



# AGORA

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

**N°/Nr 23**

Trimestriel : Avril - Mai - Juin 2016  
Driemaandelijks : April - Mei - Juni 2016



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

Unique.  
**corpuls cpr** 



[www.compressions-for-lives.com](http://www.compressions-for-lives.com)

# AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

## Edito

L'alcoolisme : fléau vie professionnelle et vie privée **5**

## Rubrique internationale

Les infirmières, premières intervenantes dans les soins, l'éducation et la résilience communautaire face au virus Zika **6**

Le Conseil international des infirmières porte la voix des infirmières au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé **7**

Copie de la lettre envoyée au Ministère de la Santé de votre pays **8**

## Rubrique juridique

Agréments des professions de santé **9**

## Nos partenaires ...

Assurer votre avenir **10**

La Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'ère des objectifs du développement durable après 2015 : la contribution essentielle de la profession infirmière **12**

## Portrait

Margaret Higgins Sanger **18**

## Nous avons lu pour vous ...

Envergure internationale du congrès fitter avec plus de 13 000 personnes ayant répondu à l'enquête mondiale sur les techniques d'injection dans le traitement du diabète **21**

Le bien-être du personnel infirmier et la qualité des soins **22**

## Également dans ce numéro :

Mise en garde relative au virus Zika **28**

Co-alcoolisme **30**

Rubrique culinaire **33**

Bulletin d'adhésion FNIB **34**

Agenda **32**

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

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

## Les publications

Sur le site [www.fnib.be](http://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](mailto: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](mailto: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](mailto:paulmeyer@publiet.be) - TVA : BE 0844 353 326

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : [agora@fnib.eu](mailto:agora@fnib.eu)

Layout : Pierre Ghys - [www.ultrapetita.com](http://www.ultrapetita.com)





concept by dfib.net

**Un hôpital  
pour la Vie**

Coopération

Respect

Qualité & Excellence

Ouverture au changement

Responsabilité

## Et si nous partageons 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](http://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

intra-hospitalière et extra-hospitalière

## Infirmier(ère)s spécialisés en oncologie

pour les différentes unités de la filière oncologie

## Infirmier(ère)s

pour les différentes unités d'hospitalisation



## L'alcoolisme : fléau vie professionnelle et vie privée

### Quel sujet ! Pourquoi ce sujet ?

Nous sommes très souvent démunis face à ce problème et nous recevons souvent des questions « que puis-je faire si un(e) collègue n'est pas en mesure de travailler et que je le constate ? ».

Délicat il est vrai mais de notre responsabilité face aux patients et pour notre collègue et nous-mêmes.

Notre collègue, administratrice de la FNIB, Nassira Belghezli nous en parle et nous fait profiter d'un condensé de son travail de recherche sur le sujet.

Consommer de l'alcool ou des drogues dans un contexte professionnel peut être lourd de conséquences.

Tant sur le plan du bien-être des travailleurs, de leur sécurité et de leur santé, que tant sur le plan de leurs performances professionnelles : diminution de la qualité du travail et productivité, absentéisme, problèmes relationnels, risques accrus d'accidents et de conflits.

La décisions de gérer la consommation de drogues et d'alcool au travail au niveau de la Santé Publique et des employeurs (par obligation légale avec la CCT 100, convention collective de travail n°100 et législation sur le bien-être) peut avoir pour origine une réflexion en termes de (dys)fonctionnement au travail mais aussi une préoccupation en terme de santé et protection des travailleurs.

Si nous devons nous soucier de l'individu il faut aussi savoir que l'employeur doit faire prévaloir la protection collective avant celle individuelle.

Il doit alors prévenir les risques, faire une analyse de ces derniers et doit promouvoir le bien-être au travail.

Travailler avec des personnes ayant une consommation problématique d'alcool et de drogues est complexe. Pour intervenir il faut se baser sur des éléments concrets dans la situation.

L'important est la façon dont la personne gère sa consommation. Il y a une dépendance physique (qui peut se traiter plus facilement) et une dépendance

psychique, mentale qui sera plus difficile à abolir. Dans le cas de l'alcool la personne est confrontée aux deux types de dépendance.

Certaines études ont démontré que, pour des collaborateurs confrontés à un sérieux problème d'alcoolisme, le niveau de productivité diminue jusqu'à 75%.

L'impact de la consommation d'alcool et de drogues peut être énorme pour la personne mais aussi pour les collègues, pour l'organisation et pour la société et donc les patients aussi.

Par conséquent, prévenir ces situations ou les traiter à temps est dans l'intérêt de tous.

Analyser et être vigilant sur le comportement d'un collègue est une forme de prévention, de protection de la personne et des autres. Et est donc un soutien bienveillant et non de délation nuisible ou gratuite.

Tout dépend évidemment de la manière dont s'opère l'étude et le suivi de la personne.

Nous sommes des professionnels de la Santé et avons donc des devoirs par rapport aux patients et aux collègues. Des devoirs de compétence, de sérieux et de probité et de respect du Code de déontologie de la profession.

Soyons vigilants, soyons bienveillants et professionnels, pour nous-mêmes et pour les autres.



Alda **Dalla Valle**

Présidente FNIB.



# Rubrique internationale

PRESS INFORMATION • COMMUNIQUÉ DE PRESSE • COMUNICADO DE PRENSA

## Les infirmières, premières intervenantes dans les soins, l'éducation et la résilience communautaire face au virus Zika

**Genève, Suisse, le 10 février 2016** - Les infirmières constituent le principal groupe de professionnels de la santé dans le monde et, pour de nombreux patients, représentent le premier point d'accès aux soins. À ce double titre, les infirmières jouent un rôle crucial dans l'éducation des patients à la prévention et aux risques du virus Zika, ainsi que dans la prise en charge des personnes devant recevoir un traitement.

Le Conseil international des infirmières (CII) recommande aux personnels infirmiers travaillant dans les pays confrontés à l'infection de conseiller aux patients de se protéger contre les piqûres de moustique au moyen de répulsifs, de moustiquaires et d'écrans anti-insectes, et en couvrant les parties exposées de leur peau. Il convient en outre d'éliminer les récipients – tels que pots de fleur et seaux – pouvant contenir des eaux stagnantes propices à la reproduction des moustiques. Dans les pays qui ne sont pas concernés par le virus, le CII recommande aux personnels infirmiers de demander aux patientes enceintes si elles se sont rendues récemment dans un pays touché et de leur conseiller de s'abstenir de s'y rendre.

« Les infirmières prodiguent l'essentiel des soins de santé primaires dans la plupart des pays : elles doivent donc être conscientes des risques liés au virus, de la manière de prévenir sa propagation et de l'opportunité de procéder à des tests et traitements », souligne le Dr Frances Hughes, Directrice générale du CII. « Si la maladie du virus Zika est en général relativement bénigne et n'exige pas de traitement spécifique, la flambée récente et le risque qu'elle pose aux femmes enceintes sont très préoccupants. »

Le Dr Hughes ajoute que « pour surmonter la peur et l'anxiété, les communautés doivent disposer d'informations à jour et exactes : les infirmières sont justement la clé de l'accès à ces informations. Elles sont particulièrement bien placées pour éduquer le public et lui offrir un soutien psychosocial, afin de le rassurer et de renforcer la résilience communautaire. Les personnels infirmiers sont également à même de détecter rapidement la maladie et d'appliquer les interventions qui s'imposent. »

Les premières infections au virus Zika ont été confirmées en mai 2015 au Brésil. Depuis lors, le virus s'est propagé dans plus de treize pays d'Amérique ainsi qu'au Cap-Vert, en Afrique<sup>[1]</sup>. Plusieurs cas ont été confirmés aux États-Unis et en Europe. Si le virus se transmet avant tout par la piqûre du moustique du genre *Aedes*, il peut se propager également par transfusion sanguine ou par contact sexuel. Malheureusement, on recense de nombreux cas, au Brésil et dans d'autres pays d'Amérique du Sud, de

transmission du virus d'une femme enceinte à l'enfant à naître. Selon la chaîne d'information Al Jazeera, le ministre de la santé du Brésil a annoncé plus de 4000 cas suspects et plus de 400 cas confirmés de microcéphalie chez des nouveau-nés : on soupçonne fortement que nombre de ces cas sont imputables au virus Zika<sup>[2],[3]</sup>.

### Note pour les rédactions

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

[1] Fiche d'information de l'OMS sur le virus Zika (2016). Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/>

[2] CDC (2016). Virus Zika. Internet: <http://www.cdc.gov/zika/transmission/>

[3] Al Jazeera (2016). Zika outbreak linked to thousands of Brazilian babies. 3 février 2016. Internet: <http://www.aljazeera.com/news/2016/02/zika-outbreak-4000-suspected-cases-brazil-160203152642446.html>

**Information : Lindsey Williamson, [media@icn.ch](mailto:media@icn.ch)**

Tél. : +41 22 908 0100 ; Télécopie : +41 22 908 0101, [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

# Le Conseil international des infirmières porte la voix des infirmières au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé

**Genève, Suisse, le 1<sup>er</sup> février 2016** - Devant le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) réuni pour sa 138<sup>e</sup> session, le Conseil international des infirmières (CII) a appelé l'OMS et les gouvernements à faire en sorte que les infirmières participent à tous les aspects de l'agenda politique, étant donné leur contribution essentielle à la santé mondiale aujourd'hui et demain.

Dans une intervention, le CII a souligné le rôle critique que jouent les infirmières dans l'élaboration, l'application et l'encadrement des nouvelles initiatives portant sur la main-d'œuvre et les services de santé. Le CII a aussi insisté sur le fait que le renforcement des systèmes de santé ne sera possible que moyennant un investissement pour les soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre du renforcement des ressources humaines pour la santé, lequel constitue une stratégie fondamentale pour la réussite des Objectifs du développement durable.

Le projet final du rapport de l'OMS intitulé Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 a été soumis au Conseil exécutif pour examen. La profession infirmière est appelée à occuper une place déterminante dans la Stratégie de l'OMS. C'est pourquoi le CII a appelé ses membres à faire en sorte que le rôle et les contributions des infirmières soient pris en compte de manière appropriée tout au long du processus d'élaboration et d'adoption de la Stratégie. À cet effet, le CII a préparé une série d'études thématiques destinées à aider les associations nationales d'infirmières dans leurs discussions avec des représentants de leurs gouvernements. Ces études sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.icn.ch/what-we-do/hrh-policy-briefs>. La Stratégie mondiale donnera aux pays des idées et des recommandations concrètes quant à la façon d'atteindre les objectifs et cibles du développement durable qui ont été entérinés par les Nations Unies en septembre 2015.

Mme Yukiko Kusano, consultante en politiques de soins infirmiers et de santé auprès du CII, a relevé que, pour le Conseil international des infirmières, « ni le troisième objectif du développement durable ni les objectifs de la stratégie sur les ressources humaines pour la santé ne seront atteints sans une augmentation urgente des investissements dans les soins infirmiers et obstétricaux ».

Les fonctions principales du Conseil exécutif de l'OMS sont d'appliquer les décisions et les politiques adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), de la conseiller et, d'une façon générale, de faciliter son travail. En 2016, l'AMS aura lieu du 23 au 30 mai. Plusieurs des points de son ordre du jour intéressent particulièrement notre profession, notamment le projet de Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 ; les services de santé intégrés et centrés sur le patient ; la santé dans le programme de développement durable jusqu'en 2030 ; les maladies non transmissibles et le vieillissement ; la

résistance aux antimicrobiens ; la santé des migrants ; la maladie à virus Ébola ; et les produits médicaux de contrefaçon.

L'AMS traitera également d'autres thèmes importants, tels que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ; la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant ; la santé des femmes, des enfants et des adolescents ; la violence ; la santé et l'environnement ; le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles ; les vaccins ; et la réforme de l'OMS.

La documentation du Conseil exécutif est disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/gb/f/f\\_eb138.html](http://apps.who.int/gb/f/f_eb138.html).

Devant le Conseil exécutif, le CII a fait des interventions concernant la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant ; la santé dans le programme de développement durable jusqu'en 2030 ; la flambée de maladie à virus Ébola en 2014 et ses répercussions ; et la main-d'œuvre et les services de santé. Avec l'Alliance mondiale des professions de santé (AMPS), le CII a fait une déclaration concernant l'action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé axée sur le parcours de vie.

Les membres du CII peuvent consulter les interventions dans les pages qui leur sont réservées sur le site Web du CII ainsi que sur le site Web de l'OMS : <https://apps.who.int/ngostatements/meetingoutline/7>.

Le CII entretient des relations officielles avec l'Organisation mondiale de la Santé depuis 1948. Depuis lors, le CII a collaboré à de nombreux projets d'intérêt mutuel avec l'OMS.

