



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

N°/Nr 27

Mai 2017 - Mei 2017



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





Le département infirmier du CHU de Charleroi

Tous en chœur au cœur des soins

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

Le CHU de Charleroi offre à ses patients toutes les spécialités médicales et chirurgicales et continue à se développer afin de prodiguer des soins de qualité. Au 2° 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 néonatologie, SISU, psychiatrie, salle d'opération...

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

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







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



Le journal de l'infirmier(e) belge

Edito	
Yves Mengal	5
Rubrique internationale	
Never Again	10
Plus jamais ça	11
L'OMS inaugure une initiative mondiale pour réduire de moitié les erreurs médicamenteuses en 5 ans	12
Lettre de l'EFN au Président de la république Française	14
Rubrique juridique	
Avis n° 68 du 14 novembre 2016 relatif à la limite d'âge en matière de procréation médicalement assistée	16
Nos partenaires	
La lutte est inextricablement liée à la prévention des infections	18
Portrait	
Constance Watney	22
Egalement dans ce numéro	
Plan de soins de référence pour les patients adultes brûlés	24
Rubrique culinaire	33
Bulletin d'adhésion FNIB	34
Agenda	30

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

Périodique 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



































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



Edito



A vous tous, chers amis et chers collègues et plus particulièrement à mes deux amis de longue date, André Nayes et Thierry Lothaire, co-auteurs du texte et des photos, "Portrait", paru dans notre revue FNIB « Agora »,n°26, de janvier 2017, pour marquer mon passage à la retraite et présenter quelques éléments de ma carrière professionnelle et associative.

Je dirais tout d'abord, merci, et bien joué!

Selon le terme consacré, je dirais aussi "il ne fallait pas..!". Je n'ai pas plus de mérites que d'autres... Comme dit dans ce texte, Je suis effectivement un peu têtu et un peu provocateur. Mon épouse Micheline répliquerait très probablement que je suis « très » provocateur. Mais tout cela n'est pas une raison suffisante pour dresser un portrait.

Ceci dit, il faut avouer que cela fait tout de même plaisir et cela m'a touché ... Je réitère donc mes remerciements aux auteurs ainsi qu'à notre Présidente Alda Dalla Valle, à toute l'équipe de la revue Agora qui ne ménage pas ses efforts pour produire une publication de qualité, à l'ensemble du Conseil d'Administration de la FNIB et à nos membres toujours très actifs et vigilants dans tous les domaines de notre profession.

Comme dit dans ce portrait (où tout est vrai...), j'ai donc été admis à retraite le 1er décembre dernier pour mon activité hospitalière au CHU de Charleroi. Toutefois, je poursuis mes activités d'enseignement et je ne quitte pas pour autant mes engagements professionnels et surtout associatifs... Tant pis pour vous...!

Comme je le relatais le 29 novembre dernier dans « mon exposé de retraite », lors du verre de l'amitié préparé en mon honneur par mes collègues du CHU et plus particulièrement par ma collègue Laurence Treccani, et mon Directeur hiérarchique direct, Bruno Monaco:

- Celui qui part n'a rien à dire ...
- Je n'ai pas de mérite particulier
- Je n'ai rien fait d'original mais j'ai essayé de faire mon travail au mieux
- En me trompant souvent et en réussissant parfois
- « Ce n'est pas la fonction qui compte mais bien la façon dont on la remplit »

« Il faut faire avec humour les choses graves et avec sérieux les choses drôles » disait Léo Campion (anarchiste de la première heure...). Je me reconnais assez bien dans cette formule...

Suite page 6 😲

Suite page 7 😮

Philosophiquement, d'une part, je suis assez « Kantien ». Au-delà des droits, il y a, aussi et surtout, les devoirs, la compréhension, la disponibilité et la conscience personnelle. Comme le disait André Nayes, je suis « Ropsien » tendance « Kant » ou l'inverse....! D'autre part, j'essaie toujours de « oui »! et de m'organiser au mieux (souvent, pour ce qui est mon cas, dans la procrastination efficace) pour répondre aux demandes multiples, familiales, amicales et professionnelles qui fusent généralement de toutes parts.

Au cours de ces nombreuses années d'activités professionnelles multiples dans l'enseignement, dans la pratique hospitalière, dans la direction administrative de départements hospitaliers et logistiques, dans la représentation et la défense professionnelle infirmière, j'ai essayé de faire de mon mieux, avec succès parfois, en échecs ou compromis, beaucoup plus souvent.

Le renouvellement est en marche grâce à des collègues plus jeunes, motivés et engagés, tant dans le cadre de la formation que de la pratique et la défense professionnelle (qui en a bien besoin). J'en suis particulièrement heureux.

Beaucoup reste à faire, malgré les avancées substantielles de reconnaissance et de défense de notre profession obtenues par nos collègues des années 60 et 70, à qui je rends un hommage appuyé. Pour comprendre ce propos, j'invite chacun à lire ou relire l'excellent ouvrage historique rédigé par Arlette Joiris en collaboration avec la FNIB concernant notre profession et les apports de nos ainés jusque les années 70 (Joiris, 2009)¹. Nos collègues ont réussi à faire voter, en 1974, dans le cadre de l'Arrêté Royal N°78, la reconnaissance statutaire de l'Exercice de l'Art Infirmier (Loi du 20 décembre 1974), en parallèle et autonomie de l'Exercice de l'Art de Guérir, voté en 1967. Notre pays était alors à la pointe de la reconnaissance professionnelle légale de la pratique infirmière.

La médecine est un tout et n'est pas dissociable. L'Exercice de l'Art de Guérir est reconnu en Belgique par l'AR78. depuis 1967. C'est finalement assez récent et c'est ce que souhaitait la population belge...

De même, les Soins Infirmiers forment un tout non dissociable. L'Exercice de l'Art Infirmier belge est reconnu depuis 1974. C'est aussi assez récent et c'est ce que souhaitait aussi la population belge... Il comprend une part d'autonomie professionnelle et une part de collaboration avec la pratique médicale et de délégation de certains actes médicaux techniques.

Avec une triade de base de professionnels de la santé, c'est-à-dire, le médecin, l'infirmier et le pharmacien, bien formés, responsables, en nombre suffisant auprès du pa-

1 Joiris Arlette 2009. « De la vocation à la reconnaissance – Les infirmières hospitalières de 1789 à 1970 », Editions Socrate Promarex

tient et travaillant en bonne collaboration et complémentarité – que ce soit en institutions de soins ou en pratique extra hospitalière à domicile - auxquels viennent s'ajouter, au besoin, les kinésithérapeutes, les paramédicaux, le personnel psycho-social... point n'est besoin « d'aides » de toutes formes... sauf pour ce qui concerne la logistique administrative et technique, l'hôtellerie et l'aide au patient et à la famille pour les tâches ménagères.

Nous devons maintenant poursuivre l'œuvre historique accomplie et présenter les divers apports de notre génération professionnelle au cours des années qui ont suivi... Ils sont nombreux et démontrent chaque jour l'importance et l'impact des soins infirmiers sur la qualité de la santé de la société et de nos populations, à la fois en responsabilité et autonomie professionnelle mais aussi en interdisciplinarité et en partenariat avec le patient et son entourage, dans le respect de ses volontés et aussi de son autonomie personnelle.

Des avancées substantielles ont été réalisées au cours de ces 40 années. La reconnaissance statutaire des départements infirmiers en parallèle aux départements médicaux en milieu hospitalier et les obligations de formations complémentaires de Cadres de Santé et de Master pour occuper les fonctions d'infirmier chef d'unité, d'infirmier chef de service et de Direction de département Infirmier; l'obligation de formation universitaire de Master et de formation pédagogique pour les enseignants infirmiers, tant en niveau d'enseignement secondaire supérieur qu'en niveau d'enseignement supérieur ; la reconnaissance de formations spécialisées complémentaires dans les domaines de pratique spécifiques, ; le développement de la recherche scientifique en sciences infirmières et des fonctions cliniques de 2ème et 3ème ligne en pratique dite « avancée » (même si ce développement et son financement ne sont pas aussi étendus et reconnus en Belgique par rapport aux pays anglo-saxons); sont, entre autres, des exemples probants du dynamisme de notre profession.

Nous avons aussi participé activement à l'évolution européenne de reconnaissance de la formation de l'Infirmière responsable des soins généraux, même si la réforme de la formation infirmière elle-même n'est pas complètement aboutie en Belgique, en lien avec l'application des nouvelles obligations de la directive européenne de 2013 (Directive 2013/55/CE)²

Les données probantes (pour reprendre les termes consacrés) existent maintenant. Les résultats des recherches

² Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI ») (JO L 354 du 28.12.2013, p. 132).

menées aux USA et en Europe depuis 20023, démontrent, avec une constance imparable, l'impact de la profession infirmière sur la santé et la qualité des soins des populations. « Plus d'infirmiers, plus et mieux qualifiés au chevet des patients » permet de réduire substantiellement la mortalité des patients, de réduire la morbidité associée, les risques d'erreurs médicamenteuses, les risques d'infections secondaires, d'améliorer le suivi professionnel et la surveillance continue de l'état de santé du patient, bref. d'améliorer globalement la qualité des soins.

Ces données se conjuguent avec l'importance d'un travail continu de collaboration interdisciplinaire, en complémentarité, et non en substitution des médecins et des autres prestataires de santé. Cette complémentarité suppose le partage d'informations et de données de santé des patients entre professionnels, y compris maintenant par système électronique (Ehealth), dans le respect constant du secret professionnel et de la vie privée.

Toutefois, la vigilance s'impose. Dans le monde et en Europe, la pratique infirmière qualifiée régresse dans de nombreux pays. Pour des raisons souvent purement démographiques et financières, les soins infirmiers sont déléqués à du personnel moins ou pas qualifiés. La pratique avancée infirmière se substitue complètement à la pratique médicale et la collaboration interdisciplinaire s'estompe...

J'avoue ne pas comprendre la propension de certains (y compris au sein même de notre profession) de rechercher constamment comment faire faire par d'autres personnes moins qualifiés voire même non qualifiées, ce dont on est responsable. Comme si il y avait des soins infirmiers « nobles » et des soins infirmiers de « seconde zone ». Une délégation de « tâches » peut naturellement s'envisager dans le cadre d'une collaboration et d'une complémentarité interprofessionnelle, pour autant qu'elle soit réfléchie, supervisée, contrôlée et relativement limitée. Dans le cas contraire, cela démontrerait que la formation professionnelle, de base et continuée, ne sert à rien...

Notre système de santé est connu à l'étranger. Les faits sont là... Le ratio de qualification infirmier belge par 1000 habitants est un des plus élevés au monde. Il n'y a donc pas de

3 Aiken L., Clarke S., Sloane D., Sochalski J., Silber J. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job satisfaction. JAMA, 288:1987-1993.;

« pénurie » comme certains l'affirment, pour autant que les inscriptions dans les institutions de formation et le nombre de diplômés continuent à suivre une tendance positive. Peut-être y-a-t-il des difficultés de recrutement dans certaines régions ou institutions mais pour des raisons d'ordre organisationnelles ou systémiques et non démographiques. Le ratio de qualification infirmier est le plus élevé d'Europe dans les unités de soins hospitalières belges. Par contre, le nombre absolu de personnes ou d'équivalents temps plein présents et financés dans ces unités est souvent inférieur aux autres pays. Le maillage infirmier, médical et pharmacien autour du patient à domicile est un des plus denses par rapport aux autres pays. Notre pays et notre système de santé est très « normé » par rapport aux autres pays. Ces faits expliquent très probablement en grande partie la qualité des soins belges.

A cet égard, Je ne comprends pas la propension fréquente de nos professionnels, de nos scientifiques universitaires, de nos politiques à proposer de s'inspirer et suivre de facon souvent aveugle et parfois irrationnelle les modèles, projets et réalisations d'outre-manche (Royaume Uni), du nord (Danemark, Suède...) et d'outre atlantique (USA, Canada...), plutôt que de leur montrer, leur présenter et « vanter » les avantages de notre propre système de santé et notre propre système infirmier belge. Nous sommes parfois un peu trop humbles et « timorés » à cet égard..!

