



AGORA

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

N°/Nr 22

Trimestriel : Janvier - Février - Mars 2016
Driemaandelijks: Januari - Februari - Maart 2016



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



Le département infirmier du CHU de Charleroi

Tous en chœur au cœur des soins

Le CHU de Charleroi est le plus important établissement hospitalier public de la Région Wallonne avec cinq sites hospitaliers intégrés : *L'Hôpital Civil Marie Curie (Lodelinsart), 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).*

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. Au 2^e semestre 2015, l'Hôpital de réadaptation Léonard de Vinci s'étoffera de deux nouvelles unités : LV13 offrira 25 lits de réadaptation et LV11 proposera 11 lits de soins palliatifs.



Travailler au CHU de Charleroi, c'est opter pour une philosophie humaniste de soins.

La demande humaniste repose sur trois valeurs fondamentales :

- le respect de la dignité et de la liberté de l'être humain
- la compétence
- la responsabilité professionnelle

Rejoignez-nous, pour qu'ensemble nous améliorions la santé de nos patients

Nous favoriserons votre développement personnel par :

- de nombreuses possibilités de formation
- l'utilisation de matériel de pointe
- une sécurité d'emploi
- des conditions de travail favorables
- un accueil personnalisé
- une prime de fin d'année
- la reprise des années d'ancienneté
- l'investissement dans des projets novateurs : la maison de naissance, la stroke unit...
- des avantages sociaux : abonnements transports en commun, repas au self du personnel
- l'Amicale du personnel (réductions dans certains magasins)
- la mise à disposition d'une crèche
- un service social pour le personnel
- un groupe « bien-être »
- un plan de carrière, de formation

Nos offres d'emploi

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

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

Vous avez envie de travailler « *Tous en chœur au cœur des soins* », merci de déposer votre candidature auprès de Ariane Grard, Directrice des Ressources Humaines, Espace Santé, Boulevard Zoé Drion 1, 6000 Charleroi.

Plus d'informations sur notre site internet :

www.chu-charleroi.be

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

Le CHU de Charleroi met l'accent sur :

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

AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Editio

Triste soirée, triste monde.

5

Rubrique internationale

Nurses and social media

6

Rubrique juridique

OMS : Lutte contre les infections

8

Visa électronique pour les infirmiers et les sages-femmes

à partir du 1er juillet 2015

9

Lignes directrices de l'EFN

10

Nos partenaires ...

Sans-abrisme : les réflexes de prévention en hiver

20

Portrait

Marie-Françoise Collière -1930-2005.

Une infirmière, une auteure, une historienne, une pédagogue,

une conceptrice des soins, et...une femme.

22

Nous avons lu pour vous ...

Hygiène hospitalière:

105 établissements du pays passés au crible

25

L'île où les hommes oublient de mourir

26

Également dans ce numéro :

Création d'un outil de standardisation de la grille horaire des

étudiants au sein du partenariat écoles-hôpital du CHU de Charleroi.

28

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

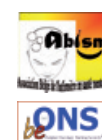
e-mail : paulmeyer@publiet.be - TVA : BE 0844 353 326

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



Fascinant.



compressions-for-lives.com

corpuls

Edito

Triste soirée, triste monde.



Ce vendredi 13 novembre 2015 , Paris ville lumière s'éteint.

Mais la planète alors s'illumine pour rendre hommage aux victimes à ces attentats sanglants ; Séoul, New-York, Prague, Lyon, Rome, Bruxelles, Tel Aviv, Palerme, etc habillent de tricolore leurs bâtiments et partout des fleurs, des rassemblements et minutes de silence.

Très souvent retentissent la Marseillaise ainsi que les cris d'indignation et de tristesse.

Malheureusement cette nuit de terreur est déjà la tantième réplique de sauvagerie de cette année 2015 qu'elle soit en France , chez nous ou ailleurs dans ce monde au nom d'une religion et d'une intolérance.

Les associations musulmanes de France et de Belgique dénoncent en force ces attentats, leur barbarie, cet « extrémisme violent ».Elles dénoncent cet « Islam » que Daesch véhicule, ce n'est pas leur religion.

« Le vivre-ensemble pluraliste européen est fondé sur les valeurs universelles telles que les droits de l'homme (et de la femme), la liberté, l'égalité, la fraternité et la diversité (religieuse).Celles-ci s'affirment parfois moins fortement et les extrémistes utilisent cela comme une occasion pour répandre la peur, la polarisation et la haine. » relèvent les organisations musulmanes de Belgique.

« En tant qu'associations, nous disons NON au message des terroristes, NON à la polémique et NON à ceux qui exploitent le climat de la peur. Nous allons continuer à nous inscrire dans ce modèle social de vivre-ensemble, continuer à adhérer aux valeurs

fondamentales humanistes de l'Islam et tendre la main à tous ceux qui nous rejoignent pour former une barrière contre ce sectarisme » écrivent-elles.

Chagrin et colère sont les deux sentiments exprimés par tous et tous les peuples.

Partout, au travers des réseaux sociaux fleurissent des messages de réconfort et de volonté de croire dans la démocratie et dans l'Humain et se propagent .

Une vidéo qui a fait le buzz sur ces vecteurs d'information est celle du petit garçon qui face au micro dit : « les méchants c'est des méchants » et son papa de lui expliquer que toutes les fleurs et les bougies sont des armes contre celles des méchants.

Notre devoir est de sauver l'être humain et l'humain qui est en nous.

Soyons des vecteurs de cette tolérance, de cette humanité ; véhiculons la bonté et étudions les cultures de tous pour les comprendre et les accepter.

Notre arme contre ces barbares est l'instruction, la connaissance de notre histoire et de celle des autres peuples, notre tolérance.

Bref , NOTRE Humanisme.

Alda **Dalla Valle**

Présidente FNIB.



Nurses and social media

ICN position:

The International Council of Nurses (ICN) believes that social media can be a powerful tool for rapidly communicating, educating and influencing and has a significant potential to strengthen the nursing profession. ICN supports the use of social media by nurses to stay abreast of recent health care developments, to enrich practice and to dialogue with the professional community and the public.

ICN recognises the benefits of using social media for health promotion and illness prevention and to promote health programmes and services. Social media, when used appropriately, can increase access to timely and credible health information and provides healthcare consumers and providers with tools by which they can share this information with a large audience. It can also be used as a mechanism for sharing the contributions of nursing with the public and to strengthen the image of nursing globally.

Although social media has much to offer, it is important that nurses understand their professional responsibilities regarding its use¹. Nurses need to be aware of and understand the benefits and risks of its use both inside and outside the workplace. ICN calls on nurses, health care provider organisations, educational institutions, professional associations and regulators to consider and address the professional, ethical, regulatory and legal issues associated with the use of social media.

ICN believes that: Nurses need to:

- Educate themselves about both the opportunities in the use of social media in relation to enhancing knowledge, informing practice and health care teaching and also the risks related to its use.
- Adhere to legal, regulatory, institutional and/or organisational standards, guidelines, policies and codes of conduct with respect to the use of social media and apply these codes, standards, guidelines and policies equally to online activities as they do in other activities.
- Ensure they have the required competencies, are practicing within their scope of practice, and are legally authorised to do so if providing health information, advice or services through social media.
- Be aware of the quality and reliability of information online and recognise how this information affects patients’ health and illness experiences.
- Inform and educate patients regarding both the opportunities and risks related to social media in the context of their health.

- Keep personal and professional use of social media separate and refrain from using social media for personal use while at work.
- Maintain patient privacy and confidentiality at all times and not discuss issues related to their workplace online or post any information relating to patients or their families.
- Formally seek approval if they are going to record or archive interactions with patients and be aware of the legal position in terms of access to such material in conduct cases or when there are legal proceedings.
- Respect the boundaries of the therapeutic nurse-patient relationship and not connect with or accept patients or former patients as electronic ‘friends’ on personal social media sites due to the risk of breaching therapeutic relationships.
- Refrain from posting defamatory or offensive comments about employers, educational institutions, colleagues or patients and be aware that an unnamed patient or person may be identifiable from posted information.
- Report identified breaches of privacy or confidentiality.
- Be aware of and use privacy settings in order to maintain control of access to personal information.
- Be aware of copyright restrictions and the risks to breaching copyright when posting information online.
- Be aware of the rapidity of communication through social media outlets and the possibility of instant reposts or retweets and therefore the importance of being thoughtful of what is being communicated before posting.
- Recognise that everything posted online is public and permanent, even if deleted and that using pseudonyms does not provide anonymity.
- Be aware of the image they are portraying when posting content even when not work related and help reinforce a positive global image of nursing.

Healthcare Provider Organisations and Educational Institutions should:

- Integrate key points regarding the use of social media in undergraduate, graduate and continuing education programmes and in contracts of employment and confidentiality agreements.

Educate students and nurses in the appropriate ethical and responsible application of social media in practice and develop and disseminate proactive policies and guidelines for the use of social media.

- Link social media policies to existing policies relating to privacy and confidentiality.

- Promote the use of appropriate social media platforms that inform practice, improve the quality of care and patient safety and provide mechanisms for nurses to access approved social media in workplace.
- Have in place clear controls relating to non-approved websites.
- Explicitly identify if digital records and transcripts are to be electronically retained and if so the rights of parties to access these.

Professional Associations and Regulatory Authorities should:

- Raise awareness of the power of social media and highlight both its benefits and risks if not used appropriately.
- Develop and widely disseminate clear social media standards, policies, guidelines and resources and provide guidance to nurses regarding their application in practice.
- Integrate these social media standards, policies and guidelines in organisational practices related to social media usage.

Background

‘Social media’ describes the online and mobile tools that people use to share opinions, information, experiences, images and video or audio clips and includes websites and applications used for social networking. Common sources of social media include, but are not limited to, social networking sites such as Facebook and LinkedIn, blogs (personal, professional and those published anonymously), and microblogs such as Twitter, content-sharing websites such as YouTube and Instagram, and discussion forums and message boards². Social media continues to rapidly advance as a mechanism for communication, is being embraced globally and is popular among healthcare professions, including nursing.

Social media has benefits for healthcare providers and consumers alike. When used appropriately, it fosters professional relationships through online communities of practice where information is shared and discussed and can inform and correct misinformation in disaster and emergency situations. It also represents an opportunity to promote healthy attitudes and behaviours. Individuals who have similar health concerns can form virtual communities through which they can connect, interact and share experiences thus creating a sense of empowerment and reducing isolation.

While there are benefits to the use of social media both by the general public and nurses, there are also risks. Areas where social media has been inappropriately used by healthcare professionals, in addition to breaches of privacy, include bullying of colleagues and peers, online criticism of colleagues or em-

ployers, and unprofessional behaviour that may be in breach of codes of conduct. These actions can have a profoundly negative impact on nurses, patients, colleagues, educational institutions, employers and the nursing profession and have resulted in nurses being involved in disciplinary and criminal proceedings. As a result, educational institutions, healthcare employers, professional associations and regulatory authorities are increasingly developing standards, policies and guidelines regarding the use of social media.

It is essential that these documents are regularly updated, incorporate all generations of providers in their update and keep pace with socio-technical advances and educational, employment, regulatory and legal decisions that are made regarding social media use.

The continuously expanding use of social media provides unprecedented opportunities for rapid and wide-reaching communication and information sharing and it is essential that nursing and healthcare communities capitalise on and safely harness the power of social media for global outreach.

Related ICN Positions:

- Health information: protecting patient rights (2008)
- Informed patients (2008)
- The right to connect via information and communication technology (2014)

ICN Publications

The International Council of Nurses is a federation of more than 130 national nurses associations representing the millions of nurses worldwide. Operated by nurses and leading nursing internationally, ICN works to ensure quality nursing care for all and sound health policies globally.

1 Barry, J., Hardiker, N., (September 30, 2012) "Advancing Nursing Practice Through Social Media: A Global Perspective" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 17, No. 3, Manuscript 5.

2 Australian Health Practitioner Regulation Agency (2014). Social Media Policy. Accessed 18 June 2014 at www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies/Social-media-policy.aspx



AIDE-MÉMOIRE

Prévenir et éliminer les infections dans un service de santé

Les infections liées aux soins de santé sont cause de décès, d’incapacités et de surcoûts médicaux. L’adoption de nouvelles technologies, en l’absence d’ infrastructures permettant de les utiliser en toute sécurité, peut avoir des conséquences néfastes. La prévention et l’élimination des infections, pour assurer un traitement optimal aux malades, incombent aux pouvoirs publics chargés de dispenser des services de santé de qualité, efficaces et rationnels. Cette tâche requiert une collaboration avec les secteurs public et privé. Les services de soins doivent appliquer une politique de prévention et d’élimination des infections approuvées par les responsables institutionnels. Une politique de prévention et d’élimination des infections au niveau des services de soins repose sur les éléments suivants :

- Gestion ;
- Information, éducation et communication (IEC) ;
- Disponibilité en permanence de matériel et de fournitures essentielles ;
- Surveillance.

Des exemples de mesures de prévention et d’élimination des infections sont donnés au verso. De plus, certaines activités peuvent également être incluses :

- Protection des agents de santé ;
- Protocoles relatifs à l’isolement pour certaines maladies infectieuses (tuberculose, SRAS, par ex.) et certains services à haut risque (dialyse, par ex.) ;
- Usage rationnel des antimicrobiens ;
- Utilisation sûre et appropriée des injections et perfusions ;
- Utilisation sûre et appropriée du sang et des produits sanguins ;
- Propreté des hôpitaux.

Conseils

- Procéder à une évaluation initiale
- Établir un comité de prévention et d’élimination des infections coordonné par le responsable chargé de la prévention et de l’élimination des infections
- Formuler un plan d’action avec calcul des coûts, budget et financement
- Élaborer une stratégie IEC pour les agents de santé et renforcer l’encadrement
- Assurer la disponibilité en permanence de fournitures et de matériel pour la prise en charge des soins aux malades
- Surveillance
- Confirmer l’efficacité des interventions par un suivi, l’apport de données et la mesure de leur impact

Principales mesures de prévention et d'élimination des infections pour les services de soins

Interventions particulières	Groupes cibles	Fourniture et matériel requis *	Indicateurs de processus essentiels pour la surveillance
Propreté des mains	Tous les agents de santé † Visiteurs Malades	Eau courante propre Savon (de préférence sur support fixe) Lavabos ou cuvettes Serviettes Solutions alcoolisées	Proportion du personnel observé en train de se laver les mains avant de s'occuper des malades
Matériel de protection personnelle	Tous les agents de santé †	Gants Blouses	Proportion du personnel observé en train de porter des gants avant une exposition possible à du sang ou des liquides organiques
Précautions en cas d'isolement	Infirmières Médecins Aides-soignants Autres	Gants Blouses Masques Lunettes	Durée moyenne entre l'admission et l'isolement des malades atteints de tuberculose
Techniques d'asepsie	Infirmières Médecins Techniciens de laboratoire Chirurgiens dentistes	Antiseptiques Gants stériles Matériel et instruments stériles Dispositifs physiques de protection stériles	Proportion des perfusions posées conformément aux règles d'asepsie
Nettoyage et désinfection	Infirmières Aides-soignants Personnel administratif Personnel de laboratoire	Nettoyants liquides Matériel de nettoyage Désinfectant	Proportion des salles correctement désinfectées après la sortie des malades
Stérilisation	Personnel chargé de la stérilisation Infirmières Techniciens de laboratoire Chirurgiens dentistes	Autoclaves et stérilisateurs à vapeur Indicateurs de stérilisation Produits chimiques	Proportion du matériel stérilisé muni d'indicateurs de stérilisation
Élimination des déchets	Tous les agents de santé † Personnel manipulant des déchets Logisticiens	Réceptacles pour objets piquants et tranchants et autres collecteurs Espace de stockage et conteneur pour stockage provisoire Options d'élimination définitive Matériel de protection personnelle pour les personnes manipulant des déchets	Présence de déchets médico-sanitaires à proximité du service de soins
Protocole d'utilisation des antibiotiques	Médecins	Listes d'antibiotiques essentiels	Proportion des ordonnances incluant un antibiotique
Vaccination et mesures à prendre en cas d'exposition	Tous les agents de santé †	Vaccin contre l'hépatite B et autres vaccins appropriés	Infirmières, médecins et techniciens de laboratoire ayant reçu trois doses de vaccin contre l'hépatite B

* Indicateur clef : Proportion de fournitures essentielles en stock.
† Personnel infirmier, médecins, dentistes, personnel de laboratoire, personnel administratif, personnel chargé de l'élimination des déchets, personnel de la morgue.

