



AGORA

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

N°/Nr 28

Octobre 2017 - Oktober 2017



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

Le département infirmier du CHU de Charleroi

Tous en cœur au cœur des soins

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

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

Nos offres d'emploi

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

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

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

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



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

La demande humaniste repose sur trois valeurs fondamentales :

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

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

Nous favoriserons votre développement personnel par :

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

Nos objectifs :

Les objectifs du département infirmier sont :

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

Le CHU de Charleroi met l'accent sur :

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

AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Edito

Alda Dalla Valle **5**

Nos partenaires ...

Jamais sans mon chien **6**
Un métier impossible mais fascinant ! **10**

Portrait

Anna May Waters - Infirmière militaire **12**

Lu pour vous

Les acouphènes : est-ce seulement dans la tête ? **14**
L'essor de l'e-santé est en marche et suit une voie commune :
améliorer la qualité des soins prodigués au patient. e plan e-santé **16**

Egalement dans ce numéro

Les études supérieures: mode d'emploi **18**
Lecture obligatoire de la Carte d'identité du patient à chaque passage
de l'infirmier au domicile du patient à partir du 1er octobre 2017 **28**
Infirmières à domicile : patients, vos papiers ! **30**

Rubrique culinaire **33**

Bulletin d'adhésion FNIB **34**

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





Express Medical souhaitait sonder la façon dont les infirmiers expérimentent leur profession et quelle est la perception du Belge moyen à cet égard.

Voici quelques résultats remarquables :

- Les infirmiers attribuent en moyenne 7,5 sur 10 à leur job. Ce score est sensiblement plus élevé que celui du le Belge moyen qui donne 7,2 sur 10 à son job.
- Près de 7 infirmiers sur 10 choisiraient le même job s'ils pouvaient recommencer.
- Environ 3 infirmiers sur 4 se sentent valorisés sur le lieu de travail. Ils bénéficient aussi du respect nécessaire au travail.

Mais il y a aussi des choses à améliorer :

- Environ 9 infirmiers sur 10 souffrent de mal au dos, de surmenage ou de douleurs aux épaules.
- Quasi 60 % des infirmiers interrogés bénéficient de trop peu d'accompagnement de carrière et plus de 40 % d'entre eux ont besoin de plus d'accompagnement de carrière.

L'enquête* a identifié un lien évident entre l'accompagnement de carrière et la satisfaction.

Si vous avez besoin d'un accompagnement de carrière, nous vous aidons volontiers. L'accompagnement de carrière est un point très important à l'agenda d'Express Medical, qui se concentre sur la personne, ses compétences et ambitions.

En comptabilisant tout cela, vous comprendrez pourquoi chez Express Medical, nous voyons de nombreux visages heureux !

Vous souhaitez en savoir plus ? Faites donc un saut dans l'une de nos agences ou surfez www.expressmedical.be



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



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 (13^{ème} 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>



Dalla Valle Alda
Présidente FNIB.

Chers collègues

Voici qu'une nouvelle année « scolaire » débute.

Bonne rentrée d'ores et déjà à nos étudiants.

Mais plusieurs zones d'ombre restent présentes quant à la formation des études d'infirmières et le titre d'infirmier responsable en soins généraux.

En effet, à l'heure actuelle, nous ne disposons toujours pas d'informations précises quant à la reconnaissance européenne des formations d'infirmière données en Belgique.

La Ministre de la Santé fédérale confirme qu'elle suivra la directive européenne en la matière et les prescrits donnés.

Cependant, en ce moment les deux filières de formation co-existent.

De nombreuses différences persistent dans ces deux cursus qui visent pourtant un titre unique et identique.

Malgré nos sollicitations multiples auprès des politiques, cela reste le statut quo et il semble que seuls les contrôles qui seront prochainement effectués par les inspecteurs européens sur le contenu de nos formations préciseront la manière de statuer de notre Ministre de la Santé fédérale.

Au sein de ce numéro d'Agora, vous trouverez l'avis officiel donné à la demande de la Santé par le CFAI (conseil fédéral art infirmier).

Vous y découvrirez la différenciation de fonctions soutenue par toute la profession et les associations professionnelles (exception faite pour le banc syndical).

Au travers de ces écrits, vous constaterez que notre priorité est de rester en phase avec les prescrits européens et internationaux. Cela nous garantit une mobilité européenne.

Outre la reconnaissance de nos formations, une pénurie de médecins généralistes, avec des impacts différents selon les Régions, est annoncée par la presse et confirmée par la Ministre.

Dans ce contexte, nous nous devons de rester très vigilants dans le cadre de transfert de tâches ou d'actes.

Dans cette perspective, nous pensons et soutenons, à l'instar de nos voisins que la « formation de spécialistes et d'infirmiers de pratique avancée » est une vraie piste de solution qui amène, au travers de formations adaptées, l'acquisition de nouvelles compétences qui garantissent des soins de qualité et sécuritaires pour tous les patients.

Si vous souhaitez mieux comprendre la terminologie employée (infirmier(e) clinicien(e), spécialiste, de pratique avancée...) et participer à cette réflexion nous vous donnons rendez-vous les 16 et 17 novembre 2017 à Mons pour le 14^e congrès européen sur le sujet.

Enfin sachez également que le SPF Santé organisera les 30 novembre et 1 décembre prochains, deux journées d'étude ayant comme thématique « Futur of nursing : improving health, driving change »

Il y a dans les accords de gouvernement tout le « volet patient partenaire », à ce sujet il y a une analyse demandée par la Ministre sur ce qui touche le partage des données et informations via le E-Health.

Que dire au patient ? quelles données partagées dans son dossier et avec lui...

Cela aussi est un sujet pour le FUTUR mais un présent très proche.

Nul doute que l'ensemble des sujets abordés dans cet éditorial vont amener leurs lots de questions, commentaires et réactions au sein de nos parlements respectifs, vous pouvez compter sur nous pour relayer l'ensemble des informations pertinentes.

Nous vous informerons des directives et finalités sur le sujet.

Bonne lecture, bonnes réflexions...partagez-les avec nous.

L'animal, un thérapeute hors du commun

Jamais sans mon chien



Dans des situations de handicap, d'autisme, de troubles psychiques, de maladies neurologiques, le chien d'assistance ou de thérapie s'avère un compagnon idéal. Et les domaines d'intervention se multiplient: en EMS, en soins palliatifs, en psychiatrie, avec les malades d'Alzheimer ou encore les diabétiques, les chiens – et d'autres animaux – font de véritables miracles.

Texte: Brigitte Longerich / **Photos:** Association Le Copain, Brigitte Longerich

Après la mort de son mari, Marianne, 78 ans, (prénom fictif), a perdu nombre de ses repères et s'est peu à peu réfugiée dans la solitude. Lors de sa visite chez son médecin de famille, celui-ci a posé un verdict sans appel: dépression. Quelques semaines plus tard, constatant que l'état général de sa patiente se détériorait, il lui dit: «Prenez un chien, Madame, je pense sincèrement que cela vous ferait du bien». Paco est arrivé quelques semaines plus tard. Depuis, Marianne «revit», et les deux ne se quittent plus.

Sur la terrasse d'un tea-room où je me rends de temps à autre, je vois régulièrement un jeune homme perdu dans ses pensées, tout occupé à fumer voluptueusement, et dont le corps entièrement tatoué témoigne d'un vécu probablement tumultueux. Perdu dans son univers, il est totalement absent à ce qui l'entoure jusqu'au moment où déboule un immense chien noir qui lui saute littéralement dans les bras. Un sourire éclaire alors ce visage crispé, suivi d'un long enlacement avec l'animal et des câlins partagés. Ces deux-là se comprennent...

Les derniers jours de Georgette, 83 ans, ont ressemblé à un long calvaire. La vieille dame avait depuis plusieurs mois perdu le contact avec la réalité et souffrait de différentes pathologies, douloureuses. Comme elle refusait catégoriquement une hospitalisation ou un placement, son époux l'a soignée à domicile, jusqu'à la fin. «Sans Xenia, je ne sais pas si j'aurais tenu le coup» raconte-t-il. La chienne bouvier bernois a «veillé» sa patronne jusqu'au dernier



Fidèle, affectueux, joyeux: le chien a tellement d'atouts.

souffle, lui témoignant son attachement en se tenant le plus près possible d'elle.

De vrais pros

Ce ne sont là que trois exemples de ce qui pourrait être une liste sans fin. Les

personnes qui vivent avec des animaux ont toutes des histoires magnifiques à raconter et l'on s'aperçoit que de plus en plus de gens vont rechercher ce lien affectif inconditionnel, si difficile à établir entre humains. Mais au-delà de la vie

quotidienne, les témoignages, expériences et aussi recherches s'accumulent autour du rôle essentiel que peut jouer un animal auprès de personnes souffrant de différentes pathologies.

C'est à Granges, en Valais, que sont formés les chiens d'assistance et de thérapie dont bénéficient dans toute la Suisse

des personnes handi-

capées ayant besoin

d'une aide au quoti-

dien. L'Association Le

Copain¹ a vu le jour

en 1993 et a formé à

ce jour 324 chiens qui

font le bonheur de

leurs bénéficiaires.

Instruits par des édu-

cateurs canins profes-

sionnels, ces labra-

dors et golden retrievers apprennent à

répondre à plus de cinquante demandes

spécifiques, qui vont de rapporter des

objets à donner l'alarme lorsque l'état

de santé de leur propriétaire nécessite

l'intervention d'un tiers. Ouvrir une

porte ou un meuble, aller chercher le

téléphone lorsqu'il sonne, sortir le linge

de la machine ou mettre quelque chose

dans la poubelle font partie des actes de

routine pour ces chiens. Et en fonction

de la pathologie de leur maître, ils peu-

vent en apprendre bien d'autres.

avec qui le courant passe d'emblée» (lire

aussi le témoignage page 56). Chien et

maître suivent ensuite une formation en

interne de deux semaines, puis la nou-

velle vie à deux peut commencer...

Deux fois par an, les collaborateurs du

Copain remettent les chiens à leurs béné-

ficiaires lors de cérémonies qui ont lieu

dans toute la Suisse.

Les demandes d'attribution d'un chien

d'assistance font l'objet d'une évalua-

tion par des personnes qualifiées – un/e

ergothérapeute/physiothérapeute, une

assistante sociale et un professeur HES

(travail social). Une visite à domicile est

organisée, notamment pour comprendre

quelles sont les atteintes à la santé et si

la présence d'un chien est réellement in-

diquée. «La rencontre avec la personne

en situation de handicap est importante,

car il y a souvent un fossé entre ce qu'on

nous dit et la réalité» précise Christelle

Berney. Sociologue de formation, fami-

liarisée avec les milieux de la santé et du

social, la directrice de l'association est

concernée tant par le bien-être du béné-

ficiaire que de celui du chien. «Des loge-

ments peuvent être inadaptés, ou alors

la personne elle-même ne remplit pas les

critères qui assureraient une vie heu-

reuse à un chien. Il nous est arrivé de re-

tirer un chien à une personne parce que

les circonstances l'exigeaient» ajoute-t-

elle. Le dossier est ensuite présenté à

une commission ad hoc qui valide la de-

mande. L'assurance invalidité participe

à hauteur de 50 pourcents aux frais de

formation du chien, pour autant que ce-

*«Beaucoup de bénéficiaires
se sentent revivre à travers la
présence affectueuse du chien,
dont l'amour inconditionnel agit
comme un réconfortant.»*

Chiens, ânes, singes, chevaux...

Les domaines d'intervention

Le «meilleur ami de l'homme», soit le chien domestique, remplit depuis la nuit des temps des fonctions multiples: qu'il soit chien de chasse, de garde, de berger, de recherche, de sauvetage, d'avalanche, d'attelage, chien policier ou truffier, ses capacités d'apprentissage et de travail sont quasi infinies.

Dans le domaine de la santé, on connaît depuis longtemps les chiens guides d'aveugle, dont les premiers ont été formés en Allemagne dès 1915. Les chiens d'assistance font leur apparition à la fin des années 1970 aux Etats-Unis, et dans les années 1990 en Suisse. Leur utilité n'est plus à démontrer auprès des personnes atteintes de sclérose en plaques, de tétraplégie, d'épilepsie, de maladies dégénératives ou encore de maladies rares invalidantes. Plus récemment, l'on s'est rendu compte du rôle majeur que pouvait jouer un chien auprès des enfants autistes, mais également auprès de personnes atteintes de troubles psychiques. En psychiatrie, les expériences avec les animaux se multiplient, en particulier auprès de personnes qui ont de la difficulté à exprimer leurs émotions. Certaines institutions pour personnes âgées ou de psychogériatrie ont fait l'expérience qu'accueillir des animaux est bénéfique pour la plus grande partie des résidents. Et en fin de vie, le chien peut apporter un réconfort inattendu, par la proximité, la tendresse et la confiance qu'il prodigue.