Connaitre et comprendre les systèmes et modèles implantés dans d'autres pays, leur impact et leur efficacité est indispensable mais vouloir les implanter chez nous sans discernement est une erreur stratégique majeure.

Je souhaiterais terminer cet éditorial en reprenant l'exposé présenté au nom de la FNIB et de la Belgique, lors de l'assemblée Générale de l'EFN (European Federation of Nurses Associations) tenue à Madrid en octobre 2016. Son contenu (en anglais, puisque l'EFN ne travaille que dans cette langue véhiculaire administrative et technique), outre le rappel des évènements malheureux des attentats de Bruxelles qui nous avaient amené à annuler l'Assemblée Générale prévue en avril 2016, reflète, je crois, assez bien, à la fois la vision et la philosophie de notre fédération et ma vision personnelle...

EFN General Assembly, 20-21 October 2016, Madrid

Item 9 - "Tour de Table" - Belgian presentation by Yves Mengal

"Madam President, usually, I don't do that ... But, this time, I will be longer than usual. As Belgian, it is important to do so, in the specific circumstances of the cancelling of our previous EFN GA, planned in april.

Needleman Needlemann J., Buerhaus P., Mattke, S., Steward M., Zelevinsky K. (2002). Nurse-Staffing levels and the Quality of Care in Hospitals. N. Engl J Med, 346(22):1715-1722

Needleman J, et al. (2006) Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? Health Affairs, jan-feb, 25(1):204-11

Needleman J., Buerhaus P. et al. (2011) Nurse Staffing and inpatient hospital mortality, Nengl J Med 2011, 364:1037-45

Aiken L., Sermeus W. et al (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and United States. BMJ, 344:e1717

Aiken L., Douglas M.S., Bruyneel L., Van Den Heede K., et al. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine european countries: a retrospective study. The Lancet, on line publishing, february 26.

All those who know me, know that I like humour, but, sometimes, I can, or I must, be serious. Under the circumstances of this year, bad human behaviors force me to do so. It is my duty...

We cancelled our General Assembly in Brussels last April, due to human madness and fanaticism. We cancelled our "Thursday evening event" managed both by EFN and our Belgian Nurses Association FNIB. I was very sad, and, we were all very sad...

I would like to have a "deep" thought for victims of Brussels bombings but also for all victims of terrorism in the world. It is so easy to kill in a cowardly manner... It is more difficult to think and be openness. The bombing in Metro Maelbeek happened closed to EFN office and just near of Hotel Thon, our meeting GA Hotel.

I would like to have also a though for all who were at the forefront to help victims (like Gaetan, an emergency nurse, also husband of Fatima, our EFN secretary).

"Nurses at the forefront" — exactly the theme of our next ICN congress in Barcelona, which will took place at the end of may in 2017.

As human and citizens, as health professionals, as nurses, we must fight everywhere and every day, against fanaticism, fascism and totalitarism, but also, against all kind and all forms of manipulations and dominations from one on another, even when they are considered as not quite important or not quite significant: men on women; also, sometimes, women on men; men on men; groups on individuals... for political, economical, religious, philosophical and ... sometimes also, professional reasons. It is simple and easy to dominate but it is more difficult, and often dangerous, to:

Fight for freedom... Freedom to think, freedom to speak, freedom to choose...

Fight for tolerance,

We are not necessarily obliged to be naïve and angelic... Fight for "tolerance" is "not to accept intolerance of others" (Jules Romains, French writer). Tolerance is also to be able to fix limits if respect of persons is hindered.

Tell the truth and practice justice ... Respect persons but not necessarily their ideas. Be ethic and fight for ethics... Certainly yes, but, ... which kind of ethic...? I remind you that Hitler considered that he had an ethic (but not the best

" La pensée ne doit jamais se soumettre, car, pour elle, se soumettre ce serait cesser d'être » (Henri Poincaré) : « Thinking must be free! » (it is shorter in English...!)

Bod Dylan is the year Nobel price of literature. I am happy and proud of that choice. But, for me, I think that John Lennon and his song "Imagine" would also be a good winner of a posthumous Nobel price...

Thanks a lot,

I said, Madam President... "

Dans ces diverses circonstances, je m'en suis tenu à un éditorial un peu plus conséquent que d'habitude. Toutefois, pour participer à la réflexion et au débat concernant les enjeux et le futur de notre profession, je préparerai un article plus complet, à paraitre dans un prochain numéro AGORA. Il abordera les perspectives positives mais aussi les risques nombreux encourus par la profession infirmière au niveau national, européen et international, si nous ne gardons pas une vigilance active de tous les instants, une réflexion critique, une analyse rationnelle des faits objectifs mais aussi une passion et un « amour » pour le travail bien fait et le service à autrui, pour le bien des patients dont nous avons la charge, en toute conscience professionnelle et, surtout, en toute conscience personnelle.

J'embrasse tout le monde et mon épouse Micheline s'y associe

Yves



Des infirmiers A1/A2 (H/F)

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.

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'ave-nir 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.

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.









- BACHELIER(E)S

- GRADUE(E)S

- SPECIALISE(E)S

Infos et candidatures : Chantal MOISET -DDI recrutement@epsylon.be Recherche pour un engagement immédiat des INFIRMIER(E)S



L'humain au coeur du projet www.epsylon.be

Rubrique internationale

ANFIIDE INTERNATIONAL - MARCH 2017

NEVER AGAIN!

NEVER have nurses in France been faced with so much suffering at work due to stress, depression, burn-out, and suicides.

NEVER have nurses in France been faced with such a wall of silence and indifference from the French Health Ministry.

TODAY we are launching an appeal for support to all European and international nursing bodies.

In recent years, **cuts to health budgets** in France have led to a severe deterioration in nursing practices resulting too often in shortening time for care between nurse and patient, while considerably reducing the time dedicated to the training of student nurses and to health education. Deeply attached to their values and to ensuring the safety and quality care of patients, nurses too often find themselves confronted with conflicting demands to their workload.

Paradoxically carrying out tasks for which they have had no training and imposed on them at a moment's notice, essentially done as a cost-saving exercise, which results in increased discontent.

In fact, understaffing and non-respect of work schedules have become the norm in French hospitals.

At the same time, self employed nurses have to cope with:

- An outdated list of nursing procedures that are now completely obsolete.
- Lack of recognition of their skills in regard to primary
- Lack of recognition of the specialised skills of self-employed nurses.
- Non-recognition of their difficult working conditions such as ensuring care round the clock seven days a week under increasingly difficult circumstances.
- The absence of dialogue regarding public health issues despite the number of nurses who work closely with patients and their families.

In order to improve working conditions and good working practices, decisions have to be made on staffing levels not just based on budgetary considerations, but also on ensuring levels of experience and skills required for high quality nursing care.

We have to find ways to reopen discussions so that a more caring management system can be set up that shows more respect to nursing staff in hospitals. Similar considerations should also be shown to students during their general or specialised training courses as they also suffer from these difficult working conditions.

Nursing expertise and nursing research are important assets to our health service that must be recognized, but it has to be done within the scope of a nationally promoted training framework so that these skills can be seen as being attractive and sought after job options.

Some professions, which involve skills that are more advanced than those learned in initial training, should be recognized as special areas of learning such as mental health, occupationnal health as well as health care education in schools and universities.

Restructuring within hospitals will not only have to ensure that staffing levels are adequate to deal with the actual workload, but also that counselling for nursing staff is provided when required. Concrete measures have to be taken as soon as possible to ensure that nursing staff under duress receive appropriate treatment, as well as setting up the means to deal with the risks of psycho-social problems.

THIS IS WHAT WE ARE ASKING FOR:

- Improve our working conditions so that we can guarantee the quality and safety of nursing care.
- Allow over 600,000 French nurses to fully play their part as professionals, and for the 116,800 self-employed community nurses to make full use of their skills
- Invest in the quality of basic training and in the development of nursing research.
- Pay us salaries which reflect our levels of studies, our skills and the responsibilities we have to assume.

Distress within the nursing profession, prevalent throughout France, shows the urgent need for funds to be made available in order for the health service to function smoothly. Nursing staff are the essential links in our multiprofessional health service.

This is a real public issue.

With a message to the international nursing community: we are counting on your support!

ANFIIDE INTERNATIONAL - MARS 2017

Plus jamais cela!

JAMAIS la profession infirmière en France n'avait connu une telle souffrance au travail (suicides, dépressions, épuisement professionnel, stress) et un tel désarroi ...

JAMAIS la profession infirmière ne s'était heurtée à un tel mur d'indifférence et de silence de nos instances...

AUJOURD'HUI nous lançons cet appel à toutes les instances européennes et internationales de la profession infirmière.

Ces dernières années, les exigences de réduction des dépenses de santé en France ont induit une forte dégradation des conditions d'exercice, occultant trop souvent la dimension relationnelle du soin, les missions d'éducation et de **prévention**. Très attachés à leurs valeurs et à garantir qualité et sécurité des soins et des patients, les infirmier.e.s se retrouvent cependant exposés à une multitude d'injonctions contradictoires, d'où un malaise croissant.

Paradoxalement sur le terrain semblent s'imposer des obligations de polyvalence (imposée au pied levé, sans adaptation au poste) pour répondre à des objectifs essentiellement financiers.

Ainsi, en établissement, l'exercice en sous-effectifs, le nonrespect des rythmes et des temps de travail deviennent la règle.

Dans le même temps, les infirmiers libéraux subissent :

- une **nomenclature** d'un autre temps complètement obsolète au regard des nouvelles organisations des soins,
- le **déni de reconnaissance** de leurs compétences dans les soins primaires,
- le déni de reconnaissance des compétences des spécialités infirmières en libéral.
- la non prise en compte de la pénibilité du travail dans la continuité des soins 24 h/24 h et 7 j/7 j avec des contraintes qui ne cessent de s'amplifier,
- une absence de dialogue sur les sujets de santé publique en dépit du nombre de professionnels infirmiers exerçant au plus près des patients et leur entourage.

Afin d'améliorer la qualité de vie au travail et permettre de restaurer de bonnes conditions d'exercice, il convient de s'attacher à définir les besoins humains non pas uniquement sous l'angle budgétaire mais bien sous le plan des compétences nécessaires afin de garantir la pertinence et l'efficience des soins.

Il faut restaurer des espaces de dialogue pour pouvoir mettre en place une gestion bienveillante et respectueuse des soignants au sein des établissements. Il en est de même pour les étudiants des formations initiales et de spécialisation qui souffrent particulièrement des conditions d'exercice.

La reconnaissance de l'expertise infirmière mais aussi de la recherche infirmière sont de réelles plus-values pour notre système de santé mais il est impératif que cela s'inscrive dans un cadrage de formation national connu et reconnu afin qu'elles puissent être mobilisées et attractives.

Certaines professions, mettant en jeu des compétences beaucoup plus abouties que celles développées en formation initiale, doivent être reconnues en spécialité, telle que la santé mentale, la santé au travail et l'éducation en santé dans l'Éducation Nationale ou l'Enseignement supérieur.

Les restructurations hospitalières doivent impérativement assurer une adéquation des effectifs à la charge de travail réelle, mais aussi faire bénéficier les professionnels d'un suivi médical attentif.

Des mesures concrètes doivent être engagées au plus vite en vue d'assurer la prise en charge de la souffrance professionnelle et de se donner les moyens d'une véritable prévention des risques psycho-sociaux.

Améliorer nos conditions d'exercice pour garantir la qualité et la sécurité des soins

- Permettre aux plus de 600000 infirmiers de France de jouer pleinement leur rôle de professionnel en santé et aux 116800 infirmiers libéraux d'exercer pleinement leurs compétences
- Investir dans la qualité de la formation infirmière et dans le développement de la recherche en sciences infirmières
- Mettre financièrement nos exercices en adéquation avec nos niveaux d'étude, de compétences et de responsabilités. Telles sont nos exigences!