Liste de contrôle

Gestion

- ☐ Politique de prévention et d'élimination des infections avec comité et administrateur
- ☐ Évaluation initiale de la lutte contre les infections
- ☐ Attribution des responsabilités
- ☐ Choix des techniques appropriés
- ☐ Calcul des coûts, budget et financement
- ☐ Normes de qualité
- ☐ Suivi et encadrement
- ☐ Évaluation des résultats

Information, éducation et communication (IEC)

- ☐ Adoption des bonnes pratiques
- ☐ Précautions d'usage
- ☐ Formation au cours des études
- ☐ Formation continue dans le cadre de l'activité professionnel

Matériel et fournitures

- ☐ Établissement d'une liste de matériel et fournitures essentiels pour la lutte contre les infections
- ☐ Prévision des besoins
- ☐ Calcul des coûts, budget et financement
- ☐ Achats

- ☐ Contrôle de l'inventaire et gestion des stocks
- ☐ Entretien
- Surveillance**
- ☐ Surveillance
- ☐ Information en retour
- ☐ Enquête sur les épidémies
- ☐ Évaluation basée sur des indicateurs:
- ☐ de structure
- ☐ de processus (les pratiques)
- ☐ de résultat (fréquence des infections)

Visa électronique pour les infirmiers et les sages-femmes à partir du 1er juillet 2015

Depuis le 1er juillet, les infirmiers et les sages-femmes diplômés peuvent demander leur visa au moyen d’un formulaire électronique. Dorénavant, il n’est plus nécessaire de passer devant les Commissions médicales provinciales(CMP). La procédure est la suivante :

1. Pour les infirmiers et sages-femmes nouvellement diplômés :

- => **Vous avez une carte d’identité belge :**
- Ouvrez le formulaire de demande électronique

- Connectez-vous au moyen de votre carte d’identité électronique

- Sélectionnez la profession pour laquelle vous souhaitez obtenir un visa (infirmier ou sage-femme)

- Joignez un scan de votre diplôme ou de votre attestation d’étude.

- => **Vous n’avez pas de carte d’identité belge :**
- Ouvrez le formulaire de demande électronique

- Joignez un scan de votre diplôme ou de votre attestation d’étude

- Joignez également un scan de votre carte d’identité.

Dès que vos données auront été traitées, le visa vous sera envoyé à votre adresse de domicile officielle.

2. Pour les infirmiers et sages-femmes en possession d’un ancien visa :

- => **Vous avez déjà un visa définitif :**
- Vous ne devez rien faire. Votre visa vous permet d’exercer votre profession quel que soit le lieu. Aucun nouveau visa “national” ne vous sera envoyé et vous ne devez pas en faire la demande, même si votre lieu de travail change.

- => **Vous avez un visa temporaire :**
- Dès que vous avez votre diplôme, vous pouvez introduire la demande de visa définitif après le 1er juillet 2015 au moyen du formulaire électronique.
- Plus d’informations :

Contact Center:
+32 (0)2 524.97.97 ou via info@sante.belgique.be

Lignes directrices de l'EFN

pour la mise en oeuvre de l'Article 31 de la Directive 2005/36/CE relative à la Reconnaissance Mutuelle des Qualifications Professionnelles modifiée par la Directive 2013/55/UE Cadre de Compétences de l'EFN

Approuvé en Assemblée Générale, Avril 2015, Bruxelles

1. Contexte politique

Une version modifiée de la Directive relative aux qualifications professionnelles, incluant 8 compétences dans la partie principale de la directive (article 31), a été adoptée fin 2013. Celles-ci sont obligatoires et les Etats Membres devront veiller à leur mise en oeuvre avant la date limite (18 janvier 2016). La Commission est aussi compétente en ce qui concerne l'actualisation de l'Annexe V de la Directive par un acte délégué.

Il a donc été demandé au groupe de travail de l'EFN sur les Compétences:

1. D'analyser le Cadre de Compétences de l'EFN, son lien avec les compétences incluses dans l'article 31 et de développer des lignes directrices pour la mise en oeuvre de l'article 31 dans les programmes nationaux de formation des infirmiers et de faire une proposition à l'Assemblée Générale visant à actualiser l'Annexe V (Compétences et contenu);
2. D'examiner avec quelles parties prenantes l'EFN et ses associations membres doivent coopérer afin de développer un cadre permettant une meilleure mise en oeuvre de la directive et être en conformité avec celle-ci;
3. D'identifier toute question contextuelle plus générale qui pourrait permettre ou empêcher la mise en oeuvre des compétences dans les programmes nationaux de formation des infirmiers;

Le groupe de travail (GT) a parachevé la première tâche et a abordé la question des parties prenantes et des questions contextuelles plus générales, y compris la nécessité d'avoir des moyens concertés permettant de vérifier si les compétences sont à jour et de renforcer les capacités, en particulier dans les écoles d'infirmières.

Le présent document présente les lignes directrices de l'EFN pour la mise en oeuvre de l'article 31 dans les programmes nationaux de formation des infirmiers.

GT de l'EFN sur les Compétences – Président: Prof Maximo Gonzalez Jurado Comité 'Profession' de l'EFN – Présidente: Mme Herdis Gunnarsdóttir

2. Historique du document

La modernisation de la directive 2005/36/CE a débuté par une consultation publique de l'UE (mars 2011) qui a mis l'accent sur les défis du processus de reconnaissance et la nécessité d'actualiser les exigences en matière d'éducation des professions couvertes par les systèmes automatiques, et ainsi prendre en compte les avancements des professions concernées par les exigences en matière d'éducation.

Il est clair que le contenu de la formation des infirmiers tel que décrit dans l'Annexe V de la directive devait être mis à jour pour refléter les progrès en matière de soins infirmiers tels que les soins de santé orientés vers la prévention, les soins à long terme, en collectivité, l'e-santé & le développement des TIC, la sécurité du patient, la recherche et la pratique basée sur des données probantes, etc.

Au cours de ce processus de modernisation, la négociation de la proposition de la Commission auprès du Parlement Européen et du Conseil a renforcé les exigences en matière de formation des infirmiers et l'ajout de 8 compétences. L'EFN a été très impliqué dans l'élaboration de ces compétences, notamment par le contact quotidien avec le chef d'unité de la CE en charge de la négociation, M. Jürgen Tiedje. Pour ces préparations, les membres de l'EFN ont élaboré et ratifié un Cadre de Compétences de l'EFN (approuvé en Avril 2012)¹ utilisé pendant les négociations et présenté au Parlement, au Conseil, à la Commission et aux parties prenantes lors d'une table ronde sur la formation des infirmiers organisée par l'EFN au Parlement Européen en octobre 2012.

Une fois la directive modernisée approuvée, l'objectif principal de l'EFN a été de garantir que toutes ces modifications soient transposées dans la législation nationale de chaque Etat Membre. L'actualisation de l'Annexe V est alors devenu la nouvelle priorité dans ce domaine et les membres de l'EFN ont créés un nouveau groupe de travail sur les Compétences (Président: Maximo Gonzalez Jurado; Vice-Présidente: Herdis Gunnarsdóttir; Membres: Branka Rimac, Carol Hall, Birgitta Wedahl, Bruno Gomes, Miklós Bugarszky et Yves Mengal). Le groupe s'est réuni pour la première fois lors de l'Assemblée Générale du 10-11 avril 2014, à Bruxelles, et a analysé les compétences incluses dans l'article 31 en tenant compte du Cadre de Compétences de l'EFN.

Cette analyse a mis en évidence de nombreux points communs et a permis d'entamer l'élaboration de la proposition de Cadre de Compétences de l'EFN en tant que ligne directrice visant à faciliter la mise en oeuvre des modifications apportées à la directive dans les programmes nationaux de formation des infirmiers. Ce document se base sur le travail déjà effectué et va plus loin en établissant un lien logique qui permet de relier les compétences à la liste de points relatifs à la formation des infirmiers et aux acquis d'apprentissage escomptés.

3. Compétences incluses dans la Directive 2013/55/UE

La directive ainsi modernisée inclut 8 compétences dans l'article 31 (paragraphe 7) qui définissent les exigences minimales pour les infirmiers responsables de soins généraux. Le paragraphe 6 est mentionné dans la liste des compétences et est proposé ci-dessous pour information.

>> Suite page 12

Passionnés dites-vous? Il le faut pour faire ce travail...

L'activité de la société Sud Assistance est d'organiser et exécuter, à la demande des hôpitaux et des compagnies assurances-voyages, des transferts de patients en Belgique et à travers le monde. « Pour ce faire, nous mettons à disposition des équipes médicales de tout ordre, jusqu'au plus pointues, pour des missions que nous organisons dans les plus petits détails », explique Monsieur Gérard Mathieu, fondateur et Directeur de Sud Assistance.

Une équipe composée d'environ une soixantaine de personnes sont actifs, pour assurer en permanence, le fonctionnement de cette plateforme. Généralement, le profil des personnes employées, sont essentiellement des infirmiers, mais aussi des médecins spécialistes. De plus, des ambulanciers, un logisticien et son adjoint, viennent renforcer cette équipe. Par ailleurs, une permanence 24h sur 24, est assurée par un pool de gestion. « Nous avons généralement une infirmière de garde toute la journée pour faire la régulation, vérifier l'aspect médical des appels, et composer une trousse médicale en fonction de la mission en partance. Elle peut si cela s'avère nécessaire, assurer un transport interhospitalier aigu. De façon générale, une équipe tournante est assurée en permanence, afin que tout le monde puisse faire un peu de régulation et partir pour une mission. »

Que du personnel spécialisé

« L'ensemble de notre personnel médical a obligatoirement conserve une activité hospitalière aiguë. Tous les infirmiers sont des infirmiers titrés SISU (soins intensifs et soins d'urgence). Tous, travaillent au moins à mi-temps, dans un service de soins intensifs, d'urgence ou de SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation). Pour les médecins, même chose: ils sont généralement salariés dans un hôpital, en tant qu'anesthésiste, réanimateur, cardiologue... ou dans les services d'urgences d'un hôpital, dans un SMUR », précise Gérard Mathieu. De cette façon il est assuré d'avoir toujours du personnel spécialisé à sa disposition pour les missions.

L'équipe médicale est complétée par des équipes de transport en taxi et en VSL (véhicule sanitaire léger) permettant d'envoyer tous les prestataires vers les aéroports partout en Europe pour les départs des vols ou pour les accueillir lors des retours.

Pour le transport des patients, il y a des ambulances simples et super équipées.

Trouver des solutions

Le staff d'une compagnie d'assurance transmet à Sud Assistance les informations relatives à un patient, le lieu où il se trouve, et la pathologie dont il est atteint. Sud Assistance, se charge aussitôt, d'organiser le retour en Belgique. « Il y a deux solutions: soit nous organisons tout nous même, soit cela se fait en partenariat avec l'assureur-voyage. En fonction des besoins, un timing précis est établi, par exemple déterminer de façon précise, le temps qu'il faut pour ramener le patient, et établir un routing, c'est-à-dire s'assurer de l'organisation complète du voyage (ou et comment voyager). Des contacts médicaux sont pris avec les hôpitaux à l'étranger pour savoir ce qui est possible d'être réalisé, et ce qui ne l'est pas. On essaie de trouver des vols en avion pour essayer de ramener les gens de manière la plus directe possible, toujours



publireportage

en fonction du cahier de charges de l'assureur demandeur. Notre savoir-faire nous permet de connaître les filières pour ramener des patients des quatre coins du monde avec efficacité,... Parfois la vie des gens est en danger, et la bonne exécution d'une mission d'un bout à l'autre est nécessaire, même si on utilise toute sorte de moyens de transport. En fonction des besoins, il faut trouver des solutions. »

Avec l'aide du serveur

La pièce maîtresse de l'entreprise est le serveur informatique dans lequel chaque travailleur indique lui-même ses disponibilités, qui peuvent ensuite être consultées en temps réel par l'organisateur d'une mission. La première répondante prend l'appel téléphonique, compile les informations et les transmet au serveur. Pour des dossiers très lourds une petite cellule est vite mise en place. En fonction de ses qualifications, des langues qu'elle parle et de sa disponibilité, la meilleure personne pour partir pour la mission est choisie. Le serveur génère les bordereaux de commande, les feuilles de route, ... Parfois ils travaillent trois jours sur un dossier avec des cas compliqués ou dans des pays en guerre.

Un défi quotidien

« Le statut des infirmiers et des médecins qui travaillent chez nous est un statut d'indépendant à titre complémentaire. C'est un plus de bien parler l'anglais, le néerlandais, et des langues plus exotiques. Mais parfois même cela n'aide pas et il faut se débrouiller pour être compris. De plus, il faut savoir se prendre en charge soi-même. Un infirmier qui travaille pour nous peut faire valoir son art infirmier, ses connaissances, il travaille dans une certaine autonomie. Mais il n'est jamais laissé à lui-même, il a un cadre dans lequel il doit travailler. Au delà, nous trouvons ensemble des solutions adaptées au cas qui se présente. De plus, partir permet de sédentariser les infirmiers: au retour, ils ont muri, évolué, et retrouvent leur place dans l'équipe hospitalière. Il y a deux sortes d'infirmiers: ceux qui sont mordus et ceux qui ne restent pas. Passionnant résume bien notre état d'esprit. Il n'y a pas de routine. »

Pour tous renseignements : 084/22.22.26.,
info@sudassistance.be et www.sudassistance.be.



¹ Le Cadre de Compétences de l'EFN a été développé en tenant compte des documents du CII, OMS, projet Tunning, etc. sur les compétences des infirmiers. Une attention toute particulière a été apportée au travail réalisé par le Dr Mercedes Gomez Del Pulgar sur le développement des compétences des infirmiers.

