.

(Agora 0214)

avoir peur de faire mal à son épouse en faisant l'amour, il craint de regarder le sein vidé de sa rondeur, il redoute de ne plus reconnaître la femme qu'il a désirée et celle-ci de son côté pourra ressentir le malaise de son conjoint.

La sexualité risque de devenir un obstacle entre eux si l'effort d'un dialogue n'est pas encouragé. Le sein manquant peut être remplacé par une prothèse, le vagin risque de perdre sa souplesse parce qu'il n'est plus lubrifié comme avant. Les règles qui rythmaient les mois ont disparu. La femme risque de réagir par un refus de toute sexualité et ressentir une perte de sa féminité.

De plus en plus de médecins prennent conscience qu'il est essentiel d'aborder avec leurs patientes des questions ayant trait à leur sexualité, mais ils éprouvent parfois encore une gène face à cette problématique si intime.

Il peut être pénible pour certains soignants d'entendre les angoisses d'une patiente concernant sa féminité altérée et sa sexualité violemment agressée. Certains médecins oublient de donner de petits conseils utiles pour faciliter les rapports sexuels, notamment l'utilisation de lubrifiants.

Dans le cancer, il y a la phase visible et la phase invisible : le mal caché se double d'un mal apparent et l'on appréhende tant les ravages de ce qui se voit directement de ce qui ne se voit pas. Ainsi, le malade sera affecté d'une double angoisse entre toutes les choses perceptibles et imperceptibles desquelles il sera difficile de démêler les conséquences de la maladie de celles des traitements. Cette fatigue, cette douleur, cette maigreur, cette pâleur, est-elle l'effet de la chimio ou du cancer ?

Son état de santé sera évalué et quantifié par les analyses médicales et bien souvent le malade oscillera entre une situation de quivive où il guette et traque la moindre douleur et l'impression d'être dépossédé de son corps, déroute par ce qu'il sent et qui peut ne pas correspondre avec les résultats sanguins.

Ainsi, il peut se sentir affreusement mal après sa chimio là où le médecin considèrera que les cellules tumorales ont été réceptives au traitement et régressent. En revanche, son état général peut lui indiquer qu'il est en pleine forme cependant que ses analyses révèlent une récidive.

Ces altérations de la perception peuvent affecter la confiance en soi et envers son corps. Comme si ce corps devenait autre, agissait en traitre, ne répondait plus aux commandes. Certaines personnes peuvent se vivre comme dissociés entre leur moi d'une part et leur corps de l'autre, tentant de préserver leur identité de ce qui subit les vagues, les tempêtes, les naufrages de la maladie.

Les proches aussi peuvent se trouver désorientés et ne plus reconnaître les traits familiers d'un visage transformé par les épreuves physiques et psychologiques. Le caractère imprévisible de la survenue de la maladie ou de la présence ou non d'effets secondaires consécutifs aux traitements fragilise la réponse adaptative du patient et des proches.

La maladie modifie également le rapport au temps, elle semble prendre des raccourcis qui précipitent, en quelques mois, une personne valide en une silhouette amaigrie, marquée, le visage tiré ou marqué qui paraît d'un coup vieillie. Cette invraisemblable transformation d'un être jeune et vigoureux en un être fragile aux gestes lents, la tête chauve, ne contrôlant plus ses sphincters, brouille tous nos repères et semble vous montrer le film de la vie à reculons. La maladie grave ressemble parfois à une forme de grande mise en scène de la répétition générale de votre mort.

Alors, quelles prouesses ne faut il pas au malade pour se réapproprier son corps, pour l'accepter, pour, malgré tout rester séduisant, pour réengager des relations intimes avec le conjoint ?

