



AGORA

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

N°/Nr 30

Juin 2018 - Juni 2018



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



Nous recrutons ! Vous souhaitez nous rejoindre ?

EpiCURA regroupe 3000 professionnels et 70 métiers. En pleine mutation, notre centre hospitalier est important de par sa taille et son rayonnement.

Chaque jour, notre projet médical ambitieux et innovant poursuit un objectif clair : s'engager pour la santé de nos patients.

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

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

Pour consulter nos offres d'emploi :

www.epicura.be/jobs

EpiCURA
mon hôpital

Edito 5

Rubrique internationale

- La santé des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées 6
- Le Conseil international des infirmières accueille son nouveau Directeur associé des politiques de soins infirmiers et de santé 9

Rubrique juridique

- Règlement général sur la protection de la vie privée pour comité administration FNIB 10
- Le cancer touche 70.000 personnes chaque année en Belgique 12
- Les Belges francophones en faveur du remboursement des médecines douces 13

Portrait

- Jean-Baptiste Pussin (1745-1811) 14

Lu pour vous

- Coopération médecin/infirmière : il faut avancer ! 16
- Pratique avancée : le collègue infirmier dénonce le « mépris » du gouvernement et du « lobby médical » 19
- Domaines d'intervention, prescriptions, actes... quel sera le périmètre d'action du futur infirmier en pratique avancée ? 22
- 14ème Congrès Européen Francophone des infirmier(e)s clinicien(ne)s, spécialistes cliniques et de pratique avancée. 24

Egalement dans ce numéro

- Score ALARM, un outil d'aide dans la prise en charge du patient à risque de détérioration 28
- Le code de déontologie infirmier : Un petit pas vers l'Ordre Infirmier ? 30

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

Publiet Belgique:

Chaussée d'Haecht, 547 | B-1030 Bruxelles

T. 02 245 47 74 | F. 02 245 44 63

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

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



L'humain
au coeur
du projet

Engagements immédiats

Des INFIRMIER(E)S à

la Clinique FOND'ROY

pour les Unités prenant en charge :

- **Unité 1** : des jeunes adultes (18 - 25 ans)
- **HAS** : des hospitalisations sous contrainte (ou Mise en Observation) dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne malade mentale.

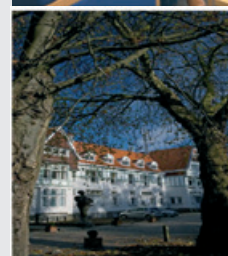
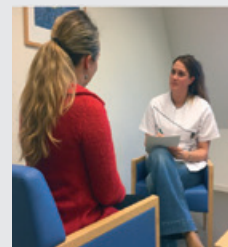
la Clinique La RAMEE

- **Unité 1** : des problèmes d'addictions

la Maison Ados - Area+

Votre rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire :

- participer au projet thérapeutique qui construira l'avenir de chaque patient en l'accompagnant au quotidien, durant une phase délicate de sa vie ;
- Assumer le rôle de référence du patient, coeur du projet, en créant le lien entre tous les intervenants, l'équipe et les proches.



Infos et candidatures :
Chantal MOISET - DDI
recrutement@epsylon.be
www.epsylon.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 titrés**

Nous constituons une réserve de recrutement pour

- **des infirmiers en chef (h/f)**

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>

Chers Collègues
Chers ami(e)s,

Voici venir un nouveau numéro de votre revue professionnelle AGORA – revue d’informations de notre Fédération FNIB.

Un article aborde la publication du nouveau Code de déontologie. La situation actuelle est paradoxale.

La profession infirmière belge et ses associations professionnelles ont pris leurs responsabilités. Au cours des deux dernières années, un groupe de travail très actif au sein du CFAI (Conseil Fédéral de l’Art Infirmier) a actualisé le “Code de déontologie des praticiens de l’Art Infirmier belges”. Le code datait de 2004 et avait effectivement bien besoin d’un “lifting”. Le nouveau code a été approuvé en séance plénière du CFAI en date du 14 novembre 2017. Il a ensuite été transmis à la Ministre Maggie De Block, pour information, et au SPF Santé Publique, qui l’a placé sur son site web dans la rubrique “infirmier” en mars 2018. Il est donc maintenant accessible et téléchargeable librement.

Mais, me direz-vous, il n’est pas publié au Moniteur Belge. Effectivement, le Moniteur Belge n’est pas l’organe ad hoc de publication des Codes de déontologie. Le code de déontologie est une émanation d’une profession (Médecins, Pharmaciens, Avocats, Architectes...). Mais pour ces professions la séquence logique et habituelle est d’abord d’avoir un Organe de régulation professionnel reconnu légalement (Ordre Professionnel), dont la mission prioritaire est de rédiger un Code de déontologie puis de l’appliquer auprès des “professionnels concernés”. Or, la profession infirmière belge n’est pas dotée d’un tel Organe régulateur...

Ce n’est pas faute d’avoir œuvré au cours des quinze dernières années pour en créer un ... puisque de multiples propositions de lois ont été déposées et même débattues au Sénat. Aucune n’a abouti ... Et il faut maintenant faire un constat : 1/ les syndicats s’y opposent par peur de perdre du pouvoir et affirment représenter les infirmières alors qu’il n’en est rien – au contraire - 2/ les employeurs des infirmiers salariés (dont les fédérations hospitalières) voient d’un mauvais oeil la création parallèle d’un Conseil Infirmier en parallèle au Conseil Médical à l’hôpital et dépendant d’un ordre professionnel - 3/ la communauté infirmière elle-même est divisée sur le sujet puisque, jusqu’à présent, nous n’avons pas pu réunir un consensus complet favorable parmi toutes les associations professionnelles infirmières belges. Certaines pensent aussi y perdre du pouvoir...

En tant président de l’Union Générale des Infirmières de Belgique, le sujet m’interpelle fortement. La Ministre Maggie De Block aurait dû s’emparer du dossier, laissé de côté par la Ministre précédente Laurette Onkelinx, mais ne l’a pas fait... Elle préfère, semble-t-il, dans ses projets de modifications de l’AR78 et l’avant projet de loi “Pratiques de qualité des professionnels de la santé”, s’occuper de la création probable d’un Ordre professionnel pour les Dentistes (qui représentent 9800 prestataires – data 2017) et les Psychologues et Orthopédagogues récemment reconnus (qui représentent 15.000 prestataires estimés). Elle oublie ainsi les Infirmiers (qui représentent 190.000 prestataires !) et les Kinésithérapeutes (qui représentent 35.000 prestataires). Chercher l’erreur... !! Peut-être les infirmiers et kinésithérapeutes travaillent-ils mieux que les autres et n’ont donc pas besoin d’un organe régulateur déontologique ?

Alors, comme pour d’autres dossiers importants en cours (dont celui des Classifications de fonctions IF-IC pour le milieu hospitalier et du Protocole d’accord de délégations de prestations infirmières à du personnel non qualifié), la vigilance, l’engagement et la mobilisation sont de mises... !!!

Mais les associations professionnelles infirmières ne peuvent avoir un poids efficace que si les infirmiers et infirmières en sont membres ! Or nous sommes loin du compte !

Alors agissez, devenez membre, prenez la parole, écrivez, bougez et soutenez votre profession...

Yves Mengal

Vice-Président FNIB
(Fédération Nationale
des Infirmières de Belgique)

Président UGIB (Union Générale
des Infirmières de Belgique)



Rubrique internationale

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES - PRISE DE POSITION

La santé des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées

Les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées constituent l'un des groupes de population parmi les plus vulnérables au monde et sont confrontés à de nombreux problèmes de santé ainsi que d'accès aux soins de santé. Les personnes émigrent pour bien des raisons : conflits, pauvreté, catastrophes, urbanisation, déni de leurs droits, discrimination, inégalité, mondialisation ou encore impossibilité d'obtenir un travail décent. La plupart des 244 millions de migrants dans le monde sont partis de leur plein gré et sans incident. Mais plus de 65 millions de personnes ont été déplacées de force par le risque de persécution, par des conflits, par l'insécurité alimentaire ou par des violations des droits de l'homme¹.

Les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées peuvent être confrontés à la discrimination, à la violence, à l'exploitation, à la détention, à la traite des êtres humains et à la malnutrition ; de même qu'à un accès limité ou inexistant à l'éducation et aux services de santé essentiels ou de prévention². Ces violations des droits de l'homme s'ajoutent aux conditions de vie déjà précaires et insalubres qui sont souvent celles des migrants, réfugiés et personnes déplacées. Toutes ces personnes ne sont pas confrontées au même risque de tomber malades et de subir des effets nocifs pour leur santé : ce risque dépend des dimensions multiples de la migration³. Outre les facteurs associés au pays d'origine, les besoins physiques, psychologiques, spirituels, culturels et sociaux des individus et des familles peuvent être aggravés par le dénuement, les épreuves physiques et le stress, de même que par l'exclusion juridique, économique et sociale pendant le voyage et dans le pays d'asile ou de réinstallation. Les épreuves physiques et psychologiques subies par les migrants pendant leur déplacement entraînent – surtout pour les enfants – un risque élevé de traumatisme et de détresse psychologiques, avec, potentiellement, des effets négatifs à court et long termes sur leur santé mentale⁴. Le Conseil international des infirmières (CII) est particulièrement préoccupé par les besoins de soins infirmiers et de santé immédiats et à long terme des enfants, des femmes enceintes, des personnes âgées, des personnes souffrant de handicap physique et intellectuel, ainsi que des victimes de torture migrants, réfugiés et déplacés. Le CII est en outre particulièrement responsable de venir en aide aux infirmières réfugiées⁵.

De nombreux obstacles empêchent les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées d'accéder aux soins, notamment certaines contraintes juridiques, les ressources limitées à la disposition du système de santé, la discrimination, la bureaucratie, la crainte d'une expulsion, l'incapacité de communiquer, le manque d'argent, la honte et la stigmatisation, et la difficulté de s'orienter dans le système de santé⁶. Les infirmières jouent un rôle important aux niveaux des politiques, du système de santé et des points de prestation de soin pour aider les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à surmonter ces obstacles. Certains modèles de soins gérés par des infirmières facilitent l'accès aux services de santé par les populations difficiles à atteindre. De par leur approche holistique, ces modèles répondent aux besoins sanitaires et sociaux des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées. Cependant la prise en charge de ces personnes est complexe : c'est pourquoi les infirmières doivent bénéficier d'une éducation, d'une formation continue et de ressources adéquates pour pouvoir prodiguer des soins de haute qualité et adaptés à la culture des migrants, réfugiés et personnes déplacées. Les soins adaptés à la culture respectent la diversité des patients du point de vue de l'origine raciale et ethnique, du genre, de l'orientation sexuelle, du handicap, du statut social, des croyances religieuses ou spirituelles et de la nationalité. Ces soins tiennent également compte du fait que certaines populations risquent d'être discriminées et que des besoins de santé différents peuvent se traduire par des disparités dans les services de santé^{7,8}.

Prise de position et recommandations du CII

En tant que voix mondiale de la profession infirmière, le CII :

- Est convaincu que, conformément au Code déontologique du CII pour la profession infirmière, les soins infirmiers doivent toujours être prodigués aux migrants, aux réfugiés et aux personnes déplacées sans aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe, de nationalité, de politique, de race ou de statut social⁷.
- Appelle à l'application du principe de couverture sanitaire universelle et équitable à toutes les personnes résidant de fait dans un pays, indépendamment de leur situation juridique, de même qu'aux migrants, réfugiés et personnes déplacées en transit ; et dénonce les politiques restrictives qui limitent ou restreignent l'accès aux services sanitaires en fonction du statut juridique des personnes¹⁹.
- Soutient fermement les recommandations et engagements contenus dans la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants².
- Encourage toutes les parties concernées à respecter les principes contenus dans la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés (1951) et son Protocole (1967), dans la Convention relative aux droits de l'enfant et dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes^{10,11,12}.
- Est convaincu que les infirmières et les autres professionnels de santé qui prodiguent des soins aux migrants sans papiers en dépit des restrictions légales ne doivent pas être sanctionnés, étant donné qu'ils défendent ce faisant le droit de chacun à la santé et assument leur responsabilité de pratiquer conformément à leur code d'éthique professionnelle^{8,10,11,12}.
- Affirme le droit des personnes d'émigrer et de rentrer dans leurs pays d'origine, et souligne la contribution positive des migrants dans les pays d'origine, de transit et d'accueil en ce qui concerne la diversité, la croissance économique, le renforcement des systèmes de santé et la création de liens plus étroits entre les pays et à l'intérieur des pays.
- Reconnaît et soutient les efforts des pays qui accueillent des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées, ainsi que les programmes nationaux et internationaux d'organisations gouvernementales et non gouvernementales qui respectent et promeuvent les droits humains fondamentaux, défendent la justice et l'équité sociales

et donnent aux migrants, aux réfugiés et aux personnes déplacées – notamment les plus vulnérables d'entre eux – les moyens de devenir et de rester autonomes et résilients.