6. La formation d’infirmier responsable de soins généraux donne la garantie que l’intéressé a acquis les connaissances et les compétences suivantes:
- (a) connaissance adéquate des sciences qui sont à la base des soins généraux, y compris une connaissance suffisante de l’organisme, des fonctions physiologiques et du comportement des personnes en bonne santé et des personnes malades, ainsi que des relations existant entre l’état de santé et l’environnement physique et social de l’être humain;
 - (b) connaissance adéquate de la nature et de l’éthique de la profession et des principes généraux concernant la santé et les soins;
 - (c) expérience clinique adéquate; celle-ci, qu’il convient de choisir pour sa valeur formatrice, doit être acquise sous le contrôle d’un personnel infirmier qualifié, et dans des lieux où l’importance du personnel qualifié et l’équipement sont appropriés aux soins infirmiers à dispenser au malade;
 - (d) capacité de participer à la formation pratique du personnel sanitaire et expérience de la collaboration avec ce personnel;
 - (e) expérience de la collaboration avec d’autres professionnels du secteur sanitaire.
7. Les titres de formation d’infirmier responsable de soins généraux attestent que le professionnel concerné est au moins en mesure d’appliquer les compétences suivantes, indépendamment du fait que la formation se soit déroulée dans une université, un établissement d’enseignement supérieur de niveau reconnu comme équivalent, une école professionnelle d’infirmiers ou dans le cadre d’un programme de formation professionnelle en soins infirmiers:
- A. la compétence de diagnostiquer de façon indépendante les soins infirmiers requis, sur la base des connaissances théoriques et cliniques en usage, et de planifier, d’organiser et d’administrer les soins infirmiers aux patients, sur la base des connaissances et des aptitudes acquises conformément au paragraphe 6, points a), b) et c), afin d’améliorer la pratique professionnelle;
 - B. la compétence de collaborer de manière effective avec d’autres acteurs du secteur de la santé, ce qui inclut la participation à la formation pratique du personnel de santé, sur la base des connaissances et des aptitudes acquises conformément au paragraphe 6, points d) et e);
 - C. la compétence de responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu’ils adoptent un mode de vie sain et qu’ils se prennent en charge, sur la base des connaissances et des aptitudes acquises conformément au paragraphe 6, points a) et b);
 - D. la compétence d’engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et d’appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe;
 - E. la compétence d’apporter de façon indépendante des conseils, des indications et un soutien aux personnes nécessitant des soins et à leurs proches;
 - F. la compétence d’assurer, de façon indépendante, la qualité des soins infirmiers et leur évaluation;
 - G. la compétence d’assurer une communication professionnelle complète et de coopérer avec les membres d’autres professions du secteur de la santé;
 - H. la compétence d’analyser la qualité des soins afin d’améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu’infirmier responsable de soins généraux.

4. Approche du modèle de compétences

Le terme « compétence » peut se définir de plusieurs manières, bien qu’il y ait certains aspects communs à toutes ces définitions: connaissance, aptitudes, comportements et valeurs. Il est, par ailleurs, intéres-

sant d’y inclure le concept de « transfert », c’est-à-dire, la mobilisation de ces éléments afin de pouvoir les utiliser dans un contexte bien précis et de fournir la meilleure réponse possible en utilisant les ressources disponibles, et ainsi définir une « compétence » en tant que « intersection entre la connaissance, les aptitudes, le comportement et les valeurs, ainsi que la mobilisation de ces éléments afin de les transférer dans un contexte bien précis ou situation réelle, et d’offrir la meilleure action/solution possible pour résoudre les différentes situations et problèmes qui peuvent survenir à tout moment, en utilisant les ressources disponibles ». (Gómez del Pulgar, M, 2011)

Les différentes compétences incluses dans la directive 2013/55/EU et dans le Cadre de Compétences de l’EFN sont détaillées dans les sections suivantes, permettant ainsi d’établir un lien entre elles, de les regrouper et d’avoir une description plus détaillée sur les acquis d’apprentissage de chacune, ce qui permettra d’établir le niveau minimal de compétences.

5. Lien entre les compétences de la Directive 2013/55/UE et celles du Cadre de Compétences de l’EFN

Faire le lien entre les 8 compétences telles que définies dans l’article 31 de la directive 2013/55/UE avec la liste de sujets pour la formation des infirmiers tels qu’établis dans l’Annexe V, implique de la logique et un processus de réflexion par étapes. Ce processus commence par les 8 compétences, suivit par l’identification des domaines de compétences connexes, et la répartition des aptitudes d’après le domaine de compétences, qui décrit les attentes vis-à-vis des compétences et de l’éducation qui doit être prise en compte dans le programme de formation. Il se termine par une liste des acquis d’apprentissage escomptés qui prouveront l’acquisition de ces compétences.

- Le point de départ est le lien entre les 8 compétences de l’article 31 de la Directive 2013/55/UE (de A à H) et le Cadre de Compétences de l’EFN, qui inclus les rubriques suivantes:
- DC. 1: Culture, éthique et valeurs
 - DC. 2: Promotion de la santé et prévention, encadrement et pédagogie
 - DC. 3: Prise de décision
 - DC. 4: Communication et travail en équipe
 - DC. 5: Recherche, développement et leadership
 - DC. 6: Soins Infirmiers

Ces compétences clés contiennent des sous-compétences, qui doivent mener à des acquis d’apprentissage développés par le contenu du programme d’éducation et de formation, qui permettra de les évaluer.

- En ce qui concerne la compétence N.6 de l’EFN: ‘Soins Infirmiers’, quatre autres sous-groupes sont proposés pour que les soins infirmiers soient organisés en tenant compte d’un processus de soins logique.
- DC. 6.1. - Evaluation et diagnostic
 - DC. 6.2. - Planification des soins
 - DC. 6.3. - Intervention infirmière
 - DC. 6.4. - Evaluation et contrôle de la qualité

Les liens sont repris dans le [tableau 1]

Répartition des domaines de compétences suivant le Cadre deCompétences de l’EFN

Afin d’obtenir une liste de sujets, il est nécessaire de répartir les compétences d’après des domaines clés et de les décrire plus en détail en tenant compte des cadres de compétences existants (Cadre de Compétences de l’EFN). Cet exercice nous apporte une vision claire des compétences et la liste des sujets connexes, et permet de développer les acquis d’apprentissage

DC. 1: Culture, éthique et valeurs

- Promouvoir et respecter les droits de l'homme et la diversité en tenant compte des besoins physiques, psychologiques, spirituels et sociaux des personnes autonomes, de leurs opinions, croyances, valeurs et culture, et des codes nationaux et internationaux, ainsi que les implications éthiques de la prestation de soins de santé; assurer leur droit à la vie privée et respecter la confidentialité des informations en matière de soins de santé.
- Assumer la responsabilité de l’apprentissage tout au long de la vie et du développement professionnel continu.
- Accepter la responsabilité de ses activités professionnelles et reconnaître ses limites en matière de pratique et de compétences.

DC.2. Promotion de la santé et prévention, encadrement et pédagogie

- Promouvoir des modes de vie sains, des mesures préventives et l’automédication par la responsabilisation, la promotion de la santé, l’amélioration des comportements et le respect du traitement ;
- Protéger de manière indépendante la santé et le bien-être des individus, familles ou groupes pris en charge, garantir leur sécurité et promouvoir leur autonomie ;
- Intégrer, promouvoir et mettre en pratique les connaissances théoriques, méthodologiques et pratiques. Cela permet de promouvoir et de développer les soins infirmiers en matière de soins à long terme, de comorbidité et dans des cas de dépendence de permettre à la personne de garder son autonomie et son lien avec l’environnement, tout au long de son processus de soins/maladie.

DC.3. Prise de décision

- Appliquer sa capacité de pensée critique et une approche systématique permettant de résoudre les problèmes, et la prise de décision infirmière dans le contexte professionnel et de la prestation des soins.
- Agir, après avoir identifié et analysé le(s) problème(s), ce qui permettra de trouver plus facilement la solution la plus adaptée au patient, à la famille et à la collectivité, d’atteindre les objectifs, d’améliorer les résultats et de maintenir la qualité de leur travail.

DC.4. Communication et travail en équipe

- Pouvoir communiquer et interagir facilement, et travailler efficacement avec les collègues et le personnel interprofessionnel, et au niveau thérapeutique avec les personnes, les familles et les groupes.
- Déléguer des activités à d’autres, en tenant compte des aptitudes, du niveau de préparation, des compétences et de la portée juridique de leur pratique.
- Utiliser de manière indépendante des dossiers de santé électroniques utilisés dans l’évaluation, le diagnostic, les interventions et les résultats des soins de santé, sur base de systèmes de classification comparables et de taxonomie en soins infirmiers.
- Obtenir, utiliser et partager l’information de manière indépendante avec le patient, les professionnels de la santé, auprès des établissements de soins de santé et de la collectivité.
- Coordonner de manière indépendante les soins aux groupes de patients et travailler de façon interdisciplinaire vers un objectif commun, celui de garantir la qualité des soins et la sécurité du patient.

DC.5. Recherche, développement et leadership

- Mettre en oeuvre les découvertes scientifiques pour une pratique fondée sur des données probantes.
- Tenir compte des principes d’équité et de viabilité en matière de soins, et s’efforcer d’utiliser les ressources de manière rationnelle.
- Adapter les styles et approches en matière de leadership aux différentes situations en ce qui concerne les soins infirmiers, la pratique clinique et les soins de santé.

[tableau 1]

Matrice relative aux liens existants entre les compétences de l’Article 31 et les principaux domaines de compétences (par rapport au Cadre de Compétences de l’EFN)

Directive 2013/55/UE	Domaines de Compétences (DC) Cadre de Compétences de l’EFN
COMPÉTENCE H	DC. 1: Culture, éthique et valeurs
COMPÉTENCE C	DC. 2: Promotion de la santé et prévention, encadrement et pédagogie
COMPÉTENCE A COMPÉTENCE F	DC. 3: Prise de décision
COMPÉTENCE B COMPÉTENCE G	DC. 4: Communication et travail en équipe
COMPÉTENCE A COMPÉTENCE G	DC. 5: Recherche, développement et leadership
COMPÉTENCE A COMPÉTENCE E COMPÉTENCE D	DC. 6: Soins Infirmiers (Education et formation théoriques) DC. 6.1. - Evaluation et diagnostic DC. 6.2. - Planification des soins DC. 6.3. - Intervention infirmière DC. 6.4. - Evaluation et contrôle de la qualité
COMPETENCE A COMPETENCE E	DC. 6: Soins Infirmiers (Education et formation pratique/clinique) DC. 6.1. - Evaluation et diagnostic DC. 6.2. - Planification des soins DC. 6.3. - Intervention infirmière DC. 6.4. - Evaluation et contrôle de la qualité

- Promouvoir et maintenir une image positive des soins infirmiers.

DC.6 Soins Infirmiers

- Montrer des connaissances et aptitudes suffisantes pour pouvoir fournir des soins de santé professionnels et sûrs, adaptés aux besoins sanitaires de la personne, des familles et des groupes. L’infirmier(ère) est ainsi responsable de la prestation des soins, sur base de l’évolution des connaissances scientifiques, et des exigences de qualité et de sécurité tels qu’établis dans le code déontologique.
- Evaluer, diagnostiquer, planifier et fournir de manière indépendante des soins intégrés et axés sur la personne, en ce focalisant sur les résultats et en évaluant l’impact de la situation, les antécédants et les soins fournis, en tenant compte des lignes directrices sur les soins cliniques qui décrivent les processus de diagnostic, traitement ou soins, et fournissent des recommandations pour les soins ultérieurs.
- Connaitre et mettre en oeuvre les fondements et principes théoriques et méthodologiques en matière de soins infirmiers, s’appuyant sur les preuves scientifiques et les ressources disponibles pour les interventions infirmières.
- Etablir de manière indépendante des mécanismes et processus d’évaluation pour une amélioration continue de la qualité des soins infirmiers, en tenant compte des développements scientifiques, techniques, et éthiques.
- Comprendre et agir d’après le contexte social et culturel de la personne, et de l’impact que celui-ci aura sur sa santé.

- Comprendre l’importance d’avoir des systèmes de santé qui s’adressent aux personnes, aux familles et aux groupes, et qui en même temps évaluent leur impact.
- Réagir de manière appropriée à des situations imprévues et qui évoluent rapidement.
- Engager de manière indépendante des mesures efficaces dans des situations de crises ou catastrophes qui permettent de préserver la vie et la qualité de vie.

6. Lien entre les compétences et le contenu du programme d’éducation et de formation 15

Un programme d’éducation et de formation est ici proposé dans le but de développer les compétences infirmières.

Le [tableau 2] montre le lien entre les 8 compétences de l’article 31 de la Directive 36 modifiée (de A à H), le Cadre de Compétences de l’EFN et le contenu du programme d’éducation et de formation.

Liste du contenu du programme de formation des infirmiers
La liste ci-dessous reprend le contenu du tableau précédent, qui devrait être repris dans le programme de formation des infirmiers en tant qu’acquis d’apprentissage correspondant aux compétences requises. Ces acquis d’apprentissage sont classés par compétences dans le Cadre de Compétences de l’EFN, mais peuvent aussi être classés selon les compétences reprises dans la directive 2005/36/CE, modifiée par la directive 2013/55/UE.

DC.1. Culture, éthique et valeurs
• Ethique, codes de conduite et philosophie des soins infirmiers, droits de l’homme.

- Confidentialité
- Autonomie, droits et sécurité du patient

- Aspects juridiques des soins de santé et législation professionnelle, sociale et sanitaire

DC.2. Promotion de la santé et prévention, encadrement et pédagogie
• Principes relatifs à la santé et à la maladie
• Santé publique, promotion et prévention de la santé, soins en collectivités/primaires
• Encadrement du patient et éducation sanitaire
• Perspective et influence sociétale et intersectorielle
• Responsabilisation et implication des citoyens

DC.3 Prise de décision
• Processus décisionnel
• Résolution de problèmes et gestion des conflits

DC.4. Communication et travail en équipe
• e-Santé et TIC, systèmes d’information sanitaire et infirmiers
• Travail pluridisciplinaire
• Communication Interpersonnelle
• Soins infirmiers multiculturels, travaillant avec une clientèle multiculturelle et dans des collectivités multiculturelles
• Connaissances linguistiques
• Transfert de connaissances

DC.5. Recherche, développement et leadership
• Soins infirmiers basés sur des données probantes
• Fondements de la recherche, de la méthodologie et de la terminologie
• Progrès en matière d’innovation et de qualité des soins infirmiers
• Leadership et gestion des soins infirmiers
• Organisation des services de santé

- Ergonomie du travail et sécurité au travail
- Entrepreneariat

DC.6. Soins Infirmiers (Education et formation théoriques)
• Théories et concepts infirmiers
• Processus de documentation des soins infirmiers
• Théories et concepts infirmiers, et science infirmière
• Anatomie et physiologie
• Pathologie
• Pharmacologie et biochimie
• Sociologie, psychologie et pédagogie
• Nutrition et diététique
• Hygiène, asepsie, prévention et contrôle des infections
• Soins palliatifs, gestion des soins de fin de vie et de la douleur
• Gestion et prescription sûres des médicaments
• Contrôler, évaluer, et assurer l’activité vitale corporelle, les premiers secours et la réanimation

• Principes infirmiers, comprenant les soins axés sur le patient et la continuité des soins, les compétences cliniques de base liées aux soins aux patients, aux groupes, et aux familles dans divers cadres de soins, ou spécialités cliniques.