D'autres animaux sont également appréciés dans différents contextes: ânes et chevaux font des merveilles, de même que les singes – ceux-ci sont toutefois interdits en Suisse. Mais chèvres, oies, canards et même cochons peuvent exercer un rôle thérapeutique, à condition bien sûr d'être guidés par des zoothérapeutes compétents. De quoi ouvrir de nouvelles pistes dans la prise en charge de différents groupes de population.

¹ www.lecopain.ch

Témoignage

«Mistral est mon rayon de soleil, la prunelle de mes yeux»

Fanny Von Kaenel avait vingt-neuf ans lorsqu'elle est tombée malade. Après des années difficiles, marquées par une invalidité croissante, des traitements lourds et une solitude éprouvante, elle revit. Grâce à Mistral.

Tout heureux d'aller prendre l'air, Mistral, un golden retriever de 6 ans, attend impatiemment que sa maîtresse lui enfle sa chabrique et s'installe dans son fauteuil roulant. Il observe attentivement chacun de ses gestes et réagit à la moindre de ses paroles. Mistral est un chien d'assistance, formé par l'association Le Copain (lire ci-contre), capable d'effectuer de nombreux gestes de la vie quotidienne que Fanny n'est pas en mesure de faire, ou seulement au prix de gros efforts.

pour lutter contre des douleurs de plus en plus importantes. Au travail, des aménagements ergonomiques doivent être faits, mais avec l'évolution de la maladie, elle sera obligée de renoncer à son poste de secrétaire de direction.

Totalement isolée

Les années qui suivent ressemblent à une lente descente aux enfers. Hospitalisée à plusieurs reprises sans qu'on sache de quoi elle souffre réellement, avant que l'on ne diagnostique une maladie auto-immune, Fanny a subi de nombreux traitements dont elle n'est pas sortie indemne, son corps réagissant parfois de manière brutale aux médicaments utilisés.

Aujourd'hui, elle vit dans un appartement adapté et a retrouvé une autonomie partielle. «Mais le pire, c'était l'isolement. Je n'avais plus de liens sociaux et lorsque vous êtes en fauteuil roulant, il est encore plus difficile d'entrer en contact avec des inconnus». Un jour, grâce à l'association Elles-Entraident, elle apprend qu'il existe une association qui forme et remet gratuitement des chiens d'assistance pour les personnes souffrant d'un handicap. Elle prend alors contact avec l'Association Le Copain. S'ensuivent des démarches administratives poussées, mais Fanny remplit les critères et reçoit l'autorisation de bénéficier d'un chien.

«Il m'a permis de m'affirmer»

Elle se rend accompagnée à Granges en Valais, où se trouve le siège de l'association. «C'est un moment inou-

bliable» raconte-t-elle. Car ce ne sont pas les bénéficiaires qui choisissent leur futur compagnon à quatre pattes, mais bien le chien qui choisit celle ou celui avec qui il va vivre. Alors que les trois premiers candidats l'ignorent pratiquement, Mistral a tout de suite été en contact avec elle et il était évident aux yeux de toutes les personnes présentes que ces deux-là allaient faire une belle équipe.

Et c'est le cas. Fanny, malgré son handicap, a retrouvé la joie de vivre grâce à la présence de ce chien affectueux, intelligent, qui lui procure un bonheur quotidien. «Mistral est mon rayon de soleil sur pattes, la prunelle de mes yeux» dit-elle avec une émotion non retenue. «Il m'a aussi permis de m'affirmer, et quand je sors avec lui, on m'adresse à nouveau la parole».

«Une famille de cœur»

A travers son chien, Fanny a aussi trouvé une famille de cœur. Elle participe régulièrement aux démonstrations organisées par Le Copain, et a rencontré des personnes qui se trouvent dans une situation semblable à la sienne, avec qui les échanges sont amicaux et authentiques. Sans compter la famille d'accueil, dans laquelle Mistral a passé ses dix-huit premiers mois de vie, et avec qui la bénéficiaire reste en contact.

Ma visite se termine. Mistral me gratifie de quelques «prouesses»: il va chercher différents objets que sa maîtresse a lancés à terre, et les rapporte dans l'ordre qu'elle lui indique. Mais en dehors de cela, il répond à une bonne cinquantaine de demandes différentes, sait ouvrir et fermer une porte ou un meuble, sortir le linge de la machine ou encore signaler quand quelque chose ne tourne pas rond.

Sauf événement imprévu, Mistral restera avec Fanny tout au long de son existence de chien. Et quand ces deux-là se regardent, aucun doute: ils feront bonne route ensemble!



C'est en 2007 que la santé de Fanny se détériore. Fourmillements dans les mains, gonflement des articulations et d'autres symptômes vont par la suite s'étendre à tout le corps. Aucun diagnostic précis ne peut être posé dans un premier temps, et la prise en charge médicale se résume au début par l'administration d'antalgiques



Des moments de complicité qui illuminent la vie des enfants handicapés.

lui-ci remplace un moyen auxiliaire d'une autre nature.

Reconnection sociale

Pour une personne atteinte dans sa santé, vivre avec un tel chien représente une étape importante dans la gestion de sa maladie et apporte généralement un changement radical dans son quotidien. Beaucoup disent qu'elles se sentent revivre à travers la présence affectueuse de cet animal, dont l'amour inconditionnel à lui seul agit déjà comme un reconfortant. Tous les témoignages mentionnent le rôle du chien au niveau de leur vie sociale: «alors qu'avant les gens me regardaient comme une pauvre handicapée en chaise roulante et n'osaient pas me parler, aujourd'hui beaucoup s'adressent à moi, attirés par le chien» confie Fanny von Kaenel (lire ci-contre). En dehors des chiens d'assistance proprement dits, Le Copain forme également des chiens d'éveil, capables de porter assistance, stimuler, éveiller ou apaiser un enfant ou un adulte atteint dans son développement. Certains chiens sont dits «de sécurité», par exemple pour les personnes épileptiques

– dont ils parviennent à anticiper les crises, ou les diabétiques, qu'ils savent alerter en cas d'hypoglycémie par exemple. D'autres encore vont remplir un rôle surtout social, par exemple en EMS, dans une institution spécialisée, en soins palliatifs.

Approcher le monde médical

Tous ceux qui demeurent sceptiques quant aux bienfaits de ces chiens pour les personnes atteintes dans leur santé sont invités à se rendre une fois à une démonstration ou chez une personne concernée. La complicité sans faille qui s'installe entre l'homme et l'animal au bout de quelque temps est non seulement touchante, mais ouvre la réflexion sur les besoins réels des personnes handicapées – bien au-delà de tout ce que la technique et la médecine modernes peuvent leur apporter. Infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs et autres professionnels entourant les personnes lourdement handicapées sont rapidement conquis par les améliorations visibles qu'apportent les chiens à la qualité de vie de ceux qu'ils accompagnent. Christelle Berney déplore seulement le manque d'intérêt de la part des médecins et le frein que représentent les hôpitaux dans cette démarche qui a fait ses preuves. «C'est sans doute parce qu'ils peinent à voir les bienfaits qui sont effectivement difficilement mesurables.»

Des révélateurs émotionnels

Et pourtant: les témoignages d'expérience positives avec les animaux se

multiplient. A Servion, dans le canton de Vaud, une infirmière zoothérapeute dirige le Centre romand d'asinothérapie. Trois ânes de petite taille redonnent ainsi joie et confiance en soi à de nombreux patients, en situation de stress, de burnout ou angoissés. «Dans son monde, l'humain doit rester très lisse. Les animaux eux, expriment leurs émotions sans s'inquiéter une seconde de ce que cela nous fait. Cela nous apprend à nous aussi à être plus authentiques», affirme une bénéficiaire².

Même son de cloche dans les milieux psychiatriques, où la médiation animale fait ses preuves. Ainsi, dans la Nord de la France, des soignants et des patients de secteur psychiatrique ont réhabilité une ferme en hôpital de jour. Les animaux y remplissent le rôle de médiateurs de soins³. Et dans une unité de soins pour patients souffrant de psychose chronique non stabilisés, deux chiens ont été introduits dans le cadre de la thérapie assistée par l'animal⁴ et ont littéralement transformé le quotidien de l'institution.

Et en fin de vie, nos compagnons à poils sont appréciés pour la douceur de leur présence, qui apporte reconfort à ceux qui vont mourir. A Zurich, une rencontre sera organisée en octobre sur le thème «Les animaux dans l'accompagnement en fin de vie»⁵.

Dans un monde technologisé, aseptisé, hyper-connecté et anxiogène, ou tant d'individus sont en souffrance, un chien peut faire toute la différence... ■

² Des ânes qui apaisent l'âne. Reportage paru dans Migros Magazine, 15.5.2017

³ Des animaux et des hommes. L'Infirmière magazine No 375, octobre 2016.

⁴ Des chiens, compagnons du soin psychique. Santé mentale No 194, janvier 2015

⁵ Tiere in der Sterbegleitung. Ein Bericht aus der Forschung, 4 octobre 2017. <https://www.paulusakademie.ch/programm/?eid=248290&event-title=TIERE+IN+DER+STERBEGLEITUNG+%E2%80%93+04.10.2017>



Le cadre de proximité: sa manière de travailler peut déplaire...



...ou au contraire enchanter les collaborateurs!

1^{ère} Journée romande des cadres de proximité des organisations sanitaires et médico-sociales¹

Un métier impossible mais fa

«Pris entre le marteau et l'enclume» – voilà comment la plupart des cadres de proximité résument leur fonction. Pourtant, leur rôle est absolument essentiel au sein des institutions, comme l'a montré cette première journée de réflexion.

Texte: Brigitte Longerich / Photos: Fotolia

Organisée conjointement par la Conférence des directeurs de soins de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et l'IFROSS (Université Jean Moulin Lyon 3), cette journée avait pour objectif de répondre aux besoins des cadres de proximité de se rencontrer et de réfléchir à la spécificité de leur rôle. En effet, bien que situé en première position de la ligne d'encadrement des collaborateurs, le poste de cadre de proximité – en Suisse il s'agit principalement des infirmiers-chefs d'unité de soins ICUS – n'en constitue pas moins l'un des plus complexes, tant par l'éventail des activités que par l'ampleur des responsabilités et des contraintes, souvent contradictoires, issues de l'environnement interne et externe.

Des interventions théoriques, mais surtout des expériences concrètes, présentées par des cadres de proximité d'horizons divers, ont mis en évidence les multiples facettes de la fonction, les attentes vis-à-vis des personnes qui l'exer-

cent et les écueils à éviter pour ne pas être dépassé par un quotidien soumis à des changements permanents.

Une activité où l'on «ferraille»

Frederik Mispelblom Beyer, professeur de sociologie à l'Université d'Evry (F), ne mâche pas ses mots: «Le cadre de proximité doit à la fois soigner, gérer et former, ce qui signifie assumer trois missions impossibles» constate-t-il. Mais au-delà du contenu même de ces missions, les attentes à son égard sont considérables, en termes humains surtout.

Etre proche de ses collaborateurs, soit: mais cette proximité se définit avant tout par la «bonne distance», celle qui permet de faire preuve d'objectivité et d'équité à l'égard de chacun. Constamment sollicité, par ses supérieurs comme par les équipes qu'il est chargé d'encadrer, le cadre doit affronter de nombreuses incertitudes, car rien ne se passe jamais comme prévu. «Ce n'est qu'en acceptant de ne pas chercher la maîtrise du quotidien que cette fonc-

tion devient possible, et même passionnante» relève Frederik Mispelblom.

Légitimité, pouvoir, autorité

Assumer avec confiance la fonction de cadre de proximité nécessite d'être au clair sur la signification de ces trois notions que sont la légitimité, le pouvoir et l'autorité. La légitimité, c'est ce qui fait reconnaître une personne «apte» à assumer cette fonction, sur la base de ses titres, de son expérience ou encore de recommandations.

Le pouvoir, quant à lui, résume l'ensemble des manettes dont quelqu'un dispose pour le poste qu'il occupe. «Le pouvoir du cadre de proximité passe par la parole» précise Frederik Mispelblom. En effet, c'est sa parole qui se transforme en actes – exécutés par les autres. Mais attention: la manière d'exercer ce pouvoir peut rapprocher ou au contraire éloigner! L'aspect le plus délicat de la fonction réside cependant dans la question de l'autorité. Car il s'agit de «la capacité à obtenir une coopération librement consentie par les autres», ce qui ne va

¹ 30 novembre 2016, Fondation de Nant.



scinant!

pas de soi. Tout le monde l'a sans doute expérimenté: une autorité naturelle n'a rien à voir avec l'autoritarisme, qui est la preuve que l'on n'a justement aucune autorité. Frederik Mispelblom remet également en question les notions de charisme et de leadership, qui ne sont à ses yeux que des illusions dans le contexte qui nous intéresse ici.