- Est convaincu que, conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme et au Code déontologique du CII pour la profession infirmière, les infirmières et toutes les personnes ayant connaissance d'informations personnelles concernant les patients – y compris les migrants, réfugiés et personnes déplacées – doivent faire en sorte que ces informations demeurent strictement confidentielles, sauf obligation éthique à divulguer des renseignements pouvant présenter un risque important pour la santé ou la sécurité d'autrui^{7,9,13}.

Le CII encourage les associations nationales d'infirmières, en collaboration avec leurs gouvernements respectifs, à :

- Prendre, dans leurs pays respectifs, des mesures concertées pour répondre aux besoins de soins infirmiers et de santé immédiats et à long terme des migrants, réfugiés et personnes déplacées, en donnant la priorité à la santé sexuelle et procréative, aux vulnérabilités induites par le vieillissement, à la lutte contre la violence sexiste et à la santé mentale⁵.
- Rendre le public plus attentif aux vulnérabilités sanitaires et aux lacunes dans l'accès aux soins que rencontrent les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées, en vue d'obtenir un soutien public.
- Faire pression sur les pouvoirs publics et les parlementaires pour qu'ils adoptent des politiques répondant aux besoins de santé des migrants et garantissant la fourniture de services de santé adéquats et de haute qualité aux migrants, aux réfugiés et aux personnes déplacées ; et pour qu'ils dégagent les financements nécessaires à cet effet.
- Appuyer des initiatives humaines et respectueuses des particularités culturelles visant à collecter, suivre et analyser des données relatives à la santé et aux soins de santé pour déterminer quels sont les problèmes de santé mentale et physique rencontrés par les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées, ainsi que leurs besoins en matière de soins de santé et infirmiers, et y apporter des réponses.
- Nouer des partenariats avec des organisations locales, nationales et internationales pour optimiser le rôle des infirmières dans l'élaboration et l'application de mesures d'urgence et de programmes de réinstallation, et pour mobiliser les ressources nécessaires au fonctionnement des services sanitaires et sociaux d'urgence, essentiels et courants.

1 Outre cette recommandation, le CII endosse toutes les autres recommandations exposées dans le document intitulé *Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus*⁹

- Faire en sorte que la formation de base et la formation continue des infirmières portent sur les problèmes de santé associés aux déplacements de populations, y compris une sensibilisation aux spécificités culturelles des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées de même qu'à leurs besoins en tant que tels et en tant qu'hommes et femmes ; ainsi que sur les mandats juridiques du pays concerné⁶.

Le CII appelle les infirmières à titre individuel, dans leur rôle de cliniciennes, d'enseignantes, de chercheuses, de personnes susceptibles d'influencer les politiques ou de cadres, à :

- Développer et améliorer leur propre compétence culturelle et veiller à l'intégrer à la prestation des soins pour tous les groupes de patients.
- Autonomiser et aider les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à se repérer dans le système de santé de leur pays d'accueil, y compris en les rendant capables d'identifier les services de santé dont ils ont besoin et d'y accéder⁶.
- Prodiger des soins éthiques, respectueux, dignes et adaptés aux besoins culturels des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées et de leurs familles, tenant compte de l'interdépendance de leurs besoins et problèmes physiques, psychosociaux, culturels et sociaux.
- Mener des recherches pour alimenter le corpus de preuves permettant de mieux comprendre les questions en lien avec les besoins sanitaires, sociaux et culturels des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées, d'améliorer la prestation des services de soins de santé et de soutenir l'élaboration de critères cohérents et comparables pour faciliter ces recherches.
- Soutenir et défendre des organisations locales, nationales et internationales dans leurs efforts pour faire respecter les droits des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées et répondre à leurs besoins socio-économiques, de santé et de soins de santé.

Adoptée en 1983

Révisée en 1992, 2000, 2006 et 2018

Références

- 1 Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Global trends: Forced displacement in 2015. Genève, HCR, 2016 [cité le 26 avril 2017]. <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>
- 2 Nations Unies. Résolution 71/1 de l'Assemblée générale, Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants, A/RES/71/1. New York, Nations Unies, 3 octobre 2017 [cité le 3 janvier 2018]. http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/1&referer=/english/&Lang=F
- 3 Organisation mondiale de la Santé. 61e Assemblée mondiale de la Santé. Résolutions et décisions: annexes. Actes de la Soixante et unième Assemblée mondiale de la Santé, 19-24 mai 2008, Genève. Genève, Organisation mondiale de la Santé, mai 2008 [cité le 26 avril 2017]. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-fr.pdf
- 4 Bronstein L, Montgomery P. "Psychological distress in refugee children: a systematic review", Clin Child Fam Psychol Rev, mars 2011 [cité le 26 avril 2017]. 14(1):44-56. DOI : 10.1007/s10567-010-0081-0
- 5 Organisation mondiale de la Santé. Intensification de l'action en faveur de la santé des migrants et des réfugiés: document final de la Réunion de haut niveau sur la santé des réfugiés et des migrants, 23-24 novembre 2015, Rome, Italie. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 [cité le 26 avril 2017]. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf
- 6 Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. "Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review", Risk Manag Healthc Policy, octobre 2015 [cité le 26 avril 2017]. 8,175-183. DOI:10.2147/RMHP.S70173
- 7 Conseil international des infirmières. Code déontologique du CII pour la profession infirmière. Genève, Conseil international des infirmières, 2012 [cité le 26 avril 2017]. <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/code-deontologique-du-cii/>
- 8 Assemblée générale des Nations Unies. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. New York, Nations Unies, 16 décembre 1966 [cité le 26 avril]. <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- 9 Ingleby D, Petrova-Benedict R. Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus. Bruxelles, Organisation internationale pour les migrations, Bureau régional de Bruxelles, Division Migration et santé, 2016 [cité le 26 avril 2017]. http://equi-health.eea.ion.int/images/Expert_consensus_Recommendations.pdf
- 10 Assemblée générale des Nations Unies. Convention relative au statut des réfugiés. New York, Nations Unies, 28 juillet 1951 [cité le 26 avril]. <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx>
- 11 Assemblée générale des Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant [série des traités sur Internet]. New York, Nations Unies, 20 novembre 1989 [cité le 26 avril 2017]. <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- 12 Assemblée générale des Nations Unies. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. New York, Nations Unies, 18 décembre 1979 [cité le 26 avril 2017]. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>
- 13 Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme. New York, Nations Unies, 10 décembre 1948 [cité le 26 avril 2017]. <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

Le Conseil international des infirmières accueille son nouveau Directeur associé des politiques de soins infirmiers et de santé

Genève, Suisse, le 06 mars 2018 – Le Dr Alessandro Stievano, infirmier, ancien coordonnateur de la recherche au Centre d'excellence dans les sciences infirmières de l'IPASVI (aujourd'hui OPI) de Rome, en Italie, a rejoint le Conseil international des infirmières (CII) en tant que nouveau Directeur associé de l'équipe des politiques de soins infirmiers et de santé..



« C'est avec grand plaisir que nous accueillons Alessandro parmi nous », a déclaré à cette occasion Thomas Kearns, Directeur général par intérim

du CII. « Fort de sa grande expérience dans la recherche, la réglementation et la formation, le Dr Stievano aidera le CII à avancer dans son programme de politique socioéconomique pour les soins infirmiers. »

Sous la direction d'Howard Catton, Directeur des politiques de soins infirmiers et de santé au CII, le nouveau Directeur associé diffusera et pilotera des stratégies intégrées reflétant notre profession – particulièrement dans la recherche, la réglementation et la formation – en vue de concrétiser le plan opérationnel et stratégique du CII. Le Dr Stievano mettra en place des processus politiques réactifs, basés sur des données probantes et tirant parti de l'analyse de l'environnement, de l'identification des problèmes et des procédures de recherche, tout en répondant aux besoins de nos membres, des donateurs et d'autres parties prenantes.

Avant sa nomination, le Dr Stievano avait travaillé au Centre d'excellence dans les sciences infirmières depuis sa création en 2010, en charge de la coordination des activités de recherche. Il avait auparavant travaillé, toujours à Rome, à l'Université catholique du Sacré-Cœur (hôpital Gemelli) et pour une clinique de santé au travail.

Le Dr Stievano est infirmier chercheur à l'Université Tor Vergata de Rome et professeur associé à l'Université d'État du Michigan, aux États-Unis. Expert des processus d'apprentissage, il est titulaire d'un master en sciences de l'éducation de l'Université de Rome 3 et d'un master en sociologie et politiques de santé de l'Université de Bologne. Le Dr Stievano est publié au niveau national et international. Président de l'Association italienne des soins infirmiers transculturels depuis sa fondation en 2008, le Dr Stievano est chargé d'enseignements en soins infirmiers aux niveaux des premier, deuxième et troisième cycles de plusieurs universités italiennes, y compris à l'Université Tor Vergata de Rome.

Note pour les rédactions

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

Information : Julie Clerget (media@icn.ch)

Téléphone : +41 22 908 0100

fax : +41 22 908 0101

www.icn.ch

Rubrique Juridique

Règlement général sur la protection de la vie privée pour comité administration FNIB

Application des règles européennes de confidentialité
dès le 25 mai 2018

Comme vous le savez, la **nouvelle réglementation européenne en matière de protection de la vie privée entrera en vigueur dès le 25 mai 2018**. Le « General Data Protection Régulation » (GDPR) ou Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) impose de nouvelles règles pour la collecte et le traitement des données personnelles.

La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique et ses associés n'échappent pas à ces nouvelles dispositions européennes.

Comme vous le savez, la nouvelle réglementation européenne en matière de protection de la vie privée entrera en vigueur dès le 25 mai 2018. Le « General Data Protection Régulation » (GDPR) ou Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) impose de nouvelles règles pour la collecte et le traitement des données personnelles.

La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique et ses associés n'échappent pas à ces nouvelles dispositions européennes.

C'est pourquoi nous mettons à jour nos règles de confidentialité. Nous souhaitons ainsi vous aider à mieux comprendre les informations que nous recueillons et la façon dont vous pouvez les contrôler. Nous en profitons également pour améliorer la procédure de vérification de vos paramètres de confidentialité ainsi que les outils dont vous disposez pour protéger vos données et votre vie privée.

Aucune modification ne va être apportée à vos paramètres actuels. Il en sera de même pour la manière dont vos informations sont traitées. Ce qui change, c'est que nous souhaitons présenter plus clairement nos pratiques actuelles et les outils mis à votre disposition pour paramétrer, exporter ou supprimer vos données personnelles.

Nous prenons ces mesures dans le cadre de l'entrée en vigueur le 25 mai 2018 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) dans toute l'Union européenne. Conçu pour harmoniser les lois relatives à la confidentialité à travers l'Europe, le RGPD invite notamment d'inciter les entreprises, les administrations mais aussi toutes les associations professionnelles ou non à expliquer de manière plus transparente la façon dont elles traitent les données. Nous profitons de ce contexte pour introduire des améliorations au bénéfice de nos utilisateurs, à savoir les membres de la FNIB.

Vos adresses mail ne seront jamais partagées sans votre accord ni vos données téléphoniques et numéro de registre national.

Ces données personnelles nous sont utiles pour communiquer avec vous tant par courrier postal qu'électroniquement.

A tout moment, sur une simple demande de votre part, nous pouvons annuler vos identifiants de notre base de données.

Comité administratif FNIB.

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.



SOUTIEN

SOUPLESSE

SERVICES

VOUS ÊTES **INFIRMIER(E)S** INDÉPENDANT(E)S
OU VOUS DÉSIREZ LE DEVENIR ?

Pour la première fois, il vous est proposé un service de remplacement et de facturation pour les infirmier(e)s indépendant(e)s et remplaçant(e)s à domicile. **NOUS NOUS OCCUPONS DE TOUT !**

POUR LES INFIRMIÈRE REMPLAÇANT(E)S

Vous êtes un(e) infirmier(e) indépendant(e) (ou vous désirez le devenir) et **vous êtes à la recherche de remplacements** dans des tournées de qualité

POUR LES INFIRMIÈRE INDÉPENDANT(E)S

Vous êtes un(e) infirmier(e) indépendant(e) et vous désirez faire une **pause momentanée** dans votre activité (maladie, repos, vacances annuelles,...)

INFIGESTION EST VOTRE SOLUTION !