• Qualité des soins

• Sécurité du patient

• Degré de préparation en cas de situation critique ou de catastrophe

DC.6. Soins Infirmiers (Education et formation pratique/cli-nique)
• Soins aigus
• Soins au nouveau-né, pédiatriques et à l’adolescent
• Soins maternels
• Soins à long terme
• Médecine interne générale et chirurgie
• Santé mentale et psychiatrie
• Handicap et soins aux personnes handicapées
• Gériatrie et soins aux personnes âgées
• Soins de santé primaires et en collectivité
• Soins palliatifs, gestion des soins de fin de vie et de la douleur

7. Lien entre les compéteces, le contenu du programme d’édu-cation et de formation, et les acquis d’apprentissage escomp-tés

Les acquis d’apprentissage sont la formulation de ce que l’apprenant est censé savoir au terme de sa formation.

Chaque module, thème ou sujet doit être relié à des compétences spéci-fiques, qui devront être traduites en acquis d’apprentissage.

Les acquis d’apprentissage suivants pourraient être définis et reliés plus en détails avec les sujets.

COMPÉTENCE DIRECTIVE 36/55: Compétence H
COMPÉTENCE DE L’EFN N.1: Culture, éthique et valeurs
CONTENU
Ethique et philosophie des soins infirmiers, droits de l’homme Autono-mie, droit et sécurité du patient Aspects juridiques des soins de santé, et législation professionnelle, sociale et sanitaire. Confidentialité

Acquis d’apprentissage escomptés
Montrer un comportement éthique, humaniste et conforme aux lois quant aux actions permettant de prester des soins aux patients, aux familles et à la collectivité.
Promouvoir et respecter les droits de l’homme et la diversité en tenant compte des besoins physiques, psychologiques, spirituels et sociaux des personnes autonomes.

[tableau 2]		
DIR 2013/55/UE	EFN	CONTENU
Compétence H	DC. 1: Culture, éthique et valeurs	Ethique et philosophie des soins infirmiers, droits de l’homme Autono-mie, droits et sécurité du patient Aspects juridiques des soins de santé et législation professionnelle, sociale et sanitaire Confidentialité
Compétence C	DC. 2: Promotion de la santé et prévention, encadrement et pédagogie	Principes relatifs à la santé et à la maladie Santé publique, promotion et prévention de la santé, soins en collectivi-tés/primaires Encadrement du patient et éducation sanitaire Perspective et influence sociétale et intersectorielle Responsabilisation et implication des citoyens
Compétence A Compétence F	DC. 3: Prise de décision	Processus décisionnel Résolution des problèmes et gestion des conflits
Compétence B Compétence G	DC. 4: Communication et travail en équipe	e-Santé et TIC, systèmes d’information sanitaire et infirmiers Travail pluridisciplinaire Communication interpersonnelle Soins infirmiers multiculturels, travaillant avec une clientèle multicultu-relle, dans des collectivités multiculturelles Connaissances linguistiques Transfert de connaissances
Compétence A Compétence G	DC. 5: Reherche, développement et leader-ship	Soins infirmiers basés sur des données probantes transversales à toutes les compétences Fondements de la recherche, de la méthodologie et de la terminologie Progrès en matière d’innovation et de qualité des soins infirmiers Leadership infirmier, gestion et continuité des soins et des services Organisation des services de santé et de l’environnement intersectoriel du service Ergonomie du travail et sécurité au travail

>> Suite page 16

Accepter la responsabilité de ses activités professionnelles et recon-naitre ses limites en matière de pratique et de compétences.
Déléguer des activités à d’autres, en tenant compte des aptitudes, du niveau de préparation, des compétences et de la portée juridique de leur pratique.
Tenir compte des opinions, croyances, et valeurs des patients et leurs proches.
Respecter les demandes éthiques et juridiques, y compris les codes éthiques nationaux et internationaux, et comprendre les conséquences éthiques des prestations de soins.
Assumer la responsabilité de l’apprentissage tout au long de la vie et du développement professionnel continu.
Garantir le droit à la vie privée en respectant la confidentialité des infor-mations relatives aux soins prestés.

COMPÉTENCE DIRECTIVE 36/55: Compétence C
COMPÉTENCE DE l’EFN N.2: Promotion de la santé et prévention, encadrement et pédagogie
CONTENU
Principes relatifs à la santé et à la maladie.
Santé publique, promotion et prévention de la santé, soins en collecti-vités/ primaires
Encadrement du patient et education sanitaire
Perspective et influence sociétale et intersectorielle
Responsablisation et implication des citoyens

Acquis d’apprentissage escomptés
Reconnaître les principaux facteurs de risque et de protection qui in-fluencent le processus de la santé et de la maladie.
Impliquer les groupes et les collectivités dans les activités liées à l’édu-cation et à la formation sanitaire visant à renforcer les comportements et à adopter des modes de vie sains.
Fournir aux patients des outils qui vont les aider au niveau du traite-ment, et identifier et contrôler les personnes où le risque du non-respect du traitement est plus élevé et qui peuvent présenter un risque pour eux-mêmes et pour la collectivité.
Appliquer des mesures de prévention aux individus en bonne santé et aux patients tout au long de leur vie et à tous les niveaux de l’histoire naturelle de la maladie.
Orienter les individus, les patients et les groupes sur la manière de gérer les mesures de prévention de la maladie et comment utiliser les services fournis par le système de santé.
Responsabiliser les personnes en mettant en place des activités éduca-tives relatives à la santé qui leur permettront d’être indépendants aussi longtemps que possible et de prendre des décisions sur leur santé et/ ou maladie.

COMPÉTENCE DIRECTIVE 36/55: Compétences A et F
22 COMPÉTENCE DE l’EFN N.3: Prise de décision
CONTENU
La prise de decision est une compétence transversale qui devrait être

Compétence A Compétence D Compétence E	DC. 6: Soins Infirmiers (Education et formation théoriques)	Processus de documentation des soins infirmiers Théories et concepts infirmiers Science infirmière Anatomie et physiologie Pathologie Pharmacologie et biochimie Sociologie, psychologie et pédagogie Nutrition et diététique Hygiène, asepsie, prévention et contrôle des infections Soins palliatifs, gestion des soins de fin de vie et de la douleur Gestion et prescription sûres des médicaments Contrôler, évaluer, et assurer l’activité vitale corporelle, les premiers secours et la réanimation Principes infirmiers, comprenant les soins axés sur le patient et la continuité des soins, les compétences cliniques de base liées aux soins aux patients, aux groupes, et aux familles dans divers cadres de soins, ou spécialités cliniques. Qualité des soins Sécurité du patient Degré de préparation en cas de situation critique ou de catastrophe
Compétence A Compétence E	DC. 6: Soins Infirmiers (Education et formation Pratique/clinique) DC. 6.1. – Evaluation et diagnostic DC. 6.2. - Planification des soins DC. 6.3. - Intervention infirmière DC. 6.4. - Evaluation et contrôle de la qualité	Soins aigus Soins au nouveau-né, pédiatriques et à l’adolescent Soins maternels Soins à long terme Médecine interne générale et chirurgie Santé mentale et psychiatrie Handicap et soins aux personnes handicapées Gériatrie et soins aux personnes âgées Soins de santé primaires et en collectivités Soins palliatifs, gestion des soins de fin de vie et de la douleur Soutien aux prestataires de soins

développée dans l’ensemble du programme de formation. Aussi, il est important d’établir des acquis d’apprentissage qui puissent être évalués suivant une approche transversale.

Acquis d’apprentissage escomptés

Utiliser le sens commun et l’expérience afin d’identifier et de résoudre les problèmes et situations diverses.
Reconnaître les opportunités permettant de trouver la meilleure solution et de décider de la meilleure façon d’agir pour résoudre les problèmes.
Résoudre efficacement tout problème qui pourrait surgir lors de la prestation des soins aux patients, à la famille et à la collectivité en optimisant les ressources matérielles et temporaires.

COMPÉTENCE DIRECTIVE 36/55: Compétences B et G
COMPÉTENCE DE l’EFN N.4: Communication et travail en équipe
CONTENU

e-Santé et TIC, systèmes d’information sanitaire et infirmiers
Travail pluridisciplinaire Communication interpersonnelle
Infirmiers multiculturels, travaillant avec des clients multiculturels dans des collectivités multiculturelles
Connaissances linguistiques
Transfert des connaissances

Acquis d’apprentissage escomptés

Utiliser les systèmes informatiques disponibles dans leur système de santé.

Utiliser les technologies et systèmes d’information et de communication relatifs aux soins de santé.
Communiquer clairement avec l’équipe soignante, les patients, les familles et la collectivité, en montrant respect et autorité démocratique, et en tenant compte du contexte multiculturel.
Utiliser le langage scientifique oralement et par écrit, en l’adaptant à la personne à qui il s’adresse.
Établir des objectifs clairs avec les collègues et avec l’équipe multi-et interdisciplinaire, afin d’atteindre des objectifs communs, tout en acceptant les modifications nécessaires pour atteindre ces objectifs.
Assumer les responsabilités en tant que membre à part entière de l’équipe interdisciplinaire.
Avoir une attitude orientée vers une amélioration continue.
Être engagé dans le travail d’équipe.

COMPÉTENCE DIRECTIVE 36/55: Compétences A et G
COMPÉTENCE DE l’EFN N.5: Recherche, développement et leadership
CONTENU

Soins infirmiers basés sur des données probantes transversales à toutes les compétences
Fondements de la recherche, de la methodology et de la terminologie

Acquis d’apprentissage escomptés

Progrès en matière d’innovation et de qualité des soins infirmiers
Leadership infirmier, gestion et continuité des soins et des services

Organisation des services de santé et de l’environnement
Intersectoriel du service
Ergonomie du travail et sécurité au travail
Acquis d’apprentissage escomptés
Fournir des soins infirmiers sur base de preuves scientifiques dans le but de garantir des résultats sûrs et de haute qualité.
Appliquer les fondements et les principes théoriques et méthodologiques des soins infirmiers en basant leurs interventions sur les preuves scientifiques et les ressources disponibles.
Participer activement à des forums professionnels et à des programmes de formation continue.
Être responsable de leur propre développement professionnel, en tenant compte des derniers développements scientifiques et technologiques.
Reconnaître les clés du leadership, qui sont nécessaires pour coordonner des équipes de soins.
Identifier les caractéristiques de la fonction de gestion assurée par les services infirmiers et la gestion des soins.
Comprendre les différentes étapes du processus administratif: planification, organisation, gestion et évaluation, et sa contextualisation au niveau des services infirmiers.
Adapter les styles de leadership et les approches aux différentes situations.

COMPÉTENCE DIRECTIVE 36/55: Compétences A et G
COMPÉTENCE DE l’EFN N.5: Recherche, développement et leadership
CONTENU

Soins infirmiers basés sur des données probantes transversales à toutes les compétences
Fondements de la recherche, de la methodology et de la terminologie
Progrès en matière d’innovation et de qualité des soins infirmiers
Leadership infirmier, gestion et continuité des soins et des services
Organisation des services de santé et de l’environnement
Intersectoriel du service

Acquis d’apprentissage escomptés

Fournir des soins infirmiers sur base de preuves scientifiques dans le but de garantir des résultats sûrs et de haute qualité.
Appliquer les fondements et les principes théoriques et méthodologiques des soins infirmiers en basant leurs interventions sur les preuves scientifiques et les ressources disponibles.
Participer activement à des forums professionnels et à des programmes de formation continue.
Être responsable de leur propre développement professionnel, en tenant compte des derniers développements scientifiques et technologiques.
Reconnaître les clés du leadership, qui sont nécessaires pour coordonner des équipes de soins.
Identifier les caractéristiques de la fonction de gestion assurée par les services infirmiers et la gestion des soins.
Comprendre les différentes étapes du processus administratif: planification, organisation, gestion et évaluation, et sa contextualisation au niveau des services infirmiers.
Adapter les styles de leadership et les approches aux différentes situations.

COMPÉTENCE DIRECTIVE 36/55: Compétences A, D et E
COMPÉTENCE DE l’EFN N.6: Soins Infirmiers (Education et formation théoriques)
CONTENU

Processus de documentation des soins infirmiers
Théories et concepts infirmiers, et science infirmière
Anatomie et physiologie
Pathologie

Pharmacologie et biochimie
Sociologie, psychologie et pédagogie
Nutrition et diététique
Hygiène, asepsie, prévention et contrôle des infections
Soins palliatifs, gestion des soins de fin de vie et de la douleur
Gestion et prescription sûres des médicaments
Contrôler, évaluer, et assurer l’activité vitale du corps, les premiers secours et la réanimation
Principes infirmiers, comprenant les soins axés sur le patient et la continuité des soins, les compétences cliniques de base liées aux soins aux patients, aux groupes, et aux familles, dans divers cadres de soins ou spécialités cliniques.
Qualité des soins
Sécurité du patient
Degré de préparation en cas de situation critique ou de catastrophe

Acquis d’apprentissage escomptés

Anatomie, physiologie, pathologie
• Connaître et identifier l’anatomie et la physiologie du corps humain.
• Reconnaître les processus et expressions physiopathologiques ainsi que les facteurs de risque qui déterminent la santé et la maladie dans les différents stades du cycle de la vie.
• Connaître l’évolution et, si pertinent, les complications des principaux processus pathologiques.
• Maîtriser la terminologie relative aux symptômes et signes clés des différentes entités physiopathologiques.

Psychologie

• Identifier les réactions psychosociales des individus en fonction des situations sanitaires.
• Identifier les actions appropriées visant à aider les individus sur base de leurs réactions psychosociales en fonction des différentes situations sanitaires (en particulier en cas de maladie).

Biochimie

• Comprendre l’origine moléculaire des fonctions fondamentales des êtres humains et évaluer les processus biochimiques dans leur vie quotidienne, en tenant compte du facteur santé ou maladie.
• Connaître le processus de production, de stockage et d’utilisation de l’énergie métabolique.
• Connaître les bases moléculaires des différentes voies métaboliques et leurs interconnexions avec les différents tissus.
• Connaître les systèmes moléculaires et les processus impliqués dans le stockage, la duplication et l’expression de l’information génétique.
• Comprendre les modifications moléculaires associées à des situations physiologiques diverses (jeûne, exercice, grossesse) et à des conditions pathologiques (diabète).
• Comprendre le rôle des modifications génétiques dans certaines maladies humaines.
• Utiliser de manière adéquate la terminologie spécifique à la biochimie.

Nutrition et diététique

• Identifier et classer les aliments et les produits alimentaires.
• Savoir analyser et déterminer leur composition, propriétés, valeur nutritive, biodiversité de leurs nutriments, caractéristiques organoleptiques et les modifications auxquelles ils sont sujets comme conséquence des processus technologique et gastronomique.
• Connaître les processus fondamentaux d’élaboration, transformation, et préservation des aliments d’origine animale et végétale.
• Préparer, interpréter, et traiter les tableaux et bases de données sur la composition des aliments.

>> Suite page 18

- Connaitre la microbiologie, la parasitologie et la toxicologie alimentaires.
- Connaitre les nutriments, leur fonction dans l’organisme, leur biodiversité, les besoins et recommandations, et la base de l’équilibre énergétique et nutritionnelle.
- Intégrer et évaluer le rapport entre la consommation de nourriture et la nutrition, tant dans des conditions normales (en bonne santé) que pathologiques.