Des pressions croissantes

Se fondant sur ses expériences vécues en France, Paule Bourret, infirmière, docteur en sociologie, cadre de santé formatrice et chargée de cours à l'Université Montpellier 3, a insisté sur les mutations en cours dans le monde de la santé et sur les pressions croissantes vécues par les cadres de proximité. «L'Hôpital subit des pressions permanentes, en raisons de différents facteurs cumulés: contraintes médico-économiques, financiarisation généralisée, technologisation de l'information, globalisation, collaboration interdisciplinaire... Le travail de lien, qui est par essence celui du cadre, est devenu beaucoup plus complexe en raison de l'évolution des systèmes de santé».

Ces pressions ont une influence déterminante sur la gestion du personnel: planning, absentéisme, tournus posent de gros problèmes et bien des cadres de proximité ont l'impression de faire du «rattrapage permanent»: «Je me demande à quoi j'ai passé ma journée, alors

que je n'ai pas arrêté» disent certains. La complexité croissante du rôle de cadre a également été soulignée par Jocelyne Pagès, ICUS aux établissements hospitaliers du nord vaudois (eHNV): «on est passé d'un rôle de chef à un rôle de manager, et il faut constamment jongler entre les attentes des différentes parties et les innovations dans tous les domaines. L'essentiel est de trouver la bonne stratégie pour maintenir le cap dans la tempête!»

Aimez ce que vous faites!

Et pourtant: dans leur grande majorité, les témoignages de cadres de proximité qui ont étayé cette rencontre montrent que cette fonction est passionnante. «Mon expérience de cadre de proximité est celle qui m'a apporté le plus de satisfactions professionnelles et personnelles» affirme José Iglesias, aujourd'hui directeur des soins à l'Hôpital Riviera-Chablais.

Virginie Rambert, ICUS à la Fondation de Nant, est convaincue que le bonheur au travail existe, et qu'il appartient au cadre de proximité de «tenter le bonheur de son équipe». Pour y parvenir, elle utilise le projet de soins comme outil afin, dit-elle, «de donner du sens aux soins». Car l'épuisement d'une équipe vient avant tout de la perte de sens – notamment en psychiatrie, où le découragement face aux problématiques des patients peut survenir à tout moment. Le cadre de proximité est celui qui permet à chaque collaborateur de jouer son rôle, tout en étant inscrit dans un projet collectif.

Pratiquer «l'anti-copinage»

Voilà une recommandation sur laquelle se sont arrêtés plusieurs intervenants. Car le risque est grand, pour le cadre de proximité, de suivre ses préférences et de se montrer plus attentif ou plus tolérant à l'égard de certains collègues. Ce risque, Jérôme Delavy, physiothérapeute chef d'unité (PCU) à l'Hôpital Riviera-Chablais, l'a reconnu au moment d'analyser ses forces et ses faiblesses dans son nouveau rôle. «Les implications émotionnelles sont considérables lorsqu'on change de statut: on est obligé de faire preuve de neutralité, d'oublier des amitiés ou des affinités, voire de

A retenir

Quelques constats

- Dans les institutions sanitaires et médico-sociales, le cadre de proximité n'est pas nécessairement un/e infirmier/ère.
- Un cadre de proximité peut avoir la responsabilité d'une ou de plusieurs équipes.
- L'autorité naturelle n'a rien à voir avec l'autoritarisme.
- Le copinage doit être évité à tout prix si l'on veut être crédible aux yeux des collaborateurs.
- Donner du sens aux soins, c'est permettre d'éviter l'épuisement de l'équipe!
- Vouloir tout maîtriser à la perfection est une illusion à abandonner.

mettre de la distance à l'égard de personnes dont on a été proche. C'est là que se situe à mon avis un des grands défis de la fonction».

Le travail en binôme

Une des solutions proposées pour alléger la tâche complexe du cadre de proximité et lui enlever son statut «d'homme/de femme à tout faire» est le travail en binôme. Une expérience on ne peut plus positive réalisée aux hôpitaux fribourgeois (HFR) qu'ont relatée Sylvie Cotting, ICUS et Géraldine Dougoud, infirmière-clinicienne. Il s'agit là d'un partenariat avec des cahiers des charges distincts, soit de deux rôles complémentaires. «Le fait de considérer les choses à partir de deux angles différents a l'avantage d'offrir une meilleure dynamique, une plus grande pertinence et d'assurer davantage de disponibilité pour les équipes» soulignent les intéressées.

Ainsi que l'ont relevé Raymond Panchaud et José Iglesias, les deux directeurs de soins ayant initié cette journée, cette rencontre a montré toute la richesse de la fonction de cadre de proximité et mis en évidence un énorme besoin de partage. Preuve en est: de très nombreuses inscriptions ont dû être refusées, mais d'autres journées de ce type devraient être organisées au cours des années à venir, pour rendre justice et surtout valoriser l'une des fonctions les plus centrales des organisations sanitaires et médico-sociales. ■

Portrait

Anna May Waters - Infirmière militaire



Anna May Waters

May Waters d'origine Canadienne, était une femme indépendante dotée d'une nature très bienveillante, elle a consacré sa vie à prendre soins des autres.

Née le 21 janvier 1903 à Strathroy, en Ontario. Elle obtient son diplôme en soins infirmiers du Winnipeg General Hospital en 1927 et débute sa carrière au sanatorium Ninette, où elle dispense des soins aux tuberculeux.

En mai 1940, May Waters est affectée au service infirmier du Corps de santé royal canadien. Elle quitte le Canada en octobre 1941 en compagnie d'une autre infirmière militaire, Kay Christie, et du Bataillon de la Force « C » pour aller servir à Hong Kong.

Le 8 décembre, les Japonais ont attaqué les territoires de Hong Kong qui tombe le jour de Noël 1941. May Waters et Kay Christie soignent des blessés dans un hôpital militaire britannique, dont plusieurs membres du Winnipeg Grenadiers.

Le 10 août 1942, les Japonais prennent le contrôle de l'hôpital et le personnel infirmier est déplacé au camp Stanley. May et les autres membres du personnel médical doivent alors survivre à leurs blessures et au manque de nourriture, composer avec le manque de fournitures médicales et subir les mauvais traitements qui sont réservés aux prisonniers de guerre. Leur survie est en outre menacée par des maladies telles que la tuberculose, la malaria et d'autres maladies tropicales contagieuses. En raison d'un manque de nourriture, l'avitaminose pose également un problème. L'expérience acquise par May dans les sanatoriums profite grandement aux hommes qui souffrent de tuberculose et permet à certains des prisonniers de survivre à l'épidémie.

Durant ses années de captivité pendant l'occupation japonaise de Hong Kong, May souffre beaucoup. Néanmoins, elle demeure toujours aussi déterminée à soigner les hommes qui souffrent autour d'elle. Pour aider les soldats à conserver leurs forces, elle prépare de la soupe dans un casque d'acier.

Lorsque May est rapatriée, le 2 décembre 1943, elle retourne à Winnipeg. Elle s'y repose durant de nombreux mois et se rétablit peu à peu.

Le 6 avril 1944, à Halifax, le brigadier J.C. Stewart, commandant de district, décerne à May le titre de Membre associé de l'Ordre de la Croix-Rouge royal.

De septembre 1944 à août 1946, May rejoint son unité et sert à bord du TSS Letitia, un bâtiment hospitalier qui opéra dans des théâtres de guerre dans l'Atlantique et le Pacifique.

En octobre 1945, May retrouve brièvement certains prisonniers de guerre de Hong Kong qui récupèrent à Hawaï avant de rentrer au Canada.

Entre août 1946 et septembre 1950, May retourne à Winnipeg après avoir été libérée du Corps de santé royal canadien.

De septembre 1950 à octobre 1951, elle travaille au sanatorium en Oregon, puis elle déménage à l'hôpital Leahi, à Honolulu, jusqu'en octobre 1952.

Elle retourne ensuite à la maison familiale, à Winnipeg, au chevet de son père malade, et s'occupe de lui jusqu'à son décès, en 1955.

En avril 1956, elle retourne à Hawaï où elle travaille avec les religieuses pendant presque 13 ans.

En mai 1968, à l'âge de 65 ans, elle prend sa retraite à Long Beach, en Californie. Elle retourna fréquemment à Winnipeg rendre visite à sa famille.

Anna May adorait sa vocation d'infirmière. Elle s'est dévouée entièrement aux nombreuses personnes qu'elle a soignées.

Elle décéda le 8 décembre 1987 à l'âge de 84 ans.



Le groupe hospitalier CHIREC veut être reconnu comme une institution indépendante, centrée sur le patient, qui offre des soins personnalisés de qualité dans un environnement moderne avec des outils à la pointe de la technologie.

Fin 2017, le CHIREC s'articulera autour de trois sites hospitaliers : Ste-Anne St-Remi à Anderlecht (300 lits), Braine-l'Alleud - Waterloo (300 lits) et Delta à Auderghem (500 lits). Placé au cœur d'un des plus importants carrefours de communication à Bruxelles, le nouvel hôpital Delta regroupera les activités hospitalières des Cliniques Edith Cavell et du Parc Léopold. Un Centre médico-chirurgical de jour (Clinique de la Basilique) et cinq polycliniques (Cavell, Parc Léopold, City Clinic Chirec Louise, Europe-Lambermont et Jean Monnet) renforceront l'offre de soins de proximité.

Composé de 4.100 membres du personnel dont 1.170 médecins, le CHIREC compte 1.100 lits d'hospitalisation et réalise chaque année près de 97.000 admissions en hospitalisation classique et de jour. Environ 20 % des patients bruxellois sont soignés au CHIREC.

Si vous aussi, vous souhaitez participer à ce grand projet, n'hésitez plus et posez votre candidature sur notre site internet : www.chirec.be (rubrique : « Travailler au CHIREC »)

Voici quelques-uns des postes pour lesquels nous recherchons actuellement des candidats sur nos différents sites hospitaliers :

- Cadre de proximité Orthopédie
- Cadres de proximité Quartier Opératoire
- Infirmiers SIAMU pour les Urgences et les Soins Intensifs
- Infirmiers spécialisés en gériatrie
- Infirmiers spécialisés en oncologie
- Infirmiers pour le quartier opératoire et la salle de réveil
- Infirmiers bacheliers pour les unités d'hospitalisation (Chirurgie, Médecine)
- Techniciens biomédicaux



www.chirec.be

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.

Les acouphènes : est-ce seulement dans la tête ?

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a élaboré un avis sur les acouphènes.

Qu'est-ce que sont les acouphènes ?

Les acouphènes sont un phénomène courant. Selon les meilleures estimations dont nous disposons pour la Belgique, entre dix et trente pourcents de la population sont atteints soit d'acouphènes, parfois transitoires, mais aussi de manifestations persistantes. Dans un cas sur six (quinze pourcents des patients souffrant d'acouphènes), les acouphènes sont perçus comme pénibles et très gênants et affectent leur qualité de vie. Ces personnes perçoivent un son qui n'est généré par aucune source sonore dans leur entourage.

Les causes

Les acouphènes ne sont pas une maladie en soi, mais bien une sensation qui peut être le symptôme d'un trouble ou d'un dysfonctionnement sous-jacent. Il peut s'agir d'une altération du système auditif, du transfert et de l'interprétation du stimulus sonore par le système nerveux central ou d'un changement fonctionnel du système nerveux central lui-même. De plus, les acouphènes peuvent être induits par le stress ou les émotions. Les lésions aux voies auditives peuvent être dues au vieillissement, une pathologie de l'oreille ou un trouble du cerveau, mais sont également souvent la conséquence d'une exposition au bruit, tant dans un contexte professionnel que dans le cadre des loisirs. Les personnes (principalement des adolescents et jeunes adultes, mais aussi des personnes d'un âge plus avancé) qui fréquentent les discothèques, concerts et festivals ou qui écoutent de la musique amplifiée avec des diffuseurs portables de musique et des smartphones connaissent souvent des épisodes d'acouphènes de plus ou moins longue durée.

Une meilleure prise en charge des personnes atteintes d'acouphènes

Le CSS conclut qu'une attention particulière pour la prise en charge des acouphènes dans le système des soins de santé est justifiée et ce, au vu de leur prévalence élevée, leurs causes variées et souvent multifactorielles, les conséquences pour la qualité de vie, ainsi que du constat que les modalités de traitement actuelles peuvent avoir un impact positif sur les troubles, sans toutefois guérir les acouphènes.