La détresse observée partout en France démontre la nécessité de l'attribution urgente de fonds nécessaires au fonctionnement du système de santé. Ces professionnels sont le maillon incontournable de la chaîne pluriprofessionnelle du soin.

Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

Communauté infirmière internationale, **nous comptons** sur votre soutien!

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

L'OMS inaugure une initiative mondiale pour réduire de moitié les erreurs médicamenteuses en 5 ans

29 MARS 2017 I GENEVE/BONN – L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) inaugure aujourd'hui une initiative mondiale pour réduire de 50% les effets graves évitables des erreurs de médication dans tous les pays au cours de 5 prochaines années.

Le Défi mondial pour la sécurité des patients consacré à la sécurité des médicaments vise à remédier aux faiblesses des systèmes de santé qui sont à l'origine des erreurs médicamenteuses et des graves conséquences qu'elles entraînent. Il définit des moyens d'améliorer la facon dont les médicaments sont prescrits, distribués et consommés et sensibilise les patients aux risques que présente le mauvais usage des médicaments.

Rien qu'aux États-Unis d'Amérique, les erreurs médicamenteuses font au moins un mort par jour et causent des lésions chez 1,3 million de personnes chaque année. La fréquence des manifestations indésirables dues à des erreurs de médication est, selon les estimations, à peu près la même dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé, mais leur impact est environ 2 fois supérieur en nombre d'années de vie en bonne santé perdues. Beaucoup de pays n'ont pas de données de bonne qualité. Elles seront justement recueillies dans le cadre de l'initiative.

On estime à 42 milliards de dollars (US \$) le coût annuel des erreurs médicamenteuses dans le monde, ce qui représente près de 1% de l'ensemble des dépenses de santé au niveau mondial.

«Quand on prend des médicaments, on s'attend tous à ce qu'ils nous fassent du bien, pas du mal», a déclaré le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS. «Hormis leur coût humain, les erreurs médicamenteuses grèvent considérablement et inutilement les budgets de la santé. Éviter ces erreurs, c'est faire des économies et sauver des vies.»

Chacun dans le monde est amené à un moment ou à un autre de son existence à prendre des médicaments à titre préventif ou thérapeutique. Mais il arrive que les médicaments aient des effets nocifs graves s'ils ne sont pas pris correctement, si le traitement est mal contrôlé ou encore si une erreur, un accident ou des problèmes de communication surviennent.

Soignants et patients peuvent les uns comme les autres faire des erreurs qui ont des conséquences graves, par exemple commander, prescrire, distribuer, préparer, administrer ou consommer le mauvais médicament ou la mauvaise dose au mauvais moment. Mais toutes les erreurs médicamenteuses sont potentiellement évitables. Pour éviter ces erreurs et les conséquences préjudiciables qui en résultent, il faut mettre en place des systèmes et des procédures pour que le bon patient reçoive le bon médicament à la dose qui convient, par la voie qui convient, au bon moment.

Les erreurs médicamenteuses sont dues, entre autres, à la fatigue du personnel soignant, à l'engorgement des services, au manque de personnel, au manque de formation et au fait que les patients ont été mal informés. Séparément ou ensemble, ces facteurs peuvent influer sur la prescription, la distribution, la consommation et le contrôle des médicaments, et provoquer ainsi des atteintes graves et des handicaps, voire entraîner la mort.

La plupart des erreurs médicamenteuses résultent de failles dans l'organisation et la coordination des soins, surtout lorsque les soignants sont nombreux à intervenir dans la prise en charge d'un patient. Une culture institutionnelle fondée sur le respect systématique des bonnes pratiques et l'absence de réprobation quand des erreurs sont commises offre les meilleures conditions pour sécuriser les soins.

Le Défi mondial appelle les pays à prendre des mesures dans les meilleurs délais sur des aspects essentiels du problème - les médicaments présentant un risque élevé d'effets préjudiciables s'ils sont mal utilisés, les patients prenant plusieurs médicaments contre différentes maladies et affections, les patients en phase de transition thérapeutique – afin de réduire les erreurs médicamenteuses et leurs conséguences néfastes sur les patients.

Les mesures prévues par le Défi mondial s'articuleront autour de 4 axes: patients et public; professionnels de la



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

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.

santé; médicaments en tant que produits; systèmes et pratiques de médication. Le Défi vise à améliorer le processus de médication à tous les stades, notamment la prescription, la distribution, l'administration, le contrôle et l'utilisation des médicaments.

L'OMS entend donner des orientations et élaborer des stratégies, des plans et des aides pour mettre la sécurité des patients au cœur du processus de médication dans toutes les structures de santé.

«Au fil des années, j'ai parlé à beaucoup de personnes qui avaient perdu une personne proche à la suite d'une erreur

médicamenteuse», a déclaré Sir Liam Donaldson, Envoyé spécial de l'OMS pour la sécurité des patients. «Leur témoignage, leur dignité calme et leur acceptation de situations qui n'auraient jamais dû se présenter m'ont profondément ému. C'est à la mémoire de tous ceux qui sont morts d'incidents liés à la sécurité des soins que ce défi mondial doit être dédié.»

Ce défi mondial est le troisième de l'OMS pour la sécurité des patients. Il a été précédé des défis «À bonne hygiène, bons soins» sur l'hygiène des mains en 2005 et «Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies» en 2008.

Lettre de l'EFN au Président de la république Française

Dear Mr Hollande, Dear Mr Cazeneuve. Dear Ms Touraine.

The European Federation of Nurses Associations (EFN) was informed of the profound malaise of French nurses by a press release drafted jointly by the ANFIIDE (Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Etudiants) and several professional organisations.

For a few months now, a platform, gathering 16 organisations from nurses' associations and nursing trade unions, was created to call for a united mobilisation of nurses in France. Their goal is to question the working conditions and the evolution of the profession in regards to the French population's health needs, and many actions have been undertaken to convey this message to the governing bodies. But the situation is getting worse, with another nurse suicide at her hospital, the 8th in one year. This crisis within the profession is amplified by the lack of attention, consideration and no concrete measures taken by the French health ministry.

We are very much concerned, as if this situation persists it will deeply affect the quality, the safety and the access to health care for every patient in France.

Since the beginning of the global financial crisis in 2008, the EFN and its 36 Member Associations, have observed the negative effects on nurses and nursing: reduction in nurses' posts, nurses' pay cuts and salary freezes, diminished recruitment and retention rates, compromises in quality of care and patient safety, and even proposals to downgrade nurses' education to make it all cheaper. Politicians even claim that a crisis need to be used as an opportunity for change! Which opportunity? Nurses leaving the profession? Nurses committing suicide?

Having to write these letters anno 2017, after so many years of continuous struggle to get to the point we have reached today, is unbelievable and unacceptable!

Policy-makers, politicians and physicians (often Ministers!) say "nurses are very important!", but there is an urgent need to put these nice words into practice! Therefore, the EFN urges all politicians, elected by the public, and policymakers, at both national and EU levels to find adequate and immediate solutions for all daily struggles frontline nurses need to cope with. We all know nurses are the cornerstone of any health system, being at the patients' bed side and close to the citizens 24 hours/day, 7 days/week, 365 days/ year, and citizens trusting nurses for what they do!

So, it is time politicians and policy-makers start improving the working conditions of nurses. We have enough reports and statistics! We need action, now!

Yours sincerely.

Paul De Raeve **EFN Secretary General**

For your information: The European Federation of Nurses' Associations (EFN) represents over 36 National Nurses' Associations and its work impacts on the daily work of 6 million nurses throughout the European Union and Europe. The EFN is the independent voice of the nursing profession and its mission is to strengthen the status and practice of the profession of nursing for the benefit of the health of the citizens and the interests of nurses in the EU & Europe.





La psychiatrie sans tabac, c'est possible



Depuis le 2 juin 2014, plusieurs unités de psychiatrie ont définitivement fermé leur fumoir et leurs patients fument à l'extérieur selon des horaires réglementés par chaque service. Il s'agit du MCA3 de l'Hôpital Civil Marie Curie et du MA1 de l'Hôpital Vincent Van Gogh.

Cette mesure fut prise pour répondre aux exigences législatives interdisant de fumer dans les lieux publics et protégeant le travailleur du tabagisme passif.

Ce fut un véritable challenge pour tous les professionnels concernés car 80 à 90% de la population psychiatrique fume contre 30% dans la population générale, et cette première est souvent plus dépendante à la nicotine.

Au niveau mondial, très peu de services psychiatriques ont d'ailleurs osé franchir le pas.

Le personnel concerné a d'abord suivi des formations sur, entre autres, la délivrance de substituts nicotiniques et l'entretien motivationnel.

Depuis, toutes les autres unités de psychiatrie du site de l'Hôpital Vincent Van Gogh ont franchi le cap; bien que la constitution architecturale diffère des deux unités précurseuses, à savoir qu'elles disposent d'une terrasse. Le projet est quant à lui identique : suppression des fumoirs, promotion de la santé, proposition de substituts nicotiniques et horaire réglementé en ce qui concerne la possibilité de fumer.

Plusieurs mois après cette fermeture des fumoirs intérieurs, les soignants observent notamment ceci :

- Les patients passent moins de temps dans le fumoir extérieur et fument donc moins.
- Une attribution plus systématique de patchs nicotiniques aux patients qui le souhaitent, à ceux qui sont interdits de sortie ou sous contention.
- Il n'y a pas eu d'augmentation de l'agressivité chez les patients, ce qui représentait la plus grande crainte des soignants avant le lancement de ce projet.

 Certains patients trouvent la mesure favorable et s'ils souhaitent arrêter de fumer, sont dirigés vers une tabacologue du CHU de Charleroi, d'autres estiment la mesure contraignante, surtout lors des hospitalisations sous contraintes.

Cette nouvelle visée, psychiatrie sans tabac, a nécessité l'établissement d'un cadre strict précisé dans un contrat signé par tous les patients. Lorsqu'un patient fume au sein d'un service, il recevra une intensification du soutien tabacologique dans un premier temps. S'il récidive, il s'expose à une interdiction de sortie d'un à trois jours. Dans les cas extrêmes et selon la pathologie du patient, une fin d'hospitalisation sera envisagée si la mesure n'est pas respectée.

Notons également que le SICUP¹ informe les patients des nouvelles mesures prises en termes de tabagisme et fait passer le Fagerström. Il s'agit d'un questionnaire permettant notamment au patient de conscientiser son niveau de dépendance au tabac. Par ailleurs, très peu de refus d'hospitalisation furent relevés.

Rubrique Juridique

Avis n° 68 du 14 novembre 2016 relatif à la limite d'âge en matière de procréation médicalement assistée



DEMANDE D'AVIS

Madame Maggie De Block, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a posé la guestion suivante dans sa lettre du 31 mars 2016:

« En décembre 2013, le Comité consultatif de Bioéthique a rendu un avis sur les aspects éthiques de l'AGE banking, la congélation des ovules en prévision d'une infertilité liée à l'âge.

Dans celui-ci, le Comité tenait compte des limites d'âge pour les traitements de fertilité actuellement en vigueur dans notre pays en vertu de l'art. 4 de la Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. Les questions éthiques soulevées par un relèvement éventuel de ces limites d'âge ne furent pas envisagées dans cet avis.

Aux Pays-Bas, on examine actuellement si un relèvement de la limite d'âge à 50 ans est souhaitable. Au plan médical, aucune contre-indication majeure ne semble s'opposer à l'administration après l'âge de 47 ans de traitements dans le cadre de la procréation médicalement assistée. Mais au plan éthique, cela ne répond pas à la question de savoir si nous devons encourager les femmes à devenir mères à un âge encore plus avancé.