Eros et thanatos se trouvent aux antipodes et comme nous savons que les extrêmes peuvent s'attirer, il n'est pas rare d'observer en consultation des patients qui maintiennent envers et contre tout une sexualité quand ils savent le cancer incurable, comme si l'amour, la pulsion sexuelle allait leur donner un surcroit de vie. Luttant contre la mort en croquant la vie ou en multipliant les partenaires sexuels ; bouclier contre la grande faucheuse. Cette conduite, souvent inconsciente, rend parfois le patient extrêmement séducteur envers ses soignants, comme si l'amour convoité du thérapeute, du médecin, et sa reconnaissance avait un pouvoir de guérison.

N'y aurait-il pas, par ailleurs, un fantasme de type cannibalique ou vampirique où le malade condamné viendrait puiser une énergie vitale, capable de le régénérer envers et contre tout. L'idée de l'amour plus fort que la mort est inscrite en nous telle une vérité absolue.

Je me souviens du témoignage d'un kinésithérapeute soignant les douleurs d'une jeune femme de 26 ans aux soins palliatifs qui disait avoir eu des avances de sa patiente en fin de vie.

Il est extraordinaire de remarquer parfois combien un malade profondément atteint ne renonce pas à son pouvoir de séduction. N'avons-nous pas été frappés, en tant que soignants, par l'expression d'une féminité exacerbée chez des patientes qui refusent de se laisser aller, de subir la déchéance des traitements. Certaines femmes se raccrochent à une apparence impeccable tout au long des traitements et ne laissent rien paraître. Elles mettent un point d'honneur à rester belles, à camoufler l'alopécie sous de beaux foulards ou d'élégantes perruques. Elles gardent ainsi une maîtrise sur leur image, elles refusent d'être victime de la maladie et de se laisser voler leur beauté.

D'autres, au contraire, ne cache rien, admettent qu'incontestablement, quelque chose d'elle-même, de leur corps, de leur intégrité physique est irrémédiablement perdu ou transformé. Elles effectuent une forme de deuil du corps intact pour, peu à peu, accepter les transformations. Un autre rapport à soi, à son miroir se crée dès le moment où l'on se sent Autre.

Cette « saison en enfer » de la maladie laisse immanquablement de nouvelles cicatrices et certaines séquelles irréversibles mais si ce moi du patient surmonte cette épreuve, survient alors l'apparition d'une autre beauté. Une beauté qui n'a plus rien à voir avec nos critères esthétiques habituels et qui se retrouve peut-être chez tous ceux qui ont traversé des phases de mort et de renaissance à soi-même.

Le regard n'est plus le même, il est porteur d'une lumière, d'un éclat particulier. Une beauté, disons-le, au-delà du principe de plaisir et pour paraphraser Nietzsche « par delà le bien et le mal », produisant ses effets d'abord sur le malade, ensuite sur celui qui vient à son chevet. Cette beauté vous saisit lorsque vous entrez dans une chambre et que vos yeux ne voient soudain plus ce corps décharné, ces ustensiles barbares perforants le corps, mais apprennent à voir l'invisible, à ressentir l'émotion et la grâce comme si vous vous trouviez face à la Piéta de Michel-Ange. On peut également évoquer cette « connaissance par les gouffres » dont nous parles Henri

>> Suite page 27

Michaux. Une Erlebnis, c'est-à-dire, la connaissance vécue de Soi qui nous ouvre à nous-mêmes et à la vision intérieure.

Il s'agirait là d'une chute radicale du narcissisme qui nous amène à aimer autre chose que son image dans le miroir. Paradoxalement, le corps souffrant fonctionne étrangement à la manière d'un miroir des vanités où l'on apprend à dépasser l'horreur, la peur, l'impuissance, la castration pour accueillir l'autre dans son essence, son être le plus profond.

Quelle étrange et surprenante inversion des rôles ne ressent-on pas lorsque subrepticement, le malade devient notre « thérapeute », celui qui guérit notre vision, soigne l'égo, le narcissisme et nous apprend à aimer les corps abîmés, les chairs lacérées, les peaux distendues.

André Malraux dans « La métamorphose des Dieux » dit que « La piéta n'a piéta n'a pas d'autre cathédrale que dans le cœur des hommes » et que « La compassion y devient la forme la plus intense de l'amour ».