Approche sur 4 niveaux

Le Conseil propose une approche par étapes, articulée sur quatre niveaux :

1. La population générale : axé sur la sensibilisation, l'éducation et la prévention.

2. Les soins de santé de première ligne : le médecin généraliste, où des améliorations sont possibles quant au diagnostic des acouphènes, à l'identification de la gravité des troubles.

3. Les soins de santé de deuxième ligne : lorsque les conséquences pour la qualité de vie sont plus ou moins permanentes, il convient d'orienter le patient vers un spécialiste ORL (oto-rhino-laryngologiste) afin d'identifier les lésions auditives (troisième niveau, les soins de santé de deuxième ligne). L'ORL procédera, souvent en coopération avec un audiologiste spécialisé, à une évaluation approfondie de la nature et de l'origine des acouphènes et des troubles associés, et proposera et planifiera les modalités de traitement.

4. Les centres d'expertise : lorsqu'aucun traitement efficace n'apparaît évident et compte tenu de la complexité de nombreuses modalités de traitements, le recours au quatrième niveau, à savoir celui des centres d'expertise, pouvait être indiqué.

Ainsi, un centre d'expertise multidisciplinaire peut accompagner le médecin généraliste et les spécialistes en charge du patient ou peut temporairement assurer le traitement. Une autre fonction essentielle du centre d'expertise est celle de la coordination de la recherche sur l'efficacité et l'efficience des techniques de diagnostic et des modalités de traitement.

Réglementer les événements musicaux

Du point de vue de la santé publique, une réglementation adéquate est une condition nécessaire pour limiter les expositions sonores excessives. Le CSS recommande au gouvernement wallon de promulguer des règlements semblables à ceux en vigueur en régions bruxelloise et flamande. Bien que le Conseil accueille favorablement les réglementations bruxelloise et flamande, il préconise l'adoption d'une approche uniforme dans l'ensemble du pays afin de renforcer l'efficacité de la réglementation.

L'avis, dans son intégralité, (n° 9332) se trouve sur le site internet du Conseil Supérieur de la Santé : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9332-acouphenes> .

La vaccination contre la grippe : infirmiers concernés ?



© Fabrice Montagna

Dr Sammy Place, Président du comité d'hygiène

Deux grands axes d'action contre la grippe !

1. La vaccination

Elle poursuit un triple objectif : 1°/ contribuer à protéger les membres et la famille des membres des soignants qui se font vacciner, 2°/ réduire les absences pour maladie au sein des soignants au moment d'un pic d'activité lié aux maladies associées à la saison ; et 3°/ réduire les risques de transmission de l'infection virale à partir des soignants vers les personnes âgées et/ou affaiblies. Elle ne protège pas toujours à 100%, en particulier dans le groupe des patients à immunité diminuée, mais elle permet d'améliorer l'immunité contre les souches circulantes et pathogènes.

2. La gestion de la toux

Lorsque l'on est infecté par le virus de la grippe, nous sommes porteurs d'une grande quantité de virus transmissibles autour de nous via nos sécrétions respiratoires (transmission par gouttelettes). Des gestes simples et efficaces peuvent permettre de réduire la transmission : porter un masque lorsqu'on est malade, tousser en protégeant sa bouche, utiliser des mouchoirs à usage unique, se laver/désinfecter les mains immédiatement après avoir été en contact avec des sécrétions respiratoires,...

Nous voilà en octobre ! Les couleurs de l'automne apparaissent doucement et avec elles, l'annonce de l'arrivée imminente du virus de la grippe.

Pourquoi protéger nos parents et nos patients fragiles ?

L'infection par le virus de la grippe est le plus souvent de résolution spontanée et sans danger pour l'adulte jeune à l'immunité normale. Certaines populations de patients (femmes enceintes, immunodéprimés de toute nature, âges extrêmes) sont, par contre, à risque plus élevé d'évolution péjorative et de décès lorsqu'elles sont confrontées à ce virus.

Les traitements antiviraux disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas de tuer le virus et n'ont donc qu'une efficacité limitée, en particulier lorsque l'immunité du malade est altérée. Il est dès lors absolument nécessaire de prévenir la transmission de la grippe pour protéger ces populations.

Pourquoi cibler les institutions de soins et particulièrement les infirmiers pour la vaccination ?

Nous, soignants, sommes par définition en contact de manière rapprochée et répétée avec les patients les plus fragiles. Nous pouvons donc devenir, contre notre gré, de formidables transmetteurs du virus et, de ce fait, être responsables directement des dégâts occasionnés par la grippe à ces patients.

L'essor de l'e-santé est en marche et suit une voie commune : améliorer la qualité des soins prodigués au patient. e plan e-santé

**DOCUMENTEZ-VOUS
SUR LE E-HEALTH
CAR C'EST NOTRE
FUTUR.**



Le plan e-santé met le secteur de la santé face à de nouveaux défis. Cela nécessite un ajustement de l'organisation des processus de soins, la gestion de l'information et de partage des responsabilités entre les fournisseurs de soins de santé et avec les institutions .

L'approche multidisciplinaire au service de la qualité des soins

Ce plan va notamment encourager les professionnels des soins de santé à partager des données. Pour pouvoir partager des données, chaque professionnel de santé/ établissement de soins doit avoir un dossier patient informatisé (DPI) structuré et codé.

Les points d'action du plan e-Santé

Ce plan prévoit 20 actions visant un développement coordonné des initiatives dans le domaine de l'e-Santé, basé sur :

- une architecture de référence,
- l'implication du patient et les connaissances en matière de santé en ligne,
- l'adoption d'une nomenclature de référence,
- le soutien aux procédures administratives et de communication,
- une concertation effective entre tous les partenaires concernés.

Le point d'action 2 du plan e-Santé

Le Point d'action 2 du plan e-Santé prévoit qu'un programme 'accélérateur' soit mis en place ayant pour objectif que tous les hôpitaux aient mis en production un DPI intégré et l'utilisent effectivement. Le délai de cet objectif est fixé à fin 2018.

Consultez la circulaire, la note explicative, Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) pour les hôpitaux généraux et pour les hôpitaux spécialisés dans la rubrique Document.

Ci-dessous, vous trouverez le concept de traduction des documents qui ont été soumis à la discussion du groupe de travail « BMUC ». Attention, ces documents sont encore en développement. Nous veillons à mettre à chaque fois la dernière version à votre disposition.

- Belgian Meaningful Use Criteria pour les autres hôpitaux : <https://www.health.belgium.be/Node/29869>
- Belgian Meaningful Use Criteria pour les hôpitaux généraux : <https://www.health.belgium.be/Node/29871>

LE DEPARTEMENT INFIRMIER EPSYLON

réseau de soins psychiatriques - Bruxelles



- La participation à des groupes de recherche clinique.
- La promotion de la recherche infirmière.

LA PHILOSOPHIE PROJETUELLE DU DÉPARTEMENT INFIRMIER EPSYLON

Les différents projets en cours sont en lien direct avec les quatre domaines de déclinaison des missions du Département Infirmier. Avec la précieuse collaboration de la Coordinatrice Qualité - Sécurité et Formation, chaque projet est présenté et validé par le Comité Recherche et Développement.

Parmi les projets activés par le Département Infirmier, celui qui, par excellence réunit non seulement les quatre domaines de missions mais aussi tous les métiers d'Epsilon s'intitule « Ecriture professionnelle et Dossier Patient Informatisé - DPI ». L'objectif de ce projet est d'accompagner les infirmiers, éducateurs et assistants en psychologie dans l'élaboration d'une écriture professionnelle qui réponde aux exigences de garantie qualitative de la continuité des soins en psychiatrie tout en tenant compte de l'évolution des technologies et en particulier de l'informatique. Ce travail de longue haleine, en particulier dans une clinique psychiatrique où « le projet thérapeutique s'adresse toujours et d'abord à un patient-sujet », s'articule en différentes étapes de formations de chaque membre du personnel, d'élaborations de documents (définitions conceptuelles, plans de soins guide, procédures, protocoles), de paramétrisations informatiques, de collaborations avec différents métiers : paramédicaux, médecins, informaticiens. Après plusieurs années d'études et de partages, entre autres avec plusieurs institutions psychiatriques francophones, ce projet est en voie de diffusion dans toutes les Unités d'Epsilon. Le Département Infirmier s'est doté à cette fin de la collaboration experte de Madame Marie-Thérèse Célis.

EN CONCLUSION

Le Département Infirmier Epsilon vise donc au développement des meilleures compétences infirmières en psychiatrie, dans une interaction multidisciplinaire indispensable, pour répondre aux besoins toujours plus complexes des patients.

L'ambition majeure est d'impliquer activement chaque membre du personnel à son propre développement et à celui du département.

« Une organisation aussi bien conçue soit-elle, se mesure par la compétence des personnes qui la composent et y travaillent » (Dee Hock).



Chantal Moiset
Directrice
du Département
Infirmier Epsilon



Epsilon comprend trois sites, Fond'Roy – La Ramée - Area +, et des IHP.

Epsilon place l'Être humain au cœur de son projet thérapeutique qui s'adresse toujours et d'abord à un patient-sujet.

Sa mission est de développer et offrir une réponse de qualité, élaborée à partir des meilleures pratiques actuelles, aux multiples besoins de prise en charge psychiatrique des patients et de la société, en Région bruxelloise et bien au-delà.

Le Département Infirmier Epsilon rassemble les infirmiers, les éducateurs, les assistants en psychologie, les aide-soignants, les assistants en logistique, l'équipe hôtelière, l'équipe des bénévoles, les stewards, qui représentent environ 400 des 540 personnes opérant au sein d'Epsilon. La gestion des équipes est placée sous la responsabilité des Directrices des Soins Infirmiers, Catherine Majois et Christine Wilmart. Leur action est supervisée et coordonnée par la Directrice du Département Infirmier, Chantal Moiset.

La notion de **réseau** est bien introduite au sein du Département Infirmier. Les différents échanges, la coopération et l'intégration harmonieuse des pratiques en soins infirmiers entre les différents sites s'installent progressivement grâce au développement d'un processus organisationnel qui répond au plus près aux réalités du terrain.

La structure organique du Département Infirmier s'appuie sur deux axes majeurs. Un premier axe vertical, hiérarchique qui garantit le maintien du cadre clinico-organisationnel. Un deuxième axe horizontal, que l'on pourrait nommer « technostructure » qui soutient la hiérarchie dans les prises de décisions. Ce deuxième axe est constitué des Ioanes, Infirmier Hygiéniste, Infirmière Référente DPI, ainsi que tous les Infirmiers Relais institutionnels et d'Unités.

Le modèle organisationnel qui a été progressivement mis en place intègre ces deux axes et permet ainsi de promouvoir une action concrète et dynamique face aux divers défis qu'une organisation en croissance rapide comme Epsilon nous propose au quotidien.

Cette politique managériale menée depuis quelques années par la Directrice du Département Infirmier Epsilon permet d'adapter, non sans difficulté, les exigences organisationnelles aux besoins spécifiques du secteur de soins de santé mentale et de psychiatrie.

LA PHILOSOPHIE DES SOINS INFIRMIERS DU DÉPARTEMENT INFIRMIER EPSYLON

Le Département Infirmier Epsilon a fait le choix d'intégrer dans sa philosophie de soins infirmiers à la fois les concepts fondamentaux d'un modèle humaniste et ceux de notre charte éthique.

Teintée par les valeurs du modèle humaniste et de notre charte éthique, la philosophie du Département Infirmier Epsilon s'appuie donc sur les principes de dignité humaine, de respect de la personne, de reconnaissance de sa liberté de choix et de confiance en son potentiel.

LES MISSIONS DU DÉPARTEMENT INFIRMIER EPSYLON

L'activité du Département Infirmier se décline dans quatre domaines fondamentaux, de suite très synthétiquement résumés.

L'ORGANISATION.

- Le développement d'une organisation qui garantit la continuité de l'activité infirmière et soignante tout en assurant la qualité et la sécurité des soins.
- La gestion, l'évaluation et le développement des potentiels et des compétences individuelles et collectives du personnel.
- La promotion d'un réseau de communication et d'information intra et extra institutionnel.

LES SOINS.

- Le développement de stratégies et d'outils utiles pour une pratique infirmière efficace et efficiente (ex. informatisation de la démarche en soins infirmiers en psychiatrie).
- La promotion d'une gestion performante de l'équipement et du matériel de soins.

LA FORMATION.

- La promotion de la formation continue en général mais aussi un gros investissement de développement formatif en interne relatif à la santé mentale et psychiatrie.
- Le soutien d'une politique d'encadrement optimale des futurs professionnels de la santé.

LA RECHERCHE.

- La participation active dans l'élaboration de projets infirmiers mais aussi multidisciplinaires au sein du Comité Développement et Recherche d'Epsilon.