Puis-je vous demander de bien vouloir, dans un délai d'un an à compter de la réception de la présente, actualiser ledit avis n° 57 et l'étendre à la guestion: est-il acceptable, du point de vue éthique, de relever la limite d'âge pour les traitements de fertilité? Et cela, en tenant notamment compte des conséquences psychosociales pour les enfants nés de mères d'âge avancé. »

Prise en considération par le comité plénier du 18 avril 2016, les membres approuvèrent la proposition du Bureau de charger quelques membres de rédiger une réponse à cette question précise et de portée limitée.

Le Comité estime inopportun de modifier l'avis n°57 du Comité relatif à l'infertilité liée à l'âge¹ puisqu'il visait la problématique des indications tandis que la question actuelle de la ministre concerne les limites d'âge. Parmi les femmes confrontées à celles-ci, seule une partie a opté pour la congélation d'ovocytes pour des raisons d'âge. Les autres devront donc y faire face sans ovocytes congelés.

Compte tenu de la baisse de la fertilité de la femme, une fécondation in vitro (FIV) avec les ovules frais de la patiente est déconseillée au-delà d'un certain âge en raison des faibles chances de réussite. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le remboursement d'un cycle de FIV n'est prévu que jusqu'à 43 ans. Le gouvernement néerlandais a récemment décidé de relever la limite d'âge à 50 ans, une décision qui ne s'est d'ailleurs pas accompagnée d'un relèvement de l'âge pour le remboursement. Voilà qui n'est guère cohérent – tant en Belgique qu'aux Pays-Bas –, étant donné que les femmes de plus de 43 ans qui recourent au don d'ovocytes n'ont pas moins de chance de réussite. En Belgique, le transfert d'embryons est autorisé jusqu'à 47 ans conformément à la loi relative à la procréation médicalement assistée². Cette donnée est interprétée par le Collège de médecins de la Médecine de la Reproduction comme 47 ans et 364 jours. Trois groupes de femmes pourraient souhaiter suivre un traitement après cette limite d'âge actuelle : 1) des femmes qui ont congelé des ovocytes lorsqu'elles étaient plus jeunes (au plus tard avant leur 46e anniversaire au terme de la loi), 2) des femmes qui ont congelé des embryons dans le cadre d'un précédente FIV et 3) des femmes qui font appel à des dons d'ovocytes.

Il est peu probable que le relèvement de la limite d'âge actuelle de 47 à 50 ans marque une différence significative au niveau des risques sur le plan médical et psychosocial. C'est probablement le cas si l'on souhaite introduire une limite d'âge considérablement plus élevée (jusqu'à 55 ou 60 ans).

Il y a peu d'informations disponibles concernant les conséquences psychosociales d'une maternité tardive sur la famille, la femme, l'homme et l'enfant. La seule étude relative aux conséquences sur le bien-être de l'enfant est celle de Boivin et al. (2009) mentionnée dans l'avis 57. Par ailleurs, il n'y a pas plus d'informations disponibles au sujet des conséquences psychosociales d'une paternité tardive. Plusieurs éléments peuvent indirectement représenter des indicateurs quant aux effets sur le bienêtre de l'enfant. Dans ce cadre, l'éventualité du décès de l'un des parents durant l'enfance du bébé est probablement la plus importante. Et l'on sait que cette expérience peut être particulièrement traumatisante pour un enfant (Rostila & Saarele, 2011). Toutefois, cette probabilité est particulièrement faible compte tenu de l'espérance de vie moyenne des femmes en Belgique

¹ Avis n°57 du 16 décembre 2013 relatif aux aspects éthiques de la congélation des ovules en prévision d'une infertilité liée à l'âge.http://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-57-socialfreezing

² Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (MB 6/07/2007, p.3875).

(cf. ci-après). D'autres éléments, tels que le style d'éducation, des revenus plus importants et un taux de divorce moins élevé pourraient indirectement avoir un effet positif sur les enfants. La plupart des études considèrent cependant les femmes de 35 ans et plus comme des mères déjà âgées. On ignore si cette conclusion générale serait toujours valable pour les femmes qui ont un enfant à 45 ans ou plus.

La concrétisation normative de la parentalité représente une donnée connexe: qu'attend-on d'un parent? Plusieurs opinions peuvent ici être distinguées. Si l'on part de l'hypothèse gu'une politique doit reposer sur une concrétisation raisonnable de la tâche de parent, d'aucuns peuvent arguer qu'un parent doit pouvoir assister son enfant jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge adulte. Dans ce cas, l'âge maximum auquel une personne peut encore s'attendre, avec une certitude raisonnable, à devoir s'acquitter de cette tâche correspond à l'espérance de vie moyenne réduite de 18 ans (Pennings, 1995). Incidemment, ce critère devrait dès lors aussi s'appliquer à d'autres groupes de femmes qui ont également une espérance de vie limitée. En Belgique, l'espérance de vie pour les femmes est de 83,5 ans. Pour pouvoir remplir comme il se doit son rôle, le parent doit également être en mesure de disposer d'un nombre minimum de compétences. Dès lors, nous devrions nous baser sur une « espérance de vie saine » et non sur l'une espérance de vie au sens strict du terme. Ce critère se situe aux alentours de 76 ans pour les femmes. Une femme de 65 ans en Belgique peut encore espérer 11 années de vie en bonne santé sans être entravée dans ses activités (EHLEIS, 2015). 76 ans moins 18 ans, cela fait 58 ans. Le fait d'être en bonne santé ne garantit en rien que le parent dispose également des capacités requises afin d'élever un enfant, mais il en va de même pour les innombrables autres parents qui possèdent des caractéristiques (pauvreté, obésité...) pouvant aussi, à un plus jeune âge, avoir un effet négatif sur ces capacités.

Une autre concrétisation normative pourrait être que l'on s'attende à ce qu'un bon parent ait également l'obligation d'entretenir et d'éduquer son enfant après sa majorité et jusqu'à la fin de sa formation. Le cas échéant, il convient probablement de déduire 25 ans de l'espérance de vie moyenne.

Dans ce type de calcul, l'on part du principe qu'il n'y a qu'un seul parent. La plupart des enfants naissent dans une famille avec deux parents. Dès lors, il est défendable de considérer l'espérance de vie du couple afin de prendre une décision en matière d'acceptabilité pour la limite d'âge.

L'avis des patients au sujet de la limite d'âge n'est pas documenté. Le nombre de traitements au-delà de l'âge de 43 ans est très limité, mais il pourrait s'agir d'une conséquence de la législation actuelle. Dans le rapport BELRAP de 2015 (chiffres de 2013), nous constatons qu'il y a eu 272 transferts chez des femmes de plus de 43 ans avec leurs propres ovocytes et 187 transferts avec un don d'ovocytes (137 frais et 50 congelés). Cela correspond à environ 500 patientes sur les 18 000 (2,7 %) qui ont subi une FIV/ICSI cette année. Il est probable que le nombre de candidates de plus de 50 ans sera relativement peu élevé. D'après l'étude de Stoop et al. (2015), les femmes qui ont congelé des ovocytes en raison d'une infertilité liée à l'âge indiquent que pour elles l'âge limite d'une grossesse est d'environ 44 ans. C'est largement en dessous de la limite actuelle. Un sondage réalisé par les collabora-

teurs de centres de fertilité (N=186) démontre que 9 répondants sur 10 sont d'accord avec la limite d'âge telle qu'elle est fixée par la loi de 2007 relative à la procréation médicalement assistée (Vanhaecke et al., 2010).

CONCLUSION

Le Comité ne voit pas d'obstacles éthiques essentiels au relèvement de l'âge maximum à 50 ans. D'une part, la différence avec la limite d'âge actuelle est relativement limitée et n'est pas déterminante. D'autre part, les risques médicaux augmentent à mesure que l'âge avance et les capacités générales de l'individu diminuent. En d'autres termes, cela n'est ni idéal ni à encourager, ce qui ne veut pas dire pour autant que l'on ne puisse pas le permettre.

Reste que l'on peut se demander si et dans quelle mesure nos sociétés laissent une réelle possibilité aux femmes de mener de façon optimale leurs différents projets personnels et professionnels dans des limites d'âge raisonnables. Le Comité renvoie dès lors à la dernière recommandation de son avis n°57 du 16 décembre 2013 précité selon laquelle il soulignait déjà la nécessité d'introduire les mesures d'ordre social nécessaires, tant pour les hommes que pour les femmes qui le souhaitent, en vue de réduire les obstacles à la réalisation des projets parentaux au moment où leurs auteurs le décident.

RÉFÉRENCES

Boivin, J., Rice, F., Hay, D. A., Harold, G., Lewis, A., Van den Bree, M. M. B. & Thapar, A. (2009) Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. Social science and Medicine 68: 1948.-1955.

EHLEIS (2015) Health expectancy in Belgium. http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9/Belgium_Issue%209.pdf

Pennings, G. (1995) Age and assisted reproduction. Medicine and Law, 17 (7/8): 531.-541.

Rostila M, Saarela J (2011) Time does not heal all wounds. Mortality following the death of a parent. J Marriage Fam 73:236–249.

Stoop, D., Maes, E., Polyzos, N. P., Verheyen, G., Tournaye, H. & Nekkebroeck, J. (2015) Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers. Human Reproduction, 30 (2): 338.-344.

Vanhaecke, M., Provoost, V. & Pennings, G. (2010) Attitudes van medewerkers van fertiliteitscentra ten aanzien van de Belgische wet betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten. Tijdschrift voor Geneeskunde 66 (22): 1076.-1086.

L'avis a été préparé par :

- Martine Dumont
- Nicole Gallus
- Guido Pennings
- Robert Rubens
- Paul Schotsmans, membre du Bureau

Membre du secrétariat : Monique Bosson

Les documents relatifs à la préparation de cet avis sont conservés au centre de documentation du Comité où ils peuvent être consultés.

Cet avis est disponible sur : www.health.belgium.be/bioeth

Antibiorésistance

La lutte est inextricablement la prévention des infections



Le personnel infirmier est invité à influencer, par des mesures de soins cliniques, l'usage prudent et approprié des antibiotiques. Une hygiène irréprochable des mains ainsi que des mesures d'asepsie sont des actions déterminantes pour enrayer la transmission des germes et lutter contre les infections.

Texte: Carlo Colombo / Photos: Fotolia

On connaît depuis des décennies la faculté des bactéries et autres microorganismes à développer des résistances. Cependant, au cours des dernières années, la capacité des bactéries à résister aux médicaments a considérablement augmenté. Cela a engendré des situations dans lesquelles les options de traitement pour certaines infections sont extrêmement limitées. Une infection due à des organismes résistants augmente la morbidité du patient et nécessite souvent une combinaison d'antibiotiques permettant d'éviter l'éventail des résistances, mais le choix de ces derniers demeure restreint. De plus, les coûts de traitement augmentent en raison d'une hospitalisation prolongée ou de thérapies supplémentaires. Les infections dues à des bactéries résistantes sont également source d'une plus grande morbidité et mortalité des patients, car les systèmes de santé modernes dépendent dans une large mesure de

Carlo Colombo, RN, MPH, Centre de références pour les maladies transmissibles par le sang, Clinique des maladies infectieuses et de l'hygiène hospitalière, Hôpital universitaire de Zurich; président de l'Observatoire des maladies infectieuses de l'ASI. Contact: Carlo.Colombo@usz.ch

l'utilisation de substances anti-microbiennes pour la prise en charge des patients. En dehors de la médecine humaine et vétérinaire, les causes des antibiorésistances sont principalement liées à l'agriculture et à l'élevage et concernent l'environnement dans son ensemble. Les possibilités d'action relèvent par conséquent de plusieurs domaines de la société et relèvent dans une large mesure de la santé publique.

