



AGORA

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

N°/Nr 25

Trimestriel : Octobre - Novembre - Décembre 2016
Driemaandelijks : Oktober - November - December 2016



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

Le département infirmier du CHU de Charleroi

Tous en cœur au cœur des soins

Le CHU de Charleroi est le plus important établissement hospitalier public de la Région Wallonne avec cinq sites hospitaliers intégrés : *L'Hôpital Civil Marie Curie (Lodelinsart), l'Hôpital A. Vésale et l'Hôpital Léonard de Vinci (Montigny-le-Tilleul), l'Hôpital V. Van Gogh (Marchienne) et la Clinique L. Neuens (Châtelet).*

Le CHU de Charleroi offre à ses patients toutes les spécialités médicales et chirurgicales et continue à se développer afin de prodiguer des soins de qualité. Au 2^e semestre 2015, l'Hôpital de réadaptation Léonard de Vinci s'étoffera de deux nouvelles unités : LV13 offrira 25 lits de réadaptation et LV11 proposera 11 lits de soins palliatifs.

Nos offres d'emploi

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

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

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

Plus d'informations sur notre site internet : www.chu-charleroi.be



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

La demande humaniste repose sur trois valeurs fondamentales :

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

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

Nous favoriserons votre développement personnel par :

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

Nos objectifs :

Les objectifs du département infirmier sont :

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

Le CHU de Charleroi met l'accent sur :

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

AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Edito

Le Respect, ça change la vie ! **5**

Rubrique internationale

Le Conseil International des Infirmières est préoccupé par le nombre alarmant d'attaques contre les soins de santé. **7**

Rubrique juridique

Faire tatouer un prénom **10**

Nos partenaires ...

Au cœur de la faillibilité humaine **12**

Portrait

Cécily Jane Georgina Fane Pope (1862-1938), infirmière - major **16**

Nous avons lu pour vous ...

Le Conseil international des infirmières appelle à des investissements dans les soins infirmiers et obstétricaux **18**

Également dans ce numéro :

Barcelone 26è congrès CII quadriennal Espagne 2017 **20**

La dysoralité sensorielle chez l'enfant à développement normal **24**

Maladies non transmissibles: les pays progressent mais doivent intensifier leurs efforts pour tenir les engagements mondiaux **28**

Rubrique culinaire **33**

Bulletin d'adhésion FNIB **34**

Agenda **32**

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

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

Les publications

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

Appel aux auteurs

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

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

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

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Fiche technique

Trimestriel publié à l'initiative de la FNIB par Publiest Belgique:

Chaussée d'Haecht, 547 | B-1030 Bruxelles
T. 02 245 47 74 | F. 02 245 44 63

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

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com





concept by dfib.net

**Un hôpital
pour la Vie**

Coopération

Respect

Qualité & Excellence

Ouverture au changement

Responsabilité

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

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

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

www.saintluc.be/jobs

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...).

Comment postuler?

Une offre d'emploi a retenu votre attention ? La fonction vous motive et vous pensez correspondre au profil demandé. N'hésitez pas à faire parvenir votre curriculum vitae accompagné d'une lettre de motivation via notre *espace candidat* sur notre site internet : **www.saintluc.be/jobs**

Le Respect, ça change la vie !

ON INVOQUE LE RESPECT...

Partout et tous les jours, on invoque le respect... ou plutôt le manque de respect.

La valeur du RESPECT est universelle. Chaque être humain, quelle que soit son origine, sa culture, sa religion, son milieu social, son rang hiérarchique, doit être respectueux des autres.

Durant ces derniers mois écoulés, chaque pays, chaque personne a souffert, et souffre toujours, d'actes de violence inouïe, gratuite, aveugle sous le couvert de religion, de représailles. Mais, à mon sens, toute cette barbarie est générée au départ par un manque de respect de l'autre par un manque de tolérance envers l'autre faute d'instruction, de connaissances et faute de notions élémentaires de savoir, savoir-vivre et savoir-être.

PROMOUVOIR LA TOLÉRANCE.

Tout comme l'injustice et la violence caractérisées, la discrimination et la marginalisation sont des formes courantes d'intolérance.

L'éducation à la tolérance doit viser à contrecarrer les influences qui conduisent à la peur et à l'exclusion de l'autre et doit aider les jeunes à développer leur capacité d'exercer un jugement autonome, de mener une réflexion critique et de raisonner en termes éthiques.

La diversité des nombreuses religions, langues, cultures et caractéristiques ethniques qui existent sur notre planète ne doit pas être un prétexte à conflit ; elle est au contraire un trésor qui nous enrichit tous.

Nos dirigeants ont déjà insisté à plusieurs reprises sur la promotion de la tolérance.

Ainsi le 16 novembre 1995, date du cinquantième anniversaire de l'Organisation, les États membres de l'UNESCO ont adopté une Déclaration de principes sur la tolérance. Ils y affirment notamment que la tolérance n'est ni complaisance ni indifférence.

C'est le respect et l'appréciation de la richesse et de la diversité des cultures de notre monde, de nos modes d'expression et de nos manières d'exprimer notre qualité d'êtres humains.

La tolérance est la reconnaissance des droits universels de la personne humaine et des libertés fondamentales d'autrui. Les peuples se caractérisent naturellement par leur diversité ; seule la tolérance peut assurer la survie de communautés mixtes dans chaque région du globe.

En mars 2014, Madame Irina Bokova (Directrice générale de l'UNESCO depuis 2009) insistait à nouveau

« Le respect et la tolérance sont des actes libérateurs qui permettent de prendre conscience que les différences d'autrui sont aussi nos propres différences et que la richesse d'une autre culture devient la richesse de tous »

Dès lors, il importe que nous soyons attentifs aux autres au quotidien au travers de gestes simples et attitudes simples comme :

- Tenir la porte à quelqu'un plutôt que de la lui lâcher sans attention sur la figure ;
- Retenir l'ascenseur et attendre quelqu'un qui arrive au lieu de presser en vitesse sur le bouton afin d'éviter sa compagnie : voici des attitudes simples mais de grande portée sur soi et sur ceux à qui elles sont destinées.
- Se respecter et respecter l'environnement procure un bien-être mental et physique.
- Faire d'un terrain de sport un lieu de plaisir, de rencontre et d'amitié.

En paraphrasant Confucius, « soignons les autres comme nous souhaiterions être soignés, nous ou les êtres qui nous sont les plus chers. »

Que tous les jours, chaque situation de vie soit le terrain du respect et de la tolérance pour obtenir un effet de mimétisme des enfants et de « papillon ».

Les plus petites choses engendrent les plus grands effets positifs ou négatifs.

Combattons cette violence par la connaissance de l'autre, par son respect et tolérons que chacun puisse être différent.

Insurgeons-nous contre la violence subie par nos collègues infirmiers, médecins et bénévoles dans tous ces lieux de guerre.

N'acceptons pas que les conflits atteignent ces endroits de soins où tous sont et seront soignés sans discrimination.

Respectons et RESPECT à tous nos collègues en situation difficile et dangereuse.

Suite page 6 

« En cette Journée internationale de la tolérance, soyons conscients de la menace croissante que constituent ceux qui ne cherchent qu'à diviser et engageons-nous à ouvrir la voie du dialogue, de la cohésion sociale et de la compréhension mutuelle. »
M. Ban Ki-moon, Secrétaire général de l'ONU
Message 2015

DÉFINITION DE « TOLÉRANCE » DANS WIKIPEDIA

Dans son sens le plus général, la tolérance, du latin *tolerare* (supporter), désigne la capacité à permettre ce que l'on désapprouve, c'est-à-dire ce que l'on devrait normalement refuser. En construction ou en dessin par exemple, on dit qu'on peut tolérer une certaine marge d'erreur.

Au sens moral, la tolérance est la vertu qui porte à respecter ce que l'on n'accepterait pas spontanément, par exemple lorsque cela va à l'encontre de ses propres convictions. C'est aussi la vertu qui porte à se montrer vigilant tant envers l'intolérance qu'envers l'intolérable¹.

C'est ainsi que dans le document final du Sommet mondial de 2005, les chefs d'États et de Gouvernements s'engagent à élargir partout le bien-être humain, la liberté et le progrès, et à encourager la tolérance, le respect, le dialogue et la coopération entre les différentes cultures, civilisations et populations.

Le respect (du latin *respicere* signifiant « regarder en arrière ») évoque l'aptitude à considérer ce qui a été énoncé et admis dans le passé, et d'en tirer les conséquences dans le présent. Il peut ainsi être question du respect d'une promesse, du respect d'un contrat ou du respect des règles d'un jeu. Dans ces exemples, le respect évoque l'aptitude à se remémorer le moment dans

lequel un être humain s'est engagé, respectivement, à tenir sa promesse, à satisfaire aux conditions du contrat, ou à se conformer aux règles du jeu. (définition Wikipedia).

Le Respect, ça change la vie !

La valeur du RESPECT est universelle.

Chaque être humain, quelles que soient son origine, sa culture, sa religion, son milieu social et son rang hiérarchique, a des devoirs de RESPECT envers l'autre.

A méditer pour mieux comprendre et percevoir cette « philosophie du respect »

- Tout ce que l'on fait au quotidien, de bien ou de mal, n'est pas sans effets sur les autres.
- Si le respect est un droit fondamental de la personne humaine, il est aussi un devoir fondamental.
- Le respect doit être ensemencé comme l'irrespect l'a trop souvent été.
- ... et quelques idées



Alda **Dalla Valle**
Présidente FNIB.





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

Cadre de travail exceptionnel

Pluridisciplinarité

Valorisation des compétences

Dynamisme

Formation continue

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



L'humain au coeur du projet

Rubrique internationale

PERSONNEL DE SANTE EN DANGER

Le Conseil International des Infirmières est préoccupé par le nombre alarmant d'attaques contre les soins de santé.

Dans un récent rapport, la coalition **Safeguardinghealth in conflict**(protection de la santé dans les conflits) dresse le rapport des attaques perpétrées contre les agents de la santé, les patients et les institutions et transports sanitaires en 2015 et durant les premiers mois de l'année 2016.



Trevor Snapp, gracieuseté de IntraHealth International

Membre fondateur de la coalition **Safeguardinghealth in Conflict**, le CII (Conseil International infirmier) est fermement convaincu que la violence au travail dans le secteur de la santé compromet la fourniture de services efficaces aux patients et donc leur sécurité.

Pour garantir la qualité, il faut garantir la sécurité du personnel souligne le CII et il faut le traiter avec respect et garantir sa sécurité.

Il faut dénoncer toutes les attaques subies par le personnel de soins dans les conflits, les documenter pour que les auteurs soient inculper et remédier aux graves conséquences pour les patients et le personnel.

Le rapport, intitulé « No Protection, No Respect : health Worker and health facilities under attacks, 2015 and early 2016 » est disponible à l'adresse suivante : www.safeguardinghealth.org/report2016.

Vous trouverez quelques exemples de travaux et rapports de cette coalition.

- Rapport: les Palestiniens blessés à Gaza Au cours de l'offensive israélienne ne reçoivent pas des soins de santé
- Même la guerre a des limites
- Pas de protection, No Respect: Les travailleurs de la santé et les établissements de santé Under Attack: 2015 et début 2016

Dans son troisième rapport annuel, la santé de sauvegarde en coalition conflit a constaté que, pendant 2015 et les trois pre-

miers mois de 2016, les attaques délibérées ou aveugles contre des soins de santé ont tué le personnel médical et les patients, décimé l'infrastructure médicale, et privé d'innombrables civils de soins médicaux vitaux dans 19 pays à travers le monde.

• ATTAQUES SUR LE PERSONNEL DE SOINS DANS LE RAPPORT MONDIAL DE LA SANTÉ

Les attaques contre les installations médicales, les travailleurs de la santé et les patients ont eu lieu dans au moins 17 pays subissant des conflits et les troubles civils depuis Janvier 2014, Human Rights Watch et la santé de sauvegarde dans la Coalition des conflits dans un rapport conjoint publié aujourd'hui. Le rapport a été publié lors de la réunion annuelle des ministres de la santé du monde entier à Genève du 18 au 26 mai 2015.

• PRÉSERVER LA SANTÉ DANS LES CONFLITS BROCHURE DE PRÉSENTATION

Cette brochure de deux pages résume la mission et les activités de la santé dans la sauvegarde Coalition des conflits.

• UNDER ATTACK: LA VIOLENCE CONTRE LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ, LES PATIENTS ET LES INSTALLATIONS

Au cours des dernières années, la fréquence et la gravité des attaques sur la santé des travailleurs, les patients, les hôpitaux et les cliniques à travers le monde ont augmenté. Ce rapport de la Santé sauvegarde en Coalition des conflits et de Human Rights Watch décrit des exemples récents d'attaques sur la santé afin d'attirer l'attention sur cette question au sein de la

Suite page 8

communauté mondiale de la santé, la communauté des droits de l'homme, et les responsables des attaques. Le niveau croissant des attaques ciblées contre les soins de santé doit être reconnue comme une question critique des droits de l'homme. Les insti-



Donald Bahati, infirmière de la République démocratique du Congo: «Le mois dernier notre clinique a été perquisitionné et j'ai été torturé. J'ai eu peur, anxiété, mais aussi en colère: nous essayons de sauver des vies et ils essaient de nous tuer "2010 Photo Merlin / Federic Courbet.. Gracieuseté de Merlin

tutions mondiales et nationales des droits humains devraient prendre des mesures pour veiller à ce que des mesures concrètes soient prises pour protéger les travailleurs et les établissements de santé, et de protéger l'accès aux soins de santé pour tous ceux qui en ont besoin.