J'ai très envie de prendre le contre pied d'une société atteinte de « jeunisme » prise dans un délire de conservation de la beauté, pour révéler ce qui semble indicible et invraisemblable : il y a de l'amour à l'hôpital, il y a une beauté chez le malade ou le mourant qui transcende tous nos critères de beauté. Il y a aussi une sexualité sans pénétration, sans prothèses, ni lubrifiants après le cancer et celle-ci ne vise plus les performances, les orgasmes rédempteurs car elle s'élabore lentement dans l'érotisation et la sensualité du corps entier, ouvrant les portes de la douceur, du toucher, des baisers qui ne s'éteignent pas avec la jouissance.

Le cœur n'a aucune limite dans sa fantaisie et sa créativité amoureuse, il aime dans les mots, dans les gestes, sur le papier et dans chaque instant partagé.

Progrès en matière de diagnostic de la tuberculose multirésistante

UN PROJET INNOVANT ÉTEND L'ACCÈS À DE NOUVEAUX TESTS DE DÉPISTAGE

Organisation mondiale de la Santé

20 MARS 2014 I GENEVE - En 2012, près d'un demi-million de personnes ont contracté une tuberculose multirésistante (tuberculose-MR), mais seulement un cas sur quatre a été diagnostiqué, principalement à cause du manque d'accès à des services de qualité.

Communiqué de presse

À l'approche de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose, le 24 mars, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) rapporte cependant que, grâce à un projet international innovant, 27 pays font des progrès prometteurs en matière de diagnostic de la tuberculose multirésistante.

Ce projet, connu sous le nom de « EXPAND-TB » (Étendre l'accès à de nouvelles méthodes de diagnostic de la tuberculose) et financé par UNITAID, a aidé à tripler le nombre des cas de tuberculose multirésistante diagnostiqués dans les pays participants.

« Il est crucial de diagnostiquer plus tôt et plus rapidement toutes les formes de tuberculose, déclare le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS. On augmente ainsi les chances de prescrire le bon traitement et de guérir les patients, et on contribue à arrêter la propagation des formes résistantes aux médicaments. »

> « Il est crucial de diagnostiquer plus tôt et plus rapidement toutes les formes de tuberculose. On augmente ainsi les chances de prescrire le bon traitement, de guérir les patients, et on contribue à arrêter la propagation des formes résistantes aux médicaments. »
>
> *Dr Chan, Directeur général de l'OMS*

Atteindre les trois millions de personnes qui ne sont pas soignées

La Journée mondiale de lutte contre la tuberculose 2014 a pour slogan « Atteindre les trois millions ». Selon les estimations, un tiers des neuf millions de personnes contractant la tuberculose chaque année ne bénéficient pas des soins dont ils ont besoin. Dans de nombreux pays, il est difficile d'avoir accès aux services de diagnostic, en particulier en cas de tuberculose-MR.

Certains pays ne disposent que d'un laboratoire central, souvent avec des capacités limitées pour diagnostiquer cette forme de tuberculose. Dans certains cas, les échantillons des patients doivent être envoyés dans d'autres pays pour faire les analyses. De plus, avec les tests classiques, il faut parfois plus de deux mois pour obtenir les résultats.

>> Suite page 28

La situation commence cependant à évoluer. De nouvelles technologies permettent de diagnostiquer rapidement la tuberculose et la tuberculose-MR en à peine deux heures.

« Grâce à l'association fructueuse de collaborateurs, parmi lesquels ceux qui travaillent sur l'accès au diagnostic, l'histoire de la tuberculose-MR évolue », déclare Philippe Meunier, Ambassadeur du gouvernement français chargé de la lutte contre le VIH/sida et les maladies transmissibles. « L'augmentation des capacités et la baisse des prix signifient que l'on pourra prendre en charge davantage de patients et que les risques pour la santé mondiale diminueront. »

En 2009, UNITAID a donné (US $)87 millions pour soutenir le projet EXPAND-TB réunissant plusieurs partenaires et visant à permettre un accès efficace et durable, ainsi que l'utilisation de nouvelles techniques de diagnostic recommandées dans 27 pays à revenu faible ou intermédiaire. Selon les estimations, ces pays représentent ensemble 40% de la charge de morbidité mondiale imputable à la tuberculose-MR.