Les études supérieures: mode d'emploi

Vous ne comprenez plus rien au système actuel d'études supérieures? Voici sept fiches pour comprendre.



«Et alors, t'as réussi ton année?» « Oui, oui, j'ai 45 crédits. L'an prochain, je passerai mes derniers cours du premier bloc, et je compléterai avec des cours du bloc 2 et 3.»

Vous avez souri, peut-être même donné une dringuelle, mais à vrai dire, à part «oui, oui», vous n'avez rien compris. Qu'est-ce qui s'est passé depuis vos propres études supérieures?

La terminologie a déjà commencé à changer en 2004, à la suite de l'adoption du décret de Bologne, du 31 mars 2004. C'est à ce moment-là qu'ont disparu les mots de «régendat» et «graduat», pour les études supérieures de type court, au profit du terme «bachelier». Dans l'enseignement de type long, les mots «candidature» et «licence» ont été remplacés par «bachelier» et «master». C'est aussi à ce moment-là qu'on commence à parler de «crédits». Mais le décret du 7 novembre 2013, aussi appelé «plan Marcourt» a fini de compliquer la compréhension des études pour les anciennes générations.

1. Les crédits, c'est quoi?

Michel Bosquet, directeur du service info études à l'Unamur nous donne une définition. « Le crédit, c'est une unité qui représente la charge de travail d'un cours. » Le nombre de crédits ne représente pas que le nombre d'heures du cours, parce que certains cours demandent des travaux et des stages, et donc pèsent plus lourd en matière de crédits.

Un bachelier, c'est trois blocs, soit 180 crédits. Et sur une année, l'étudiant doit suivre un programme de cours de 60 crédits mini-

mum... sauf si pour sa toute dernière année d'étude, l'étudiant a des dispenses, et qu'il ne lui reste que 37, ou 25 crédits à acquérir.

Il arrive que, lors d'une même session, un étudiant passe des examens sur des cours de bloc 1, 2 et 3. L'étudiant doit avoir réussi minimum 165 crédits du cycle de bachelier pour pouvoir avoir accès au master. Il ne sera diplômé de son bachelier et de son master que quand il aura obtenu la totalité des crédits.

2. Prérequis et corequis

À partir du moment où l'étudiant ne réussit pas chaque année ses 60 crédits, il doit cumuler sur son année, des cours de plusieurs blocs différents.

Mais il ne peut pas organiser son programme à sa guise : il doit être soumis au jury de son programme, et respecter des prérequis et corequis.

Le prérequis est un enseignement qui doit être acquis avant la poursuite d'un autre cours. par exemple, pour suivre le cours math 2, vous devez avoir réussi math 1.?C'est pour cette raison que des étudiants complètent leur horaire avec des cours de trois années différentes : parce qu'il leur reste un cours du bloc 1, qu'ils ont le reste en bloc 2, sauf math 2 qu'ils ne peuvent pas suivre sans avoir réussi le math 1...?Et donc, ils complètent leurs 60 crédits avec un cours du bloc 3.

Le corequis est un enseignement qui doit être suivi au plus tard lors de la même année qu'un autre cours.

C'est à cause de cela que l'étudiant peut avoir dans son horaire deux cours qui tombent au même moment...

3. Plusieurs sessions d'examens

Dans le bloc 1, certains examens peuvent être présentés trois fois sur une année : janvier, juin, septembre. Et lors de ce 1er bloc, il est obligatoire de présenter tous les examens organisés en janvier pour être admis à poursuivre l'année...?Pas question de se dire « je pars en vacances à Noël, et je garde ça pour le mois de juin ». Pour les autres blocs, on a deux chances par an : janvier-septembre ou juin-septembre.

Patient partenaire du soin

L'engagement du Département infirmier du CHU de Charleroi



L'engagement des patients est, depuis plusieurs années, vu comme une des pistes encourageantes pour améliorer la santé de la population et les problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé. Leurs savoirs expérientiels constituent une ressource inestimable pour identifier de nouvelles voies d'évolution peu évaluées et envisagées jusqu'ici.

En Belgique, bien que l'engouement pour le concept du patient-partenaire soit relativement récent, celui-ci s'inscrit au cœur d'une longue évolution de la relation soignants-soignés, dont il est aujourd'hui l'aboutissement logique.

« Les patients sont la plus grande ressource dans les soins de santé et nous commençons seulement à tirer profit de cette ressource indispensable ».

Angela Coulter, Université d'Oxford

Il ne s'agit plus uniquement de prescrire, ni même d'informer ou de tenir compte des besoins du patient. Il s'agit :

- d'impliquer le patient dans son processus de soins ;
- de l'accompagner dans le développement de ses propres compétences et connaissances afin qu'il puisse prendre des décisions éclairées relatives à son traitement et à ses soins et ainsi augmenter progressivement sa capacité d'autodétermination pour l'atteinte de résultats de santé optimaux.

Fondée sur la reconnaissance des savoirs des intervenants d'une part et du patient (lui seul sait comment il vit avec sa maladie) et ses proches aidants d'autre part, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient.

Exemples d'application :

- Réorganisation des concertations pluridisciplinaires afin de laisser place aux patients (Hôpital de jour Vincent Van Gogh : Pavillon 5 et Hôpital d jour Thérapeutique). Le patient est invité à participer à la concertation pluridisciplinaire :
 - soit pour permettre à l'équipe et au patient de définir le projet d'hospitalisation et les moyens à mettre en œuvre pour le mener à bien ;
 - soit pour réaliser ensemble le bilan de l'hospitalisation et l'avancement de ce projet.
- Réunion de salle (ensemble des unités de psychiatrie de l'Hôpital Vincent Van Gogh). Ce temps de paroles et d'échanges, présent depuis plusieurs années, est également un exemple d'implication du patient dans son processus de soins.

Le patient est ainsi progressivement habilité, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins qui lui sont offerts.*

En s'engageant dans l'indispensable virage patient partenaire, le CHU de Charleroi propose d'évoluer vers une nouvelle vision où patients et professionnels redéfinissent le cœur de leur relation, pour faire face ensemble aux futurs défis.

* Pomey Marie-Pascale, Flora Luigi, Karazivan Philippe, Dumez Vincent, Lebel Paule, Vanier Marie-Claude, Débarges Béatrice, Clavel Nathalie, Jouet Emmanuelle, « Le Montreal model : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », Santé Publique, HS/2015 (S1), p. 41-50.



Le CHU Tivoli recrute

des infirmier(e)s bachelier(e)s et spécialisé(e)s pour tous les secteurs d'hospitalisation et médico-techniques.

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



CHU Tivoli
Avenue Max Buset, 34
7100 La Louvière
francoise.happart@chu-tivoli.be



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



En 1er bloc, l'étudiant est proclamé ajourné s'il n'a pas acquis 45 crédits au minimum.

Si au moins 45 crédits du programme sont obtenus : l'étudiant est admis à poursuivre son cursus.

Mais si vous êtes attentif, vous vous demanderez « Une année d'étude, c'est 60 crédits, que deviennent les 15 crédits restants ? » Dans un monde idéal, l'étudiant les repasse et les réussit en seconde session. Mais parfois, il ne les réussit pas... ou ne les repasse même pas en 2e session. Et donc, il reporte les crédits à son année suivante. Cela signifie qu'il devra composer un programme de cours avec des crédits issus du bloc 1, du bloc 2... et peut-être même du bloc 3 !

4. Des blocs, pas des années

On ne parle plus des études supérieures en termes d'années, mais en termes de blocs. Trois blocs pour le bac, deux pour le master. À part lors de la toute première année d'étude, où une année = 60 crédits du premier bloc, une année académique est composée d'au moins 60 crédits (plus si on veut), qui peuvent parfois provenir de blocs différents : il n'est pas rare d'avoir un étudiant qui passe lors de la même session des examens de cours du 1er 2e et 3e blocs.

5. La passerelle

Il est possible de suivre des études supérieures dans une haute école, obtenir un diplôme de bachelier, puis de poursuivre son cursus dans l'enseignement universitaire.

L'étudiant diplômé bachelier d'une haute école se verra imposer un programme complémentaire de maximum 60 crédits. Ce sont les passerelles catégorie I. D'autres types de passerelles existent vers les masters universitaires... C'est la flexibilité voulue par le décret paysage.

6. 10/20, un point c'est tout

Le jury prononce automatiquement la réussite et octroie les crédits pour tous les cours où l'étudiant a obtenu au minimum 10/20.

Les grades existent toujours, mais ils ne sont proclamés qu'en fin de cycle : 10/20 pour la réussite sans mention ; 12/20 pour la réussite avec satisfaction ; 14/20, distinction ; 16/20 grande distinction et 18/20 la plus grande distinction

7. Réussi ou ajourné ?

Si tous les crédits du programme sont obtenus (minimum 10/20 dans tous les cours) : la réussite du programme annuel est automatique.

Si au moins 45 crédits du programme sont obtenus : l'étudiant est admis à poursuivre son cursus. Il peut s'inscrire dans le bloc suivant et doit rattraper les crédits qui lui manquent, en seconde session ou lors de l'année suivante (ou même encore plus tard, dans les faits) ?

Lors du 1er bloc, si on obtient moins de 45 crédits, mais plus de 30 : l'étudiant est ajourné. Il doit se réinscrire au 1er bloc, mais peut compléter son programme, avec l'accord du jury universitaire, pour anticiper des cours des blocs suivants.

Modèles de fonctions élaborés par le CFAI et transmis au SPF Santé

Funciemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst (toelating om uit te oefenen) Modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur (autorisation d'exercer)

Goedgekeurd door de Federale Raad voor Verpleegkunde tijdens de vergadering van 4 juli 2017
Approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en sa séance du 4 juillet 2017

Algemene zorgen Soins généraux		Gespecialiseerde zorgen Soins spécialisés		Advanced practice nursing Soins de pratique avancée	
Zorgassistent	Verpleegkundige *	Gespecialiseerde verpleegkundige	Verpleegkundig consultant	Verpleegkundig specialist	Klinisch verpleegkundig onderzoeker
Assistant de soins	Infirmier*	Infirmier spécialisé	Infirmier consultant	Infirmier de pratique avancée	Infirmier chercheur clinicien
Health care assistants	Registered nurses	Specialized nurses	Nurse consultants	Advanced Practice nurses	Clinical nurse research consultants
		2 jaar/ans	3 jaar/ans	3 jaar/ans	3 jaar/ans
Ervaring in het specialisatiedomein / années d'expérience professionnelle dans le domaine de spécialisation* *Om de erkenning te krijgen / Pour obtenir l'agrément					

*Beantwoordt aan het beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg goedgekeurd door FRV
*Répond au profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux approuvé par le CFAI

Funciemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst (studies en opleiding) Modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur (études et formation)

Goedgekeurd door de Federale Raad voor Verpleegkunde tijdens de vergadering van 4 juli 2017
Approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en sa séance du 4 juillet 2017

Algemene zorgen Soins généraux		Gespecialiseerde zorgen Soins spécialisés		Advanced practice nursing Soins de pratique avancée	
Zorgassistent	Verpleegkundige *	Gespecialiseerde verpleegkundige	Verpleegkundig consultant	Verpleegkundig specialist	Klinisch verpleegkundig onderzoeker
Assistant de soins	Infirmier*	Infirmier spécialisé	Infirmier consultant	Infirmier de pratique avancée	Infirmier chercheur clinicien
Health care assistants	Registered nurses	Specialized nurses	Nurse consultants	Advanced Practice nurses	Clinical nurse research consultants
HBO (3 jaar/ans) 180 ECTS	Bachelor (4 jaar/ans) 240 ECTS	Specialisatie/ spécialisation Min 20 ECTS	Specialisatie / spécialisation + spec VC/IC (20 ECTS)	Master ANP (2 jaar/ans) 120 ECTS + specialisatie / spécialisation	Doctorat
Niv 5	Niv 6	Niv 6	Niv 6	Niv 7	Niv 8

*Beantwoordt aan het beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg goedgekeurd door FRV
*Répond au profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux approuvé par le CFAI



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
MAGGIE DE BLOCK

Au Conseil fédéral de l'art Infirmier
SPF Santé Publique
Place Victor Horta 40 boîte 10
1060 BRUXELLES

Uw kenmerk	Ons kenmerk	Bijlage(n)
	MDB/2017/BW/MW/AC	/
Dossier behandeld door	Contact via	Datum
A. Cools	02 528 69 00	11 SEP. 2017

Concerne: **Demande d'avis concernant la différenciation de fonctions dans le domaine des soins infirmiers**

Cher Président,
Chers membres,

J'ai bien reçu l'avis du Conseil fédéral de l'art infirmier 2017/01 concernant le modèle de soins infirmiers du futur et je l'ai lu avec attention. C'est un avis d'initiative pour lequel le conseil a clairement beaucoup travaillé et je vous remercie pour cela.

