



AGORA

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

N°/Nr 18

Trimestriel : Janvier - Février - Mars 2015
Driemaandelijks: Januari - Februari - Maart 2015



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

Le département infirmier du CHU de Charleroi Tous en cœur au cœur des soins

Le CHU de Charleroi est le plus important établissement hospitalier public de la Région Wallonne avec cinq sites hospitaliers intégrés : l'Hôpital Civil (Charleroi), l'Hôpital A. Vésale et l'Hôpital Léonard de Vinci (Montigny-le-Tilleul), l'Hôpital V. Van Gogh (Marchienne) et la Clinique L. Neuens (Châtelet). Fin 2013, L'Hôpital Civil Marie Curie ouvrira ses portes tandis que l'Hôpital Civil fermera les siennes. Le CHU de Charleroi offre à ses patients toutes les spécialités médicales et chirurgicales et continue à se développer afin de prodiguer des soins de qualité.



EN REJOIGNANT NOS ÉQUIPES, VOUS CONTRIBUEREZ À RELEVER CES DÉFIS

Vos motivations à travailler au sein d'une équipe porteuse de projets ambitieux :

- contrat à durée indéterminée
- accueil parrainé
- reconnaissance des titres
- prime de fin d'année
- reprise des années d'ancienneté
- avantages sociaux : abonnements transports en commun, repas au self du personnel
- amicale du personnel (réductions dans certains magasins)
- crèche
- service social pour le personnel
- groupe "bien-être"

- plan de carrière, de formation
- perspectives d'avenir au sein du nouvel hôpital
- ergonomie du travail

NOS OBJECTIFS

Les objectifs du département infirmier sont :

- la satisfaction des patients, du personnel et des stagiaires
- le développement des valeurs humanistes
- le développement des compétences
- le déploiement d'un hôpital attractif en termes de résultats

NOS OFFRES D'EMPLOI

L'ISPPC recrute régulièrement pour son CHU de Charleroi (Hôpital Civil, A.Vésale, L. De Vinci, V. Van Gogh) et ses MR/MRS/MSP (h/f) des

bachelier(e)s en soins infirmiers et breveté(e)s, infirmier(e)s spécialisé(e)s en néonatalogie, SISU, psychiatrie, salle d'opération,...

Vous avez envie de travailler «tous en cœur au cœur des soins», merci de déposer votre candidature auprès d'A. Grard, Directrice des Ressources Humaines, Espace Santé-Boulevard Zoé Drion 1, 6000 Charleroi.

Plus d'information sur notre site internet :

www.chu-charleroi.be

EN REJOIGNANT LE DÉPARTEMENT INFIRMIER DU CHU DE CHARLEROI,

vous rejoignez un hôpital qui met l'accent sur :

- la disponibilité de technologies de pointe et d'un personnel médical de premier plan, grâce aux contacts étroits du CHU avec le monde universitaire
- le bien-être et le confort des patients et des accompagnants
- une éthique pluraliste fondée sur le respect des convictions de chacun

Edito

Les infirmiers en soins à domicile, tous des fraudeurs ? Non ! **5**

Fraude dans le secteur des soins à domicile ! **6**

Rubrique internationale

Le Conseil international des infirmières appelle les pouvoirs publics à garantir la sécurité du personnel infirmier dans les pays touchés par la maladie à virus Ébola **7**

Les infirmières demandent aux gouvernements de créer des milieux de travail sûres pour la prise en charge des patients atteints du virus Ébola **7**

Sixième réforme de l'État: quel impact pour les hôpitaux? **8**

Rubrique juridique

Médicaments falsifiés : nouvelle réglementation **10**

Nous avons lu pour vous ...

Les soins infirmiers à domicile : évolution d'une profession de la religieuse visiteuse à l'infirmière du XXIe siècle **12**

L'accompagnement des familles de donneurs : « des souvenirs intacts » **15**

Nos partenaires ...

Une vie si fragile à préserver **18**

Un programme de formation pour les parents **21**

L'expérience du centre de formation NIDCAP de Bruxelles. **22**

Environment and Early Developmental Care **26**

Portrait

L'ANCC récompense deux défenseurs exceptionnels de la profession infirmière **30**

Rubrique culinaire 33

Bulletin d'adhésion FNIB 34

Agenda 32

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

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

Les publications

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

Appel aux auteurs

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

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

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

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Fiche technique

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

Chaussée d'Haecht, 547 | B-1030 Bruxelles

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

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

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



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)

INNOVATION
App. "Incontinence solution"

Edito



Alda Dalla Valle
Présidente FNIB.



LES INFIRMIERS EN SOINS A DOMICILE, TOUS DES FRAUDEURS ? NON !

Retour sur l'histoire : depuis la nuit des temps, l'Homme prend soin de ses semblables. Il protège, il nourrit, il soigne... C'est donc naturellement qu'il se dirige vers la profession qui est la nôtre aujourd'hui...

Très souvent, pour ne pas dire toujours, lorsque vous questionnez la population, l'infirmier est décrit comme une personne de grande valeur, de qualité d'âme, de qualités professionnelles et reconnu comme une personne de CONFIANCE et ayant des valeurs morales.

Alors je dis STOP !

Arrêtez messieurs les journalistes d'englober toute une profession pour les faits de quelques-uns dans l'unique but de faire du sensationnel !

Donnez plutôt du sensationnel avec des chiffres corrects issus d'une étude complète et non réductrice

Dans l'article paru dans La Libre Belgique du 27/11/14 sur des sommes détournées à l'INAMI par des infirmiers, vous englobez tous les infirmiers professionnels du domicile, vous noircissez toute la profession... Je rectifie... ça m'énerve !

Vous jetez le discrédit sur toute une profession et non des moindres, puisque nous sommes plus de 150000 infirmiers en Belgique. Tout ceci pour le fait d'un infime pourcentage de personnes peu scrupuleuses. Des « brebis gâleuses » existent, hélas, dans toutes les professions !

Vous oubliez, et je rectifie dans

cet « Agora », de joindre toute l'analyse EUROPEENNE d'où est issu ce constat... ça m'énerve !

OUI il y a des personnes peu scrupuleuses même au sein de notre profession et nous essayons depuis très longtemps d'alerter les autorités... sans résultats probants car nous ne possédons pas en Belgique un organe qui puisse les poursuivre et garantir au citoyen des soins de qualité... avec des personnes de qualité... Que cet organe s'appelle ORDRE, CONSEIL ou autre... peu importe.

Que les soins soient mal donnés, donnés par « n'importe qui » ou pas donnés du tout... qui réagit ? Par contre dès qu'il y a de l'argent en jeu, alors là, c'est une autre affaire ! ON vole l'INAMI...

Quel Scandale !

Si vous regardez l'histoire (en lisant les articles de l'Agora précédent et de celui-ci), mes chers amis et collègues, vous verrez que les « infirmières visiteuses » étaient et SONT aimées, appréciées et attendues...

Nous sommes, vous êtes des personnes de valeur. Gardez cela à l'esprit. Par nos comportements et nos actes prouvons-le au quotidien.

Voilà notre slogan pour 2015 : « Soyons des personnes de valeur ».

« Le rapport annuel du SECM, le Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI, a relevé une problématique des abus dans le secteur des soins infirmiers à domicile ; c'est-à-dire 140 des 25 000 prestataires. L'émoi total. Les titres des médias jettent la suspicion sur tout. Pour toute clarté, il ne s'agit que de 0.56 % de tous les praticiens de l'art infirmiers à domicile ! »

« Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) s'attache à sensibiliser les dispensateurs de soins à la problématique de la fraude, tous degrés confondus. Dans un premier temps, il se concentrera à l'échelon national sur les infirmiers à domicile, qui représentent le plus grand nombre de cas de fraude en pourcentage. Le service devrait toutefois également de plus en plus se profiler à l'échelon européen. »

Le SECM est en effet membre du réseau européen EHFCN (European Healthcare Fraud and Corruption Network) et s'est chargé d'élaborer une sorte de standard – une matrice – permettant d'uniformiser les contrôles. Il y a quelques semaines, l'outil a été présenté à Athènes aux représentants de 18 pays. »

Issu de « Le Spécialiste – L'actualité des médecins spécialistes » du 27/11/2014.

Consultez l'article complet dans cette revue.

NOUS RECRUTONS !



Le Centre Hospitalier EpiCURA regroupe plus de 2500 personnes et 400 médecins 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 :

INFIRMIER BACHELIER
INFIRMIER BREVETE
INFIRMIER SPECIALISE

Rejoignez nos unités de soins !

Infos et candidatures

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



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

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Fraude dans le secteur des soins à domicile !

Le rapport annuel du SECM, le Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI, a relevé une problématique des abus dans le secteur des soins infirmiers à domicile ; c'est-à-dire 140 des 25 000 prestataires. L'émoi total. Les titres des médias jettent la suspicion sur tout. Pour toute clarté, il ne s'agit que de 0.56 % de tous les praticiens de l'art infirmiers à domicile !

La problématique des abus auprès des exécutants des professionnels de la santé et/ou des institutions de soins n'est pas une nouveauté. Le nombre de contrôles publiés ne se limite qu'à deux catégories professionnelles faisant l'objet d'un contrôle rigoureux :

- > des médecins spécialistes : 24 % des contrôles
- > des infirmiers : 21 % des contrôles
- > la partie restante des catégories professionnelles : très minime

Des chiffres par rapport aux médecins spécialistes ne sont pas publiés.

Il y a deux ans, l'attention a été attirée sur l'abus « des forfaits journaliers » par des prestataires indépendants ainsi que par des services de soins à domicile. A l'heure actuelle, il s'agit d'une partie de personnes percevant un gros salaire, ce qui jette le discrédit sur tout le secteur.

La « fraude » auprès des infirmiers se manifeste de trois manières :

1. Attester des prestations non effectuées

La commission des conventions a élaboré en quelques années de nouvelles directives relatives aux scores de l'échelle de Katz. Le test a démontré que 24 % des infirmiers affichent un score moins élevé par rapport aux nouvelles règles. Ces nouvelles règles ont été repoussées par les OA au sein d'un groupe de travail chargé de vérifier l'étude de terrain. Selon eux, les « fraudeurs » n'ont pas participé au test. On se demande donc pourquoi il faut élaborer des règles et des tests si tout est simplement balayé d'un revers de main. Les infirmiers sont demandeurs d'affinement des règles interprétatives afin de rendre les scores univoques et d'éviter la discussion sur quelques interprétations par la suite.

2. Surscore

La commission des conventions et la « Task Force » ont proposé une facture transparente pour les clients afin de faire en

sorte qu'un infirmier n'atteste plus de prestations qu'il n'a jamais effectuées. Même un arrêté royal a été publié imposant cette mesure à partir du 1-1-2015. Malheureusement, l'INAMI n'en est pas prêt. A cet égard, la mesure a été reportée au 1-7-2015 au plus tôt.

3. Attester des prestations de soins de plaies complexes au lieu des prestations de soins de plaies simples. Cet argument nous semble captieux. La prescription du médecin indique normalement clairement le type de traitement. Si la prescription ne précise pas qu'il s'agit d'un soin de plaies complexes, ce soin ne peut pas être attesté.

De surcroît, le secteur doit faire face à un système de nomenclature dépassé. Il y a une grande disparité entre les différents tarifs et une législation administrative complexe. Il en résulte que tous les intéressés, les mutualités, les services de contrôle et les prestataires agissent selon leur propre interprétation. Il va de soi que c'est le mélange par excellence pour ceux qui font, de manière délibérée, un usage abusif du système. La majorité absolue réussit à utiliser ce système de manière correcte.

Le secteur a signalé ce problème depuis des années et encourage à collaborer de façon constructive à l'amélioration. L'attestation des prestations non effectuées a déjà été considérée comme une priorité majeure dans la lutte contre la fraude. Nous désirons donc à nouveau éradiquer les abus par la surveillance et le contrôle.

Mais nous souhaitons aller plus loin. Il est urgent de mettre en place un système d'audit pour que des prestataires et des cabinets puissent vérifier s'ils se sont engagés sur la bonne voie quant à la dispensation de soins et les obligations administratives correspondantes.

Nous attendons une communication claire de la part de l'INAMI pour savoir si leurs suppositions sont justifiées après enquête ou non. Avant tout, les 24 860 infirmiers corrects demandent de respecter, d'apprécier et de récompenser leur bon travail.

Au nom d'e-vita
Aurore De Wilde
Présidente de la FIB

Rubrique internationale

STATEMENT TO THE PRESS . DÉCLARATION À LA PRESSE . DECLARACIÓN A LA PRENSA

Le Conseil international des infirmières appelle les pouvoirs publics à garantir la sécurité du personnel infirmier dans les pays touchés par la maladie à virus Ébola

14 novembre 2014 – Le Conseil international des infirmières (CII), très préoccupé par la crise liée à la maladie à virus Ébola, appelle les autorités à garantir la sécurité du cadre de travail du personnel infirmier travaillant dans les pays concernés par l'épidémie.

Pendant sa réunion du 4 au 6 novembre 2014, le Conseil d'administration du Conseil international des infirmières a souligné le risque de santé publique majeur que constitue le virus d'Ébola. Il a mis en avant, à cet égard, la nécessité de renforcer les mesures de sécurité, de mettre à la disposition du personnel le matériel de protection adéquat et de dispenser les formations nécessaires. Le Conseil d'administration du CII a également plaidé pour une participation active des personnels infirmiers aux prises de décisions à tous les niveaux.

M. Paul Pace, membre du Conseil d'administration du CII, a observé à ce propos que « les politiciens et les organisations internationales sont davantage préoccupés par des considérations politiques et par la volonté de rassurer l'opinion publique que par l'intérêt réel et le bien-être du personnel infirmier, qui est en première ligne des soins aux patients touchés par le virus d'Ébola ».

Dans presque tous les pays, les services infirmiers et obstétricaux représentent, selon les estimations, plus de 80% des services de soins de santé. C'est pourquoi le personnel infirmier est particulièrement exposé au risque d'infection par le virus Ébola pendant la prise en charge des

patients : selon l'Organisation mondiale de la Santé¹, 564 travailleurs de soins de santé ont été infectés par ce virus au 10 novembre 2014, dont 320 sont décédés.

Le Conseil d'administration du CII exprime sa solidarité et son soutien aux infirmières et aux infirmiers qui prodiguent leurs soins aux patients et aux communautés affectés par la grave crise de santé publique due à la maladie à virus Ébola. En particulier, le CII souligne qu'il faut mobiliser un soutien pour les familles des travailleurs de santé décédés en luttant contre cette maladie : le sacrifice de leur vie qu'ils ont consenti en prenant soin d'autrui prive en effet leurs proches et leurs enfants de toute sécurité financière pour l'avenir.

1 Densité de personnel infirmier et obstétrical (Global Health Observatory, OMS) : www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/

2 OMS, feuille de route pour la riposte au virus Ébola, rapport de situation au 12 novembre 2014 : www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/

PRESS INFORMATION . COMMUNIQUÉ DE PRESSE . COMUNICADO DE PRENSA

Les infirmières demandent aux gouvernements de créer des milieux de travail sûres pour la prise en charge des patients atteints du virus Ébola

Genève, Suisse et Madrid, Espagne, le 30 octobre 2014 – Lors d'un sommet en soins infirmiers de haut niveau, les 27 et 28 octobre, intitulé « Les soins infirmiers et le virus Ébola », organisé par le Conseil international des infirmières (CII) et le Conseil général en soins infirmiers d'Espagne (CGE), les infirmières ont demandé aux gouvernements de créer des environnements de travail sûres pour les professionnels de la santé comme condition préalable à la prestation de soins aux patients atteints du virus Ébola.

Les participants au Sommet ont analysé la situation et échangé des expériences mondiales, et les leçons à tirer et les changements qui pourraient être adoptés pour minimiser les risques associés à la prise en charge et le traitement des personnes infectées.

nal), de Médecins Sans Frontières, les membres de syndicats de soins infirmiers espagnols, les délégués des pays européens et africains où les patients atteints par le virus Ébola ont été traités, et les infirmières expertes dans la prise en charge directe du virus Ébola des patients.

Ce colloque a rassemblé les représentants du CII, du CGE, de la Fédération européenne des infirmières, de PSI (Public Services Internatio-

“Les infirmières jouent un rôle essentiel dans la riposte à cette crise, et de ce fait, elles courent un grand risque,” a déclaré David Benton,

Directeur général du CII. "La formation des infirmières et la mise en place de protocoles dans le cadre de la prestation de soins aux patients atteints d'Ébola étaient jusqu'à présent fragmentées. Cette réunion nous permettra d'avoir un aperçu complet de la situation, telle qu'exposée par ceux qui connaissent les besoins. Ce n'est qu'à cette condition que nous pourrions établir des orientations claires à fournir aux infirmières et veiller à ce que les patients reçoivent les soins de qualité dont ils ont besoin dans un environnement sûr et préservé."

Après avoir entendu le témoignage de tous les experts, le Président du Conseil général en soins infirmiers d'Espagne (Consejo General de Enfermería), Máximo González Jurado, a déclaré: "Le thème de ce sommet est «tolérance zéro». Il a également souligné que «la transparence dans ces cas est fondamentale, car elle nous fait apprendre et c'est la seule façon de passer à travers cette crise".

Le sommet a débuté par des présentations et des discussions par les représentants des différents pays et des organisations internationales sur les soins pour les patients atteints d'Ebola. Elle a été suivie par une session sur les normes proposées pour les programmes d'éducation et de formation pour les travailleurs de la santé. Le deuxième jour du sommet, les facteurs essentiels à inclure dans les protocoles et les procédures spécifiques pour les soins des personnes atteintes ou soupçonnées d'avoir le virus d'Ébola ont été établis. Le sommet en est venu à la conclusion de :

- élaborer des programmes de formation qui garantissent la compétence, et qui sera accrédité au niveau international par le CII ;

- créer une plate-forme d'information centralisée pour obtenir toutes les informations sur les soins infirmiers et le virus de la maladie Ébola ;

- demander la participation active des infirmières au niveau de la prise de décisions en matière de prévention et de soins des patients atteints de l'Ébola.