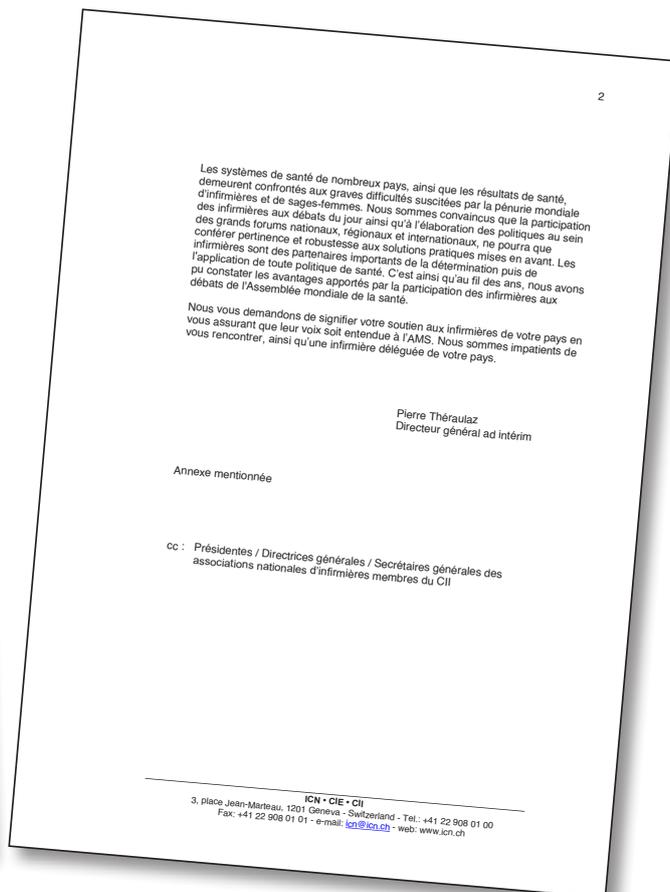
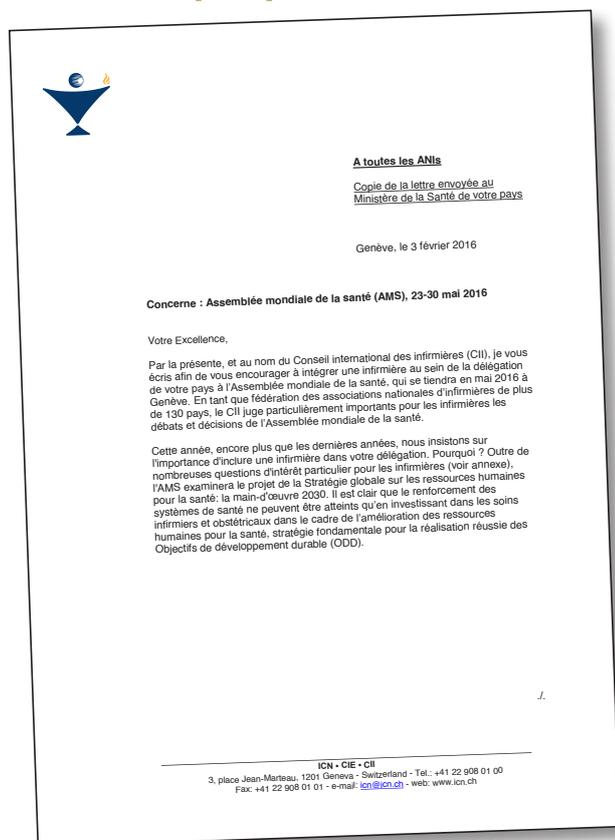
## Note pour les rédactions

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

**Information : Lindsey Williamson, [media@icn.ch](mailto:media@icn.ch)**

Tél. : +41 22 908 0100 ; Télécopie : +41 22 908 0101, [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

# Copie de la lettre envoyée au Ministère de la Santé de votre pays



Genève, le 3 février 2016

Concerne : Assemblée mondiale de la santé (AMS), 23-30 mai 2016

Votre Excellence,

Par la présente, et au nom du Conseil international des infirmières (CII), je vous écris afin de vous encourager à intégrer une infirmière au sein de la délégation de votre pays à l'Assemblée mondiale de la santé, qui se tiendra en mai 2016 à Genève. En tant que fédération des associations nationales d'infirmières de plus de 130 pays, le CII juge particulièrement importants pour les infirmières les débats et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé.

Cette année, encore plus que les dernières années, nous insistons sur l'importance d'inclure une infirmière dans votre délégation. Pourquoi ? Outre de nombreuses questions d'intérêt particulier pour les infirmières (voir annexe), l'AMS examinera le projet de la Stratégie globale sur les ressources humaines pour la santé: la main-d'œuvre 2030. Il est clair que le renforcement des systèmes de santé ne peuvent être atteints qu'en investissant dans les soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre de l'amélioration des ressources humaines pour la santé, stratégie fondamentale pour la réalisation réussie des Objectifs de développement durable (ODD).

Les systèmes de santé de nombreux pays, ainsi que les résultats de santé, demeurent confrontés aux graves difficultés suscitées par la pénurie mondiale d'infirmières et de sages-femmes. Nous sommes convaincus que la participation des infirmières aux débats du jour ainsi qu'à l'élaboration des politiques au sein des grands forums nationaux, régionaux et internationaux, ne pourra que conférer pertinence et robustesse aux solutions pratiques mises en avant. Les infirmières sont des partenaires importants de la détermination puis de l'application de toute politique de santé. C'est ainsi qu'au fil des ans, nous avons pu constater les avantages apportés par la participation des infirmières aux débats de l'Assemblée mondiale de la santé.

Nous vous demandons de signifier votre soutien aux infirmières de votre pays en vous assurant que leur voix soit entendue à l'AMS. Nous sommes impatients de vous rencontrer, ainsi qu'une infirmière déléguée de votre pays.

Pierre Théraulaz  
Directeur général ad intérim

- Systèmes de santé - Projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 et Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne
- La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030
- Maladies non transmissibles
- Projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé
- Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens
- Promotion de la santé des migrants
- Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et questions soulevées et
- Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits
- Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
- La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant
- Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent
- Projet de plan d'action mondial contre la violence;
- Santé et environnement
- Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé sur VIH,

- Hépatite virale et Infections sexuellement transmissibles
- Plan d'action mondial pour les vaccins et
- Réforme de l'OMS - Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
- Mise en oeuvre du cadre d'action intersectorielle dans les pays pour la santé et l'équité en santé (résolution WHA67.12)
- Accès aux médicaments essentiels (résolution WHA67.22)
- Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12)
- Contribuer au développement économique et social: une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé [suivi de la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé] (résolution WHA67.12)
- Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie (résolution WHA67.19)

**ICN • CIE • CII**

**3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland**

**Tel.: +41 22 908 01 00- Fax: +41 22 908 01 01**

**e-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch) - web: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)**

## Rubrique Juridique

### Agréments des professions de santé

Depuis le 1/07/14, la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Communauté flamande et la Communauté germanophone octroient les agréments aux professionnels de santé.

Notre SPF continue cependant de délivrer les visas et de gérer les normes et l'agrément des lieux et maîtres de stage pour les médecins, dentistes et pharmaciens hospitaliers. Le suivi des stages est maintenant effectué par les Communautés. Pour plus d'information sur la réforme de l'Etat, cliquez ici.

En cliquant sur le lien de votre choix, vous accéderez à la profession désirée.

1. Médecins (Généralistes - Spécialistes)
2. Dentistes
3. Kinésithérapeutes
4. Sages-femmes
5. Infirmiers
6. Aides-soignants
7. Paramédicaux
8. Pharmaciens

#### eHealthBox

Depuis le 3 juin 2013, les médecins généralistes reçoivent l'information concernant le maintien de leur agrément dans leur eHealthBox. Ce média sera dorénavant notre seul moyen de communication vers les médecins afin de répondre à notre valeur « développement durable ». Cette opération est possible depuis la nouvelle loi santé qui donne force probante aux mails envoyés dans l'eHealthBox qui existe depuis 2011 et que chaque médecin s'est vu attribuer. Le service agrément des professions des soins de santé reste à votre entière disposition pour toute information.

Manuel d'utilisation de l'application eHealthBox

**Service Public Fédéral (SPF) Santé publique,  
Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement  
Eurostation II  
Place Victor Horta, 40 bte 10  
1060 Bruxelles**

**Contact center : +32 (0)2 524.97.97  
Formulaire en ligne**

# Nos partenaires

## Assurer votre avenir

L'association d'assurance médicale AMMA a été créée fin 1944 par et pour le secteur des soins de santé. Ce sont toujours aujourd'hui des prestataires de soins et des spécialistes de l'assurance qui gèrent ensemble l'association. AMMA assure évidemment de nombreux infirmiers indépendants et salariés et peut vous offrir une large gamme d'assurances qui correspondent à vos besoins spécifiques.

### AMMA, leader du marché en responsabilité civile professionnelle

En tant qu'infirmiers, vous êtes confronté constamment à de nouveaux défis : de nouveaux traitements médicaux et des évolutions rapides de la technologie ainsi qu'un cadre législatif qui change tout le temps.

Vous ne pouvez pas toujours éviter des erreurs, mais vous pouvez vous protéger contre les conséquences financières en cas de responsabilité. L'assurance R.C. Professionnelle de AMMA offre aux infirmiers comme vous la possibilité de vous concentrer sur toutes les tâches que votre métier exige, avec la certitude que vous bénéficiez de la meilleure protection en cas de plaintes éventuelles.

La R.C. Professionnelle de AMMA est **la seule assurance paramédicale qui couvre vos héritiers et vous-même jusqu'à vingt ans après une faute paramédicale (présu-mée)**. Même si votre contrat a été arrêté entre-temps suite à un changement de carrière, votre retraite ou votre décès. La seule condition est que la faute présumée ait été commise pendant la durée du contrat. En plus, il n'y a presque pas d'exclusions qui risquent de réduire sensiblement la couverture de votre contrat.

### Prévention – communication - information

AMMA vous aide à éviter de commettre certaines fautes ou à en minimiser l'impact. Une bonne communication entre l'infirmier(e) et le patient est primordiale. En cas de plainte, si vous pouvez dialoguer de façon positive avec votre patient et que vous puissiez ainsi maintenir la relation de confiance, vous augmentez vos chances que la plainte puisse être réglée à l'amiable. AMMA vous assistera volontiers par des conseils qui contribueront à une meilleure communication avec le patient. Nous organisons par exemple des séances d'information sur la gestion des risques médicaux. Pour plus d'information, vous pouvez contacter votre key account manager Marc Piccart, marc.piccart@amma.be.

### L'assurance hospitalisation: une large couverture avant et après hospitalisation

Chez AMMA, vous bénéficiez d'une des plus larges couvertures sur le marché, pour une prime réduite. Des remboursements liés à l'hospitalisation sont couverts **de 2 mois avant l'hospitalisation** jusqu'à 6 mois après. De plus, vous avez droit à une chambre individuelle sans surprime en Wallonie et en Flandre.

### Le revenu garanti : fondamental pour les indépendants

Indépendants ? Une maladie ou un accident vous mettront dans une situation difficile. L'assurance revenu garanti de AMMA est là pour protéger vos revenus. Vous recevrez la rente que vous avez choisie après évaluation de votre invalidité économique ou physiologique. L'invalidité économique renvoie à l'incapacité d'exercer votre métier, l'incapacité physiologique à la diminution de l'intégrité corporelle constatée par décision médicale.

En cas d'invalidité partielle, le remboursement n'est pas limité dans le temps, mais il est effectué en fonction du degré d'invalidité. Les maladies psychiques sont aussi largement couvertes.

### Des assurances voiture et incendie, pensées pour le secteur des soins

Les assurances voiture et incendie de AMMA prévoient des couvertures spécifiques pour le secteur médical. Ainsi, l'assurance auto vous couvre jusqu'à € 2.500 en cas de disparition, de destruction et/ou d'endommagement de vos biens professionnels comme le matériel paramédical. AMMA intervient pour :

- les frais exposés par l'assuré pour le nettoyage et la remise en état des garnitures intérieures du véhicule désigné, occasionnés par le transport de patients (blessés ou non)
- les dégâts vestimentaires subis par le conducteur
- des problèmes avec les bagages personnels du patient transporté.

L'assurance habitation de AMMA couvre automatiquement la reconstitution des données paramédicales endommagées ou effacées, peu importe s'il s'agit de livres, d'archives ou de fichiers sur votre pc. Elle assure aussi les dégâts :

- aux médicaments, destinés aux patients, dans une installation frigorifique à usage privé ou professionnel
- à un pc à usage professionnel
- à une enseigne lumineuse sur la façade de votre cabinet.

### En savoir plus ?

Contactez AMMA via 02/209 02 21 ou via [consult@amma.be](mailto:consult@amma.be)

# Nous recrutons !



**EpiCURA** regroupe 3000 professionnels et 70 métiers. En pleine mutation, notre centre hospitalier est important de par sa taille et son rayonnement. Chaque jour, notre projet médical ambitieux et innovant poursuit un objectif clair : s'engager pour la santé de nos patients.

Dans notre ensemble hospitalier, la qualité des soins est prioritaire, tant au niveau de la compétence du personnel médical et soignant que de la modernité des équipements.

Nous devenons progressivement l'acteur régional le plus adapté à son environnement : proche du patient, riche de sa diversité et fort d'un projet cohérent, novateur et ambitieux.

*Vous souhaitez nous rejoindre ?*



[www.epicura.be/jobs](http://www.epicura.be/jobs)

Site d'ATH  
rue Maria Thomé 1  
7800 Ath  
Tél : +32 (0)68 26 21 11

Site de BAUDOUR  
rue Louis Coly 136  
7331 Baudour  
Tél : +32 (0)165 76 81 11

Site de BELOEIL  
rue d'Ath 19  
7970 Belloeil  
Tél : +32 (0)169 68 27 11

Site de FRAMERIES  
rue de France 2  
7080 Frameries  
Tél : +32 (0)165 61 22 11

Site d'HORNU  
rue de Mons 63  
7301 Hornu  
Tél : +32 (0)165 71 31 11

Centre Hospitalier EpiCURA asbl : rue Louis Coly, 136 - 7331 Baudour



Lohmann & Rauscher

Des **soins** appropriés,  
une bonne **qualité**  
et un bon **prix** pour votre patient :

**Debrisoft®**  
Préparation du lit  
de la plaie



**Lomatuell® Pro**  
Avec interface gélifiante



**Suprasorb® P**  
Pansement en mousse PU



**Indications**

- › Plaies aiguës
- › Plaies chroniques

**Vos avantages**

- › Simple
- › Rapide
- › Efficace

**Avantages pour le patient**

- › Quasi sans douleur
- › Doux

**Indications**

- › Plaies aiguës
- › Plaies chroniques
- › Plaies post-opératoires

**Vos avantages**

- › Soins de plaies en milieu humide
- › Utilisable des 2 côtés
- › Découpable
- › Flexible et souple

**Avantages pour le patient**

- › Renouvellement atraumatique et quasi sans douleur

**Indications**

- › Ulcères variqueux, veineux ou artériels
- › Escarres
- › Ulcères diabétiques
- › Brûlures du 1er et 2ième degré

**Vos avantages**

- › Couche de contact perforée
- › Découpable
- › Facile à appliquer
- › Favorise la cicatrisation des plaies en milieu humide

**Avantages pour le patient**

- › Doux, flexible, confortable
- › Bonne tolérance
- › Membrane PU, antibactérienne et hydrofuge

# La Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'ère des objectifs du développement durable après 2015 : la contribution essentielle de la profession infirmière

Prof Jill White, AM RN RM MEd PhD

## But

Le but du présent document est de donner aux associations nationales d'infirmières (ANI) les informations nécessaires pour comprendre les initiatives internationales actuelles en matière sanitaire, ainsi que le processus décisionnel qui les accompagne, à un moment crucial de la définition des prochaines grandes orientations dans ce domaine. L'intention du CII est d'aider les ANI à contribuer dans une plus grande mesure à la définition des programmes d'action nationaux et mondiaux.

Le présent document fait référence au « projet zéro » de Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 ([http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh\\_workforce2030.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh_workforce2030.pdf?ua=1)).