• **SOINS DE SANTÉ EN DANGER: INCIDENTS VIOLENTS AFFECTANT LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ**

Ce rapport du Comité international de la Croix - Rouge est basée sur 2398 incidents de violence contre les soins de santé. Les données ont été recueillies à partir de diverses sources dans 11 pays entre Janvier 2012 et Décembre 2014 et analysés par le CICR. Ce rapport met en évidence le besoin urgent de renforcer et mettre en œuvre des mesures. Voir également les rapports du CICR antérieures, des incidents violents affectant les soins de santé et de soins de santé en danger: une étude de seize pays .

• **UNE APPROCHE DES DROITS DE SOINS DE SANTÉ DANS LES CONFLITS**

En période de conflit armé, le droit international humanitaire offre une protection robuste pour les services de soins de santé, mais il contient aussi des lacunes. Ce document met l'accent sur l'importance d'une approche des droits humains à relever ces défis.

• **PROTECTION DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ, LES PATIENTS ET LES INSTALLATIONS EN TEMPS DE VIOLENCE**

Ce rapport propose un examen des discussions qui ont eu lieu au cours d'une conférence de trois jours en Novembre 2013 qui a abouti à un appel à l'action, y compris un programme de recherche mondial. Le Centre pour les droits de la santé publique et les droits de l'Ecole Johns Hopkins Bloomberg de santé publique a convoqué 19 experts dans les domaines de la pratique humanitaire, droits de l'homme, la sécurité humaine, la recherche universitaire, le gouvernement et la philanthropie, ainsi que des représentants de l'ONU et des dirigeants de professionnel de la santé associations, pour résoudre le problème des attaques et des interférences avec les soins de santé, en particulier en pé-

riode de conflit armé et de troubles internes. Les participants se sont réunis à Bellagio, en Italie, et comprenaient huit personnes dont les organisations sont membres de la Santé dans la sauvegarde Coalition des conflits.

• **SOINS DE SANTÉ EN DANGER**

Dans ce numéro du Croissant-Rouge Magazine Croix-Rouge, les contributeurs soulignent les défis mondiaux de la prestation des soins de santé lors d'un conflit ou d'autres situations de violence et de soins de santé après les catastrophes naturelles.

• **SOINS DE SANTÉ EN DANGER: UNE DURE RÉALITÉ**

La violence contre les blessés et les malades, et contre les installations et le personnel de soins de santé, est un élément crucial encore négligé question humanitaire. Cette brochure donne un bref aperçu de la réalité de la violence contre les soins de santé.

• **SOINS DE SANTÉ EN DANGER: PLAIDOYER**

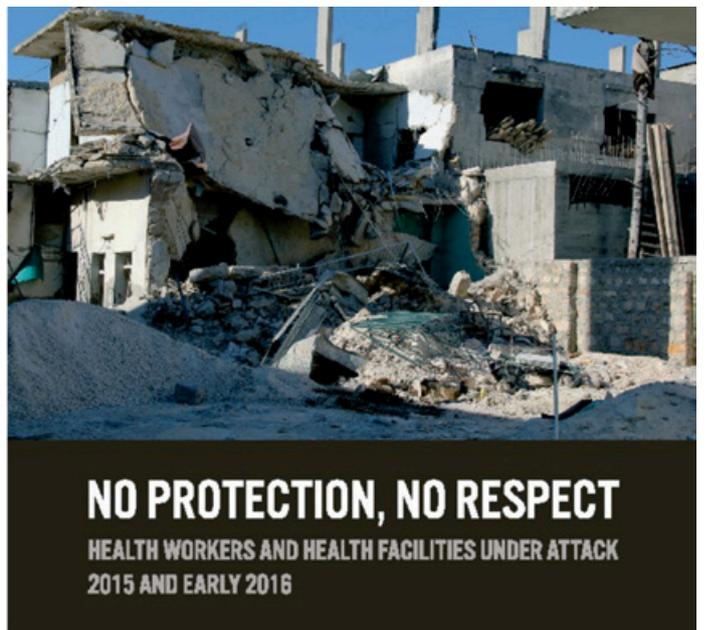
Cette étude se penche sur la façon dont la violence affecte la prestation des soins de santé, y compris les attaques contre les patients, les travailleurs de la santé, et des installations, et sur les véhicules médicaux.

• **SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE LA VIOLENCE FONDÉE SUR LE SEXE DANS LE TEMPS DE GUERRE**

Ce bref explique comment le secteur de la santé peut contribuer en fournissant des interventions essentielles médicales et de soutien pour les survivants, la documentation pour les affaires juridiques, les programmes qui aident à réduire la stigmatisation sociale et les données pour une programmation efficace.

• **SYRIE: ATTAQUES CONTRE LES MÉDECINS, LES PATIENTS ET LES HÔPITAUX**

Ce rapport décrit l'assaut des forces syriennes sur le système médical du pays. Le rapport comprend de nouvelles preuves des forces gouvernementales refusant aux civils blessés un traitement médical.





CHR CITADELLE

Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

Le CHR de la Citadelle, hôpital public d'excellence, compte 935 lits dont 192 universitaires. Le CHR de la Citadelle s'appuie sur plus de 3.500 collaborateurs, 400 médecins indépendants et un réseau de partenaires pour offrir des soins et des services de haute qualité dans toutes les spécialités médicales.

Le CHR recrute, dans le cadre de ses projets de développement, plusieurs collaborateurs (m/f) :



Direction du pôle soins

Infirmiers bacheliers / Infirmiers bacheliers spécialisés

pour les secteurs d'hospitalisation et en particulier pour :

- le service des soins intensifs
- le bloc opératoire

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

Renseignements : Monsieur D. Putzeys, Directeur du département infirmier et paramédical f.f.
(secrétariat : 04/225.60.48 - stephanie.remy@chrcitadelle.be).

Les candidatures sont à adresser à Monsieur D. Putzeys, Directeur du département infirmier et paramédical f.f., CHR de la Citadelle, boulevard du 12ème de Ligne 1, 4000 Liège.

Infirmier en chef

pour la stérilisation centrale

Missions : Définies dans l'AR du 13/07/2006 - encadrement du service de stérilisation. Le service de stérilisation centrale assure la stérilisation du matériel médico-chirurgical de tous les services hospitaliers. En termes d'activité, plus de 55.000 containers opératoires sont pris en charge annuellement par une équipe dynamique et professionnelle, composée d'infirmiers et d'auxiliaires de stérilisation. Un service où la technologie, renforcée par un logiciel de gestion intégrée de traçabilité, est au service de la qualité et de la sécurité. Une attention particulière est apportée à la formation du personnel et à la collaboration avec nos clients et en particulier avec le bloc opératoire.

Profil : Diplôme d'infirmier bachelier ou sage-femme avec une expérience professionnelle de minimum 4 ans ou un brevet d'infirmier hospitalier avec une expérience professionnelle de minimum 6 ans et licence en sciences médico-sociales et en sciences hospitalières ou certificat de cadre hospitalier. Une formation d'infirmier en stérilisation du matériel médico-chirurgical ou en hygiène hospitalière est souhaitable. Une expérience d'activité au bloc opératoire est un atout. Capacités techniques, relationnelles, organisationnelles et de management, sens de la communication et de la négociation.

Renseignements : Madame C. Clabots, infirmière chef de service
(tél. : 04/225.64.69 - claudine.clabots@chrcitadelle.be).



Toutes les candidatures, accompagnées d'une lettre de motivation et d'un curriculum vitae, seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont à envoyer, pour le 26 mars 2016 au plus tard, au CHR de la Citadelle, bd du 12ème de Ligne 1, 4000 Liège, à l'attention de Madame S. Portugaels, Directeur général.

Rubrique Juridique

Faire tatouer un prénom

Faire tatouer le prénom de mes enfants, un animal, une fleur, ou faire un piercing ? Sur quelle partie du corps ? Pourrais-je l'assumer durant toute ma vie ? Et sur quels critères choisir le salon de tatouage ou de piercing ? Vous aussi, vous y avez déjà pensé ? Se faire tatouer ou percer n'est pas une décision anodine. Des mesures obligatoires visent à sécuriser au maximum la pratique du tatouage et du piercing. Quelques conseils avant de franchir le pas.

A.R. du 25 novembre 2005

Informations pour le citoyen (FAQ)

- Quels sont les risques pour ma santé ?
- A quoi dois-je être vigilant(e) au regard de mon état de santé ?
- Je vais me rendre à un festival prochainement et je compte me faire tatouer ou percer. Est-ce recommandé ?
- Je veux faire un piercing. A quoi dois-je être vigilant(e) ?
- Sur quels critères choisir le salon de tatouage ou de piercing ?
- Sur quoi porte le contrôle du salon de tatouage ou de piercing par le SPF Santé publique ?
- Quelles sont les obligations du salon de tatouage ou de piercing ?
- Après le tatouage ou le piercing, que dois-je faire ?
- Je vais donner du sang peu après le tatouage ou le piercing. Dois-je le mentionner ?
- En quoi consiste la formation du professionnel du tatouage ou du piercing ?
- Comment le professionnel obtient-il l'agrément du SPF Santé publique ?
- Comment puis-je voir que le salon de tatouage ou de piercing est agréé par le SPF santé publique ?
- Comment puis-je notifier une plainte ou un problème sanitaire que j'ai rencontré ?
- Et si le résultat est décevant ? A qui m'adresser si je souhaite enlever le tatouage ?
- Quelles sont les avancées dans le secteur ces dernières années ?
- Existe-t-il une restriction d'âge ?
- Les 5 bonnes pratiques du client

QUELS SONT LES RISQUES POUR MA SANTÉ ?

Si le tatouage ou le piercing sont effectués dans de mauvaises conditions, ils comportent des risques pour la santé, tels que des infections bactériennes de la peau ou du cartilage, le tétanos, des infections virales (notamment les hépatites et le sida). Les pigments des encres ou les objets insérés peuvent parfois provoquer des réactions allergiques.

A QUOI DOIS-JE ÊTRE VIGILANTE AU REGARD DE MON ÉTAT DE SANTÉ ?

Consultez au préalable votre médecin si :

- vous êtes enceinte
- vous souffrez d'hémophilie, d'allergie, d'une maladie cardiaque, d'une diminution du système immunitaire ou d'infections à répétition...

JE VAIS ME RENDRE À UN FESTIVAL PROCHAINEMENT ET JE COMPTE ME FAIRE TATOUER OU PERCER. EST-CE RECOMMANDÉ ?

Non, la présence de stands de tatouage ou piercing lors des festivals rock, salons de l'érotisme, foires et marchés divers est désormais interdite. Si la pratique du tatouage et du piercing a lieu lors d'un évènement, assurez-vous qu'elle a bien lieu dans des conditions hygiéniques et avec du matériel stérilisé.

JE VEUX FAIRE UN PIERCING. A QUOI DOIS-JE ÊTRE VIGILANT(E) ?

Le piercing laisse une trace à vie. Le matériel de piercing doit répondre aux recommandations européenne au sujet du Nikkel. Des bijoux que vous achetez à bas prix en vacances ne sont souvent pas dignes de confiance.

SUR QUELS CRITÈRES CHOISIR LE SALON DE TATOUAGE OU DE PIERCING ?

Optez toujours pour un salon de tatouage ou de piercing qui est agréé et contrôlé par le SPF Santé publique.

SUR QUOI PORTE LE CONTRÔLE DU SALON DE TATOUAGE OU DE PIERCING PAR LE SPF SANTÉ PUBLIQUE ?

L'inspecteur du SPF contrôle l'espace d'accueil, l'espace de travail, l'espace de nettoyage et la stérilisation du matériel et la qualité des produits comme les encres.

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DU SALON DE TATOUAGE OU DE PIERCING ?

Le salon de tatouage ou de piercing doit :

- être agréé par le SPF Santé publique et avoir suivi la formation aux règles d'hygiène
- vous accorder un délai de réflexion avant de procéder à l'acte

- vous faire signer un document de consentement en 2 exemplaires. L'exemplaire qui vous est remis mentionne les risques liés au tatouage ou piercing, les cas qui nécessitent une visite chez le médecin, les contre-indications et complications possibles.
- vous remettre un document précisant les soins à apporter durant la cicatrisation et les précautions à prendre.
- vous renseigner par écrit l'identification des encres, et le numéro des lots utilisés.

APRÈS LE TATOUAGE OU LE PIERCING, QUE DOIS-JE FAIRE ?

- Appliquez scrupuleusement les soins conseillés par le professionnel.
- Evitez l'exposition au soleil ainsi que les bains, les saunas et la piscine pendant la cicatrisation.
- Evitez de toucher la zone où a été pratiqué le tatouage ou le piercing avec des mains sales. N'oubliez pas de vous laver les mains avant de manipuler ou nettoyer votre piercing.
- Surveillez la cicatrisation. Si des douleurs apparaissent au niveau de la plaie, si vous avez de la fièvre, de l'infection, des lésions cutanées, des rougeurs ou des démangeaisons, consultez votre médecin.