L'avenir des soins infirmiers me préoccupe fortement. Dans le contexte de la réforme de l'AR n° 78 sur l'exercice des professions de la santé (devenu la loi coordonnée concernant l'exercice des professions de santé du 10 mai 2015), ma conseillère, Mme Annelies Cools, a présenté le 22 mars 2017 au groupe de travail "différenciation de fonctions" du Conseil fédéral de l'art infirmier un concept sur les soins infirmiers.

Après avoir analysé l'avis 2017/01, je remarque que l'avis du conseil a beaucoup de similitudes avec cette note préliminaire. Néanmoins, certains points doivent être clarifiés, d'où cette demande d'avis au conseil.

Dans votre avis, vous parlez de la profession d' « assistant de soins » dans le domaine de la santé. Cependant, je n'ai pas l'intention de créer un nouveau titre professionnel d'assistant de soins. Je souhaite continuer avec les titres professionnels actuels dans les soins infirmiers, à savoir l'aide-soignant et l'infirmier. Les responsabilités dans le domaine des soins infirmiers doivent être sans ambiguïté et claires autant pour les patients que pour les autres professionnels de la santé.

A. Aide-soignant

J'ai reçu des signaux clairs du secteur de la santé que la réglementation actuelle de la profession d'aide-soignant doit être revue. La liste actuelle des actes que peuvent prêter les aides-soignants est très limitée et devrait être revue en tenant compte d'un meilleur soutien de l'infirmier. Pour cette raison je demande au conseil de bien

Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Finance Tower · Kruidtuinlaan 50 bus 175 · B-1000 Brussel · België
tel. +32 2 528 69 00 · info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

.be

vouloir remettre un avis sur une actualisation des critères de reconnaissance, les compétences et les actes des aides-soignants¹.

Pour ce faire il faudra tenir compte du fait que les aides-soignants travaillent sous la supervision d'un infirmier (et à l'avenir probablement sous la supervision d'autres professionnels de la santé). En fonction de l'état de santé du patient, l'infirmier pourrait déterminer le degré d'autonomie dans lequel l'aide-soignant agirait.

Ensuite, il faudra également tenir compte des mesures transitoires possibles pour les aides-soignants tels qu'on les connaît aujourd'hui.

Etant donné que la Commission technique de l'art infirmier n'a pas encore été renouvelée, nous pouvons faire appel en premier lieu aux membres de la commission précédente. De cette façon les discussions peuvent débiter sans tarder, dans l'attente de la nomination de la nouvelle commission. La nouvelle commission pourra alors, sur base des travaux entrepris, continuer les travaux et finaliser l'avis.

J'attends de votre conseil qu'il me rende cet avis pour **janvier 2018**.

B. Infirmier

En 2016, via la transposition de la directive européenne 2013/55, les critères de formation minimaux et les compétences minimales pour les infirmiers ont été insérés dans la législation belge². Toute personne ayant entamé une formation d'infirmier à partir de septembre 2016 doit répondre à ces conditions (quel que soit son niveau de formation). Cette modification de la loi vise un niveau de qualité minimal pour tous les infirmiers.

Après leur formation initiale les infirmiers peuvent se spécialiser davantage. Comme vous le mentionnez dans votre avis, cela est très important pour les opportunités de carrière de l'infirmier et pour l'attractivité de la profession.

Tout comme vous, je souhaite revoir les spécialisations infirmières telles que nous les connaissons aujourd'hui. En 2006, différents titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières pour les infirmiers ont été déterminés³. La plus-value pour notre système de santé de ces nombreux titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières peut toutefois être remise en question. Une des conséquences négatives de ce système est l'hyperspécialisation ayant pour conséquence des infirmiers moins polyvalents dans leur employabilité et donc moins mobiles, étant donné qu'ils sont souvent liés à une certaine unité de soins ou à un groupe cible.

Je propose donc de créer à l'avenir des domaines de spécialisation génériques et de diminuer les nombreux titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières. Les domaines de spécialisation pourraient être ceux-ci : (1) soins aigus, (2) soins chroniques, (3) soins de santé mentale, (4) soins pédiatriques et (5) soins transversaux de première ligne.

Je rejoins l'avis du Conseil qui affirme qu'un nombre d'années d'expérience professionnelle dans le domaine des soins est nécessaire comme critère de reconnaissance pour les infirmiers spécialisés. Selon moi, le concept de

¹ Arrêté royal du 6 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant

Arrêté royal du 6 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes

² Arrêté royal du 27 juin 2016 modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue de transposer la 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")

³ Arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier

stage professionnel doit être examiné également, par analogie avec la réglementation pour les médecins. A côté de cela une formation solide est naturellement nécessaire.

En ce qui concerne l'infirmier spécialisé, je souhaite que le conseil fédéral de l'art infirmier rende un avis sur :

- la définition de l'infirmier spécialisé ;
- les domaines de spécialisation pour les infirmiers ;
- les critères de reconnaissances de l'infirmier spécialisé par domaine de spécialisation (incluant le stage professionnel) ;
- les compétences de l'infirmier par domaine de spécialisation selon le modèle Canmeds ;
- les conditions sous lesquelles un infirmier spécialisé exerce (par exemple avec plus d'autonomie comparé à un infirmier non spécialisé).

Dans votre avis 2017/01, dans les soins spécialisés, vous faites une distinction entre l'infirmier spécialisé et l'infirmier consultant. Je ne souhaite pas ancrer cette distinction dans la loi sur l'exercice des professions de santé étant donné que ces profils sont très similaires l'un et l'autre. Ceci n'exclut pas qu'un infirmier spécialisé puisse exercer une fonction d'infirmier consultant.

Dans votre avis 2017/01, vous introduisez l'infirmier de pratique avancé et l'infirmier chercheur clinicien. Ce n'est également pas mon intention pour reprendre ces deux profils dans la loi sur l'exercice des professions de santé. Il y a selon moi toutefois bien besoin d'un profil d'infirmier universitaire dans la législation. Dans d'autres pays européens, on parle d' « Advanced Nurse Practitioner ». Ce profil correspond à mon avis à celui de l'infirmier de pratique avancée (« verpleegkundige specialist » en NL) comme présenté par le conseil.

En ce qui concerne l'infirmier de pratique avancée, je souhaite que le Conseil fédéral de l'art infirmier rende un avis sur :

- la définition de l'infirmier de pratique avancée ;
- les critères de reconnaissances de l'infirmier de pratique avancée ;
- les compétences de l'infirmier de pratique avancée selon le modèle Canmeds ;
- les conditions sous lesquelles un infirmier de pratique avancée exerce (par exemple avec plus d'autonomie comparé à un infirmier (non) spécialisé).

J'attends de votre conseil qu'il me rende cet avis sur l'infirmier spécialisé et sur l'infirmier de pratique avancée pour mars 2018.

Respectueusement,

Maggie DE BLOCK

Beleidsceel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Finance Tower · Kruidtuinlaan 50 bus 175 · B-1000 Brussel · België
tel. +32 2 528 69 00 info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

.be

InfiGestion, l'agence de remplacement et de facturation pour infirmiers/ères indépendant(e)s à domicile.



InfiGestion a été créée en 2013 sous l'impulsion d'Anne-Caroline Ernst qui, infirmière elle-même, a observé les nombreuses difficultés liées au remplacement.

Elle a eu l'idée ingénieuse de proposer un service qui aide les infirmiers/ères indépendant(e)s à double titre.

L'AFFILIATION À INFIGESTION DONNE DROIT À DES REMPLAÇANTS QUAND ON EN A BESOIN

« L'infirmier/ère indépendant(e) qui a sa propre tournée et qui s'affilie à InfiGestion, peut se faire remplacer où et quand il/elle le désire, que ce soit pour se reposer, partir en vacances, se soigner, se former, ou à cause d'une surcharge de travail temporaire. Nous lui établissons un agenda qu'il/elle validera et qui permettra au/à la remplaçant(e) de l'aider. Nous couvrons toute la partie francophone du pays ». A.C. Ernst

Le but premier des services de remplacement infirmier est donc de mettre à disposition des infirmiers/ères indépendant(e)s qualifié(e)s pour remplacer des infirmiers/ères titulaires en toute sérénité. Ce service de remplacement infirmier est ouvert à tous les infirmiers/ères indépendant(e)s.

Aujourd'hui, plus de 100 infirmiers/ères indépendant(e)s ont rejoint les rangs d'InfiGestion.

Le fait qu'Anne-Caroline Ernst soit infirmière est un atout supplémentaire. Elle connaît les différents aspects du métier et ses contraintes.

EN OUTRE, INFIGESTION PROPOSE UN ENSEMBLE DE SERVICES DE SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE.

Cette seconde mission consiste à soulager les infirmiers/ères indépendant(e)s dans leurs tâches administratives, souvent chronophages.

« Les infirmiers/ères peuvent se laisser submerger par les aspects administratifs de leur travail, ce qui peut consommer une partie du temps passé auprès de leurs patients ou de leur famille. Le service de gestion administrative d'InfiGestion comprend l'encodage des patients, la vérification de l'assurabilité des patients via MyCareNet, l'encodage des soins prestés, la facturation des soins (envois électroniques et papiers aux unions nationales mutualistes), la vérification des paiements des mutuelles et la gestion des refus, l'envoi et le suivi des documents administratifs, les attestations de soins, etc ». A.C. Ernst.

On peut affirmer sans prétention qu'un(e) infirmier/ère indépendant(e) peut entièrement se reposer sur InfiGestion et récu-

pérer du temps qu'il/elle peut consacrer à sa vie familiale et aux soins qu'il/elle prodigue à ses patients.

ET LA CERISE SUR LE GÂTEAU ? INFIOFFICE !



Pour compléter son offre, InfiGestion vient de terminer le développement d'InfiOffice, un système informatique qui offre une plateforme professionnelle de collaboration pour les infirmiers/ères.

Les défis posés par la nouvelle loi de lecture électronique de la carte d'identité ont donné une idée à Anne-Caroline Ernst : la création d'InfiOffice, une suite d'outils de gestion et de partage d'informations pour le personnel infirmier à domicile.

« InfiOffice, c'est tout d'abord InfiPortail, un portail web accessible sur ordinateur et nécessitant une connexion internet. Une fois connecté(e), l'infirmier/ère y consulte et gère les dossiers de ses patients, le plan des soins (les tournées), les demandes médico-administratives, les demandes de remplacement ou encore ses finances. InfiPortail améliore la collaboration entre infirmiers/ères travaillant en équipe. Il leur permet donc d'avoir accès immédiatement aux mêmes informations sur un patient ou une tournée partagée, limitant les communications e-mail ou téléphoniques à leur plus simple expression ». A.C. Ernst

ET INFIMOBILE ?

C'est le deuxième outil d'InfiOffice. C'est une application mobile développée pour tablette ou smartphone et pouvant fonctionner sans connexion internet.

« C'est une version mobile simplifiée du portail et ce sera le compagnon de route de l'infirmier/ère lors de ses visites à domicile. InfiMobile est l'assistant qui le/la suit partout en lui donnant une accessibilité à toutes les informations de ses patients, plans de soins et prestations ». A.C. Ernst



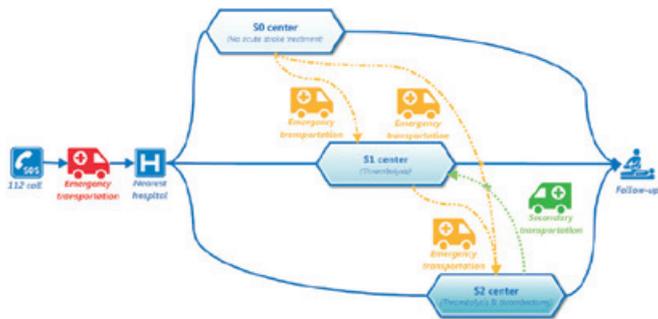
Quand chaque minute compte : naissance du stroke center aux Cliniques Universitaires Saint-Luc.

N. Servotte
Infirmière chef de service,
S. Lepage
Infirmier chargé de projet.



Ouverte depuis 1994, et comportant six lits équipés de télémétrie 24h/24, l'Unité neuro-vasculaire des Cliniques universitaires Saint-Luc a décidé d'entamer une procédure de certification européenne valable cinq ans (1).

Selon l'Arrêté Royal du 19.04.2014 qui pose les conditions d'agrément, Saint-Luc peut prétendre à être reconnu comme centre de référence « S2 » (cf schéma de classification des centres ci-dessous).