## Contexte

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui arrivent à échéance en 2015, ont été un moteur puissant de la mobilisation politique en faveur du développement de la santé, grâce à leur clarté et aux cibles chiffrées qui les complétaient. Le programme de développement pour l'après-2015 a été élaboré par un groupe de haut niveau composé d'éminentes personnalités désignées par les Nations Unies. Le groupe a reçu le rapport établi par une équipe spéciale des Nations Unies définissant à grands traits les quatre piliers du programme de développement pour l'après-2015 : développement économique inclusif ; pérennité de l'environnement ; développement social inclusif (y compris santé) ; paix et sécurité, sous-tendus par les droits de l'homme, l'équité et la durabilité.<sup>1</sup> Ce travail a abouti à l'élaboration, puis à l'adoption formelle par les Nations Unies le 25 septembre 2015, des nouveaux Objectifs du développement durable (ODD).<sup>2</sup> Il est certain que ces objectifs serviront de cadre aux investissements ces quinze prochaines années.

Le programme des ODD reprend plusieurs des cibles des OMD qui n'ont pas été atteintes, tout en tenant compte du nouveau contexte sanitaire. Il conserve, de même, les objectifs des OMD liés à la santé, et intègre désormais, accompagné d'indicateurs et cibles explicites, le défi posé par les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.<sup>3</sup> La Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé donnera des recommandations concrètes et des idées sur la manière de réaliser, au plan technique, les Objectifs du développement durable qui viennent d'être adoptés et les cibles qui y sont associées.

## Objectifs du développement durable (ODD)

Pendant quinze ans, les OMD ont été au cœur des priorités du financement des initiatives en faveur des pays en voie de développement.

Les mêmes objectifs ont servi de référence pour mesurer les progrès accomplis dans le domaine de la santé au plan mondial. Leur réalisation est rapidement devenue une priorité pour la communauté internationale, suscitant la création de grandes organisations sanitaires très influentes comme le GAVI (vaccination), le Fonds mondial et l'ONUSIDA (VIH/sida et autres maladies transmissibles). Les OMD ont aussi mis en valeur le rôle d'autres organisations, à l'exemple du Fonds des Nations Unies pour la population (dans le domaine de la santé maternelle).

Les ODD incarnent, quant à eux, la stratégie des Nations Unies pour les quinze prochaines années. La stratégie a été formellement adoptée en 2015 mais son contenu est déjà bien défini, puisque elle était en chantier depuis le sommet de Rio en 2012.<sup>2</sup> Les buts et cibles d'ODD feront l'objet d'un suivi et seront passés en revue à l'aune d'un ensemble d'indicateurs mondiaux. Ces indicateurs seront complétés, en premier lieu, par des indicateurs nationaux et régionaux qu'élaboreront les États membres ; et, en second lieu, par les résultats des travaux qui seront menés pour établir des points de comparaison s'agissant des cibles pour lesquelles il n'existe pas encore de données de référence au plan national et mondial. Ce « cadre mondial d'indicateurs d'ODD », dont la mise au point est confiée à un groupe d'experts interagences des Nations Unies, sera formalisé par la Commission statistique de l'ONU en mars 2016 avant d'être adopté par le Conseil économique et social et l'Assemblée générale, conformément aux mandats existants. Ce cadre, simple mais robuste, portera sur tous les objectifs et cibles du développement durable, y compris leurs moyens d'application. Il respectera l'équilibre politique, l'intégration et l'ambition que reflètent ces objectifs et cibles.

Il est indispensable que la profession infirmière comprenne toute l'importance et l'impact potentiel des Objectifs du développement durable. Nous avons déjà manqué le débat sur la définition des objectifs et des cibles<sup>3</sup> : c'est pourquoi nous devons maintenant nous assurer d'être présentes au début du processus de sélection des indicateurs de progrès. Si ces indicateurs ne tenaient pas compte de l'apport et de l'impact des soins infirmiers, notre profession risquerait de rester invisible ces quinze prochaines années, de 2016 à 2030.

Les OMD et les Objectifs du développement durable diffèrent par des aspects très importants. Les premiers étaient au nombre de huit seulement, dont trois concernant explicitement la profession infirmière : OMD 4, réduire la mortalité infantile et post-infantile ; OMD 5, améliorer la santé maternelle ; et OMD 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Les objectifs du Millénaire pour le développement étaient clairement axés sur les pays en voie de développement.

Les Objectifs du développement durable sont assez différents. TOUS les pays sont désormais concernés, indépendamment de leur niveau de revenu : en effet, il est admis que les pays riches eux-mêmes sont confrontés à des inégalités profondes et que leurs propres actes auront un effet direct sur la durabilité au niveau mondial.

Le programme de développement pour l'après-2015 adopté le 25 septembre 2015 contient 92 paragraphes, en majorité consacrés à une description des 17 Objectifs du développement durable (Annexe I) :

1. Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde
2. Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable
3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge
4. Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie
5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles
6. Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau
7. Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable
8. Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous
9. Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation
10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre
11. Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables
12. Établir des modes de consommation et de production durables
13. Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions
14. Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable
15. Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité
16. Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous
17. Renforcer les moyens de mettre en oeuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser

On constate qu'un objectif est consacré à la santé : « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » (objectif n° 3). Cet objectif compte neuf sous-objectifs ou cibles (voir Annexe II). La liste ci-dessus montre cependant que d'autres objectifs concernent également la santé, en particulier l'objectif 6 sur l'eau et l'assainissement, lui-même étroitement associé à l'objectif 13 sur le climat, un thème très important pour les pays insulaires et pour les pays-delta. Cela montre bien l'intention sous-jacente des ODD, conçus pour

être fondamentalement intégrés, universels et respectueux de la triple dimension économique, sociale et environnementale du développement durable.<sup>2</sup>

Autres cibles impactant directement la santé :

- Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation
- Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés
- Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants
- D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, ait accès toute l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante
- D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées
- D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable

L'infrastructure existe déjà pour traiter les premiers objectifs 1 à 3, qui sont repris des objectifs du Millénaire pour le développement. Par contre, nous devons expliquer de manière convaincante à nos gouvernements le potentiel de la profession infirmière en ce qui concerne les nouveaux objectifs sur les maladies non transmissibles, l'abus de substances, les accidents et traumatismes dus au trafic routier, les services de santé sexuelle et génésique, les modèles de soins abordables et accessibles et la sécurité environnementale. Nous devons également veiller à ce que notre impact soit reflété dans les indicateurs concernant chacun de ces domaines. Les éléments probants dont nous disposons doivent être présentés sous une forme narrative qui remporte l'adhésion au niveau local. Chaque pays doit élaborer ses propres cibles et prévoir les moyens de les atteindre, de manière à créer une possibilité d'exercer une influence localement.

Au 25 août 2015, les objectifs sont accompagnés de 169 propositions de cible et de 304 propositions d'indicateur de contrôle.<sup>3</sup>

Pour de plus amples renseignements sur les Objectifs du développement durable, cliquer sur le lien ci-dessous. Il s'agit d'un briefing d'une heure destiné aux journalistes (en anglais).

<http://kff.org/global-health-policy/event/web-briefing-for-media-what-do-the-sustainable-development-goals-mean-for-global-health/>

## Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030<sup>4</sup>

La Stratégie a été élaborée suite à une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé à sa session de 2014, par laquelle les États membres de l'OMS soulignent l'importance de disposer d'une stratégie mondiale pour les ressources humaines de santé à l'appui des

nouveaux Objectifs du développement durable. Le projet de stratégie tire parti des éléments probants et de l'expérience disponibles au niveau international, ainsi que des consultations larges menées entre 2013 et 2015 auprès d'experts aux niveaux mondial, régional et national. Le projet s'appuie aussi sur des études thématiques, des lignes directrices de portée mondiale, des engagements politiques et des initiatives et stratégies régionales. Le CII s'est impliqué activement tout au long de ce processus, participant aux groupes de travail thématiques et faisant ses propres observations aux différentes étapes de la rédaction de la Stratégie.

Le CII encourage les associations nationales d'infirmières à prendre connaissance de ce document, compte tenu de l'impact qu'il est appelé à avoir sur les Objectifs du développement durable et sur le programme de développement ces quinze prochaines années.

Le document s'ouvre par un préambule où les signataires exposent le but de la Stratégie :

« Accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et les objectifs du développement durable en garantissant un accès équitable à un travailleur de santé, au sein d'un système de santé performant. »<sup>4</sup>

Le dispositif explicite ensuite cette déclaration générale : « assurer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de la main-d'oeuvre pour la santé grâce à des investissements adéquats et à l'application de politiques efficaces aux niveaux national, régional et mondial, pour garantir à tous des vies en bonne santé à tout âge et pour promouvoir le développement socioéconomique équitable par le biais de possibilités d'emploi décent ». Ce paragraphe est suivi de plusieurs affirmations de principe en appui aux buts visés.

On voit bien que l'accès équitable, la compétence et la motivation du personnel soignant et l'efficacité du système de santé sont des éléments fondamentaux de l'obtention de meilleurs résultats de santé. On relèvera aussi qu'il n'est pas facile de rassembler tous ces éléments. Il importe en outre de réfléchir au sens et à l'importance des expressions « couverture sanitaire universelle » et « Objectifs du développement durable ».

**Couverture sanitaire universelle** : pour l'OMS, le but de la couverture universelle en matière de santé est « de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières. La couverture sanitaire universelle exige :

- un système de santé solide, efficace et bien géré ;
- un système de financement des services de santé ;
- l'accès aux médicaments et aux technologies essentiels ;
- des effectifs suffisants de personnels de santé bien formés et motivés ».

Le constat est partagé au plan international que les coûts de la santé ont des conséquences dévastatrices non seulement pour les individus et les familles, mais aussi pour la productivité et la vie économique des nations. Les États usent de méthodes très différentes pour doter leurs populations d'une forme ou d'une autre de filet de sécurité : cependant, quelque stratégie qu'ils adoptent, leur but est toujours de supprimer les obstacles financiers associés à l'accès à la santé.<sup>6,7</sup>

Les paragraphes suivants de la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé identifient quatre objectifs, auxquels sont associés des cibles et des mesures d'appui. En lisant attentivement cette partie, il faut toujours garder à l'esprit la manière dont la Stratégie peut être rapprochée des situations et des positions

respectives des pays.

## Comment la profession infirmière peut-elle aider les autorités nationales à sélectionner leurs cibles et à les atteindre ?

Les quatre objectifs sont :

1. Optimiser la main-d'oeuvre existante en vue de la réalisation des Objectifs du développement durable et de la couverture sanitaire universelle (par exemple : formation, emploi, fidélisation).
2. Anticiper la demande en main-d'oeuvre en 2030 et se préparer aux changements nécessaires (par exemple : créer une force de travail adaptée à l'objectif visé et capable de répondre aux besoins exprimés).
3. Renforcer les capacités individuelle et institutionnelle en matière de gestion et d'application de politiques et de planification des ressources humaines (par exemple : migrations et réglementation).
4. Améliorer les données, rassembler des éléments probants et des connaissances à l'appui de décisions politiques d'un bon rapport coût-efficacité (par exemple : ensembles minimaux de données et comptes nationaux de la main-d'oeuvre en santé).

La Stratégie se termine par deux chapitres précisant les rôles respectifs du Directeur général de l'OMS, des organisations non gouvernementales et d'autres parties prenantes en soutien à ce travail. Ici encore, les ANI doivent réfléchir aux implications pour leurs pays et au rôle qu'elles peuvent assumer.

## Étapes de l'adoption formelle de la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030

La consultation au sujet de la Stratégie mondiale de l'OMS suit la procédure normale : consultations publiques, en ligne, en juillet et août 2015 ; consultation des États membres lors des réunions des Comités régionaux de l'OMS en septembre et novembre 2015 ; débat au Conseil exécutif en janvier 2016 ; et adoption formelle prévue à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

Les deux premières étapes sont achevées. Le CII a soumis, en ligne, ses propres observations sur la stratégie. Ces observations ont été communiquées aux ANI, qui ont été encouragées à participer à la consultation. De plus, le CII a organisé avec l'OMS une consultation formelle dans le cadre du CRN qui se tenait à Séoul, en juin 2015.

Les services de l'OMS sont en train de réécrire le projet de texte sur la base des avis reçus pendant ces consultations. Une version révisée de la Stratégie mondiale sera discutée par le Conseil exécutif à sa session de janvier prochain, puis par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

Comme nous venons de l'expliquer, les contributions à l'OMS se font, à ce stade, par le biais de présentations ou lors de réunions au niveau national et régional. Il importe donc que toutes les associations nationales d'infirmières soient bien informées du processus et qu'elles connaissent les arguments qui prouvent que les infirmières contribuent effectivement à la concrétisation de la vision et des objectifs de l'OMS. Les ANI communiqueront cette information aux représentants officiels de leurs pays, si possible en les appelant à intégrer des infirmières de haut niveau aux délégations nationales à la session de mai 2016 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

## Rôle des associations nationales d'infirmières et de

## la profession infirmière

La place de la profession infirmière dans cette Stratégie est d'une importance capitale pour le CII et pour les 16 millions d'infirmières qui pratiquent dans le monde.<sup>8</sup> On l'a vu, le CII a participé activement, avec l'OMS, à toutes les étapes du processus d'élaboration de la Stratégie. Mais les associations membres du CII ont, elles aussi, un rôle important à jouer pour faire en sorte que les avis des infirmières soient dûment pris en compte tout au long du processus d'élaboration. Leurs ministères de la santé, en tant que membres de l'OMS, pourront formuler des observations pendant la session du Conseil exécutif en janvier 2016, puis devant l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, lorsqu'elle sera saisie du projet final de la Stratégie.

En tant que vitrine et porte-parole de la profession infirmière au niveau des pays, les ANI ont une occasion inespérée de défendre et de renforcer le rôle déterminant que les infirmières jouent dans la conception de bonnes politiques et dans la reconfiguration efficace et efficiente des systèmes de santé, en vue d'ouvrir l'accès à la santé et d'améliorer les interventions sanitaires. En tant que telles, les ANI sont la conscience et le « compas moral » de la profession, vers lesquelles les infirmières individuelles et le grand public se tournent pour trouver des conseils et des impulsions sur des enjeux et politiques de santé vitaux. Ces enjeux et politiques comprennent l'accès aux soins, la qualité des soins, la sécurité des patients et des cadres de travail sûrs. La question du financement des soins de santé est au cœur de tous ces enjeux.<sup>8,9</sup>

## Soutien du CII aux ANI

L'OMS, sous l'impulsion de son Directeur général actuel, le Dr Margaret Chan, s'est résolument tournée vers les politiques fondées sur les données probantes. Une parfaite connaissance des preuves disponibles concernant les ressources humaines pour la santé et leur impact sur les résultats pour les patients et pour les populations permettra aux associations nationales d'infirmières d'aider leurs gouvernements à atteindre leurs cibles en tirant parti de l'apport de la profession infirmière. Une telle occasion ne doit pas être manquée.