Pharmacologie

- Identifier les différents groupes de médicaments.
- Identifier les actions des médicaments en tenant compte des propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. Décrire les mécanismes d’action des différents médicaments.
- Décrire les médicaments, comment les administrer et leur posologie.
- Décrire les actions principales des médicaments en faisant le lien avec les contrôles de suivi et les indications.
- Décrire les avantages que les différents groupes de médicaments et les produits de santé peuvent avoir pour le patient.
- Identifier les interactions qui peuvent survenir entre les différents groupes de médicaments et les produits de santé quand utilisés simultanément.
- Identifier les principaux événements qui modifient des actions des médicaments: mauvaises habitudes, interaction aliment-médicament, conservation des médicaments, ou autres.
- Identifier les contre-indications des médicaments et des produits de santé en tenant compte de l’état du patient.
- Décrire les effets indésirables des médicaments et des produits de santé sur base du type de pathologie pour lesquels ils sont indiqués, et en tenant compte du patient et de son évolution.
- Faire le lien entre les différents groupes de médicaments et de produits de santé et les besoins du patient en matière de soins.
- Décrire comment administrer les médicaments et les cas précis où le médicament doit être préparé pour une utilisation optimale.
- Identifier les médicaments à être manipulés, administrés ou contrôlés en les incluant dans le groupe qui convient, et indiquer leurs principales caractéristiques.
- Maîtriser les différentes techniques de préparation des médicaments à être immédiatement administrés au patient.
- Démontrer ses aptitudes à administrer correctement des produits de santé liés aux soins infirmiers.
- Les acquis d’apprentissage relatifs à la prescription devraient être revus.

Prescription

- Identifier les produits de santé liés aux soins infirmiers.
- Identifier les médicaments et produits de santé à être manipulés dans le cadre de la prescription infirmière en les regroupant dans les groupes adéquats et en faisant la description de leurs caractéristiques.
- Décrire les principes d’accords, d’utilisation et d’indications.
- Lire correctement une prescription, en précisant les circonstances et les différents professionnels impliqués.
- Analyser la prescription idéale pour la personne, en tenant compte des éléments thérapeutiques.
- Avoir un jugement critique visant à établir une prescription qui mènera au meilleur résultat possible pour la personne.
- Reconnaître les principaux effets indésirables des médicaments et décrire l’attitude à adopter dans de tels cas.
- Intégrer le processus de prescription dans la méthodologie infirmière en tenant compte des éléments bioéthiques pour son développement.

- Décrire le soutien conceptuel et juridique de la prescription infirmière et expliquer comment celle-ci s’intègre dans l’ensemble du traitement.

Sécurité et qualité

- Créer et maintenir un environnement sûr pour la prestation des soins en utilisant des stratégies permettant de garantir la gestion de la qualité et des risques.
- Utiliser des outils adéquats d’évaluation visant à identifier les risques réels et potentiels.
- Communiquer et signaler tout problème de sécurité aux autorités compétentes.

Hygiène, asepsie, prévention et contrôle des infections

- Appliquer des mesures visant à contrôler les infections, en tenant compte de la chaîne épidémiologique et en utilisant des techniques adéquates de prévention et de protection.
- Préparer le matériel et l’équipement en appliquant les techniques de nettoyage, de désinfection et de stérilisation telles qu’indiquées, et en suivant les critères de qualité du service en question.
- Éliminer les résidus et produits en suivant les règles en vigueur, dans le cadre du développement durable.

Processus de documentation des soins infirmiers; Théories et concepts infirmiers

- Identifier le Cadre Conceptuel pour les soins infirmiers.
- Connaitre les concepts qui influencent les soins infirmiers.
- Identifier les modèles théoriques les plus pertinents relatifs aux soins infirmiers.
- Décrire la base théorique de la méthodologie utilisée en matière de soins infirmiers.
- Reconnaître les théories clés des soins infirmiers.
- Etablir des plans de soins en utilisant le langage infirmier et la taxonomie internationale.

Soins palliatifs, et gestion des soins de fin de vie et de la douleur

- Décrire, comprendre et analyser les concepts clés et les principes des soins palliatifs.
- Comprendre le concept de fragilité du patient.
- Identifier des changements qui peuvent intervenir chez le patient au cours de ses derniers jours de vie.
- Connaitre les ressources existantes afin d’orienter les patients extrêmement complexes.
- Connaitre et comprendre les facteurs culturels face à la mort et aux façons de mourir.
- Savoir quels sont les rôles des différents membres de l’équipe sociale et sanitaire et reconnaître l’importance d’une intervention interdisciplinaire.

Sociologie

- Contextualiser les soins sur la base des différents facteurs sociaux qui l’influencent.
- Décrire les concepts historiques et les derniers développements relatifs à la théorie anthropologique et sociologique.
- Faire valoir la contribution apportée par la sociologie et l’anthropologie à l’étude du processus de la santé/maladie.
- Identifier les liens entre les aspects biologiques, culturels et sociaux dans la construction des processus relatifs à la santé et à la maladie.
- Expliquer comment différentes théories anthropologiques et sociologiques relatives à la santé peuvent intervenir dans l’organisation des soins de santé, permettant de prêter des soins avisés et en accord

- avec la diversité sociale, économique, politique et culturelle.
- Reconnaître comment les valeurs et systèmes de soins des individus et des groupes déterminent le style de vie, le comportement sanitaire et la maladie.
- Expliquer la diversité de comportements visant à rechercher de l’aide quand les symptômes de la maladie apparaissent.

Pédagogie

- Identifier les besoins en matière d’éducation et de formation.
- Planifier le processus d’éducation/apprentissage en tenant compte des compétences qui doivent être développées, les méthodes d’apprentissage et d’évaluation.

Premier secours et réanimation cardiopulmonaire

- Définir les concepts «réanimation de base » et « arrêt cardiorespiratoire »
- Identifier les cas où la réanimation est conseillée.
- Connaitre les principales techniques pour évaluer une mort apparente.
- Etablir les manœuvres de réanimation afin d’aider un patient souffrant d’un arrêt cardiorespiratoire.
- Spécifier la séquence d’action pour une réanimation de base.
- Reconnaître les erreurs les plus communes lors de la réanimation d’un patient en arrêt cardiorespiratoire.
- Reconnaître les complications les plus communes lors de la réanimation d’un patient en arrêt cardiorespiratoire.
- Identifier les risques associés au profil du « réanimateur ».

Degré de préparation en cas de situation critique ou de catastrophe

- Faire la différence entre « catastrophe » et « accident avec de multiples victimes ».
- Indiquer comment transférer correctement vers un centre de soins, dans de bonnes conditions et de la manière la plus efficace possible, quelqu’un ayant eu un accident.
- Faire la différence entre « triage » lors d’une « catastrophe » et « classification » en cas « d’accident avec de multiples victimes ».
- Faire une liste des différents degrés de priorités en ce qui concerne l’assistance à apporter aux victimes.
- Indiquer les pas à suivre pour rédiger un plan d’action en suivant la procédure et en se basant sur les ressources disponibles.
- Classifier les actions qui doivent être réalisées en cas d’incident impliquant des risques nucléaires, radiologiques, chimiques ou biologiques.

COMPÉTENCE DIRECTIVE 36/55: Compétences A et E
COMPÉTENCE DE L'EFN N.6: Soins Infirmiers (Education et formation pratique/clinique)

CONTENU

Soins aigus
Soins au nouveau-né, pédiatriques et à l’adolescent
Soins maternels
Soins à long terme
Médecine interne générale et chirurgie
Santé mentale et psychiatrie
Handicap et soins aux personnes handicapées
Gériatrie et soins aux personnes âgées
Soins de santé primaires et en collectivité
Soins palliatifs, gestion des soins de fin de vie et de la douleur

Acquis d’apprentissage escomptés

Les acquis d’apprentissage suivants doivent être contextualisés d’après le type de patient, le moment du cycle de vie en question, si la maladie est aiguë ou à long terme, et le niveau de soins. Ils pourraient être définis plus en détails en fonction de chaque contenu.

N. 6.1. – Evaluation et diagnostic

Reconnaître les facteurs de risques biologiques, sociaux, psychologiques et environnementaux qui pourraient avoir un impact sur la santé des personnes.
Demander aux personnes, patients et familles quels sont leurs besoins au niveau psychosocial et religieux afin de les intégrer dans leur traitement.
Évaluer les aspects physiques, psychologiques et socio-culturels de l’individu.
Identifier les besoins de l’individu et du patient en matière de soins tout au long de leur cycle de vie à l’aide d’épreuves physiques, d’observation et d’outils propédeutiques adéquats.
Effectuer une évaluation et un diagnostic infirmiers établissant un lien entre le symptôme et l’utilisation des produits de santé.

N. 6.2. – Planification des soins

Etablir des priorités et déléguer les interventions sur base des demandes du patient, des familles et de la collectivité.
Établir un plan d’intervention infirmier. Adapter le plan de soins aux caractéristiques des patients, à leur contexte et environnement.
Planifier les soins en y intégrant l’utilisation de médicaments et autres produits de santé.

N. 6.3. – Intervention infirmière

Mettre en oeuvre des soins centrés sur le patient, en démontrant sa connaissance en matière de croissance et développement de l’homme, de physiopathologie et pharmacologie dans le cadre du système de santé, en tenant compte du continuum santé/maladie.
Entreprendre des soins infirmiers en garantissant la viabilité du système de santé.
Compléter les registres sur les activités réalisées.
Avoir un esprit critique, une approche axée sur la résolution du problème et un esprit décisionnel infirmier dans un large contexte de professionnels et prestation de soins.
Répondre à temps et de façon appropriée aux situations inattendues et qui évoluent rapidement.

N. 6.4. – Evaluation et qualité

Identifier et collecter des preuves sur les soins. Tenir compte des protocoles établis par les différents modèles de qualité.
Évaluer la mise en oeuvre des plans de soins.
Traiter les données et examiner les preuves, en évaluant l’efficacité des actions entreprises.
Elaborer et mettre en oeuvre des plans d’amélioration.
Fournir une assistance (soins) infirmière sûre et de qualité aux personnes et aux patients tout au long de leur vie.
Établir des mécanismes et des processus d’évaluation pour une amélioration constante de la qualité des soins infirmiers en tenant compte des développements scientifiques, techniques et éthiques.

Nos partenaires

COMMUNIQUÉ DE PRESSE 24/11/2015

Sans-abrisme : les réflexes de prévention en hiver

Au même titre que les autres saisons de l'année, l'hiver a ses particularités et présente des dangers pour les personnes vivant en rue. Le froid est la caractéristique principale de l'hiver, et on s'y prépare.

Pour rappel, Infirmiers de rue a créé deux outils de prévention : l'affiche « froid » et l'affiche « hypothermie », toutes les deux téléchargeables sur notre site internet (<http://www.infirmiersderue.org/files/4-hypothermie-2012.pdf> et <http://www.infirmiersderue.org/files/4-froid-koud-light.pdf>), et dans les bureaux de l'association.

S'il y a trois conseils à donner à la population dans ces situations, ce sont les suivants :

- 1) Ne pas donner du thé ou du café aux personnes sans-abri, car ces boissons – de même que l'alcool – augmentent la déperdition de chaleur par vasodilatation périphérique et par augmentation de la diurèse. Il vaut mieux choisir une

autre boisson chaude : une soupe ou un chocolat chaud par exemple.

- 2) Si les symptômes d'une hypothermie légère sont facilement reconnaissables (grelotements, confusion, coordination difficile de la marche), les symptômes de l'hypothermie sévère sont en revanche méconnus: incohérence des actions, **refus de soins**, comportements anormaux, absence de tremblements, raideur musculaire, inconscience, ...
- 3) Si l'on pense être face à un cas d'hypothermie sévère, le bon réflexe est d'appeler une ambulance (100). Le réchauffement de la personne doit se faire graduellement, petit à petit, dans un milieu médicalisé. Un réchauffement trop rapide peut être dangereux.

Par ailleurs, IDR continue, en été comme en hiver, son action de relogement durable des personnes sans-abri les plus vulnérables (http://www.infirmiersderue.org/fr/Travail_de_terrain).

En cas de questions complémentaires ou pour nous accompagner sur le terrain en prévision d'un éventuel reportage, nous rappelons **qu'Infirmiers de rue ne travaille pas dans l'urgence**. Nous avons planifié **3 matinées** au cours desquelles nous vous invitons à nous accompagner sur le terrain:

- mercredi 23 décembre 2015
- jeudi 21 janvier 2016
- mardi 16 février 2016

S'il y a d'autres demandes ou questions hors de ces dates, nous sommes disponibles pour y répondre par téléphone ou lors d'un entretien dans nos bureaux.

Contacts

Infirmiers de rue ASBL
Rue de la Caserne 80/44 – 1000 Bruxelles
02/265.33.00
www.infirmiersderue.org
info@idr-sv.org

Mont Godinne



concept by dfib.net

Coopération

Respect

Qualité & Excellence

Ouverture au changement

Responsabilité

Et si nous partagions les mêmes valeurs ?

Nous vous convions alors à construire un projet
professionnel avec nous.

Les Cliniques universitaires Saint-Luc occupent 5000 professionnels issus de disciplines variées. Les missions d'enseignement, de recherche et de soins cliniques permettent à chacun d'y réaliser pleinement sa fonction.

Des missions différentes, des qualités communes :

Soucieux du bien-être du patient, vous vous distinguez par vos qualités relationnelles. Votre ouverture d'esprit et votre sens de l'organisation seront appréciés par vos futurs collègues. Votre aptitude au travail pluridisciplinaire n'est plus à démontrer, tout comme votre motivation et votre sens des responsabilités.

Nous vous offrons :

- un environnement technologique de pointe
- un job responsabilisant à finalité humaine
- une rémunération avec divers avantages (accès aisé en transports en commun, parking gratuit, restaurant d'entreprise, crèche de jour, école sur le site, association sportive, plaine de jeux pendant les vacances, ristournes dans certains commerces).

Envie d'en savoir plus sur les postes
vacants et poser votre candidature ?

www.saintluc.be/jobs

Nous recherchons des (m/f) :

Infirmier(ère)s de bloc opératoire

pour les quartiers opératoires

- Filière cardiaque • Filière viscérale
- Filière orthopédie • Filière tête et cou

Infirmier(ère)s pour la dialyse

intrahospitalière et extrahospitalière

Infirmier(ère)s spécialisés en oncologie

pour les différentes unités de la
filière oncologie

Infirmier(ère)s

pour les différentes unités d'hospitalisation



Portrait

Marie-Françoise Collière -1930-2005. Une infirmière, une auteure, une historienne, une pédagogue, une conceptrice des soins, et...une femme.



Après un parcours scolaire empreint de valeurs catholiques, elle poursuit des études en psychologie à la Sorbonne vers 1951. En 1956, elle reçoit son diplôme d'État d'infirmière, en 1958 celui d'assistante sociale et en 1962 celui de cadre infirmier avec une option formatrice. Elle privilégie la fonction pédagogique et exerce en école d'infirmières à Paris et à Chartres. Elle a très tôt le souci de transmettre l'expérience tirée de ses observations construites autour des liens qu'elle tisse et qu'elle initie dans les soins infirmiers entre les besoins des personnes, leur vie quotidienne et leur environnement, et la notion de santé. Elle est ainsi pionnière dans l'apprentissage des soins infirmiers comme « acte de vie », son véritable « acte de foi » militant dans les soins infirmiers.

Infirmière, auteure et historienne des soins, cette femme engagée a œuvré en France pour la reconnaissance et l'évolution des soins infirmiers.