Les infirmières sont parmi les personnes les plus exposées à la contamination par le virus d'Ébola. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 443 travailleurs de santé auraient été infectés et 244 seraient décédés.[1] L'infection des travailleurs de santé par le virus d'Ébola peut avoir des effets dévastateurs sur le système de santé, par exemple la fermeture d'hôpitaux, la diminution de la main d'œuvre infirmière pourtant indispensable et la méfiance envers le système de santé.

De plus d'informations sont disponibles à la page www.icn.ch/fr/news/ebola/

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

Note pour les rédactions

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.

Parce que nous nous sommes exclusivement intéressés aux conséquences avérées et aux conséquences potentielles de cette réforme sur la vie des hôpitaux.

Notre volonté est de livrer une information factuelle à disposition des responsables hospitaliers et des professionnels de santé qui sont déjà aujourd'hui confrontés à la diversité des niveaux de pouvoir et des autorités administratives pour bien des aspects relatifs à la vie des institutions.

Découps territoriales et linguistiques complexes ainsi que complexité des découps des compétences entre entités rendent difficile une présentation claire. Nous relevons le défi en ciblant successivement quatre focus: l'agrément, la programmation, le financement et la gouvernance.

Pour en savoir plus et découvrir l'intégralité du dossier consacré à ce sujet, rendez-vous dans le tiré à part qui accompagnera votre prochain numéro de Healthcare Executive.

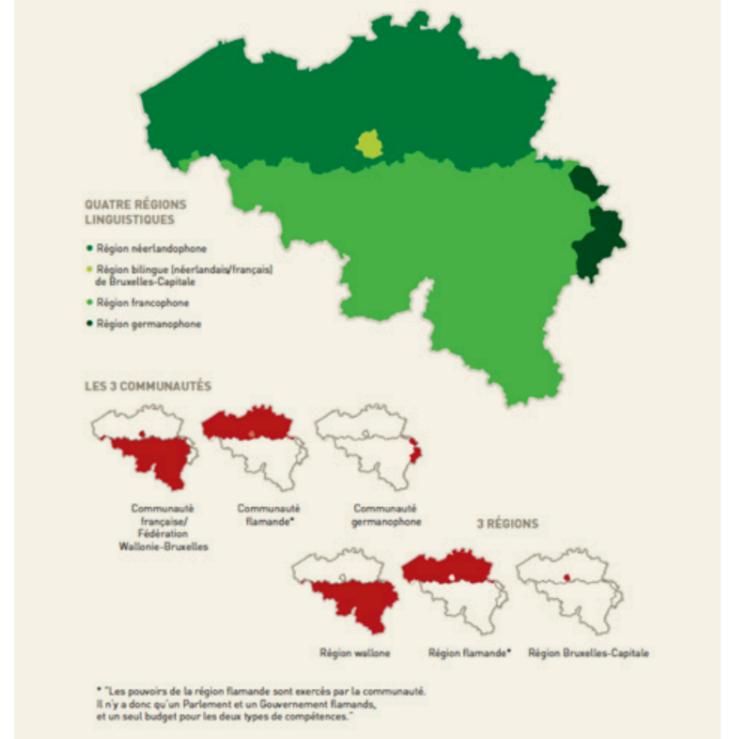
¹ Maître de conférences, assistant, Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles;

² Maître de conférences et collaborateur scientifique, Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles;

³ Professeur émérite, Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles;

⁴ Directrice du Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Figure 1: Régions, Communautés, Régions linguistiques («Application territoriale des décrets — Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles / Communauté Française», n.d.).



Sixième réforme de l'Etat: quel impact pour les hôpitaux?

(tiré de Healthcare Executive .be – juillet/août 2014)

Dan Lecocq¹, Thérèse Locoge², Alain De Wever³, Magali Pirson⁴
Vendredi 8 Août 2014

Les réformes institutionnelles successives de la Belgique en ont fait un «Etat fédéral qui se compose des communautés et des régions» (La Constitution belge, 1994). Ce découpage territorial et linguistique est complexe: se superposent 3 Régions, 3 Communautés et 4 «régions linguistiques» (Figure 1).

Le 1er juillet 2014 est entrée en vigueur la sixième réforme de l'Etat, comme prévu par l'article 67 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat.

Cette réforme traduit l'accord institutionnel du 11 octobre 2011 et accentue la fédéralisation de la Belgique en consacrant, pour reprendre le titre de cet accord «un état fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes».

En effet, l'accord dit «papillon» (un Etat fédéral plus efficace et des entités fédérées plus autonomes. Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat, 2011), mis en œuvre au moyen d'un ensemble de lois spéciales datées du 6 janvier 2014 (votées le 19 décembre 2013) et publiées au Moniteur belge le 31 janvier 2014, transfère un certain nombre de compétences supplémentaires dans le domaine de la santé de l'Etat fédéral aux Communautés.

Aussi, ce n'est pas tant le mécanisme même de la répartition des compétences entre état fédéral et entités fédérées (connu depuis la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8/08/1980) qui est à relever que l'ampleur de ce transfert, son financement et sa traduction opérationnelle dans des instances qui seront chargées de sa gestion et de son contrôle. Considérant les défis actuels et à venir auxquels doit répondre l'organisation des soins de santé (démographie, prise en charge des maladies chroniques, qualité des soins, coût des équipements, collaboration des institutions et professionnels de santé...), il faudra s'appuyer sur ces nouveaux «paquets» de compétences.

Certes, l'Etat fédéral conserve des compétences importantes mais celles-ci sont encore plus «résiduelles» que par le passé par rapport à celles des communautés et régions. Les politiques à mener resteront aussi partagées entre entités fédérées, ce qui nécessitera une collaboration. Celle-ci se traduira de diverses manières: soit par une consultation précise et obligatoire (par exemple celle organisée par l'article 6 de la loi du 6 janvier 2014 en matière de programmation), soit au sein de lieux de concertation, soit par la conclusion d'accords de coopération.

Beaucoup a déjà été dit et écrit à propos de la 6e réforme de l'Etat. Alors pourquoi y consacrer un dossier?

- Formation continue en **psychiatrie**
- Pluridisciplinarité**
- Reprise de l'ancienneté
- Encadrement **personnalisé**
- Salaire attractif
- Possibilité d'évolution
- Cadre de travail exceptionnel
- Hôpital à **dimension humaine**
- COMPÉTENCES VALORISÉES, TALENTS RÉVÉLÉS**

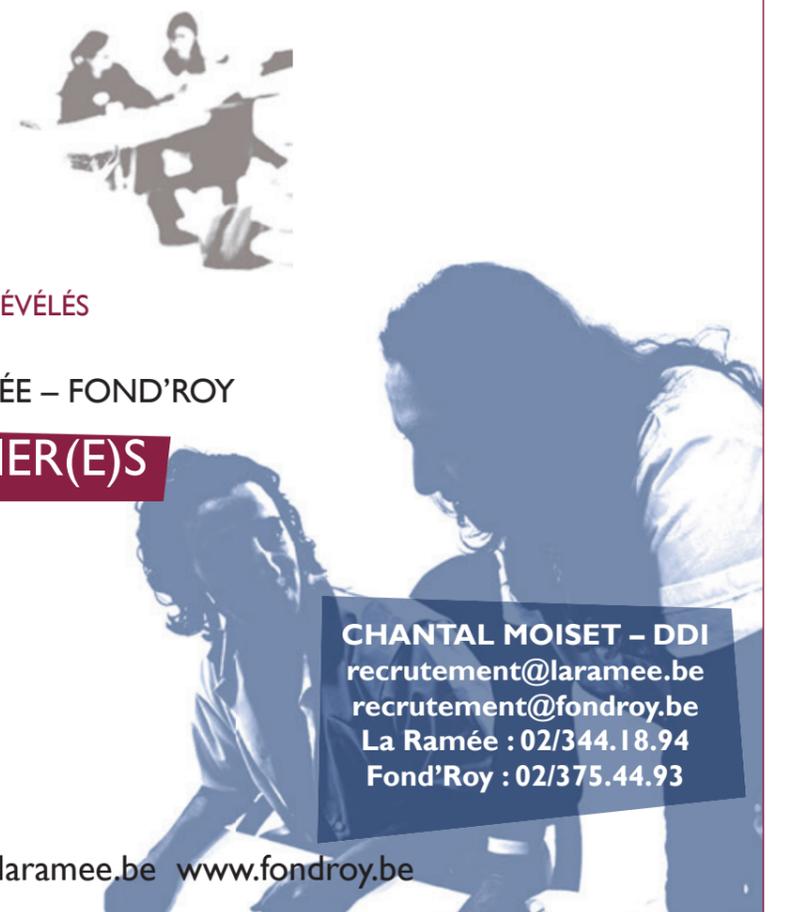
LE GROUPE HOSPITALIER LA RAMÉE – FOND'ROY

RECRUTE DES INFIRMIER(E)S

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



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



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

Rubrique juridique

Médicaments falsifiés : nouvelle réglementation

La loi du 20 juin 2013 modifiant la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments transpose en droit belge la directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement légale.

La loi du 20 juin 2013 transpose partiellement la directive 2011/62/UE. Elle a été publiée au Moniteur belge le 26 juin 2013. Une transposition complète sera réalisée par la modification de l'arrêté royal du 14 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire et de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens. La modification de ces arrêtés est prévue dans les deux mois de la publication de la loi du 20 juin 2013 précitée.

Essentiellement, la directive 2011/62/CE et la loi du 20 juin 2013 visent à :

- compléter la législation relative aux médicaments à usage humain pour assurer un contrôle renforcé de l'authenticité et de l'intégrité du médicament et de ses constituants tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'UE ;
- inclure tous les opérateurs de la chaîne de production/distribution dans les activités pour lesquelles la législation ne concernait que les fabricants et les grossistes, et à donner aux opérateurs un rôle plus actif dans l'identification des falsifications;
- charger la Commission européenne de définir un système d'authentification et d'identification des médicaments (dispositifs de sécurité) qui faisait défaut.

Concrètement, les mesures suivantes sont prévues :

Un contrôle renforcé tout au long de la chaîne de production et de distribution des médicaments

- Tous les opérateurs qui commercialisent des substances actives, en ce compris les distributeurs, doivent être enregistrés et peuvent être soumis, sur base d'une analyse de risques, à une inspection préalable.
- Des bonnes pratiques de distribution spécifiques (GDP – Good Distribution Practices) pour les substances actives sont développées.
- Tous les opérateurs enregistrés/autorisés de la chaîne de production/ distribution de substances actives et de médicaments sont repris dans une base de données européenne qui est publiquement accessible.
- Chaque opérateur doit vérifier si celui avec lequel il est en relation commerciale détient effectivement une autorisation ou un enregistrement.
- Les « brokers », à savoir les personnes qui font du commerce de médicaments pour le compte d'un tiers mais chez qui ces médicaments ne transitent jamais physiquement, doivent également être enregistrés auprès de l'afmps et se voient imposer certaines obligations de bonnes pratiques de distribution telles que la tenue d'un registre et l'établissement d'un plan d'urgence. La liste des « brokers » enregistrés est rendue publique par les autorités nationales compétentes.
- Les distributeurs se voient imposer des obligations supplémentaires. Ils doivent notamment disposer d'un système de qualité et enregistrer le numéro de lot des médicaments qu'ils distribuent.

Ils doivent également transmettre ce numéro aux personnes qui délivrent les médicaments au public.

- Les substances actives provenant de pays tiers doivent avoir été fabriquées conformément aux bonnes pratiques de fabrication (GMP – Good Manufacturing Practices). Des pays tiers ou certaines entités dans des pays tiers peuvent être déclarés « GMP » après inspection.
- Tous les opérateurs sont obligés de notifier les suspicions de falsifications de médicaments auprès des instances compétentes.
- Les fabricants de médicaments sont obligés de vérifier que les excipients qu'ils utilisent ont été fabriqués conformément aux GMP qui leur sont applicables (qui ne sont pas nécessairement celles des médicaments) sur base d'une analyse de risques formelle; des lignes directrices sont développées à ce sujet.
- Les contrôles dans les zones de transit sont intensifiés.

Une vigilance accrue de la vente des médicaments par internet

- Les Etats membres peuvent choisir s'ils maintiennent ou non l'interdiction de la vente par internet des médicaments soumis à prescription médicale. En Belgique, la vente de tels médicaments par internet est interdite.
- Toutes les personnes qui peuvent dispenser des médicaments au public au sein d'un état membre (en ce compris les supermarchés dans les Etats membres où cela est possible) doivent, si elles souhaitent vendre des médicaments sur internet, être notifiées auprès des autorités nationales compétentes.
- La vente à partir d'un autre Etat membre doit se faire conformément aux instructions de dispensation applicables dans l'Etat membre de destination; la vente en ligne à partir d'un supermarché situé dans un autre Etat membre à des patients en Belgique n'est donc pas autorisée.
- Les sites internet légaux notifiés seront identifiables via un logo UE.
- Ces sites internet doivent prévoir un lien vers le site internet de l'autorité nationale compétente. Celui-ci doit contenir des informations relatives aux conditions légales de vente de médicaments sur internet dans l'Etat membre concerné. Il doit également attirer l'attention sur les dangers des éventuels sites illégaux et mettre à disposition pour consultation la liste des sites internet notifiés et contrôlés.
- Le site internet de chaque autorité nationale compétente doit contenir un lien vers le site internet de l'Agence européenne des médicaments (EMA : European Medicines Agency) sur lequel les informations nécessaires sont également publiées.
- La Commission européenne et les Etats membres lanceront des campagnes d'information communes sur les dangers de la vente sur internet de médicaments. L'afmps a déjà lancé une telle campagne en 2009 : « Médicaments par internet ! Ne surfez pas avec votre santé ».

La mise en place de dispositifs de sécurité

- La Commission européenne doit encore fixer dans un acte d'exécution les dispositifs de sécurité à utiliser. Ces dispositifs doivent permettre à tous égards de vérifier l'authenticité et l'identité de chaque conditionnement de médicaments. Les dispositifs de sécurité doivent également prévoir un « témoin d'effraction » (anti-tampering device) qui doit permettre de vérifier que l'emballage extérieur des médicaments n'a pas fait été ouvert/trafiqué.
- Les médicaments soumis à prescription médicale doivent être munis d'un dispositif de sécurité, à moins qu'il ne soit établi, dans l'acte d'exécution de la Commission, que ceux-ci ne présentent pas de risque de falsification.
- Les médicaments en vente libre (non soumis à prescription médicale) devront uniquement porter un dispositif de sécurité s'il est établi dans l'acte d'exécution de la Commission européenne que ceux-ci présentent un risque de falsification.
- L'acte d'exécution de la Commission européenne établira comment et dans quelle mesure les dispositifs de sécurité doivent être contrôlés par les fabricants, les distributeurs et les personnes habilitées à dispenser des médicaments au public.
- L'acte d'exécution de la Commission européenne établira également la manière dont la banque de données, qui contiendra les informations relatives aux dispositifs de sécurité, sera mise en place et gérée. Il définira également les personnes qui y auront accès et comment elles y auront accès.
- Les Etats membres peuvent élargir la portée de l'utilisation obligatoire du dispositif de sécurité à tous les médicaments remboursables en vue de l'utilisation de celui-ci pour le système de remboursement et/ou de pharmacovigilance. Le « témoin d'effraction » (anti-tampering device) peut être étendu à tous les médicaments en vue de garantir la sécurité des patients.
- Les dispositifs de sécurité ne peuvent être remplacés que si certaines conditions sont remplies; ces conditions font également l'objet d'un acte d'exécution de la Commission européenne.

L'amélioration de la traçabilité

- Le système actuel de « Rapid alert » (RAS) est fixé dans le code communautaire relatif aux médicaments à usage humain et élargi aux notifications de médicaments suspectés d'être falsifiés.
- Dans des cas qui peuvent présenter un risque grave pour la Santé publique et dans lesquels on suspecte que les médicaments concernés ont été délivrés aux patients, les autorités nationales compétentes doivent diffuser des avertissements urgents à l'attention du grand public ce qui devrait permettre de récupérer, chez les patients, les médicaments suspectés d'être falsifiés.

L'application de sanctions

- Un cadre minimum avec les sanctions à prévoir est fixé

Cet ensemble de mesures drastiques doivent donc encore être rendues effectives par des actes d'exécution à établir par la Commission européenne. De très nombreuses dispositions sont toutefois déjà entrées en vigueur les 1er et 2 juillet 2013. En voici un aperçu.

À partir du 2 juillet 2013, l'importation de substances actives à partir de pays tiers ne peut se faire que si :

- lors de la fabrication, des normes en matière de bonnes pratiques de fabrication au moins équivalentes à celles établies pour l'Union européenne sont appliquées. La liste des pays tiers qui satisfont à cette condition est établie par la Commission européenne. Jusqu'à présent, seuls les pays suivants répondent à cette exigence : Suisse, Australie, États-Unis et Japon ;
- les substances actives s'accompagnent d'une déclaration écrite émanant des autorités du pays exportateur qui confirme que des bonnes pratiques de fabrication équivalentes à celles de l'Union européenne s'appliquent et que le site de production concerné est régulièrement contrôlé ;
- exceptionnellement, en vue de garantir la disponibilité des médicaments, un certificat GMP a été délivré par un Etat membre de l'UE.

Si des importateurs de substances actives rencontrent des problèmes (ils ne peuvent pas, par exemple, obtenir de déclaration écrite des autorités du pays exportateur), ils peuvent le signaler à l'adresse e-mail industry@afmps.be. L'afmps demande qu'une analyse de risques soit d'abord effectuée (par exemple, alternatives au site de fabrication concerné ?). Sur base des résultats de cette analyse, l'afmps signalera le problème au niveau européen où une solution sera recherchée.

Pour le 1er septembre 2013, tous les importateurs, fabricants et distributeurs de substances actives doivent avoir soumis une demande d'enregistrement auprès de l'afmps. Un formulaire (DOC, 893 Kb) (enregsitement API) à cet effet est disponible sur son site internet (industry@afmps.be).