C'est pourquoi le CII prépare une série de fiches d'information, appuyées sur des données probantes, que les ANI et le CII pourront utiliser pour expliquer aux gouvernements et à d'autres parties concernées la contribution essentielle de la profession infirmière au succès de la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé ainsi qu'à la réalisation des Objectifs du développement durable.

## Note sur le CII

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

## Note sur l'auteur

Mme Jill White, doyenne émérite, professeur de sciences infirmières et obstétricales. Fellow du sénat de l'Université de Sydney, Australie. Boursière Fulbright 2015, faculté des sciences infirmières de l'Université de Pennsylvanie. Boursière principale en résidence au CII de mai à juin 2015, le Professeur White possède une vaste expérience internationale, dont plus récemment, à Tonga et au Vietnam. Elle a fondé l'UTS Collaborating Centre de l'OMS et a animé la formation du chef des soins infirmiers du Pacifique Sud et des dirigeants de sagesfemmes de l'Alliance.

## Références

1. Organisation mondiale de la santé (2013). Rapport sur la santé dans le monde 2013 – La recherche pour la couverture sanitaire universelle [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85764/1/9789240691193\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85764/1/9789240691193_fre.pdf)
2. L'Assemblée générale des Nations Unies (2015) Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/70/L.1, 18 septembre.
3. Organisation mondiale de la santé (2012). Health Indicators for Sustainable Development Goals. Genève: OMS. Récupéré à partir de: [www.who.int/hia/health\\_indicators/en/](http://www.who.int/hia/health_indicators/en/).
4. L'Alliance de la main d'oeuvre mondiale de la santé & OMS (2015) Health Workforce 2030 Towards a global strategy on human resources for health: a synthesis paper of the thematic working groups. Genève: GHWA/ OMS.
5. Organisation mondiale de la santé (2014). Qu'est-ce que la couverture sanitaire universelle. Genève: OMS. 12 décembre. Récupéré à partir de: [www.who.int/universal\\_health\\_coverage/fr/](http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/)
6. CII/Banque Mondiale (2014) Strengthening Community and Frontline Health Workers for Universal Health Coverage: Event Summary. Juillet. Genève. Récupéré à partir de: [www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf).
7. Institut de Médecine (2011) The Future of Nursing: leading change, advancing health. Washington, DC: The National Academic Press.
8. CII (2015) Les infirmières, une force pour le changement: des soins efficaces et rentables. Genève: CII.
9. Organisation mondiale de la santé (2003) Investing in Health: a summary of the findings of the Commission on Macroeconomics and Health. Genève: OMS CMH Support Unit.
10. Organisation mondiale de la santé (2011) Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011-2015. Genève: OMS.

## Objectif 3. Cibles.

### Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

- 3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
- 3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus
- 3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles
- 3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être
- 3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool
- 3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route

>> Suite page 16



3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux

3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol

3a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac

3b Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce international et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement, pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce international qui ménagent une flexibilité à cet effet

3c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement 3d Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux

[http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/70/L.1&Lang=f](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&Lang=f)

Assemblée générale des Nations Unies, septembre 2015

*mariemontvillage*

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

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

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

**Intéressé(e)**  
Pour plus d'information nous concernant, consultez notre site : [www.mariemontvillage.be](http://www.mariemontvillage.be).  
Veuillez adresser votre lettre de candidature accompagnée d'un curriculum vitae à Mariemont Village, à l'attention de Mr Goblet Valéry, rue Général de Gaulle, 68 à 7140 Morlanwelz ou par e-mail à l'adresse [info@mariemontvillage.be](mailto:info@mariemontvillage.be).



## CHR Citadelle

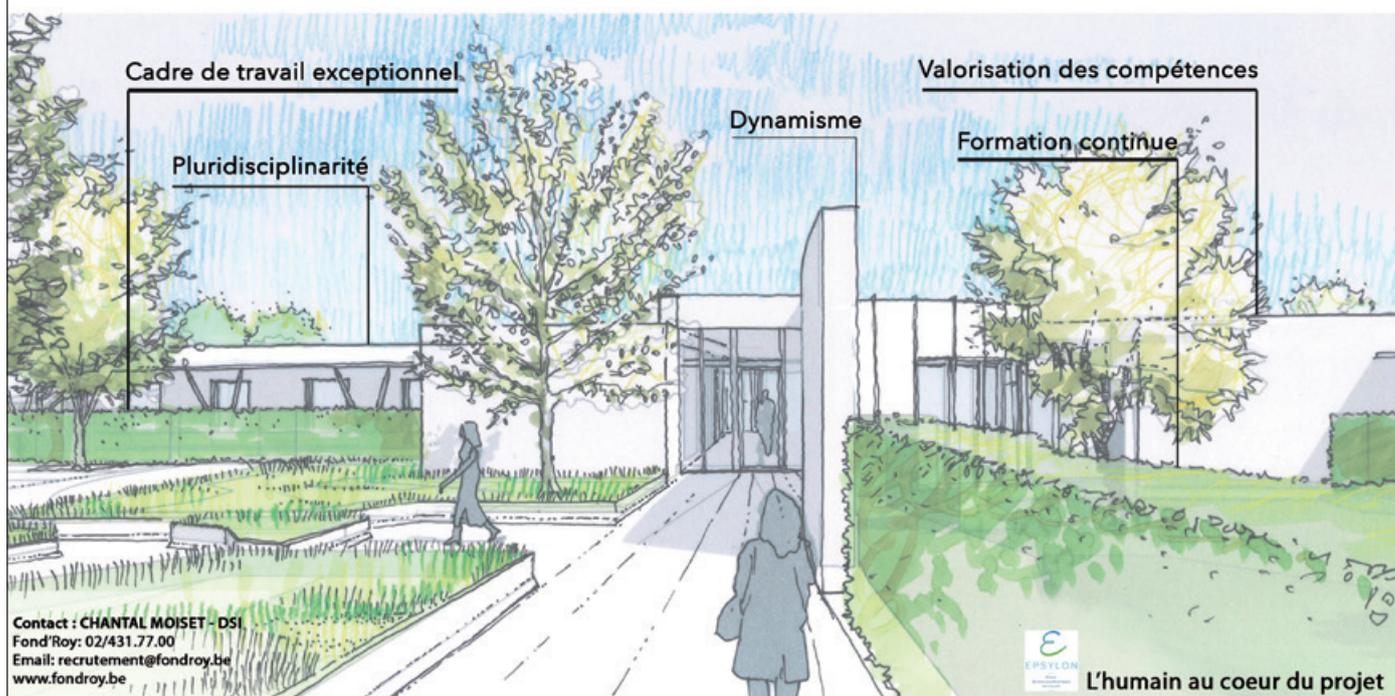


### EPSYLON RESEAU DE SOINS PSYCHIATRIQUES BRUXELLES RECRUTE

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**



# Portrait

## Margaret Higgins Sanger

**Margaret Higgins Sanger** (14 septembre 1879 - 6 septembre 1966), infirmière fondatrice du planning familial.

Pionnière du contrôle des naissances, cette infirmière New Yorkaise brave les lois et fonde le premier centre de planning familiale en 1923, et permet l'invention de la pilule.

**Margaret Higgins Sanger** naît dans une famille ouvrière d'origine irlandaise, sixième des onze enfants d'Anne Purcell Higgins qui aura eu en tout 18 grossesses.



Elle est une militante anarchiste américaine qui luttait pour la contraception et la liberté d'expression, ce qui l'amena à fonder l'American Birth Control League (ligue pour le contrôle des naissances), qui deviendra le planning familial américain sous le nom de Planned Parenthood. Initialement reçues avec beaucoup de résistances, ses idées qu'une femme puisse décider de quand et comment elle serait enceinte, gagnèrent peu à peu de l'audience, tant dans le public qu'auprès des tribunaux. Margaret Sanger a été un élément fondateur dans l'accès à la contraception et au contrôle des naissances.

Les débuts du contrôle des naissances

Cette jeune New Yorkaise travaille comme infirmière et sage-femme dans les quartiers les plus pauvres de New York et intervient auprès de femmes confrontées à des grossesses à répétition, aux fausses couches et aux avortements de fortune par manque

d'information sur les moyens d'éviter les grossesses. À cette époque, l'information sur la contraception est illégale, et réprimée en tant qu'« obscénité » en vertu de la loi Comstock (Loi fédérale qui criminalise les contraceptifs), et seules quelques privilégiées y ont accès. Le taux de mortalité maternelle est alors de 7 morts pour mille naissances aux États-Unis, loin derrière des pays européens tels que l'Angleterre et les Pays-Bas, et proche du taux enregistré dans les pays les plus pauvres. Elle assiste en 1912 à la mort d'une jeune mère de trois enfants qui avait tenté d'avorter seule. Très choquée, elle va ensuite consacrer sa vie à se battre pour le Birth control (contrôle des naissances) : « Je ne pouvais en supporter davantage, je savais que je ne pourrais plus me contenter de ma tâche d'assistance aux mourants. J'étais résolue à agir pour changer le destin de ces mères de famille dont la misère était aussi immense que le ciel » affirmait-elle.

Elle écrit entre 1911 et 1913 pour le quotidien socialiste New-York Call deux séries d'articles « Ce que chaque mère devrait savoir » et « Ce que chaque fille devrait savoir », articles ensuite rassemblés en un ouvrage unique.

En mars 1914, elle lance une revue, intitulée Women rebel (Femme rebelle) avec un seul sous-titre : « Ni dieux ni maîtres » et un seul objectif éditorial « Rendre aux femmes la maîtrise de leur vie et de leur corps ». La publication est saisie presque à chaque numéro : « les femmes rebelles réclament : le droit à la paresse, le droit d'être mère célibataire, le droit de

>> Suite page 20

**Nous recherchons (h/f) :**

- **Infirmiers gradués/bacheliers en soins infirmiers ou des infirmiers brevetés**
- **Infirmiers gradués/bacheliers en soins infirmiers titrés**
- **Infirmiers gradués/bacheliers en soins infirmiers pour son bloc opératoire** (Atout : détention du diplôme de spécialisation bloc op.)

**Offre**

- Un contrat à durée indéterminée à temps plein (37h30/sem.) ou à temps partiel
- Un environnement de travail enrichissant et en constante évolution
- Une rémunération en rapport avec votre niveau de responsabilité accompagnée d'avantages extra légaux (13ème mois complet, congés supplémentaires, ...)
- Une crèche agréée ONE et un accueil extra-scolaire.

**Intéressé(e) ?**

Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès de Monsieur Dufour, Directeur du département infirmier paramédical et services associés au numéro suivant : 081/20.93.50.

**Rendez-vous dans la partie emploi de notre site internet [www.slbo.be](http://www.slbo.be) ou sur <http://emploi.slbo.be/fr/home.aspx>**

Rue Saint-Luc, 8  
5004 BOUGE  
Tél. : 081/20.91.11  
Fax : 081/20.91.98



## Avez-vous déjà examiné votre avenir dans le secteur des soins de santé ?

Express Medical prend le temps pour votre carrière.



**U**  
**express**  
**medical**



Photo: © 2017 Groeninge | Pres: Kennedylaan 4 | 8500 Kortrijk

Il est important d'y réfléchir mûrement. Express Medical le fait volontiers avec vous et se tient à votre entière disposition pour vous aider.

Nous parcourons ensemble vos souhaits relatifs à votre avenir dans le secteur des soins de santé. Nos consultantes vous offrent un coaching personnalisé. Elles analysent vos perspectives avec vous, ainsi que les opportunités d'emploi qu'Express Medical vous propose.

**Pour plus d'infos, rendez-vous sur notre site [www.expressmedical.be](http://www.expressmedical.be) ou passez dans l'une de nos agences Express Medical près de chez vous.**

- ▶ **1000 Bruxelles | Boulevard A. Max 21**  
T 02 512 13 00 | [brussels@expressmedical.be](mailto:brussels@expressmedical.be)
- ▶ **6000 Charleroi | Rue du Pont Neuf 38**  
T 071 53 52 86 | [charleroi@expressmedical.be](mailto:charleroi@expressmedical.be)
- ▶ **4000 Liège | Boulevard d'Avroy 31**  
T 04 220 97 50 | [liege@expressmedical.be](mailto:liege@expressmedical.be)



**Le CHU Tivoli recrute**

## des infirmier(e)s bachelier(e)s et spécialisé(e)s

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

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

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



*Votre partenaire en soins de santé.*





détruire, le droit de créer, le droit d'aimer, le droit de vivre ».

Elle établit ensuite des cliniques de proximité pour le contrôle des naissances qui est un terme de son invention.

#### Combats politiques

Bien que mariée et mère de trois jeunes enfants, Margaret Sanger a consacré de plus en plus de son temps à sa mission. Sa colère tellement grande face à la condition des femmes se transforma en militantisme.

En 1915, elle fût inculpée pour l'envoi de diaphragmes par la poste.

En 1916, elle ouvre à Brooklyn N.Y, la première clinique de contraception. Elle sera fermée dix jours plus tard, et Margaret Sanger, accusée d'outrage aux bonnes mœurs, sera condamnée à 20 jours de prison. Elle sera ainsi emprisonnée à huit reprises au cours de sa vie.

En 1918, elle est inculpée par un tribunal New Yorkais pour avoir distribué des informations sur la contraception. En appel, sa condamnation est annulée : les contraceptifs peuvent être promus légalement pour prévenir les maladies. Après un an d'exil en Europe pour échapper aux poursuites judiciaires, elle fonde en 1921 l'American Birth Control League (ligue américaine pour le contrôle des naissances), qui deviendra en 1942 le planning familial.

Pour éviter de tomber sous le coup de la loi qui interdit toute publicité, elle déserte New York, s'embarque pour Londres, où elle ouvre une nouvelle clinique en 1921. Puis revient à New York, où bravant les lois américaines, elle fonde le premier centre de planning familial en 1923.

Elle projette d'améliorer les conditions de vie des Afro-Américains en leur favorisant la contraception, ce qui n'a pas été accepté par tous les noirs américains. Certains militants noirs, ont considéré le planning familial comme une tentative de génocide à leur rencontre. À l'inverse, son action avait été saluée par Martin Luther King qui faisait le parallèle entre son propre combat pour l'égalité raciale et celui de Margaret Sanger pour le droit à la contraception.

Tout est à inventer. Elle prodigue des conseils, informe les femmes sur les méthodes contraceptives disponibles, arrive à faire importer le diaphragme de Grande-Bretagne, propose les spermicides, le préservatif. Mais elle se rend compte que cela ne suffit pas.