Epidémiologie

Pour ce qui est du nombre de souches résistantes, la Suisse se situe dans la moyenne pour le domaine humain. Comparée à des pays tels que la France, la Grande-Bretagne ou des pays d'Europe du Sud et de l'Est, la situation est meilleure (p.ex pour le MSRA ou le staphylocoque doré résistant à la méticilline), mais moins bonne qu'en Scandinavie et aux Pays-Bas. Des études montrent également que certaines résistances augmentent en Suisse et dans toute l'Europe: différentes bactéries multirésistantes telles que Escherichia coli et Klebsellia pneumoniae, ou autres bactéries productrices de BLSE (bêtalactamases à spectre élargi) que l'on trouve principalement dans les bactéries intestinales, capables de détruire plusieurs types d'antibiotiques au moyen d'une enzyme.

Dans le domaine vétérinaire, la situation peut être considérée comme plutôt bonne en comparaison avec de nombreux pays d'Europe du Sud ou de l'Est. Toutefois, par rapport aux pays nordiques, certaines résistances apparaissent nettement plus souvent chez les animaux d'élevage en Suisse (par exemple chez les porcs et les bœufs d'engraissement). Pour la plupart des germes et antibiotiques, la situation sur le plan des résistances est cependant stable. Dans le domaine de l'élevage et de la santé animale, ce sont d'une part la densité animale, les conditions de détention irrespectueuses de l'espèce ainsi que la gestion des animaux malades qui jouent un rôle dans la problématique de l'utilisation des antibiotiques. D'autre part, l'apparition de zoonoses résistantes due à l'usage imprudent d'antibiotiques thérapeutiques et prophylactiques ainsi qu'une alimentation contenant des antibiotiques, favorisant la transmission à l'homme par contact direct avec les animaux, la nourriture et des gènes résistants sur des germes pathogènes humains sont également en cause.

Cet article a surtout pour but d'examiner les problèmes concernant les êtres humains, le système de santé et le rôle du personnel infirmier.

Transmission des résistances

Les bactéries résistantes augmentent là où sont utilisés des antibiotiques (pour le développement des résistances, lire encadré ci-contre). Le mode de transmis-



sion le plus fréquent des bactéries multirésistantes est le contact, qu'il soit direct (d'une personne à une autre) ou indirect (par l'intermédiaire d'un objet ou des mains d'un soignant par exemple).

Les germes résistants peuvent également se transmettre à l'homme par contact avec les animaux d'élevage. Au niveau de l'environnement, des transmissions sont possibles sur des aliments végétaux tels que fruits et légumes, par ex. par le biais d'eau contaminée. Il se peut aussi que des bactéries résistantes se retrouvent sur la viande crue lors de l'abattage d'animaux. Dans le domaine de la médecine humaine, les principales

mesures de prévention sont une hygiène des mains irréprochable et des mesures d'asepsie dans la prise en charge quotidienne des patients.

Propagation des résistances

La lutte contre les résistances antibiotiques est inextricablement liée à la prévention et au contrôle de l'infection. Car le fait de limiter la transmission horizontale des microorganismes entre patients et professionnels dans le système de santé réduit, pour les bactéries, la possibilité de s'implanter et, par là même, de provoquer une infection. Historiquement, la prévention et le contrôle des infections ont été plutôt considérées dans le contexte des infections nosocomiales et ne constituaient pas un thème central pour la réduction de la résistance aux antibiotiques.

Rôle infirmier

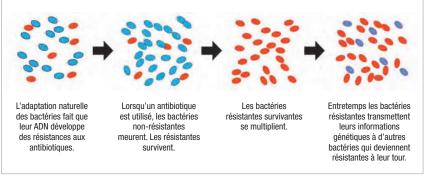
La lutte contre les résistances est l'une des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral et figure à l'agenda «Santé 2020». Sa mise en oeuvre figure dans la «Stratégie Antibiorésistances» (StAR). Les infirmières peuvent contribuer dans une large mesure à la réduction des antibiorésistances. Elles sont actives dans tous les domaines du système sanitaire. Ce sont elles qui prodiguent l'essentiel des soins physiques et apportent leur soutien tant aux patients qu'à leurs proches. Mais l'influence directe des soi-

Mutations

Développement de résistances

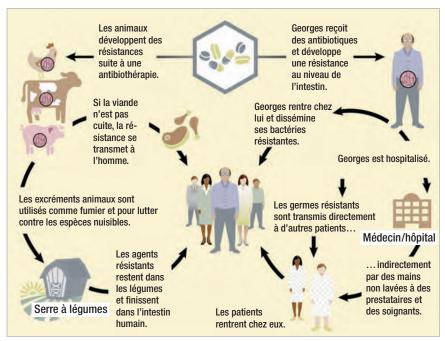
Les bactéries résistantes se trouvent partout. Les résistances apparaissent lorsque les antibiotiques sont utilisés et parfois prescrits et administrés de manière inappropriée. Cela se passe chez les humains, chez les animaux et dans l'environnement. Ces résistances peuvent survenir suite à des

mutations du matériel génétique de la bactérie ou par l'acquisition de gènes résistants provenant d'autres bactéries. Au contact d'un antibiotique précis, seules les bactéries ayant développé une résistance survivent et se multiplient (pression de sélection).



Source: CDC, Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013.

Le circuit de la résistance



Source: CDC, Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013.

gnants sur l'optimisation de la prévention et du contrôle de l'infection - et donc de la résistance aux antibiotiques - n'est pas toujours évidente, alors qu'elle est dans les faits absolument déterminante.

La contribution des infirmières à la réduction des risques et des conséquences de la résistance antimicrobienne comporte quatre thématiques-clef:

1. Réduire les besoins en antibiotiques

La prescription d'antibiotiques dépend de facteurs liés au patient ou au diagnostic. Les infirmières font partie de la chaîne de prise en charge et sont en mesure d'influencer les besoins en antibiotiques par des mesures de soins cliniques:

- Respecter les mesures d'hygiène de base (les Précautions Standard) pour la prise en charge des patients ainsi que les règles d'asepsie lors des soins afin de réduire une charge bactérienne inutile et éviter un nouveau milieu favorable aux infections.
- Donner aux équipes de soins les compétences en matière de prévention et de contrôle des infections grâce au soutien de spécialistes en hygiène hospitalière et, dans les établissements de plus grande envergure, en mettant en place des équipes chargées de l'hygiène.
- Lors d'examens de laboratoire, veiller à ce que la nécessité clinique soit clai-

rement documentée et que le transport soit promptement effectué afin d'assurer la qualité de l'échantillon.

- Exercer une influence sur les connaissances et les attentes des patients et du public concernant la prescription d'antibiotiques.
- Initier des stratégies d'amélioration de la qualité ou y contribuer, afin de réduire les effets secondaires indésirables (apparition de nouvelles infections) provoqués par l'utilisation de dispositifs invasifs tels que cathéters. sondes, y compris l'indication de leur pose, le contrôle de la durée d'utilisation et le retrait de tels dispositifs.

Ainsi, dans le soutien et la réalisation des mesures de prévention basées sur les données probantes pour empêcher

- mum le risque de nouvelles contaminations.
- Coordonner la planification de la sortie et la collaboration avec d'autres secteurs de soins tels que les EMS et les soins à domicile, afin d'assurer une bonne transmission des informations ainsi que des sorties rapides et fructueuses pour éviter des ré-hospitalisations.
- Soutenir les stratégies nationales de santé publique afin de contribuer à la diminution de la morbidité et par conséquent à la réduction des contacts avec les milieux de santé et du nombre d'interventions.

2. Améliorer l'efficacité des antibiotiques

Une fois que le médecin a prescrit les antibiotiques selon les bonnes indications, l'infirmière doit s'assurer que la préparation et l'administration sont correctes. De nombreux facteurs influencent la prescription et l'utilisation des antibiotiques, déterminant l'efficience du traitement pour le patient. Les infirmières exercent une influence en agissant comme suit:

- Administrer les antibiotiques au bon moment et dans des conditions optimales afin que les effets thérapeutiques soient atteints (respect de la prescription, du dosage, de la durée d'utilisation et du mode d'administra-
- Instruire les patients et leurs proches sur la manière d'utiliser les antibiotiques à domicile conformément à la prescription. Et en leur signalant que si les symptômes persistent ou empirent, il faut en informer un professionnel de la santé - médecin ou infir-

«Les germes résistants peuvent également se transmettre à l'homme par contact avec les animaux d'élevage.»

l'acquisition d'infections en milieu hospitalier (HAI - hospital acquired infections).

- Introduire et appliquer les mesures additionnelles aux précautions standard en cas d'infection ou de suspicion d'infection, afin de réduire au maxi-
- Renforcer la motivation du patient en l'informant de l'importance de prendre les antibiotiques pendant toute la durée prescrite et répondre de manière compétente à ses questions.
- Encourager la prise de conscience par rapport aux initiatives développées



Chez les animaux d'élevage, la résistance aux antibiotiques doit être surveillée au plus près.

dans les structures de soins ambulatoires et stationnaires, dans le but d'améliorer la pratique de prescription et la compliance au moyen de standards et de directives pour les antibiothérapies.

- Soutenir les programmes d'«antibiotic stewardship» Le but d'un tel programme est d'utiliser de manière rationnelle et ciblée les substances antimicrobiennes et d'optimiser l'utilisation des antibiotiques pour ce qui est du spectre d'action, du mode d'application, du dosage et de la durée du traitement. Ainsi par exemple en portant une attention accrue lors de l'administration d'antibiotiques en présence d'urine trouble chez les porteurs de cathéters permanents alors qu'il n'y a pas de symptômes d'infection; ou lors de l'administration, à titre probatoire, d'antibiotiques en cas de fièvre non expliquée; ou en cas d'administration prolongée de la prophylaxie antibiotique préopératoire.
- Renforcer les compétences des infirmières et de toutes les personnes impliquées dans les soins en diffusant, lors des formations, des informations cohérentes et appropriées aux différents intervenants au sujet des pathologies infectieuses, de la pharmacologie et de l'antibiorésistance. Des mises à jour régulières dans le cadre de la formation continue obligatoire sont également indiquées.

• Améliorer le monitorage en collectant des données plus fiables concernant la pratique de prescription et de mise en œuvre dans les lieux de soins grâce à l'introduction de systèmes de prescription et d'administration électroniques.

Epilogue

Une utilisation prudente et appropriée des antibiotiques permet d'enrayer l'apparition de résistances et donc les infections dues à des agents pathogènes résistants et difficiles à traiter. Cela nécessite une bonne formation, des informations relevant de la pratique pour les médecins et pour les infirmières, le choix et le dosage adéquats de l'antibiotique et davantage de tests de résistance plus précis (antibiogramme) effectués par les laboratoires. Les infirmières ont la responsabilité de veiller à ce que tous les membres de l'équipe soignante s'en tiennent à une gestion des risques infectieux sûre au niveau de leur domaine d'intervention. Il importe également de donner au patient les informations nécessaires pour une utilisation adéquate des antibiotiques et de le motiver à suivre le traitement. De plus, les médicaments doivent être pris selon la prescription et le traitement ne doit pas être interrompu sur décision personnelle. Il est en outre primordial que les Précau-

tions Standard, mesures de base de prévention des infections (dont l'hygiène des mains est la mesure-clef), les indications relatives à la pose et au maintien de dispositifs invasifs ainsi que les mesures de contrôles de l'infection (p.ex. screening, isolement et traitement de personnes infectées/porteurs d'agents pathogènes résistants) soient scrupuleusement respectées. C'est ainsi que la transmission de bactéries résistantes entre les patients, le personnel soignant et les différentes institutions du domaine de la santé pourra être réduite et que les flambées pourront être évitées ou combattues efficacement.

Références:

La résistance aux antibiotiques et le rôle des infirmières. European Federation of Nurses Association (EFN) Avril 2014.