Adresse : 15 Rue Leon Delhache - 1367 Ramillies
GSM : 0488 87 55 37 - info@infigestion.be

WWW.INFIGESTION.BE

Le cancer touche 70.000 personnes chaque année en Belgique

Maggie De Block, la ministre fédérale de la Santé, a déclaré ce jeudi matin sur Bel RTL que le cancer "touche chaque année 70 000 personnes en plus en Belgique". Néanmoins, "moins de personnes meurent du cancer".



Les chances de survie sont plus grandes et la qualité de vie est meilleure car les soins sont meilleurs

Avant, avoir un cancer signifiait avoir une espérance de vie limitée. Maintenant, cela devient de plus en plus une maladie chronique

Invitée sur Bel RTL, Maggie De Block a fait le point sur la lutte contre le cancer et son dépistage. La ministre de la Santé a affirmé que chaque année "70 000 personnes sont touchées par le cancer".

"C'est un large problème de notre vie quotidienne", a-t-elle ajouté en expliquant que cela touche énormément de personnes, dont les proches. "Chez les femmes, il s'agit essentiellement du cancer du sein, du colon et des poumons. Chez

les hommes, on parle principalement du cancer de la prostate, des poumons et du colon."

"Les soins sont meilleurs"

La ministre de la Santé a néanmoins voulu être rassurante. Le cancer tue moins qu'auparavant. "Avant, avoir un cancer signifiait avoir une espérance de vie limitée. Maintenant, cela devient de plus en plus une maladie chronique. Les chances de survie sont plus grandes et la qualité de vie est meilleure car les soins sont meilleurs", a affirmé Maggie De Block.

Mais tout le monde n'est pas logé à la même enseigne. "Historiquement (presque culturellement), les Flamands ont une meilleure attitude que les Wallons concernant le dépistage du cancer du sein. En Flandre, le dépistage du cancer du sein est historiquement soutenu par les communes. Du coup 50% des femmes sont dépistées. En Wallonie, c'est différent et on est à 10% seulement de dépistage."

"Un tiers des hôpitaux est en difficulté financière"

Interrogée sur la réforme du secteur hospitalier, la ministre de la Santé tire la sonnette d'alarme: "On a une centaine d'hôpitaux en Belgique. Et aujourd'hui, un tiers est en difficulté financière. Ce n'est plus tenable".

Alors que la grande soirée du Télévie, dédiée à la recherche scientifique pour la lutte contre le cancer et la leucémie, approche à grand pas, le témoignage de Maggie De Block vient rappeler à quel point ce type d'opération caritative est nécessaire.

Les Belges francophones en faveur du remboursement des médecines douces

Les Belges francophones se positionnent en faveur du remboursement des médecines dites douces ou alternatives, selon les résultats du quatrième volet du futuromètre de l'institut AQ Rate, réalisé en collaboration avec la RTBF et Le Soir.

Environ 70% des personnes interrogées estiment en effet qu'il serait opportun d'appliquer les mêmes taux de remboursement à la médecine classique et douce, rapporte lundi Le Soir.

Un tiers des 3.490 Belges francophones sondés affirme également se soigner essentiellement par des médecines douces et homéopathiques, ressort-il de ce futuromètre.

La loi belge reconnaît depuis 1999 quatre pratiques médicales non conventionnelles: l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture et la chiropractie. Elles sont remboursées en partie et indirectement. Pour l'homéopathie, qui ne peut être exercée que par un médecin, la consultation est par exemple prise en charge mais pas les traitements.

Les controverses sur l'efficacité des médecines non conventionnelles ne plaident pas en faveur de l'application d'un même taux de remboursement pour les médecines douces, pronostique Le Soir. Il cite notamment des études du Centre fédéral d'expertise (KCE) qui avaient conclu que l'homéopathie ne valait pas davantage qu'un placebo. L'acupuncture et l'ostéopathie avaient elles fait preuve d'une certaine efficacité comme analgésiques et pour soigner les maux de dos.

Plusieurs médecins craignent également que la tolérance de pratiques n'ayant pas prouvé leur efficacité ne pousse les

patients vers l'automédication et l'adhésion à des médecines alternatives dangereuses.

Par ailleurs, le futuromètre de l'institut AQ Rate relève que 92,3% des personnes interrogées disent avoir confiance en leur médecin traitant et 85,4% dans la qualité des soins prodigués en Belgique.



Portrait

Jean-Baptiste Pussin (1745-1811)

Jean-Baptiste Pussin, né à Lons-le-Saunier (Jura) le 29 septembre 1745 et décédé à Paris en avril 1811, à 65 ans, était un surveillant de l'asile de Bicêtre, puis de la Salpêtrière.

Il secondait le docteur Philippe Pinel et joua un rôle dans l'amélioration du sort des aliénés.

Il est l'un des précurseurs de la fonction d'Infirmier psychiatrique.

Ancien tanneur, Il avait été admis à Bicêtre en 1771, «infirmes atteints des humeurs froides,» c'est à dire une lésion scrofuleuse ou adénite tuberculeuse, qui avait guérie. Comme il arrivait souvent avec les anciens patients, il trouva un emploi à l'hôpital et décide alors de s'impliquer dans la vie de l'hôpital : il aide tout d'abord les enfants malades, puis devient portier de l'hospice.

En 1780, il est promu surveillant dans le service des aliénés agités, puis, en 1785, « gouverneur des fous », et travaille entre autres auprès du médecin militaire Jean Colombier, inspecteur de l'hôpital, proche de ses conceptions. Sa femme travaille à ses côtés à Bicêtre, puis à la Salpêtrière.

Il consigne ses notes, observations et remarques dans des carnets et cahiers sur lesquels les médecins peuvent s'appuyer.

Jean-Baptiste Pussin et sa femme commencèrent rapidement les réformes humanitaires ayant pour objectif de supprimer cette «coutume barbare de l'usage des chaînes» pour les aliénés

En 1793, le Dr Philippe Pinel prend ses fonctions à Bicêtre. Il remarque que la façon de procéder de J-B Pussin avec les aliénés était très efficace : il était très humain avec les malades, et lorsque ceux-ci étaient libérés de leurs chaînes, ceux-ci se comportaient bien.

Jean-Baptiste Pussin, «chef de la police intérieure des loges, gouverneur des sous employés» osa le premier «le geste inaugurateur». Il commença par choisir le personnel parmi les malades guéris ou les convalescents.



Puis il s'agit, et cela durera jusqu'à la découverte des neuroleptiques, de conditionner les malades par un système de punitions / récompenses, de bons malades / mauvais malades.

Dr Pinel considère ce personnel composé d'anciens malades comme étant le plus apte à comprendre les besoins des internés, en raison du résultat dont ils ont eux-mêmes eu l'expérience. Il tient donc un « rôle d'observateur prudent laissant à son surveillant les initiatives thérapeutiques et administratives les plus nombreuses »

Le médecin-chef abandonne son ton dogmatique du moment lorsqu'il réalise que J-B Pussin avait beaucoup à lui apprendre. «Les visites fréquentes parfois pendant

Hommages

Le 3 août 1887, Monsieur Eugène Poubelle, préfet de la Seine, dévoilait sur un mur de Bicêtre une plaque à la mémoire de Jean-Baptiste Pussin, ancien surveillant à Bicêtre et à La Salpêtrière.

Jean-Baptiste Pussin est le nom de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de l'hôpital psychiatrique Esquirol à Saint-Maurice (Val-de-Marne).

Une unité de l'hôpital psychiatrique «Saint Jean de dieu» à Lyon, une unité de l'établissement public de santé d'Alsace du Nord (EPSAN) porte également son nom, ainsi qu'une unité de psychiatrie adulte du centre hospitalier du Mas Careiron à Uzès (Gard),...

plusieurs heures par jour, l'aidèrent à se familiariser avec les déviations, les vociférations et extravagances des plus violents parmi les maniaques. Sur ce point, il avait renouveler les entretiens avec l'homme le plus qualifié à comprendre leur condition antérieure et idées délirantes; lorsqu'il le fallait il n'y avait pas d'objections de sa part lorsque J-B Pussin lui faisait part d'un doute à renouveler son examen afin d'éclairer ou de rectifier son opinion.»

De toute évidence, la création d'un établissement spécifiquement réservé au traitement de la folie est, et restera, un objectif pour Pinel dont toute la stratégie consiste, en s'appuyant sur le savoir-faire et l'expérience de J-B Pussin, à démontrer la complémentarité théorie/pratique que souhaitent et ne cessent de réclamer les instances administratives.

En 1800, Dr Pinel qui ne dirige toujours pas le traitement des « folles » de la Salpêtrière publie son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Une nouvelle fois il s'appuie sur la philosophie de J-B Pussin et donne en exemple le travail qu'il effectue à Bicêtre. Ce *Traité*, qui reprend sans pratiquement les modifier des communications faites les années précédentes à la Société médicale d'émulation se conclut de la même façon que les *Observations* de 1794 : « A distance de tout engagement pratique, Dr Pinel s'appuie sur la démonstration du savoir-faire de J-B Pussin à Bicêtre pour revendiquer une priorité dans la mise en place d'un traitement moral pour les aliénés ». Dès 1801, le Conseil général des hospices de Paris se préoccupe de trouver

le cadre nécessaire pour «réunir en une seule maison une classe particulière de malades épars dans quatre des anciens hospices» et souligne «les grandes lumières du citoyen Pinel» et «l'expérience et les soins continuels du citoyen Pussin». L'association des deux hommes commence à prendre une tournure officielle.

Dr Pinel nommé à la Salpêtrière appela J-B Pussin où il continua jusqu'à sa mort le travail «humain», tellement apprécié par le fondateur de la psychiatrie en France, qui, soit dit en passant a bénéficié, malgré lui, du mythe de l'enlèvement des chaînes aux aliénés de Bicêtre. Il y apporta les mêmes réformes, établissant un régime d'étude et de soins pour remplacer les châtiments et éliminant ainsi ce qui avait été utilisé précédemment.

Bibliographie

- **PINEL P.** - *Traité Médico-philosophique sur l'Aliénation mentale ou la manie*, Paris, Richard, Caille et Ravier, An IX (1800), p. 103.
- **Dans** «Des chaînes qu'on enlève» publié en annexe de son ouvrage *Le sujet de la folie*, Toulouse, Privât, 1976, Gladys Swain analyse avec pertinence la constitution du mythe pinélien. Sur la signification et les fonctions du mythe on pourra consulter **POSTEL J.**, *Genèse de la psychiatrie, les premiers écrits de Philippe Pinel*, Paris, Le Sycomore, 1981.
- **CAIRE M.** - «**Pussin avant Pinel**», *L'Information psychiatrique*, n° 6, juillet 1993, pp. 529- 538, et, «Un état des fous de Bicêtre en 1792», *Nervure*, t. 6, n° 7, septembre 1993, pp. 62- 67.

A vos agendas



EXPOSITION À POPERINGE: HEALING

C'est avec espoir que Poperinge clôture la période de commémoration. L'été 2018 sera placé sous le signe des vertus curatives. Le réconfort et la beauté joueront un rôle essentiel. L'exposition HEALING donne la parole aux femmes qui guérissent: les infirmières belges. Chantal Pollier, Ezra Veldhuis, Harlinde De Mol et Eleanor Crook émaillent l'exposition de déclarations artistiques.

Infos pratiques

30 juin - 16 septembre 2018
Chapelle de l'hospice, Gasthuisstraat 1a, Poperinge
Ouvert chaque jour de 13h à 18h (fermé le lundi)
Gratuit



LE LIVRE 'ALTIJD TROOSTEN'

L'exposition est accompagnée par le livre 'Altijd troosten', qui raconte l'histoire des infirmières belges pendant la première guerre mondiale.

Auteur: Luc De Munck

Éditeur: Amsterdam University Press

Prix: 24,99 euros

Coopération médecin/infirmière : il faut avancer !

Paris, le samedi 24 mars 2018 – Une véritable boîte de Pandore. La présentation par le ministère de la Santé d'un projet de décret visant à définir les compétences et responsabilités de la future infirmière de pratique avancée (IPA) a fait émerger un flot de commentaires mille fois entendus, surfant sur des querelles corporatistes éculées.

Condescendance partagée

Dans les commentaires que l'on peut lire sur le JIM (et sur d'autres sites d'information médicale), voici revenu le temps d'un mépris nullement masqué. « *Si les infirmières veulent jouer le rôle de médecin généraliste, il faut s'inscrire en faculté de médecine et passer le diplôme* » peut-on ainsi lire sur le site Egora. Le réflexe corporatiste se retrouve également dans nos colonnes : « *Je n'ai pas choisi d'être médecin généraliste pour voir mes missions enlevées au profit des infirmières* » assène sans nuance un praticien. Chez les infirmières, la réaction a également été épidermique et prévisible : la lutte des classes n'est pas loin. « *Combien de temps encore la profession infirmière devra se contenter de strapontins généreusement accordés par délégation par la toute puissante autorité Médicale pour participer aux soins (...). Il est temps de sortir d'un système féodal* » s'emporte un infirmier sur le JIM. Ainsi, beaucoup se cantonnent dans des postures, méconnaissant l'évolution de la société (et notamment le vieillissement de la population qui impose probablement une nouvelle organisation des soins) et les aspirations des uns et des autres.