JE VAIS DONNER DU SANG PEU APRÈS LE TATOUAGE OU LE PIERCING. DOIS-JE LE MENTIONNER ?

Oui. Mentionnez avant tout don de sang que vous avez subi un acte de tatouage ou de piercing, même si vous avez retiré l'objet ornemental. Votre don de sang pourrait être refusé pendant une période déterminée.

EN QUOI CONSISTE LA FORMATION DU PROFESSIONNEL DU TATOUAGE OU DU PIERCING ?

Le professionnel apprend les principes de base de la désinfection, l'aseptie et le bon usage du matériel stérile. Les risques infectieux et hémorragiques, les premiers soins, la gestion des déchets, les principes d'hygiène, l'entretien des locaux et du mobilier font aussi partie de la formation.

COMMENT LE PROFESSIONNEL OBTIENT-IL L'AGRÈMENT DU SPF SANTÉ PUBLIQUE ?

Le professionnel suit une formation de 20 heures. La réussite d'un examen « pratique » en fin de formation permet d'obtenir l'agrément. L'agrément est une reconnaissance de la formation suivie par le professionnel et vise une garantie de service de qualité envers la population.

COMMENT PUIS-JE VOIR QUE LE SALON DE TATOUAGE OU DE PIERCING EST AGRÉÉ PAR LE SPF SANTÉ PUBLIQUE ?

Demandez à voir l'attestation de réussite de la formation aux règles d'hygiène. Elle fait foi. Lorsque le praticien a réussi la formation, il reçoit son agrément.

COMMENT PUIS-JE NOTIFIER UNE PLAINTE OU UN PROBLÈME SANITAIRE QUE J'AI RENCONTRÉ ?

Nous vous encourageons d'abord d'essayer de discuter de la plainte et de la clarifier. Souvent, le problème repose sur un malentendu qui peut être résolu avec une simple conversation.

Si vous avez constaté un problème d'hygiène, de stérilisation du matériel ou encore un problème au niveau de la qualité des encres utilisées, envoyez un mail à marcel.vanderauwera@sante.belgique.be (link sends e-mail). Votre plainte sera traitée par l'Inspecteur d'hygiène de la province concernée.

ET SI LE RÉSULTAT EST DÉCEVANT ? A QUI M'ADRESSER SI JE SOUHAITE ENLEVER LE TATOUAGE ?

N'essayez jamais d'enlever le tatouage par vos soins. Consultez un dermatologue qui a de l'expérience avec cette pratique.

QUELLES SONT LES AVANCÉES DANS LE SECTEUR CES DERNIÈRES ANNÉES ?

Le SPF Santé publique est en charge de cette matière depuis dix ans. Il suit l'évolution de la pratique et prodigue des conseils de guidance pour sécuriser la pratique. Il veille également à conscientiser le citoyen aux risques. Il travaille au niveau Européen à la préparation d'une réglementation des conditions hygiéniques et de la qualité chimique des encres.

EXISTE-T-IL UNE RESTRICTION D'ÂGE ?

Ne vous laissez pas tatouer avant d'avoir 18 ans. Si vous êtes plus jeune, vous courez le risque de regretter votre tatouage. Environ 20% des personnes qui ont un tatouage le regrette. Une directive sera d'application en 2017. Elle imposera que les 16-18 ans disposent du consentement d'un parent ou d'une personne responsable.

LES 5 BONNES PRATIQUES DU CLIENT :

- Je ne me laisse pas tatouer ou percer sur un coup de tête, pour « faire comme les autres » sans avoir pris le temps de la réflexion.
- Je ne me laisse pas tatouer ou percer sur un marché, une foire, à domicile ou ailleurs que dans un local spécialement aménagé.
- Je ne me fais pas percer au pistolet. Ce n'est autorisé que pour le lobe de l'oreille.
 - Je ne retire jamais mon bijou avant la cicatrisation complète (sauf avis médical). Cela peut être source d'infection ou de contamination.
 - Je ne me laisse pas tatouer sur un grain de beauté ! Cela gênerait la surveillance de son évolution.

La «seconde victime»

Au cœur de la faillibilité humaine



Des événements indésirables et des erreurs peuvent occasionner des dommages pour les patients, voire conduire à la mort. Il ne s'agit pas alors simplement de remédier aux lacunes du système de sécurité. Les professionnels de la santé impliqués, les «secondes victimes» ont également besoin de soutien afin de pouvoir se confronter à ce qui s'est passé et maîtriser le vécu.

Texte: Cornel Schiess, David Schwappach, René Schwendimann, Andrea Kobleder, Beate Senn / **Photos:** Fotolia, Martin Glauser

Au cours de sa 24^{ème} année d'exercice professionnel, Kimberley Hiatt, une infirmière en soins intensifs expérimentée du Seattle Children's Hospital, a administré par erreur à la petite Kaia âgée de huit mois cent fois la dose de chlorure de calcium prescrite. Kaia est décédée. Sept mois plus tard, un autre décès survint suite à la même erreur. Kimberley H.,

elle-même mère et qui se trouvait pour la première fois de sa carrière professionnelle impliquée dans un événement dû à une erreur, souffrait de culpabilité et de traumatismes et se suicida. Elle était «la seconde victime» (JoNel, 2011).

Faillibilité humaine

Bien qu'une telle tragédie due à la faillibilité humaine ne se produise pas au quotidien, il apparaît clairement qu'en cas d'événements indésirables dans le domaine de la santé il n'y a la plupart du temps pas de «retour possible». Les professionnels de la santé impliqués peuvent être traumatisés et sont sujets à des crises émotionnelles, au niveau de la santé et professionnelles de longue durée (selon Schwappach, Hochreutener, von Laue & Frank, 2010).

Depuis la parution en 2000 du rapport choquant portant le titre «To Err is Human» (Se tromper et humain), l'Institut américain de médecine attire l'attention sur le plan international sur la faillibilité humaine dans le domaine de la santé. (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Selon son rapport, 98 000 personnes décèdent chaque année aux Etats-Unis des suites d'erreurs dans la prise en charge, ce qui représente des coûts annuels évitables de quelque 29 milliards de dollars. Pour les établissements de soins stationnaires en Suisse, on estime le nombre de décès attribuables à des erreurs à 1700 (Sécurité des patients Suis-

se, non daté). Comme dans l'exemple de Kimberley H., les erreurs de médication font partie des événements critiques indésirables les plus fréquents, qui représentent également une charge financière supplémentaire pour le système de santé (Kohn et al., 2000; Lepori, Perren & Marone, 1999).

«Des trous dans le fromage»

Des gestes incertains et des erreurs pouvant entraîner dans le cadre d'un processus de traitement des événements critiques avec ou sans dommage pour les patients sont bien illustrés par le «modèle du fromage suisse» de James Reason (2000). Il montre que souvent plusieurs systèmes de défense ou bar-

«Afin d'améliorer la gestion du phénomène, un engagement interprofessionnel est nécessaire aux niveaux de la pratique, de la formation et de la recherche.»

Les auteurs

Cornel Schiess, BScN, RN, assistant scientifique, Institut des sciences infirmières appliquées (IPW-FHS), FHS St.Gall. Contact: Tel. +41 (0)71 226 15 27, E-Mail: cornel.schiess@fhsg.ch

David Schwappach, Prof. Dr., MPH, responsable recherche et développement, secrétaire général adjoint Sécurité des patients Suisse.

René Schwendimann, PD Dr., RN, responsable du centre Sécurité des patients, Université de Bâle.

Andrea Kobleder, Mag., RN, collaboratrice scientifique, Institut des sciences infirmières appliquées (IPW-FHS), FHS St.Gall.

Beate Senn, Prof. Dr. phil, RN, directrice de l'Institut et responsable de projet, Institut des sciences infirmières appliquées (IPW-FHS), FHS St.Gall, Research Affiliate, Sidney Nursing School, University of Sidney, Sidney, Australia. Marie-Claire Baumann a apporté son soutien aux auteurs pour la rédaction de cet article.



Un événement indésirable ou une erreur peut avoir des répercussions à long terme.

rières de sécurité (tranches de fromage) sont en échec avant même que le patient ne subisse des dommages.

Les événements dus à des erreurs sont source de stress pour les personnes impliquées (Schwappach et al., 2010). Considérer de manière systémique la survenue de l'erreur en lien avec le phénomène de la «seconde victime» (lire encadré p. 66) peut permettre une réflexion et une nouvelle appréciation de l'événement selon le modèle de stress de Lazarus (2005). Une nouvelle appréciation de l'erreur ou de l'événement stressant est possible d'une part par une modification des ressources disponibles (p.ex. soutien par des personnes expérimentées) et d'autre part en fonction du succès des stratégies de coping mises en place. Ainsi par exemple, une analyse systémique des erreurs à l'aide du protocole de Londres (Taylor-Adams & Vincent, 2007) peut avoir comme «effet secondaire» de soulager les collaborateurs concernés. Le résultat de l'analyse peut être une nouvelle appréciation de l'événement critique qui reconnaît qu'une

Maîtriser le stress

Stratégies de coping

Dans le cadre d'un travail de bachelor réalisé à la HES bernoise, dix études en lien avec le phénomène des «secondes victimes» ont été examinées. Les résultats de ces études ont ensuite été classés en fonction des stratégies de coping de la «Ways of Coping Scale».

- Assumer la responsabilité: c'est la stratégie de coping la plus souvent nommée (81,2%). Il s'agit de parler ouvertement de l'événement, de s'expliquer et de s'excuser et d'envisager la manière d'éviter de telles erreurs.
- Rechercher un soutien social: cette stratégie vient en seconde place (72,9%). Parler de l'événement est un élément-clé et il importe de le faire dans le contexte professionnel, avec ses collègues, plutôt que dans la sphère privée.
- Résolution de problèmes planifiée: (59,6%). Toutes les actions mises en place pour éviter qu'une erreur

se répète sont considérées comme constructives. Il s'agit «d'apprendre des erreurs».

- Auto-contrôle émotionnel: utilisé dans 46.4% des cas. Les professionnels essaient de ne pas se sentir coupables, car cela risque de les bloquer dans leur travail.
- Fuite/évitement: environ un tiers des personnes disent recourir à cette stratégie. Cependant, les personnes qui ne reconnaissent pas leur erreur risquent de souffrir d'un stress intense.
- Distanciation: cette dernière stratégie est la moins fréquente (22.5%). Essayer d'oublier, faire comme si de rien n'était ne saurait être une bonne attitude pour maîtriser la situation.

Extrait de l'article de Simone Ding et Barbara Rüeeggger «Aus dem Teufelskreis ausbrechen», version intégrale en allemand, page 12. Références dans la version numérique (reader.sbk.asi.ch).



Définition

Le phénomène et sa fréquence

Les erreurs n'ont pas uniquement des conséquences sur les patients («première victime», dans l'exemple ci-dessus, Kaia), mais également sur les professionnels de la santé impliqués («secondes victimes», Kimberley H. dans notre exemple) et les institutions («troisièmes victimes», ici le Seattle Children's Hospital) (Seys et al., 2013a). La notion de «seconde victime» introduite en 2000 par Albert Wu a été définie pour la première fois de manière précise et sous l'angle interprofessionnel par Scott et al. (2009). Il en ressort les aspects suivants:

- Des événements indésirables, des erreurs médicales, ainsi que d'autres dommages infligés aux patients peuvent engendrer le phénomène de la «seconde victime».
- Le phénomène de la «seconde victime» est caractérisé par la responsabilité personnelle et le traumatisme.
- Les «secondes victimes» sont en proie à des sentiments d'échec et doutent de leurs capacités et de leurs connaissances.

Bien que l'exemple de Kimberley H. puisse sembler extrême, le phénomène est répandu et significatif en regard de la faillibilité humaine. L'avis des experts reflété ici est qu'il faut miser aujourd'hui sur une espérance de vie très élevée et que les professionnels de la santé peuvent être concernés par le phénomène à tout moment de leur exercice professionnel. Les personnes en formation et les étudiants, ainsi que les professionnels en début de carrière représentent une population vulnérable et peu prise en compte jusqu'ici (Wu & Steckelberg, 2012). Schwappach et al. (2010) écrivent: «Pratiquement chaque jeune femme et chaque jeune homme qui débute aujourd'hui dans une activité clinique ou soignante sera très certainement impliqué un jour dans une erreur sérieuse et sera en proie à de fortes réactions.»

collaboratrice ou un collaborateur est le dernier maillon d'une accumulation complexe et imbriquée de faiblesses latentes du système et qu'elle/il n'est pas seul responsable de l'événement.

Cette évolution vers une approche systématique en cas de faillibilité humaine va de pair avec un changement de culture au niveau de la gestion du risque clinique. Renoncer à l'approche centrée sur la personne et la culture du «Name-Shame-Blame» permet de passer d'une gestion du risque réactive à une gestion du risque clinique proactive (Reason, 2000). Celle-ci a pour objectif, en impliquant les professionnels de la santé concernés, par exemple en recourant à un système de signalisation des erreurs (p.ex. CIRS) d'identifier les faiblesses latentes du système tels des «trous dans le fromage», d'optimiser les procédures, resp. de «combler les trous».