Plus de 30% des cas de tuberculose multirésistante détectés

Le projet EXPAND-TB a donné des résultats impressionnants. Les pays qui en ont bénéficié ont détecté plus de 30% des cas de tuberculose-MR dans le monde en 2012. En Inde, 90% des cas de tuberculose-MR ont été décelés dans des services aidés par le projet. L'utilisation de ces tests suppose un renforcement des services de laboratoire. Fin 2013, le nombre d'établissements pleinement opérationnels était de 92. De 2009 à 2013, le nombre de cas de tuber-

>> Suite page 30

NOTE À LA RÉDACTION

Partenaires du projet EXPAND-TB et citations supplémentaires

L'OMS représente, à l'intérieur du système des Nations Unies, l'autorité directrice et coordonnatrice en matière de santé. Il lui incombe de jouer le rôle de chef de file pour les questions de santé au niveau mondial, d'inspirer l'agenda de la recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de développer, en ce qui concerne les politiques à mener, différentes options fondées sur des données factuelles, d'apporter une assistance technique aux pays et d'assurer le suivi et l'évaluation de tendances en matière de santé.

UNITAID est une initiative mondiale pour la santé créée en 2006 par les gouvernements du Brésil, du Chili, de la France, de la Norvège et du Royaume-Uni pour garantir un financement durable de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. Environ 70% des fonds d'UNITAID proviennent d'une taxe modique sur les billets d'avion. Par l'intermédiaire d'agents d'exécution, UNITAID finance l'achat de médicaments et de produits diagnostiques de qualité garantie pour les patients des pays pauvres, usant de son influence sur le marché pour étendre l'offre, promouvoir la mise au point de produits nouveaux et mieux adaptés, réduire les délais de livraison et faire baisser les prix.

Le Dr Philippe Duneton, Directeur exécutif par intérim d'UNITAID a déclaré: « Le projet EXPAND-TB a représenté une part importante du portefeuille d'investissement d'UNITAID pour la tuberculose, l'identification des cas ayant été et demeurant essentielle. Pour atteindre les trois millions « manquants », nous devons continuer à trouver et à utiliser des techniques de diagnostic toujours plus performantes,

>> Suite page 30

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

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.

VITATEL
Télé-assistance 24h/24
078 151212 www.vitatel.be

NOTE À LA RÉDACTION

mais aussi permettre aux pays à revenu faible ou intermédiaire d'accéder aux nouveaux médicaments désormais disponibles. »

Le Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose coordonne et gère pour les pays éligibles les achats et les livraisons de produits pour la tuberculose, comme des médicaments de qualité garantie, du matériel de diagnostic et des fournitures; il offre également une assistance technique pour établir des systèmes d'approvisionnement qui soient plus pérennes. Il a procuré et distribué des diagnostics et du matériel de laboratoire pour le projet et, en centralisant la demande mondiale de médicaments antituberculeux de seconde intention, a obtenu jusqu'à 32% de réduction des coûts pour le traitement de la tuberculose-MR en instituant une base plus large de fournisseurs produisant des médicaments de qualité garantie et en permettant une plus grande concurrence sur les marchés.

« Nous devons veiller à ce que les services de diagnostic soient accessibles et plus proches de ceux qui en ont besoin. Le projet a appliqué avec succès une approche stratégique qui réunit de multiples partenaires et a lié le diagnostic, les capacités de traitement et l'approvisionnement en médicaments, montrant ainsi la voie à une lutte plus puissante contre la tuberculose-MR », explique le Dr Joel Keravec, Conseiller spécial du Service pharmaceutique mondial.