En 1951, elle tente de contacter des médecins et scientifiques pour qu'ils daignent se pencher sur la recherche d'un meilleur contraceptif. Peu s'y intéressent, mais l'un d'eux, plus libre de pensée, le Dr Pincus, expert médical dans la reproduction humaine, est prêt à prendre le projet et ouvre un centre de recherche qui met au point le premier contraceptif oral en 1956. C'est une de ses amies, Katharine McCormick qui financera ces recherches lesquelles aboutiront à la mise sur le marché en 1960 de « l'Enovid », aussitôt appelée « la pilule ».

Non seulement Margaret Sanger n'a vécu que pour voir la réalisation de la « pilule », mais quatre ans plus tard, à l'âge de 81 ans, elle assista à la ruine des lois Comstock. En 1965 à la Cour suprême *Griswold v. Connecticut*, le tribunal a jugé que l'usage privé de contraceptifs était un droit constitutionnel. Après un demi-siècle de lutte pour le droit des femmes à contrôler leur propre fécondité, elle meurt le 6 septembre 1966 en sachant qu'elle avait gagné.

1. Margaret Sanger: Her crusade to legalize birth control spurred the movement for women's liberation, *Time Magazine*, 13 avril 1998.
2. Endres, Kathleen L., *Women's Periodicals in the United States: social and political issues*, p. 448; 95–96, 19.
3. Emma Goldman, *Épopée d'une anarchiste*. New York 1886 - Moscou 1920, trad. de *Living my life*, 1931, Éditions Complexe, 1984, page 174.
4. Ouvrage collectif, *Chronique du XXe siècle*, Éditions Chronique, 2013, lire en ligne.
5. Marianne Enckell, *Y en a pas une sur cent*, *Réfractations*, n°24, printemps 2010, texte intégral.
6. *The Truth About Margaret Sanger*, Planned Parenthood Federation of America, Octobre 2000.
7. Sanger, Margaret (1938). *Margaret Sanger, An Autobiography*. New York: W. W. Norton. pp. 361, 366–7.
8. Désiré Duttonnerre, *La Marée noire de la pornographie*, Éditions de Chiré, 1992, pp.213-214.
9. A. Durand-Vallot, *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, Lyon, ENS Editions, 2012

# Lu pour vous

## Envergure internationale du congrès FITTER avec plus de 13 000 personnes ayant répondu à l'enquête mondiale sur les techniques d'injection dans le traitement du diabète

Du 23 au 25 octobre 2015, plus de 150 experts du monde entier se sont réunis dans le cadre du congrès international « Forum for Injection Technique and Therapy Expert Recommendations (FITTER) » sponsorisé par BD à Rome, en Italie, pour discuter de la technique d'injection, de la perfusion et de la sécurité, dans le but d'améliorer la prise en charge du diabète de millions de personnes à travers le monde

Plus de 14 000 participants virtuels se sont joints aux nombreux experts mondiaux de FITTER pour examiner les résultats d'études, y compris les résultats d'un questionnaire sur la technique d'injection réalisé récemment à l'échelle mondiale, en vue d'élaborer de nouvelles recommandations internationales sur la technique d'injection et la sécurité qui devraient être publiées au printemps 2016. Le programme de deux jours composé de présentations et de sessions en groupes a couvert un large éventail de thèmes, dont l'éducation, la formation, la perfusion et la sécurité.

Problème de santé majeur, la prévalence du diabète ne cesse d'augmenter à l'échelle mondiale. D'après les prévisions de la Fédération Internationale du Diabète, 592 millions de personnes dans le monde seront atteints du diabète d'ici à 2035. Le nombre de patients atteints du diabète de type 2 augmente dans chaque pays, et étant donné que les patients sont diagnostiqués à un stade plus précoce et vivent plus longtemps, les thérapies injectables seront de plus en plus nécessaires pour contrôler la maladie. Dans ce contexte, le congrès a souligné l'importance des études qui démontrent que la formation sur la technique d'injection et de perfusion est aussi importante dans la prise en charge du diabète que l'insuline, le régime alimentaire et l'activité physique<sup>1,2</sup>. Tout en examinant les preuves cliniques et la littérature sur le sujet, les 13 membres du conseil consultatif scientifique FITTER\*, ont, conjointement avec les participants, analysé les résultats du questionnaire mondial sur les techniques d'injection dans le traitement du diabète. Plus de 13 000 personnes issues de 42 pays ont répondu à l'une des plus grandes enquêtes jamais réalisées qui témoigne de l'importance du sujet.

Il existe des études approfondies à propos de l'impact positif qu'exerce la technique d'injection adéquate sur l'état de santé des patients diabétiques ; une étude récente conduite par Giorgio Grassi indique notamment que la formation sur la technique

d'injection permet non seulement d'améliorer le contrôle de la glycémie chez les patients diabétiques mais aussi d'apporter une plus grande satisfaction vis-à-vis du traitement et de réduire la consommation d'insuline après seulement trois mois, soit un délai relativement court.<sup>1</sup>

« La clé réside dans l'éducation, et la mission de FITTER consiste à toucher les personnes d'influence, les formateurs et les professionnels de santé qui soutiendront et communiqueront les nouvelles recommandations dans leur pratique quotidienne », a déclaré Kenneth Strauss, directeur médical mondial, BD Medical – Diabetes Care. « Cet événement a connu un franc succès et traduit clairement le niveau d'intérêt dans le monde du rôle vital que joue la technique d'injection dans la prise en charge du diabète. Les nouvelles recommandations seront publiées au printemps 2016 et seront à la disposition de toutes les personnes concernées par la prise en charge du diabète dans le monde entier. »

1 Grassi G, Scuntero P, Trepiccioni R, Marubbi F, Strauss K, Optimizing Insulin Injection Technique and its Effect on Blood Glucose Control, *Journal of Clinical and Translational Endocrinology* (2014), doi:10.1016/j.jcte.2014.07.006

2 M.Morimoto, H.Fukumoto and E. Kawabata, Family Education program for the Hospitalized diabetic patient, within 16th International Diabetes Federation Congress. Helsinki, Finland, 20-25 July 1997. Abstracts., *Diabetologia*.1997 Jun;40 Suppl 1:A1-721

\* FITTER Scientific Advisory Board: Dr. Bruce W. Bode, MD Diabetes Specialist at Atlanta Diabetes Associates, Georgia, USA, and Professor of Medicine at Emory University; Dr. Anders Frid, Senior Consultant at the Clinic of Endocrinology, University Hospital SUS, Malmö, Sweden; Dr. Giorgio Grassi, Senior Physician, Division of Endocrinology at the Ospedale - Università San Giovanni Battista di Torino, Italy; Professor Serge Halimi, Head of Department of Endocrinology Diabetology Nutrition, University Hospital, Grenoble, France; Debbie Hicks, Nurse Consultant - Diabetes, Barnet, Enfield and Haringey Mental Health Trust, chair of FIT (Forum of Injection Technique) UK and President of FIT International; Dr. Irl Hirsch, Professor of Medicine, University of Washington, USA; Dr. Larry Hirsch, Vice President, Global Medical Affairs, BD Medical, Diabetes Care; Dr. Sanjay Kalra, DM (AIIMS), Consultant Endocrinologist, Bharti Hospital, Karnal, Haryana, India; Professor Linong Ji, Chief Physician and Head of Endocrinology Department, Peking University People's Hospital, China; Gillian Kreugel, Nurse Consultant – Diabetes, University Medical Centre, Groningen, The Netherlands; Mike Smith, European Clinical Marketing Manager – BD Medical – Diabetes Care, Diabetes Specialist Nurse; Dr. Kenneth Strauss, Global Medical Director, BD Diabetes Care Endocrinologist and Director of Safety in Medicine, European Medical Association; Dr. Regine Wellhöner, Specialist in Internal Medicine with Diabetology, Endocrinology and Nephrology and former Diabetes Department Red Cross Hospital, Kassel, Germany.

# Le bien-être du personnel infirmier et la qualité des soins

À partir d'une synthèse de plusieurs travaux de recherche portant sur l'environnement de travail, le bien-être professionnel et la perception de la qualité des soins par les infirmiers dans 8 hôpitaux belges, les auteurs situent ces éléments dans un contexte plus large des évolutions et tendances actuelles et futures au sein des organisations hospitalières. Les résultats forment un plaidoyer pour l'élaboration d'un cadre normatif pour les établissements de soins de santé. Ce cadre devrait fournir une réponse aux nombreux défis posés aux soins de santé, confrontés aux exigences liés à la performance. En outre, s'il est appliqué, il devrait permettre une approche davantage centrée sur le patient et sa famille, en tant que partenaires de soins et de santé.

## Les transformations au sein des soins de santé

Dans le cadre de la mondialisation actuelle, les entreprises et les organisations sont soumises à des évolutions et tendances diverses. Les établissements de soins de santé n'échappent pas à la règle. Depuis une dizaine d'années, les hôpitaux en Belgique sont en pleine mutation, et ce à une vitesse et avec une intensité croissante. Les influences les plus marquantes proviennent de la science et de la technologie. Ces influences ne se limitent toutefois pas aux actions médicales intra murales. Elles s'observent également dans d'autres domaines tels que les soins (paramédicaux et infirmiers), les fonctions de soutien et l'évolution vers une approche plus intégrée des soins (il suffit de penser à l'importance croissante de la pratique *evidence-based*, l'informatisation, le rôle des soins à domicile et de l'aidant proche...).

Ces établissements sont également soumis à l'évolution des lois et des réglementations, ainsi qu'aux directives en matière de justifications des soins et des résultats des soins hospitaliers, incluant les critères de qualité et de sécurité du patient (p.ex. le contrat SPF Quality et Patient Safety, le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière, la Zorginspectie Vlaanderen avec le projet Vlaams Quality Indicator).

Cette évolution s'observe également au niveau de l'enseignement, chez les soignants et dans les associations de défense d'intérêts, en particulier pour ce qui est de l'implication et la participation grandissante du patient et de sa famille. Un grand nombre d'hôpitaux sont à la recherche d'un leadership plus adaptatif et d'une culture et structure organisationnelles plus efficaces. Il s'agit là d'un processus continu d'essais et erreurs où la collaboration interprofessionnelle et l'organisation continue des soins prennent une place de plus en plus importante. Le processus d'accréditation qui a commencé récemment en Flandre constitue une tendance et une pression supplémentaires pour transformer formellement l'ensemble de l'organisation dans un délai donné et selon une politique bien déterminée de directives et de procédures, le tout axé sur les résultats. Il s'ensuit que tous les acteurs impliqués doivent se mobiliser, depuis les soignants, équipes de soins, fonctions de soutien, à la direction, à tous les niveaux hiérarchiques.

## La direction et les équipes de soins

La littérature sur la gestion d'entreprise recherche sans cesse des réponses afin de pouvoir organiser ces organisations de manière performante et de les protéger de toutes sortes de menaces, tout en

maintenant leur position concurrentielle. Les soins de santé ont tout intérêt à appliquer ces connaissances et idées à leurs propres questions organisationnelles et ce d'autant plus, que ces règles économiques et financières auront un impact plus important sur la viabilité et prestations de ces organisations de soins de santé.

La littérature nous apprend également que les dirigeants sont actifs dans quatre domaines apparemment paradoxaux suivants<sup>1-2</sup>: (1) L'encadrement des employés en tant qu'individus et en tant qu'équipe avec les mots-clés **collaboration** et **implication**. (2) L'organisation et l'évaluation des processus de soins, processus de soutien par des accords, des procédures, des directives avec les mots-clés **stabilité** et **continuité**. (3) La définition d'objectifs et l'évaluation des *résultats* avec les mots-clés **productivité** et **rentabilité**. (4) L'accompagnement des processus de changement avec les mots-clés **changement** et **adaptabilité**.

Nous pouvons donc nous poser la question si le changement et l'adaptabilité sont toujours mis en œuvre de manière réussie dans les hôpitaux. En effet, ces derniers subissent des changements importants à plusieurs niveaux. Ces changements rendent-ils les soignants (médecins, infirmiers, paramédicaux et autres) plus capables pour autant ? Ces derniers sont-ils en mesure de pérenniser ces changements ? En effet, la capacité d'adaptation et d'apprentissage des équipes et organisations pour mettre en œuvre le changement et l'innovation, sans pour autant mener à l'incertitude et au chaos, est un défi majeur maintenant et dans le futur. Les idées et les compétences requises pour les quatre domaines mentionnés plus haut concernent non seulement les gestionnaires mais aussi les équipes de soins. Les équipes performantes - de préférence interprofessionnelles - joueront un rôle de plus en plus proéminent au sein des hôpitaux<sup>3</sup>.

C'est pourquoi nous formulons les questions suivantes:

- Que signifient ces évolutions actuelles dans les hôpitaux et les soins de santé pour les équipes de soins interprofessionnelles et les dirigeants, et quels sont les facteurs pour un changement réussi ?
- Comment évoluer vers des équipes performantes tout en combinant professionnalisme et résultats positifs (ciblant le patient, qualité et sécurité) avec *bien-être professionnel* (cf. *burnout* versus *implication*) des soignants (entre autres, médecins, infirmiers et paramédicaux) ?

## L'évolution vers une approche proactive



Peter Van Bogaert



Danny Van heusden



Marie Misselyn



Thérèse Van Durme

Département Soins infirmiers et Obstétrique, Université d'Anvers  
et Département des Soins de l'Hôpital Universitaire d'Anvers

Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de  
Louvain, Bruxelles - therese.vandurme@uclouvain.be

Nelson & Burns<sup>4</sup> décrivent l'évolution des équipes, partant d'équipes répondantes, proactives vers des équipes de haute performance. Ce sont des équipes qui évoluent à partir d'un esprit d'équipe sain et positif et dont les membres respectent les règles et les accords (*répondants*), vers des équipes qui peuvent anticiper les problèmes complexes, tout en partageant une vision et des valeurs communes (*proactives*). Pour finir, nous observons des équipes innovantes et créatives dont les prestations dépassent les attentes (*haute performance*). Les équipes proactives et/ou de *haute performance* se constituent rarement par hasard. En effet, certaines caractéristiques et conditions sont nécessaires afin de former des équipes solides orientées vers des résultats. Les conclusions de la recherche scientifique en cours apportent une meilleure compréhension et quelques pistes.