Elle fut infirmière enseignante dans le programme de maîtrise des sciences et techniques sanitaires et sociales de l'université Lumière-Lyon II de 1965 à 1994. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers et de différents travaux d'ethnohistoire, MF Collière s'est imposée comme une pionnière en introduisant en France, dès 1965, l'utilisation de l'ethnohistoire pour aborder les situations de soins.

MF Collière dans son livre "promouvoir la vie" nous explique l'histoire du soin infirmier. Le soin qu'est-ce que c'est ? C'est

pour elle, tout d'abord ce qui permet à la vie de continuer. Le soin doit être quotidien et contrairement à ce que l'on pourrait penser, "soigner" ne consiste pas uniquement à traiter le patient avec des thérapeutiques adéquates, mais aussi prendre soin de la personne. Il faut guider la personne dans sa maladie, lui demander son avis, la considérer comme une personne à part entière et non comme un objet de soin. Tout ceci est très important et permet d'assurer la vie.

MF Collière a été une grande dame de la profession infirmière reconnue mondialement pour son expertise. En tant que pionnière et militante de la cause des femmes soignantes et des soins, elle n'eut de cesse de tirer la profession infirmière vers le sens premier des soins à savoir : accompagner en « prenant soin » de la vie dans toute situation de santé, de la naissance, passant par la maladie, l'accident et la vieillesse jusqu'à la mort. Ainsi « soigner » pour MF Collière « c'est entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables à la vie, mais qui sont diversifiés dans leur manifestation ».

Pour elle, les soins infirmiers de santé publique sont axés sur la famille pour traiter la personne humaine toute entière et non pas seulement son problème sanitaire. Par conséquent, il est nécessaire de la considérer en tant que membre d'une famille et d'une collectivité. Les soins infirmiers se proposent donc de participer activement à tout ce qui peut contribuer à développer le potentiel de vie de la personne insérée dans son réseau familial et social. Elle défend une approche globale de la situation. Elle considère la personne et la famille comme détentrice des éléments fondamentaux qui régissent la situation. Elle interroge et cherche à identifier les besoins et les problèmes sanitaires (compte tenu des capacités et des ressources existantes) et pour ce faire, elle utilise un processus d'analyse. Elle engage la réflexion sur les ressources à investir et à mobiliser dans et autour des soins, elle met l'accent sur la concertation entre la personne malade, la famille et l'action des intervenants professionnels.

Elle sera notamment sélectionnée par le Ministère de la Santé et l'OMS avec la mission de développer l'enseignement des soins infirmiers de santé publique. Une bourse d'études de l'OMS lui est allouée pour réaliser un master of science

St-Luc Bouge publereportage

>> Suite page 24

« Teaching Public Health Nursing » orientation en anthropologie et sociologie des religions à la Wayne State University (Détroit, USA). Sa note de recherche, travail terminal de ses études, sera consacrée à l'histoire des soins et de la profession infirmière. Elle approfondit à cette occasion les écrits de Florence Nightingale « Notes on Nursing » et la thèse de doctorat de médecine de Anna Hamilton sur les infirmières et l'enseignement des soins (1902). Elle poursuit sa formation par un voyage d'études dans quatre pays européens, au Royaume Uni, en Belgique, en Suède et en Finlande.

A son retour en France, elle complète sa formation par un diplôme d'études approfondies (DEA) en histoire des civilisations, ce qui ancrera chez elle une vision historique des soins infirmiers.

Elle se réalise en déployant toutes ses capacités au service des soins infirmiers, elle s'emploiera sans cesse à les développer et à nourrir la fonction infirmière pour la faire reconnaître dans sa vraie et propre valeur.

Toute son existence, elle s'est tournée vers la compréhension de la véritable nature des soins, en particulier tels qu'ils sont prodigués par les infirmiers, dans leurs aspects perceptibles, moins apparents, voire invisibles. Elle déploya toutes ses capacités au service des soins infirmiers, elle s'emploiera sans cesse à les développer et à nourrir la fonction infirmière pour la faire reconnaître dans sa vraie et propre valeur.

Au cours de sa carrière, elle a co fondé l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (EIEIS 1965-1994) et y a exercé jusqu'à sa retraite (1994).

Elle développe des séminaires de soins infirmiers en liens avec des terrains extra-hospitaliers pour aider à décentrer les soins du modèle biomédical. Elle travaille « les phénomènes de vie et de mort », les

notions de « santé et maladie » et les facteurs pouvant influencer, et elle étudie les questions de culture dans les soins, ceci afin d'apprendre aux étudiants à discerner les perturbations et les significations de ce qui est vécu, les points de rupture et de continuité dans les situations de vie et ainsi comprendre les situations de soins.

A partir des années 1969, l'organisation mondiale de la santé (OMS) la sollicite pour intégrer des comités ou des séminaires en soins infirmiers de santé publique. En 1973, elle est nommée « expert en soins infirmiers » de santé publique. Elle est inscrite au tableau permanent des experts en soins infirmiers de l'OMS, et y est reconduite jusqu'en 1996.

A partir de 1975, elle promeut sa conception des soins reliant sans cesse « Vie » et « Santé » qu'elle met au centre des préoccupations du métier de « soigner ». Ses travaux sur l'histoire des pratiques soignantes et de la profession infirmière l'engagent dans un combat permanent pour faire connaître et reconnaître la place des infirmières dans le monde de la santé. Elle participe à de nombreux congrès nationaux et internationaux et écrit de nombreux articles et ouvrages.

A la fin de sa vie, la maladie l'a forcée à ralentir ses champs d'activités. Au-delà de la souffrance générée par celle-ci, un sentiment de solitude semblait l'envahir parfois, malgré les nombreux contacts qu'elle pouvait avoir. Elle décédera le 25 janvier 2005 à Lyon au terme d'un long chemin douloureux. Lors de son décès, beaucoup de témoignages et de personnes ont souhaité rendre hommage à cette femme d'exception qui a laissé entrevoir un paysage dynamique, œuvrant à la valorisation d'un métier qui n'a de cesse de déployer des possibilités vers l'accompagnement et la formalisation des savoirs pour le bien-être des personnes

Bien qu'elle ait finalement peu pratiqué, elle compte parmi les personnes les

plus influentes de l'histoire infirmière en France.

Bibliographie

- VIGIL-RIPOCHE Marie-André, « Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme. », Recherche en soins infirmiers 4/2011 (N° 107), p. 7-22
- DENAYROLLES A., Marie-Françoise Collière – Biographie, éditeur Seli Arslan, 2014, 288 p.,
- COLLIÈRE MF. Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Inter Editions, 1982 (1ère éd.).
- COLLIÈRE MF. Représentation de la parenté. In Guide du service infirmier, Soins infirmiers dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation, N° 2, Série Soins infirmiers, Annexe II, Bulletin Officiel, n° 86/6, Direction des hôpitaux, Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, 1986.
- COLLIÈRE MF. Savoir s'ouvrir au monde. Portrait, Soins, février 1992 ; 557 : 35-36
- POUCHELLE MC. La crise de foie : une affection française ? Terrain, février 2007 ; 48 : 149-164.
- COLLIÈRE MF. Soigner... Le premier art de la vie. Inter Editions, 1996, (1ère éd.) Masson, 2001 (2ème ed.).
- COLLIÈRE MF, DIEBOLT E, Pour une histoire des soins et des professions soignantes. Les Cahiers de l'AMIEC, 1988 ; 10.
- COLLIÈRE MF. - Virginia Henderson. La nature des soins infirmiers. Inter Editions, 1994 (1ère éd.), Masson (2ème éd.).

Lu pour vous

Hygiène hospitalière: 105 établissements du pays passés au crible

L'Institut scientifique de santé publique (ISP) publie mardi, pour la première fois, une évaluation de l'hygiène au sein de 105 établissements de soins du pays.

Il ressort notamment que le staphylocoque doré résistant à l'antibiotique méticilline (MRSA) est en forte diminution, pointe l'ISP, qui salue aussi le respect des recommandations pour l'hygiène des mains. Le document met par contre en exergue des manquements et des disparités entre les Régions.

L'un des points forts du rapport est "la diminution constante de l'incidence" des infections cliniques à staphylocoque doré "résistant à la méticilline (MRSA)", puisqu'elle a été divisée par trois en dix ans.

Au total, 105 hôpitaux (12 à Bruxelles, 39 en Wallonie et 54 en Flandre) ont fourni des données concernant l'hygiène dans leurs services. Ces données, datées de 2013, ont ensuite été classées par l'ISP sur base de trois indicateurs: l'organisation (existence d'un plan stratégique en hygiène hospitalière etc.), les moyens et effectifs investis en hygiène hospitalière ainsi que l'indicateur action. Ce dernier évalue la surveillance des infections et les audits réalisés dans les hôpitaux. Pour chacun des indicateurs, des disparités apparaissent entre les Régions.

Concernant l'indicateur "organisation", à peine quatre hôpitaux sur dix mentionnent l'existence d'un plan stratégique en hygiène hospitalière (HH) intégré dans le plan stratégique de l'hôpital, dont seulement 5 en Wallonie sur les 39. De plus, près de 20 hôpitaux ont un score d'organisation faible, avec un problème davantage marqué à Bruxelles (environ 40%). Ce faible score concerne à Bruxelles le centre hospitalier universitaire Saint-Pierre (3/6), l'Institut Jules Bordet (2/6), l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (Huderf) (1/6) et les hôpitaux Iris Sud (2/6). En Wallonie, le centre hospitalier du bois de l'Abbaye et de Hesbaye à Seraing (2/6), le CHR de Verviers (3/6), le centre hospitalier régional de Namur (2/6), la clinique de Bouge (1/6), le centre hospitalier régional du Val de Sambre (2/6), la clinique Notre-Dame de Grace de Gosselies (2/6), les cliniques du sud-Luxembourg à Arlon (2/6) et le centre hospitalier de la haute Senne à Soignies (3/6) sont concernés. Quatre hôpitaux flamands obtiennent également un faible score pour cet indicateur.

12 hôpitaux à Bruxelles, 39 en Wallonie et 54 en Flandre

Les indicateurs de moyens sont quant à eux "assez bons". Cependant, un hôpital sur trois n'a pas un référent en HH par service, et dans un hôpital sur 5, "la quantité de travail effectivement prestée par un médecin en HH est inférieure à la quantité effectivement financée". Plusieurs hôpitaux obtiennent un score inférieur à la

moitié. En région bruxelloise, il s'agit de l'Institut Jules Bordet (3/7), l'Huderf (3/7) et les cliniques de l'Europe (3/7). En Wallonie, le groupement hospitalier liégeois ISoSL (cliniques du Val d'Or et Péri) obtient 3/7 pour cette catégorie et le centre de santé des Fagnes 3/7. Le score d'une dizaine d'hôpitaux en Flandre oscille aussi entre 2 et 3/7. Il apparaît encore que le nombre d'heures de formation en HH varie fortement entre les hôpitaux, ainsi que le nombre de participants.

Pour l'indicateur "action" (surveillance des infections et audits), une trentaine d'hôpitaux obtiennent un score "bas", dont une majorité en Wallonie. Pour cette Région, les moins bons résultats touchent le grand hôpital de Charleroi (9/20), le centre hospitalier de l'Ardenne (9/20), l'Intercommunale Hospitalière Famenne-Ardenne-Condroz (Ifac) (4/20), le CHR clinique St-Joseph - hôpital de Warquignies (8/20) et le centre hospitalier de la Haute Senne (8/20).

Plusieurs établissements hospitaliers obtiennent un score moyen à faible pour les trois indicateurs. C'est le cas à Bruxelles et en Wallonie par exemple pour l'Huderf (1/6, 3/7 et 9/20), l'Ifac (4/6, 4/7 et 4/20), les hôpitaux Iris Sud (2/6, 5/7 et 11/20), les cliniques de l'Europe (4/6, 3/7 et 8/20), le centre de santé des Fagnes (4/6, 3/7 et 10/20), le CHR clinique St-Jospeh - hôpital de Warquignies (4/6, 4/7 et 8/20) et la clinique Reine Astrid de Malmedy (4/6, 4/7 et 11/20). Au nord du pays, il s'agit par exemple du Regionaal ziekenhuis St-Trudo de Saint-Trond, de Sint-Maria à Hal ou de Sint-Maarten à Malines.

A contrario, les scores de plusieurs hôpitaux sont élevés pour les trois catégories, comme Brugmann (5/6, 7/7 et 17/20), l'hôpital Erasme (idem), la clinique Saint-Pierre d'Ottignies (5/6, 7/7 et 16/20), les cliniques universitaires UCL (6/7, 6/6 et 18/20) ou encore le Centre hospitalier de Wallonie picarde à Tournai (5/6, 6/7 et 16/20).

A noter que quelques corrections ont été apportées par différents hôpitaux en 2015 à la suite "d'erreurs manifestes d'encodage", qui ne sont pas toutes intégrées au rapport national publié mardi.

A la suite de cette publication, l'ISP formule des recommandations, comme "l'intégration du plan stratégique en hygiène hospitalière dans le plan stratégique des hôpitaux" et le développement d'audits de processus. Il faut aussi encourager la participation à la surveillance des infections dans les unités de soins intensifs les sites opératoires.

L'exercice sera réitéré chaque année afin de mesurer l'évolution en matière d'hygiène.

Mardi 10 Novembre 2015
Julien Stievenart

L'île où les hommes oublient de mourir

Le journal américain The New-York Times a publié il y a quelques temps un article extraordinaire intitulé « L'île où les gens oublient de mourir » (The Island Where People Forget To Die). (1)

Il rapporte l'histoire d'un combattant de la seconde Guerre mondiale d'origine grecque, Stamatis Moraitis, qui partit s'installer aux Etats-Unis après l'Armistice.

Alors qu'il avait adopté le style de vie américain, avec villa en Floride, deux voitures, trois enfants, Stamatis Moraitis apprit en 1976 qu'il avait un cancer des poumons. Neuf médecins confirmèrent le diagnostic et lui donnèrent neuf mois à vivre. Il avait 62 ans.

Il décida alors de retourner avec son épouse sur son île natale d'Icare, en mer Egée, pour être enterré aux côtés de ses ancêtres dans un cimetière ombragé surplombant la mer. Stamatis s'installa dans une maisonnette blanchie à la chaux, au milieu d'un hectare de vignes escarpées, sur la côte nord-est d'Icare, et se prépara à mourir...

Il se prépare à mourir, puis...

D'abord, il passa ses journées au lit, soigné par sa mère et sa femme. Mais bientôt, il redécouvrit la foi de son enfance, et commença à se rendre, chaque dimanche matin, à la petite chapelle grecque orthodoxe en haut de la colline, où son grand-père avait été pope. Lorsque ses amis d'enfance apprirent son retour, ils commencèrent à lui rendre visite chaque après-midi. Leurs conversations pouvaient durer des heures, et s'accompagnaient invariablement d'une ou deux bouteilles de vin du cru. « Autant mourir heureux », se disait Stamatis.

Pendant les mois qui suivirent, quelque chose d'étrange se produisit. Il dit qu'il commença à sentir ses forces le regagner. Un jour, se sentant entreprenant, il planta quelques légumes dans son jardin. Il ne projetait pas de les récolter lui-même, mais il appréciait le soleil, et respirer l'air de la mer. Il faisait cela pour sa femme, pour qu'elle puisse profiter des légumes quand il serait parti.