Officiers de santé en Afrique

Mais la colère n'est pas toujours dirigée contre l'autre professionnel de santé ; elle s'exprime également fréquemment contre les responsables publics, soupçonnés de vouloir saper la qualité des soins et de mettre en place un système à deux vitesses. « *Professeur Buzyn, confiez-vous vos proches à des infirmiers aux pratiques avancées ?* » écrit ainsi un médecin sur Egora, signalant clairement sa crainte de voir se créer des filières différentes en fonction des ressources de chacun. Sur le JIM, on ironise plus clairement encore : « *Et ben, c'est l'Afrique, quoi... ! Ça marche très bien comme ça la bas !* » jette un de nos lecteurs, n'hésitant pas à tomber dans un certain excès. D'autres plus mesurés font néanmoins également référence à des temps reculés où la qualité des soins laissait à désirer, tel le docteur François-Marie Michaut qui assimile sur son blog le système à

un retour aux « *officiers de santé* » et qui considère peut-être un peu rapidement que le projet a pour objectif de « *remplacer dans leurs fonctions des médecins de ville et de campagne par des infirmiers* ».

Profession par défaut ?

Cependant, parallèlement à ces remarques peu amènes et à ces inquiétudes, d'autres voient dans cette réforme le sens de l'histoire et une orientation souhaitable. Parfois, cette position est empreinte d'un léger paternalisme. « Nos confrères veulent faire de la médecine mais ne veulent plus soigner. Chez les infirmières il y a une pépinière de jeunes qui voudraient soigner davantage. Elles ne sont pas sottes, loin de là. Simplement, elles n'ont pas réussi la sélection stupide de la première année de médecine ou ont manqué de moyens » écrit un de nos lecteurs, ce qui tend un peu vite à considérer que l'horizon ultime est la profession de médecin et que l'on choisit nécessairement d'être infirmier par défaut. Cette perception qui fait écho à un post récent publié sur le site du Huffington Post canadien écrit par un infirmier déplorant que sa mère lui ait lancé « Tu aurais pu être médecin, mais tu es juste infirmier » n'offre pas nécessairement une appréhension parfaitement positive de l'idée de coopération. Néanmoins, elle permet de distancer les suspensions d'incompétence. Ces dernières sont en outre loin d'être unanimes. Ainsi un de nos lecteurs écrit : « *On va faire appel aux infirmiers cliniciens. Pourquoi pas. Nombre d'entre nous ont beaucoup appris à leur contact. Pourquoi ne favorise-t-on pas la constitution de dispensaire où les professionnels de santé pourraient travailler en complémentarité* ». Ici, on s'oriente clairement vers une vision positive de la collaboration partagée par beaucoup. « *Une nouvelle ère va s'ouvrir pour l'exercice de la médecine qui devient plus compliquée mais plus intéressante* » écrit ainsi un médecin sur le JIM, totalement en accord avec l'idée de travailler avec des « *infirmières collaboratrices* ».

1^{ÈRE} ÉDITION

SYMPOSIUM

AFIU  SIZ

6
NOV
2018

8H30 ▶ 17H

AULA MAGNA

Place Raymond Lemaire 1,
Ottignies-Louvain-La-Neuve

SUJETS

Sepsis chez l'adulte & l'enfant



Oxygénothérapie & VNI



SBAR & TIMI



Nouveautés dans l'AVC



Critères d'admission à l'USI

afiu



MEMBRES
& ÉTUDIANTS
NON MEMBRES

40€
80€

INSCRIPTIONS SUR

WWW.SIZ-AFIU-LECONGRES.BE



Financement : tout changer pour éviter les réflexes corporatistes

Néanmoins, pour éviter la persistance des critiques et les méthodes contre-productives, deux éléments doivent trouver nécessairement une réponse. D'abord, celle de la juste rémunération des uns et des autres. Cette notion est retrouvée dans de nombreuses interventions et notamment sous la plume du professeur Guy Vallancien qui s'est penché sur le sujet dans une tribune publiée sur le Point. *« Le deuxième frein tient à l'argent. Tant que les professionnels de santé libéraux seront payés à l'acte, il sera impossible de faire évoluer le système dans le bon sens. Lorsqu'une infirmière assurera un acte que réalisait auparavant le médecin, ce sera autant de moins pour mon confrère dans la poche »* résume sans fard le chirurgien urologue. A ses yeux, la solution est une refonte des dispositifs actuels. *« Il importe de revoir les modes de financement des parcours de soins dans les pathologies variées chroniques comme aiguës. Le paiement à l'acte n'est plus le bon moyen de reconnaître le travail accompli, sauf exception. Des modes de forfaits combinés à une capitation sont mieux adaptés à ces nouvelles pratiques partagées. Quel médecin devenu plus rare, donc plus cher, refuserait un salaire avec intéressement qui représenterait 30 à 40 % de plus que ce qu'il gagne actuel-*

lement ? Aucun ! S'accrocher au slogan dépassé d'une médecine libérale qui ne l'est déjà plus est suicidaire » écrit-il.

Le danger vient de l'exercice isolé

Pour le professeur Guy Vallancien, il sera également nécessaire de réfléchir de manière précise à la question de la responsabilité. *« Nous devons réviser toute la hiérarchie du monde soignant (...) en ayant à l'esprit la nécessaire collaboration entre professionnels qui devront apprendre à travailler sous le même toit dans les maisons et centres de santé qui fleurissent dans les territoires. (...) Demain, un infirmier ou un médecin seul dans son métier sera dangereux, tant les connaissances se multiplient et évoluent vite. C'est en se regroupant pour partager l'action médicale que les équipes soignantes amélioreront la prise en charge de malades. Les minables altercations et autres batailles de préséance et d'espace vital ne sont pas à la hauteur des enjeux »* remarque sur le sujet l'urologue.

Durcir le numerus clausus !

Ce dernier, très favorable, on le voit, au projet d'IPA, dont il considère avec force qu'il est la voie à suivre pour l'avenir, ne partage pas les théories de ceux qui estiment qu'il serait un mal nécessaire, conséquence inévitable du fiasco du numerus clausus. Au contraire, au sujet de ce dernier, il note : *« Un tel changement implique plus d'infirmiers et moins de médecins à former à terme ; c'est donc dès maintenant qu'il faut réduire l'entrée en faculté de médecine, ouvrir des diplômes universitaires et des masters pour les infirmiers, formations qui soient professionnalisantes et non pas éthérées, hors du temps et du terrain, comme trop souvent »*. Ainsi, on constate que pour lui l'IPA ne doit pas être considéré comme une réponse aux difficultés mais un véritable programme d'amélioration des soins. Dès lors, il réfute l'idée d'infirmières venant pallier le manque de médecins. *« Il ne s'agit pas de compenser à la va-vite un manque de médecins, ce qui reviendrait à créer une véritable médecine à deux vitesses, les riches ayant accès au bon docteur quand les pauvres habitants des déserts auraient juste le droit de voir l'infirmier, mais bien de transformer profondément l'organisation du système de soin »* martèle-t-il encore.

Satisfaction générale ?

Enfin, les bénéfices à attendre seraient nombreux, pour les médecins, les infirmières et les patients. Evoquant les résultats d'une expérimentation conduite il y a déjà dix ans dans son service (une ancienneté qui vient relativiser la pertinence des demandes de nouvelles évaluations, car beaucoup a déjà été fait), Guy Vallancien rapporte : *« Or l'expérience prouve, comme je l'ai constaté dans mon hôpital, que le travail en couple médecin-infirmier est un*

plus considérable pour tout le monde, patient en premier. Le temps passé aux soins par l'infirmière dégage le médecin qui peut vaquer à d'autres tâches. On n'observe pas de sinistralité aggravée quand l'infirmier fait bien son travail. Les malades sont très satisfaits de ce partage de compétences. Ces trois points furent analysés par l'administration du ministère de la Santé dans le cadre d'une enquête sur le sujet il y a déjà 10 ans ! Pour lancer cette expérimentation de « pratiques avancées pour les infirmiers » nous avons créé un DU d'assistant médical en pathologie de la prostate. Un cursus théorique comprenant notamment de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie prostatique et de la thérapeutique était couplé à la participation pendant un an aux consultations médicales. L'examen pour l'obtention du diplôme consistait en une vraie consultation auprès d'un malade. Résultat : cette nouvelle répartition des rôles rendit 20 % de temps aux médecins et permit aux infirmières de nouvelles pratiques et responsabilités » conclut-il considérant encore qu'entre « 30 et 50 % des actes médicaux sont effectivement transférables à des personnels soignants non médecins, quitte à entrevoir une formation complémentaire de niveau master pour certaines prises en charge particulières ».

Ainsi, la boîte de Pandore peut parfois réserver quelques surprises, cachant sous des représentations très traditionnelles des enthousiasmes marqués et des dé-

sirs de faire évoluer en profondeur le système. Pour découvrir ces différentes subtilités vous pouvez lire : le résumé des commentaires postés sur Egora : <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/37971-pr-buzyn-confierez-vous-vos-proches-a-des-infirmiers-aux?nopaging=1>; les réactions du JIM à nos différents articles : https://www.jim.fr/medecin/pratique/recherche/e-docs/pratique_avancee_le_college_infirmier_denonce_le_mepreis_du_gouvernement_et_du_lobby_medical__170664/document_actu_pro.phtml; et https://www.jim.fr/medecin/pratique/recherche/e-docs/pratique_avancee_infirmiere_le_gouvernement_appele_de_toutes_parts_a_revoir_sa_copie__170614/document_actu_pro.phtml; le blog de François-Marie Michaut : <http://effet-mem.blogspot.fr/2018/03/generalistes-versus-infirmiers-exmed.html>; le blog de l'infirmier canadien Yan Giroux : http://quebec.huffingtonpost.ca/yan-giroux/tu-aurais-pu-etre-medecin-mais-tu-es-juste-infirmier_a_23378787/; et la tribune de Guy Vallancien : http://www.lepoint.fr/invites-du-point/vallancien-medecins-infirmiers-unissez-vous-17-03-2018-2203331_420.php.

Aurélie Haroche

Copyright © <http://www.jim.fr>

Pratique avancée : le collège infirmier dénonce le « mépris » du gouvernement et du « lobby médical »

Paris, le mardi 13 mars 2018 – Après la présentation, le 8 mars dernier, par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du projet de décret sur la pratique avancée infirmière, le Collège Infirmier Français qui regroupe « 22 personnes morales représentatives de la profession infirmière » publie un communiqué au vitriol qui pointe « une sévère déconvenue pour la profession infirmière en France ».

Le « mépris » du gouvernement

Le communiqué dénonce en premier lieu le « mépris pour la reconnaissance de l'expertise infirmière en pratique avancée » du gouvernement qui se manifesterait par un « projet de décret qui exclut la profession infirmière ». « Nous avons connu une première déconvenue à la lecture de l'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui fixait un périmètre assez resserré aux paramédicaux exerçant en pratique avancée »

estime le Collège qui souligne « avec ce décret, nous avons l'occasion de bousculer la structuration passéiste des professions de santé en France » mais « les textes conservent une logique clivante séparant approche médicale et paramédicale alors que dans de nombreux pays une démarche intelligente et aplanie a été retenue, réunissant des professionnels de santé autour des situations, pour faire vivre l'interdisciplinarité et mieux servir la population ».



RÉAGIR / VOS RÉACTIONS (4)

Sortir d'un système féodal

Le 13 mars 2018

Une fois encore l'archaïsme français fait ses preuves. Combien de temps encore la profession infirmière devra se contenter de strapon-tins généreusement accordés par délégation par la toute puissante autorité Médicale pour participer aux soins. Ce système pyramidal imposé, reléguant les infirmières (peut être là encore un relent de domination masculine) à ce rôle d'«auxiliaire» est encore en vigueur.

Le CIF dénonce aussi la méthodologie gouvernementale « *faisant alterner temps de latences et pression imposée par un calendrier contraint* » et « *une approche initiale obligeant les participants à analyser des projets de textes en extemporané sans même disposer d'une version papier* ».

Le « lobby médical » à la manœuvre ?

Pour l'organisme, c'est le « lobby médical » qui serait à l'œuvre pour tirer vers le bas les pratiques avancées infirmière dans notre pays et interdire consultations, diagnostics et recherche à cette profession.