Notre hôpital offre tous les services nécessaires à la prise en charge et au traitement des AVC et ce, 24h/24 :

- un service d'urgence comprenant un neurologue présent 24h/24,
- un service d'imagerie médicale qui permet au neurologue un choix thérapeutique éclairé (thrombolyse ou non),
- un service de neuroradiologie interventionnelle (thrombectomies), un service de soins intensifs, de neurochirurgie, de cardiologie, et de chirurgie vasculaire.

Une réflexion exhaustive autour du parcours d'un patient admis aux urgences pour un AVC, nous a amenés à construire un itinéraire de soins et à formaliser les collaborations déjà existantes entre professionnels et entre services ainsi qu'à améliorer nos processus (rédaction de procédures, protocoles, manuels de qualité, check-lists, modes d'emploi...). La mise en place d'indicateurs (par exemple : « door to needle time » (2)), nous a permis d'entrer dans une démarche d'amélioration continue. En deux ans, le door to needle time est passé de 90 minutes en moyenne à 40 minutes, le record étant de 12 minutes !

Avant tout, un état des lieux des documents existants a été nécessaire ainsi que la création d'une plateforme d'échange des documents. Ensuite, le questionnaire ESO nous a suggéré de répondre à 49 critères de 7 catégories : Lead, Personnel, General Infrastructure, Investigations, Interventions and Monitoring, Teaching, Meetings and Research, Numbers and Quality Indicators (3).

En ce qui concerne la formation du personnel, un référentiel des schémas thérapeutiques destiné aux médecins assistants candidats spécialistes a été rédigé. Les infirmières ont aujourd'hui l'obligation de suivre le certificat neuro-vasculaire en externe et de se certifier à l'utilisation de l'échelle NIHSS afin d'utiliser des références communes. Ces critères nous demandent aussi de documenter nos compétences et savoirs, de répondre à des normes, de clarifier les rôles et responsabilités de chacun afin d'accompagner au mieux le patient tout au long du trajet de prise en charge. Une attention particulière a été portée à la qualité et à la sécurité des soins en lien avec la démarche institutionnelle d'Accréditation.

La réussite d'un tel projet est fortement dépendante de la présence d'un chef d'orchestre qui rythme, centralise, et rédige la documentation du dossier. Notre expérience nous a montré qu'il était nécessaire de retirer cette personne momentanément de l'activité clinique pour obtenir de meilleurs résultats.

Le neurologue responsable de l'unité neuro-vasculaire, propriétaire de l'itinéraire de soins, garde comme rôle la validation de toutes les modifications futures. Il est aidé dans cette tâche par un pilote qui supervise les équipes et collecte les besoins de mises à jour documentaires. Un assistant de gestion de département assurera bientôt, parmi ses autres missions, la gestion des indicateurs et les aspects économiques.

Cette démarche, et cette dynamique, nous ont permis de gagner un temps précieux dans la prise en charge des AVC en phase aiguë, « Time is Brain » diraient nos collègues anglo-saxons, mais aussi de consolider un savoir collectif et de mettre en perspective les atouts qu'offrent les Cliniques universitaires Saint-Luc en termes de soins aigus. Au sein de l'équipe, nous avons pu percevoir un changement de culture qui s'est installé progressivement et une prise de conscience de l'importance du rôle de chacun dans ce type de challenge.

L'enjeu futur est la pérennisation. Comme tout hôpital, nous sommes confrontés au turnover important des soignants et des médecins, ce qui nous oblige à être en vigilance permanente pour répondre en continu aux bonnes pratiques liées à la certification.

- (1). European Stroke Organisation, <https://www.eso-certification.org>
- (2). Le « door to needle time » c'est un indicateur qui désigne le temps à partir duquel le patient arrive aux Urgences jusqu'à l'administration de la thrombolyse.
- (3). https://www.eso-certification.org/sites/default/files/pdfs/Stroke%20Centre%20Questionnaire_New.pdf



concept by d'fib.net

Coopération

Respect

Qualité & Excellence

Ouverture au changement

Responsabilité



Nous recherchons actuellement des profils **infirmiers bacheliers** pour l'hospitalisation et le médico-technique

Nous vous offrons :

Un environnement technologique de pointe • Un job responsabilisant à finalité humaine
• Une rémunération attractive 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...) • Une formation continue dynamique.

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

Bienvenue sur notre espace candidat !

www.saintluc.be/jobs

**Un hôpital
pour la Vie**

LA FNIB VOUS INFORME SUR LA PROBLÉMATIQUE DE LA LECTURE DE LA CARTE D'IDENTITÉ DES PATIENTS AU DOMICILE.

Sa réaction conjointe avec la FIIB . L'IGIB réagira dans le même sens .
RTL INFO a relayé dans le JT et divers medias dans la presse.

Lecture obligatoire de la Carte d'identité du patient à chaque passage de l'infirmier au domicile du patient à partir du 1^{er} octobre 2017

Nous ne remettons pas en question la décision et le principe d'obligation de lecture de la Carte d'identité du patient à chaque passage et à chaque soin infirmier réalisé au domicile du patient. Cette décision a été votée paritairement par les représentants infirmiers à la Commission des Soins Infirmiers à domicile de l'INAMI. Il est logique d'avoir une trace précise des soins effectués en vue d'une tarification correcte de ceux-ci.

Toutefois, certains responsables ont justifié cette décision pour la seule raison du contrôle et de la maîtrise de la fraude ! Nous rappelons simplement que la fraude aux soins infirmiers, souvent dénoncée par voie de presse par l'INAMI, représente en tout et pour tout 2% de l'activité des infirmières à domicile. Rien n'est habituellement dit à propos des 98% des infirmiers à domicile (salariés ou indépendants) qui travaillent correctement, sont appréciés par les patients, en respect du libre choix du prestataire. Nous rappelons aussi que la pratique indépendante des soins infirmiers à domicile représente 60% des soins infirmiers à domicile – 70% pour la région francophone, apparemment à la satisfaction des patients dont ils ont la charge. Mais il est fait rarement mention de cette situation dans la presse.

A partir du 1er octobre, la lecture de la Carte d'identité du patient devient donc obligatoire à chaque passage de l'infirmier au domicile du patient.

Aucune période de test ou de période d'évaluation du processus ne semble prévue. Par exemple, une période de 3 à 6 mois d'essai pendant laquelle une liste des problèmes est réalisée et des solutions sont apportées, pour obtenir un système automatisé performant et fiable – ce que chacun souhaite

Si la carte d'identité n'est pas lue, la tarification en tiers payant est impossible et les soins ne sont pas payés !!!

- 1/ Une fois de plus, les professionnels infirmiers sont les premiers à devoir appliquer les nouvelles mesures. Nous sommes las de constater que notre profession fait toujours les frais de la mise en route des innovations.
- 2/ De plus, ces nouvelles obligations engendrent, pour le secteur infirmier, un coût financier supplémentaire non négligeable. Aucune mesure ne semble avoir été réfléchie pour le couvrir.

- 3/ Une large majorité des infirmiers ont opté pour une mise en route et un test technique du système au mois de septembre, afin d'être à « jour » avec le système.

Au cours de ces derniers 15 jours, une série de problèmes sont apparus :

- 1/ des problèmes techniques liés au fait que les logiciels et matériels informatiques requis pour la lecture de carte (à financer en plus du programme de facturation des soins) n'ont été disponibles et plus ou moins opérationnels que fin août.

Que constate-t-on :

- Problème de lecture de la carte d'identité
- Problème de synchronisation des appareils électroniques requis (smartphone-lecteur)
- Lecteur défectueux au bout d'une semaine
- Déconnection intempestive du Bluetooth lors d'une synchronisation
- Programmation inachevée au niveau du programme de base
- Les sociétés informatiques sont débordées et ne parviennent pas à répondre aux demandes des utilisateurs pour résoudre leurs problèmes.

- 2/ des problèmes, plus graves, liés aux patients eux-mêmes et à une information correcte de la population :

- L'information correcte des patients n'a pas été réalisée
- Certains Organismes Assureurs ont informés leurs affiliés par la voie simple de leur feuillet d'information
- Aucun communiqué de presse n'a été diffusé officiellement, ni par la Ministre de la Santé Maggie De Block, ni par la Direction Générale de l'INAMI, pourtant responsables de la mise en place de ce nouveau système. Ils ont ainsi failli à leurs devoirs d'information des citoyens – C'est inacceptable et lamentable !!!
- En aucun cas, ce ne sont les prestataires infirmiers ou leurs associations professionnelles qui ont cette responsabilité

Que constate-t-on :

- (Malgré l'information individuelle que chaque prestataire responsable a malgré tout réalisé spontanément auprès de ses patients respectifs)
- Question simple du patient « et pourquoi doit-on faire cela ? »

MONS 2017
16 > 17 NOVEMBRE
MICX MONS - B

14^{ème}

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.

- Problème de disponibilité de la carte au domicile du patient
- Perte de la carte d'identité
- Patients déments qui ne se souviennent plus de l'endroit où ils ont placés leur carte d'identité d'un jour à l'autre.
- Problème de carte d'identité périmée et non compréhension par certains patients de l'importance de cette péremption (parce qu'ils ne l'utilisent pas)
- **D'autre part, et cela est encore plus grave !!! les communes répondent aux personnes âgées, qui ne savent se déplacer pour renouveler leur Carte d'identité, que ce n'est pas grave si les dates de la carte sont périmées pour autant qu'ils ne voyagent pas à l'étranger !!! Qui a transmis cette information ? Qui n'a pas informé les communes de la nouvelle situation et de la nouvelle obligation ? C'est complètement aberrant... !**
- Remplacement difficile des cartes périmées pendant la période de juillet août, les administrations fonctionnent au ralenti et sont, disent-elles, dans l'impossibilité de se déplacer chez les personnes moins valides. Or ce sont forcément ces mêmes personnes qui nécessitent des soins lourds et plusieurs passages de soins par jour...
- Problème pour les populations plus démunies qui n'ont pas de carte d'identité en ordre ou de papiers. Certes la lecture des cartes étrangères et des vignettes mutuelles est autorisée (mais pour un pourcentage qui ne peut dépasser 10% de lecture par prestataire. Qui en fait les frais ? le personnel infirmier du domicile salarié ou indépendant !

- Ne faudrait-il plus soigner ces personnes ou revenir au système antérieur de paiement direct des soins en « liquide ». Le patient se débrouille ensuite pour ce faire rembourser par sa mutuelle
- Sans compter la majoration du temps de travail pour l'infirmier au détriment du temps imparti pour la qualité des soins.

Des communiqués de presse du fédéral auraient pu, au moins avertir, les patients de cette nouvelle obligation, car cette obligation jette le discrédit sur l'ensemble de la profession infirmière. Les patients s'interrogent sur le but recherché par nos politiques et ils ont tôt faits de conclure qu'il s'agit d'une mesure coercitive. Une fois de plus, le corps infirmier souligne le peu de cas qu'il est fait de sa profession.

Alors, nous vous demandons

- 1/ de communiquer au public une information objective et correcte ainsi que le but des nouvelles mesures et obligations imposées
- 2/ de laisser le temps aux prestataires et aux programmeurs de logiciels de s'aligner et de tester ce nouveau système
- 3/ de couvrir correctement cette nouvelle charge financière.

K. Dethye membre FNIB, FIIB
Dalla Valle Alda, Présidente FNIB.
Dewilde Aurore, Présidente FIIB

Infirmières à domicile : patients, vos papiers !

DÈS LE 1ER OCTOBRE, LES PATIENTS DEVRONT PRÉSENTER LEUR CARTE D'IDENTITÉ. MAIS LA TECHNIQUE A DES RATÉS. ET LES INFIRMIÈRES SONT IMPATIENTES.

Dès le 1er octobre, les infirmières (F/H) à domicile devront lire les cartes d'identité de chacun-e de leurs patient-e-s à l'aide d'un lecteur. C'est une mesure mise en place par Maggie De Block, avec l'accord des prestataires de santé, pour des raisons pratiques et modernes: s'assurer que le soin va à la bonne personne, envoyer l'info directement à l'INAMI, faciliter la facturation, etc. Le problème, c'est que les débuts sont cafoilleux, parce que, selon les infirmières (H/F), Maggie n'a pas (assez) communiqué sur la mesure et n'a pas prévu de période transitoire. Un grand nombre de prestataires indépendants a donc décidé de tester le système dès la disponibilité des appareils, arrivés que fin août. Et le moins qu'on puisse dire, c'est que les résultats sont préoccupants.

Car, le système comporte un lecteur de carte, que l'infirmier-e connecte à son smartphone qui envoie les infos en 4G à un serveur. Il faut donc du réseau, un smartphone chargé, un logiciel (susceptible de planter). Et les lecteurs de cartes ne fonctionnent

pas bien. Et parfois, pas du tout. Or, dans le nouveau système, les infirmières n'ont droit qu'à 10% de service «sans carte». Au-delà, il n'y a pas de tiers payant et le patient (ou l'infirmière) casque. Mais en plus, les professionnels sur le terrain sont confrontés à toutes sortes de cas pas franchement prévus.