Stratégie Antibiorésistances Suisse (StAR), Confédération suisse, novembre 2015. http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/ 14226/index.html?lana=fr

Centre suisse pour le contrôle de l'antibiorésistance anresis ch: dix ans de surveillance des micro-organismes multirésistants en Suisse. Office fédéral de la santé publique. Bulletin 2014. http://www.bag.admin.ch/ themen/medizin/14226/index.html?lang=fr

Antibiotic Resistance Threats in the United States 2013. Centers for Disease Control and Prevention, Juli 2014. http://www.cdc.gov/ drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf

Bulletin spécial: résistances aux antibiotiques. Juin 2016. Société des vétérinaires suisses. http://gstsvs.ch/index.php?id=3625

Portrait CONSTANCE WATNEY

LES PREMIÈRES ANNÉES

Constance Watney est née en 1878 à Beddington, Surrey en Angleterre. Très tôt, Constance s'est consacrée au travail missionnaire et, à cet effet, a été formée en tant qu'infirmière à l'hôpital St Bartholomew . En 1906, elle alla comme étudiante en sage-femme à Clapham Maternity Hospital, un hôpital pionnier formant des femmes dans le but de travailler à l'étranger

TRAVAIL MISSIONNAIRE EN OUGANDA

En 1908, Constance fut acceptée par la church Missionary Society (CMS) et envoyée à Kampala, en Ouganda, où elle travailla à l'hôpital Mengo, sous la direction du Docteur Albert Ruskin Cook.

En 1917, l'hôpital de Mengo, en plus de son travail missionnaire, servit d'hôpital de base pour les combats en Afrique de l'Est. Le dévouement de Constance Watney surnommée «Sœur Connie», était tel qu'elle était respectée de tous.

Pour avoir soigné un fonctionnaire du gouvernement belge, Sœur Connie reçu le très rare honneur de Croix de l'Ordre de la Couronne (Ordre de la Couronne (septième classe)).

En mai 1921, Constance rejoint le Docteur Algernon Stanley Smith (élevé par ses tantes) et le Docteur Len Sharp pour une nouvelle mission à Kabale dans l'Ouest de l'Ouganda. Elle aida à démarrer un hôpital, où elle fût la première matrone et ce, dans des conditions très difficiles. Le premier patient pu être accueilli en juin 1922.

En 1923, soeur Connie contracta une forme très sévère de la maladie de Bright et devint incapable de continuer ses missions. Face à cette situation, soeur Connie était trop impliquée soins infirmiers pour l'abandonner. Elle retourna donc à Clapham, où elle reçu une formation en soins de la petite enfance et pu ainsi continuer à travailler à diverses fonctions et ce, jusqu'à ce que l'hôpital ait soit bombardé en 1940.

Elle décéda le 23 novembre 1947.

BIBLIOGRAPHIE

Constance Watney, photographiée lors d'une réunion familiale



The British Journal of Nursing. Vol. 43. 9 octobre 1909 p.303

Nécrologie, The British Journal of Nursing Janvier 1948. Vue prise de l'Hôpital de maternité, hôpital Mengo,



Kampala 1936



En 1918, l'hôpital de Mengo, en plus de son travail missionnaire, a servi d'hôpital de base pour les combats en Afrique de l'Est, et son dévouement, «Sœur Connie», comme on l'appelait, reçu cette médaille

Le CHU Ambroise Paré recrute de nombreux profils!



Le Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage est l'un des principaux employeurs de la région de Mons. Il développe de nombreux projets novateurs et s'inscrit dans une politique dynamique et de qualité.



Pour notre département infirmier, nous recrutons des :

- infirmier(e)s spécialisé(e)s en Gériatrie ;
- infirmier(e)s spécialisé(e)s en Oncologie ;
- infirmier(e)s en Dialyse;
- infirmier(e)s pour le bloc opératoire.

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

Intéressé(e)? Envoyez votre lettre de motivation et votre CV au CHUPMB, Monsieur Jacques HERAUT, Directeur infirmier et paramédical, Boulevard Kennedy 2, 7000 Mons, ou via recrutement@hap.be.

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



Rue Saint-Luc, 8 5004 BOUGE



Nous recherchons des (h/f):

- Infirmiers gradués/bacheliers en soins infirmiers ou des infirmiers brevetés
- Infirmiers gradués/bacheliers en soins infirmiers spécialisés

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

Plan de soins de référence pour les patients adultes brûlés

Laurent Baldo,

Master en Santé publique ULB, infirmier SISU



Dan Lecoca.

Maître de conférences et assistant chercheur à Ecole de Santé publique ULB



Introduction:

Lors de ma dernière année de maîtrise en santé publique à l'ULB, il m'a fallu choisir un sujet de mémoire. C'est tout naturellement que je me suis orienté vers la prise en charge des patients adultes brûlés aux urgences car celle-ci m'a passionnée lors de mon stage à l'High Care de l'hôpital militaire Reine Astrid.

De plus, au travers de ma pratique, j'ai pu remarquer sur le terrain une hétérogénéité de prise en charge de ce type de patient qui ne me paraissait pas, à priori, justifiable.

C'est pourquoi j'ai décidé de réaliser un plan de soins de référence pour l'accueil et le traitement aux urgences des patients adultes victimes d'une brûlure thermique, qui constitue l'étiologie la plus fréquente.

Méthodologie

Pour réaliser ce plan de soins de référence, j'ai débuté par une revue de la littérature en utilisant principalement les moteurs de recherche Science direct et Google Scholar. Ensuite, je me suis tourné vers des experts en la matière : le Dr S. JENNES, médecin chef de l'High Care de l'hôpital militaire Reine Astrid et Mr A. MAGNETTE, infirmier en chef du service des grands brûlés du CHU de Liège.

J'ai alors réalisé un algorithme décisionnel et le plan de soins de référence correspondant que j'ai soumis à Mr J. ELIAS, infirmier coordinateur soins de plaies du réseau des hôpitaux IRIS SUD à Bruxelles.

Arrivée du patient

Après avoir accueilli le patient et s'être enquis des circonstances dans lesquelles la brûlure est survenue afin d'en établir la cause, la première chose à faire est de mesurer les paramètres du patient. Il se peut que les brûlures soient impressionnantes pours les soignants et qu'ils ne

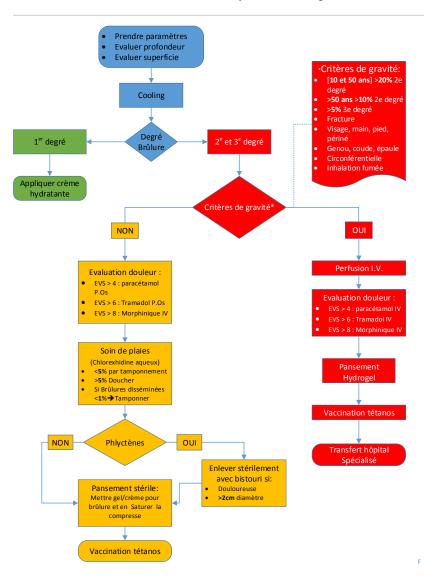
se concentrent que sur celles-ci. Mais il est important de mesurer la tension artérielle, la saturation en oxygène et la fréquence cardiague qui constitueront les paramètres de base. On pourra éventuellement également mesurer la température corporelle.

Le cooling

C'est l'élément numéro 1 de la thérapie auprès des patients brûlés. Il est donc d'une grande importance de le réaliser correctement. Dans la littérature il y a un consensus assez large en ce qui concerne sa durée et la température (entre 14 et 18°C) de l'eau avec laquelle on refroidit la brûlure.

Plan de soins de référence

Patient adulte brûlé thermique <3H aux urgences





Une infirmière à domicile rend visite à un patient depuis un certain temps. À la demande de ce dernier, des actes techniques biens précis de soins infirmiers sont délégués à l'aidant proche. Quelle est la procédure à respecter pour l'infirmière ?

La loi de 2014 a permis aux aidants proches de jouer un rôle plus efficace et de prodiguer des soins plus adaptés grâce à leur étroite collaboration avec les infirmiers et les infirmières. La personne aidée bénéficie ainsi d'un ensemble de soins de meilleure qualité.

Grâce à cette loi, l'aidant proche peut, en vertu d'une attestation établie par un(e) infirmier(ère), effectuer légalement certains soins sur un patient déterminé.

Ces interventions ne peuvent jamais être rémunérées et l'attestation ne peut donc jamais être établie pour des actes effectués par des professionnels.

En outre, tout acte doit être effectué avec l'accord du patient par un aidant proche dûment formé et supervisé par l'infirmier(ère) responsable du patient traité.

L'infirmier(ère) doit s'assurer de l'accord du patient et doit veiller au choix, à la formation et à la supervision de l'aidant proche. Ces points relèvent de sa responsabilité.

En tant que praticien de l'art infirmier, quelle est votre responsabilité?

- Assurez-vous toujours d'obtenir l'accord explicite du patient.
- Vérifiez que l'aidant proche est apte à apprendre et à effectuer un acte précis. Apprenez-lui la technique et décrivez-lui la procédure à suivre.
- Expliquez-lui comment il doit agir en cas de problème et communiquez-lui les coordonnées d'un médecin de garde et d'un infir-

- mier(ère) qu'il pourra contacter en urgence.
- Vérifiez toujours dans la pratique que l'aidant proche applique correctement la technique et qu'il sait comment réagir en cas de problème.

Accord du patient

Il est essentiel qu'une attestation soit rédigée. Elle doit identifier la personne qui administre les soins et le patient, indiquer le motif du traitement, le décrire et préciser sa durée.

L'attestation doit être rédigée en trois exemplaires et signée par le patient, l'aidant proche et l'infirmier(ère). Chacun en reçoit un exem-

Le fait que les interventions ne peuvent être effectuées par l'aidant proche que moyennant une telle attestation protège la profession d'infirmier.

Il est essentiel que les conditions précitées soient remplies pour éviter que l'infirmier(ère) puisse être tenu responsable des erreurs de l'aidant proche.

Des questions à ce sujet ? Contactez-nous au 02/209 02 21 Ou découvrez notre couverture en R.C. Professionnelle sur www.amma.be/fr/rcprofessionnelle

Dans un souci de cohérences avec les ordres permanents des PIT, j'ai repris dans le plan de soins de référence un cooling de 15 min à une température de 15°C, avec la source du jet à 15cm de la surface brûlée. En pratique on appliquera de l'eau tiède s'il n'est pas possible de régler la température de l'eau au robinet.

Evaluation de la zone brûlée

La deuxième étape est cruciale dans notre prise en charge car elle orientera le ou la patient(e) dans une des branches de l'algorithme décisionnel. Il y a deux paramètres liés aux brûlures à investiguer : la profondeur et la superficie.

La profondeur

On distingue 3 degrés de profondeur différents :

- Le premier degré : est décrit comme étant une lésion limitée à l'épiderme, l'exemple type étant le coup de soleil. La peau guérit spontanément endéans une semaine sans aucunes séquelles.
- Le deuxième degré : Provoque des lésions s'étendant au derme, il est divisé en 2 sous- degrés :
- Le deuxième degré superficiel : Lésion limitée au derme superficiel, quérit en moins de 3 semaines.
- Le deuxième degré profond : Guérit en plus de 3 semaines et laisse souvent des cicatrices hypertrophiques.

Pour faire la distinction clinique entre les deux il faut appuyer légèrement sur la zone brulée avec une pince stérile. Si la brûlure blanchit à la pression c'est que vous êtes en présence d'un 2e degré superficiel, la vascularisation est préservée, sinon il s'agit d'un 2e degré profond.

La présence de phlyctènes n'est pas une règle générale : elles peuvent être présentes ou non.

• Le troisième degré : Lésion atteignant tous les éléments de la peau, épiderme, derme et follicules pileux profonds. La guérison spontanée ne peut pas se faire sans greffe de peau.

La superficie

Elle est estimée pour les brûlures du deuxième et troisième degré.

Pour la déterminer, je propose d'utiliser la méthode de la paume de la main qui permet une meilleure approximation du pourcentage de surface corporelle brûlée. Il s'agit de mesurer la superficie de la main du patient, qui vaut 1%, et de reporter celle-ci sur les zones brûlées. En pratique, vous pouvez superposer votre main à celle du patient et voir s'il y a une grande différence, si c'est le cas prenez une feuille de papier et tracez un gabarit grossier de la main du patient que vous reporterez sur les zones brûlées.