Une notification d'enregistrement doit également être transmise pour le 1er septembre 2013 par toutes les personnes qui exercent une activité de courtage en médicaments. Un formulaire (DOC, 582 Kb) à cet effet est également disponible sur le site web de l'afmps (industry@afmps.be).

En ce qui concerne la vente par internet, rien ne change actuellement pour les pharmaciens belges. En effet, les exigences de la directive européenne sont fondamentalement les mêmes que celles déjà prévues dans l'AR du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens. En ce qui concerne le logo de l'UE, un acte d'exécution doit encore être pris par la Commission européenne. Celui-ci est attendu au début de l'année prochaine.

Concernant les dispositifs de sécurité, un acte d'exécution doit également encore être pris par la Commission européenne avant que les dispositions en question soient applicables. Les discussions à ce propos débiteront fin de cette année. L'obligation d'enregistrer le numéro de lot par les distributeurs et la communication de celui-ci aux pharmaciens sont reportées jusqu'à ce que les dispositifs de sécurité s'appliquent.

Pour d'autres questions : industry@afmps.be

LES SOINS INFIRMIERS A DOMICILE : EVOLUTION D'UNE PROFESSION DE LA RELIGIEUSE VISITEUSE A L'INFIRMIER(E) DU XXI^e SIECLE

Par **Arlette JOIRIS**
Historienne

EXTRAIT (SUITE) L'INFIRMIERE VISITEUSE

La visite aux pauvres, usage traditionnel des gens charitables, évolue, dès les premières années du XX^e siècle, vers une activité sanitaire méthodique, au travers des dispensaires qui se spécialisent de plus en plus ; ils deviennent alors les postes avancés de la lutte contre les fléaux sociaux : mortalité infantile, tuberculose, alcoolisme, syphilis. Mais les conseils et prescriptions de ces établissements doivent être relayés au domicile de cette population pauvre. Il faut éduquer les masses ouvrières à l'hygiène sociale et pour ce faire former un corps de soignantes spécifiques : **CE SERONT LES INFIRMIÈRES VISITEUSES.**



En 1913, trois types de diplômes sont institués : un de **capacité**, un d'infirmière **hospitalière**, un pour le **service des aliénés**. Pour obtenir le diplôme d'infirmière hospitalière, il faut avoir réussi celui de capacité, suivre quelques cours, avoir des notions de puériculture, de massage ; le stage requis de deux années peut s'accomplir en hôpital ou dans les soins à domicile. Dans ce cas le médecin traitant donne son aval mais il n'exerce en fait que très peu de surveillance directe. Aucun apprentissage spécifique n'est indispensable que ce soit pour les soins à domicile ou le travail dans les dispensaires, écoles ou usines.

1914-1918

La première guerre mondiale va précipiter les actions en faveur de l'hygiène sociale. Deux facteurs ont été déterminants : la détérioration de l'état sanitaire des populations civiles, qui menace la préservation de la race, et l'impulsion donnée par la Croix-Rouge américaine et la mission Rockefeller spécialisée dans la lutte contre la tuberculose. Un troisième facteur se révèle fondamental pour le développement des soins infirmiers dans notre pays : c'est la présence très professionnelle des « nurses » anglaises et anglo-saxonnes sur le front de guerre.

Le conflit n'entraîne ni choléra, ni peste, ni variole, mais une explosion de tuberculose et de syphilis : la notion de maladies sociales, impliquant un effort collectif, finit alors par s'imposer.

La Croix-Rouge belge poursuit son œuvre de lutte contre les épidémies, d'aide alimentaire, de secours aux enfants, d'assistance à domicile, etc., et ce jusqu'en septembre 1915, moment où elle est supprimée par l'autorité allemande. Le Comité National de Secours et d'Alimentation œuvre alors dans le cadre de l'aide aux enfants, aux orphelins, aux mères de famille.

Dans un élan patriotique, de nombreuses jeunes filles s'inscrivent dans les écoles d'infirmières et les cours d'ambulancières et participent aux différentes actions socio-sanitaires.

A Liège, dès 1914, la syphilis, alors jugulée, connaît une telle recrudescence que le dispensaire Ehrlich est débordé. Depuis le début de la guerre, partout cette maladie a fait un bond considérable, atteignant même des enfants en-dessous de quinze ans.

Aussi inquiétant, gale et pédiculose se répandent dans les écoles où des équipes volantes d'infirmières sont formées en hâte pour procéder à la désinfection des enfants.

En cette première année de guerre, les quatre infirmières diplômées de Jumet se déplacent à l'appel de médecins chez des malades privés ; d'autres sont chargées par le Dr Maréchal, médecin provincial d'Hygiène, de la prophylaxie d'une épidémie de diphtérie à Marcinelle et Chimay.

A Charleroi, dès les premières heures du

conflit s'ouvre un dispensaire, « La Samaritaine », où les élèves de la ville reçoivent des soins ainsi que les malades inscrits au Comité de secours, soins dispensés par les infirmières diplômées. L'infirmière de service se rend au domicile des malades alités : elle s'embarque à 6 heures du matin, munie de la valise en bois contenant la trousse de soins, orgueil de « la Samaritaine ».

En 1917-1918, l'Ecole Edith Cavell organise un service social de soins à domicile pour malades indigents et s'occupe notamment, pour la commune d'Uccle, du service des Visiteuses.

Plus le conflit se prolonge, plus le type de soignantes se diversifie, héritières des structures anciennes –religieuses, dames d'œuvres- et de celles mises en place depuis le début du siècle – ambulancières, dames de la Croix-Rouge, infirmières laïques -, mais toutes travaillent avec la perspective de la sauvegarde de la patrie.

FORMATION DE L'INFIRMIERE VISITEUSE

La paix revenue, sous l'impulsion de la Croix-Rouge américaine, différents comités nationaux se réunissent à Cannes et en mai 1919 créent la Ligue des Sociétés Croix-Rouge qui étend son action en temps de paix pour la lutte contre les maladies et calamités publiques. En 1920, la Ligue fonde, à Londres, une **école internationale d'infirmières visiteuses**, dont une

des premières élèves n'est autre que Cécile Mechelynck, infirmière de guerre et future directrice de l'école d'infirmières visiteuses de la C.A.P. de Bruxelles.

En Belgique, l'Œuvre nationale de l'Enfance voit le jour en 1919 en regroupant les divers comités de protection des mères et des nourrissons et est reconnue comme établissement d'utilité publique : l'Etat se substitue donc aux aléas du financement privé.

Dans le même temps, l'**Association des Infirmières visiteuses** est créée sous la houlette de dames d'œuvres, de médecins et d'anciennes infirmières du front ; son premier objectif est d'organiser un **enseignement spécial** qui se déroule à Bruxelles : instruire l'infirmière à «lutter contre la maladie au domicile même du malade et particulièrement contre les maladies infantiles et la tuberculose». Un programme d'enseignement est élaboré par l'ONE : sont requis les études primaires, la possession du certificat de capacité d'infirmière et un stage hospitalier de six mois. La formation théorique et pratique (visites à domicile sous la direction de monitrices) dure six mois. L'examen final devant un jury de l'O.N.E. donne droit au diplôme de visiteuse, sésame indispensable pour accéder aux emplois des consultations de nourrissons. Parmi les membres de ce jury, on retrouve de 1920 à 1924, Cécile Mechelynck, diplômée infirmière-visiteuse du Public Health Nursing de Londres. La dernière session de ce type d'études aura lieu en octobre 1923 : 30 infirmières hospitalières de Liège obtiennent ainsi le diplôme O.N.E. de visiteuse. Mais certains médecins n'apprécient guère l'initiative de l'O.N.E. qui à leurs yeux empiète sur leur territoire.

En mai 1921, à Charleroi, le Dr Dourlet rassemble ses diplômées et les invite à participer au premier examen de visiteuses où elles remportent un beau succès. A Liège, la tourmente passée, les cours provinciaux de gardes-malades s'orientent également vers une formation d'infirmière visiteuse, de même à l'école Saint-Camille de Bruxelles.

Parmi le corps médical, les avis divergent quant à la formation même ou à la durée des études. L'opinion du Dr Depage, pourtant à la pointe des études d'infirmière hospitalière en trois ans, est étonnante : il suggère des cours de base de niveau primaire d'une durée de dix-huit mois ; pour lui, les visiteuses doivent être nombreuses, donc plus rapidement formées et seront amenées à s'occuper de travaux ménagers, ce que pourrait refuser une infirmière hospitalière. Il propose donc la formation d'une « infirmière-ménagère ». A contrario, le Dr Van Swieten, directeur de l'école Saint-Camille, suggère une spécialisation car « ces infirmières opèrent seules et sans surveillance, acquièrent une autorité considérable et peuvent par leurs conseils exercer une influence très marquante ».

« Au point de vue social, le rôle de l'infirmière qualifiée sera de première importance. Il faudra bien, pour réparer nos pertes, entourer de protection éclairée la richesse essentielle qu'est la vie humaine, défendre la maternité, l'enfance, enrayer la tuberculose, organiser fortement l'hygiène publique. Les infirmières seront les ouvrières bienfaitrices de cette entreprise nécessaire au salut de notre vaillante race. »

JUSTIN-GODART, « Inauguration de l'hôpital-école E. Cavell », in Paris Médical, 1917.

Cette dernière option est suivie par le législateur qui, en septembre 1921, réorganise en profondeur les études d'infirmière : elles ont une durée de trois ans, en internat, avec un tronc commun de deux ans pour les hospitalières et les visiteuses, qui se spécialisent en dernière année. Les visiteuses, toujours des femmes, approfondissent les notions d'hygiène et de protection de l'enfance, de la prophylaxie des maladies transmissibles et surtout de la tuberculose ainsi que les rudiments d'inspection médicale scolaire. Elles reçoivent aussi des éléments de législation sociale et de lutte contre les maux sociaux. Cet enseignement théorique est complété par des visites et des soins à domicile. Nombre d'infirmières hospitalières recommencent une troisième année de perfectionnement comme infirmière visiteuse, ce qui leur permettra de mener plus facilement de front carrière et mariage.

Cette troisième année peut se faire de concert dans les deux spécialités, c'est le cas pour Marthe VECKMANS, future directrice de l'Ecole provinciale liégeoise d'infirmières qui, en 1925, conquiert brillamment ces deux diplômes ; la même année elle devient visiteuse à l'O.N.E. et organise la première consultation de nourrissons dans deux communes de la périphérie liégeoise, Mons-lez-Liège et Hollogne. Dans ce même institut scolaire, entre 1924 et 1941, 60% des infirmières diplômées sont des visiteuses.

A partir de 1922, à Namur, toutes les sœurs de la Charité appelées au service hospitalier et aux soins à domicile reçoivent une formation d'infirmière. Au début des années 30, 23 écoles forment des infirmières visiteuses, dont une de l'Assistance publique de Bruxelles, fondée par Thérèse Hymans, spécialisée uniquement dans cet enseignement ; une de ses directrices sera Cécile Mechelynck, en octobre 1933. A l'institut Edith Cavell, c'est une quatrième année qui est proposée pour l'obtention du diplôme d'infirmière visiteuse.

Outre la possibilité de mener une vie de famille normale, les infirmières visiteuses jouissent d'une grande liberté d'action et d'autonomie dans l'exercice de leurs fonctions, ce qui n'est pas toujours au goût de certains médecins. Malgré tout, le recrutement est difficile et les besoins sans cesse en augmentation.

Les infirmières visiteuses ont pour mission de faire «l'éducation maternelle des futures mères », d'individualiser l'hygiène et le traitement en fonction de chaque nourrisson ou malade et de prolonger cette action jusque dans les foyers. Lors des consultations, l'infirmière assiste le médecin et note ses remarques pour chaque cas. Au domicile, elles constatent si les conseils du médecin sont bien appliqués, si le malade est bien traité, et si l'habitat est salubre ou non. Elle donne des démonstrations de puériculture, d'hygiène personnelle, de techniques de nettoyage et de cuisine. L'infirmière-visiteuse apparaît bientôt comme le professeur d'hygiène des masses et le pivot de toute campagne sanitaire. Elle représente l'agent de liaison indispensable entre tous les participants, familles, médecins, dames patronnesses. Son action doit également contribuer à l'assainissement moral du pays.

Tout organisme de protection sanitaire « qui ne dispose pas de la collaboration d'une infirmière ne peut avoir aucun rayonnement, ni prétendre à une action en profondeur ». **L'infirmière est la cheville ouvrière de toute œuvre** dont le succès dépend de ses compétences et qualités, de son esprit d'initiative et de sa conscience professionnelle. Ses soins à domicile lui permettent de faire des enquêtes et des dépistages. Il convient également de préparer l'infirmière visiteuse à vaincre les réticences des familles à son action qui peut paraître à certain moment une immixtion autoritaire dans leur intimité.

Mais les infirmières visiteuses partagent toujours leurs lieux de travail, notamment pour la surveillance des nouveau-nés, avec les dames charitables, peu instruites dans l'art infirmier naissant mais qui étaient au début du siècle les garantes de la politique en faveur de l'enfance. Suivant le règlement de l'ONE, elles se côtoient aux consultations de nourrissons et au suivi à domicile ainsi qu'aux dispensaires. Maintien d'une tradition ou plus probablement manque d'infirmières-visiteuses.

Dans les zones rurales, l'ONE organise, à partir de 1924, la surveillance à domicile des enfants de moins d'un an, système moins onéreux qu'une consultation de nourrissons classique qui s'avérait d'autre part peu efficace vu les distances entre le domicile et le local O.N.E. Ce service est assuré par les infirmières visiteuses mais également par les nouvelles accoucheuses visiteuses, qui pour ce faire doivent réussir une épreuve théorique et pratique. En 1928, 30 services exercent leur tutelle sur 2.019 enfants ; ils sont 136, en 1934, pour 10.179 nourrissons.

L'ONE va également mettre sur pied, à partir de 1922, des consultations prénatales et former des infirmières visiteuses dans ce but. A la campagne, il sera fait appel aux accoucheuses.

Soins et éducation des masses sont toujours les leitmotivs de ces actions, on pourrait y ajouter leur surveillance.

Vers 1930, les infirmières visiteuses de l'ONE ne sont que 300 pour veiller sur 74.132 enfants et 970 consultations de nourrissons. D'où la présence persistante des dames d'œuvres et à partir de 1928, des accoucheuses visiteuses ainsi que des auxiliaires sociales à partir de 1936.

En 1930, l'œuvre nationale de défense contre la tuberculose dispose de 104 dispensaires où ont été examinées 169.000 personnes ; la même année leurs 200 infirmières ont rendu 85.000 visites à domicile.

Des frictions avec les médecins traitants apparaissent. Certains reprochent les soins pratiqués par les visiteuses, qui sont de leur ressort : enlèvement de corps étrangers de la cornée, placement de points de suture ou d'agrafes, vente de médicaments mais surtout « racolage » au profit de médecins dépendant de l'œuvre à laquelle elles sont attachées ! Il leur est recommandé de ne pas s'immiscer dans la politique locale ni de prendre parti entre les médecins : « témoin professionnel de l'acte médical, elle n'a pas reçu une formation suffisante pour s'en faire juge ».

Certains médecins regrettent la polyvalence du diplôme d'infirmière visiteuse, difficile à réaliser vu l'étendue des connaissances nécessaires. Les moins consciencieuses s'en servent pour changer de situation, passant « d'une consultation de nourrissons à un dispensaire antituberculeux, d'un service de

surveillance rurale à un service d'allocations familiales ». Comme en Belgique, il n'existe pas d'institution regroupant toutes les activités médico-sociales, l'infirmière visiteuse polyvalente devrait être spécialisée dans les différentes branches de l'hygiène sociale : l'ONE devrait pouvoir ainsi recruter un nouveau type de visiteuses, les infirmières puéricultrices.

Complémentaire aux œuvres médico-sociales et inspections médicales scolaires où travaillent également les infirmières visiteuses, des soins et gardes à domicile sont toujours prodigués par des congrégations religieuses, des gardes-malades privées et des bénévoles.

Les années 30 voient se développer divers services organisés par les mutuelles, les C.A.P., et d'autres organismes, notamment en 1937, la création de la Croix-jaune et blanche. A la C.A.P. de Liège, les infirmières et gardes-malades sont prévenues par le service de Secours des indigents à soigner au domicile. Elles effectuent piqûres et pansements, gardes de jour et de nuit, ainsi qu'un travail ménager. Du côté libéral, sous la présidence de Thérèse Hymans, s'organisent des associations d'aide dont le Service des soins à domicile pour indigents et l'Aide aux mères pauvres.

Des conflits, plus politisés, même au sein de l'O.N.E., vont éclater nés de la concurrence entre autre des mutuelles car la pilierisation de la société reste très présente et la surveillance à domicile « permet le contrôle des classes laborieuses jusqu'au sein de la famille ».

A SUIVRE

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

Conférence donnée à l'hôpital André Vésale de Charleroi dans le cadre de l'exposition « Un siècle d'histoire, un siècle de soins infirmiers 1914-2014 », oct-nov 2013 et de la journée nationale de la F.N.I.B.

Dr R. SAND, La Belgique sociale, Bruxelles, 1933.

50e anniversaire de l'Institut d'études paramédicales de la Province de Liège, 1970.

Ecole professionnelle provinciale pour infirmières et accoucheuses de Charleroi 1913-1953, Charleroi, 1953.

Institut Edith Cavell-Marie Depage. Ecole belge d'infirmières diplômées, 1937.

H. LAMY, Madame Bourtomcourt et son œuvre, les Sœurs de la Charité de Namur, Tongerlo, 1947.

E. MALVOZ, « La Province de Liège et l'hygiène sociale », in Liège capitale de la Wallonie, Liège, 1924.

Dr Lucien GAROT, Médecine sociale de l'enfance et œuvres de protection du premier âge, Liège, [1946].

B. MASSART, « Soigner la petite enfance. Des femmes au service de l'Œuvre Nationale de l'Enfance », in Femmes et Médecine, Sextant, ULB, n°3, Bruxelles, 1994-95.

Catherine Jacques, « Les infirmières dans l'entre-deux-guerres et l'action des dames d'œuvres », in Femmes et Médecine, Sextant, ULB, n°3, Bruxelles, 1994-95.