Six mois s'écoulèrent. Stamatis Moraitis était toujours vivant. Loin d'entrer en agonie, il avait agrandi son potager et, sentant ses forces revenir, il avait aussi nettoyé la vigne familiale. S'accommodant de mieux en mieux du rythme de vie paisible de la petite île, il se levait le matin quand bon lui semblait, travaillait à la vigne jusqu'en début d'après-midi, se faisait un bon déjeuner, puis enchaînait sur une longue sieste. Le soir, il prit l'habitude de se rendre à la taverne du coin, où il jouait aux dominos jusqu'à une heure avancée. Les années passèrent. Sa santé continua à s'améliorer. Il ajouta quelques pièces à la maison de ses parents. Il développa la vigne jusqu'à produire 1500 litres de vin par an.

Aujourd'hui, 35 ans plus tard, il a atteint 97 ans (selon un document officiel qu'il conteste ; car lui affirme en avoir 102) et il n'a plus le cancer. Il ne suivit jamais de chimiothérapie, ne prit aucun médicament d'aucune sorte. Tout ce qu'il fit fut de partir pour Icare.

Son cas est-il représentatif ?

Le cas de Stamatis Moraitis, et de l'île d'Icare, est rapporté par un scientifique de la National Geographic Society (éditrice du fameux magazine National Geographic), qui s'est spécialisé dans l'étude du mode de vie des populations bénéficiant d'une longévité exceptionnelle.

Toutes sortes de belles histoires ont été racontées sur les habitants de la vallée de Vilcabamba en Equateur, les Hounzas dans le nord du Pakistan, et les montagnards du Caucase en Géorgie, supposés vivre au-delà de cent ans en moyenne. Mais on sait aujourd'hui qu'à l'origine de ces mythes, il y a le simple fait que la plupart des habitants ne connaissaient pas leur âge, et que des explorateurs un peu rêveurs se laissèrent abuser, peut-être volontairement !

En revanche, il est bien établi aujourd'hui que les femmes qui vivent le plus longtemps au monde sont sur l'île d'Okinawa, au Japon. Concernant les hommes, c'est la province de Nuoro, en Sardaigne, qui compte la plus haute concentration de centenaires.

Au Costa-Rica, sur la péninsule de Nicoya, une population de 100 000 métis a été découverte, ayant un taux de mortalité plus bas que la moyenne à 50 ans. Et il existe une ville en Californie, Loma Linda, où habitent des Adventistes du Septième-Jour (une église inspirée par le christianisme), dont l'espérance de vie dépasse de 10 ans la moyenne américaine.

Sur la ville d'Icare, le démographe belge Michel Poulain a déterminé que les habitants atteignent l'âge de 90 ans deux fois et demi plus souvent que les Américains, dans une étude avec l'Université d'Athènes.

Les hommes, en particulier, ont même quatre fois plus de chance d'atteindre 90 ans que les hommes Américains, et en général en meilleure santé. Plus beau encore, ils vivent 8 à 10 ans de plus avant de mourir de cancer ou de maladie cardiovasculaire, ils souffrent moins de dépression, et leur taux de démence sénile n'est que d'un quart celui de la population américaine !

Les secrets d'Icare

Selon le Docteur Leriadis, qui vit et soigne les habitants d'Icare, leur bonne santé tient à leur mode de vie et aux bonnes relations sociales qui existent entre les habitants, mais aussi à une sorte de tisane, « le thé des montagnes », faite d'herbes sèches qui poussent sur cette île, et qui est consommée en fin de journée : il s'agit d'un mélange de marjolaine sauvage, de sauge, de romarin, d'armoise, de feuilles de pissenlit et de menthe (fliskouni), auquel on ajoute un peu de citron.

Le Dr Ionna Chinou, professeur de Pharmacie à l'Université d'Athènes, et une des meilleures expertes européennes des propriétés bioactives des plantes, confirme : la menthe sauvage combat la gingivite et les problèmes gastro-intestinaux. Le romarin est un remède contre la goutte. L'armoise améliore la circulation sanguine. Cette tisane est une source importantes de polyphénols, aux fortes vertus antioxydantes. La plupart de ces plantes sont légèrement diurétiques, ce qui est bon contre l'hypertension.

Le miel, aussi, est considéré comme une panacée. « Ils ont des types de miel ici, que vous ne verrez nulle part ailleurs dans le monde », selon le Docteur Leriadis. « Ils l'utilisent pour tout, depuis le traitement des blessures à la gueule de bois, ou contre la grippe. Les personnes âgées ici commencent toujours leur journée par une cuillerée de miel, qu'elles prennent comme un médicament. »

Les bases de l'alimentation à Icare

Au petit-déjeuner, les habitants d'Icare boivent du lait de chèvre, du vin, de la tisane de sauge ou du café, du pain et du miel. Au déjeuner, ce sont presque toujours des lentilles ou des haricots, des pommes de terre, de la salade de pissenlit, de fenouil et d'une plante ressemblant aux épinards appelée horta, ainsi que les légumes du potager selon la saison, le tout accompagné d'huile d'olive. Le dîner se compose de pain et de lait de chèvre. A Noël et à Pâques, ils tuent le cochon familial et mangent le lard par petites quantités pendant les mois qui suivent.

A noter que le lait de chèvre contient du tryptophane, un acide aminé précurseur de la sérotonine, l'hormone de la bonne humeur.

Le Dr Christina Chrysohou, cardiologue à la Faculté de Médecine de l'Université d'Athènes, a étudié le régime de 673 habitants d'Icare, et a constaté qu'ils consomment six fois plus de légumineuses (haricots, lentilles, pois) que les

Américains, mangent du poisson deux fois par semaine et de la viande cinq fois par mois, et boivent deux à trois tasses de café et deux à quatre verres de vin par jour.

Bien entendu, la bonne santé des habitants d'Icare tient peut-être aussi à ce qu'ils ne mangent pas. La farine blanche et le sucre sont absents de leur régime traditionnel.

A votre santé !

Jean-Marc Dupuis

Sante Nature Innovation <santenutrition@sante-nature-innovation.fr

**CHR CITADELLE**
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

Le CHR de la Citadelle, hôpital public d'excellence, compte 1.036 lits dont 192 universitaires. Le CHR de la Citadelle s'appuie sur plus de 3.500 collaborateurs, 400 médecins indépendants et un réseau de partenaires pour offrir des soins et des services de haute qualité dans toutes les spécialités médicales. Le CHR recrute, dans le cadre de ses projets de développement, un collaborateur (m/f) :

Direction du Pôle Soins
Infirmiers bacheliers
Infirmiers bacheliers spécialisés
pour les secteurs d'hospitalisation

Si vous êtes motivé, rigoureux, capable d'initiative et responsable, nous vous proposons d'évoluer au sein d'équipes pluridisciplinaires dynamiques. La diversité des pathologies traitées dans notre institution ainsi que sa philosophie de soins vous permettront de progresser dans des services de pointe attentifs aux valeurs humaines, au partage des compétences, au savoir-faire et à l'esprit d'équipe.

Renseignements :
Madame F. De Zorzi, Directrice du département infirmier et paramédical
04/225 60 48
murielle.lalieux@chrcitadelle.be

Les candidatures sont à adresser à Madame F. De Zorzi, Directrice du département infirmier et paramédical, CHR de la Citadelle, Boulevard du 12^{ème} de Ligne 1, 4000 LIEGE.

www.chrcitadelle.be



Création d'un outil de standardisation de la grille horaire des étudiants au sein du partenariat écoles-hôpital du CHU de Charleroi.

A l'heure où les Hautes écoles réfléchissent à la formation de l'infirmier responsable de soins généraux¹ et à la réforme de l'enseignement supérieur présentée dans le décret paysage², les institutions hospitalières sont confrontées à l'accueil d'un nombre de plus en plus important d'étudiants venus y suivre leur enseignement clinique durant une période limitée. Ce nombre croissant d'étudiants ainsi que l'augmentation prévue des heures de stages à réaliser conformément à la directive européenne (de 1.515h actuellement à 2.300h dès 2016) poussent les institutions hospitalières à repenser l'organisation de cet enseignement clinique.



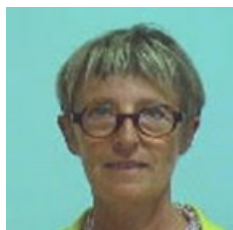
Rita DESTREE



André NAYES



Lydia BOSSIO



Françoise BARDIAU

Rita DESTREE, ICANE CHU Charleroi, site Vésale | André NAYES, Infirmier Chef de services CHU Charleroi | Françoise BARDIAU, Directrice département infirmier des Hôpitaux de l'ISPPC - CHU de Charleroi | Lydia BOSSIO, Directrice département infirmier de l'Hôpital Vincent Van Gogh

L'objectif de cet article est de présenter l'outil standardisé développé pour transmettre les grilles horaires des étudiants aux personnes concernées. Il exposera également en quoi cette standardisation améliore l'encadrement des étudiants.

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE AU CHU DE CHARLEROI

- Le CHU de Charleroi comprend 4 sites hospitaliers : 2 pôles aigus (L'hôpital Civil Marie Curie & et l'Hôpital Universitaire Vésale), un site psychiatrique (L'Hôpital Vincent Van Gogh) et un site de revalidation (L'Hôpital Léonard de Vinci)
- Il collabore avec 33 institutions scolaires regroupant divers types d'enseignement : secondaire, promotion sociale, Hautes écoles, universitaire, ...
- Parmi ces institutions, 10 écoles d'infirmières ont signé avec le CHU une convention de stage pour l'ensemble de leurs étudiants.
- Pour les mois de septembre à décembre 2014, nous avons

Site hospitalier	Périodes de stage de septembre à décembre 2014	Nombre d'étudiants
HCMC	1.081	652
VVG	374	211
LV	289	188
VESALE	982	586
	2.726	1.637

accompagné 2726 périodes³ de stage sur nos 4 sites hospitaliers, pour un total de 1.637 étudiants.

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Antérieurement à la création de l'outil, chaque service recevait de chaque école partenaire les horaires des étudiants. Ces horaires prenaient des formes variées selon les écoles, certains en Excel, d'autres en Word, parfois par mail, parfois sous forme de photocopies.

Les informations étaient hétérogènes et ne permettaient pas de « croiser » les données reçues.

Les terrains de stage retranscrivaient ou pas ces différentes grilles horaires selon des modèles qui leur étaient propres.

La problématique, outre le coté chronophage des retranscriptions, était le risque de méconnaissance du nombre exact des stagiaires attendus, de leur nom, de leur école, de leur qualification ou de leur année d'étude. Des erreurs de recopiage pouvaient également survenir.

LA CRÉATION DE LA GRILLE HORAIRE STANDARDISÉE

L'hôpital Vincent Van Gogh avait déjà opté pour une retranscription centralisée dans une grille Excel

>> Suite page 30

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

▸ Initiation pour les non-médicaux

Depuis 2005
Formation Post-Bachelor en Acupuncture
Reconnaissance par la plupart des mutuelles et organismes assureurs

ACUPUNCTURE

Haute École de Namur-Liège-Luxembourg **HENALLUX**
Département paramédical Ste Élisabeth
rue Louis Loiseau, 39 5000 Namur
Prochaine Portes Ouvertes le samedi 21 mai 2016 de 10h à 13h

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**

avec envoi des horaires dans les différents services. Sur base de cette proposition existante, et après rencontre de la directrice du département infirmier de cet hôpital, notre équipe Partenariat écoles/hôpital (L’infirmier chef de service en charge du Partenariat écoles/hôpital et les ICANes du CHU de Charleroi) a élaboré une « grille standardisée des horaires étudiants » reprenant le terrain de stage, le nom de l’école, le nom de l’étudiant, l’année de formation et un calendrier.

Le classeur Excel présente 12 feuilles correspondant aux mois de l’année scolaire : de septembre à août. Chaque feuille est imprimable en format A4. Un onglet supplémentaire reprend les codes à utiliser. Pour une meilleure lisibilité de l’horaire, un code couleur est employé pour les WE et les congés scolaires. Le recours à une mise en forme conditionnelle permet de visualiser d’emblée les stages de nuit. (Les cellules code 3 = nuit apparaissent en rouges) [Voir tableau ci-contre]

Notre choix s’est porté sur le logiciel Excel principalement pour 3 raisons :

- L’existence d’un modèle déjà expérimenté positivement sur un site
- La facilité d’utilisation de l’outil
- Sa gratuité (hors License office).

LES MODALITÉS D’UTILISATION

- Un code chiffré allant de 1 à 7 sert à la représentation du type d’horaire. 1=matin ; 2=soir ; 3=nuit ; 4= Travail de Fin d’Etudes ; 5=évaluation ; 6=horaire à déterminer avec le service et 7= 7-19H (pour secteurs spécifiques).
- Notre objectif était d’obtenir la collaboration des écoles pour qu’elles adoptent notre outil et réalisent l’encodage de leurs étudiants sur le modèle proposé. Nous visions principalement les écoles partenaires ayant signé une convention⁴ dans laquelle la direction de l’école s’engage à communiquer à l’hôpital le planning général des stages. Pour ce faire, nous avons

présenté la grille lors d’une réunion avec les représentants des écoles dans le cadre de notre partenariat. Ensuite, le classeur Excel a été envoyé à chaque école avec la correspondance des codes et les acronymes à utiliser pour définir les terrains de stage. En effet, il était important d’avoir une écriture identique pour permettre aisément le tri et le filtre des données. Nous avons obtenu l’aval des écoles qui, chaque mois, nous font parvenir les horaires que nous transférons par copier/coller dans une base de données unique.

- Pour les stagiaires faisant l’objet d’une convention individuelle, il a été convenu que l’horaire serait encodé par nos soins dans la base de données commune.
- Cette grille standardisée des horaires est placée dans le SharePoint de l’hôpital (espace commun virtuel de partage interne d’information), accessible par tous les membres du personnel, mais non modifiable par ceux-ci.
- Conjointement, nous avons présenté la grille horaire aux infirmiers relais partenariat écoles/hôpital (IRPEH) et aux infirmiers en chef de nos services. Nous leur avons exposé comment filtrer les données propres à leur service.
- Il a été demandé qu’une impression mensuelle des horaires soit réalisée et soit consultable à tout moment dans les services.

LES LIMITES DE LA GRILLE STANDARDISÉE DES HORAIRES

La grille ne permet pas la planification des stages. Le programme pourrait être amélioré en vue de permettre la répartition des étudiants en accord avec les termes repris dans les conventions passées avec les écoles.