Conséquences

Les «secondes victimes» comme Kimberley H. sont choquées par les conséquences de leurs erreurs sur les «First Victims» et peuvent être touchées tant dans leur vie professionnelle que privée. (Seys et al., 2013a). Schwappach et al. (2010) mentionnent également des conséquences à long terme et le fait que les personnes concernées ressentent des angoisses, de la honte et de l'humiliation et doivent lutter avec des émotions telles que culpabilité et repentir, frustration et colère, doute et sentiment d'incapacité, isolement et solitude. Ces symptômes peuvent avoir des conséquences à long terme et entraîner des troubles post-traumatiques, burnout ou dépression. L'apparition de tels troubles de santé, de même que leur gravité, est influencée d'une part par la gestion des erreurs au niveau de l'institution, l'acceptation de l'erreur commise, le niveau de formation et d'autre part par l'âge, le sexe et l'expérience professionnelle (Seys et al., 2013a; Cramer, Foraita & Habermann, 2012; Schwappach et al., 2010; Sirriyeh, Lawton, Gardner & Armitage, 2010).

Mécanismes de coping

La stratégie de coping la plus souvent utilisée après la survenue d'une erreur est la recherche de soutien social, c'est-à-dire une forme de coping basée sur les émotions. Un changement de pratique peut également être une stratégie de coping orientée sur les problèmes, qui peut

être tant constructive (p.ex. efforts accrus pour augmenter la qualité) que destructive (p.ex. éviter des patients similaires). La négation de sa propre responsabilité, la minimisation de l'importance ou encore la distanciation émotionnelle sont d'autres mécanismes de coping, problématiques ceux-là. Malgré ces processus de coping individuels principalement orientés sur les problèmes et les émotions, la littérature décrit un modèle de reconstruction en six étapes («Six stages of emotional recovery») qui débouche sur trois finalités possibles: «quitter», «survivre» et «changement positif». Le principal défi au cours du processus de coping consiste à «se pardonner soi-même» (Seys et al., 2013ab; Schwappach et al., 2010).

Soutien actif

L'exemple tragique de Kimberley H. ainsi que les données scientifiques montrent que les «secondes victimes» ont besoin d'un soutien actif (Lewis, Baernholdt & Hamric, 2013; Cramer et al., 2012; Schwappach et al., 2010). Les «secondes victimes» se sentent souvent livrées à elles-mêmes et peu soutenues. Par peur, elles ne parlent souvent pas de l'erreur, ce qui rend plus difficile le soutien social souhaité. Une culture d'organisation qui pratique un feedback constructif (ne demande pas «c'était qui?») mais plutôt «que s'est-il passé?») peut contribuer à réduire les effets négatifs auprès des personnes concernées (Seys et al., 2013b; Schwappach et al., 2010).

Don Berwick (cité par Seys et al., 2013a), ancien directeur de l'Institute for Healthcare Improvement à Boston, rappelle le

«Parmi les symptômes les plus fréquents, on relève sentiments de culpabilité, colère, pleurs incontrôlés, troubles du sommeil et de la concentration.»



Pouvoir compter sur le soutien de ses pairs est indispensable.

devoir éthique à l'égard du personnel, qui consiste à soutenir les collègues. De la même manière, les institutions sont tenues, d'un point de vue d'éthique de l'organisation, d'assister les «secondes victimes». Cela notamment parce que des réactions dues au stress des «secondes victimes» risquent de mettre à nouveau en danger la sécurité des patients en raison d'une baisse des performances (von Laue, Schwappach & Hochreutener, 2012).

A l'heure actuelle, de nombreuses institutions du domaine de la santé ne sont pas préparées à soutenir systématiquement les «secondes victimes» et réagissent plutôt de manière destructive. Dans l'idée d'un coping centré sur les problèmes des «secondes victimes» et de l'amélioration qualitative de l'organisation, l'implémentation de stratégies visant à éviter de tels événements peut être efficace (Seys et al., 2013b; Schwappach et al., 2010).

Peer-Support

Un principe d'organisation de première importance est la mise à disposition rapide de soutien par les pairs immédiatement après l'événement critique. Cela permet au moins d'offrir une première aide sur le plan émotionnel; le peer-support est une forme de soutien collégial auquel on attribue une grande importance, bien que la disponibilité des col-

lègues à y prendre part soit limitée (Seys et al., 2013b; Lewis et al., 2013; Schwappach et al., 2010; Sirriyeh et al., 2010).

En plus de cette forme de soutien directement applicable, des systèmes de soutien à moyen et long terme doivent être mis en place. A ce propos, il existe sur le plan international des approches et modèles qui contiennent par exemple des phrases-clefs telles que «ça a dû être difficile. Tu es OK?» afin de faciliter la communication avec les «secondes victimes» ou mettre en évidence la suite des mesures de soutien. Celles-ci vont d'une première aide sur le plan émotionnel par les collègues à un soutien thérapeutique professionnel (Seys et al., 2013ab).

En Suisse, Sécurité des patients Suisse propose des brochures avec recommandations à l'intention des personnes concernées, des collègues et des cadres.

Constat et perspectives

Afin d'améliorer la gestion du phénomène important et complexe des «secondes victimes», un engagement interprofessionnel est nécessaire aux niveaux de la pratique, de la formation et de la recherche.

Dans la pratique, le phénomène de la «seconde victime» devrait être considéré comme faisant partie de la responsabilité interprofessionnelle. Pour cela, il s'agit d'encourager le soutien mutuel entre collègues, et les institutions sont

tenues de créer des structures favorables.

Au niveau de l'apprentissage et de la formation, la faillibilité humaine et donc le phénomène de la «seconde victime» ainsi que les aspects liés à la culture de la sécurité devraient être davantage intégrés dans les cursus et enseignés de manière interprofessionnelle.

Des données valables et fiables sont nécessaires pour une évolution future. Pour cette raison, le Centre national de compétences pour les soins basés sur des données probantes swiss EBN (www.fhsg.ch/swissebn) de la Haute école de santé de Saint-Gall, en collaboration avec Sécurité des patients Suisse et l'Hôpital universitaire de Bâle, est en train de développer un instrument utilisable de manière interprofessionnelle dans la pratique, la formation et la recherche. Celui-ci a pour but de saisir l'expérience et le soutien reçu par les «secondes victimes». Les connaissances ainsi générées permettront à l'avenir, d'une part de constater les conséquences des erreurs sur les «secondes victimes» et de les quantifier, d'autre part de développer de manière systématique le soutien de leur coping. ■



Vous trouverez la liste des références dans la version numérique (reader.sbk-asi.ch). Les références ainsi que des informations complémentaires peuvent également être obtenues auprès de cornel.schiess@fhsg.ch

Portrait

Cécily Jane Georgina Fane Pope (1862-1938), infirmière - major

Infirmière militaire pionnière, **Cécily Jane Georgina Fane Pope** connue surtout sous le nom de Georgina Pope, est la première Canadienne à recevoir la Croix Rouge royale pour service insigne sur un champ de bataille et, en 1908, elle devient la première infirmière en chef du Corps de santé de l'Armée canadienne.



Georgina Pope, fille de William Pope est née à Charlottetown, à l'Île-du-Prince-Édouard. Étant issue d'un milieu bourgeois, elle aurait pu sans aucun doute, contracter un mariage aisé et devenir une insulaire mondaine. Elle a grandi sur un magnifique domaine, entourée de domestiques et d'une gouvernante. Imaginez la surprise de ses proches lorsque Georgina leur annonça qu'elle s'en allait à New York pour y suivre une formation en soins infirmiers à l'école de l'hôpital Bellevue, établissement de grand renom (il faut préciser qu'à cette époque les infirmières étaient considérées comme des domestiques). L'hôpital Bellevue fût fondé par Florence Nightingale, infirmière légendaire qui révolutionna les soins médicaux militaires. Georgina se destinait à suivre les traces de Nightingale.

Elle occupa différents postes d'administration dans des hôpitaux américains jusqu'en 1899, année à laquelle elle revint au Canada pour se porter volontaire et partir en Afrique du Sud avec les troupes au début de la seconde guerre des Boers. Elle obtint un poste et fût nommée chef d'un groupe d'infirmières. Elle assumait ses fonctions dans des hôpitaux britanniques au nord du Cap. Georgina et les infirmières du groupe, soignaient les soldats malades ou blessés dans des hôpitaux sur les bases militaires. Ces hôpitaux ne consistaient souvent qu'en une simple hutte ou une tente et elles pouvaient être

déplacées afin de suivre l'armée. Les infirmières enduraient de longues heures de travail dans des salles engorgées tout en craignant des menaces d'attaque et subissaient des infestations d'insectes et des températures extrêmes et elles se nourrissaient de petites rations alimentaires. Elles prenaient en charge des militaires et soignèrent de façon exemplaire 230 cas de fièvre entérique, et ce, malgré des pénuries de nourriture et de médicaments.

Connue sous le nom de « la Florence Nightingale de l'Île », Georgina Pope restera dans notre mémoire tant pour son grand sens de leadership que pour son dévouement absolu envers ses patients.

Georgina revint au Canada en janvier 1901 et fût de nouveau envoyée en mission début 1902. Elle servit dans un hôpital du Natal jusqu'à la fin de la guerre en juin 1902.

L'armée canadienne fût la première au monde à faire preuve d'un grand respect envers ces infirmières en leur accordant le statut officiel d'officier militaire, qui équivalait au grade de lieutenant durant leur service en Afrique du Sud. Les infirmières diplômées du programme créé par Georgina récoltèrent les fruits de son travail acharné.

En 1903, elle reçut la médaille de l'Ordre royal de la Croix-Rouge pour services méritoires et distingués sur le terrain, devenant ainsi la première Canadienne à recevoir ce grand honneur.

En 1906, Georgina Pope devint membre du Corps de santé de l'Armée canadienne de la Force permanente et travailla à l'hôpital de la garnison d'Halifax, en Nouvelle-Ecosse. Elle était responsable de quelques membres du personnel permanent et de 80 réservistes.

Deux ans plus tard, elle obtint le grade d'infirmière-major, une première dans l'histoire du Corps de santé de l'Armée canadienne.

En 1908, elle fût la première personne à se voir assignée au poste d'infirmière en chef dans le Corps du service de santé militaire canadien; il s'agissait d'un poste comportant la responsabilité d'infirmières militaires permanentes et du service infirmier des réservistes. Son travail consistait entre autres à concevoir et à administrer des programmes de formation en soins infirmiers. Elle joua un rôle essentiel dans le perfectionnement des soins infirmiers militaires au Canada.

En 1917, Georgina, alors âgée de 55 ans, traversa l'océan Atlantique en dépit de sa santé chancelante pour aller travailler près d'Ypres, en France. Cette région fût l'un des champs de bataille les plus sanglants de la Première Guerre mondiale, où plus d'un million de soldats y furent blessés ou tués. Elle rentra au Canada en 1918.

Georgina prit sa retraite à l'Île-du-Prince-Édouard, où elle passa le reste de sa vie.

Elle décéda à Charlottetown en 1938. Pour commémorer son dévouement envers l'armée, Georgina Pope a été enterrée à Charlottetown le 9 juin 1938 où elle repose en paix avec tous les honneurs militaires. Inscrite au Registre des désignations d'importance historique nationale¹, une plaque lui rend hommage à Summerside, à l'Île-du-Prince-Édouard.

Le buste en bronze de l'infirmière-major Georgina Pope est posé sur un socle de granit à proximité de Monument commémoratif de guerre du Canada, sur la rue Wellington, à Ottawa, en Ontario. Il fait partie du Monument aux Valeureux, une collection de neuf bustes et cinq statues représentant des figures de l'histoire militaire du Canada qui ont joué un rôle important dans les conflits majeurs tout au long de l'histoire du Canada.

Références bibliographiques :

http://en.wikipedia.org/wiki/Georgina_Pope

<http://canadaonline.about.com/od/canadasawar/p/georgina-pope.htm>

<http://www.collectionscanada.gc.ca/cool/002027-2110-e.html>

http://thecanadianencyclopedia.com/PrinterFriendly.cfm?Params=A1ARTA00_06387

<http://www.warmuseum.ca/cwm/exhibitions/boer/georgina-pope> Collections Canada: Georgina Pope Government of Canada Archives

Imperial Adventure, Personnalités: Infirmière Georgina Fane Pope (1862-1938). Canadian War Museum. Musée canadien de la guerre.

www.civilization.ca/cwm/exhibitions/boer/georginapope_e.shtml

Merritt, Susan E. Her Story III: Women from Canada's Past.

Merritt, Susan E. Son histoire III: Les femmes du passé du Canada. St. Catharines, Ont.: Vanwell Publishing, 1999. St. Catharines, Ont.: Vanwell Publishing 1999.

¹ Le Monument aux Valeureux est une collection de neuf bustes, de cinq statues et d'un grand mur de bronze sur lequel se trouve l'inscription « Rien ne saura vous effacer de la mémoire du temps », de L'Énéide de Virgile



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

Express Medical prend le temps pour votre carrière.