La méthode dite « des 9 » de Wallace n'a pas été retenue

car elle est moins précise.

Evaluation de la douleur

Celle-ci se fera préférentiellement grâce à une échelle verbale simple (EVS). Le plus important est de réévaluer la douleur avec le même outil.

La puissance des antidouleurs augmentera par palier, comme recommandé par l'OMS.

La grande différence se situe dans le fait d'avoir des critères de gravité ou non. S'il n'y en a pas, les médicaments des deux premiers paliers se donneront per os. Si nous sommes en présence de critères de gravité, alors le traitement se donnera en accès intraveineux. Si l'évaluation de la douleur est impossible à faire, il faudra considérer que la douleur est à son maximum.

Brûlure du 1er degré

Comme vu précédemment ces brûlures guérissent spontanément. On peut néanmoins y appliquer une crème hydratante.

Brûlure du 2e et 3e degrés Critères de gravité

Ceux-ci sont établis par un Arrêté Royal régulant le transfert vers les centres de traitement des grands brûlés (ceuxci sont repris sur l'algorithme décisionnel).

Si Absence de critères de gravité : **Evaluation de la douleur:**

Le plus important ici est de conserver la même méthode tout au long de la prise en charge.

Soins de plaies :

Pour ceux-ci j'ai adopté la façon de faire de l'Hôpital Militaire Reine Astrid (HMRA) qui utilise une solution aqueuse de digluconate de chlorexhidine. Au delà d'une superficie de 5% on pourra « doucher » la zone brûlée, ce qui permettra de gagner du temps dans la prise en charge de « grand brûlé ».

Les phlyctènes :

Les phlyctènes seront enlevées stérilement lorsqu'elles sont douloureuses, rompues et/ou importantes. Par important on entend une phlyctène de plus de 2cm de diamètre.

Le pansement :

lci aussi, c'est la méthode utilisée à l'HMRA qui a été retenue.

Le pansement doit être réalisé stérilement. On utilisera préférentiellement de la crème au sulfadiazine d'argent ou autres topiques spécifiques aux brûlure, qui empêche la

MONS 2017 16 > 17 NOVEMBRE MICX MONS - B

CONGRÈS **EUROPÉEN FRANCOPHONE**

des infirmier(e)s clinicien(ne)s, spécialistes cliniques et de pratique avancée



ROLES ET COMPÉTENCES CONFIRMÉS DE L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCÉE AU SERVICE DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN EUROPE.

Depuis plusieurs dizaines d'années, les infirmiers de pratique avancée (IPA) s'investissent dans de nouveaux rôles au sein des systèmes de soins de santé en perpétuelles restructurations et soumis à des contraintes socio-économiques toujours plus intenses.

Formés au cours d'un deuxième cycle universitaire, les IPA interviennent en contact direct avec les personnes dans de nombreux champs de pratique et dans un esprit de collaboration avec leurs collègues infirmiers et les autres professionnels de santé.

Les bénéfices des interventions de l'IPA ont été démontrés dans de nombreux domaines. L'IPA joue notamment un rôle clé dans l'accompagnement interdisciplinaire de patients vivant avec une maladie chronique.

Comment développer la pratique infirmière avancée pour aboutir à une plus-value pour les patients, pour le système en termes de résultats de santé, pour garantir des conditions d'exercice adéquates, pour permettre à l'IPA de s'investir dans de nouveaux rôles en pleine aptitude (habilitation légale, formation de haut niveau et orientée, modalités de collaboration, etc.) ?

Il nous faut réfléchir à son développement selon une approche systémique en harmonie avec les différents niveaux de formation des praticiens infirmiers et les autres professionnels de santé.

PROGRAMME

à suivre

colonisation bactérienne de la brûlure. Voici quelque point clé lors de la réalisation du pansement :

- o Il faut mettre une couche de crème d'environ 2mm
- o Il faut saturer les compresses de cette même crème
- o On recouvre cette première couche de compresse par une deuxième mais qui est sèche.
- o Ensuite on emballe le tout dans des bandes pour bandages.

Vaccination tétanos:

Tout brûlure doit être considéré comme étant une plaie. Il faut donc s'assurer que le patient est en ordre de vaccination tétanique. S'il ne l'est pas, il faut suivre le schéma de vaccination préconisé. C'est vrai pour toute brûlure des 2e et 3e degrés.

Si Présence de critères de gravité :

Perfusion intraveineuse:

Celle-ci permettra de réaliser une réanimation liquidienne compte tenu de la loi de Parkland. En effet un patient gravement brûlé présente une augmentation de la perméabilité des capillaires qui engendre un déplacement du liquide intravasculaire vers les tissus voisins. Il convient donc de placer une perfusion de NaCl 0,9%. Le volume à perfuser est important. Les 8 premières heures, le patient recevra 2ml/Kg/% de surface corporelle brûlée.

Cette perfusion permettra également l'administration d'antidouleur en intraveineux.

Evaluation de la douleur :

Même chose que pour le second degré non compliqué. Mis à part que les antidouleurs se donneront uniquement par voie intraveineuse. Si le patient est inconscient il faut partir du principe que la douleur est à son niveau maximale.

Le pansement compresse hydrogel :

Le patient faisant l'objet d'un transfert vers un centre spécialisé il faudra réaliser un pansement avec des compresses spécialement conçues pour les patients brûlés imbibées d'un hydrogel qui va dissiper et absorber la chaleur de la brûlure. Une fois les brûlures recouvertes de compresses imbibées d'hydrogel, il faut les emballer dans des bandes pour bandages.

Transfert:

Celui-ci sera organisé le plus rapidement possible après l'identification des critères de gravité.

Voir [Tableau 1: Cadre de référence]

Conclusion:

Ce plan de soins de référence montre combien la prise en charge de patient adulte brûlé thermique demande des savoirs et des habiletés spécifiques en sus du matériel adapté. Pour réduire la variabilité injustifiée dans la prise en charge des patients adultes brûlés thermiques, un plan de soins

TADLEALL 1. CADDE DE DÉCÉDEN	ICC	
TABLEAU 1: CADRE DE RÉFÉREN		
Etape	Moyen(s)	Source(s)
Evaluation Brûlures	Méthode de la paume de la main	(Rice & Orgill, 2013a)
(Superficie, Profondeur)	Définition degré brûlures	(Christiaens, Van De Walle, & Devresse, n.d.)
Cooling	3X15(Min,°C, Cm)	Ordre permanent PIT publié par le SPF SP
Critères de gravité	Observation patient et critères cliniques	A.R. 19 mars 2007
Evaluation douleur	Outil constant au fil des évalua- tions (Echelle verbale simple)	(Wiechman & Sharar, 2013)
Soin de plaie	Chlorhexidine	Avis expert hôpital militaire
Phlyctènes	Enlevez si douloureuse, rompue ou importante	(Tenenhaus & Rennekampff, 2013)
Pansement	Sans critère de gravité : Flamma- zine®	(Tenenhaus & Rennekampff, 2013)
	Avec critère de gravité : Burnshield®	
Vaccination	Rappel antitétanique	(Morgan & Miser, 2012)
Perfusion brûlé grave	Loi de Parkland	(Rice & Orgill, 2013b)

de référence associé à un algorithme décisionnel constitue un aide- mémoire précieux, au même titre que ceux utilisés dans le cadre de la réanimation cardio-pulmonaire.

Ce travail souligne également l'indispensable nécessité de maintenir nos connaissances au fait des dernières avancées de la science (Evidence Based Practice) par des lectures et la participation à des activités de formation et d'échange scientifiques.

Bibliographie:

- Bale, S., Tebble, N., Jones, V., & Price, P. (2004). The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. Journal of Tissue Viability, 14(2), 44-50. doi:10.1016/S0965-206X(04)42001-4
- Bonnery, A.- M., Gaba- Leroy, C., Macrez, A., Marande, D., Marzais, M., & Pauchet- Traversat, A.- F. (n.d.). Protocole de soins: Méthodes et stratégies (3e édition.). Masson.
- Burnshield Emergency Burncare For the emergency Care of Burns & Scalds. (n.d.). Retrieved June 7, 2014, from http://www.burnshield. com/index.html
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, & et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. JAMA, 282(15), 1458–1465. doi:10.1001/jama.282.15.1458
- Christiaens, W., Van De Walle, E., & Devresse, S. (n.d.). Organisation des soins post- aigus aux patients gravement brûlés I KCE. Retrieved June 21, 2014, from http://kce.fgov.be/fr/publication/report/organisation- des- soins- post- aigus- aux- patients- gravement- brûlés#. U6WgpihWbr4
- Davies, J. W. L. (1982). Prompt cooling of burned areas: a review of benefits and the effector mechanisms. Burns, 9(1), 1-6. doi:10.1016/0305-4179(82)90127-9
- Donnen, P. (2013). Recherche documentaire et critique d'article. ULB.
- Echinard, C., & Latarjet, J. (1995). Les brûlures. Masson.
- HAS. (2007a, Juin). Guide méthodologique: Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Retrieved from http://www.has- sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf
- HAS. (2007b, mai). Haute Autorité de Santé L'accréditation des médecins: mode d'emploi. Retrieved June 9, 2014, from http://www. has- sante.fr/portail/jcms/c_548766/fr/laccreditation- des- medecins- mode- demploi?xtmc=&xtcr=1
- HAS. (2011, November). Guide pratique d'élaboration: Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours (PPSR), étapes d'élaboration.
- HAS. (2012, Décembre). Evaluation et amélioration des pratiques: Développement professionnel continu, méthodes et modalités de DPC.
- HAS. (2013, November 27). Haute Autorité de Santé Le contexte réglementaire: Décision no 2013.0142/DC/SCES. Retrieved June 9, 2014, from http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_967907/en/lecontexte-realementaire

- Ilott, I., Booth, A., Rick, J., & Patterson, M. (2010). How do nurses, midwives and health visitors contribute to protocol- based care? A synthesis of the UK literature. International Journal of Nursing Studies, 47(6), 770-780. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.12.023
- Jacquerye, A. (2013). Evaluation et gestion de la qualité des soins.
- LeBlanc, J. M., Kane- Gill, S. L., Pohlman, A. S., & Herr, D. L. (2012). Multiprofessional survey of protocol use in the intensive care unit. Journal of Critical Care, 27(6), 738.e9-

17. doi:10.1016/j.jcrc.2012.07.012

- Lecocq, D., Gainvorste, D., Zandecki, N., Jacquerye, A., & Pirson, M. (2014). À quand l'accréditation à Bruxelles et en Wallonie?: L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité. Hospitals.be. Retrieved from http://hdl.handle.net/2013/ULB-DIPOT:oai:dipot.ulb.ac.be:2013/151311
- Liu, M. (1997). Fondements et pratiques de la recherche- action. Editions L'Harmattan.
- LOI WET. (1990, June 18). JUSTEL. Retrieved May 2, 2014, from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr &la=F&cn=1990061837&table_name=loi
- Mansouri, P., Javadpour, S., Zand, F., Ghodsbin, F., Sabetian, G., Masjedi, M., & Tabatabaee, H. R. (2013). Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: A randomized clinical trial. Journal of Critical Care, 28(6), 918–922. doi:10.1016/j. jcrc.2013.06.019
- Manuel V2010 révisé avril 2011 : PEP Pratiques Exigibles Prioritaires. (n.d.). Retrieved January 5, 2014, from http://extranet- has. seevia.com/extranet/MANUEL- V2010- rev2011/SITE/PEP.htm
- Marshall, J., Finn, C. A., & Theodore, A. C. (2008). Impact of a clinical pharmacist- enforced intensive care unit sedation protocol on duration of mechanical ventilation and hospital stay*: Critical Care Medicine, 36(2), 427-433. doi:10.1097/01.CCM.0000300275.63811.B3
- Melot, C. (n.d.). Archivage, codification, agrégat donnée médicales (méthodes et effet).
- Moniteur Belge. (n.d.). LOI WET Arrêté royal du 19 mars 2007, Arrêté royal fixant les normes auxquelles un centre de traitement de grands brûlés doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Retrieved May 29, 2014, from http://www.ejustice.just.fgov.be/ cgi_loi/loi_a.pl
- Morgan, E., & Miser, W. (2012, October 25). Treatment of minor thermal burns. Uptodate. Retrieved April 30, 2014, from http:// www.uptodate.com/contents/treatment- of- minor- thermalburns?source=search_result&search=burn&selectedTitle=1%7E150
- OIVO- CRIOC Les accidents domestiques : A croire que nous ne sommes pas à l'abri chez nous ! (n.d.). Retrieved June 8, 2014, from http://www.crioc.be/FR/doc/dcdc/all/document- 6103.html
- OMS. (2005, October). Soins palliatifs: Prise en charge des symptômes et soins de fin de vie. Organisation mondiale de la Santé. Retrieved http://www.who.int/hiv/pub/imai/imai_palliafrom tive_2008_fr.pdf?ua=1