Arlette JOIRIS, De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique. Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle, Socrate Editions Promarex, 2009.

L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES DE DONNEURS : « DES SOUVENIRS INTACTS »

ENQUÊTE SUR LE « RESENTI ET ATTENTE DES FAMILLES DE DONNEURS D'ORGANES LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE PROCÉDURE DE PRÉLÈVEMENT AU CHU DE CHARLEROI. »

Mmes Joosten Anne et Montini Lizzie, Dr Biston Patrick, Coordination locale des donneurs, CHU de Charleroi, Charleroi, Belgique



Joosten Anne

L'accompagnement des familles est un des points importants de la prise en charge des donneurs. En effet, les procédures de don, relativement rares, se produisent la plupart du temps dans des situations suraiguës et malgré les campagnes de sensibilisation visant le grand public, nul n'est préparé à la perte d'un proche.

L'annonce de la mort cérébrale et l'abord de la famille sont des situations difficiles pour les équipes soignantes. Le recours aux formations professionnelles tel l'EDHEP (European Donor Hospital Education Program) ou le recours au soutien d'une équipe de psychologues, sont des réponses indispensables au questionnement légitimes des soignants.

Procédure au CHU

Depuis plus de 20 ans, le CHU de Charleroi a mis en place une coordination locale de don, permettant le dépistage et la prise en charge précoce des patients en mort cérébrale. En collaboration avec l'équipe soignante, les infirmières de cette coordination locale vont coordonner toutes les étapes indispensables à la réussite de la prise en charge du donneur. La coordination est également la référence pour les familles.

Lorsqu'un diagnostic de mort cérébrale est posé, dans un premier temps nous interrogeons le registre national via notre centre de transplantation référent pour connaître l'avis du patient décédé.

Dans la majorité des cas, il n'existe pas de volonté exprimée et nous devons rencontrer la famille pour essayer d'obtenir cette information. Ce n'est pas la famille qui exprime son avis mais nous recherchons l'avis exprimé par le patient décédé.

En parallèle, nous transmettons le dossier du patient à notre centre de transplantation afin de s'assurer de la possibilité « médicale » d'un don. Auquel cas, nous n'aborderons pas la famille si nous ne pouvons réaliser de don d'organes. (Un don de tissus peut alors être envisagé mais il n'y a pas d'urgence de temps pour cette procédure).

Habituellement, la famille du donneur reste présente dans la chambre tout au long de la préparation du don et ce jusqu'au transfert au bloc opératoire. L'équipe de coordination

peut ainsi interagir avec la famille et leur donner toutes les informations nécessaires sur la procédure en cours mais également sur la restitution du corps.

Nous avons la chance de disposer d'une salle de recueillement dans le service. Si les proches le souhaitent, alors, en fin d'intervention, nous les contactons et les accueillons lors de leur retour.

Un des moments cruciaux de la prise en charge d'une famille de donneur est l'annonce de la mort cérébrale. Les

recommandations, largement diffusées dans la littérature médicale francophone proposent de dissocier cette annonce de l'abord du don.

Cependant, les entretiens sont tous différents puisque toute famille a son mode de fonctionnement et son vécu. Par ailleurs, si l'annonce de la mort et du don d'organe sont assez bien codifiés, très peu de travaux abordent le suivi du prélèvement.

C'est pourquoi, dans le cadre d'un travail de fin d'étude en soins infirmiers, nous avons essayé, via l'utilisation d'un questionnaire, d'évaluer la perception des proches à chaque étape du processus.

La sélection des familles s'est faite en remontant dans le temps de décembre 2012 à janvier 2009. Nous avons inclus 20 familles, consécutives de donneurs en mort cérébrale, qui avaient souhaité un suivi par courrier.

C'est pourquoi, dans le cadre d'un travail de fin d'étude en soins infirmiers, nous avons essayé, via l'utilisation d'un questionnaire, d'évaluer la perception des proches à chaque étape du processus.

La sélection des familles s'est faite en remontant dans le temps de décembre 2012 à janvier 2009. Nous avons inclus 20 familles, consécutives de donneurs en mort cérébrale, qui avaient souhaité un suivi par

courrier.

11 familles nous ont répondu. Le questionnaire est divisé selon les temps de la procédure « don d'organes ».

Le questionnaire établi dans un premier temps par Mme Montini et moi-même a été revu par notre psychologue (Mme Moyaerts). En effet, il était hors de question de choquer les familles par notre courrier

et chaque mot a été pensé afin de ne pas heurter. Une lettre d'accompagnement expliquait le TFE et son objectif.

Nous avons parfois l'impression d'avoir été maladroits, mais les familles qu'en gardaient-elles ?

Et que pourrions-nous faire pour nous améliorer ?

Ci-après nous vous présentons les résultats de notre modeste étude réalisée auprès des familles.

En annexe : les commentaires des familles

Conclusion

En conclusion, bien que les résultats de ce travail soient limités par le faible nombre de famille ayant répondu au questionnaire, ceci nous a amené à réfléchir sur notre prise en charge des familles de donneurs d'organes.

Comme toutes les équipes de soins, nous essayons jour après jour d'améliorer notre pratique en gérant non seulement le côté technique mais aussi le côté humain.

Nous pourrions par exemples proposer aux familles des lieux de paroles (via des adresses d'associations) mais également un accompagnement philosophique plus systématique.

Au vu des réponses aux dernières ques-

« C'est des moments très difficiles à passer. On arrive dans la chambre, on ne le reconnaît pas, on nous parle de don d'organes et puis c'est gérer tout cela sur quelques heures. On n'a pas le temps de se poser des questions, ni de réfléchir, tout va trop vite. Je crois qu'il aurait été d'accord pour sauver d'autres vies. »



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

tions ouvertes que, volontairement, nous avons jointes, même si parfois nous sommes maladroits ou désespérés par les situations rencontrées, le fait de rester présents et à l'écoute permettent aux proches de vivre de la meilleure façon qui soit une situation dans laquelle ils sont projetés de façon soudaine. Mais force est de constater que les souvenirs de ces moments passés aux soins intensifs dans le cadre, ici, du don d'organes, restent très clairs et que tout ce que nous disons ou faisons restent gravés dans leurs mémoires.

Joosten Anne
Coordination locale des donneurs
CHU de Charleroi
anne.joosten@chu-charleroi.be

ANNEXES COMMENTAIRES FAMILLES

Avez-vous un/des commentaire(s) éventuel(s) à faire sur votre vécu ?

- « Perdre un fils à l'Age de 37 ans c'est douloureux. Peut-être que savoir qu'il vit dans d'autres personnes n'est pas un réconfort mais je me dis quand même qu'il est encore présent physiquement dans d'autres personnes et évidemment dans nos coeurs. Du reste, j'en parle autour de moi, pour que d'autres puissent faire

le même geste. ».

- « Je remercie juste l'équipe qui s'est occupé de maman, pour leur respect, gentillesse et humanité. Je ne sais pas si cela s'apprend à l'école mais cela a une grande importance. Il est vrai que tout a été facilité par le fait que maman avait déjà pris cette décision. Je regrette simplement de ne pas avoir été tenue au courant de la suite de ce don... Même maintenant cela me ferait plaisir de le connaître car cela aide vraiment à faire le deuil. »

- « Je ne regrette en rien d'avoir choisi le don d'organes et je pense qu'on devrait plus renseigner les gens sur le sujet car ça aiderait à en avoir plus. ».

- « Je ne regrette pas d'avoir fait don des organes de mon mari. J'espère de tout coeur que ces 3 personnes sont en grande forme. ».

- « J'espère tout simplement que les gens qui vivront la même situation pourront faire le même geste. Car nous avons accordé à cinq êtres humains une chance de vivre encore grâce à mon épouse. ».

- « Il y a 3 choses. La première, on ne parle pas assez du don d'organes ou de la volonté de nos proches, ça faciliterait la situation lorsque

celle-ci se présente. La deuxième : personnellement le fait d'avoir fait don de ses organes aurait du m'aider dans mon processus de deuil, mais ça n'a pas été le cas. La troisième, étant infirmière, on ne voit pas les choses de la même manière, et personnellement, c'est difficile de juger des collègues sur leur prise en charge. Est-ce que j'ai été privilégiée car je suis infirmière, je ne sais pas, j'espère quelque part que non pour les familles des autres patients (donneurs). »

- « Décider du don d'organes permet de trouver un peu de sens dans une situation où le sentiment d'obscurité, de néant, d'incompréhension prédomine. Une partie du proche disparu continue à vivre et ainsi permet à d'autre de mieux vivre et de prolonger une vie. Dans ce cas, le malheur des uns fait le bonheur des autres, mais on peut aussi dire que le bonheur présent des uns atténue certainement quelque part le malheur des autres. ».

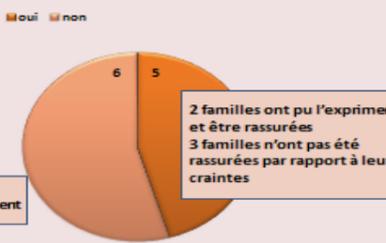
- « J'aurais aimé en savoir encore un peu plus. Maintenant je peux comprendre que ce n'est pas facile à gérer. Et puis quand on est sous le choc (c'était absolument inattendu), on ne réagit pas forcément toujours comme on le souhaiterait. Merci pour votre enquête. Elle m'a permis de refaire le point sur le sujet et de dédramatiser certains souvenirs. ».

TEMPS 2 : APRÈS LE PRÉLÈVEMENT

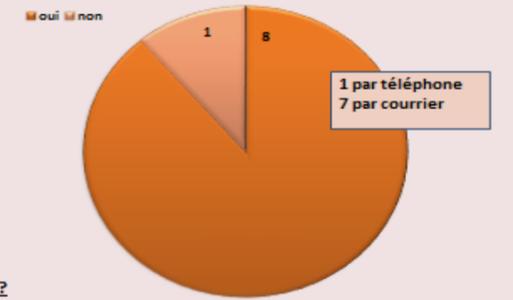
Avez-vous pu revoir votre proche juste après le prélèvement ?



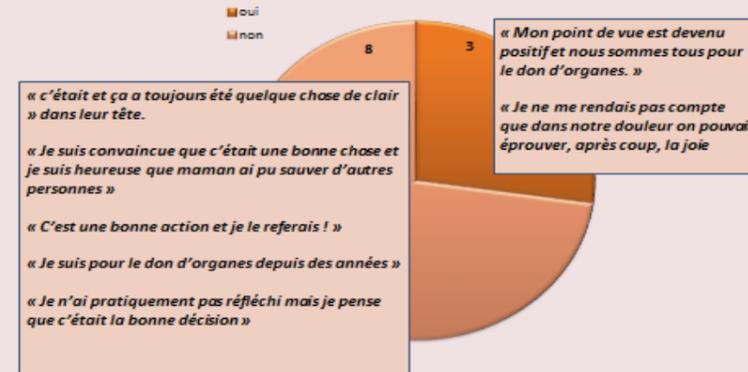
Aviez-vous des craintes par rapport à l'aspect physique de votre proche lors de son retour du bloc opératoire ?



Si votre souhait avait été de recevoir des nouvelles, avez-vous été recontacté par l'équipe de coordination locale des donneurs après le D.O.

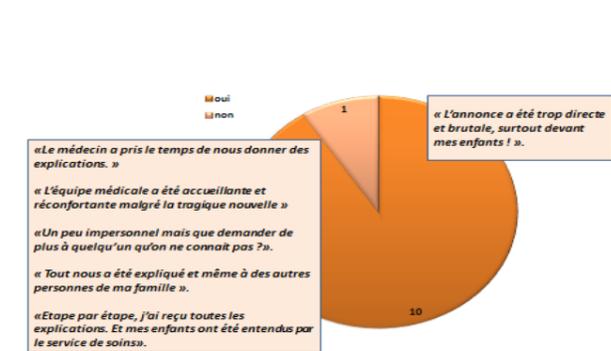


Cette expérience a-t-elle changé votre point de vue sur le D.O ? Pourquoi ?



TEMPS 1 : L'ANNONCE DE LA MORT CÉRÉBRALE ET L'ABORD DU DON D'ORGANES

L'ANNONCE DU DÉCÈS



L'ABORD DU DON

Oui pour 10 familles
1 famille n'a pas répondu

« L'équipe soignante a été très respectueuse de mon choix (je n'ai accepté que le prélèvement de 2 reins), ainsi que du délai de réflexion que j'ai demandé. »

« La demande a été faite correctement avec beaucoup de respect. ».

« Beaucoup de compassion et de respect de la part des infirmières. »

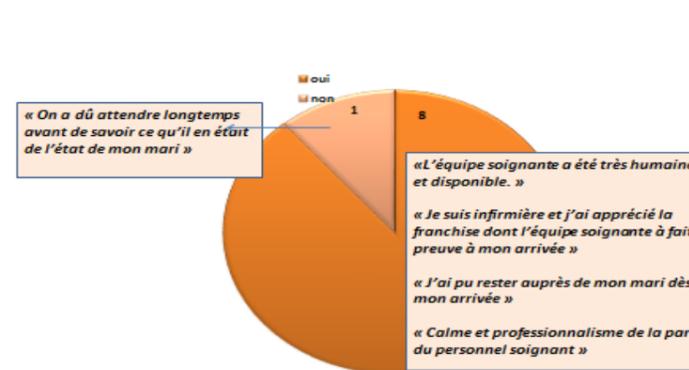
« Ça a été très facile car maman avait déjà pris sa décision. ».

« La demande a été faite avec fermeté mais très respectueusement. ».

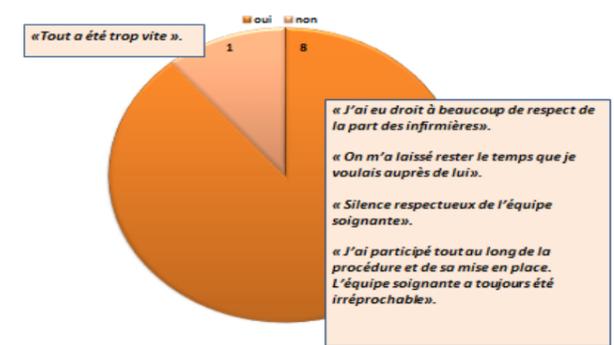
RESSENTI PAR RAPPORT A L'ATTITUDE DE L'EQUIPE SOIGNANTE TOUT AU LONG DE LA PROCEDURE

« Avez-vous été satisfait de l'équipe soignante lors de... ? »

L'ACCUEIL



DURANT LA SURVEILLANCE AUX SOINS INTENSIFS



TEMPS 2 : DURANT LA SURVEILLANCE EN SOINS INTENSIFS

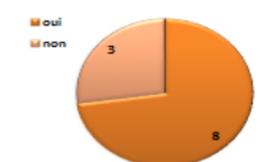
Avez-vous pu retourner auprès de votre proche après le(s) entretien(s) ?



Êtes-vous resté auprès de votre proche jusqu'à son départ pour le bloc opératoire ?



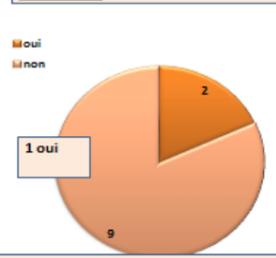
Vous en avait-on donné l'occasion ?



Avez-vous pu poser toutes les questions que vous vouliez par rapport à la procédure qui débutait ?

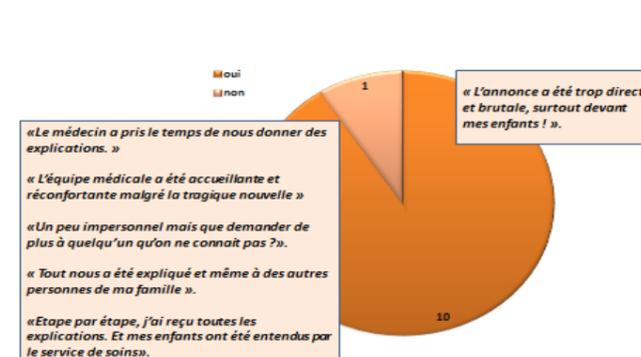


Vous a-t-on proposé un accompagnement spirituel ? Auriez-vous souhaité que l'on vous le propose ?



En ce qui concerne le soutien psychologique, 8 familles signalent que rien ne leur a été proposé à l'époque. Depuis 2011, nous avons une psychologue dans le service qui recontacte systématiquement toutes les familles.

L'ANNONCE DU DÉCÈS



APRÈS LA PROCÉDURE DU DON D'ORGANES

7 familles sont revenues après le don

« J'ai eu tout le temps nécessaire près de lui et l'équipe avait bien fait ses soins. »
« On m'avait bien expliqué l'après don d'organes et nous savions ce qu'il s'était passé pendant le prélèvement. »
« La situation dans laquelle je me trouvais était difficile et pas toujours agréable, mais je ne regrette rien. »
« Encore une fois, nous avons pu poser toutes les questions que nous voulions. »
« Sentiment d'empathie de la part de l'équipe soignante. »
« Beaucoup de respect de la part de l'équipe soignante. »

4 personnes n'ont pas répondu et on précisé qu'elles ne sont pas restées à l'hôpital après le prélèvement

Nos partenaires

SOINS PÉDIATRIQUES - PRÉMATURÉS

Une vie si fragile à préserver

La médecine de pointe a permis d'augmenter considérablement les chances de survie et les perspectives de vie des enfants prématurés. Aux confins entre la vie et la mort, l'accompagnement infirmier et le soutien apporté aux parents occupent désormais une place prépondérante.

ASI, Soins infirmiers 3/2014 - Texte: Urs Lüthi / Photos: Fotolia



«Pour moi ça a été un choc lorsque j'ai vu Lucy pour la première fois.» A l'occasion de la rencontre «Kind+Spital»¹, Barbara Kläy, maman des jumelles prématurées Lucy et Ruby, a raconté ce qu'elle a vécu et ressenti après la naissance de ses filles nées dans la 30ème semaine de grossesse. Alors qu'elle a pu prendre Ruby dans ses bras un bref instant, sa soeur Lucy a dû être intubée directement.