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 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
- ▶ 6000 Charleroi | Rue du Pont Neuf 38
T 071 53 52 86 | charleroi@expressmedical.be
- ▶ 4000 Liège | Boulevard d'Avroy 31
T 04 220 97 50 | liege@expressmedical.be

Votre partenaire en soins de santé.



Lu pour vous

Le Conseil international des infirmières appelle à des investissements dans les soins infirmiers et obstétricaux

Genève, le 26 mai 2016 – Les participants à trois réunions organisées par le Conseil international des infirmières (CII) avant l'Assemblée mondiale de la Santé ont souligné l'importance des investissements publics dans les soins infirmiers et obstétricaux pour atteindre les objectifs du développement durable et de la couverture sanitaire universelle.

REUNION AVEC LES ANI'S

81 représentants des associations nationales d'infirmières (ANI) membres du CII de 47 pays se sont réunis les 18 et 19 mai pour discuter du renforcement des ANI et de leur influence sur les politiques de santé. Les débats ont aussi porté sur la contribution des personnels infirmiers et obstétricaux à la réalisation des objectifs mondiaux en matière de couverture sanitaire et de développement durable.

Le Dr Jim Campbell, Directeur exécutif de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et Directeur du Département des personnels de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), s'est exprimé sur l'importance de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'Emploi en santé et la Croissance économique. Les participants ont ensuite mené une consultation participative au sujet de cette commission.

Les participants ont été également informés des nouvelles Orientations stratégiques de l'OMS pour le renforcement des services infirmiers et obstétricaux, présentées officiellement le 18 mai lors d'un événement organisé conjointement par le CII et par l'OMS. Les débats ont porté sur la manière dont les associations nationales d'infirmières pourront soutenir et influencer l'application de ces orientations, sur plusieurs questions émergentes et sur la manière de rendre les ANI plus influentes.

Forum de l'accréditation et des régulateurs

Les 18 et 19 mai également, 63 participants de 28 pays ont assisté au Forum de l'accréditation et des régulateurs, organisé par le CII et par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM). Les participants ont abordé des enjeux importants tels que l'utilisation de données probantes à l'appui de la réglementation et de la reconnaissance des diplômes ; la manière dont la réglementation peut renforcer les professions et protéger le grand public ; le perfectionnement professionnel continu ; et l'avenir des ressources humaines pour les soins infirmiers et obstétricaux dans le contexte des programmes sanitaires mondiaux.

Réunion de la Triade CII-OMS-ICM

Les 20 et 21 mai, le CII et la Confédération internationale des sages-femmes ont organisé la sixième Réunion de la Triade en

partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé. Pendant leurs réunions, les membres de la Triade abordent des sujets d'intérêt et de préoccupation communs, échangent des idées et des expériences, et comparent des actions de collaboration au niveau national, régional et international. En 2016, la Triade s'est penchée sur l'avenir des ressources humaines pour les soins infirmiers et obstétricaux. Le débat a tenu compte des grands projets internationaux actuels, notamment les objectifs du développement durable, la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 et les engagements internationaux pour la couverture sanitaire universelle. L'intervenante principale était Son Altesse Royale la Princesse Muna Al-Hussein de Jordanie, marraine de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux dans la région de la Méditerranée orientale.

Conférence sur la réglementation de l'Alliance mondiale des professions de santé

La série de réunions s'est conclue par la Conférence sur la réglementation, les 21 et 22 mai. La Conférence était organisée par l'Alliance mondiale des professions de santé, dont le CII est membre fondateur. Elle a porté sur trois thèmes principaux :

1. Recherche d'un équilibre entre la réglementation des professionnels de santé et la réglementation des services de santé.
2. La réglementation des professionnels de la santé et les accords commerciaux : protéger le public ou faciliter le commerce ?
3. Les Objectifs du développement durable 2016-2030 et la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 et leurs conséquences sur la réglementation de la santé.

De nombreuses infirmières présentes à ces réunions participeront également à l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), l'organe décisionnel suprême de l'OMS. Le CII encourage et soutient toujours l'inclusion d'infirmières dans les délégations nationales à l'AMS, ou dans celle du CII, afin que la profession infirmière – qui est la principale profession de santé – ait son mot à dire dans l'élaboration et la prise des décisions au plus haut niveau.

Pour de plus amples renseignements sur ces réunions, consulter : <http://www.icn.ch/events/icn-meetings-a-events>.

Un incident, deux victimes: comment pourrais-je oublier?



Une faute médicale a de grandes répercussions pour la victime, sa famille et ses connaissances, mais c'est également le cas pour le prestataire de soins concerné. En sa qualité de "deuxième victime" (second victim), le médecin vit souvent très mal le fait d'avoir fait une erreur, et l'impact émotionnel de cet événement peut durer longtemps, la qualité de ses prestations pourra s'en ressentir, il fera peut-être usage d'antidépresseurs et au pire, un burn-out le menace. AMMA, l'assureur du monde médical, se prononce résolument, comme expert dans la gestion des risques médicaux, pour plus de transparence dans la communication concernant les incidents médicaux.

Il est très important que les prestataires de soins reçoivent de l'aide professionnelle et un soutien psychologique supplémentaire, par exemple par un psychologue. Dans certains cas, un accompagnement par un confrère est recommandé. L'institution où travaille le prestataire de soins peut également être affecté par une erreur médicale, aussi bien en externe (atteinte à la réputation) qu'en interne (inquiétude parmi les collaborateurs). Il est donc crucial que l'organisation ait une stratégie de communication interne et externe, centrée sur la gestion de crise après un incident médical.

Le point de vue de AMMA

À côté du soutien à donner au patient victime d'une erreur médicale, AMMA apprécie l'attention reconnue aujourd'hui dans les hôpitaux aux prestataires de soins impliqués dans un tel problème. En les soutenant de façon appropriée dès le début, l'institution peut souvent limiter les risques de dommages émotionnels et de problèmes ultérieurs. Des recherches récentes montrent que les prestataires de soins impliqués dans un incident médical ont tout d'abord besoin de transparence concernant l'incident. Cette transparence est également primordiale pour le rétablissement de la relation de confiance avec le patient.

La position de AMMA concernant l'importance de **transparence** après la survenance d'**incidents médicaux** :

"Est-ce qu'un médecin doit se taire, quand un incident s'est produit? Bien au contraire. Nous soulignons l'importance d'une franche communication sur les incidents médicaux. Cela implique que le prestataire de soins doit informer le patient sur les développements de l'état de sa santé, y compris les effets secondaires non intentionnels, conformément à la législation et la déontologie ainsi qu'à leurs interprétations actuelles.

Le médecin se base sur des faits objectifs médicaux, sans spéculer, sans répondre à des scénarios hypothétiques du patient ou sans se prononcer sur le fait si ses actes ont été justifiés ou non. Le jugement sur ses actes aura lieu plus tard, lorsque l'examen des événements sera terminé."

"Bref: informer n'est pas une option mais une nécessité ! Une communication franche aide à maintenir et si nécessaire, rétablir la relation de confiance avec le patient." AMMA a défendu encore ce point de vue lors d'un récent Congrès à la KU Leuven, organisé par l'Interuniversitaire Permanente Vorming Management en Beleid Gezondheidszorg, un partenariat entre les universités et les hôpitaux universitaires de Gand et de Louvain.

AMMA, votre partenaire en matière de gestion des risques médicaux

AMMA a été fondée en 1944 en tant qu'assureur de niche pour le secteur des soins de santé. AMMA est le **leader du marché en responsabilité professionnelle** en Belgique et offre une large gamme d'autres assurances comme : l'hospitalisation, les assurances voiture, incendie et vol, revenu garanti et l'assurance familiale.

En outre, AMMA est un spécialiste **en matière de gestion des risques médicaux**. Forte de son expérience dans la gestion des sinistres médicaux, AMMA donne des conférences sur une série de thèmes (para)médicaux, comme l'importance et la composition des dossiers de patient, la communication avec le patient, la sécurité du patient, le consentement éclairé ou les effets de la loi relative au Fonds des Accidents Médicaux. AMMA propose aussi des brochures techniques d'assurance pour le secteur des soins de santé et des FAQ sur les concepts-clé de la gestion des risques.

La prévention des risques médicaux dans votre établissement de soins ? Demandez-nous un entretien.

Nous pouvons vous aider à assurer la prévention de situations à risque afin de contribuer à une meilleure maîtrise des soins de santé. Nous analysons les erreurs concrètes et les sinistres antérieurs afin d'en tirer des leçons et d'éviter qu'ils se reproduisent. Si vous êtes intéressé par une étude analytique de votre établissement de soins ou une présentation sur un sujet spécifique en matière de gestion des risques médicaux, n'hésitez pas à envoyer un e-mail à karl.scheldeman@amma.be ou de l'appeler au numéro 02/737 04 93.



Barcelone

26^e CONGRÈS
QUADRIENNAL,
ESPAGNE

CII
2017

Les infirmières au front de la transformation des soins

27 mai au 1 juin 2017

Le Conseil international des infirmières (CII) lance aujourd'hui un appel à résumés pour son 26^e Congrès, qui se déroulera à Barcelone, Espagne du 27 mai au 1 juin 2017. Plusieurs milliers d'infirmières se réuniront à cette occasion pour porter leur attention sur l'intégration de la pratique, de la science, de la connaissance et de l'équité au service des populations. Le Congrès sera également le moment de partager entre personnes représentant des pays, des spécialités et des cultures très différentes, des connaissances professionnelles et des pratiques optimales en matière de leadership infirmier. Le programme scientifique sera axé sur les trois piliers de l'action du CII – pratique professionnelle, réglementation et conditions socioéconomiques – et sur un échange dynamique d'expériences et d'expertise.

Les intervenants en plénière communiqueront – outre leur inspiration – les informations les plus récentes sur la contribution de notre profession aux nouveaux Objectifs du développement durable, sur les stratégies mondiales relatives aux ressources humaines pour la santé, sur la couverture sanitaire universelle et sur l'enjeu crucial de la dotation sûre en effectifs. Plusieurs séances plénières seront consacrées à d'autres questions critiques pour les soins infirmiers, notamment les soins de santé centrés sur les patients, l'évolution des domaines de pratique, le changement climatique, la santé mentale, les droits de l'homme, la sécurité des patients, le rôle des infirmières dans l'élaboration des politiques, l'éducation, la cybersanté et l'histoire des soins infirmiers. Le Congrès sera, enfin, l'occasion d'organiser plusieurs ateliers et réunions des réseaux du CII.

Le Conseil des représentantes d'associations nationales d'infirmières (CRN, organe décisionnel du CII) se réunira quant à lui du 26-28 mai 2017. Les participants au Congrès qui sont également

membres d'associations affiliées au CII auront la possibilité d'assister aux débats entre infirmières dirigeantes du monde entier autour de l'identification des priorités de notre profession et de ses orientations futures.

Le Congrès aura pour buts principaux :

1. De démontrer que la profession infirmière contribue de manière tangible à l'élaboration de politiques de santé durables reposant sur des informations dignes de foi, et de favoriser cette contribution.
2. De soutenir la contribution de la profession infirmière aux soins de santé basés sur des éléments probants et d'encourager les approches centrées sur la résolution des problèmes pour mieux répondre aux besoins de santé prioritaires.
3. De permettre des échanges approfondis d'expériences et d'expertise entre membres de la communauté internationale des infirmières et au-delà.

On trouvera, sur le site Web du Congrès, de plus amples renseignements sur le programme du Congrès et ses mises à jour régulières: www.icncongress.com.

Partagez vos idées et votre expertise ! Les Congrès et conférences du CII sont les plus importants forums internationaux destinés aux infirmières. La conférence du CII à Séoul, en 2015, a rassemblé plus de 5000 infirmières cadres du monde entier pour une réflexion sur la compréhension entre les cultures et la coopération internationale dans le domaine des soins infirmiers. Le Congrès du CII en 2017 vise une audience de la même importance.

Nous vous invitons à soumettre une proposition de résumés à présenter lors d'une séance parallèle ou d'un symposium, ou sous la forme d'un poster. Les directives de présentation sont à consulter sur le site Internet du Congrès www.icncongress.com. Le système en ligne sera ouvert du 16 mai au 10 octobre 2016.

Thèmes des communications

1. Systèmes de soins de santé, économie de la santé et couverture de santé

Quel impact auront les nouveaux objectifs du développement durable (ODD) sur la fourniture des soins de santé ? Comment les infirmières contribueront-elles à la réalisation des ODD relatifs à la santé et au bien-être ? Quelles mesures faudra-t-il adopter pour atteindre les buts et cibles des ODD ? Quels sont les rôles et l'impact des infirmières dans la fourniture des services de santé intégrés orientés sur les personnes ? Comment parvenir à la couverture sanitaire universelle dans un temps de changement sociétal majeur ? À quels défis la profession infirmière est-elle confrontée pour intégrer la pratique, la science, la connaissance, les politiques et l'équité ? Quelles sont les possibilités à cet

égard et quel est l'impact de ces défis sur la durabilité économique des pays ? Quel est la rentabilité économique et clinique d'une main-d'œuvre infirmière formée à l'université ?