Au total, le CIF dénonce des « *arbitrages (...) en accord avec la vision de la pratique avancée portée par certains groupes de pression médicaux (...) radicaux sur le sujet, dans une vision archaïque et médico-centrée du soin* ».

Elle conclut qu'elle souhaite « *une reconnaissance à part entière de l'IPA, expert autonome conforme au modèle international et nourri des savoirs issus de la discipline des sciences infirmières* ».

F.H.

Copyright © <http://www.jim.fr>

Sur un thème proche

Pratique avancée infirmière : le gouvernement appelé de toutes parts à revoir sa copie

Il y a bien longtemps que dans d'autres pays évolués, le système de soins n'est plus construit comme une pyramide mais est pensé comme une collaboration de professions de santé avec leurs pleines compétences. Les termes de Diagnostic, physiologie, patho-physiologie, pharmacologie, anatomie et la possibilité de prescription ne sont pas l'apanage génétique d'une seule espèce soignante. Différentes professions de santé partagent les connaissances et les compétences nécessaires et devraient en avoir le droit d'usage. Il est temps de sortir d'un système féodal et de s'ouvrir à plus de pragmatisme, réalisme et objectivité. Il n'y a aucune mise en danger avec la pratique avancée infirmière, car elle ne sort pas d'un chapeau du jour au lendemain et est réservée aux personnes en ayant les compétences même acquises depuis longtemps pour certaines spécialités. Il est temps d'avoir un peu de lucidité.

Pascal Rod
IADE

Travailler en complémentarité

Le 14 mars 2018

Nous voici arrivé à l'heure de la pénurie de médecins. Beaucoup d'effort pour en arriver là: le numérus clausus, le rapport Choussat, le secteur 2, les choix de la profession (qui a aussi ses responsabilités), l'absence de réaction du public (les malades en puissance), les schémas proposés par l'ARS imposant deux médecins porteurs de projet.

Maintenant qu'on est installé dans la pénurie et on va faire appel aux infirmiers cliniciens. Pourquoi pas. Nombre d'entre nous ont beaucoup appris à leur contact. Pourquoi ne favorise-t-on pas la constitution de dispensaire où les professionnels de santé pourraient travailler en complémentarité? Oui pour les infirmiers cliniciens mais il faut qu'ils soient rémunérés décemment!

Dr Michel Simonot

Une expérience de *formation* très riche auprès de nos *aides-soignants* ... À PARTAGER...

Sidonie Laurent,
Cadre Infirmier Formation,
Cliniques universitaires Saint-Luc

Joëlle Hansoul, Infirmière
Chargée de mission formation,
Cliniques universitaires Saint-Luc

La cellule Formation du Département infirmier des Cliniques universitaires Saint-Luc a formé tous les aides-soignants à l'écriture au Dossier infirmier entre septembre 2017 et janvier 2018. La formation « le soin de qualité passe par l'écriture au dossier » visait l'amélioration des compétences des aides-soignants (des unités de soins adultes) en vue de les impliquer, les responsabiliser face à la tenue correcte du Dossier infirmier.

Ce projet de « développement et apprentissage » s'inscrivait dans les objectifs stratégiques institutionnels 2017 au travers de l'axe optimisation qui vise à concevoir et mettre en place les actions visant l'excellence.

Les axes visés plus particulièrement sont la sécurité et la satisfaction de nos patients au travers de la qualité des soins en lien avec la démarche globale d'accréditation poursuivie par notre institution (HSO¹), ainsi que l'optimisation du DI RHM².

Nous sommes partis du constat que les aides-soignants ne sont pas suffisamment outillés pour transmettre par écrit leurs activités de façon professionnelle dans les dossiers patients. En effet, les recommandations en matière d'écriture professionnelle ont évolué et la majorité de nos aides-soignants ne possèdent pas ou plus les compétences pour y répondre.

Ceci a un impact non négligeable sur la qualité de remplissage de notre dossier infirmier ainsi que sur les données pour l'enregistrement du DI-RHM.

A cet effet, il nous semblait essentiel de mettre en place une action de formation ciblée auprès de ce public qui représente environ 150 collaborateurs.

En tant qu'acteur de soins, dans son profil de compétences, l'aide-soignant a un rôle important dans la chaîne de communication (orale et écrite) au sein d'une équipe structurée et au bénéfice de la qualité et la continuité des soins.

Durant tout le cheminement de construction de cette action de formation, nous avons cherché à favoriser au maximum le transfert des acquis d'apprentissage.

Le choix s'est donc porté sur l'organisation de six séances plénières de quatre heures, regroupant une trentaine d'aides-soignants par session afin de favoriser les interactions.

En outre, nous avons opté pour une méthodologie dynamique construite autour de 10 capsules vidéos d'une durée de 1 à 5 minutes, d'exercices pratiques en petits groupes, de temps de mise en commun et d'un quizz interactif se rapprochant de « l'apprentissage par la simulation ». Le processus identificatoire est renforcé par le fait que l'actrice dans les capsules vidéos est une aide-soignante des Cliniques et est intégrée au groupe de formateurs présents lors de chaque séance plénière.

A partir de cette thématique de « l'écriture professionnelle », nous avons également pu dépasser les objectifs et ouvrir à d'autres champs garantissant la qualité et de la sécurité des soins tels que les principes d'identito-vigilance, de prévention et contrôle des infections et de protection des patients fragiles.

Le projet mis en place est donc bien plus qu'une formation... C'est une réelle action de déve-

loppement professionnel touchant les compétences techniques, les attitudes professionnelles et favorisant l'adhésion aux projets institutionnels futurs. Il participe au sentiment d'implication et de responsabilité de chaque aide-soignant et contribue ainsi à rendre le professionnel « partenaire ».

Du point de vue des formateurs, il s'agit d'une expérience fédératrice, réellement collaborative. Nous avons travaillé en interdisciplinarité, chacun apportant son expertise (aide-soignante, dossier, DI RHM, applications informatiques, centre audio-visuel et cellule formation continue) à chaque étape et s'enrichissant mutuellement.

L'évaluation s'est faite sur base d'un questionnaire d'auto-évaluation proposé en début et en fin de session les invitant à positionner sur une échelle leur motivation à compléter le dossier et leurs connaissances. Un quizz interactif clôturait la matinée en vue de fixer les points essentiels. Sur cette base, nous objectivons une amélioration des compétences des participants.

D'autre part, Paola, l'aide-soignante « actrice et formatrice » a recueilli un certain nombre de témoignages de collègues suite à leur participation. Plusieurs d'entre eux mentionnent le sentiment de valorisation, « d'avoir plus de place ». Si elle dit que la plupart de ses collègues expriment une certaine « frustration » dans leur pratique quotidienne, Paola a profité de cette formation pour renforcer la confiance en soi des participants à l'aide de messages tels que « c'est à toi à prendre ta place au sein de l'équipe », « ne laisse pas l'infirmière écrire pour toi dans le dossier »... Sa présence et la qualité de la transmission de son expérience et de ses connaissances ont été fortement appréciées.

Paola, s'est trouvée, elle-même, enrichie de cette expérience au niveau relationnel (fait de rencontrer des collègues qu'elle ne connaissait pas et qui aujourd'hui échangent avec elle dans les couloirs) et s'est également sentie valorisée et bien entourée par tous les acteurs du projet.

Le transfert des acquis sur le terrain ne pourra, quant à lui, être évalué que sur base des résultats du DI-RHM.

Nous sommes conscients que cette action de formation ne pourra être véritablement porteuse sans sensibiliser les infirmiers en chef à l'importance de « donner une place » aux aides-soignants dans le remplissage du dossier. En outre, nous devons envisager le maintien de ces compétences ainsi que la formation des nouveaux engagés...

Nous terminons en reprenant le titre « à partager »... Nous espérons que ce partage d'expérience si positive motivera d'autres institutions à aborder ce thème du Dossier de manière innovante et attractive.

12 Juin 15h30 Unité 53

Information / Education

Avant chaque prestation, identifier le patient

Suivi Infirmier

Avant chaque prestation, identifier le patient

Entrée et préparation préop

1 Health Standards Organization, Accréditation Canada

2 Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum

Domaines d'intervention, prescriptions, actes... quel sera le périmètre d'action du futur infirmier en pratique avancée ?

Paris, France -- La négociation tant attendue sur le statut d'infirmier en pratique avancée a enfin commencé, ce 8 mars. Il était temps puisque les premières formations officiellement reconnues sont prévues pour septembre 2018. A ce stade, l'heure est aux discussions et celles-ci s'annoncent houleuses au vu des premières réactions, tant du côté infirmiers, qui critiquent une approche restrictive et un manque d'autonomie que du côté médecins, qui y voient un « démantèlement » de la médecine (Voir notre article *Infirmier en pratique avancée : le nouveau statut déterre la hache de guerre entre médecins et infirmiers*). Les deux parties ont un an pour s'accorder, le décret ne sera publié, pour sa part, qu'au printemps prochain.

Infirmier en pratique avancée, un nouveau-métier

Historiquement, la pratique avancée est apparue aux Etats-Unis. A la base, c'est « un.e infirmière.e diplômé.e qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière.e sera autorisé.e à exercer. » On compte 330 000 infirmière.s en pratiques avancées (IPA) dans 25 pays du monde. Toutes les études réalisées indiquent que l'IPA améliore les résultats de santé dans les nombreux milieux cliniques où elle se déploie, et pour toutes les patientèles concernées, avec des soins sûrs, efficaces et bien perçus par les patients, peut-on lire sur le site du syndicat infirmier .

Très en vogue au Québec, cette pratique qui est déjà entrée dans les mœurs dans certains pays européens arrive en France, rendant caduque la notion de délégation de tâches, mal vécue par les infirmier.es comme par les médecins.

Domaines d'intervention

Qu'en est-il de ce projet qui semble mécontenter tout le monde ? Lors de la première séance de négociations, le 8 mars, dernier sur le statut d'infirmier en pratique avancée, trois textes ont été présentés : un projet de décret et deux projets d'arrêtés. L'un des arrêtés fixe la liste des prescriptions médicales et dispositifs médicaux, des actes techniques, et des examens de biologie médicale autorisés ouverts aux infirmiers en pratique avancée. Concernant les examens en biologie médicale, sont autorisées les pres-

criptions en hématologie, hémostase et coagulation, microbiologie, hormonologie, enzymologie, protéines, biochimie, urines.

En matière d'actes de suivi et de prévention, dix actes ont été retenus, parmi lesquels des conseils en diététiques adaptés, des électro-encéphalographies, ou encore des radiographies. Par ailleurs, 16 actes techniques pourront être pratiqués sans autorisation médicale. Cela va de la spirométrie standard, au prélèvement de sang, en passant par la pose de sondes vésicales ou rectales. Enfin, l'IPA pourra prescrire parmi les dispositifs médicaux des aides à la déambulation, des débimètres de pointe, des fauteuils roulants, ainsi que les « dispositifs médicaux figurant dans la liste relevant de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique », en relation avec la kinésithérapie.

Le deuxième arrêté fixe la liste des pathologies chroniques que l'IPA pourra prendre en charge (voir encadré).

Pathologies chroniques stabilisées :

L'infirmier pourra prendre en charge la liste ainsi définie de pathologies chroniques stabilisées :

- accident vasculaire cérébral ;
- artériopathies chroniques ;
- cardiopathie, maladie coronaire ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- insuffisance respiratoire chronique ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- épilepsie.



FoRS

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

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



Depuis 2005
**Formation Post-Bachelor en
Acupuncture**

Reconnaissance par la Fédération Belge
d'Acupuncture B.A.F.



ACUPUNCTURE

Haute École de Namur-Liège-Luxembourg **HENALLUX**
Département paramédical Ste Elisabeth rue Louis Loiseau, 39 5000 Namur

Portes Ouvertes
samedi 15 septembre 2018
de 10h à 13h

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

Informations et inscriptions aux cours

www.ettc-acu.be ou 0488/949.929

14ème Congrès Européen Francophone des infirmier(e)s clinicien(ne)s, spécialistes cliniques et de pratique avancée.

NOTE DE SYNTHÈSE FINALE

« RÔLES 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 soumis à d'importantes contraintes socio-économiques et en perpétuelle évolution.

Formés au cours d'un deuxième cycle de niveau universitaire, les IPA interviennent en contact direct avec les patients 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 (1).

Rôles des IPA

Deux grands types de rôle mutuellement non exclusifs sont attribués à l'IPA (2,3), selon la situation, le système de santé et la législation spécifique du pays concerné :

Il endosse la responsabilité de rôles nouveaux de soins infirmiers que ce soit dans la prise en charge de patients chroniques ou nécessitant des soins complexes, en travaillant à l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients au sein comme en dehors des établissements de santé.