«Pour nous, les parents, il était plus difficile d'établir un contact avec Lucy, car tant son apparence que les circonstances étaient totalement différentes que pour Ruby». Les deux bébés ont dû être hospitalisés séparément dans deux services différents et alimentés par voie parentérale pendant les premiers jours. Ne pas avoir de photos de bébés «normales» a été très difficile pour Barbara Kläy lorsqu'elle est rentrée chez elle – sans ses enfants dans un premier temps. Elle garde cependant de bons souvenirs de ces premières semaines à l'Hôpital de l'île de Berne. Les soins «empreints de bienveillance» et le fait d'avoir été très bien accompagnée et conseillée par les infirmières ont largement contribué à cette perception positive.

De meilleures chances de survie

Sur les 80 290 enfants nés en Suisse en 2010, 5700 sont venus au monde avant la fin de la 37ème semaine de grossesse et sont donc considérés comme prématurés. Un enfant sur 100 est né avant la 31ème semaine de grossesse. Comme près de la moitié des naissances avant terme concernent les grossesses multiples, on compte beaucoup de jumeaux, triplés ou quadruplés parmi les prématurés. Les progrès de la technique ont permis d'augmenter notablement les chances de survie de ces enfants.

Le poids moyen des prématurés se situe autour des 2500 grammes. En 1982, des néonatalogues zurichois ont pour la première fois pris en charge des enfants pesant moins de 1000 grammes – à ce jour, des enfants pesant 400 grammes à la naissance peuvent survivre. En Suisse, les spécialistes estiment que la limite de viabilité de l'enfant se situe entre la 22ème et la 26ème semaine.

Risques pour le développement

Les risques concernant des problèmes de développement ou des handicaps sévères pour les enfants prématurés donnent lieu à d'intenses discussions. De nombreuses études mettent en évidence que les prématurés présentent des résultats moins bons que la moyenne lors de tests de développement pendant la petite enfance ou plus tard, lors des mesures concernant l'intelligence. Ces études mentionnent également un lien possible avec l'âge gestationnel et le poids à la naissance. 50 à 70 pourcents des prématurés avec un poids de naissance bas à très bas présentent de légères altérations des fonctions cognitives. Même si les valeurs moyennes de QI ne s'écartent que de quelques points de celles des enfants nés à terme, une accumulation d'atteintes cognitives subtiles et de troubles partiels d'aptitude sont mis en avant pour expliquer le retard des enfants prématurés pour ce qui est de la trajectoire scolaire, académique et professionnelle.²

Mais lorsqu'il est question d'individus, de tels résultats doivent être interprétés avec

prudence. Le service de néonatalogie de l'Hôpital de l'île à Berne par exemple a documenté plusieurs exemples d'enfants nés trop tôt qui ont

eu un développement «normal». Angelika pesait 750 grammes lorsqu'elle est née à la 26ème semaine. Aujourd'hui, elle a 16 ans, a effectué une scolarité normale et aimerait suivre une formation dans le domaine social ou pédagogique. Malgré un léger trouble moteur, elle n'a pas eu besoin de thérapie spécifique. En revanche, elle doit faire des inhalations quotidiennes en raison d'une bronchite obstructive chronique.

Un espace de protection

Ce qui doit être considéré comme «normal» dans le développement d'un enfant est controversé. En revanche les avis sont unanimes sur le fait que le service de soins intensifs en néonatalogie doit être un «es-

«La dignité de l'être humain est centrale. Même si cet être humain ne pèse que quatre cents grammes, il s'agit pour nous d'une personnalité à part entière.»

FERS

Formation, Recherche, Service
Haute École de Namur-Liège-Luxembourg



- kinésithérapeutes
- infirmiers bacheliers ou gradués
- médecins
- sages-femmes

Depuis 10 ans
Formation **Post-Bachelor en Acupuncture**,
légalisée prochainement dans le cadre de la
reconnaissance de l'acupuncture.
Toutes les infos en direct sur notre site web

Accueil et premiers cours: 22/09/14



ACUPUNCTEUR

Haute École de Namur-Liège-Luxembourg **HENALLUX**

Département paramédical Ste Élisabeth
rue Louis Loiseau, 39 5000 Namur

Portes Ouvertes

Samedi 28 juin et samedi 6 septembre 2014 de 9 h à 14 h

La formation de 950 heures = +/- 2400 heures (volume d'étude) - 60 crédits
en trois ans.

Informations et inscriptions aux cours

www.ettc-acu.be ou 0488/949.929

>> Suite page 20

DÉCISIONS ÉTHIQUES

Entre la vie et la mort



Selon les recommandations des sociétés spécialisées¹ la prise en charge périnatale des femmes enceintes présentant un risque élevé d'accouchement prématuré et des grands prématurés (22^{ème} à 26^{ème} semaine de grossesse) doit être effectuée par une équipe de périnatalogie multidisciplinaire et expérimentée. Les décisions sont le fruit d'un dialogue constant entre toutes les parties impliquées.

Pour les naissances se situant dans la 24^{ème} ou 25^{ème} semaine surtout, il est souvent difficile de décider si le traitement médical intensif est acceptable compte tenu des risques potentiels ou déjà existants. Il importe de toujours considérer la situation dans son ensemble et de prendre une décision commune sur des bases éthiques. Selon les directives en vigueur en néonatalogie, il doit être possible pour l'enfant de «mourir dans la dignité et dans la paix».

La plupart du temps, l'évaluation des professionnels est partagée par les parents. Mais il arrive que des personnes venant d'une autre culture demandent qu'on ne débranche pas les appareils, même lorsque le cas semble désespéré. Si la situation s'éternise sans espoir, l'équipe est mise à rude épreuve. Mais la volonté des parents sera respectée. Il peut arriver que des parents rejettent dans un premier temps leur enfant lorsque celui-ci risque d'être handicapé ou de présenter des déficiences. Mais leur attitude change généralement s'ils peuvent le prendre dans leurs bras et établir une relation avec lui. L'euthanasie active pour un nouveau-né ne saurait être envisagée: «nous sommes alors les avocats de l'enfant» relève Claudia Zimmermann. Dans ces situations de crise, les parents peuvent bénéficier d'une aide ciblée, et recourir au soutien d'un psychologue, d'un aumônier ou d'un service social.

¹ Société suisse de néonatalogie, Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, Académie de médecine foeto-maternelle, Association suisse des sages-femmes et Société suisse de pédiatrie du développement. www.swiss-paediatrics.org > recommandations > 2.2012.

pace de protection spécifique». Des mains minuscules, des jambes si fragiles, le masque à oxygène sur le visage, des tuyaux partout: «il existe peu d'autres lieux dans notre société où la naissance et la mort, l'attente pleine d'espoir et le désespoir le plus profond, la proximité humaine et la perfection médico-technique se côtoient d'aussi près que dans cette lutte pour la vie et l'intégrité d'un enfant prématuré» écrivent Axel von der Werse et Carola Bindt dans leur ouvrage. Intégrer des aspects aussi opposés du quotidien demande beaucoup à l'équipe multiprofessionnelle en charge du traitement.

C'est également l'avis de Liliane Stoffel, experte en soins infirmiers et de Claudia Zimmermann, responsable du service de soins intensifs en néonatalogie de l'Hôpital de l'Île. Pour Liliane Stoffel, une chose est claire: «La dignité de l'être humain est centrale. Même si cet être humain ne pèse que 400 grammes, il s'agit pour nous d'une personnalité à part entière». Pour que le traitement et l'accompagnement, auxquels les parents sont étroitement associés, fonctionnent, une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle de qualité est indispensable. «Il faut pouvoir compter les uns sur les autres», ajoute Claudia Zimmermann.

Des sentiments contradictoires

Parallèlement aux développements fulgurants de la médecine, les besoins psychiques des prématurés et de leurs parents ont pris une importance croissante au cours des dernières années. Au sein de l'environnement familial et dans l'opinion publique, une naissance prématurée est encore trop souvent assimilée à une honte voire à une punition divine, critique Silke Mader, présidente du comité de la European Foundation for the Newborn Infants.

Silke Mader sait de quoi elle parle. Ses jumeaux sont nés à la 25^{ème} semaine de grossesse, l'un des enfants est décédé peu après la naissance. La plupart des parents ne sont absolument pas préparés à une telle situation. Il est d'autant plus important que le personnel soignant se comporte de manière valorisante avec ces parents – même les plus difficiles. Car les mères et les pères confrontés à cette problématique ont besoin de sentir qu'ils sont «de vrais parents». Dans cette alternance entre vulnérabilité et peur des mauvaises nouvelles engendrant des décisions difficiles, il est fondamental de renforcer les parents dans leur rôle. C'est aussi la préoccupation centrale de l'association «Kind+Spital»³. Certains hôpitaux ont développé des programmes de formation spécifiques pour les parents. A l'Hôpital de l'Île par exemple, c'est le COPE®-Programm (Creating Opportunities for Parent Empowerment®) qui a été introduit (Voir article page 21).

Des lieux appropriés

Afin que les circonstances particulières de l'hospitalisation influencent le moins possible le bonding (la relation parent-enfant), les procédures de travail et les soins dans les services de néonatalogie ont été adaptés. Selon Matthias Roth, médecin chef de la néonatalogie au CHUV, il ne s'agit pas uniquement de permettre aux parents d'être présents 24h sur 24. Dans ce service, les instruments de contrôle travaillent sans bruit et les sources de lumière agressives sont remplacées par un éclairage indirect.

Des aménagements ont également été réalisés au niveau de l'architecture et des infrastructures. Lors de la transformation de la Maternité, on a créé des pièces comportant trois à quatre incubateurs, séparés par des rideaux pour permettre une certaine intimité aux familles. Pour les jumeaux, une pièce avec deux incubateurs a été prévue. L'un des parents peut également y passer la nuit. A l'étage supérieur se trouvent plusieurs chambres agréablement aménagées pouvant héberger des parents dont le domicile est éloigné.

Une présence en continu

Le Marien Hospital Witten (D) a franchi un pas supplémentaire. Pour que les parents puissent être le plus proche possible de leur enfant, un système de visite virtuelle a été mis en place. Par le biais d'un accès protégé par mot de passe, ils peuvent observer leur enfant pratiquement toute la journée via Livestream. A en croire Bahman Gharavi, médecin-chef de la clinique, ce système de surveillance du bébé crée la transparence et renforce la confiance des parents à l'égard de l'équipe médicale et soignante.

Certaines institutions recourent également à la musicothérapie. «La musique peut contribuer à la détente et exercer une fonction stimulante; elle peut également déclencher des émotions fortes et favoriser l'intimité», soutient Monika Esslinger, musicothérapeute à l'Hôpital pédiatrique des deux Bâle. Des interventions simples telles que des enregistrements de la voix de la mère ou des deux parents, des chansons ou des textes adaptés à l'enfant ou une musique instrumentale peuvent favoriser le lien entre parents et enfants.

Sur le plan international, de nombreuses institutions basent leur approche sur des soins aux prématurés favorisant le développement, à la fois individuels et centrés sur la famille selon la méthode NIDCAP® (Neonatal Individual Developmental Care and Assessment Programm). NIDCAP® mise sur une prise en charge individualisée, sur l'intégration des parents dès les premiers instants, sur la réduction du stress et un aménagement de l'environnement optimal. Des études attestent que ce programme permet de réduire la durée de l'as-

sistance respiratoire ainsi que le risque d'une pneumonie chronique sévère. Les chances de voir ces enfants se développer normalement et en bonne santé en fonction de leur âge sur les plans neurologique, émotionnel et cognitif sont supérieures.

Soutenir les soignants

Se référant à l'exemple du Centre de périnatalité de l'Hôpital régional de Salzbourg, où NIDCAP® est implanté, Erna Hattinger, médecin-chef, explique que cette approche ne se limite pas à intégrer au mieux les parents en leur offrant un accompagnement psycho-social et en visant à renforcer leurs compétences. La

création d'une ambiance de travail agréable et de possibilités pour le personnel de se retirer sont également importantes. En effet, la satisfaction au travail et la réduction du stress sont des facteurs importants pour une prise en charge de qualité.

Depuis que la formation en soins infirmiers en Suisse est devenue une formation de généraliste, il est plus difficile de trouver du personnel qualifié, à en croire Claudia Zimmermann. Un investissement important pour former de nouveaux professionnels est nécessaire dans ce domaine hautement complexe: «il faut près de deux ans jusqu'à ce que les nouvelles col-

laboratrices soient vraiment au point dans ce domaine spécialisé».

¹ «Zu früh geboren – Ein Leben im Grenzbereich» «Né trop tôt – une vie dans une zone limite». Journée d'études de l'Association «Kind+Spital» du 31 octobre 2013 à l'Hôpital cantonal d'Olten. Les documents audio des exposés présentés peuvent être consultés sur: www.kindundspital.ch/archiv/tagungen

² Von der Wense Axe, Bindt Carola: Risikofaktor Frühgeburt, Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln, (Prématuré, un facteur de risque. Reconnaître et traiter les risques du développement) Beltz Verlag, Basel 2013.

³ Newsletter Kind+Spital, Mai 2012, www.kindundspital.ch

COPE® À L'HÔPITAL DE L'ÎLE

Un programme de formation pour les parents

A l'Hôpital de l'Île, les parents d'enfants prématurés bénéficient depuis deux ans du programme de formation COPE®. Ceux qui l'ont suivi se sentent moins stressés.

Texte: Urs Lüthi / Photo: Gudrun Mariani

«Pour nous, la relation parents-enfant est clairement au centre de nos actes», affirme Liliane Stoffel, experte en soins infirmiers à l'Hôpital de l'Île. Grâce au programme de formation «Creating Opportunities for Parent Empowerment» (COPE), mis au point aux Etats-Unis, les parents apprennent comment entrer en contact avec leurs enfants malgré un environnement hautement technicisé comportant moniteurs et tuyaux.

Structurer l'accompagnement

En 2012, l'Hôpital de l'Île a été la première institution européenne à acquérir la licence pour ce programme. Les auteurs de COPE, Bernadette Melnyk et Nancy Feinstein ont ensuite formé l'équipe multiprofessionnelle de néonatalogie sur place. Des soins en douceur, individualisés et propices au développement, respectueux des capacités et besoins de l'enfant sont désormais institutionnalisés dans le service de soins intensifs de néonatalogie. Les nombreuses infirmières qui travaillent depuis longtemps dans ce service faisaient beaucoup de choses de manière intuitive et juste. COPE a contribué à structurer l'accompagnement des parents.

Avec l'aide d'informations et d'instructions documentées dans un livre et de séquences audio, il est beaucoup plus facile de reconnaître et comprendre les besoins spécifiques et comportements du bébé et d'y

répondre. Que signifie tel type de pleurs? L'enfant a-t-il mal ou simplement faim? Que se passe-t-il lorsqu'il baille ou s'étire? Est-il trop sollicité ou fatigué? Les avantages de COPE se sont également avérés à Berne. «Les parents sont moins stressés, ils répondent de manière plus ciblée aux besoins de leur enfant et se sentent plus sûrs», explique Liliane Stoffel. À la maternité de Berne, la configuration des lieux permet en général une prise de contact avec l'enfant immédiatement après la naissance. Si cela s'avère nécessaire, la mère est conduite dans son lit auprès de l'isolette. Selon l'état de l'enfant, elle peut le toucher à travers la

porte de l'isolette ou le prendre sur elle quelques instants. Ces «soins kangourou» (Cangarooing), pendant lesquels le bébé n'est vêtu que d'un lange et d'un bonnet pour être posé sur la poitrine nue de la mère ou du père, sont effectués le plus souvent possible. Liliane Stoffel fait remarquer que cela permet de stimuler la perception sensorielle de l'enfant, d'influencer positivement l'établissement de la relation, la respiration, la circulation sanguine et la régulation de la température, et enfin de favoriser l'allaitement.

Soulager la douleur

Selon une étude réalisée en Suisse, quelque 17 interventions douloureuses sont effectuées quotidiennement chez un prématuré

au cours de ses quinze premiers jours de vie¹. En présence d'une forte douleur, on procède dans la mesure du possible à des interventions non-médicamenteuses. Avant une prise de sang, on donnera par exemple du glucose à sucer sur une lolette, qui provoquera une sécrétion d'endorphines réduisant la sensation de douleur. Mais d'autres mesures, telles que l'enveloppement de l'enfant (Swaddling) ou la technique de «regroupement en flexion» (Facilitated Tucking) ont un effet antalgique. Si ces mesures restent sans effet durable, le traitement médicamenteux est adapté.

Avant chaque intervention invasive, il s'agit de vérifier si celle-ci est vraiment nécessaire et si elle améliore la situation de l'enfant. Dans la mesure du possible, les interventions sont regroupées, afin que l'enfant puisse se reposer pendant quelques heures. Aujourd'hui, la présence des parents est souhaitée le plus possible – ce qui n'était pas le cas dans le temps.

¹ Eva Cignacco, Liliane Stoffel, Gezielte Schmerzlinderung bei Neugeborenen (Soulager la douleur chez les nouveaux-nés de manière ciblée), Soins infirmiers 12/2007.

L'expérience du centre de formation NIDCAP de Bruxelles.

CONSTAT DE L'IMPLANTATION DES SOINS DE DÉVELOPPEMENT (THÉORIE¹ ET PRATIQUE)

1 Joy Browne, Robert D. White, Clin Perinatol, 2011

L'évolution de la néonatalogie et les données en lien avec le suivi de la grande prématurité nous amènent à observer de **nouvelles morbidités** associées à la survie de ces enfants. En effet, la privation de la figure maternelle, le manque de cycles circadiens, les douleurs répétées engendrent des conséquences à long terme. En effet, les enfants nés avec un petit ou extrêmement petit poids de naissance rencontrent fréquemment des problèmes de développement sensoriel, moteur, cognitif et de communication¹. Les prématurés de petit poids de naissance sont plus à risque de développer des problèmes d'attention, d'hyperactivité, d'anxiété et des difficultés de régulation émotionnelle².