Il y a ainsi la mamie dont la carte est périmée. Elle ne peut pas se déplacer, et la commune, jeanfoutre, lui a bêtement affirmé que ce n'était pas grave tant qu'elle ne voyageait pas à l'étranger! Ne riez pas, c'est un cas récurrent!

Il y a le papy perturbé qui ne sait pas où il l'a mise. Il y a la tante dont la carte a fondu à moitié dans le toaster. Il y a aussi les braves pensionnées qui refusent de la donner, parce qu'elles ont été habituées à une société de confiance. Ou le retraité qui ne la donnera pas parce que ça lui rappelle de mauvais souvenirs. Ou parce qu'il craint une arnaque. Ou le geek immobilisé chez lui qui se demande où vont ces informations que vous envoyez par ordinateur, mademoiselle l'infirmière ? Hein?

CITADELLE

Du coup, les infirmières à domicile perdent un temps précieux à expliquer, comprendre, tenter de faire marcher un brol qui ne fonctionne pas, ou trouver du réseau et comme elles sont pour 60% indépendantes, elles ont peur de voir le nombre de visites réduites, et donc leur revenu. Sans compter que selon elles (et ils), l'INAMI n'est pas là quand il faut. Elles se souviennent que l'institut a plusieurs fois communiqué sur la fraude que ce système permet de réduire, alors que ce n'est pas son objectif premier, et qu'il y aurait 2% de fraudeurs dans le métier. Les 98% restants se sentent humiliés. Heureusement, le cabinet de Maggie De Block insiste désormais sur l'aspect pratique et le service au patient. Elle a mis la fraude en tout dernier sur sa liste, mais n'omet tout de même pas de la mentionner. «Politiquement, c'est un argument populaire», nous murmure-t-on côté fédération, tout en reconnaissant que réduire la fraude, c'est nécessaire.

Y'AMACOM , QUI A DES RATES

Ce lundi, la Fédération nationale des Infirmières indépendantes a donc publié un communiqué de presse pour exiger une période transitoire et une meilleure communication au patient. Maggie De Block n'a pas apprécié. «Ça n'est pas des façons, il suffisait de nous contacter ! » À la fédération on explique : "Maggie, on ne l'a jamais vue [...] et les concertations ressemblent parfois plus à des déclarations d'intention de la ministre qu'à un véritable échange». Bref, le cabinet est bien réactif (PAN apprécie d'ailleurs l'excellente accessibilité et la rapidité de ses porte-paroles), mais pas assez attentif en pratique, nous explique-t-on. Au moins, un communiqué, ça fait bouger les choses.

Chez Maggie, on nous assure avoir bien prévu tous ces problèmes. Et côté campagne d'information, la cellule de communication de Maggie «a préparé un texte à publier sur Facebook, le web et Twitter pour le 1^{er} octobre», soit la date officielle de lancement... Juste à temps ... Et puis, un site web, Facebook ou Twitter, pour beaucoup de patients très âgés, c'est... comment dire ...

Le ministère de la Santé explique qu'il compte sur les infirmier-es - qui ont effectivement été impliqués très tôt dans la discussion (un bon point) - pour expliquer aux patients pourquoi ils leur demandent leur carte d'identité. D'accord, mais de là à nous laisser l'exclusivité de l'information, il y a une marge, dit la profession! La porte-parole de Maggie, Els Cleemput rappelle que c'est traditionnellement l'INAMI qui se charge de communiquer sur les sujets techniques ou pratiques, mais que la ministre va aussi relayer ! Et l'INAMI se défend qu'il a bien mis une page d'info en ligne pour les infirmier-es, dès la fin 2016 (un peu la moindre des choses, mais bon), ainsi qu'une adresse mail spécifique pour les questions. Quant aux patients, l'institut a prévu «une page web sur le site internet de l'INAMI, un communiqué de presse et une communication aux mutualités, afin que les patients prennent conscience de l'importance d'être en possession d'un document d'identité. »

Apparemment, ça n'a pas suffi pour atteindre la majorité de la patientèle. Et le communiqué de la Fédération des infirmières

aura finalement été plus efficace: BeRTL et RTLTVI ont ainsi fait des reportages édifiants qui ont amené le débat sur la place publique (après PAN, vendredi dernier).

LE TIERS PAYANT FAIT LE QUART

Quant aux problèmes techniques, le cabinet assure que le tiers payant sera tout de même assuré, en utilisant une vignette si le patient n'a pas de document d'identité valable, ou en «passant de manière temporaire à la facturation papier en cas de panne informatique». Là, les infirmières s'étranglent: «la facturation papier a été abolie il y a dix ans, et plus aucune infirmière n'a de carnet! » Soit la ministre et son cabinet ne le savent pas, soit, elle s'est mal exprimée. «N'a-t-elle jamais fait une tournée avec une infirmière à domicile? »

Par contre, si le patient refuse de faire lire sa carte, par exemple parce qu'il est caractériel, grabataire, ou allergique à l'informatique, crac dedans! Pas de tiers payant!

Au final, la mesure n'est contestée par personne. Elle devrait à terme améliorer la gestion des patients et personne ne s'en plaindra. De la réduction de la fraude, non plus. Reste qu'il n'y a pas eu de large campagne de presse ministérielle ou inamique, que peu ou pas de médias généralistes l'ont mis à la une et que plusieurs communes wallonnes se foutent de la tête de leurs citoyens âgés. C'est un peu toute la société qui a regardé ailleurs, à vrai dire.

Mais techniquement, une période transitoire de trois ou six mois avec un protocole de gestion des problèmes pratiques serait, aujourd'hui encore, une sage décision. Maggie De Block affirme qu'une telle période était bien prévue. Soit, mais ce que les infirmières attendaient, c'était un essai organisé, avec des contacts réguliers et immédiats, pour que l'information remonte rapidement et qu'on règle prestement les nombreux problèmes.

Bref, un benchmarking professionnel. Au lieu de ça, les infirmières ont fait leur période d'essai toutes seules, et l'info est remontée, oui, mais à la FNII. Et pour être sûre que la ministre entende le message, la fédération a publié le communiqué de presse.

Ça amènera peut-être la ministre ou l'INAMI à publier un petit dépliant officiel explicatif à remettre à chaque patient, qui pourrait aussi aider à rompre la glace chez les plus réticents. Mais au-delà, on peut s'interroger sur la médecine qui nous attend. L'efficacité est une excellente chose. Mais à force d'informatiser la médecine, de la conditionner à une carte d'identité en ordre, par exemple, elle risque de perdre son humanité. Le problème, c'est que la frontière est floue. Et on ne se rendra compte qu'on aura été trop loin que lorsqu'on sera déjà passé du mauvais côté de la barrière. Celui d'une médecine si optimisée qu'elle en sera devenue mécanique.

Pantrax

Journal PAN 22/09/2017

Rubrique culinaire

RECETTE : « Mange des tomates, mon amour... »



TOMATES FARCIES



Ingrédients pour 6 personnes :

12 grosses tomates de qualité (ex : Cœur de bœuf, Noire de Crimée, Orange queen-photo- etc...) - 1kg de chair à saucisse « italienne » aux graines de fenouil - 1 grosse échalote hachée - 2 œufs - Chapelure « maison » (Mixer 2 sandwichs sans sucre bien sec) - 1 bouquet de persil plat - 1 poivron - 25cl crème fraîche - 1 à 2 càc de sambal (pâte de piment) - Sel & poivre.

Au travail :

- > « Décalotter » les tomates, les vider avec précaution afin de ne pas les abimer, saler et poivrer l'intérieur.
- > Préparer la farce en mélangeant la viande, l'échalote, 2 œufs entiers, la chapelure, l'émincé de persil. Rectifier l'assaisonnement.
- > Mettre au four à 180° durant +/- 1h (adapter la durée de cuisson en vérifiant que la viande soit cuite sans être sèche)
- > Pendant la cuisson des tomates, émincer en petits dés le poivron et le cuire al dente dans un peu de beurre
- > Faire « compoter » la chair des tomates dans un peu d'huile d'olive durant 30 à 40'. Hors cuisson, ajouter la crème fraîche, assaisonner avec la sambal et saler. Mixer le tout et ajouter les dés de poivrons cuits. Réserver cette sauce.
- > Dresser avec précaution les tomates et napper de sauce. Servir avec du riz, des frites ou autres féculents selon les préférences de chacun.
- > Bon appétit...

LES TOMATES SÉCHÉES ET CONFITES



Pour réaliser ces délicieuses tomates séchées confites qui réchaufferont, par leur couleur et leur saveur, vos assiettes quand l'été sera, déjà, loin, je vous conseille d'utiliser la variété de tomates « San Marzano » C'est une variété de tomates originaire d'Italie. Ses fruits allongés de 90 à 120gr se récoltent assez tardivement. Elle est réputée pour la saveur de sa chair dense et ferme comportant peu de graines et de jus. Elle est idéale pour les sauces et pour en faire des tomates séchées.

- > Commencer par laver les tomates et les essuyer. Les couper en quatre dans le sens de la longueur voire en huit pour les plus grosses.
- > Les disposer côté peau sur une plaque recouverte de papier sulfurisé.
- > Les saler, poivrer et sucrer. Vous pouvez les parfumer avec un peu de poudre d'ail et des herbes de Provence.
- > Placer la plaque dans un four préchauffé à 110° et les laisser sécher pendant 2h environ.
- > Les sortir du four, les retourner côté chair et poursuivre la cuisson durant +/- 2h supplémentaires.
- > Au terme du séchage, disposer les tomates dans des bocaux propres et recouvrir d'huile d'olive.
- > Saler et poivrer de nouveau.
- > Si vous souhaitez parfumer vos tomates vous pouvez ajouter dans les bocaux des câpres, des olives, de l'ail, des anchois, des petits piments voire un bâton de vanille.
- > Laisser les bocaux reposer au frais durant quelques semaines afin que les différents parfums s'harmonisent pour votre plus grand plaisir.
- > Bonne dégustation...

Les conseils du père « Effainibet »



Pour ce plat « canaille » aux parfums méditerranéens, je conseillerai aux puristes d'opter pour un vin italien léger et parfumé à base de Sangiovese qui est le principal cépage rouge du chianti et d'une bonne partie de l'Italie centrale. Son nom vient de sangue (« sang ») et Giove (« Jupiter ») et signifie donc « sang de Jupiter. Il accompagne très bien la cuisine italienne à base de tomates.

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

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

- ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
- AFISCeP.be** (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
- AFITER** (Association Francophone Infirmiers et Technologues en Radiothérapie)
- AFIU** (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)
- AISPNI** (Association des Infirmiers Spécialisés en Pédiatrie et Néonatalogie)
- CID** (Coordination des Infirmières à Domicile)
- ENDO-F.I.C.** (Endoscopie - Formation Infirmière Continuée)
- FNIB Bruxelles – Brabant**
- FNIB Régionale de Charleroi et du Hainaut oriental**
- FNIB Liège – Verviers – Eupen** (UPRIL)
- FNIB Namur – Luxembourg** (AINL)
- SIZ-Nursing** (Société des Infirmier(e)s de Soins Intensifs)
- FNIB Tournai-Mons-Centre**
- 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.

€



Reste
en place 26%
de temps en plus
que les autres
pansements
hydro-
cellulaires¹.

Mepilex® XT SafetaC TECHNOLOGY

Une nouvelle génération de pansements hydrocellulaires

- Absorption rapide
- Convient pour tout type d'exsudat, même visqueux
- Haute capacité d'absorption

It's all about the outcome



RÉFÉRENCE: 1. Frenthoff, E. What is the patient perspective?
Oral presentation at the European Wound Management Association conference, Bremen, Germany, 2016.

Mölnlycke Health Care SA, Berchemstadionstraat 72 boîte 2, 2600 Berchem (Anvers),
Tél: +32(0)3 286 89 50, Fax: +32(0)3 286 89 52
Le nom et le logo Mölnlycke Health Care et Mepilex® sont des marques déposées de
Mölnlycke Health Care AB. © Copyright (2016) Mölnlycke Health Care AB.


Mölnlycke®

Profitez de la vie, Vitaltel veille sur vous !

Vous vivez seul(e) à la maison ou votre conjoint(e) doit s'absenter ?

De jour comme de nuit, nous sommes à vos côtés. Malaise, chute, intrusion, prise de médicaments ou tout simplement besoin d'un contact ?

Vitaltel est là quand vous en avez besoin car la télé-assistance, c'est notre métier.



Contactez-nous !

078 15 12 12
www.vitaltel.be