FIND (Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et innovants) est une organisation internationale à but non lucratif pilotant la mise au point et la livraison de solutions innovantes de diagnostic pour les maladies liées à la pauvreté. Principal partenaire d'exécution du projet EXPAND-TB, elle travaille en étroite collaboration avec les programmes nationaux de lutte antituberculeuse et de multiples partenaires internationaux et locaux pour renforcer les capacités des laboratoires, accélérer la mise en place des nouvelles technologies et établir le savoir-faire nécessaire à leur utilisation. La Fondation veille avec d'autres à ce que les éléments essentiels nécessaires pour une mise en œuvre réussie des diagnostics soient en place et vise à avoir un impact maximum sur les patients.

« Sans moyens de diagnostic, la médecine est aveugle, a déclaré le Dr Catharina Boehme, Directeur général de la Fondation. Le projet EXPAND-TB est crucial pour développer les capacités de détection de la résistance de la tuberculose aux médicaments. Il a également établi le fondement d'une utilisation rapide et à bon escient des futures innovations en matière de diagnostic, dont on a besoin d'urgence pour combattre efficacement la tuberculose et la résistance aux médicaments. L'engagement continuel de la part de la communauté mondiale de la santé en faveur de ces outils, en particulier des méthodes de diagnostic sur le lieu même des soins, devrait rester en tête des priorités. »

culose-MR diagnostiqués dans les 27 pays a triplé et a atteint 36 000 pour 2013 seulement.

Le projet a permis de traiter davantage de patients avec des médicaments antituberculeux de seconde intention de qualité garantie. Grâce à cette demande, il a contribué à faire baisser d'un tiers le prix des médicaments et des schémas thérapeutiques contre la tuberculose-MR. Les prix ont également diminué pour les fournitures nécessaires au diagnostic.

Les partenaires du projet sont l'OMS, l'Initiative mondiale pour les laboratoires, le Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose et la Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et innovants (FIND). Les fonds ont été utilisés pour acheter du matériel, des fournitures et pour former les techniciens de laboratoire.

Le projet EXPAND-TB complète les investissements dans le domaine des infrastructures de laboratoire et des services de dia-

>> Suite page 31

gnostic de la part de partenaires internationaux comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale et le gouvernement des États-Unis d'Amérique.

« Le retard en matière d'accès au diagnostic et aux soins de la tuberculose est loin d'avoir été rattrapé, mais il est en train de se combler. Grâce à la dynamique de laboratoires modernes, nous sommes sur le bon chemin pour nous occuper enfin de la tuberculose-MR », explique le Dr Mario Raviglione, Directeur à l'OMS du Programme mondial de lutte antituberculeuse.

Les ministères de la santé s'efforcent désormais de trouver au niveau national les fonds nécessaires sur le moyen terme et collaborent avec les partenaires pour combler les déficits de financement pour des tests et services de diagnostic de qualité.

POUR PLUS D'INFORMATIONS, VEUILLEZ PRENDRE CONTACT AVEC:

Mr Tarik Jasarevic
Chargé de communication, OMS
Portable +41 79 367 6214
Téléphone: +41 22 791 5099
Courriel: jasarevict@who.int

CHD
CHU Mont-Godinne UCL VOTRE SANTE, NOTRE PRIORITE

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

asbl AFITER.BE

Association Francophone des Infirmiers et des technologues Exerçant en Radiothérapie Belgie
Numéro d'entreprise 0551.864.672

Président : Walter Hontoir Infirmier social porteur du titre d'infirmier spécialisé en oncologie
Vice Présidente : Aude Vaandering Technologue en imagerie médicale et qualiticienne en radiothérapie
Secrétaire : Fanny Parmentier Infirmière-chef de service
Trésorière : Claire Detienne Infirmière-chef de service

L'asbl AFITER.be est une association visant à représenter tous les soignants exerçant leur activité aux postes d'irradiations ou en dosimétrie, dans le respect des compétences reconnue ou à reconnaître de chacun. Elle se profile comme une association de promotion de nos métiers respectifs et de la qualité des soins dans une radiothérapie moderne et en constante perfection. Pour qu'entre collègues nous puissions également nous épanouir dans nos rôles et soigner les patients comme il se doit et en ont le droit.