### Résultats du projet scientifique

Depuis 2009 jusqu'à ce jour, notre projet scientifique investigate l'environnement de travail des infirmiers dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et les centres de soins résidentiels belges. Le projet de recherche s'est fondé sur des questionnaires écrits interrogeant des infirmiers, aides-soignants et aides logistiques. Les échelles de mesure utilisées dans l'enquête sont des échelles utilisées internationalement, traduites en néerlandais et en français et validées auprès de populations différentes<sup>5,6,8</sup>. La méthode de recherche est basée sur des tests de modèles théoriques (voir Figure 1)<sup>6-8</sup> et sur l'examen d'associations au niveau de l'équipe<sup>9,10</sup>. Le présent article présente les résultats des analyses réalisées auprès d'une population de 1201 infirmiers (voir description Tableau 1)<sup>8</sup>.

Dans cette population 8,3% se dit insatisfaite de son travail actuel, 5,9% a l'intention de quitter son employeur et plus d'un infirmier sur dix souhaite quitter la profession. Ce sont des chiffres modérés en comparaison avec une recherche européenne récente<sup>11</sup>. Un infirmier sur 8 estime que la qualité des soins dans son unité est modérée à faible (par rapport à bonne ou excellente), et un sur dix estime la qualité modérée à faible au courant du dernier shift. Plus d'un répondant sur trois trouve que la qualité dans l'hôpital a (certainement) régressé (par rapport à s'est (certainement améliorée)). L'environnement de travail a également été évalué : dans quelle mesure les répondants sont-ils plus ou moins d'accord avec des affirmations relative à la relation infirmier-médecin (3 éléments)\*, la gestion infirmière dans l'unité\*\* (13 éléments) et la gestion hospitalière & le soutien organisationnel\*\*\* (15 éléments)<sup>5</sup>. La gestion hospitalière et le soutien organisationnel ont été évalués de façon négative (voir Tableau 2a; valeur médiane < 2,5). En revanche, la relation infirmier-médecin est évaluée de façon relativement positive (Tableau 2a; valeur médiane ± 3). Pour ce qui est des caractéristiques de l'activité infirmière, la charge de travail est évaluée de façon négative, tandis que la marge décisionnelle et la collaboration l'est de façon relativement positive (Tableau 2a; valeur médiane 3). Un sur trois infirmiers obtient des scores élevés

à très élevés sur les items liés à l'épuisement émotionnel et deux sur trois quand il s'agit de dévouement (voir Tableau 2b).

- \*Les médecins et les infirmiers ont une bonne collaboration professionnelle.
- \*\* L'infirmier-chef consulte les infirmiers au sujet des problèmes journaliers et des procédures.
- \*\*\*Les infirmiers sont impliqués dans la gestion de l'hôpital (pratique et organes de gestion).

### A la recherche d'associations

Le modèle théorique (voir Figure 1)<sup>8</sup> montre que la charge de travail perçue est associée de façon négative avec la façon dont les infirmiers évaluent la gestion de l'hôpital, ce qui représente **un facteur de risque** pour le burnout et **une menace** pour la qualité des soins, la satisfaction professionnelle et l'intention de quitter l'organisation. En outre, la façon dont les infirmiers évaluent la gestion de l'hôpital est associée de façon positive avec la satisfaction de travail et l'absence d'intention de quitter l'hôpital via les compétences personnelles. Le modèle montre également que le pouvoir de décision et la collaboration sont des **facteurs de protection** pour les sentiments de burnout et la perception positive de la qualité des soins et de la satisfaction professionnelle ainsi que l'absence d'intention de quitter l'emploi. Ces deux facteurs sont surtout associés de façon positive à une gestion infirmière de l'unité perçue comme favorable. De plus, la marge décisionnelle est associée positivement à une relation infirmier-médecin favorable.

La façon dont la gestion infirmière est perçue au sein de l'unité est déterminée également par la perception de la gestion de l'hôpital et la relation infirmier-médecin. L'expérience positive du climat de gestion infirmière est associée positivement à la qualité des soins, à la satisfaction professionnelle et à l'intention de rester dans l'emploi. Le modèle est confirmé statistiquement auprès la population d'étude sur base d'un nombre de paramètres d'ajustement et explique respectivement 47% et 54% de la variation (R<sup>2</sup>) de la perception infirmière de la qualité des soins et d'aspects liés au travail<sup>8</sup>.

Une analyse plus poussée montre que la variation de toutes ces variables d'étude est également corrélée de façon significative par l'équipe à laquelle l'infirmier appartient<sup>9,10</sup>, en d'autres termes, les expériences individuelles sont également conditionnées par les expériences au sein des équipes.

### Vers une organisation de soins axée sur des résultats

Wolf et Greenhouse<sup>12</sup> ont identifié trois aspects primordiaux pour stimuler un travail d'équipe de répondants pour aller vers un niveau plus proactif : (1) Une structure hiérarchique organisationnelle horizontale avec une préférence pour des décisions au niveau de l'équipe. (2) Un style de gestion participatif, où l'information est partagée avec des responsables infirmier visibles et accessibles (3) des relations interdisciplinaires positives dans lesquelles le

respect mutuel prime.

Nous reconnaissons ces aspects cruciaux dans nos travaux de recherche. Une bonne relation infirmier-médecin dans un contexte interprofessionnel est une condition pour un environnement de travail favorable qui donne suffisamment de marge décisionnelle à ses membres et qui, de plus, soutient et encourage la collaboration. Une structure organisationnelle horizontale, ainsi qu'une culture où les *rappports hiérarchiques* sont abandonnés dans toute l'organisation, encouragera les prestataires de soins à organiser les soins de manière plus proactive et plus déterminée. La capacité d'adaptation et d'apprentissage d'une organisation dépendront de sa capacité à créer et soutenir ces caractéristiques et conditions organisationnelles. Cela nécessitera cependant une vision et une stratégie de la part de la direction générale, ainsi que certaines compétences spécifiques qui devront être développées par les soignants et les équipes de soins.

Il s'ensuit qu'il faut envisager à la fois une approche *top down* pour le contexte et la définition d'objectifs, et *bottom up* pour créer un cadre de soutien et trouver la façon dont ces objectifs seront mis en œuvre dans la réalité quotidienne des soins sur le terrain. L'Institute of Medicine, une a.s.b.l. et ONG américaine, propose une approche dite de '*clinical microsystem*'<sup>3</sup> comme exemple où les professionnels de santé s'organisent de façon interprofessionnelle et égalitaire autour d'un groupe de patients en partageant les informations, en choisissant ensemble les objectifs de soins, en les opérationnalisant et en les ajustant avec l'implication du patient et de sa famille dans le cadre d'une organisation plus large (cf. département, hôpital). Il s'agit ici d'un exemple de la façon dont des organisations mettent à la disposition des structures et des ressources pour les soignants, permettant à ces derniers de déterminer eux-mêmes les objectifs et de les réaliser en faveur d'une remise en question continue et d'une amélioration des soins et des processus de (cf. *empowerment* structurel). Les hôpitaux ont besoin d'une structure et d'une culture qui soit suffisamment flexible et adaptative. La réponse se situe au niveau de la capacité des soignants, qu'ils soient infirmiers, paramédicaux ou médecins, à vouloir et pouvoir s'ajuster à un cadre interprofessionnel, guidés toutefois par des lignes hiérarchiques.

## Conclusion

Une bonne collaboration, des processus stables, un accent mis sur les résultats et une capacité d'adaptation et d'apprentissage sont les compétences requises pour que les équipes de soins soient proactives, en réponse aux demandes en constante évolution, urgentes et exigeantes adressées aux organisations de soins telles que les hôpitaux. Ceci peut être obtenu grâce à un partenariat entre les cadres supérieurs, les cadres et les soignants, dans un souci continu de dispenser des soins de qualité et d'assurer la sécurité des patients

Tableau 1. Caractéristiques de la population d'étude

*L'étude a été organisée dans deux hôpitaux (±600 lits) en Flandre et un groupe de 6 hôpitaux (de 125 à 320 lits) en Wallonie. Tous les hôpitaux se situaient dans une zone urbaine. L'étude a utilisé un questionnaire écrit validé auprès d'infirmiers, sages-femmes et aides-soignants travaillant dans divers services hospitaliers (chirurgie, médecine interne, soins intensifs), des hôpitaux de jour et des salles d'opération, impliquant les soins adultes et pédiatriques. 5-7. Le niveau de réponses à l'enquête interrogeant les hôpitaux variait de 44% à 74%. L'échelle de mesure pour l'environnement de la pratique infirmière (nurse practice environment) provient de la recherche liée aux Magnet Hospitals aux Etats-Unis. D'autres échelles de mesure ont été ajoutées (nurse work characteristics) afin de développer un modèle théorique robuste qui prenne en compte le contexte infirmier en fonction de ses effets sur le bien-être professionnel et la qualité des soins. Les résultats rapportés ici sont liés uniquement au personnel infirmier.*

## Tableau 2a: Dimensions de la boîte à moustaches: environnement de la pratique infirmière (nurse practice environment) et caractéristiques de travail (work characteristics)

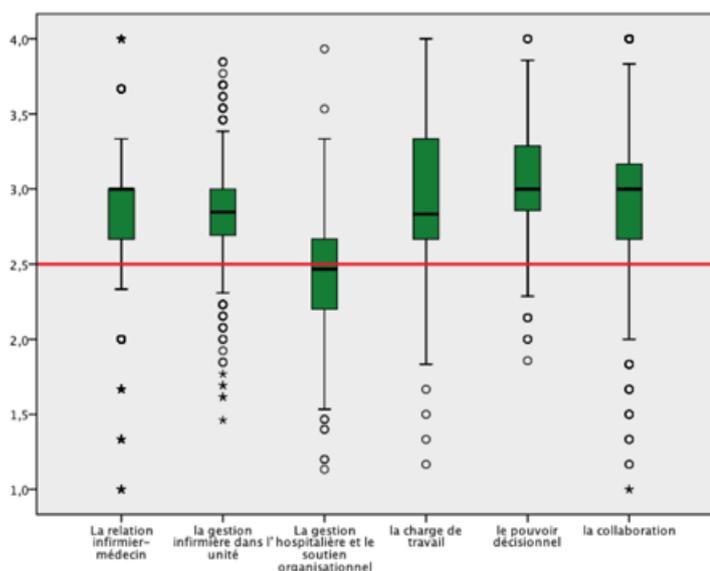
Axe Y: échelle à 4 points (1) pas du tout d'accord, (2) pas d'accord, (3) d'accord, (4) tout à fait d'accord avec les affirmations. Une valeur de dimension de 2,5 est considérée comme ni d'accord ni pas d'accord, une valeur de dimension de 3 est considérée comme plutôt d'accord.

Tableau 1. Caractéristiques de la population d'étude

>> Suite page 25

	Moyenne	SD
N = 1201		
Age	38.3	10.3
Nombre d'années comme infirmier	15.3	10.3
Nombre d'années dans l'unité /service actuel	9.5	8.8
	N	%
Femme	1023	85,2
Bachelier infirmier	919	76,5
Master infirmier et obstétrique	21	1,8
Régime de travail 50% ou moins	358	29,8
Régime de travail 75% ou plus	722	60,1

**Tableau 2a**



La relation infirmier-médecin, la gestion infirmière dans l'unité, le pouvoir décisionnel (decision latitude) et la collaboration (social capital) ont une valeur médiane de  $\pm 3$  (plutôt d'accord ou favorable). La variable « gestion infirmière » a une distribution faible; la charge de travail perçue (workload) a la distribution la plus grande, une valeur élevée révèle la perception d'une charge de travail perçue comme importante. La gestion hospitalière et le soutien organisationnel obtiennent une valeur médiane de moins de 2,5 ce qui signifie que les infirmiers n'étaient dans une large mesure pas d'accord avec les affirmations.

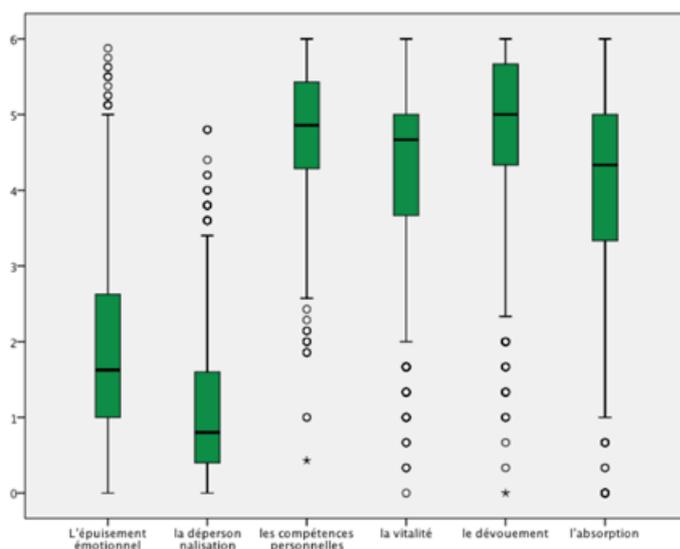
Les variables suivantes sont corrélées de manière significatives à l'équipe à laquelle le répondant appartient : la variation de la relation infirmier-médecin, la gestion infirmière au sein de l'unité, la gestion hospitalière et le soutien organisationnel, la charge de travail perçue, le pouvoir décisionnel et la bonne collaboration 9,10. En d'autres mots, le niveau d'accord d'un répondant avec les déclarations proposées dans les 6 dimensions n'est pas seulement basée sur l'opinion individuelle (perception) mais aussi sur les opinions au sein des équipes.

**Tableau 2b. Boîte à moustaches des dimensions burnout et engagement.**

Axe Y: échelle à 7 points (0) jamais, (1) presque jamais, (2) rarement, (3) parfois, (4) souvent, (5) presque toujours, (6) toujours, illustrant dans quelle mesure les sentiments décrits sont présents. Des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et des scores faibles pour les compétences personnelles sont une indication pour des sentiments de burnout. Des scores élevés pour la vitalité, le dévouement et l'absorption sont une indication pour l'engagement.

L'épuisement émotionnel a la distribution la plus large et comporte également une valeur médiane plus élevée que la dépersonnalisation. Selon la valeur de la norme néerlandaise de van Schaufeli et Van Dierendock<sup>13</sup>, 34% de cette population d'étude a un score élevé à très élevé pour l'épuisement émotionnel; 18,7% a une valeur élevée à très élevée pour la dépersonnalisation et 7,8% a un score faible à très faible pour la compétence personnelle. Nous pouvons parler d'une indication pour le burnout chez un individu quand il obtient un score élevé à très élevé pour au moins deux des trois dimensions. Le constat clinique de burnout est réalisé lors d'un entretien approfondi avec un médecin.

**Tableau 2b**



Le dévouement a la valeur médiane la plus élevée et l'absorption la valeur médiane la plus faible ainsi que la distribution la plus large. L'absorption signifie qu'on est complètement absorbé par son travail de façon agréable, et qu'on s'y fonde de sorte que le temps s'arrête et qu'il est difficile de s'en libérer<sup>14</sup>. Selon la valeur de norme de Schaufeli et Bakker<sup>13</sup> 44,7 %, 65% et 55% de la population de cette étude a respectivement une vitalité, un dévouement et une absorption élevée à très élevée.