Il intervient en complémentarité du médecin (généraliste et/ou spécialiste) et prend en charge le diagnostic et le traitement de certaines affections de santé. Dans cette complémentarité

s'ajoutent le pharmacien, les paramédicaux et les professionnels psycho-sociaux au sens large

Tout en s'intégrant dans une politique de santé publique qui étend son rôle, l'IPA doit conserver son approche infirmière (4,5) implementation and evaluation»,»container-title»:»Journal of Advanced Nursing»,»page»:»519-529»,»volume»:»48»,»issue»:»5»,»source»:»Wiley Online Library»,»abstract»:»Aim. The aim of this paper is to discuss six issues influencing the introduction of advanced practice nursing (APN. Celle-ci est constitutive de son identité professionnelle. Elle apporte une plusvalue avérée pour les patients par rapport à une approche exclusivement biomédicale (6,7).

L'IPA exerce aussi son rôle clinique en l'intégrant à l'organisation et la gestion des établissements de santé et/ou des soins extra-muros.

Formation

Selon le modèle conceptuel proposé par le Dr Ann Hamric (8), des conditions cumulatives s'appliquent pour définir l'IPA. Elles reprennent des critères primordiaux (A) sans lesquels on ne peut parler d'IPA, une formation axée sur la pratique au chevet du patient (B) qui développe des compétences jugées incontournables (C).

Ces compétences ne peuvent s'exprimer que si des éléments environnementaux critiques (D) affectant sa pratique sont considérés concomitamment au développement de l'IPA.

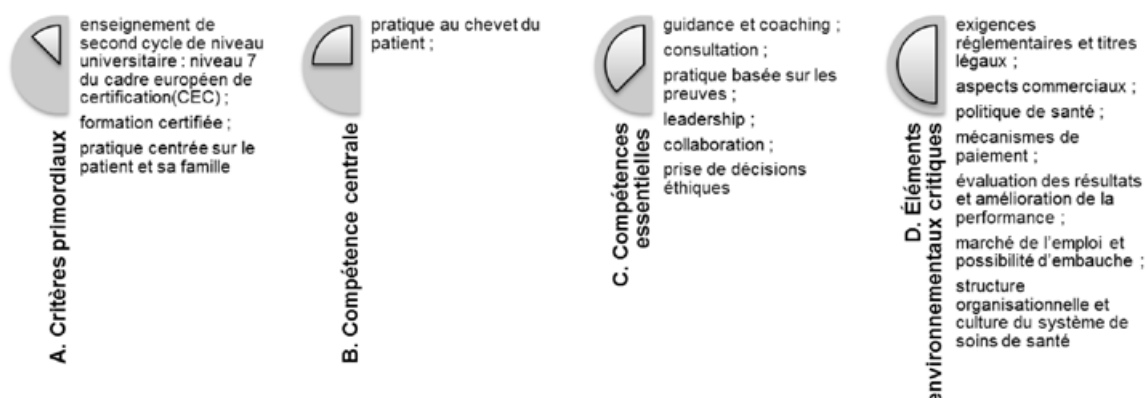


Figure 1 - Pratique infirmière avancée selon Hamric (1,8)

Contexte

En Europe, la Directive Européenne 2013/55/EU règle les critères de reconnaissance et de libre circulation de l'Infirmier Responsable des Soins Généraux. Elle est d'application dans tous les pays de l'UE depuis 2016. L'Union Européenne EU doit maintenant se pencher sur le processus de reconnaissance des Infirmiers Spécialisés et des Infirmiers de Pratique Avancée. La Fédération Européenne des Associations Infirmières (EFN – European Federation of Nurses Associations) s'emploie depuis de nombreuses années à analyser la situation des divers pays et a rédigé des rapports synthèse de recommandations à cet effet.

En Suisse, en France et en Belgique, le développement et la reconnaissance officielle des rôles avancés n'en sont qu'à leurs débuts (9) avec des différences entre les différentes régions.

Tenant compte de nos contextes spécifiques de santé et de la formation de haut niveau exigée, comme le démontrent les différentes études à ce sujet, la promulgation de l'exercice de l'IPA est indispensable dans tout système de santé efficient.

Enjeu

La question n'est donc plus « pourquoi » développer la pratique infirmière avancée mais bien

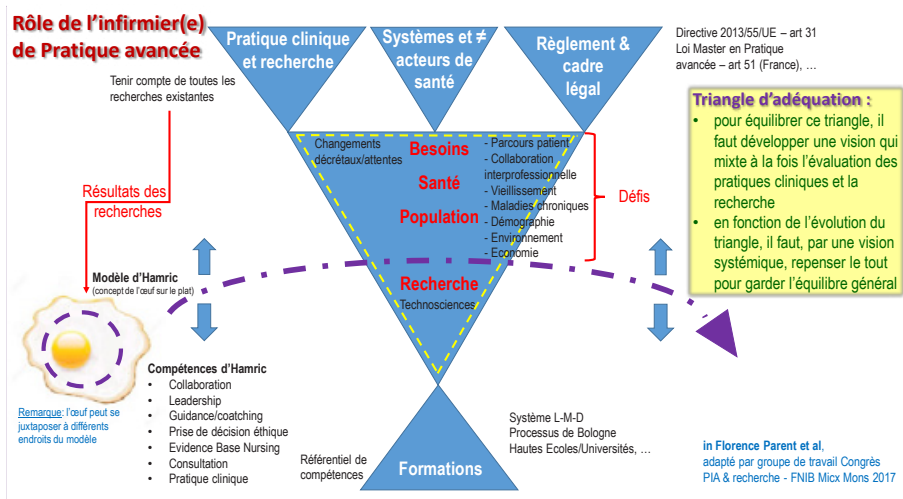
comment dans nos systèmes politiques et de soins de santé complexes, développer, aujourd'hui et rapidement, la pratique infirmière avancée pour aboutir à une plus-value pour les patients et pour le système en termes de résultats de santé, pour garantir des conditions d'exercice adéquates, pour permettre 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 donc travailler ensemble au développement de l'IPA selon une approche systémique, en harmonie et en tenant compte : du cadre légal et des différents niveaux de formation des praticiens infirmiers et des autres professionnels de santé de chaque pays, pour répondre aux besoins en santé des populations.

Dans nos pays, des IPA exercent déjà ces rôles élargis dans divers domaines d'expertise, à la fois de façon autonome et responsable. C'est pourquoi une harmonisation européenne est indispensable afin de clarifier la réglementation tant dans leur champ de pratique que dans leur formation en regard et au respect des réalités des différents pays concernés.

Références

1. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? Santé Publique [Internet]. 18 mars 2015 [cité 27 mars 2015]; S1(HS):105-10. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_150_0105
2. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. OCDE; 2010 [cité 10 avr 2014] p. 1-119. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>
3. Koskinen L, Mikkonen I, Graham I, Norman LD, Richardson J, Savage E, et al. Advanced practice nursing for enduring health needs management: a global perspective. Nurse Educ Today. juill 2012;32(5):540-4.
4. Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. J Adv Nurs [Internet]. 1 déc 2004 [cité 10 avr 2014];48(5):519-29. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x/abstract>
5. Fawcett J, Watson J, Neuman B, Walker PH, Fitzpatrick JJ. On Nursing Theories and Evidence. J Nurs Scholarsh [Internet]. juin 2001 [cité 5 janv 2014];33(2):115-9. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x>
6. Rashotte J. Knowing the nurse practitioner: dominant discourses shaping our horizons. Nurs Philos [Internet]. 1 janv 2005 [cité 10 avr 2014];6(1):51-62. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-769X.2004.00199.x/abstract>
7. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. F. A. Davis; 2005. 623 p.
8. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced practice nursing: an integrative approach. 5th Edition. Saunders; 2014. 752 p.
9. OCDE. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. [Internet]. OCDE; 2010. Disponible sur : [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)5&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5&docLanguage=Fr)



Réorganisation du département infirmier au CHR la Citadelle



Interview de Dominique PUTZEYS, Directeur du Pôle soins au Centre Hospitalier Régional de la Citadelle

Florence de Thier : Vous êtes directeur du département infirmier et paramédical depuis janvier 2016. Nous allons aborder toute la réorganisation de ce département. Pouvez-vous m'en parler en vous basant sur une logique avant-après ?

Dominique PUTZEYS : Il y a de grands enjeux pour les hôpitaux et de gros enjeux pour les départements infirmiers.

Les grands enjeux c'est de pouvoir être beaucoup plus agile et ouvert aux changements dans l'environnement dans lequel vivent les hôpitaux. Il faut rappeler que les départements infirmiers représentent souvent plus de 50% du personnel des hôpitaux.

Avant, nous avions des institutions hospitalières omnipotentes dans le réseau de soins avec une politique de santé publique hospitalo-centrée.

Or, dans l'état actuel des financements, les durées de séjour sont de plus en plus courtes et demain l'hôpital deviendra un maillon de la chaîne de soins axé sur la phase aiguë de la prise en charge du patient. Il entretiendra davantage de rapports forts avec les autres partenaires de soins (médecins généralistes, soins de première ligne, MR/MRS, etc.). Le département infirmier devra donc tisser de plus en plus de liens avec les structures de première ligne et développer des réseaux à différents niveaux.

Un directeur de département infirmier est confronté à une situation où il doit faire preuve d'une gestion la plus efficace possible de ses effectifs tout en prodiguant des soins d'encore plus grande qualité. Nous entrons dans un processus d'amélioration continue où il est question de faire mieux avec moins. Ce qui implique de réfléchir à l'organisation des processus de travail et à la mise en place de méthodes qui reposent sur l'efficacité et les données probantes par exemple, sur ce qu'on appelle l'excellence opérationnelle.

FdT : Qu'entendez-vous par excellence opérationnelle ?

DP : C'est une philosophie de travail qui consiste à orienter la bonne tâche vers la bonne personne et à supprimer, ou diminuer, toutes les tâches qui n'ont pas une réelle valeur ajoutée pour le patient.

Il s'agit d'un des axes du plan stratégique du pôle – le plan Move'n Care – passant par le développement du management participatif. C'est un projet qui va au-delà du plan stratégique du département infirmier.

On n'est pas dans une démarche « Lean Management » d'optimisation des processus de travail pour diminuer la masse salariale. C'est une approche reposant sur la remise en question, au quotidien, de l'organisation du travail dans laquelle on cherche

à atteindre la qualité et la sécurité des soins aux patients tout en maintenant un équilibre financier. On a entamé tout un processus de formation de nos cadres et instauré des outils d'animation tels que les tableaux blancs. Aujourd'hui, une dizaine d'infirmiers en chef mettent en place une démarche d'excellence opérationnelle à différents niveaux ce qui permet de vraiment responsabiliser chacun dans la dynamique du groupe.

FdT : Vous pouvez me donner un exemple ?

DP : Par exemple, dans les polycliniques, est-ce toujours les infirmiers qui doivent accomplir toute une série de tâches administratives ? Nous devons nous poser la question de la plus-value que l'infirmière réalise certaines tâches administratives.

Ne peut-on réorienter ces tâches vers du personnel qui a une qualification plus administrative et qui consacrerait dès lors plus de temps à la qualité de l'accueil tandis que l'infirmier fait cela parmi toute une série d'autres tâches de soins... ?

L'infirmier pourrait ainsi se consacrer aux soins au patient.

Il s'agit d'un enjeu important dans la réorganisation du travail à chacune des étapes des processus de prise en charge.

FdT : Quels sont les enjeux suivants ?

DP : Un autre enjeu concerne le pilotage des effectifs c'est-à-dire la mise en adéquation entre les effectifs et la charge de travail et la flexibilité permettant de s'adapter à l'évolution de l'activité médicale.

Nous avons une obligation de continuité des soins même lorsque des membres du personnel sont absents. L'hôpital doit donc s'organiser pour pouvoir plus facilement remplacer ces personnes absentes tout en répondant à l'évolution journalière de la charge de travail, avec un financement qui diminue, etc.

FdT : On parle aussi de qualité et de sécurité – il s'agit d'un autre axe de votre plan stratégique ?

DP : En effet, les hôpitaux s'engagent dans des processus d'accréditation, et la ministre a entamé le développement des modes de financements centrés sur le concept « pay for quality ».

Même si les hôpitaux belges prodiguaient déjà des soins de qualité, ils doivent en tout cas être capables de la mesurer davantage, de mettre en place des démarches d'améliorations continues structurées en décrivant leurs politiques et en impliquant beaucoup plus les équipes dans le processus de qualité.

Encore une fois, l'enjeu est de développer un management participatif parce que les équipes ont déjà toute une série de solutions

à bon nombre de problèmes.

Qualité et sécurité : j'ai toujours dit que l'une n'allait pas sans l'autre.