L'AFITER.BE organise sont premier congrès le Samedi 22 novembre 2014 à la Haute Ecole Provinciale de Namur, retenez cette date!

Vous en saurez plus dans le prochain numéro

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		
24-27.9.2014. **Xe conférence internationale Fédération européenne des enseignants en soins infirmiers (FINE Europe) et le Comité d'entente des formations Infirmières et cadres (CEFIEC).** **« La formation etla pratique infirmière : quel avenir ? »**	Nancy, France	http://www.fine-europe.eu/
27-29.10.2014 **6th International Nursing Management Conference.** **« Creating the Future: Nurses Leading to Safe Environments »**	Bodrum, Turkey	http://www.inmc2014.org/
27-28.11.2014 **24e Journées d'étude européennes Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers (AFEDI) . « Gestion des risques et sécurité de personnes soignées : contribution des classifications en soins infirmiers »**	IFSI du CHU de Dijon, France	http://www.afedi.com
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
1-2.10.2015 **13e Congrès Européen des infirmier(e)s clinicien(ne)s consultant(e)s et de pratique avancée .** **« Qualité des soins, qualité de vie : quelle place pour l'expertise dans la pratique infirmière ? »**	Avignon, France	http://www.anfiide.com

En Belgique		
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 !
21.10.2014 **XX ème journée de Gérontologie ComPAs / acn: Les enjeux de l'INTERDISCIPLINARITE face aux Syndromes gériatriques**	Centre Culturel d'Ottignies Avenue des combattants 41 à 1340 Ottignies	http://www.infirmieres.be onglet « Congrès »
20.11.2014 **Séminaire Européen SIDIIEF: Intégration des savoirs scientifiques dans la formation et dans la pratique**	CEME, rue des Français 147 à 6020 Charleroi.(Belgique)	http://www.infirmieres.be onglet « Congrès »

Rubrique culinaire

« Un coup de barre, Marx et ça repart… »

Ces recettes sont inspirées par celles élaborées par Thierry Marx, chef du « Sur Mesure », restaurant de l'hôtel « Le Madarin Oriental » situé à Paris.

DAURADE À LA JAPONAISE

Ingrédients pour 4 personnes :

4 beaux filets levés avec la peau de daurade royale - 1 oignon - 2 càc d'huile de sésame - 20 cl de sauce teriyaki (rayon cuisine du monde des grandes surfaces) - 1 jus de citron vert - 2 cm de gingembre frais (épluché et finement émincé) - 3 gros navets ronds - 1 navet long (daïkon) - 1 citron confit au sel - 60gr de beurre - 10gr de miel liquide - 2 càc de maïzena - S & P.

Au fourneau :

> Faire blondir dans une poêle durant 3 à 4 minutes, l'oignon ciselé et l'huile de sésame. Mettre l'oignon dans un bol, napper avec 10cl de sauce teriyaki et laisser mariner 3 à 4 h au frais.

> Faire mariner les filets durant 2h au frais dans les 10cl de sauce teriyaki restant et le jus de citron vert.

> Eplucher 2 navets ronds et détailler en dés, émincer le citron confit en petits dés et faire rôtir le tout dans du beurre et le miel. Faire cuire pendant 40' à feu doux. Lorsque les dés sont bien tendres, mixer le tout et passer au chinois. Rectifier l'assaisonnement et réserver.

> Egoutter les filets et les cuire 4' à la poêle en commençant par le côté « peau ».

> Verser la marinade dans la poêle, ajouter le gingembre haché et laisser réduire un peu. Rectifier l'assaisonnement et réserver au chaud.

> A la mandoline, tailler le troisième navet rond en fines lamelles. Plonger celles-ci dans l'eau bouillante pendant 30 sec. puis les sécher et les séparer en deux tas.