2. Soins directs, sécurité des patients

Quelles innovations en matière de pratique clinique sont-elles propices à l'amélioration des résultats pour les patients

? Quels sont les effets de l'évolution des environnements de pratique sur la sécurité des patients ? Quels sont les indicateurs de la qualité des soins et comment les mesurer ? Quel rapport existe-t-il entre l'engagement des patients et l'amélioration des résultats de soins ? Quelle est la relation entre le leadership en soins infirmiers, la pratique fondée sur les éléments probants et les résultats pour les patients ? Quelles preuves la littérature et les éléments probants donnent-ils de l'incidence des infirmières, en tant que spécialistes certifiées, sur la sécurité des patients et sur les résultats des soins ?

3. Déontologie, éthique et droits de l'homme

Quels dilemmes éthiques se posent-ils dès lors que l'on cherche à garantir l'accès, l'acceptabilité et la qualité des services de santé ? Comment surmonter ces dilemmes ? Comment assurer et préserver l'équité dans les communautés et les systèmes de santé ? Quelles politiques adopter et quelles mesures prendre pour faire respecter le droit à la santé des patients et des populations ? Quel est l'impact des progrès technologiques rapides sur l'éthique des soins infirmiers ? De quels éléments probants disposons-nous au sujet de la gestion éthique des ressources humaines pour les soins infirmiers (y compris les codes de conduite et l'adéquation culturelle) ?

4. Promotion de la santé et prévention des maladies

Quelles tendances en matière de santé et de bien-être sont-elles à l'œuvre dans le continuum des soins ? Comment les infirmières parviennent-elles à intégrer, dans leur pratique, science, connais-

sance et équité au profit de la santé et du bien-être des personnes et des populations ? Quel est l'impact des interventions aux étapes successives de la vie ? Comment favoriser le vieillissement en bonne santé ? Comment assurer l'équité en santé et l'accès aux soins, y compris en fin de vie ? Les interventions infirmières de promotion de la santé et de prévention sont-elles efficaces ? Quel est l'impact actuel des maladies non transmissibles dans une perspective infirmière ? Et comment la réglementation, la pratique et l'enseignement des soins infirmiers s'y adaptent-ils ? Comment les infirmières peuvent-elles conduire la transformation des systèmes de soins de santé vers l'approche des soins de santé primaires, davantage axée sur la promotion de la santé et la prévention des maladies ? Quelles politiques et incitations régionales, nationales et mondiales sont-elles nécessaires pour faire adopter des modes de vie sains ?

5. Technologies de l'information et des communications (TIC) au service des soins infirmiers et de la qualité des soins

Comment la technologie et l'informatique favorisent-elles l'accès aux services de santé et à des soins de qualité ? Quelles innovations ont-elles permis d'améliorer la fourniture des soins de santé, la sécurité des patients et les résultats des soins ? De quelle manière la technologie favorise-t-elle la connectivité au sein de la communauté infirmière ? Comment les infirmières utilisent-elles les TIC pour rendre leurs patients plus autonomes ? Quel est l'impact de la technologie, de l'informatique et des médias sociaux sur la pratique infirmière ? Quelles implications la gestion des connaissances a-t-elle sur la profession infirmière ? Comment les TIC peuvent-elles lever les obstacles à la couverture sanitaire universelle et à la réalisation des objectifs du développement durable, et remédier à la mauvaise répartition des infirmières ?

6. Leadership et gestion

De quelles compétences les infirmières cadres et les chefs de file de notre profession doivent-ils disposer ? Existe-t-il des modèles d'éducation et de développement innovants capables de répondre aux besoins prévisibles ? Comment préparer les jeunes générations à exercer le leadership dans un monde globalisé ? Comment préparer les infirmières à assumer des rôles dans l'élaboration des politiques et règlements et dans la prise de décisions aux niveaux local, national et mondial ? Quel est l'effet, sur la santé des populations et des personnes, de l'implication de la profession infirmière dans la formulation des politiques ? Quel impact aura la pratique infirmière avancée sur le leadership et la capacité d'intégrer la pratique, la science, la connaissance et l'équité au profit des patients ?

7. Enseignement et apprentissage des soins infirmiers

Compte tenu de la pénurie mondiale d'infirmières employées et de la mauvaise répartition des effectifs disponibles, comment attirer un nombre suffisant d'élèves infirmières ? Comment expliquer le fort taux d'attrition des élèves infirmières et comment y remédier ? Comment former les enseignants qui seront chargés

Dates importantes

16 mai 2016

Début de la soumission des propositions en ligne

10 octobre 2016

Fin de la soumission des propositions (minuit CET)

10 octobre 2016

Ouverture des inscriptions

13 décembre 2016

Candidats informés de l'acceptation de leurs propositions de résumé

27 janvier 2017

Délai d'inscription pour les auteurs des propositions de résumé acceptées

d'éduquer les prochaines générations d'infirmières ? Comment combler l'écart entre l'éducation et la pratique ? Quelles sont les innovations à l'œuvre dans le domaine de l'enseignement ? Quelles sont les tendances mondiales dans l'éducation de base et dans la formation continue ? Comment combler les lacunes dans les normes d'enseignement au niveau mondial ? De quelle manière la formation interprofessionnelle va-t-elle influencer la prestation des soins ? Quels modèles d'accès simplifié à l'enseignement permettent-ils aux infirmières d'améliorer leur situation professionnelle, sociale et économique ?

8. La main-d'œuvre infirmière, son cadre de travail et son image

Quel impact la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé a-t-elle sur la main-d'œuvre infirmière ? Quels enjeux prioritaires liés à la force de travail et aux conditions de travail affectent-ils l'accès aux soins ? De quel mélange de compétences faut-il disposer pour assurer la couverture de santé universelle tout en garantissant la qualité des soins ? Quel est l'impact des environnements favorables à la pratique et comment instaurer de tels environnements

? Comment la mobilité internationale des infirmières détermine-t-elle l'accès à des soins de santé de qualité ? Les modèles actuels de planification de la main-d'œuvre appliqués dans d'autres secteurs sont-ils pertinents pour la profession infirmière ? Comment mettre l'accent sur les soins primaires et communautaires, et assurer leur dotation en personnel, tout en préservant la force de travail en soins aigus ?

9. Catastrophes, conflits, pandémies

Quel est l'impact du changement climatique sur la santé publique ? Quel est le rôle des infirmières lors des conflits, dans la préparation aux situations de catastrophe et pendant les opérations de secours ? Comment sélectionner et déployer de manière sûre et efficace les infirmières chargées des soins en cas de catastrophe ? Quelles mesures faut-il adopter pour protéger les secouristes ? Quels risques les infirmières courent-elles en temps de conflit, de catastrophe et de pandémie ? Comment gérer la sécurité des infirmières dans ces conditions ? Quel rôle les infirmières jouent-elles dans le développement durable pour minimiser l'impact du changement climatique sur la santé publique ?

10. Réglementation

Quel rôle la réglementation professionnelle joue-t-elle dans la qualité des soins et la sécurité des patients ? Comment les systèmes d'accréditation peuvent-ils bénéficier aux patients ? Quelle sera l'incidence, sur la réglementation, du dialogue aux niveaux national, régional et international ? Quels seront les effets, sur la réglementation, de la mondialisation et des accords commerciaux ? Donner des exemples de pratiques optimales

s'agissant de l'accomplissement par les autorités de leurs fonctions de base en matière de réglementation, y compris l'auto-réglementation. Quelles sont les incidences, pour l'infirmière et pour les régulateurs de la profession infirmière, de l'évolution des modèles de réglementation au plan mondial ?

11. Histoire des soins infirmiers

Comment la connaissance du passé nous permet-elle de préparer l'avenir ? Quelles leçons pouvons-nous tirer du passé

? Quelles tendances sont-elles perceptibles dans la profession infirmière au niveau national et international ? Que savons-nous de l'histoire des infirmières dans leurs rôles de premier plan en tant que prestataires de soins, documentalistes de leur propre histoire et gardiennes de leur héritage ?

Instructions pour la soumission des propositions de résumés

La date limite de réception des propositions de résumés est fixée au 10 octobre 2016 à minuit (heure d'Europe centrale, CET).

1. Les propositions doivent compter au maximum 250 mots ou 2500 caractères (titre et biographie de l'auteur compris). Elles doivent préciser les points principaux sur lesquels l'intervenant souhaite s'exprimer. Aussi longtemps qu'elles ne répondent pas à ces exigences, les propositions seront considérées comme incomplètes et seront sauvegardées en tant que « projets » (drafts).
2. Les propositions doivent être soumises sur Internet : www.icncongress.com.
3. Les personnes dont les propositions seront acceptées devront s'inscrire au Congrès d'ici le 27 janvier 2017 à minuit (CET). Si l'inscription et le paiement n'ont pas été reçus à cette date, la proposition sera retirée du programme.
4. Une proposition ne peut être soumise que dans UNE SEULE des catégories suivantes :
 - Séance parallèle : présentation thématique de 15 minutes.
 - Symposium : séance de 80 minutes au cours de laquelle trois intervenants au minimum abordent un même thème selon des perspectives différentes. Les intervenants présentant un symposium doivent présenter une seule proposition commune.
 - Afiche : représentation visuelle d'une recherche, sous un angle académique ou professionnel, faite par une personne ou par des représentants d'équipes de recherche.
5. Les propositions doivent être soumises en anglais, en français ou en espagnol.
6. Ne seront pris en considération que les profils personnels et les propositions marquées comme « définitives », (final) conformes aux prescriptions.
7. Les propositions déjà publiées ou déjà présentées ne seront pas acceptées.

8. Une personne qui n'est pas membre d'une organisation affiliée au CII ne peut soumettre de proposition qu'en tant que co-auteur ou co-présentateur d'un texte soumis par un membre d'une organisation affiliée au CII.
9. Une proposition commune ne peut être présentée que par six coauteurs au maximum.
10. Les personnes dont la proposition est acceptée seront avisées d'ici le 13 décembre 2016.
11. Les décisions concernant l'acceptation des propositions sont définitives. Une fois la décision rendue, plus aucune correspondance ne sera échangée au sujet du processus de sélection.

Les facteurs dont il sera tenu compte pour la sélection des propositions sont les suivants :

- L'intérêt de la communication pour une audience internationale.
- La pertinence de la communication par rapport au thème général du Congrès et à l'un de ses sous-thèmes.
- L'intérêt scientifique ou professionnel de la communication.
- La contribution de la communication à la connaissance, à la pratique, aux politiques ou aux programmes de soins infirmiers ou de santé.
- La clarté de l'expression.

Site du Congrès: www.icncongress.com

Tarifs d'inscription: les tarifs d'inscription anticipée seront communiqués en juin 2016 sur le site Web du Congrès : www.icncongress.com. Les auteurs de propositions de résumés acceptés devront s'inscrire d'ici le 27 janvier 2017.

Remboursements et annulations: les participants inscrits qui ne peuvent se rendre au Congrès seront remboursés (déduction faite des frais administratifs) pour autant que leur annulation parvienne au CII avant le 12 avril 2017. Passée cette date, aucun remboursement ne pourra être consenti. Tous les remboursements seront effectués après le Congrès. Des renseignements complets relatifs aux changements de programme et aux annulations seront publiés sur le site du Congrès dès l'ouverture des

Conseil international des infirmières

3, place Jean-Marteau
1201 Genève (Suisse) Tél. : +41 22 908 0100
Télécopie : (+4122) 908 0101
Courriel : icn@icn.ch www.icn.ch

Consejo General de Enfermería, Espagne

c/ Fuente del Rey, 2 (Esq. Ctra. Castilla)
28023 Madrid
Espagne
Téléphone : +34 91 334 520
Télécopie : +34 91 334 5503
Email: cge@consejogeneralenfermeria.org
www.consejogeneralenfermeria.org



Conseil International des Infirmières
La voix mondiale des soins infirmiers



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

mariemontvillage

recherche

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

Description de fonction:

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

Notre offre:

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

Intéressé(e)

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

www.mariemontvillage.be.

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



inscriptions, le 10 octobre 2016.

Le **Conseil international des infirmières (CII)** est la fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières, représentant plusieurs millions d'infirmières dans le monde entier. Dirigé par des infirmières pour faire avancer les soins infirmiers partout dans le monde, le CII œuvre pour garantir des soins infirmiers de qualité pour tous ainsi que de solides politiques de santé.

Secrétariat du Congrès

CII 2015
c/o MCI Suisse SA
Rue de Lyon 75, BP 502
1211 Genève 13, Suisse
www.mci-group.com
Téléphone : +41 22 33 99 575
Télécopie : +41 22 33 99 651
Courriel pour propositions de résumés : icn2017abs@mci-group.com
Courriel pour demandes générales : icn.regshot@mci-group.com

La dysoralité sensorielle chez l'enfant à développement normal

A destination des médecins généralistes, des pédiatres, des kinésithérapeutes et des infirmiers



Ce livret a été réalisé afin de donner aux différents professionnels de santé des informations sur les troubles de l'oralité alimentaire et leur prise en charge. Ainsi, les enfants présentant ces troubles bénéficieront d'un dépistage et d'une prise en charge plus précoces.

Dans la littérature, plusieurs appellations existent pour parler des dysoralités sensorielles : « troubles de l'oralité alimentaire d'origine sensorielle », « syndrome de dysoralité sensorielle » (Senez, n.d.), « food sensory aversion ».