Nous, direction, devons nous assurer que les mesures organisationnelles et structurelles que nous prenons ne dérivent pas et n'ont pas d'impact sur la qualité et la sécurité des soins. Que du contraire, elles doivent aider à renforcer la qualité de la prise en charge des patients.

Fdt : Parlez-moi de l'infrastructure.

DP : C'est un enjeu majeur pour le CHR Liège dont le bâtiment date des années 80. Il doit se rénover sur le plan architectural et probablement aussi, en partie, sur le plan technologique pour mieux répondre à la fois aux attentes des patients de demain et aux nouveaux plans organisationnels des soins.

Le patient vient chez nous pour la qualité des soins, pour les médecins mais il est aussi attentif aux services qui lui sont proposés que ce soit en termes d'infrastructure ou d'efficacité. Nous devons renforcer l'orientation patient dans nos prises en charge.

Fdt : Quelles ont été les décisions à ce niveau ?

DP : On a décidé d'entamer un processus de rénovation globale de notre hôpital où les modifications apportées sont pensées dans une logique d'optimisation des services aux patients et d'efficacité accrue dans les modes d'organisation.

Cela se fera au service de l'organisation car il faut une réflexion qui va au-delà du fait de « rafraîchir » des locaux !

Fdt : Et les nouvelles technologies dans le département infirmier ? Vous pouvez m'en parler ?

DP : C'est un élément clé. Parlons notamment du dossier patient informatisé mais il n'y a pas que ça ! On doit développer des technologies innovantes dans des domaines comme la communication, l'aide à la décision, la surveillance et la sécurité des patients, etc.

Fdt : Des exemples concrets ?

DP : On peut faciliter le travail de l'infirmière en lui permettant d'avoir des informations sur les patients qui sont dans les chambres sans devoir systématiquement se déplacer, par exemple. Ou encore ce serait d'avoir des outils d'aide à la décision pour une infirmière quand elle a un doute sur une procédure. Des outils de pilotage des services comme le transport interne des patients peuvent être déployés, etc.

Fdt : Le bien-être des équipes est un des piliers dont vous parliez ?

DP : Oui car le bien-être des équipes et du personnel dans son environnement contribue à la qualité des soins. Au même titre que le développement des compétences, du type de management et de tas d'autres éléments. La littérature scientifique est très fournie dans ces domaines.

Fdt : Parlez-moi du troisième axe

Y'a-t'il un point de votre plan stratégique que nous n'avons pas abordé ?

DP : Le 3^{ème} pilier du plan Move'n Care, c'est la communication et la gestion du changement.

Fdt : Pourquoi ?

DP : Dans ces changements de paradigme de la réorganisation de la santé publique, les professionnels de terrain sont parfois inquiets et ne comprennent pas toujours les décisions prises. On sait que le changement fait peur et il y a de nombreuses incertitudes. On entend parler de beaucoup de choses : les réseaux, la diminution de lits, etc. De plus on dit aux professionnels qu'il faut travailler autrement, avec de plus en plus d'interfaces technologiques. Tout cela est anxiogène. Ces changements doivent être accompagnés, expliqués.

Le plan prévoit donc toute une série d'actions pour améliorer la communication et aider à la gestion du changement. Nous travaillons au développement d'outils de communication utiles aux différents collaborateurs du pôle soins.

Fdt : Un exemple ?

DP : Depuis deux ans, j'invite toutes les semaines deux infirmiers en chef au colloque du département. Cela leur permet de mieux comprendre les décisions et les aide dans l'accompagnement des messages aux équipes et ce parce qu'ils peuvent apporter un regard plus opérationnel sur les décisions.

De plus, je vois beaucoup plus souvent les infirmiers en chef et je réfléchis à mettre en place des moments plus informels comme des petits déjeuners où, une fois par mois, j'irai à la rencontre des infirmiers en chef pour répondre à leurs questions etc.

L'utilisation d'approches de communications novatrices, par exemple, au travers des réseaux professionnels, doit être analysée. On est aussi en train de développer le site intranet, et la communication d'informations au travers de l'outil de gestion des plannings, etc.

Pour mettre tous ces changements en place, il faut un plan d'actions. On a donc essayé de faire tourner ces quatre grands axes autour d'une quinzaine de projets phares à mener qui ont chacun entre 5 et 10 actions concrètes. Il est essentiel que ces projets ne soient pas que l'affaire de la direction. Les équipes et, notamment, la ligne hiérarchique doivent se les approprier. Il est clair que la communication est primordiale pour les impliquer.

Fdt : Vous m'avez dit que pour faire tout cela, vous aviez dû revoir l'organigramme. Pouvez-vous m'en dire plus et me dire d'abord pourquoi ?

DP : Parce que tous les projets que j'ai évoqués ici demandent un management transversal à travers l'ensemble de la ligne hiérarchique du Pôle Soins et avec les autres pôles. Il fallait donc trouver une structure matricielle dans laquelle on avait des cadres qui avaient cette responsabilité transversale.

Avec le soutien de la Direction Générale, nous avons créé en juin 2017 trois postes de conseillers au pôle soins qui ont chacun et chacune des missions de coordination des différents axes du pôle : un conseiller a des missions RH et de développement d'indicateurs de performance ainsi que l'implémentation de logiciels métiers, un autre a des missions en matière de qualité et de sécurité des soins, d'accréditation, de développement de l'excellence opérationnelle et le troisième a dans ses missions toute la partie gestion du changement, communication, infrastructure et gestion du matériel.

Ils ont un rôle de soutien, d'encadrement, de veille et d'accompagnement des chefs de service mais aussi de conseil à la direction du pôle soins.

Fdt : Et pour terminer, comment sont perçus tous ces changements ?

DP : Quand j'ai repris la direction du département infirmier et paramédical, il y avait une forte crainte des changements qui se préparaient. Car les gens ne se sentaient pas impliqués et ne comprenaient pas ce qu'il se passait.

Un de mes objectifs principaux est de développer des modes de management participatifs, de coaching et d'implication de la ligne hiérarchique pour laquelle je mets un point d'honneur à rester un maximum disponible. Je veux rester proche du terrain et bien comprendre les réalités, notamment en réalisant régulièrement des rencontres avec les équipes, afin de prendre des décisions éclairées.

On demande à la ligne hiérarchique de travailler davantage en transversalité. Cela suscite parfois des efforts importants liés aux changements de pratiques et de comprendre les enjeux de l'autre. Mais au quotidien, on se rend compte sur le terrain que ça a du sens.

Score ALARM, un outil d'aide dans la prise en charge du patient à risque de détérioration

La gestion des risques est un domaine important de la Santé Publique. Reconnaître le risque permet de mieux l'anticiper, de mieux le traiter, voire de l'éviter.

De nos jours, encore beaucoup d'évènements indésirables pourraient être évités en milieu hospitalier.

La reconnaissance précoce de la détérioration du patient et la prévention de l'arrêt cardiaque sont des éléments fondamentaux à prendre en compte dans le commencement de la chaîne de survie (Belgian Resuscitation Councils 2015).

La détection d'une aggravation n'est cependant pas aisée dans la pratique (Massey et al. 2017) (Johnston et al. 2014). En vue de simplifier le processus (principe de sécurité) (Kohn et al. 1999), un score d'alerte précoce a été développé.

Le score ALARM, "Afferent Limb And Response Method", est dynamique et évolutif au cours du temps; il consiste en l'utilisation d'un algorithme basé sur les paramètres vitaux. Le score total correspond à la somme de plusieurs points attribués aux différents items.

Les items principaux sont : la fréquence respiratoire (FR), la saturation en oxygène (Sat O2), la pression artérielle systolique (PAS), la fréquence cardiaque (FC), la conscience (Alert A, Voice V, Pain P, Unresponsive (U)), et la température (T). Chaque paramètre (item) est noté de 0 à 3.

Score ALARM

Parameters	3	2	1	0	1	2	3
Fréquence de respiration (nombre/min)	≤ 8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥ 25
Saturation en oxygène	≤ 91	92 - 93	94 - 95	≥ 96			
Température (°C)	≤ 35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥ 39,1	
Tension artérielle (mmHg)	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
Fréquence cardiaque (nombre/min)	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥ 131
Etat de conscience (AVPU)				A			V, P et U

Plusieurs études valident l'association entre un score pondéré et son niveau de risque de détérioration grâce aux chiffres de la mortalité intra-hospitalière, de la survenue d'un arrêt cardiaque, et d'une admission inopinée aux soins intensifs (Subbe et al. 2003) (Nishijima et al. 2016).

Ce score de détection précoce est validé dans plusieurs services de médecine, de chirurgie et il est également utilisé aux urgences pour anticiper la détérioration du patient (Liljehult & Christensen 2016) (Hollis et al. 2016) (Keep et al. 2016). L'équipe des soins intensifs HCMC l'observe avant tout transfert dans une unité.

Le protocole ALARM indique les actions à entreprendre selon le risque. Il s'agit d'une aide à la décision pour le déclenchement d'une réponse optimale.

SCORE ALARM	RISQUE	OBSERVATION	REPONSE CLINIQUE
0	Faible	12 heures	
1	Léger	6 heures	
2			
3			
4			
5			
6	Modéré	Paramètres par 4 ou 6 h en fonction de l'évaluation	Appel de l'équipe médicale (spécifique à chaque unité)
7			
8	Élevé	Surveillance attentive puis en fonction de l'évaluation médicale	Appel du médecin titulaire et évaluation par l'équipe intensive (93221 pour HCMC et 93435 pour Vésale)
9			
10 >			
Arrêt cardiaque	Décès	Débuter RCP	Appel 155

Protocole ALARM

Les 6 valeurs paramétriques sont encodées par l'infirmier dans le logiciel (SIM) permettant le suivi des données vitales du patient. Le score ALARM se calcule automatiquement. De plus, ce dernier est traduit, en fonction de son total, en risque de détérioration du patient, marqué d'un code couleur identique au protocole. Lorsque le soignant dirige son pointeur de souris sur le risque, il voit les points attribués à chaque item, reconnaît le problème et peut agir en conséquence.

Encodage du score dans le logiciel (SIM)

Encodage des 6 paramètres incomplet (étape 5/6).

Score ALARM erroné et ininterprétable.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'influence de l'instauration du score ALARM après la formation du personnel soignant par une méthode quantitative en comparant les données de deux populations indépendantes de patients séjournant en médecine interne à l'HCMC.

Le premier échantillon de patients était le groupe contrôle avant la formation tandis que le second échantillon était surveillé en connaissance du score ALARM par le personnel infirmier.

Il s'agissait d'analyser la différence du nombre d'encodages du score, de la mortalité, des durées de séjour hospitalier et des durées de séjour en médecine interne.

En résultat, les 2 populations n'étaient significativement pas différentes dans leurs données sociodémographiques, ni dans leurs durées de séjour, ni dans le taux de décès en médecine interne.

Le nombre de prises de paramètres était comparable entre la période 1 (P1) et la période 2 (P2).

Le total de score ALARM enregistrés au cours de P2 a largement augmenté, passant de 2725 encodages en P1 à 5132 en P2 ($p=0.03$).

Au cours de la seconde période, on observait une augmentation significative de la mesure de la fréquence respiratoire (38 % des paramètres enregistrés en P1 versus 66% en P2 ($p<0.05$)).

La mesure de la saturation en O2 et l'encodage de l'état de conscience ont eux aussi augmenté ($p<0.05$).

Pour 156 scores ALARM encodés supérieurs ou égaux à 8 en P2, seulement 8 rapports ont été écrits par l'infirmier pour transmettre la dégradation du patient. Aucune de ces transmissions ne contenait la valeur du score ALARM. Selon l'écrit de ces 8 cibles, le médecin a été interpellé 6 fois.

Vingt-six patients étaient concernés par ce risque de détérioration élevé en P2.

Parmi ces patients, 6 ont été transférés aux soins intensifs, 6 sont décédés en intra-hospitaliers dont 3 en médecine interne et 2 ont fait un arrêt cardiaque en médecine interne.

Le score ALARM était donc plus encodé mais l'utilisation de son protocole guidant la surveillance et l'appel à l'aide n'était pas évidente.

Il reste important de familiariser le personnel au score ALARM. La formation par power point, les affiches, et le

protocole « de poche » pourraient être appuyés de vidéos, de formations “e-learning”, ou de formations continues par simulation (Hillman 2005). Des remises à niveau “basic life support” sont en cours au CHU de Charleroi ; un rappel sur le score ALARM et son protocole est envisagé durant ces formations.

L'utilisation de matériels « connectés » pour la prise de paramètres (projet en cours de réalisation) pourrait améliorer l'adhérence infirmière (mesure simultanée des 6 paramètres, calcul et enregistrement du score, et proposition de la réponse clinique en une tâche).

La clinique infirmière n'est pas mise de côté ; cet outil est une aide à la détection et à la prise de décision dans la prise en charge du patient à risque de détérioration.