> Disposer un peu de purée de « navet-citron » au centre de la moitié des rondelles, badigeonner les bords avec un mélange de beurre liquide et maïzena et recouvrir avec la seconde moitié des lamelles afin d'obtenir des ravioles végétales. Disposer les ravioles dans les assiettes.

> Eplucher le daïkon et le râper sur la longueur afin obtenir une fine julienne.

> Disposer les filets chauds dans l'assiette, recouvrir d'un trait de sauce puis y disposer un petit tas de julienne de daïkon. Ajouter un trait d'oignons confits, préalablement réchauffés Bon appétit…

RISOTTO DE SOJA

Ingrédients pour 6 personnes.

600gr de pousses de soja très fraîches - 12 huîtres - 2 échalotes - 100gr de champignons de Paris - 50cl de vin blanc sec - 250 gr de mascarpone - 20cl de crème de soja - 20gr de beurre - 20gr de roux blond (beurre+ farine) - Huile d'olive parfumée à la truffe blanche - S & P.

Au travail :

> Dégermer les pousses de soja afin de ne garder que la partie blanche (nb : cette étape est assez fastidieuse, il est nécessaire de s'y prendre à l'avance). Tailler les pousses de la longueur de grains de riz (+/- 5 mm). Réserver.

> Eplucher et ciseler les échalotes. Les faire revenir dans un peu d'huile d'olive, ajouter le vin blanc. Faire réduire légèrement. Passer au chinois et réserver.

> Ouvrir les huîtres et les faire égoutter afin de recueillir leur jus. Détailler grossièrement les huîtres.

> Emincer les champignons, les mettre dans une casserole et les recouvrir d'eau jusqu'à hauteur. Cuire à feu doux pendant une demi-heure afin d'extraire le jus de champignons. Faire réduire durant 5'.

> Verser dans le jus de champignons, la réduction de vin blanc, le jus des huîtres, le mascarpone, la crème de soja. Mixer le tout, rectifier l'assaisonnement, et remettre à feu doux et lier avec le roux. Rendre un coup de mixer lors du service.

> Faire fondre le beurre dans une poêle et faire revenir à feu vif durant 1', les pousses de soja. Celles-ci doivent rester fermes. Saler et poivrer.

> Répartir le risotto de soja dans les assiettes, disposer l'émincé d'huîtres par-dessus,recouvrir de sauce mousseuse et verser sur le tout, un trait d'huile de truffe blanche.

BONNE DÉGUSTATION…

Les conseils du père « Effainibet »

Wouah, on se lâche cette fois-ci…Je vous propose d'accompagner la daurade avec un beau riesling alsacien ou allemand. Quant au risotto, je vous invite à le déguster accompagné d'un beau bourgogne blanc élaboré à partir de chardonnay. L'association devrait vous plaire. En tout cas, moi ça me plaît et pour ma part c'est l'essentiel… Je rigole….

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

Nom : .....

Prénom : .....

N° national (obligatoire) : .....

Adresse : .....

.....Bte .....

Code Postal .....Localité.....

Pays : .....

E-mail : .....

E-mail prof. : .....

Tél. : .....

GSM : .....

Fonction : .....

Lieu de travail : .....

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**

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 Continuée)
- ○ **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

amma
assurances
pour et par le secteur des soins de santé

Votre profession, en tant qu'infirmier(ère), est à la fois une belle profession et un défi. C'est aussi une profession exigeante. Parce qu'il s'agit de personnes, vous ne pouvez pas commettre d'erreurs. Malheureusement, une erreur est vite faite…
Que faire en cas de faute professionnelle ou lors d'une plainte d'un patient ?
Qui paiera les coûts de votre avocat et l'indemnisation pour le patient ?
En tant qu'infirmier(ère) salarié(e), ce n'est pas toujours votre employeur qui intervient…

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

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

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 infirmièr(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

expressmedical
Votre partenaire aujourd'hui et pour l'avenir

25 years

member of | usg people

top EMPLOYERS 2013 BELGIE/BELGIQUE CERTIFIED BY THE CRF INSTITUTE

SGS