La grille reprend les étudiants programmés pour les périodes de stage mais ne permet pas de prendre en compte les étudiants qui ont effectivement presté leur stage. En effet, il n’est pas prévu d’y encoder les absences.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI				
	Unité de soins	Ecole	Nom de l'étudiant	Année de formation	4/30/2015	5/29/2015	6/30/2015	7/29/2015	8/29/2015	9/29/2015	10/29/2015	11/29/2015	12/29/2015	1/29/2015	2/29/2015	3/29/2015	4/29/2015	5/29/2015	6/29/2015	7/29/2015	8/29/2015	9/29/2015	10/29/2015	11/29/2015	12/29/2015	1/29/2015	2/29/2015	3/29/2015	4/29/2015	5/29/2015	6/29/2015	7/29/2015	8/29/2015	9/29/2015	10/29/2015	11/29/2015	12/29/2015		
443	LVIS	CONDORCET	AGHABRI Mohamed	2001			1	2	1					1	2	1						1	2	1															
444	LVIS	CONDORCET	KNAPPENBERGH Melanie	2001					1	2	1			1	2	1																							
445	LVIS	CONDORCET	WERNER Thérèse	2001																																			
446	LVIS	IESCAM	CHEPPE-OTHEL Olivier	1C		6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	6	6	6																			
447	LVIS	IESCAM	NIEMAN Lucien	1C		6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	6	6	6																			
448	LVIS	IESCAM	REVELARD Mathilde	1E																																			
449	LVIS	IESCAM	SEBAHE Sabrina	1B																																			
450	LVIS	IPSMAS	Boussini Julien	B512			1	2	1					5	2																								
451	LVIS	IPSMAS	Dussart Pascal	B515												1	5	2	1																				
452	LVIS	IPSMAS	Lalot Fabiana	B512										6			2	1																					
453	LVIS	SAMA	Akariçilgin	210A			1	1	1																														
454	LVIS	SAMA	Del Fakher Nassandra	210A										1	2	1																							
455	LVIS	SAMA	Filison Melany	210D																																			
456	LVIS	SAMA	Faniello Sarah	210B			2	1	1	1	1																												
457	LVIS	SAMA	Van de Vreire Helene	210C										1	1	2	1																						
1031																																							
1047																																							
1048																																							
1049																																							
LEGENDE HORAIRES				Sept 2014	Oct 2014	Nov 2014	Déc 2014	Janv 2015	Fév 2015	Mars 2015	Avril 2015	Mai 2015	Juin 2015	Juillet 2015	Août 2015																								

CONCLUSION

La grille standardisée des horaires des étudiants est utilisée depuis septembre 2014 pour l’ensemble des sites de notre institution.

C’est avant tout une belle réussite de collaboration entre les écoles partenaires et le CHU de Charleroi. C’est le premier outil commun, identique employé par des écoles d’horizons différents au profil d’un même objectif : une meilleure communication des horaires de tous les étudiants. Outre une surveillance accrue des présences, il permet une meilleure répartition des étudiants durant la journée et contribue à un meilleur encadrement sur nos terrains de stage.

Cet outil devient également pour certaines écoles partenaires le moyen de communication des grilles horaires vers d’autres institutions hospitalières. Si tous les hôpitaux partenaires des écoles travaillaient avec le même support, la tâche des enseignants responsables de ces programmations de stages serait facilitée.

Cette grille standardisée fait partie des outils implémentés au CH de Charleroi pour faciliter la prise en charge des étudiants encadrés au sein de chaque unité de soins par l’équipe infirmière et en particulier par l’infirmière relai partenariat école – hôpital. Notre objectif restant toujours la qualité des soins au patient et la formation clinique de qualité pour les étudiants.

BIBLIOGRAPHIE :

BRIZON H. : « L’intégration des nouveaux soignants » Ed Masson – Paris 2000

PÔLET-MASSET A-M. : « Passeport pour l’autonomie », Ed Larmarre, Paris, 1993

Directive européenne 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 07 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Décret définissant le paysage de l’enseignement supérieur et l’organisation académique des études. JC Marcourt. D. 07.11.2013 MB 18.12.2013

DURAND C. « De la capacité à la compétence : créer les conditions favorables à l’accompagnement des nouveaux étudiants » [en ligne]. 2011 Disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/article/de-la-capacite-a-la-compete.html> (captation en juin 2012)

PERRENOUD B., MARQUIS A-M. : « Praticien formateur en soins infirmiers : tisser les compétences de soignant et de formateur pour un changement de rôle. » Recherche en soins infirmiers N°90, 2007

VIAL M. : « l’accompagnement professionnel : une pratique spécifique » [en ligne]. 2007 Disponible sur http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-L_accompagnement_professionnel_une_pratique_specifique.pdf (captation en 2014)

¹ Directive européenne 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 07 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
² Décret définissant le paysage de l’enseignement supérieur et l’organisation académique des études. JC Marcourt. D. 07.11.2013 MB 18.12.2013
³ Périodes de 1j à plusieurs semaines
⁴ Les conventions de stage ont pour but de régler les relations entre les établissements responsables de la formation et l’institution de stage qui collabore à cette formation

LES AVANTAGES DE LA GRILLE STANDARDISÉE DES HORAIRES

AVANTAGES	Pour l’étudiant	Pour les écoles	Pour les services hospitaliers	Pour l’ICANE
La liste des étudiants prévus par service et par mois est plus exhaustive et contribue certainement à une meilleure surveillance des présences des étudiants sur les lieux de stage.		X	X	
Le stagiaire est attendu ce qui peut contribuer à une meilleure intégration.			X	
L’infirmier(e) en Chef ou l’Infirmier Relais Partenariat Ecole Hôpital ont la possibilité d’optimiser la répartition des étudiants avec un code 6 (horaire à convenir avec le service) en matin ou en soir, en fonction du nombre d’étudiants attendus, des prescriptions des écoles et des desideratas de l’étudiant.			X	
Sur base de la grille, nous envoyons aux cuisines la liste des stagiaires prestant la nuit pour qu’ils bénéficient d’un repas. Une formule permet de repérer toutes les lignes avec un code 3 (horaire de nuit). Cette méthode évite les oublis récurrents.	X			
Il est possible de vérifier à tout moment le nombre d’étudiants par service, et donc le respect des normes fixées dans les conventions.				X
Cette grille facilite la recherche d’une population d’étudiants dans un service avec la correspondance de leur école d’origine lorsque des mesures prophylactiques sont à prendre pour le personnel ayant soigné des patients dont la contagion a été mise en évidence a posteriori.				X
La grille permet de connaître à tout moment l’endroit et l’horaire de stage d’un étudiant.		X		X



Le CHU Tivoli recrute

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

pour tous les secteurs d'hospitalisation et les services médico-techniques.

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

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

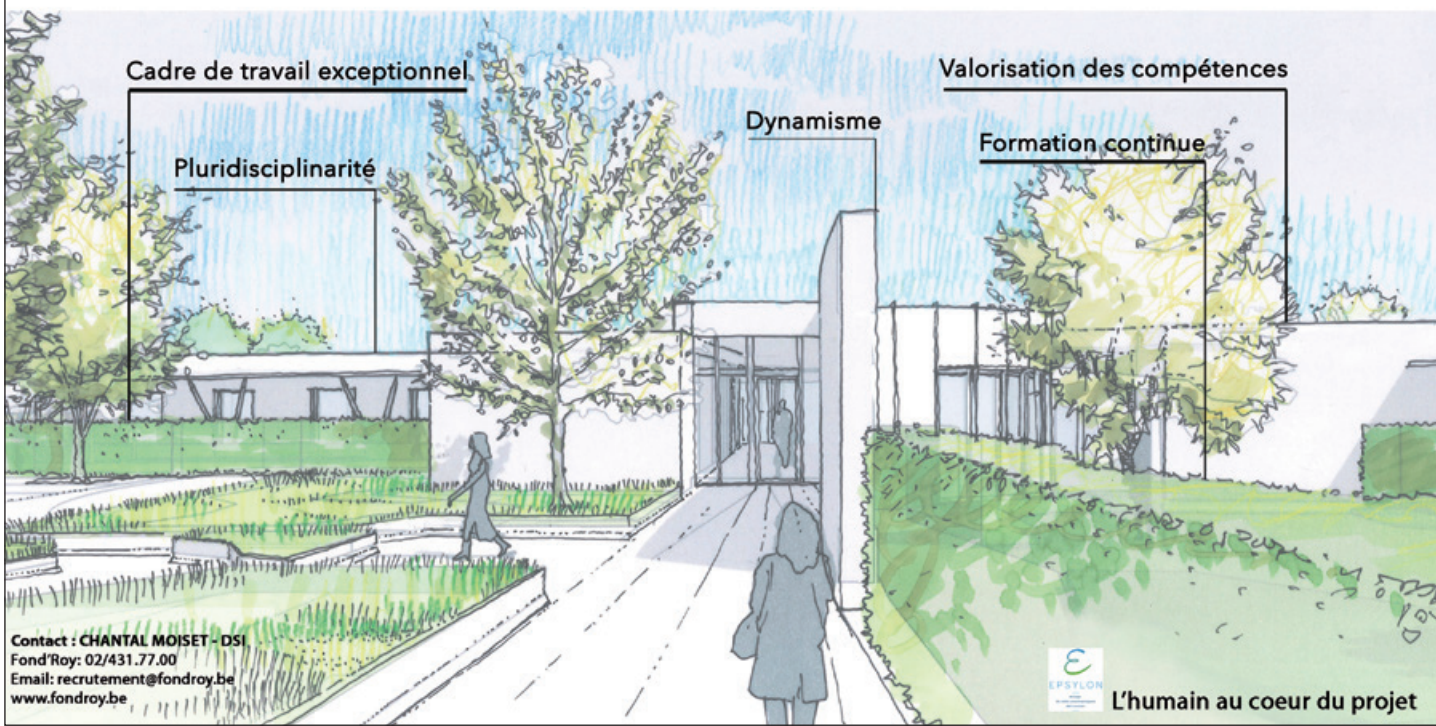




Agenda

A l'étranger		
10.04.2016 - 13.04.2016 9th Geneva Conference on Person Centered Medicine	Genève, Suisse	www.personcenteredmedicine.org
En Belgique		
10.12.2015 8h30 -16h30 : Le fil des soins infirmiers tissé autour du patient	Hôpital Erasme Bâtiment F. Auditoire F2.103 Route de Lennik 808 à 1070 Bruxelles	www.fnib.be Inscription obligatoire Par email: nathalie.meily@erasme.ulb.ac.be Par téléphone au: 02/555 59 27
12.12.2015 9h00-12h00 : Le patient-partenaire : oui, mais comment ?	Ecole de santé publique ULB, auditoire Sand. Route de Lennik 808 à 1070 Bruxelles	dan.lecocq@ulb.ac.be
18.02.2016 9h00-16h00 : Rétablissement, empowerment, et participation des usagers	Rue Royale 336 1030 Bruxelles	www.infirmieres.be/formation/2eme-journee-de-sante-mentale-et-psychiatrie
05.03.2016 9h00-16h00 : 32ème symposium en oncologie organisé par la SIO: Soins en oncologie : Perspectives au-delà des espérances	Avenue Mounier 51 1200 Woluwe Saint Lambert	www.infirmieres.be/formation/symposium-oncologie-sio
26.04.2016 9h00-16h30 : 9ème Symposium de Soins Infirmiers en Pathologies Cardiovasculaires	Avenue des combattants 41 1340 Ottignies	www.infirmieres.be/formation/9-eme-symposium-de-soins-infirmiers-en-pathologies-cardiovasculaires
14.04.2016 34ème symposium SIZ-Nursing	Save the date !	www.endofic.be

**EPSILON RESEAU DE SOINS PSYCHIATRIQUES BRUXELLES RECRUTE**
Des infirmier(e)s bachelier(e)s - gradué(e)s - spécialisé(e)s pour différents services de ses cliniques
et en particulier pour la MAISON D'ADOS AREA +
un nouveau concept de soins au coeur d'un projet innovant et différencié



Cadre de travail exceptionnel

Pluridisciplinarité

Dynamisme

Valorisation des compétences

Formation continue

Contact : CHANTAL MOISET - DSI
Fond'Roy: 02/431.77.00
Email: recrutement@fondroy.be
www.fondroy.be

L'humain au coeur du projet

Rubrique culinaire RECETTE :

« Nombreux...préparons un plat unique ! »



LA LASAGNE DE SAUMON AUX ÉPINARDS



Ingrédients pour 6 personnes :

2 boîtes de feuilles de lasagne (à utiliser sans pré cuisson préalable) - 1 kg de filet de saumon frais. - 300 gr de saumon fumé - 1kg d'épinards en branche surgelés - 150 gr de beurre - 150 gr de farine - 200 gr de fromage râpé - 3 cubes bouillon au poisson - Sel & poivre.

A l'action :

- > Préparer un bouillon en faisant chauffer 1 ½ l d'eau et en y ajoutant les trois cubes bouillon au poisson.
- > Détailler le filet de saumon en quatre morceaux et le plonger pendant 5 minutes dans le bouillon bouillant. Couper la source de chaleur.
- > Au bout de 5 minutes de cuisson, ajouter le saumon fumé et laisser infuser 2 minutes.
- > Retirer le saumon et réserver.
- > Préparer un roux blanc avec le beurre et la farine puis monter une sauce blanche à l'aide du bouillon.
- > Lorsque la sauce est à bonne consistance, ajouter les épinards qui vont dégeler rapidement. Rectifier l'assaisonnement.
- > Préparer la lasagne en alternant une couche d'épinards puis de saumon émietté puis de feuilles de lasagne. Recommencer jusqu'à épuisement des ingrédients en terminant par des feuilles de lasagne. Recouvrir de fromage et faire gratiner.

LE PARMENTIER DE CANARD CONFIT



Ingrédients pour 8 personnes :

2 boîtes de cuisses de canard confites (4 à 5 pièces par boîte) - 2 boîtes de haricots blancs cuisinés à la graisse d'oie ou de canard - 1 kg d'oignons - 2 kg de pommes de terre farineuses - 2 dl de lait - 2 dl d'huile d'olives parfumée à la truffe - 200 gr fromage râpé - Sel, poivre et noix de muscade.

Au boulot :

- > Eplucher, cuire les pommes de terre dans de l'eau bouillante salée, les égoutter après cuisson et les écraser pour en faire une purée. Ajouter le lait, rectifier l'assaisonnement et parfumer avec l'huile d'olives. Réserver.
- > Détailler en fins morceaux les cuisses de canard (enlever la peau).
- > Emincer les oignons en rondelles et les cuire dans de la graisse de canard. Assaisonner.
- > Etendre dans un plat la viande de canard, recouvrir avec les haricots, ajouter les oignons confits et terminer avec la purée à l'huile de truffe.
- > Recouvrir de fromage râpé et faire gratiner au four.
- > Bonne dégustation...

Les conseils du père « Effainibet »



Heureux de vous revoir. La fraîcheur d'un bon sauvignon blanc s'accordera bien avec la lasagne de saumon. Pour le parmentier de canard, j'opterais pour un Cahors ou un Madiran, vins puissants, charnus et sincères de Sud-ouest de la France. Et comme le disait l'un de mes amis, « Un point c'est un point. Deux points, c'est deux points ». Cherchez pas, j'ai jamais compris ce qu'il voulait dire par là...

Bulletin d'adhésion

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



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

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

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

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

- ☐ **ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
- ☐ **AFISCeP.be** (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
- ☐ **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)
- ☐ **CID** (Coordination des Infirmières à Domicile)
- ☐ **ENDO-F.I.C.** (Endoscopie - Formation Infirmière Continué)
- ☐ **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)
- ☐ **FIIB** (Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique) **Attention !!!! Pour tous les infirmiers indépendants, veuillez en premier choix opter pour la FIIB puis une autre association en 2° choix... Sinon vous ne serez pas comptabilisés pour l'INAMI.**

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.

€

Profitez de la vie, Vitaltel veille sur vous !

Vous vivez seul(e) à la maison ou votre conjoint(e) doit s'absenter ?
De jour comme de nuit, nous sommes à vos côtés. Malaise, chute, intrusion, prise de médicaments ou tout simplement besoin d'un contact ?
Vitaltel est là quand vous en avez besoin car la télé-assistance, c'est notre métier.



Contactez-nous !

078 15 12 12
www.vitaltel.be



Partenaire Mutualité chrétienne

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