1 Wilson-Castello D. Pediatrics, 2005/Hack M, J. Pediatr, 2007

2 Delobel-Ayoub M. EPPAGE., Pediatrics, 2009/ Johnson SJ. Am Acad Child Adolesc Psy, 2010

Il est démontré que l'expérience avant terme et l'exposition au stress engendrent des altérations de l'activité et de la structure du cerveau¹. Les causes n'en sont pas encore tout à fait comprises bien que de nouvelles publications nous informent en ce sens et nous donnent des pistes pour optimiser le devenir de ces enfants². Il est pensé que l'environnement précoce auquel est soumis le cerveau lors de périodes sensibles de son développement est en partie responsable de ces résultats neuro - développementaux non optimaux. Néanmoins, c'est aussi une période sensitive où le cerveau est malléable et en attente de stimulations appropriées mais aussi capable de résilience. Nous avons donc une opportunité pour optimiser le fonctionnement du cerveau par des interventions appropriées au développement. Heidelese Als, parle de « Soins au cerveau »³

Ceci explique **l'émergence de la pratique de soins soutenant le développement** de ces 30 dernières années. Toutes les approches de soins de développement doivent avoir pour objectif commun de donner à l'enfant et à sa famille le meilleur début possible et d'améliorer les résultats neuro développementaux pour ces bébés. Le NIDCAP avec des soins individualisés centrés sur la famille nous procure un outil, des stratégies pour travailler en ce sens.

Le concept de soins de développement évolue. En effet, dans les années 80, l'on reconnaissait l'impact de l'environnement et des manipulations sur le développement de ces enfants. Des modifications de

l'environnement étaient proposées⁴. Dans les années 90, l'on introduisait les soins de développement dans le vocabulaire et dans les pratiques professionnelles. Plus récemment, le champ de soins de développement est reconnu, évalué et des recommandations sont éditées⁵. De la mise en évidence du besoin de soins plus humains pour les enfants et leurs parents⁶, on en arrive à réaliser que les soins de routine sont stressants pour ces enfants⁷. Les psycho- biologistes nous aident à adapter nos pratiques par une meilleure compréhension de l'importance de l'attachement précoce et du modèle unique fourni dans la nature par la mère⁸. Les chambres individuelles familiales sont valorisées en ce sens comme l'environnement optimal pour le nouveau-né et ses parents⁹.

Les soins de développement sont souvent associés au **travail de Heidelese Als, à l'origine du NIDCAP**, pionnière dans l'évaluation neuro-développementale et dans l'intervention auprès de l'enfant prématuré. Elle base son travail sur celui de Brazelton, fourni une base théorique solide (théorie synactive), une application systématique, une formation à la compréhension et l'utilisation de ce modèle¹⁰. A ce jour, son approche de soin de développement est la plus rigoureusement évaluée. Son programme d'évaluation de soins de développement individualisés en période néonatale est basée sur des observations régulières du comportement du bébé afin d'évaluer les buts de développement de

4 Long JG, Pediatrics, 1980

5 White RD. Sem J Perinatol, 2007/2011

6 Sizon J. Acta Paediatr, 1999

7 Catelin C. J Pain, 2005

8 Graven SN, Brown. J Newborn Infant Nurs Rev,

2008 Graven SN. Clin Perinatol, 2006

9 Lester, BM, Semin Perinatol, 2011

10 Lawhon G and al. J Perinat Neonatal Nur, 2008

celui-ci et d'amener des recommandations ciblées pour soutenir ces buts. Elle met en évidence la nécessité de renforcer les liens entre l'enfant, les soignants et les parents.

La démarche de soutien de la relation parents enfant doit démarrer en période prénatale, se prolonger dans les unités néonatales mais nécessite aussi une **collaboration entre les unités néonatales et les services de suivi**, de follow-up¹¹. Différents programmes existent pour assurer la continuité de l'intervention précoce.

Beaucoup **d'instruments d'évaluation neuro-comportementale** utilisés autour de la naissance ne sont pas prédictifs du développement ultérieur¹². Il est nécessaire de redéfinir quels résultats reflètent le meilleur développement neurologique et assurent une organisation et un fonctionnement du cerveau optimisés. Ceci, afin de dégager quelles interventions précoces de soutien au développement sont les plus appropriées¹³.

Le NIDCAP, au travers de ses observations renouvelées du comportement, nous apporte un outil qui permet de déterminer le degré de maturité du bébé, d'identifier ses domaines de compétences et de vulnérabilités et de permettre une intervention précoce en incluant la famille.

Au niveau francophone, il existe deux **centres de formation (Brest et Bruxelles)**.

6 hôpitaux belges sont formés ou en cours de formation NIDCAP ainsi que 13 hôpitaux français.

11 Bondurant PG and al. Nurs Clin North Am, 2003

12 El-Dib M Massaro AN. Brain Dev, 2011

13 Liu J and al. Pediatrics, 2010

Le centre de formation NIDCAP de Bruxelles s'est donné comme **missions, de sensibiliser, de former, afin de maintenir, d'améliorer le niveau de soins de développement individualisé en interne et externe**. Ceci, via des journées de sensibilisation, des conférences, des interventions en école de puériculture, de médecine....et via des formations NIDCAP formelles. L'intérêt croissant envers les soins de développement amène de plus en plus d'unités à se tourner vers le NIDCAP. Néanmoins, il manque de centres de formation, en tous les cas au niveau européen francophone, pour répondre à la demande.

La constatation de l'évolution de l'implantation des soins de développement au travers de l'activité de formation du centre de Bruxelles, en Belgique et en France est la suivante :

En termes d'environnement, des directives de gestion de la luminosité et du bruit sont développées¹⁴. Ce qui semble certain, c'est que le contact intime avec le corps de la maman facilite le sommeil et protège des toxines. Les prématurés dépendront de l'environnement que nous décidons pour eux. Malheureusement, l'organisation de l'environnement est souvent soumise à des impératifs technologiques et financiers et non basée sur les données développementales¹⁵. Sur le terrain, beaucoup d'unités ont encore un aspect assez intensif, avec peu de place pour les parents. L'accès des unités au départ de la maternité lorsque les mamans sont hospitalisées n'est pas toujours assuré. Néanmoins, la plupart des unités sont en reconstruction avec intention de travailler sur la réduction du niveau sonore, l'ajustement du niveau de lumière au besoin du bébé et dans l'optique de permettre la présence, voir le séjour des parents auprès de leur enfant. Néanmoins, le niveau sonore reste souvent important dans les unités. En effet, celles-ci nécessitent encore une démarche de la part des soignants en termes de comportement et de gestion des alarmes. La plupart des unités utilisent des caches couveuses mais de façon assez standardisée et pas toujours adaptée au niveau de maturité du bébé. Les unités néonatales, en termes d'architecture, évoluent vers des chambres individualisées

En ce qui concerne, le positionnement et le développement moteur : 50% des grands prématurés présentent à l'âge scolaire des problèmes moteurs et cognitifs en absence de paralysie cérébrale. Les bébés nés entre 30 et 36 semaines n'en sont pas épargnés « new disease of late preterm »¹⁶. Des pistes de compréhension de ce processus font partir du champ de recherche neurologique actuel.

14 White R. 2007

15 White R, Clin Perinatol, 2006

16 Julia B. Pitcher and al. Clin Perinatol, 2011

Quoi qu'il en soit, la persistance d'un alignement anormal de la tête et du tronc entraîne des changements musculaires et des positions ainsi que des mouvements déformés. Ceci amène un développement futur perturbé, des difficultés de développement de compétences de jeu et donc des soucis d'attachement social et de développement cognitif. Sur le terrain, la plupart des unités utilisent des cocons, du matériel de soutien au positionnement mais de façon pas toujours adaptée aux besoins individualisés de chaque enfant. L'emballotement est de plus en plus utilisé pour les soins et l'installation. La nuance entre un emballotement stricte empêchant les mouvements et le juste emballotement permettant à l'enfant de développer ce qu'il sait faire, ses stratégies pour se sécuriser et rester stable, n'est pas toujours évidente. Le positionnement des enfants est encore souvent lié aux habitudes d'unité et basée sur d'anciennes données et croyances en lien avec des pathologies respiratoires qui ont évolué au cours du temps. Les enfants sont encore souvent installés afin de faciliter le soignant dans sa tâche à accomplir.

La méthode peau à peau est bénéfique pour l'attachement parental, la stabilité du bébé, l'allaitement maternel et à bien d'autres niveaux. Il est recommandé par l'OMS dès 28 semaines et 600g¹⁷. Cette méthode s'intègre progressivement dans nos pratiques mais reste encore souvent soumise à conditions. En effet, le premier peau à peau est encore, dans certaines unités, lié aux conditions médicales du bébé, à ses conditions de ventilation. Dans ce contexte, si le bébé est fort malade, le peau à peau est bien souvent retardé et n'aura lieu que parfois plusieurs semaines après la naissance. De même, il est soumis à certaines conditions de temps pour les parents. Parfois, on entend encore que si le bébé est fatigué, il n'ira pas en peau à peau. De même, une fois que le bébé est plus grand et passe dans un petit lit, les unités ne renforcent plus cette pratique auprès des parents. Dans ce type d'approche, on est encore loin du rooming-in, 24h sur 24 du type « modèle suédois ». Néanmoins, certaines unités sont déjà bien avancées dans ce domaine.

Le sommeil est primordial dans le développement neurosensoriel ainsi que pour la mémoire, l'apprentissage et la plasticité cérébrale¹⁸. En effet, le développement sensoriel dépend de stimulations endogènes et exogènes. Les stimulations endogènes présentent durant le sommeil sont¹⁹ très importantes pour le développement auditif, visuel, olfactif, kinesthésique....Il faut donc préserver ces temps de sommeil. Ensuite le bébé est façonné par les stimulations exogènes et il est donc impor-

17 WHO, 2003

18 Graven, Clin Perinatol, 2006

19 Penn AA, 2002

tant alors d'adapter nos stimulations de sorte que le bébé puisse s'y accommoder. In utéro, le sommeil dépend de l'activité de la maman et des hormones maternelles. Dans nos unités, le sommeil dépend de l'environnement et de l'organisation des soins que nous allons proposer aux bébés. L'implantation des soins de développement au travers du programme NIDCAP permet aux bébés de développer plus de temps de sommeil et de nécessiter moins de temps d'endormissement²⁰. Sur le terrain, une attention est progressivement portée à l'adaptation de l'environnement de sorte de faciliter le sommeil même si l'environnement sonore reste souvent encore élevé et soignant dépendant. Néanmoins, l'organisation est encore souvent rythmée sur le besoin des soignants sans réel respect du sommeil du bébé. Il semble plus aisé de travailler en ce sens la nuit quand il y a moins de soins programmés et moins de personnes présentes dans les unités. Il est parfois reprocher aux parents de stimuler leur bébé sans respect du sommeil quand ils arrivent mais sans remise en questions de ce qui est fait dans le même sens par les soignants lors des soins...

L'alimentation est un processus neuro-développemental et non un parcours d'apprentissage²¹. Le développement des compétences du bébé prématuré dépend de son parcours médical et développemental. 40 à 70% des enfants prématurés rencontrent des problèmes d'alimentation (faible prise de poids, refus, non plaisir, consistance, régurgitation, vomissement)²². Ceci entraîne souvent un vécu d'incompétence maternelle qui implique tout le système familial²³. Les problèmes à courts et long terme à ce niveau ne sont pas liés qu'aux difficultés de l'enfant à se réguler, se stabiliser pour réussir un repas mais aussi et surtout liés au fait d'être poussé au-delà de ses compétences pour tendre à des quantités à atteindre, au plus tôt. La clinique qui inclut, au niveau des repas, la reconnaissance de l'importance de la lecture de l'organisation comportementale du bébé (physiologique, moteur, stade d'éveil...) aidera à la stabilité de l'enfant et au développement d'expériences organisantes assurant un meilleur devenir à ce niveau.²⁴En soit, les repas du prématuré devraient être agencés sur base de leur disponibilité. Les premiers repas devraient se faire sur base du développement des compétences de recherche, de signe d'éveil et pas sur base d'un âge gestationnel. L'environnement, la méthode, l'aide au portage, l'adaptation du débit de lait devrait se faire sur base de la lecture du comportement du bébé. L'allaitement maternel devrait aussi être renforcé comme le

20 Bertelle and al, Early développement, 2005

21 JV Brown Clin Perinatol 2011

22 American Psy Ass, 2000

23 Samara M. Dev Med Child Neurol, 2010

24 Ross E. Brown J. 2002.

>> Suite page 24

meilleur aliment aussi et surtout pour le bébé prématuré. Sur le terrain, les premiers repas sont souvent agencés sur base d'un âge gestationnel et il n'est pas rare de voir des bébés en recherche d'expérience alimentaire non assouvie, alimentés à la pompe systématiquement sur plusieurs heures ou encore des bébés non prêts, stimulés à atteindre une quantité de lait à ingurgiter, quel que soit sa désorganisation et le coût que cela représente pour lui. Néanmoins, la réflexion sur l'alimentation démarre déjà au départ d'une réflexion sur l'oralité et d'une diminution des expériences orales négatives. De plus en plus de groupes de travail se réunissent à ce sujet. L'allaitement maternel doit encore être plus soutenu dans nos unités (soutien à la lactation, information des mamans déjà en anténatal, utilisation de méthodes alternatives au biberon, éviter de banaliser l'usage du biberon...). Le travail actuellement réalisé pour étendre le label IHAB aux unités néonatales avec un support et des guidelines adaptés nous aidera encore à ce niveau.

La place des parents dans unités n'est plus remise en question. Dans les faits, la plupart des unités sont ouvertes aux parents. Bien que certaines restrictions soient encore de mise²⁵. Néanmoins, l'hospitalisation en néonatalogie signifie encore souvent séparation mère bébé. Cette séparation entraîne des troubles de l'attachement qui ne sont pas sans conséquences pour le bébé et pour les parents²⁶. La séparation maternelle augmente le déficit de développement et diminue les stimulations affectives²⁷, de même qu'engendre des problèmes physiologiques et comportementaux²⁸. Le renforcement du rôle de parents et de leurs compétences est une composante essentielle des soins de développement. Ils doivent être inclus dans l'implantation et l'évaluation²⁹. L'utilisation du programme NIDCAP permet aux mamans de se sentir plus proches de leur bébé quel que soit son âge gestationnel à la naissance et aux soignants d'être plus à même de les soutenir en ce sens³⁰. Permettre le séjour des mamans 24h sur 24 avec leur bébé dès la naissance, permet de diminuer la durée de séjour du bébé à l'hôpital ainsi que de diminuer le risque de broncho dysplasie³¹. En pratique, si les unités se sont ouvertes aux parents, il reste à redéfinir la place qu'on donne aux parents. Les observations NIDCAP aident les parents à prendre leur place de parents dans la collaboration avec les soignants et leur permettent aussi de s'approprier l'histoire médicale et développementale de leur bébé. Les parents manifestent un sentiment de manque de soutien au moment du retour à la maison.

L'expérience d'implantation de soins de développement au travers de la formation NIDCAP du centre de Bruxelles amène à relever que ce qui est difficile n'est pas de former des gens à l'observation et à la rédaction des observations mais bien de travailler sur les unités, de faire réfléchir sur les pratiques, d'accorder du temps pour cette démarche et cette réflexion. Si la formation n'est acceptée qu'après entretien avec les responsables d'unité afin que chacun sache ce qui est requis en ce sens, c'est l'implication des médecins, des responsables d'unité et le cheminement, l'histoire et le désir d'amener les changements qui seront les éléments qui feront la différence en terme de succès et d'atteinte d'objectifs. L'implantation des soins de développement au travers du NIDCAP amène une nouvelle définition de ce qu'on entend par « meilleurs soins » et donc engendre une résistance au changement qui doit être comprise et orientée. Il faut éviter de former des experts mais directement travailler dans une collaboration avec l'équipe. Il faut se préparer à ce que cela prenne du temps, à se réjouir des petits suc-

cès qui font déjà toute la différence pour les bébés et leurs parents.

Pour l'avenir, des suggestions, des pistes de réflexion peuvent émaner du recul pris par rapport à nos expériences de formation de telle sorte que, tout comme sont développés des diplômes universitaires dans le domaine, il faudrait développer de façon plus importante ce concept dans les formations de base des soignants. Ceci, de sorte de ne pas développer des experts mais bien une démarche où tout un chacun soutient ces avancées. Développer un pré NIDCAP et plus de centres de formation, donner des moyens en temps et en argent (ce qui nécessite le développement d'une politique de santé réfléchi sur le long terme), continuer à développer la recherche qui sous-tend nos préoccupations soutiendra nos avancées pour amener les changements.

En conclusion, l'enfant et les parents doivent être au centre de nos préoccupations, aux côtés des soignants et de la maladie. Les groupes de parents peuvent nous aider à interpeller les politiques et à nous faire réfléchir sur nos pratiques³². Travaillons en leur collaboration.

Nous devons accepter que pour avancer, il faut être capable de remettre en cause ce que l'on sait.

M^{me} Delphine Druart,
Infirmière **spécialisée en Pédiatrie et Néonatalogie**,
Formatrice Nidcap
Hôpital Universitaire St Pierre, Bruxelles

³² The European Foundation For the Care of Newborn Infant (EFCNI/www.efcni.org)

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.



concept by dfib.net

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.

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

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

www.saintluc.be/jobs



25 Greisen and al, Acta Paediatrica, 2009.
26 Hagan JF. American academy of pediatrics, 2009
27 Feldamn, 2003
28 Francis DD and al, 2006
29 Mc Grath JM. Perinat Neonat Nurs, 2006
30 Kleberg A, 2004
31 34 Ortenstrand A, Westrup B, Pediatrics, 2010

Environment and Early Developmental Care

31.1 Introduction

The spectacular development of neonatal intensive care since the 1960s has allowed a drop in neonatal mortality of very-low-birth-weight (VLBW) infants from 50% to less than 15% in the last decade [1]. However 15 to 25% of the VLBW infants will present neurodevelopment impairment in the following fields: motor function, vision, auditory function, cognition, behavior, attention deficit and hyperactivity disorders, visual-motor integration and language [2, 3]. Compared to their term pairs there is substantial scientific evidence of altered early brain development [4]. These infants spend weeks and sometimes months in the neonatal intensive care unit (NICU), which is a quite different environment compared to what they would experience in utero. At this young age brain growth and development is particularly critical. The configuration of neurons is genetically predetermined, but the further organization and wiring of the neural circuits will depend on endogenous and exogenous stimulation. The existing evidence of interaction between environment and brain development has been extensively reviewed and better practices encouraged [5]. It is against the background of the potential harmful effects of the traditional NICU that developmental care and environmental strategies have gained more and more attention.