La variation en burnout et en engagement est également déterminée de façon significative par l'équipe<sup>9,10,15</sup>. En d'autres termes, les sentiments de burnout et l'engagement ne sont pas seulement une expérience individuelle mais aussi l'expérience vécue au sein des équipes.

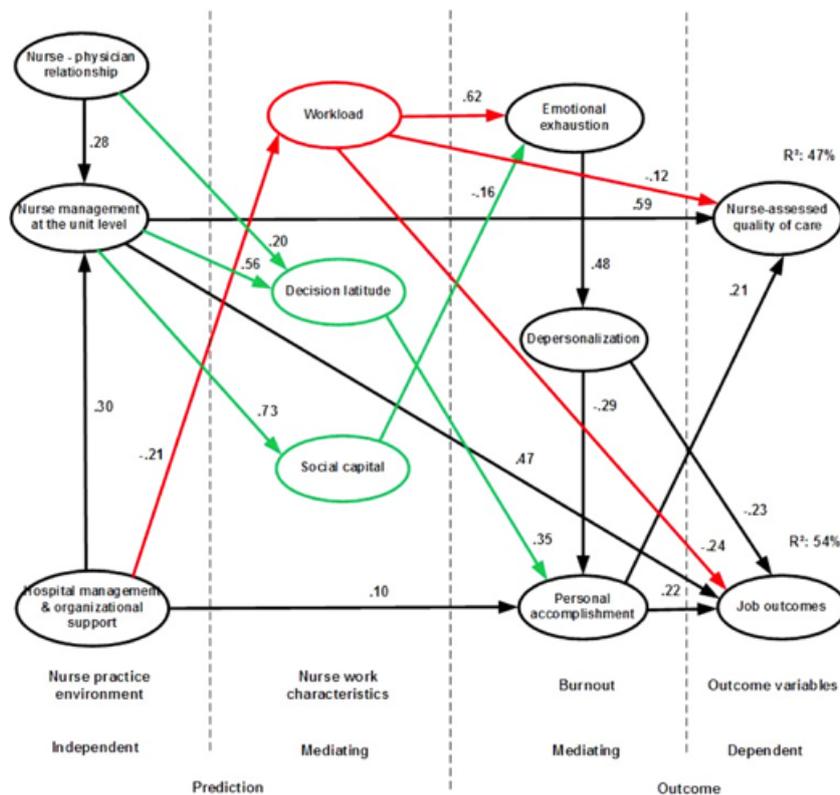
**Figure 1. Modèle théorique de l'environnement de la pratique infirmière comprenant les caractéristiques de travail et le burnout. Les variables de résultat présentées sont les résultats par rapport à l'emploi et à l'évaluation de la qualité des soins par les infirmiers (n = 1201).**

Une charge de travail (workload) perçue comme élevée est associée à un épuisement émotionnel (important) et directement ou indirectement à une perception négative de la qualité des soins et des aspects liés au travail (satisfaction au travail, absence d'intention de quitter son emploi et son employeur). La charge de travail perçue est un facteur de risque pour le burnout et une menace pour la qualité des soins perçue, la satisfaction de travail et l'intention de quitter son emploi.

Le pouvoir décisionnel (decision latitude) et la collaboration (social capital) sont associés négativement à l'épuisement émotionnel. Par contre, ils sont associés, positivement aux compétences personnelles et ont un impact indirect positif sur la perception de la qualité des soins par les infirmiers et les aspects liés au travail (satisfaction du travail, absence d'intention de quitter son emploi et la profession). Le pouvoir décisionnel et la collaboration sont des facteurs de protection pour les sentiments de burnout et soutiennent la qualité, la satisfaction du travail et les intentions de quitter son emploi.

Le modèle montre qu'une perception négative par les infirmiers de la gestion de l'hôpital détermine négativement la charge de travail perçue. De plus, une perception positive de la gestion infirmière de l'unité et de la relation infirmier-médecin déterminent la perception de son propre pouvoir décisionnel et de la collaboration<sup>8</sup>.

**Figure 1**



**References**

- Quinn R. & Rohrbaugh J. (1983) A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science* 29, 363-377
- Quinn R, Mcgrath M, Thompson M, St. Clair L, (2011) Handboek management vaardigheden 5de editie Academic Service ISBN 9789039526323
- Mohr J, Batalden P & Barach P (2004) Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Quality and Safety in Health Care*13(Suppl. 2), ii34–ii38
- Nelson L & Burns F (1984) High Performance Programming: A Framework for Transforming Organizations. Miles River Press, Alexandria
- Van Bogaert, P., Clarke S., Vermeyen, K., Meulemans, H., Van de Heyning, P., 2009a Practice Environments and their Associations with Nurse-Reported Outcomes in Belgian Hospitals: Development and Preliminary Validation of a Dutch Adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies* 46, 54-64
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., Mondelaers, M., 2013 Nurse Practice Environment, Workload, Burnout, Job Outcomes and Quality of Care in Psychiatric Hospitals: A Structural Equation Model Approach. *Journal of Advanced Nursing* 69 (7) 1515-1524
- Van Bogaert P, Meulemans H, Clarke S., Vermeyen K., Van de Heyning P., 2009 Hospital nurse practice environments, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 2175 – 2185.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S.M, Van heusden, D., Clarke S.P., 2013 The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 50 (12) 1667-1677
- Van Bogaert, P., Roelant, E., Clarke, S., Meulemans, H., Van de Heyning, P., 2010 Impacts of Unit-Level Nurse Practice Environment and Burnout on Nurse-Reported Outcomes: A Multilevel Modeling Approach. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1664-1674
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Wouters, K, Franck, E., Willems, R., Mondelaers, M., 2013. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies* 50 (3) 357-65
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Tichelman, C., Scott, A., Brzokstel, T., Kinnunen, L., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I., Smith, H., Kutney-Lee, A., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 344, e1717, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>.
- Wolf G., Greenhouse P., 2006. A roadmap for creating a magnet work environment. *Journal of Nursing Administration* 36, 458–462
- Schaufeli W., Van Dierendonck D., 2000 Handleiding van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) (Manual Utrecht Burnout Scale). Lisse: Swets Test Services.
- Schaufeli W & Bakker A (2003) Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary Manual. Department of Psychology,
- Van Bogaert P, Clarke S., Willems R., Mondelaers M., 2012b, Staff engagement as a target for managing work environments in psychiatric hospitals: Implications for workforce stability and quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04341.x



- 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](http://www.ettc-acu.be) ou 0488/949.929**

# Mise en garde relative au virus Zika

L'Amérique centrale et du Sud et les Caraïbes sont actuellement touchées par une épidémie du virus Zika.

Actuellement, le Brésil est le pays le plus touché par le virus. Consultez les pays touchés sur le site internet de l'ECDC.

Le virus Zika est transmis à l'homme par des moustiques du genre Aedes. La propagation du virus Zika en Europe est très improbable car les moustiques du genre Aedes ne résistent pas ou à peine au climat. En Belgique, ces moustiques ne circulent pas.

Plusieurs cas du virus Zika ont été signalés en Europe chez des voyageurs qui ont visité les zones touchées. Aucune complication sérieuse n'a jusqu'à présent été constatée chez ces personnes.

## Le virus Zika

Le virus Zika est transmis par des moustiques qui piquent surtout en journée. Le virus entraîne les symptômes suivants : fièvre, maux de tête, éruption cutanée, douleurs musculaires et articulaires, fatigue et yeux rouges. L'évolution de cette pathologie est assez anodine et les symptômes disparaissent souvent après une semaine. Il n'y a pas de traitement spécifique ni de vaccin contre le virus Zika.

Ce virus est relativement inoffensif pour les adultes, mais certains éléments indiquent qu'une infection au virus Zika pendant la grossesse pourrait augmenter le risque de malformation chez le fœtus (p. ex. microcéphalie). Certains cas laissent également penser que le virus Zika pourrait causer le syndrome de Guillain-Barré, une maladie se traduisant par une paralysie. On ne sait pas encore si ces maladies sont effectivement causées par une infection au virus Zika. Des recherches sont en cours.

## Recommandations

Les voyageurs peuvent se protéger contre les piqûres de moustiques en adoptant certaines mesures pendant la journée et en début de soirée (utiliser un anti-moustiques, porter des longues manches et des pantalons).

Il est recommandé aux femmes enceintes ou qui envisagent une grossesse de ne pas voyager dans les zones où il y a une flambée du virus Zika. Si ce voyage ne peut être reporté, il est préférable de consulter un médecin au préalable pour discuter des différentes mesures de prévention. Les femmes enceintes de retour de voyage dans une zone touchée doivent de préférence informer leur gynécologue ou leur sage-femme de leur séjour.

## Urgence de santé publique

Le 1er février, l'OMS a décrété une « urgence de santé publique à portée mondiale », afin que des mesures soient prises pour détecter le virus dans les pays touchés, éviter sa propagation et chercher un vaccin. La coordination internationale va également concentrer ses efforts pour avoir une meilleure vision de la situation et va enquêter sur le lien avec les microcéphalies détectées chez les nourrissons et le syndrome de Guillain-Barré.

## Plus d'informations

Vous trouverez de plus amples informations sur le virus Zika ainsi que les conseils de voyage sur le site internet de l'Institut de médecine tropicale.

Consultez également les conseils de voyage sur le site internet du SPF Affaires étrangères

Information pour les professionnels: site internet de l'Institut Scientifique de Santé Publique



## Congrès FNIB 2016

**Congrès annuel acn/FNIB pour la  
journée internationale des  
infirmiers et infirmières**

**Jeu**di 12 mai 2016 de 09h à 16h30

Esplanade du Val  
4100 Seraing

**Formulaire d'inscription**

# ATTENTION À VOUS PROFESSIONNELS...



## Bravo les infirmières et les infirmiers !

**Pas seulement visibles** lors des catastrophes, attentats ou campagnes de vaccinations ... Toujours présents et disponibles 24h/24 pour assurer en toute sécurité des **soins de qualité** à toute la population.

Une profession reconnue, responsable et indispensable aux côtés des médecins, des pharmaciens et des paramédicaux.

**Une profession reconnue** en Belgique mais aussi par l'Union Européenne pour autant que sa formation réponde partout aux mêmes **critères de compétences cliniques et scientifiques afin d'assurer la libre circulation en Europe (Directive sectorielle européenne 2013/55/UE)\***.

**La Belgique**, jusqu'à présent à la pointe des Soins Infirmiers en Europe et dans le monde, **en passe d'être à la traîne...** par manque de décision et de discernement politique. Les **futurs professionnels sont en dangers** si leur formation ne répond pas aux exigences de cette Directive !

Nous souhaitons, une seule filière de formation permettant d'accéder au titre d'Infirmier responsable en soins généraux. Etre ministre, ce n'est pas « faire son possible... » mais « faire son devoir politique » et être à l'écoute ! **Madame la Ministre écoutez-nous !**

Infirmiers, Infirmières, réveillez-vous et exprimez-vous ! Les associations professionnelles vous soutiennent, soutenez-les en retour... **Défendez l'avenir de la profession belge en Europe !**

\* Plus d'informations sur les sites web des associations





# Co-alcoolisme

On appelle les personnes qui vivent à proximité d'un alcoolo-dépendant ou qui partagent son quotidien, des co-alcooliques. Même sans boire, ils développent des troubles psychologiques.

Le co-alcoolisme se met en place progressivement. Il existe également en milieu professionnel, lorsqu'un collègue remplit les tâches de la personne alcoolique à sa place ou ne dénonce pas la piètre qualité de son travail. Le fait d'accepter et de « couvrir » l'individu dépendant de l'alcool est du co-alcoolisme. Cela contribue souvent plus à maintenir l'alcoolo-dépendant dans son état qu'à l'aider car il n'est pas mis face à ses responsabilités.

## Co-alcoolisme(s) passif(s) et actif(s):

La notion de « co-alcoolisme » suppose donc, comme l'indique le terme, une participation, consciente ou inconsciente, passive ou active, d'un membre de l'entourage au processus d'alcoolisation.

## Réactions des collègues face à un collaborateur en état d'ébriété ?

Souvent, les collègues et les dirigeants ferment les yeux sur les problèmes d'alcoolisme que peuvent connaître certains collaborateurs. Or, à long terme, cette attitude entraîne des répercussions négatives.

Au début, les collègues ne réagissent souvent pas tout de suite lorsqu'ils constatent un problème ; on tolère les erreurs. Ils se chargent du travail, camouflent les erreurs et se protègent les uns les autres. Ce qui n'avancera ni les collègues, ni la personne concernée, ni l'organisation. Car les difficultés ne cesseront d'augmenter et les collègues en auront assez après un moment. Il apparaîtra des tensions, des conflits et des frustrations, qui entraîneront à leur tour une chute des prestations, une rotation du personnel, un mauvais fonctionnement de l'équipe, un certain absentéisme, etc...

Ce réflexe de défendre son collègue au stade initial de la situation problématique est souvent appelé « co-dépendance » : l'abus de boisson est maintenu par l'attitude adoptée au début par les collègues, parce que la personne n'est pas réellement confrontée aux conséquences néfastes de son comportement.

## En Belgique: une politique toute neuve

En Belgique, les partenaires sociaux se sont engagés il y a déjà quelques années à mettre en œuvre une politique en matière d'alcool et de drogues pour les entreprises. Depuis avril 2010, c'est chose faite : chaque employeur doit désormais disposer d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues qui doit être inscrite dans le règlement de travail (CCT n°100 du 1er avril 2009). C'est à lui de fixer les règles, procédures et démarches en vigueur dans son entreprise.

La CCT n°100 crée un cadre dans lequel les négociations dans les entreprises privées doivent avoir lieu. Il y est stipulé que les

entreprises sont censées disposer au 1er avril 2010 au plus tard, d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues.

## Quelles sont les obligations de l'employeur?

Dans le cadre de son statut d'employeur, celui-ci sera tenu de travailler autour de huit thèmes relatifs au bien-être. C'est ce que stipule la réglementation sur le bien-être de 1996. Parmi ces thèmes, on trouve notamment : la sécurité du travail, la protection de la santé du travailleur et la charge psychosociale du travailleur occasionnée par le travail. Ces points d'attention cadrent parfaitement dans la philosophie d'une politique de prévention relative à la consommation d'alcool.