Attention ! Il ne faut pas confondre les troubles de l'oralité alimentaire avec les troubles du comportement alimentaire (ex : anorexie, boulimie, ...) qui ont forcément une origine psychogène.

Rappels du développement de l'oralité chez le nourrisson et l'enfant

Le terme « oralité » se réfère à l' « ensemble des activités orales c'est-à-dire réalisées par la bouche » (Thibault, 2007). On parle de l'oralité alimentaire et de l'oralité verbale, celles-ci se déve-

loppent en interaction. Dans le temps, on distingue deux oralités : l'oralité primaire et secondaire. [Voir tableau en page suivante]

Troubles de l'oralité alimentaire : kesako ?

La dysoralité reprend « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale » (Thibault, 2012). Ces difficultés alimentaires peuvent débuter par l'absence de comportement spontané d'alimentation ou par un refus d'alimentation (Thibault, 2012 & Lecoufle, 2016).

Plusieurs étiologies et facteurs sont généralement à l'origine de ce trouble : on y retrouve principalement les troubles d'origine organique et les troubles d'origine sensorielle. Les troubles d'origine sensorielle sont dus à une hyper- ou une hypo-réactivité des organes sensoriels.

Ces difficultés alimentaires apparaissent généralement durant la première année de vie, au moment du sevrage et de la diversification alimentaire.

Suite page 26 ▼

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

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

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

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

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

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

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



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 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



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
Infos: 064/27.66.54
www.chu-tivoli.be





Certains signes d’alerte, définis par Lecoufle (2016), doivent vous faire réagir en tant que professionnels de la santé :

Pendant les repas :

- les premiers aliments issus de la diversification alimentaire sont toujours refusés au-delà de 8 mois,
- l’enfant n’accepte toujours pas les textures lisses au-delà de 16 mois,
- le répertoire de l’enfant est composé de moins de 20 aliments,
- l’enfant n’éprouve pas de plaisir à s’alimenter,
- l’enfant ne couvre pas ses besoins nutritionnels et perd du poids.

Hors des repas :

- l’enfant a très peu ou pas du tout mis en bouche : exploration orale peu importante voire absente,
- l’enfant présente une hyper/hyposensibilité de la sphère oro-faciale,
- l’enfant présente une hypersensibilité des mains, des pieds (par exemple, il déteste avoir les mains sales ou marcher pieds nus),
- l’enfant présente une anomalie des praxies bucco-faciales,
- l’enfant présente des haut-le-cœur, des nausées et des vomissements fréquents.

Le « syndrome de dysoralité sensorielle » se caractérise par plusieurs « symptômes » décrits par Senez (2015) :

- un manque d’appétit : l’enfant n’exprime pas sa faim et ne réclame pas à manger,
- un refus de la nouveauté : il n’accepte que les aliments ne risquant pas d’engendrer de gêne en bouche,
- une sélectivité alimentaire : simple refus des morceaux ou refus d’une alimentation per os,
- une lenteur (repas > 30 minutes) et des troubles du comportement lors des repas,
- des nausées et vomissements : notamment au cours des repas,
- une mastication absente ou non efficace même si cela est anatomiquement possible,
- un retard de parole caractérisé par des substitutions des consonnes postérieures [k], [g] et [r].

Périodes	Âges	Oralité alimentaire	Oralité verbale
Oralité primaire = réflexe	De la naissance à 5-6 mois	- Succion-déglutition réflexe - Alimentation exclusivement lactée	- Vocalisations réflexes et quasi-réflexes composées de cris et de sons végétatifs (bâillements, soupirs...)
Oralité secondaire = volontaire	Vers 4-5 mois	- Début de la diversification alimentaire : réduction de l’alimentation lactée pour une alimentation liquide et semi-liquide - Apprentissage d’une nouvelle stratégie alimentaire via le passage à la cuillère - Diminution du réflexe de succion-déglutition	- Babillage rudimentaire (proto-syllabes composées de sons semblables à des consonnes et voyelles)
	Vers 6 mois	- Eruption des premières dents de lait soit les incisives centrales - Modification de sa stratégie motrice orale par imitation - Aliments semi-liquides et mixés	- Babillage canonique (proto-syllabes contenant des syllabes identiques)
	Vers 9 mois	- Début du malaxage - Aliments mixés et solides mous - Dissociation des mouvements linguaux et mandibulaires	- Babillage mixte : proto-langage qui est un mixte entre babillage et mots - Période linguistique : l’enfant associe un sens à ses productions
	Vers 24 mois soit 2 ans	- Apparition des premières molaires - Installation d’une stratégie de mastication - Aliments solides mous et solides durs - Acquisition de la déglutition adulte car la succion et la déglutition sont désormais indépendantes	- Apparition des premières phrases

Basé sur les tableaux de Thibault (2007) et Bandelier (2015)

Pourquoi la nécessité d'une prise en charge précoce ?

Plus l'enfant est âgé et plus il risque d'avoir développé des mécanismes de défense (comportements d'évitement tels que détourner la tête, pleurer et se lever plusieurs fois pendant les repas, refuser d'ouvrir la bouche...).

En effet, l'enfant aura associé le moment des repas à des sensations négatives : il ne prendra plus plaisir à s'alimenter. Les repas risquent même de devenir des sources de conflits entre parents-enfants.

Chez certains enfants, on peut observer une perte de poids et une diminution de la croissance.

Conseils à donner aux parents

Voici une liste non exhaustive des conseils que vous pouvez donner aux parents. Tous les conseils ne sont pas applicables à tous : ils dépendent des stratégies déjà mises en place par les parents et des habitudes familiales. C'est au thérapeute de choisir les conseils les plus pertinents.



Pendant les repas

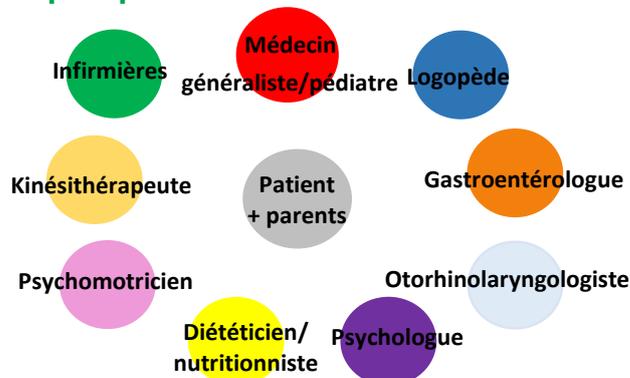
- Viser une alimentation plaisir : bannir le forçage et le chantage !
- Ne pas piéger l'enfant (en mélangeant un aliment détesté avec un aliment aimé) car une atmosphère de confiance doit émaner des repas.
- Le repas ne doit pas durer plus d'une demi-heure : si nécessaire, fractionner les repas.
- Ne pas se centrer sur la propreté pendant les repas : ainsi, laisser l'enfant manger avec les doigts et toucher les différents aliments même s'il ne les mange pas.
- Faire participer l'enfant au temps du repas (faire les courses, cuisiner ensemble, mettre la table...) afin d'installer des rituels.

Hors des repas :

- Organiser des ateliers « patouille » où l'enfant pourra toucher et jouer à diverses matières et textures alimentaires ou non (ex : jouer à la plasticine, au sable, découper, écraser des aliments...).

- Stimuler les différents sens intervenant dans les repas (majoritairement le goût, l'odorat et le toucher).
- Réaliser des praxies (ou « grimaces ») avec l'enfant dans le but de stimuler et de renforcer la musculature oro-faciale

Vers quels professionnels orienter ces enfants ?



Au vu de la diversité des étiologies pouvant être la cause d'un trouble alimentaire et des facteurs associés, le diagnostic et la prise en charge de l'enfant se réalisent de manière pluridisciplinaire (médecin généraliste, pédiatre, logopède, gastroentérologue, psychologue, diététicien...).

Dans un premier temps, il est intéressant d'orienter les patients vers un pédiatre ou un médecin généraliste. Ces deux médecins détermineront la nécessité d'un suivi et/ou d'une ou plusieurs prise(s) en charge médicale(s) ou paramédicale(s).

Pourquoi la logopédie ?

La logopédie est une discipline paramédicale qui ne se limite pas qu'à la prise en charge des troubles langagiers. En effet, elle rééduque tous les troubles altérant la sphère oro-faciale. Etant donné que les troubles de l'oralité alimentaire altèrent l'exploration et la perception de la sphère oro-faciale, une prise en charge logopédique est justifiée.

Afin de mettre en évidence les difficultés de l'enfant, le thérapeute réalisera une anamnèse détaillée reprenant les étapes du développement alimentaire et un bilan (contenant notamment l'observation d'un repas).

Pendant la prise en charge, le logopède a pour but d'amener l'enfant à reprendre plaisir à s'alimenter. Pour cela, il essaiera de stimuler au mieux la sphère oro-faciale (praxies, massages...). Une partie importante de la prise en charge consiste à guider et à conseiller les parents.

Livres et sites internet à consulter

Livres/livrets :

Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant – Rééducation orthophonique N°220 (décembre 2004) Edité par la Fédération Nationale des Orthophonistes

Dossier oralité - Langage & pratiques N°55 (2015) Edité par l'Association Romande des logopédistes diplômés

Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition 2ème édition de Senez, C. (2015) Edité par De boeck solal.

Boîte à idées pour oralité malmenée du jeune enfant de Leblanc, V., Bourgeois, C., Hardy, E., Lecoufle, A., & Ruffier, M. (2012) Livret réalisé par Nutricia Nutrition Clinique. Disponible en ligne.

Amuse-bouche pour difficultés alimentaires de l'enfant de Don, J., Gaquiere, M., Lecoufle, A., Vanmalleghem, A., Vouters, J., Leblanc, V. (2015) Livret réalisé par Nutricia Nutrition Clinique. Disponible en ligne.

Les troubles de l'oralité chez l'enfant de 3 ans et plus alimenté par gastrostomie d'Alexandre, J. (2014). Livret disponible en ligne.

Les difficultés à s'alimenter chez l'enfant de 0 à 3 ans présentant un syndrome génétique de Don, J., & Gaquiere, M. Livret disponible en ligne.

Sites internet :

<http://oralite-alimentaire.fr/> Site d'une orthophoniste spécialisée en troubles de l'oralité alimentaire

<http://autisme-alimentation.fr/> Site spécialisé dans les troubles alimentaires des enfants avec autisme

Formations : à destination de plusieurs professions médicales et paramédicales.

Diplôme Inter-Universitaire « Troubles de l'oralité alimentaire ». Plus d'informations sur : <http://cracmo.chru-lille.fr/diu-troubles-oralite/index.html> et <http://du.med.univ-montp1.fr/fmc/du-troubles-de-loralite-et-de-la-deglutition-chez-lenfant-et-ladolescent-208.html>

Luciole formation « Oralité, déglutition ». Plus d'informations sur : <http://www.luciole-formation.fr/formations/formations-inter/22-oralite-deglutition-en-dpc.html>

Cette brochure de sensibilisation a été réalisée dans le cadre d'un travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de Bachelier en logopédie.

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez me contacter à cette adresse : meunier.marie@outlook.com.

Brochure créée en 2016 par Meunier Marie, étudiante en troisième année de logopédie à la Haute Ecole Provinciale du Hainaut Condorcet Saint- Ghislain.

CENTRE DES MÉDIAS - OMS

Maladies non transmissibles: les pays progressent mais doivent intensifier leurs efforts pour tenir les engagements mondiaux

18 JUILLET 2016 | NEW YORK/GENEVE - Un nouveau rapport de l'Organisation mondiale de la Santé souligne la nécessité d'intensifier les actions nationales pour atteindre les cibles mondiales adoptées par les gouvernements, afin de protéger les populations des cardiopathies, des cancers, du diabète et des maladies pulmonaires.

À l'échelle mondiale, ces quatre types de maladies non transmissibles (MNT) constituent la plus grande cause de décès chez les personnes de moins de 70 ans et représentent une menace majeure pour le développement durable.

L'enquête mondiale, *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases* [Évaluer les capacités nationales de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles], montre que certains pays font des progrès remarquables. Un certain nombre a pris des mesures pour protéger les populations du tabagisme, de la consommation nocive

d'alcool, de la mauvaise alimentation et du manque d'exercice physique. Certains ont créé de nouvelles possibilités de financement pour développer de puissants systèmes de santé publique en taxant les produits du tabac.

«Des pays, y compris parmi les plus pauvres, démontrent qu'on peut progresser et faire baisser la mortalité prématurée due aux MNT. Mais ces progrès, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, sont insuffisants et inégaux», estime le Dr Oleg Chestnov, Sous-Directeur général à l'OMS.

« ... Et si la spasticité m'était contée... »

Une équipe de l'Hôpital Léonard de Vinci, sur le site de l'Hôpital A. Vésale a mené une étude ayant pour objectif d'informer non seulement les patients mais aussi les professionnels de la santé sur la spasticité, résultant d'une atteinte neurologique au niveau du faisceau pyramidal, sur sa physiopathologie compliquée et sa prise en charge complexe.

La spasticité peut être de deux origines : soit médullaire, soit cérébrale avec comme conséquence une symptomatologie particulière.