31.2 Early Developmental Care and Neonatal

Individualized Developmental Care and Assessment Program The term early developmental care (EDC) is confusing because it ranges from very simple interventions like light and noise control, positioning or non-nutritive sucking to the very complex Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) [6]. The complex NIDCAP model is an early intervention program based on the observation of the preterm infant's behavior [7]. The theory behind NIDCAP is designated as "synactive theory". The concept derives from the interdependency, differentiation, modulation and regulation of five behavioral subsystems: autonomic, motor, state organizational (maturation of well-defined sleep and wake states), attentional/ interactional and self-regulatory.

The assessment tool in NIDCAP is a formal and repeated observation of the infant

behavior before, during and after a care. These observations describe the reactions of the baby towards the sensory inputs and his capacity of self-regulation. The developmental goals for each infant will be defined according to his individual skills and weaknesses. Individual care-giving plans and environmental adaptations will be recommended. As the NIDCAP implementation evolves in the unit the caregivers become more and more aware of the signs shown by the baby and handling is adjusted accordingly. The families are empowered in the caregiving and put in a central position. The competence of the NIDCAP observer has to be validated by certified NIDCAP trainers. The program requires a philosophy of care by the whole department and has to be strongly supported by medical and nursing directions.

Babies in the NICU are overwhelmed by sensory inputs. They perceive pain, thermal changes, movements, olfactory, vestibular, visual stimuli and social interactions with parents and caregivers. The effects of these sensory stimulations and the EDC recommendations are described below.

31.3 Sensory Stimulation and EDC Recommendations

31.3.1 Light

The development of the visual system has been fairly extensively investigated. The endogenous stimulation originating from the spontaneous firing of neurons is important at different critical periods. The synchronous ganglion cell waves are targeting the different neurons to allow appropriate transmission towards the visual cortex. The protection of REM sleep is in this regard essential for normal development of ocular dominance columns. Light stimulation diminishes the action of the formative retinal waves [8, 9].

The preterm neonatal eye shows specific characteristics. Eyelid opening is related to the illumination of the NICU and the infant's developmental stage. The pupillary light reflex appears only after 30 weeks of gestation and mydriasis is physiological until 32 weeks. Light also acts as a stimulus for the production of free radicals in retinal membrane lipids. It has been suggested that the immature antioxidant status of the preterm infant might play a role on their suscepti-

bility to retinal damage. Phototherapy and light are potential inducers of lipid hydroperoxides in babies receiving intravenous lipids [10].

31.3.2 Cycled Light

The endogenous biological clock of the circadian rhythmicity is located in the hypothalamic suprachiasmatic nuclei (SCN) at the base of the third ventricle. Input pathways entrained by light are relayed to the SCN, which will express output signals.

These include temperature, cortisol, melatonin, sleep-wakecycle, behavior and cardiovascular function. In utero, the fetus has a biological clock responding to maternal entraining signals. If the baby is born preterm he will be deprived of this circadian rhythm and submitted to an often chaotic NICU environment. Preterm infants have ultradian rhythms (period lengths much less than 24 hours), which parallels the maturation of the sleep pattern [11]. There is some clinical evidence that babies in cycled lighting grow and sleep better [5].

EDC recommendations include ambient lighting levels adjustable through a range of at least 10 to no more than 600 lux. No direct view of the electric light source or sun in the infant space. Separate adjustable procedure lighting up to 2000 lux shall be available to evaluate a baby or to perform procedures. Lipid infusion lines have to be protected from phototherapy light sources. The staff areas for preparation of medication or charting should be illuminated adequately. Windows provide an important psychological benefit for caregiving and tasks. Daylight should be controlled by shading devices to allow flexibility [12].

31.3.3 Noise

The acoustic stimuli of the fetus are fluid conducted, with predominance of the low frequencies of the mother's voice imbedded in circadian rhythms and less background noise. The preterm infant in the NICU receives air conducted sounds in all frequencies, sometimes very loud, unpatterned staff language signals with important background sounds and with no circadian rhythms [13]. It has been hypothesized that elevated noise levels and unpredictable background sounds are dangerous for the hearing development but also for the global brain development integrating all sen-



Dominique Haumont

sory channels. Clinical studies have shown the occurrence of hypoxic episodes and behavioral changes due to noise [14]. Nasal CPAP generates a high level of noise, which might be worrying [15]. Chaotic noise has also been shown to impact negatively on staff behavior.

EDC recommendations limit noise levels to 60 dB around the infants' space. Diurnal exposure to mother's voice should be encouraged. The acoustic environment should favor the baby's physiological stability and the needs of staff and parents [5, 12, 16].

31.3.4 Protection of Sleep

The term newborn sleeps around 70% of the time with about half of the time in well recognizable active sleep (AS or REM sleep) and quiet sleep (QS) patterns. Before 27 weeks it is not possible to identify a sleep pattern comprising AS and QS in the same cycle [17]. In the ontogeny theory, REM sleep is considered as a very intense cerebral activity playing an important role in brain maturation. The ultradian cycles of the preterm infant will progressively mature towards a circadian model of sleep/wake cycles. Maturation of sleep will be characterized by progressive change in the proportion of REM sleep towards a predominance of quiet sleep after term. The endogenous synaptic proliferation during REM sleep will prepare the brain for further refinement with exogenous stimulation.

There is growing evidence in animal and human research that supports the importance of sleep during early brain development. Animal studies on sleep deprivation showed structural and functional deterioration in several models. The need of endogenous synchronous waves during REM sleep has been well established for the development of synaptogenesis in the visual system [18].

EDC recommendation is to protect newborn sleep in the NICU [5].

31.3.5 Positioning and Handling

The flexed position and containment experienced by the baby in utero is a theoretical approach for subsequent positioning of the infant. Swaddling has been practiced for a long time and is associated with better sleep and diminished pain and stress response [19]. Babies with respiratory problems do often better in the prone position [20]. The strong neck

Table 31.1 NIDCAP: 10 answers to early developmental goals

1. Understand physiological organization of the preterm infant
2. Diminish pain and stress
3. Help parents in their difficulties: family centered
4. Promote Kangaroo mother care
5. Promote breastfeeding
6. Stimulate parental presence
7. Help the baby in his sleep organization
8. Achieve a supportive patient-caregiver relationship
9. Spread the spirit of humanization in the hospital
10. Have a structured tool for change in the NICU

extensor muscles have to be counterbalanced to support later motor development [21]. Healthy preterm infants have been shown to benefit from positioning in nests with flexed posture favoring more elegant movements and reducing frozen postures [22]. Routine cares like simple diaper changes can alter heart rate stability and oxygen saturation [23].

EDC recommendations are positioning of the baby in flexed position, with alignment of the head and minimal handling.

31.3.6 Kangaroo Mother Care (KMC)

KMC was started in 1978 in Columbia to support low birth weight infants in a low cost way [24]. The proven effectiveness and safety have since enlarged this practice in countries with no limited resources. The benefits attributed to KMC are decreased morbidity, improved weight gain, breastfeeding, neurobehavioral assessment and more mature sleep patterns. KMC is beneficial for the mother because it favors attachment and diminishes stress. Although less research about KMC in industrialized countries has been undertaken it is now current practice in the "Scandinavian model" [25].

EDC recommendations encourage KMC according to the baby's tolerance.

31.3.7 Pain and Stress

It is well known that newborn infants in the NICU undergo many painful procedures [26]. The fear of side effects of long term exposure to narcotics on brain development and not recognizing pain and stress symptoms results in inappropriate pain relief in newborns. It has been shown that NIDCAP trained nurses, familiar with subtle clinical assessment were more likely to see clinical manifestations of pain [27]. On the other hand non-pharmacological interventions like oral sucrose, non-nutritive sucking, swaddling and facilitated tucking

have been proven efficient [28]. Some units will claim an aggressive pain management with very liberal use of medication for medical procedures. However the first step in medical care is "do no harm" and therefore each procedure should be questioned. It is very likely that many routine interventions are historical and suppressible.

EDC recommendations consist of questioning the rationale of the procedure, carefully assessing the baby's behavior by skilled staff and adapting positioning, manipulation and medication.

31.3.8 Parental Presence

In the early days of neonatal intensive care universal nursing barrier was recommended and the babies were not supposed to need social interaction. It took many years before parental friendly attitudes were applied, although the importance of early relationships between the newborn infant and his parents has been shown a very long time ago [29]. Despite the general acceptance of unrestricted parental presence, standards of care are probably not applied everywhere due to local resistances.

EDC recommends intensive and if possible permanent parental presence and cooperation in the care giving of the infant.

31.3.9 Oxidative Stress (OS)

Periventricular leukomalacia is the most important brain injury underlying the neurodevelopmental complications of preterm infants in later life. New insights into this disease relate the pathogenesis to incomplete vascular supply, deficient regulation of blood flow and the susceptibility of oligodendroglial precursor cells towards OS [30]. Many clinical situations in preterm infants will produce excessive free radical production: ischemia reperfusion injury, hypoxia and hyperoxia, inflammatory diseases, phototherapy and intravenous

nutrition with long chain poly-unsaturated fatty acids [31, 32]. Their immature antioxidant defenses will put them at increased risk for OS. Any intervention in the NICU, which causes hypoxia, is potentially a source of OS. Intensive care procedures like intubation, chest drainage or intratracheal suctioning are well known to destabilize the baby. But even routine procedures like chest X-ray, changing electrodes, physiotherapy, excessive noise, weighing or even diaper change are accompanied by an acute decrease in transcutaneous oxygen tension [20].

EDC recommendations are to avoid any hypoxic event or unnecessary care.

We have summarized the neonatal practices where EDC might have an impact. We know that these recommendations are only partly applied in most of NICUs. Neonatal intensive care were framed like adult and pediatric intensive care units. But, in contrast to older patients, babies stay for a prolonged period and the caregivers have very few benchmarks for preterm infant normal behavior. These small patients have limited physical and undefined mental capabilities to express their suffering in ways that are understandable to their caregivers.

Therefore they are totally dependent on the healthcare team to interpret, understand and intervene to alleviate their distress. The NIDCAP model addresses all these issues in a complex and holistic program. The literature overview demonstrating the effects of NIDCAP on neurodevelopmental outcomes is conflicting [6]. However, one can consider that caring for babies and paying attention to pain, stress and parental involvement is just a normal and humane behavior [33]. Sweden, which was a pioneer in NIDCAP training, has now been followed by several training centers in Europe, which support the diffusion of EDC [34, 35]. The advantage of the NIDCAP model is the consistency of the program and the global answers to our goals in EDC (Table 31.1).

Implementing EDC has also some side effects. One important aspect is the NICU architecture and design [12]. Many newly built NICUs have planned single rooms combining the requirements of intensive and special care in an EDC perspective. Putting respect, security, protection and privacy of the families in a central position will also impact attitudes in difficult situations like end-of-life decision making [36].

Introducing EDC in the NICU is moving away from traditional care towards a new culture characterized by respect of the preterm infant's physiology, diminishing pain and stress, with the parents as primary caregivers.

References

- Horbar JD, Badger GJ, Carpenter JH et al (2002) Trends in mortality and morbidity for very low birth weight infants, 1991 – 1999. *Pediatrics* 110:143–151
- Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH et al (2002) Cognitive and behavioural outcomes of school – aged children who were born preterm. *JAMA* 288:728–737
- Marlow N, Hennessy E, Bracewell M et al (2007) Motor and executive function at 6 years of age after extremely preterm birth. *Pediatrics* 120:793–804
- Constable RT, Ment LR, Vohr B et al (2008) Prematurely born children demonstrate white matter microstructural differences at 12 years of age, relative to term control subjects: an investigation of group and gender effect. *Pediatrics* 121:306–316
- Liu WF, Laudert S, Perkins B et al (2007) The development of potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *J Perinatol* 27:S48–S74
- Symington A, Pinelli J (2006) Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD001814
- Als H, Lawhon G, Duffy FH et al (1994) Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. *JAMA* 272:853–858
- Graven SN (2004) Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clin Perinatol* 31:199–216
- Penn AA, Shatz CJ (2002) Principles of endogenous and sensory activity – dependent brain development. The visual system. In: Lagercrantz H, Hanson M, Evrard P (eds) *The newborn brain: Neuroscience and clinical applications*. Cambridge University Press, New York, pp 204–225
- Haumont D, Hansen V (2005) Neonatal development: effects of light. In: Sizon J, Browne JV (eds) *Research on early developmental care for preterm neonates*. John Libbey, Paris, pp 33–37
- Rivkees SA, Hao H (2000) Developing circadian rhythmicity. *Semin Perinatol* 24:232–242
- White RD (2006) Recommended standards for newborn ICU design. *J Perinatol* 26:S2–S18
- Gray L, Philbin K (2004) Effects of the neonatal intensive care unit on auditory attention and distraction. *Clin Perinatol* 31:243–260
- Long JG, Lucey JF, Philip AG (1980) Noise and hypoxemia in the intensive care nursery. *Pediatrics* 65:143–145
- Karam O, Donatiello C, Van Lancker E et al (2008) Noise levels during nCPAP are flow-dependent but not device-dependent. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 93:F132–F134
- American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health (1997) Noise: a hazard for the fetus and newborn. *Pediatrics* 100:724–727
- Dreyfus-Brisac C (1968) Sleep ontogenesis in early human prematurity from 24 to 27 weeks of conceptual age. *Develop Psychobiol* 1:162–169
- Frank M, Stryker M (2003) The role of sleep in the development of central visual pathways. In: Maquet P, Smith C, Stickgold R(eds) *Sleep and brain plasticity*. Oxford University Press, New York, pp 190–206

19. van Sleuwen BE, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM et al (2007) Swaddling: a systematic review. *Pediatrics* 120:e1097–e1106

20. Bauer K (2005) Effect of positioning and handling on preterm infants in the neonatal intensive care unit. In: Sizon J, Browne JV (eds) *Research on early developmental care for preterm neonates*. John Libbey, Paris, pp 39–44

21. Amiel-Tison C (1995) Clinical assessment of the infant nervous system. In: Levene MI, Lilford RJ (eds) *Fetal and neonatal neurology and neurosurgery*. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp 83–104

22. Ferrari F, Bertonecchi N, Gallo C et al (2007) Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 92:F386–F390

23. Sizon J, Ansquer H, Browne J et al (2002) Developmental care decreases physiologic and behavioural pain expression in preterm neonates. *J Pain* 3:446–450

24. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J et al (2005) Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatr* 94:514–522

25. Verder H (2007) Nasal CPAP has become an indispensable part of the primary treatment of newborns with respiratory distress syndrome. *Acta Paediatr* 96:482–484

26. Carbajal R, Rousset A, Danan C et al (2008) Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA* 300:60–70

27. Holsti L, Grunau RE, Oberlander TF et al (2004) Specific newborn individualized developmental care and assessment program movements are associated with acute pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 114:65–72

28. Cignacco E, Hamers JP, Stoffel L et al (2007) The efficacy of nonpharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *Eur J Pain* 11:139–152

29. Fanaroff AA, Kennell JH, Klaus MH (1972) Follow-up of low birth weight infants – the predictive value of maternal visiting patterns. *Pediatrics* 49:287–290

30. Volpe JJ (2001) Neurobiology of periventricular leukomalacia in the premature infant. *Pediatr Res* 50:553–562

31. Saugstad OD (2005) Oxidative stress in the newborn-a 30 year perspective. *Biol Neonate* 88:228–236

32. Buoncore G, Perrone S, Longini M et al (2002) Oxidative stress in preterm neonates at birth and on the seventh day of life. *Pediatr Res* 52:46–49

33. Hack M (2009) Care of preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 123:1246–1247

34. Westrup B (2007) Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) – family-centered developmentally supportive care. *Early Hum Dev* 83:443–449

35. NIDCAP Federation International (NFI) www.nidcap.org

36. Haumont D (2004) Management of the neonate at the limits of viability. *BJOG* 112(Suppl 1):64–66 of the NIDCAP model is the consistency of the program and the global answers to our goals in EDC (Table 31.1).



Engage : Infirmier bloc opératoire (H/F) Site Dinant/Godinne Recrutement externe et/ou interne

Le CHU Dinant Godinne compte 640 lits justifiés et représente, grâce à ses 2300 travailleurs et ses 350 médecins, le premier employeur privé de la Province de Namur & du Luxembourg.

La mission de notre Institution est de dispenser des soins d'excellente qualité pour tous, tant sur le plan humain que médical et développer la recherche, l'enseignement et les services qui les optimisent.

De plus, le CHU compte également deux crèches et un accueil extrascolaire, des lits MR-MRS et est impliqué dans plusieurs ASBL périphériques.

Renseignements :

- C. PLOMPTEUX, Directeur adjoint du Département Infirmier 0499/948606
- B. ROGGERI, Chef du Département Interventionnel 0490/582788

Modalités d'introduction des candidatures :

Lettre de motivation et CV à adresser au plus tard le 31/12/2014 à : recrutement-chu@uclouvain.be



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

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

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



Conditions du poste :

- Contrats à durée indéterminée
- Temps plein ou temps partiel
- Valorisation de l'année de spécialisation par une année d'ancienneté
- Valorisation des prestations de garde
- Horaires : prestations de 8h ou 6h entre 7h et 20h30 avec prestations de Garde (semaine et week-end) et de nuit
- Entrée en fonction : immédiate

Missions :

- Prise en charge péri-opératoire du patient dès son arrivée au bloc opératoire jusqu'à sa sortie vers la salle de réveil.
- Préparation, manipulation d'instruments et/ou d'appareils spécifiques au bloc opératoire.
- Assistance opératoire et anesthésie.
- Participation à la gestion administrative du bloc opératoire.