## En quoi consiste la politique de prévention de l'alcoolisme?

- Une politique de prévention de l'alcoolisme s'articule généralement autour des quatre piliers suivants:
- Un premier pilier concerne l'information et la prévention comme partie de la prévention primaire.
- Un deuxième pilier concerne la rédaction des règles pour le personnel relatives à la consommation d'alcool et de drogues.
- Un troisième pilier concerne les procédures pour la prise en main du comportement (problématique), ce qui a un lien avec la garantie d'un follow-up et dans ce sens fait partie de la prévention tertiaire.
- L'assistance est un quatrième pilier sur lequel une bonne politique préventive en matière d'alcool et de drogues doit reposer. L'élaboration d'une politique et de directives en matière d'alcoolisme
- Une politique relative à l'alcool au travail vise à autoriser ou non la délivrance d'alcool au restaurant de l'entreprise, lors de festivités, etc. Tandis que certaines entreprises optent résolument pour la tolérance zéro en matière de consommation d'alcool au travail, d'autres entreprises sont quant à elles moins strictes en la matière. En l'occurrence, il convient bien entendu de tenir compte de certains aspects légaux. Par exemple, il est interdit d'amener sur le lieu de travail des boissons alcoolisées à plus de 6 ° (RGPT, article 99).

- La mise en place de procédures en cas d'abus d'alcool aigu ou chronique
- S'il arrive une fois qu'un collaborateur ait consommé de l'alcool et qu'il n'arrive plus à travailler correctement, on parle alors d'abus d'alcool aigu. Dans ce cas, lorsque le collaborateur ne parvient pas à exécuter dûment son travail ou qu'il dérange d'autres collègues par son comportement, il convient de le renvoyer à son domicile (pas avec sa voiture, cela va de soi !). Lors du retour du collaborateur au bureau, il incombe à son responsable d'organiser une entrevue avec lui. Le supérieur hiérarchique doit indiquer clairement au collaborateur qu'un tel comportement est inacceptable et que l'on espère bien que cela ne se reproduira plus. Si la situation se représente, il est alors possible que le collaborateur concerné soit sujet à un problème chronique.

Communication, formation et sensibilisation

Lorsque la politique de prévention de l'alcoolisme ainsi que les directives et les procédures à suivre ont été élaborées, il faut informer les membres du personnel.

Premièrement, les transmettre aux dirigeants. Ceux-ci peuvent en effet jouer un rôle important dans la politique de prévention de l'alcoolisme car ils sont tenus de l'appliquer lorsqu'ils sont confrontés à un collaborateur présentant un problème d'alcoolisme. Le plus souvent, une brève formation est également organisée. Car parler de ce sujet délicat n'est pas une chose aisée. Souvent, les dirigeants ne savent pas eux-mêmes comment aborder cette problématique.

Deuxièmement, il convient d'informer les collaborateurs de cette nouvelle politique. Cela peut se faire soit par le biais d'une note interne, du journal d'entreprise ou du règlement de travail, soit par le biais d'une brève séance de sensibilisation.

Possibilités d'orientation vers un service d'assistance

Que convient-il de faire lorsqu'un collaborateur reconnaît sa dépendance à l'alcool et qu'il est prêt à prendre le problème à bras le corps ? l'employeur doit définir un réseau efficace de contacts qui l'aideront en cas de besoin, et il doit être en mesure de donner au collaborateur en question des informations ciblées qui permettront de l'orienter vers des centres d'assistance spécialisés.

### **A quelles conditions doit répondre cette politique alcool et drogues ?**

"La CCT laisse une large place à l'interprétation personnelle de l'employeur. D'un point de vue légal, il suffit que l'employeur intègre une déclaration d'intention dans son règlement de travail et qu'il prenne conscience de la problématique. La transcription de cette déclaration d'intention en règles et procédures concrètes n'est pas une obligation, même si elle est recommandée."

### **Ne s'expose-t-on pas, ce faisant, à ce que cela reste du domaine de la théorie ?**

"La CCT reste en effet plutôt vague. Elle stipule que l'initiative appartient aux entreprises elles-mêmes. Elles sont tenues de

prendre des mesures concrètes pour des situations déterminées. Par exemple des questions comme : Que faire face à un employé qui n'est plus capable d'assumer ses tâches ? Quand faut-il renvoyer un employé chez lui et comment procéder dans la pratique ?

Si une entreprise n'est pas consciente de la problématique, elle se bornera effectivement à intégrer une déclaration d'intention à son règlement de travail et c'est tout. Les entreprises pour lesquelles la sécurité est primordiale devront adapter leurs règlements à la CCT ou seront invitées à établir leurs propres « règles et procédures »

### **Une politique d'alcool et de drogues dans le secteur public ?**

Un employeur du secteur public a aussi, sur base des dispositions de la législation sur le bien-être, l'obligation dans la mise en oeuvre de sa politique du bien-être, d'éviter ou de limiter le plus possible les risques lorsqu'ils se produisent quand même. La consommation d'alcool et de drogues est une situation qui exerce une influence sur le bien-être des travailleurs, de sorte qu'une politique d'alcool et de drogues fait partie d'une politique du bien-être bien menée dans une entreprise.

A ce sujet, l'employeur a également les tâches suivantes:

- o déterminer les objectifs de cette politique d'alcool et de drogues et les moyens pour réaliser ces objectifs;
  - o déterminer les méthodes à appliquer, les missions, les obligations et les moyens des personnes concernées ;
  - o fixer la mise en oeuvre d'une politique d'alcool et de drogues par les responsables de toutes les personnes concernées;
  - o évaluer la politique en matière d'alcool et de drogues.
- L'employeur doit ici tenir compte de la nature des activités et des risques spécifiques propres à ces activités ainsi que des risques spécifiques propres à certains groupes de travailleurs. Les mesures de prévention ne peuvent pas être uniquement fixées au niveau de l'organisation dans son ensemble, mais doivent également être prises au niveau de chaque groupe de postes de travail ou de fonctions ainsi qu'au niveau de l'individu.

Bien que la CCT n°100 ne soit valable que pour le secteur privé, le secteur public peut également s'inspirer lors de l'élaboration de sa politique, des principes qui y sont mentionnés et de son approche par étapes.

Cette politique doit viser à prévenir les problèmes de fonctionnement à la suite de la consommation d'alcool et de drogues et à réagir de façon adéquate lorsqu'ils apparaissent quand même.

Mettre l'accent sur le dysfonctionnement d'un travailleur permet une approche correcte et objective qui en outre est efficace du fait que le travailleur est interpellé sur son comportement au travail même, ce qui s'inscrit totalement dans la relation employeur-travailleur.

On ne se concentre pas sur une consommation problématique

de l'alcool et des drogues même. Affirmer qu'une consommation est problématique est en tout cas subjectif, étant donné que cela ne dépend pas uniquement du stimulant, mais cela varie également selon la personne et le milieu dans lequel il est consommé. La CCT part d'une approche préventive forte de la problématique de l'alcool et des drogues. La prévention primaire doit être privilégiée.

L'objectif principal n'est donc pas de confronter le travailleur à la consommation même d'alcool et de drogues, mais bien aux conséquences que cette consommation peut avoir dans la situation de travail.

Bibliographie : Service Public fédéral Emploi, travail et concertation sociale : « Bien-être au travail »

# Agenda

## A l'étranger

<b>10.04.2016 - 13.04.2016</b> <b>9th Geneva Conference on Person Centered Medicine</b>	Genève, Suisse	<a href="http://www.personcenteredmedicine.org">www.personcenteredmedicine.org</a>
<b>28.04.2016</b> <b>4ème Séminaire européen du SIDIIEF : « Sécurité des soins : l'affaire de tous ! »</b>	Nyon, Suisse	<a href="http://www.ecolelasource.ch/la-source/actualites/89-actualites/1159-inscrivez-vous-au-4eme-seminaire-europeen-du-sidiief.html">http://www.ecolelasource.ch/la-source/actualites/89-actualites/1159-inscrivez-vous-au-4eme-seminaire-europeen-du-sidiief.html</a>
<b>27.05.2017 – 01.06.2017</b> <b>Congrès du Conseil International des Infirmières 2017</b>	Barcelone, Espagne	<a href="http://www.icnbarcelona2017.com/fr/">http://www.icnbarcelona2017.com/fr/</a>
<b>03.06.2018 – 06.06.2018</b> <b>7e Congrès mondial du SIDIIEF</b>	Bordeaux, France	<a href="https://www.sidiief.org/nos-evenements/congres-mondiaux/">https://www.sidiief.org/nos-evenements/congres-mondiaux/</a>

## En Belgique

<b>26.04.2016</b> <b>9h00-16h30 : 9ème Symposium de Soins Infirmiers en Pathologies Cardiovasculaires</b>	Avenue des combattants 41 1340 Ottignies	<a href="http://www.infirmieres.be/formation/9-eme-symposium-de-soins-infirmiers-en-pathologies-cardiovasculaires">www.infirmieres.be/formation/9-eme-symposium-de-soins-infirmiers-en-pathologies-cardiovasculaires</a>
<b>30.04.2016</b> <b>Matinée de l'AISPN</b> <b>« L'impact de la pauvreté sur les enfants et leur santé »</b>	Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine campus Erasme Route de Lennik, 808 1070 Bruxelles	<a href="http://aispn.be/formation/inscriptions/">http://aispn.be/formation/inscriptions/</a>
<b>12.05.2016</b> <b>Congrès ACN-FNIB</b>	Cercle de Wallonie, Liège Esplanade du Val 4100 Seraing	<a href="http://www.infirmieres.be/formation/congres-annuel-acfnib-pour-la-journee-internationale-des-infirmiers-et-infirmieres">http://www.infirmieres.be/formation/congres-annuel-acfnib-pour-la-journee-internationale-des-infirmiers-et-infirmieres</a>
<b>15.11.2016</b> <b>40ième Journée de l'AISPN</b> <b>« La gastrologie pédiatrique »</b>	Centre Culturel de Woluwe-Saint-Pierre Avenue Charles Thielemans, 93 – 1150 Bruxelles	<a href="http://aispn.be/formation/inscriptions/">http://aispn.be/formation/inscriptions/</a>
<b>17.11.2016</b> <b>4ème Séminaire Européen du SIDIIEF: Sécurité des soins : l'affaire de tous</b>	Quai du Condroz 28 4031 Angleur	<a href="http://www.infirmieres.be/formation/4eme-seminaire-europeen-du-sidiief">http://www.infirmieres.be/formation/4eme-seminaire-europeen-du-sidiief</a>
<b>13.12.2016</b> <b>8ème journée en Algologie : la douleur</b>	Rue des combattants 41 1340 Ottignies	<a href="http://www.infirmieres.be/formation/8eme-journee-en-algologie">http://www.infirmieres.be/formation/8eme-journee-en-algologie</a>

# Rubrique culinaire

## RECETTE :

« Nombreux...préparons un plat unique ! »



### LAPIN À LA GUEUZE ET AUX PRUNEAUX



#### Ingrédients pour 6 personnes :

1 lapin découpé en morceaux avec le foie - 12 demi-tranches de beau lard salé - 75 cl de gueuze nature - 500gr d'oignons gelés surgelés - 500gr de pruneaux secs avec noyau - 4 càs de farine - 100gr de beurre - 6 càs de vinaigre de vin blanc - 1 bouquet garni (thym & laurier) - Sel & poivre

#### En cuisine :

- > Fariner tous les morceaux de lapin et les faire colorer dans le beurre.
- > Lorsque la viande est colorée, ajouter dans la casserole le lard, les oignons, les pruneaux, le bouquet garni et recouvrir le tout avec la gueuze.
- > Remettre le couvercle sur la casserole et laisser mijoter à feu doux pendant 1 ½ h à 2h. Au terme de la cuisson, la viande doit être bien tendre et se détacher aisément des os.
- > Ajouter le vinaigre à la sauce et la lier si cela s'avère nécessaire avec un beurre manié ou un peu de fécule de pdt. Rectifier l'assaisonnement.
- > Servir ce plat avec une bonne purée de pdt et une salade de cresson par exemple.
- > Bon appétit....

### LAPIN À LA MOUTARDE ET À LA CASSONADE



#### Ingrédients pour 6 personnes :

1 lapin découpé en morceaux - 250 gr de lard fumé en dés - 4 càs de moutarde - 50cl de crème fraîche liquide - 4 à 5 càs de cassonade - 2 échalotes émincées - 1 bouquet garni - 2 càs de farine - 100gr de beurre - Sel & poivre

#### Au fourneau :

- > Préchauffer le four à 200° C.
- > Faire fondre le beurre dans une cocotte que l'on peut mettre au four. Fariner les morceaux de lapin et les colorer.
- > Mélanger la crème fraîche, la moutarde et la cassonade et enduire la viande, disposée dans la cocotte, sur toutes les faces.
- > Recouvrir la viande avec les dés de lard fumé, l'émincé d'échalotes, le bouquetgarni et le reste de crème « améliorée ». Saler et poivrer.
- > Enfouir et laisser cuire pendant 50' à 1 h. Retourner les morceaux de viande à mi-cuisson.
- > Lorsque la cuisson est terminée, rectifier l'assaisonnement et lier la sauce si nécessaire.
- > Vous pouvez servir ce plat avec des tagliatelles, des grenailles rissolées au romarin ou selon votre inspiration.
- > Bon appétit....

## Les conseils du père « Effainibet »



D'sus binaisse de vous r'voir » comme on dit chez moi. Pour accompagner le lapin à la gueuze, n'soyons pas plus « catholique que l'Pape » et buvons une bonne gueuze bien fraîche.  
Pour le lapin à la moutarde, je vous propose un « côtes- du- Jura » rouge, issu d'une région moins connue qui produit de beaux vins assez légers à partir de cépages tels que le Poulsard, le Trousseau et le Pinot Noir. A l'prochaine...

# Bulletin d'adhésion

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



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

**FNIB** Association sans but lucratif  
Siège social : Rue de la Source, 18  
1060 Bruxelles  
Site web: [www.fnib.be](http://www.fnib.be)  
E-mail: [dallavalle.alda@gmail.com](mailto:dallavalle.alda@gmail.com)

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

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

- ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
- AFISCeP.be** (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
- AFITER** (Association Francophone Infirmiers et Technologues en Radiothérapie)
- AFIU** (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)
- AISPNI** (Association des Infirmiers Spécialisés en Pédiatrie et Néonatalogie)
- CID** (Coordination des Infirmières à Domicile)
- ENDO-F.I.C.** (Endoscopie - Formation Infirmière Continuée)
- 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](http://www.vitaltel.be)**

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

**10% de réduction**  
sur vos abonnements



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

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

Rendez-vous sur la rubrique avantage du site [www.FNIB.eu](http://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**