Tout patient atteint au niveau du motoneurone ou neurone moteur présentera de la spasticité qui se traduira d'abord par de l'hypotonie qui avec le temps et la réorganisation rhéologique évoluera vers une hypertonie.

L'objectif de l'équipe pluridisciplinaire est de prendre soin de cette problématique afin d'en limiter les complications souvent invalidantes pour le patient.

La prise en charge précoce de la spasticité est fondamentale. Il est essentiel de prévenir les complications qu'elle engendre afin d'assurer le confort et le bien-être du patient. Elle s'installe progressivement dès l'admission en unités de soins aigus, il est donc essentiel de la prévenir.

Nos recherches nous ont permis de constater que certains facteurs tels que les infections d'origines diverses, la constipation, l'hyperthermie, les plaies... accentuent la spasticité. De même, lorsqu'elle est installée, elle peut engendrer des complications telles que le développement de plaies d'escarres, l'apparition de lésions cutanées liées notamment à la macération, des douleurs, de la dysphagie...

Le rôle du personnel soignant est prépondérant par la mise en avant des moyens de prévention des complications, du soutien dans les activités de la vie quotidienne, de l'observation, de l'information, de l'éducation, de l'écoute... par le biais de Programme d'Autonomie Structurée. Le binôme infirmier(e)/aide-soignant(e) est important pour aider

le patient à réagir face à la spasticité : celui-ci présent 24h/24 est un relais particulier entre l'équipe paramédicale, la personne soignée et l'aidant proche.

La spasticité pour une personne hémiplegique peut être bénéfique lors de la marche et ne sera donc pas traitée systématiquement pour le membre inférieur plégique.

Pour nous, praticiens de terrain, il était important de rappeler et d'informer le personnel soignant, les collègues, le patient et les familles de la complexité de ce handicap qu'est la spasticité afin d'améliorer la prise en charge du patient à tous les niveaux pour les raisons suivantes :

- D'une part, nous devons attirer l'attention du personnel sur toutes modifications de l'état de santé du patient et des facteurs aggravants la spasticité afin d'y remédier avant toute modification du traitement médicamenteux ou autre.
- Et d'autre part les interpeller par rapport aux risques que peut entraîner la spasticité.

La neuro-réhabilitation permet au patient par l'intermédiaire de l'équipe pluridisciplinaire et par l'apport de matériel spécifique tel que les orthèses de recouvrer un cadre de vie favorable sur le plan personnel et/ou professionnel.

Roger Cuvelier,

Infirmier chef en neuro-réadaptation LV15

Maryline Ponsart,

Infirmière chef en neuro-réadaptation LV18

Anne-Sophie Wiard,

Infirmière en neuro-réadaptation LV16



«Si les pays continuent sur cette trajectoire, ils n'auront pas la possibilité d'atteindre tous la cible des objectifs de développement durable consistant à réduire d'un tiers, d'ici 2030, le taux de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles.»

Principaux constats

Le rapport suit les progrès accomplis dans les 4 engagements assortis de délais adoptés en 2014 pour renforcer les capacités des pays à lutter contre les MNT, à savoir des cibles nationales pour la réduction des MNT; l'élaboration de politiques et plans nationaux multisectoriels pour atteindre ces cibles nationales; la baisse de l'exposition aux facteurs exposant les gens à un risque de MNT et le renforcement des systèmes de santé pour lutter contre les MNT.

Jusqu'à présent, 60% des pays ont fixé des cibles assorties de délais pour les indicateurs des MNT et 92% ont intégré les MNT dans les plans nationaux pour la santé. La taxation du tabac est l'intervention fiscale la plus courante avec 87% des pays indiquant qu'ils ont appliqué des droits d'accise ou autres sur le tabac. La taxation sur l'alcool est la deuxième intervention fiscale la plus répandue avec 80% des pays indiquant ce type de mesure. Les troisième et quatrième interventions fiscales les plus répandues sont celles sur les boissons sucrées (18% des pays) et sur les aliments riches en graisse, en sucre ou en sel (8% des pays).

Principales mesures requises:

- Fonds d'amorçage passant par des voies nationales, bilatérales et multilatérales afin de développer les programmes essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles et de prévention dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire pour renforcer les capacités en matière de prévention primaire, de dépistage et de surveillance.
- Attention plus grande accordée à la politique dans des secteurs au-delà de celui de la santé et qui ont des répercussions sur les MNT, comme la commercialisation et la distribution des produits nocifs ou malsains.
- Mécanismes de gouvernance multisectorielle plus puissants pour mettre en œuvre la cible 3.4 des Objectifs de développement durable sur les maladies non transmissibles au moyen d'approches impliquant l'ensemble du gouvernement et l'ensemble de la société.
- Opérationnalisation plus étendue des plans nationaux contre les MNT, en particulier ceux destinés à lutter contre l'alimentation malsaine.
- Mise en place plus étendue de systèmes de surveillance pour mener des enquêtes nationales sur les facteurs de risque au

moins tous les cinq ans, afin de suivre les cibles et les indicateurs, de même que les progrès.

- Veiller à ce que les systèmes de santé puissent répondre aux besoins de soins des personnes atteintes de MNT en dispensant les services de base comme la détection, le traitement et le soin de ceux qui ont un cancer. Les programmes de dépistage du cancer doivent devenir plus systématiques et couvrir davantage de personnes qui en ont besoin.
- Amélioration de l'accès aux soins palliatifs dans le système de santé publique pour les personnes aux derniers stades des MNT, en particulier dans le cadre des soins de santé primaires ou des soins dans la communauté ou à domicile.

Notes pour les rédactions

En 2012, 38 millions de personnes ont perdu la vie à cause des MNT, 16 millions d'entre elles, soit 42%, ont perdu la vie prématurément – avant 70 ans – à cause de maladies qui auraient pu être en grande partie évitées. Plus de 80% des personnes décédées prématurément d'une MNT étaient dans les pays en développement.

Le processus des Nations Unies dans la lutte contre les maladies non transmissibles

La première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les MNT a eu lieu en 2011 et a abouti à l'adoption d'une déclaration politique mettant la prévention et la maîtrise des MNT en bonne place dans le programme de développement. La seconde réunion de haut niveau s'est tenue en 2014; au cours de celle-ci, les pays se sont engagés à fixer des cibles nationales sur les MNT en 2015.

En 2018, l'Assemblée générale des Nations Unies convoquera une troisième réunion de haut niveau, afin de faire le bilan des progrès nationaux pour atteindre les cibles mondiales volontaires d'ici 2025. Une cible sur les MNT a également été incluse dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, à savoir réduire de 30% le taux de mortalité prématurée due aux MNT d'ici à 2030.

Pour d'autres informations, veuillez prendre contact avec:

Paul Garwood
Département Communication, OMS
Téléphone: +41 22 791 1578
Portable: +41 79 603 7294
Courriel: garwoodp@who.int



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

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

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 Elisabeth rue Louis Loiseau, 39 5000 Namur

**Portes Ouvertes samedi 17 septembre 2016
de 10h à 13h**

www.facebook.com/ETTC.asbl

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

Informations et inscriptions aux cours

www.etc-acu.be ou 0488/949.929

Agenda

A l'étranger

27.05.2017 – 01.06.2017

Congrès du Conseil International des Infirmières 2017

Barcelone, Espagne

<http://www.icnbarcelona2017.com/fr/>

03.06.2018 – 06.06.2018

7^e Congrès mondial du SIDIIEF

Bordeaux, France

<https://www.sidiief.org/nos-evenements/congres-mondiaux/>

En Belgique

13, 14, 20 et 21.10.2016

Cycle de formation en soins de plaies en 4 journées

CHU Saint-Pierre
Site César de Paepe, Rue des Alexiens, 13 à 1000 Bruxelles
Grand Auditoire (rez-de-chaussée)

https://www.inscription-facile.com/form/HmlVebnR9f4agOe9B9lj/danielle_declercq@stpierre-bru.be

15.11.2016

**40^{ième} Journée de l'AISPN
« La gastrologie pédiatrique »**

Centre Culturel de Woluwe-Saint-Pierre Avenue Charles Thielemans, 93 – 1150 Bruxelles

<http://aispn.be/formation/inscriptions/>

17.11.2016

4^{ème} Séminaire Européen du SIDIIEF: Sécurité des soins : l'affaire de tous

Quai du Condroz 28
4031 Angleur

<http://www.infirmieres.be/formation/4eme-seminaire-europeen-du-sidiief>

26.11.2016

**3^{ème} Congrès de l'Association Francophone des Infirmiers et des Technologues Exerçant en Radiothérapie Belge
« Le patient : un partenaire qui n'est pas secondaire ! »
La gestion des effets secondaires de la radiothérapie**

Centre Hospitalier Universitaire du Sart Tilman. Auditoire Welsch. Avenue de l'Hôpital, 1
4000 Liège

www.afiter.be

28.11.2016

**2^{ème} Congrès du Groupe de contact en sciences infirmières belge francophone.
« Science(s) infirmière(s) : Vers plus de partenariat : de la collaboration interprofessionnelle jusqu'au partenariat avec le patient »**

Louvain-la-Neuve (sous réserve)

6.12.2016

11^{ème} journée de formation du Département de Médecine Critique du CHU Brugmann

CHU BRUGMANN - Site Reine Astrid (sortie 6 du ring) Rue Bruyn 1, 1120 Neder-Over-Heembeek

claudine.holvoet@chu-brugmann.be
<http://www.chu-brugmann.be/fr/news/20161206-criticalday.pdf>

13.12.2016

8^{ème} journée en Algologie : la douleur

Rue des combattants 41
1340 Ottignies

<http://www.infirmieres.be/formation/8eme-journee-en-algologie>

Rubrique culinaire

RECETTE :

« Frais, frais mon poisson... »



LE GRAVLAX SCANDINAVE ET SA SAUCE MOUTARDE



Ingrédients pour 6 personnes :

1 filet de saumon sans peau de première fraîcheur (+/- 600gr)
Pour la marinade :
100gr de gros sel - 100gr de sucre - 20cl d'huile d'olive - 1càc de poivre noir - 1 bouquet d'aneth
Pour la sauce :
20gr de moutarde - 50gr de sucre cristallisé - 50gr de cassonade brune - 10cl de vinaigre de vin blanc

Au travail :

- > Préparer la marinade en mélangeant le sel, le sucre, le poivre et l'huile.
- > Hacher les $\frac{3}{4}$ du bouquet d'aneth et l'ajouter à la marinade.
- > Enduire généreusement le filet avec la marinade et l'emballer dans un film plastique.
- > Laisser mariner au réfrigérateur pendant 3 jours en le retournant de temps en temps.
- > Préparer la sauce en mélangeant les ingrédients, ajouter un peu d'aneth hachée, rectifier l'assaisonnement et réserver au frais.
- > Au terme des 3 jours, rincer le filet sous l'eau froide et l'éponger à l'aide de papier absorbant.
- > Pour le service, trancher de fines tranches de gravlax, verser un filet de sauce et déguster sur du pain grillé.

MON ESCAVÈCHE EN GELÉE



Ingrédients pour 6 personnes :

1 kg de roussette (anguille de mer) - 75 cl d'eau - 25 cl de vinaigre de vin blanc - 3 sachets de gélatine en poudre - 1 bouquet garni (thym et laurier) - 3 càs de sucre - Sel & poivre - 3 échalotes de qualité émincées en fines rondelles. - 1 citron (facultatif)

En cuisine :

- > Tronçonner l'anguille en morceaux de 5 à 6 cm.
- > Faire bouillir le mélange d'eau et de vinaigre. Ajouter le bouquet garni, le sucre, le sel et le poivre.
- > Faire cuire dans ce « bouillon », l'anguille durant une dizaine de minutes (le poisson ne doit pas se décomposer) ;
- > Retirer l'anguille et réserver.
- > Verser la gélatine dans le bouillon de cuisson et bien remuer afin de dissoudre harmonieusement la poudre. Rectifier l'assaisonnement si nécessaire.
- > Disposer verticalement dans un plat d'une dizaine de cm de hauteur, les morceaux d'anguille.
- > Répartir l'émincé d'échalotes entre et au dessus du poisson.
- > Couler la gelée sur l'anguille (le bouillon doit recouvrir de 1 à 2 cm la surface du poisson). Laisser refroidir, recouvrir et mettre au réfrigérateur.
- > Déguster avec de grosses frites cuites à la graisse de bœuf.
- > Placée au frais, cette préparation peut être gardée plusieurs semaines. Vous pouvez, par conséquent, augmenter les quantités.

Les conseils du père « Effainibet »



Pour les puristes, le gravlax peut s'accompagner d'aquavit glacé. Il s'agit d'un alcool scandinave élaboré à base de céréales ou de pommes de terre. De manière plus conventionnelle chez nous, je vous recommande un vin blanc vif et bien fruité tel qu'un beau Sauvignon de la vallée de la Loire.

Pour l'escavèche, ce vin s'accorde bien. L'escavèche préparée d'une autre façon étant une spécialité de Chimay, je lui préfère une bonne bière blonde telle qu'une « Chimay » dorée titrant à 4,8% d'alcool. A la tienne, Etienne...

Bulletin d'adhésion

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



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

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

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

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

- ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
- AFISCeP.be** (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
- 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

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

10% de réduction
sur vos abonnements



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

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

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



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

proximus