Profil recherché :

- Diplôme d'infirmier bachelier ou hospitalier
- Expérience au bloc opératoire et/ou instrumentation
- Spécialisation en bloc opératoire est un atout
- Contribution à un travail au sein d'une équipe multidisciplinaire
- Bonne maîtrise des mesures d'hygiène et d'asepsie
- Tropisme pour les aspects techniques

Compétences :

- Grande capacité d'adaptation et de polyvalence
- Sens de l'organisation et rigueur de travail
- Qualité relationnelle, maîtrise de soi et capacité de gestion du stress
- Esprit d'initiative



L'ASBL Chwapi, une institution hospitalière de 2300 collaborateurs, 850 lits, située à Tournai, recherche (M/F) à TEMPS PLEIN :

- Infirmiers bacheliers spécialisés en salle d'opération
- Infirmiers bacheliers spécialisés SIAMU
- Infirmiers bacheliers spécialisation en gériatrie et psychogériatrie

Nous offrons CDI et nombreuses possibilités de formation continue

Pour obtenir le détail des missions, consultez notre site internet www.chwapi.be, rubrique Emplois & Stages/Offres d'emploi

Les candidatures seront introduites par écrit à l'attention de Mme Vinciane SENTE, Directrice des Ressources Humaines, par mail à vinciane.sente@chwapi.be

www.chwapi.be

Siège social Av. Delmée 9 à 7500 Tournai

Portrait

L'ANCC récompense deux défenseurs exceptionnels de la profession infirmière

Genève, Suisse, le 9 octobre 2014 – L'American Nurses Credentialing Centre (ANCC, États-Unis) a décerné ses distinctions au Dr Stephanie Ferguson, directrice du programme Diriger le changement du Conseil international des infirmières (CII) et de l'Institut international CII/Burdett du leadership en soins infirmiers, ainsi qu'à Son Altesse royale la princesse Muna de Jordanie, marraine de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux dans la région de la Méditerranée orientale. Les prix ont été décernés à l'occasion de la National Magnet Conference 2014 de l'ANCC, qui se tenait hier à Dallas (Texas).



Son Altesse royale la princesse Muna al-Hussein de Jordanie a reçu le « Prix de la Présidente de l'ANCC » pour son soutien à la profession infirmière au plan mondial. Le Prix de la Présidente est décerné à des chefs de file exceptionnels ayant contribué à réaliser la mission, la vision et les buts stratégiques de l'ANCC. Son Altesse la princesse Muna est résolument engagée pour l'avancement de la profession infirmière en Jordanie et dans le monde. Centrée sur l'éducation, les connaissances scientifiques, la formation continue et le perfectionnement

professionnel, l'action de la princesse Muna a pour objet de défendre la profession infirmière et de renforcer la main-d'œuvre pour les soins de santé au niveau mondial.



Le Dr Ferguson a reçu, pour sa part, le prix « SAR Princesse Muna de Jordanie » de l'ANCC en témoignage de ses contributions importantes aux soins de santé et de son engagement pour la profession infirmière. Le Dr Ferguson a été choisie pour sa contribution longue et importante à la collaboration de la profession infirmière internationale avec l'ANCC. Le Dr Ferguson est directrice et facilitatrice du programme Diriger le changement du CII et de l'Institut international

CII/Burdett du leadership en soins infirmiers. Elle est également consultante auprès de l'Organisation mondiale de la santé, travaillant auprès de plusieurs conseillères régionales en soins infirmiers et de responsables au niveau des régions et du siège ; et professeure adjointe à l'Université Stanford et à la faculté des sciences infirmières de la Virginia Commonwealth University, aux États-Unis.

« Je suis ravie que l'ANCC ait décidé de récompenser deux personnalités engagées et exemplaires pour la profession infirmière », déclare Judith Shamian, présidente du Conseil international des infirmières. « En tant qu'experte internationale des soins infirmiers, universitaire de renom et infirmière professionnelle, le Dr Ferguson fait figure d'exemple pour les infirmières du monde entier. J'accueille aussi avec une grande satisfaction la reconnaissance formelle des importantes

contributions de Son Altesse royale la princesse Muna, qui soutient les infirmières depuis de longues années. »

Pour de plus amples renseignements veuillez contacter :

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

Note pour les rédactions

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.

Basé aux États-Unis, l'**American Nurses Credentialing Center (ANCC)** est la plus importante et la plus prestigieuse des organisations d'accréditation d'infirmières. Filiale de l'American Nurses Association (ANA), l'ANCC favorise, par ses procédures d'accréditation, l'excellence dans les soins infirmiers et de santé au niveau mondial. Reconnus au plan international, ses programmes d'accréditation certifient les infirmières individuelles et leurs domaines de pratique spécialisée. L'ANCC accrédite les organisations de soins de santé qui promeuvent l'excellence dans les soins infirmiers ainsi que la qualité des soins, tout en assurant des environnements de travail sûrs et positifs. Il accrédite, de même, des organisations de soins de santé qui offrent et approuvent des formations continues en soins infirmiers. L'ANCC propose, enfin, des supports pédagogiques pour aider les infirmières et les organisations à obtenir leur accréditation.

Cliniques universitaires St-Luc, UCL-Bruxelles Le **COACHING** des responsables infirmiers : **TROIS PROJETS** **ENCOURAGEANTS**

Le coaching des infirmières/infirmiers chefs est un sujet que tient à cœur la directrice du Département Infirmier des Cliniques universitaires St-Luc, à Bruxelles, Madame Joëlle Durbecq. Elle connaît bien cette grande institution de soins puisque - infirmière de formation - elle y a fait l'ensemble de sa carrière. En fonction depuis 2 ans, elle et son équipe ont mis en place le coaching des responsables pour répondre à un besoin réel.

Offrir une aide

Depuis longtemps, les finances des hôpitaux sont mises à mal par des restructurations diverses. Lors des vagues précédentes, les économies les plus faciles à faire ont été réalisées, maintenant il faut amener les services à travailler autrement. Et les infirmières chefs doivent fonctionner comme des leaders pour emmener leurs équipes vers le changement imposé. « Tout en gardant le patient au centre des préoccupations, l'infirmière-chef est la plaque tournante d'une dynamique d'équipe pluridisciplinaire afin d'intégrer tous les changements institutionnels. Oui, elles sont encadrées par leur cadre infirmier supérieur, mais parfois il est bon de rencontrer une personne qui fait en quelque sorte un effet miroir et à qui on peut exprimer une difficulté sans craindre des répercussions dans une forme d'évaluation ou autre. Notre objectif est vraiment d'aider les infirmières chefs à retrouver un souffle par différentes méthodes. Et parmi celles-ci, trois formes de coaching ont été proposées. »



1 Les supervisions d'équipe

Dans cette forme de coaching, un expert, bien souvent psychologue du travail, rencontre une équipe de soins autour d'une problématique et autour de son infirmière/infirmier chef. L'équipe peut être élargie, multidisciplinaire, avec les médecins, les assistants sociaux, etc. pour recréer une dynamique d'équipe. Parfois l'origine peut être le cas de patients qui ont vraiment touché l'équipe, mais ce n'est que le point de départ des discussions. Chacun peut s'exprimer. Un superviseur veille au cadre. « Une dizaine d'équipes sont en supervision actuellement. La durée est d'environ 30 heures par tranches de 2 heures sur un suivi de plusieurs mois. Cela permet à une équipe de mûrir gentiment, d'être accompagné et vraiment de voir le changement arriver pour essayer de le pérenniser d'avantage. Et franchement j'ai vu des équipes faire du très bon chemin. »

2 Le coach extérieur

Envoyer des responsables infirmiers vers un coach extérieur: c'était du jamais vu. « Les premiers ont été « tabous ». J'ai dû réaliser cela « en toute discrétion » avec l'infirmier chef que je sentais en difficulté, car c'était vu comme une forme de faiblesse d'avoir besoin de quelqu'un d'extérieur pour bien faire son métier. Mais les premiers sont venus nous remercier après. Un témoignage devant les 80 à 90 infirmières/infirmiers chefs a peu à peu démystifié cette forme d'aide.

En tout cas suffisamment pour mettre sur pied un projet pilote avec un coaching intensif de 4 infirmières chefs. « Pour ce projet nous avons vraiment choisi des infirmières-chef qui vont devoir emmener leur équipe dans un changement difficile. L'objectif est d'analyser ce qui se passe au niveau du responsable et de son équipe. »

3 Le trajet de développement

Enfin, la troisième forme de coaching est pluridisciplinaire. « Des groupes d'une douzaine de personnes qui sont chefs d'équipe - pas seulement infirmier - rencontrent d'autres métiers qui gravitent dans notre institution, qu'ils soient issus du médical, de la logistique, de l'administration. Le but est de créer des moments d'inter-vision, ou de co-développement: autour d'un animateur des idées sur des problématiques sont échangées de telle manière à ce que l'ensemble du groupe puisse donner un éclairage différent à la problématique de la personne qui raconte. »

Une certaine solidarité est ainsi créée: l'équipe des responsables aide l'un d'entre eux à voir autrement, à avoir juste le recul nécessaire... De plus, l'engagement face à un groupe à passer à l'action est très motivante.

Jusqu'à présent les réactions sont positives. Des petits podcasts avec des témoignages sur les 3 formes de coaching ont été réalisés pour aider à convaincre ceux qui ne connaissent pas cette forme d'exercice. « J'espère avoir les moyens pour permettre à toutes les infirmières chef d'être accompagnées à tour de rôle dans les années à venir.

Je dirais subjectivement que le retour sur investissement est positif à court terme. Pour le long terme, c'est trop tôt pour le dire. »

Joëlle Durbecq
directrice du Département Infirmier
des Cliniques universitaires
St-Luc, à Bruxelles



Agenda

A l'étranger

13-15.05.2015 EWMA, Congrès européen de soins de plaies	Londres, Royaume Uni	http://www.ewma2015.org/
31.05-04.06.2015 6e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones 2015. « Défi des maladies chroniques : un appel à l'expertise infirmière »	Montréal, QC Canada	www.sidiief.org
19-23.06.2015 Conférence et CRN du CII. « Infirmières et citoyens du monde »	Séoul, République de Corée	www.icn2015.ch
04-05.09.2015 3rd International APN & ANP Congress : « Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice "To Be or not to Be" Development and Establishment of Advanced Practice Nursing in German speaking countries and internationally »	Munich, Allemagne	www.icn.ch/fr/details/143-3rd-international-apn-a-anp-congress.html
25-29.09.2015 WUWHS, Congrès mondial de soins de plaies	Florence, Italie	http://www.wuwhs2016.com/
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	www.anfide.com

En Belgique

06.01.2015 1er colloque pour tous les soignants et aides-soignants : « Vie affective, relationnelle, amoureuse et sexuelle de nos aînés. Un tabou dans le monde des soins ? »	Haute Ecole de Namur-Liège-Luxembourg Département Paramédical rue Louis Loiseau 39 5000 NAMUR tél. 081 46 85 93	http://www.hennalux.be
04.02.2015 Journée d'étude : « DI-RHM au CPSI : DI-RHM : du raisonnement clinique à l'exploitation des résultats »	CPSI 1200 Bruxelles.	www.fnib.be/actualites/380-4-fevrier-2015-journee-d-etude-di-rhm-au-cpsi-di-rhm-du-raisonnement-clinique-a-l-exploitation-des-resultats
25.02.2015 Matinée : « Demain je travaille ou je me spécialise... Je m'y prépare. »	Campus de la Haute Ecole de la Province de Namur (Rue Henri Blès, 188-190, 5000 Namur), pour les 300 étudiants de finalités des trois Hautes Ecoles partenaires HENALLUX, HEPN, HERS	http://www.ainl.be
17.03.2015 AFIU, 28ème réunion scientifique	La Marlagne/ Wépion	http://www.afiu.be
24.03.2015 Après-midi 13h30 – 17h30 : « Le cœur en Première ligne Actualités pour les infirmier(ère)s en soins généraux »	CHR Namur Avenue Albert 1er, 185 5000 Namur Espace Léonard de Vinci Étage -1	http://www.ainl.be
24.03.2015 « Congrès stomathérapie et soins de plaies à destination des infirmières et session spécifique pour aides-soignantes »	Charleroi	http://www.afiscep.be
22-24.04.2015 « Recyclage stomathérapie et soins de plaies pour les personnes ayant fait une formation reconnue d'au moins 150 h dans l'un des 2 domaines d'expertise »	Non communiqué	http://www.afiscep.be

Rubrique culinaire

Par ici, la bonne soupe...



SOUPE AUX OIGNONS ET À LA BIÈRE



Ingrédients pour 6 personnes :
1kg d'oignons doux (type Roscoff) - 1 grande bouteille de bière (type Leffe ambrée) - 2 l de bouillon de volaille - 8 càs. bombées de farine - 100 gr de beurre - 1 baguette coupée en tranches de 2 cm d'épaisseur. - 100 gr de gruyère râpé - Sel & poivre

En cuisine :

- > Eplucher les oignons et les émincer en rondelles en utilisant avec prudence une mandoline et bien les mélanger avec la farine.
- > Faire fondre le beurre dans une casserole et y verser les oignons « enfarinés ». Les faire blondir en les remuant afin qu'ils ne collent pas sur le fond.
- > Lorsqu'ils commencent à s'attendrir, recouvrir avec la bière et le bouillon et laisser cuire à feu doux en remuant de temps à autre. Si la soupe semble trop épaisse, ajouter un peu de bouillon.
- > Faire griller les tranches de baguette, les recouvrir de fromage râpé et les faire gratiner.
- > Rectifier l'assaisonnement et servir cette soupe avec les tranches de pain gratinées.
- > Bon appétit...

SOUPE DE POTIRON ET MARRONS AU FOIE GRAS



Ingrédients pour 6 personnes :
- 1 kg de potiron en cubes - 500 gr de marrons prêts à l'emploi en bocal - 1 oignon et 2 grosses pdt. - 3 l de bouillon de volaille - 6 escalopes de foie gras de canard cru passées dans la farine - 6 càs d'oignons frits (sachet) - 1 petite bouteille d'huile d'olive à la truffe blanche - Sel & poivre.

Aux fourneaux :

- > Verser dans une casserole les cubes de potiron, les marrons, l'oignon émincé et les cubes de pdt.
- > Recouvrir avec le bouillon et faire cuire à feu moyen.
- > Lorsque les ingrédients sont bien cuits, mixer le tout. Ce potage doit avoir une certaine consistance. S'il vous paraît trop liquide, le « p'tit truc » est de l'épaissir avec un peu de flocons de pdt. déshydratées et de remixer. Saler et poivrer.
- > Passer dans une poêle bien chaude, les escalopes de foie gras afin de les « croûter » légèrement. Rectifier l'assaisonnement.
- > Verser le potage dans une assiette, y déposer l'escalope au centre, saupoudrer le tout avec les oignons frits et verser en spirale un filet d'huile à la truffe.
- > Bonne dégustation...

POTAGE À LA PÉKINOISE



Ingrédients pour 6 personnes :
3 l de bouillon de volaille réalisé avec des ailes de poulet - 1 grande boîte de champignons émincés - 1 bocal de pousses de bambous - 2 càs. de champignons noirs chinois déshydratés - 1 càs. de sambal (pâte de piment) - 6 càs. de vinaigre de vin rouge - 6 càs. de sucre cristallisé - 6 càs. de féculé de pdt. délayée dans un fond de bouillon - 6 càs. de sauce soja - 1 œuf battu - 2 verts de cébette (oignon vert) émincés - Sel & poivre.

Aux fourneaux :

- > Décortiquer 12 ailes de poulet récupérées dans le bouillon et réserver.
- > Verser dans une casserole les champignons en boîte, les pousses de bambou, les champignons chinois écrasés (ils gonflent lorsqu'ils se réhydratent) et recouvrir avec le bouillon. Faire cuire à feu moyen.
- > A la fin de la cuisson, ajouter la viande de poulet, le sambal, le vinaigre, le sucre, la sauce soja et la féculé délayée qui va épaissir le potage.
- > Ajouter l'œuf battu en remuant le potage afin qu'il coagule en faisant des filets. Rectifier l'assaisonnement.
- > Verser le potage dans un bol et le parsemer avec les verts de cébettes.
- > Bon appétit...



Les conseils du père « Effainibet »

Avant tout permettez-moi de vous souhaiter une heureuse année 2015. Une bonne soupe en cette fin d'hiver, en voilà une idée « qu'elle est, sacrement, bonne ». Avec la soupe aux oignons et à la bière, nous boirons, bien évidemment, la même bière qu'utilisée pour la recette. Avec la soupe au potiron, partons sur un vin rouge de Loire élaboré avec du cabernet franc tel qu'un Bourgueil ou un Saumur Champigny. Pour le potage à la pékinoise, je vous propose un Gewurztraminer alsacien léger et très aromatique. Bon appétit et à votre santé...

Bulletin d'adhésion

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



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

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

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

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

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

La FNIB Nationale se charge de transmettre votre/vos adhésion(s) complémentaire(s) et de reverser la/les fraction(s) de cotisation(s) correspondante(s) aux autres groupements.

Attention : de ce fait, un versement unique du total est à effectuer.

€

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



Découvrez les avantages exclusifs de l'Employee Privilege Programme de Proximus!

10% de réduction
sur vos abonnements



Profitez maintenant de **10% de réduction** sur les abonnements Proximus, pour vous et les membres de votre famille!

- Une **réduction** mensuelle
- Un **système d'inscription** en ligne super simple
- Des **avantages** pour toute la famille
- Que vous soyez **nouveau client** ou **client existant** chez Proximus

Rendez-vous sur la rubrique avantage du site www.FNIB.eu où vous trouverez les informations relatives au programme EPP.



E.R. : Ariane Marchant, Belgacom SA de droit public, qui exerce ses activités sous le nom commercial Proximus, située Bd du Roi Albert II, 27, B-1030 Bruxelles, T.V.A. BE 0202.239.951

proximus