- OMS | Brûlures. (n.d.). WHO. Retrieved February 10, 2014, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/fr/
- Pauchet- Traversat, A.- F. (n.d.). Evaluation des pratiques professionnelles. H.A.S. Retrieved from http://www.cclinparisnord.org/ NCHH/2006/180506/P180506_PAUCHET.pdf
- Raffoul, W., & Berger, M. M. (2006). Les brûlures: de l'ébouillantement à l'électrisation - définition et traitement. Forum Med Suisse, (6), 243-250.
- Rice, P., & Orgill, D. (2013a, April). Classification of burns. Uptodate. Retrieved April 30, 2014, from http://www.uptodate.com/contents/ classification- of- burns?source=search result&search=burn&select edTitle=2%7E150
- Rice, P., & Orgill, D. (2013b, April). Emergency care of moderate and severe thermal burns in adults. uptodate. Retrieved May 29, 2014, from http://www.uptodate.com/contents/emergency- care- of- moderate- and- severe- thermal- burns- in- adults?source=search_result &search=burn&selectedTitle=6%7E150
- Tenenhaus, M., & Rennekampff, H.- O. (2013, February 27). Local treatment of burns: Topical antimicrobial agents and dressings. Uptodate. Retrieved June 7, 2014, from http://www.uptodate.com/ contents/local- treatment- of- burns- topical- antimicrobial- agentsand- dressings?source=search_result&search=local+treatment+burn &selectedTitle=1%7E150
- Venter, T. H. J., Karpelowsky, J. S., & Rode, H. (2007). Cooling of the burn wound: The ideal temperature of the coolant. Burns, 33(7), 917-922. doi:10.1016/j.burns.2006.10.408
- Wasserman, D. (n.d.). Critères de gravité des brûlures. Épidémiologie, prévention, organisation de la prise en charge. EM- Consulte. Retrieved July 2, 2014, from http://www.em-consulte.com/article/163950
- Wiechman, S., & Sharar, S. (2013, April). Burn pain: Principles of pharmacologic and nonpharmacologic management. Uptodate.

Retrieved May 29, 2014, from http://www.uptodate.com/contents/ burn- pain- principles- of- pharmacologic- and- nonpharmacologicmanagement?source=search result&search=burn+pain&selectedTit le=1%7E150

• Wolf, S. E. (2013, April). Management principles for burns resulting from mass disasters and war casualties. Uptodate. Retrieved July 2, 2014, from http://www.uptodate.com/contents/managementprinciples- for- burns- resulting- from- mass- disasters- and- warcasualties?source=search_result&search=management+principles+f or+burns&selected Title=1%7E150



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.

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

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





A l'étranger		
3-5.5.2017 EWMA, congrès européen de soins de plaies	Amsterdam, Pays-Bas	ewma@ewma.org
11 et 12.5.2017 Colloque GEFERS : « Pédagogie des soins par les techniques de simulation. Bilans et perspectives éthiques »	Les Sables d'Olonne, France	www.gefers.fr
17-19.5.2017 20ème journées d'études des infirmier(e)s stomathérapeutes francophones	Bordeaux , France	http://cfpps.chu-bordeaux.fr
27.5.2017 — 01.6.2017 Congrès du Conseil International des Infirmières 2017	Barcelone, Espagne	www.icnbarcelona2017.com/fr/
18-21.6.2017 13ème Conférence ECTC	Berlin, Allemagne	info@cap-partner.eu





- kinésithérapeutes
- infirmiers bacheliers ou gradués
- médecins
- dentistes
- -sages-femmes
- Filière libre pour les non-médicaux

Depuis 2005 Formation Post-Bachelor en Acupuncture

Reconnaissance par la plupart des mutuelles et organismes assureurs



ACUPUNCTURE

Haute École de Namur-Liège-Luxembourg HENALLUX

Portes Ouvertes samedi 20 mai 2017 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.ettc-acu.be ou 0488/949.929

Agenda

20-22 septembre 2017 EPUAP	Belfast, Irlande du nord	info@codan-consulting.com
28 et 29.9.2017 7ème Colloque Recherche Paramédicale Grand Ouest : « De l'expertise clinique à la pratique avancée : une opportunité pour la recherche paramédicale ? »	Limoges, France	pascale.beloni@chu-limoges.fr
4-6 octobre 2017 Congrès SIFEM : « Collaboration Interprofessionnelle en formation »	Campus Santé Timone — Marseille, France	audrey.soulier@mcocongres.com
9 et 10.11.2017 Colloque GEFERS : « Vieillissement, éthique et société »	Tours, France	www.gefers.fr
03.06.2018 — 06.06.2018 7e Congrès mondial du SIDIIEF	Bordeaux, France	www.sidiief.org/nos-evenements/congres-mondiaux/
En Belgique		
20.4.2017 XXXVe symposium de soins intensifs « Back to the future »	MICX Mons	www.siznursing.be
29.4.2017 Congrès ABIsIMeR : « Nouveautés en Imagerie Médicale et Radio- thérapie »	Rue Royale Sainte Marie 336 1030 Schaerbeek	infirmieres.be/
12.5.2017 Congrès annuel co-organisé par la FNIB et l'acn « Actualités A ne pas manquer »	Cercle de Wallonie de Namur	http://fnib.ccvshop.be/
12.5.2017 VIIe symposium de médecine aigüe du CHR de Huy	Château Rorive Rue du Soir Paisible, 2 4540 Amay	Communication du CHR de Huy : Tél : 085/27.71.01 Mail : symposium@chrh. be
17 au 20.5.2017 Cinquième université de printemps francophone en santé publique : « Les démarches innovantes en santé »	Ecole de santé publique ULB Campus Erasme Bruxelles	http://www.ulb.ac.be/esp/univprint- emps/
13-15.9.2017 ETRS	Bruxelles	http://www.etrs.2017.org
3.10.2017 Symposium d'oncologie « Le myélome multiple, d'hier à aujourd'hui »	Hôpital A. Vésale Rue de Gozée 706 6110 Montigny-le-Tilleul	Madame S . Gangi : 071 / 92 00 55
14.11.2017 41 ^{ième} journée de l'AISPN : « La précarité sociale en pédiatrie »	Le centre culturel de Woluwe- Saint-Pierre (W:Hall) Avenue Charles Thielemans 93, 1150 Bruxelles	Save the date ! Inscription mi-juin 2017 www.aispn.be
17 et 18.11.2017 14ème Congrès européen francophone des Infirmier(ère)s de pratique avancée et de recherche : «Rôle et compétence confirmés de l'infirmière de pratique avancée au service des systèmes de santé en Europe"	MICX Mons	Save the date !

N'oubliez pas non plus les grandes conférences web du SIDIIEF : programmation disponible ici : http://grandesconferencessidiief.org/

Rubrique culinaire

RECETTĒ: « Saveurs et parfums Thaï... »



SOUPE PIQUANTE AUX CREVETTES



Ingrédients pour 6 personnes :

800gr de grosses crevettes roses non décortiquées - 2 tiges de citronnelle fraîche - 1 càc de gingembre haché frais - 2 càs de nuoc mâm (sauce de poisson) - 2 càs de sauce soia - 1 boîte de champignons en morceaux - 1 jus de citron vert - 2 càs de sucre - 2 càc de pâte de piment (sambal manis) - 3 cébettes émincées (oignons verts) - 2 càs de coriandre fraîche hachée - 2l de bouillon de poisson filtré (arêtes et têtes de poisson)

Au travail:

- > Décortiquer les grosses crevettes et réserver.
- > Verser les têtes et parures de crevettes dans le bouillon, ajouter les deux tiges de citronnelle fendues sur la longueur et porter à ébullition quelques minutes, laisser infuser.
- > Filtrer le bouillon au chinois et y ajouter le gingembre, le nuoc mâm, la sauce soja, les champignons, le sambal, le jus de citron vert et le sucre. Porter à ébullition quelques minutes puis laisser mijoter durant 15 minutes.
- > Ajouter les crevettes, laisser infuser une dizaine de minutes. Rectifier l'assaisonnement.
- > Pour le service, répartir la soupe dans des bols, colorer la surface avec les cébettes émincées et la coriandre hachée.
- > Bon appétit....

POULET AU COCO ET CURRY ROUGE



Ingrédients pour 6 personnes :

6 blancs de poulet - 1 l de lait de coco - 2 càs de beurre de cacahuètes - 2 tiges de citronnelle fraîche fendues sur la longueur

- 1 pot de pâte de curry rouge à la Thaï 1 càs de sucre roux
- 1 poivron rouge 2 cébettes émincées 2 càs de coriandre hachée

En cuisine:

- > Découper les blancs de poulet en gros dés et les poivrons en morceaux. Les poêler rapidement dans un petit d'huile .
- > Mettre le poulet et les poivrons dans une casserole et y verser le lait de coco.
- > Ajouter le beurre de cacahuètes, les 2 tiges de citronnelle, la pâte de curry et le sucre.
- > Laisser mijoter à feu doux durant 30 à 40 minutes. Ajouter un peu d'eau si la sauce vous semble trop épaisse.
- > Vérifier la cuisson des poivrons et du poulet et réserver au
- > Servir avec du riz « Thaï ». Saupoudrer le poulet avec l'émincé de cébettes et la coriandre.
- > Bon appétit...

du père « Effainibet » Les conseils



En règle générale, le vin conseillé pour accompagner la cuisine asiatique est un vin blanc d'Alsace, le Gewurztraminer. A titre personnel, je vous propose un Pinot gris. Généralement peu intense mais d'une grande complexité aromatique, le Pinot Gris développe des notes fumées typiques ainsi que des effluves gourmandes de fruits secs, abricot, miel, cire d'abeille, pain d'épices...

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 PostalLocalité
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 150€/an > Institution : > Etudiant en soins infirmiers **15€/an** (études de base) :

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 Belgic	que)
AFITER (Association Francophone Infirmiers et Technologues en Radiothérapie)	

AFIU (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)

AISPN (Association des Infirmiers Spécialisés en Pédiatrie et Néonatologie)

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

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.

€

Nous recrutons!



Vous souhaitez nous rejoindre?

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 environ-

proche du patient, riche de sa diversité et fort d'un projet cohérent, novateur et ambitieux.









www.epicura.be/jobs

Site d'ATH rue Maria Thomée 1 7800 Ath

Site de BAUDOUR rue Louis Caty 136 7331 Baudour

Site de BELOEIL rue d'Ath 19 7970 Beloeil

Site de FRAMERIES rue de France 2 7080 Frameries

Site d'HORNU route de Mons 63 7301 Hornu Tél: +32 (0)68 26 21 11 Tél: +32 (0)65 76 81 11 Tél: +32 (0)69 68 27 11 Tél: +32 (0)65 61 22 11 Tél: +32 (0)65 71 31 11



Profitez de la vie, Vitatel veille sur vous!