La charge de travail n'est pas augmentée ; il s'agit de mettre en œuvre le protocole ALARM, ciblant les patients à risque. Ce score permet d'éviter les points de non-retour dans une vision de sécurité et de qualité de prise en charge du patient à l'hôpital.

Noël Cindarella

Infirmière USI HCMC

Références :

Hillman, K., 2005. Introduction of the medical emergency team (MET) system: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 365(9477), pp.2091–2097.

Hollis, R.H. et al., 2016. A Role for the Early Warning Score in Early Identification of Critical Postoperative Complications. *Annals of surgery*, 263(5), pp.918–923.

Johnston, M. et al., 2014. Escalation of care and failure to rescue: A multi-center, multiprofessional qualitative study. *Surgery (United States)*, 155(6), pp.989–994.

Keep, J.W. et al., 2016. National early warning score at Emergency Department triage may allow earlier identification of patients with severe sepsis and septic shock: a retrospective observational study. *Emergency medicine journal: EMJ*, 33(1), pp.37–41.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Molla, S., 1999. To Err Is Human. *Medicine*, 126(November), p.312.

Liljeblom, J. & Christensen, T., 2016. Early warning score predicts acute mortality in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 133(4), pp.261–267.

Massey, D., Chaboyer, W. & Anderson, V., 2017. What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nursing Open*, 4(1), pp.6–23.

Nishijima, I. et al., 2016. Use of a modified early warning score system to reduce the rate of in-hospital cardiac arrest. *Journal of intensive care*, 4, p.12.

Subbe, C.P. et al., 2003. Effect of introducing the Modified Early Warning score on clinical outcomes, cardio-pulmonary arrests and intensive care utilisation in acute medical admissions. *Anaesthesia*, 58(8), pp.797–802.

Le code de déontologie infirmier : Un petit pas vers l'Ordre Infirmier ?

Le code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge a été approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) le 14 novembre 2017. Il a fait l'objet d'une publication accompagnée d'un avis CFAI sur le site du SPF (Service Public Fédéral Santé Publique) en date du 12 janvier 2018. Il est actuellement soumis à l'approbation et/ou l'entérinement de la part de la Ministre de la Santé Publique, Maggie De Block.

Ce « nouveau » Code déontologie des praticiens de l'Art Infirmier belge remplace ainsi celui de 2004 devenu obsolète. Il s'agit d'une initiative prise par le CFAI en accord et avec le soutien des Associations professionnelles infirmières de Belgique regroupée en UGIB (Union Générale des Infirmières de Belgique).

Le Code précise les valeurs et les normes de la « pratique infirmière » s'exerçant en toute circonstance et en tout lieu. Il est disponible en téléchargement sur le site SPF Santé Publique et en lien électronique :

<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/code-de-deontologie-des-praticiens-de-lart-infirmier-belges>

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Ce code comporte 36 articles qui balaient largement les divers aspects de la profession et l'attitude qu'il convient d'adopter pour le professionnel infirmier tant dans sa vie active que privée.

Ce code constitue les fondements des droits et des devoirs

de l'infirmier face à ses patients, ses collègues, son supérieur hiérarchique éventuel, en bref, vis-à-vis de la société.

La profession devait se doter de règles communes. Ce code a été écrit, pensé et réalisé par des infirmiers pour les infirmiers.

Le code comporte 6 parties indivisibles :

des dispositions générales

des dispositions concernant les relations entre le praticien, l'art infirmier, le bénéficiaire de soins et sa famille

des dispositions sur le rôle du praticien de l'art infirmier dans la société

des dispositions sur l'exercice de l'art infirmier

des dispositions sur les relations entre les collègues

des dispositions sur les relations avec les autres prestataires de soins

UN PEU D'HISTOIRE ET DE RÉTROACTES - CODE DE DÉONTOLOGIE ET ORGANE DE RÉGULATION PROFESSIONNELLE

La réalisation du Code de déontologie infirmier belge de 2004 ne fut pas facile.

Un premier essai en 1984 s'est sanctionné par un échec en 1987. Un nouveau groupe de travail se constitue en 2002, faisant suite au vote de la loi concernant les Droits du patient.

En novembre 2004, le code infirmier est approuvé en séance plénière de l'UGIB (Union générale des infirmiers de Belgique). Le Conseil National de l'Art Infirmier (CNAI) l'entérine ensuite. Il est présenté au SPF Santé Publique le 10 décembre 2004. Celui-ci en financera la diffusion large sous forme d'affiches et de folders, auprès des prestataires infirmiers et des institutions de soins du pays.

L'UGIB s'accorde aussi sur l'organisation d'une réflexion à propos de l'application du Code par un organe de régulation déontologique officiel (Ordre Professionnel Infirmier). Habituellement, et c'est le cas dans de nombreux pays, la procédure logique veut qu'un Organe de régulation professionnelle soit créé d'abord et que celui-ci, ensuite, se donne pour première mission de rédiger et publier un Code de déontologie. Pour notre pays, ce fut l'inverse, sous l'impulsion et l'engagement des associations professionnelles infirmières

belges et de l'Union Générale des Infirmières de Belgique.

La même année, en juin 2004, un projet de loi « Création d'un Conseil Supérieur de Déontologie des Professions des Soins de Santé » est déposé au parlement. Il s'agit d'une nouvelle structure faîtière sous dépendance directe du Ministère de la Santé, chapeautant les Ordres professionnels de santé existants et s'y substituant partiellement (Ordre des Médecins et Pharmaciens). Cette nouvelle structure propose une approche multidisciplinaire de la déontologie.

Ce projet est discuté au sein de la Commission des Affaires Sociales du Parlement. Il est rejeté par les Médecins et Pharmaciens qui y voient un contrôle direct du Ministère sur les ordres professionnels existants alors qu'ils devraient être indépendants. Les professions d'infirmiers, de sages-femmes et de dentistes sont entendus. Ils sont favorables à une structure faîtière mais pour autant que des organes spécifiques déontologiques indépendants soient créés pour chaque profession de santé. Pour la profession infirmière, le représentant de la FNIB de l'époque, Yvan Ruelle, y présente une synthèse complète de la situation, tant nationale qu'européenne et internationale. Il plaide pour la création d'un Ordre professionnel Infirmier. Les autres représentants infirmiers sont plus mitigés, voire même opposés, à cette création : les représentants infirmiers néerlandophones catholiques et les représentants des syndicats, entre autres.

En 2007, le projet de « Conseil Supérieur de Déontologie des Professions des Soins de Santé » de 2004 est de nouveau sur la table des débats du parlement. Ce projet fait l'objet du dépôt au Sénat d'une proposition de loi amendée (3-1519), proposition votée en Commission des Affaires Sociales le 24/01/2007. Ce même projet propose la création parallèle d'un Ordre Professionnel pour la Kinésithérapie. Il n'y a pas de proposition d'Ordre pour l'Art Infirmier. En avril 2007, le vote est reporté à la prochaine législature, au vu des élections fédérales proches, et parce qu'il s'agit d'un sujet politique sensible...

Le 22 novembre 2007, la FNIB organise un Congrès à Charleroi sur le thème de l'Ordre Infirmier. Des orateurs internationaux et nationaux y sont entendus. Une table ronde politique clôture la journée où se retrouvent les représentants de tous les partis politiques. Une unanimité politique favorable se fait jour à l'exception mitigée du Parti Socialiste et du Ministre de la Santé de la Région Wallonne de l'époque, Paul Magnette. Les associations professionnelles francophones FNIB et ACN sont favorables. Les représentants des Médecins, des Pharmaciens et des Avocats soutiennent largement la création d'un Ordre professionnel infirmier

autonome et indépendant, mais sans structure faîtière sous contrôle du Ministre de la Santé et/ou de l'état...

Le 19 mars 2008, une proposition de loi est déposée au Sénat (4-655/1) par le Sénateur Jacques Brotschi en vue de la création d'un Ordre des Praticiens de l'Art Infirmier. Les attendus sont clairs et rejoignent les conclusions du Congrès FNIB de novembre 2007. Le texte propose la création d'un Ordre Infirmier sur le modèle des Médecins et des Pharmaciens. La proposition fait l'objet d'un communiqué de presse FNIB qui appuie largement le texte.

La mise à l'ordre du jour des débats du Sénat supposait l'installation du gouvernement Leterme 1. Lors de cette installation, le programme du gouvernement prévoit clairement l'accent sur des mesures favorisant la qualité des soins, des mesures d'attractivité pour la profession infirmière, la revalorisation de la profession infirmière et propose de « gommer » les disparités entre pratique salariée et pratique indépendante en soins infirmiers à domicile.

Ce sera la base du « Plan Pluriannuel pour Améliorer l'attractivité de la profession d'infirmier » présenté au CNAI par la Ministre de la Santé Publique, Laurette Onkelinx, le 28 août 2008. Ce plan prévoit, en son axe 4 - Reconnaissance sociale et Association à la prise de décision, pour les matières éthiques et déontologiques, d'obtenir un avis CNAI quant à la légalisation du Code de déontologie infirmier (UGIB-2004) et la possibilité de création d'un Ordre infirmier pour l'appliquer, en accord avec la profession elle-même.

La proposition Brotschi, numérotée, de mars 2008, est mise à l'ordre du jour des débats du Sénat en octobre 2008. Le CNAI se dit favorable à la discussion portant sur la création d'un « Ordre Infirmier belge », excepté les représentants syndicaux. Au Sénat, des consultations préalables informelles sont organisées en vue de l'organisation d'auditions officielles à la Commission Santé du Sénat programmées pour l'année 2009.

Mais les auditions et le débat n'auront pas lieu...

En 2009, les syndicats, tant au nord qu'au sud, et plus particulièrement la CSC Secteur public, lancent une campagne très défavorable à la création d'un ordre infirmier. Cette campagne s'avère même odieuse et à la limite de la décence. Elle prend pour cible les organisations professionnelles infirmières représentatives, taxées de « corporatisme » et font miroiter un « chaos » probable pour la profession... si cet Ordre Professionnel venait à voir le jour... !! Les syndicats sont aux abois et interpellent la Ministre qui reporte

le point « Ordre Infirmier » du Plan d'attractivité, parce que jugé « encore trop sensible »...

Le sujet est ainsi mis en « stand by » jusqu'au gouvernement actuel...

La nouvelle Ministre de la Santé Publique Maggie De Block, lors de l'installation du gouvernement Michel, affirme vouloir poursuivre le plan d'attractivité infirmière de la Ministre Onkelinx.

Toutefois, ce plan sera « fondu » en un vaste projet de modification de l'AR78 des Professions de Santé. Ce vaste projet global prévoit la création d'un Organe déontologique faîtier et la rédaction d'un Code de déontologie valable pour l'ensemble de ces professions. Il s'agit d'une sorte de retour au projet de 2004, mais sous une structure autonome et indépendante.

La modification de l'AR 78 prévoit aussi, pour chaque profession, la création d'une Chambre professionnelle spécifique, regroupant les aspects de déontologie, de qualité des soins, de vérification des compétences, selon une approche multidisciplinaire autour du patient partenaire et pilote de sa santé.

Pour la profession infirmière (mais aussi pour les sages-femmes, les dentistes, les kinésithérapeutes, les paramédicaux, les psychologues cliniciens et.. les futurs sexologues), ces chambres spécifiques seraient donc des entités à vocation « ordinale », chargées d'appliquer et de suivre la Déontologie professionnelle.

Le Conseil Fédéral de l'art infirmier (CFAI) présente aussi ses priorités politiques pour la législature 2014 – 2018 (avis 2014-03 du 18 novembre 2014). En juin 2015, une table ronde de l'UGIB à propos de l'actualisation de l'AR 78 amène un consensus sur la mise en place d'un organe de régulation professionnelle et une volonté de revoir le Code de déontologie de 2004.

Le CFAI mène ainsi une réflexion sur l'opportunité d'un système de régulation de la déontologie des praticiens de l'art infirmier (infirmier, assistant en soins hospitaliers, aide-soignant) et sur l'opportunité d'adopter un système de régulation de la pratique infirmière. La réflexion est menée au sein de deux groupes de travail ad hoc composés : de membres du CFAI, d'experts de la profession infirmière de représentants de divers lieux d'exercice (hôpitaux, domicile, MR/MRS, enseignants, ...)

Au terme du premier groupe de travail, le Conseil valide, en

sa séance du 8 mars 2016, les recommandations suivantes :
1/ l'existence claire du besoin et la volonté de travailler sur un organe multidisciplinaire de régulation de la déontologie prévoyant une place clairement identifiée pour les praticiens de l'art infirmier
2/ l'actualisation du code déontologique des praticiens de l'art infirmier de 2004 en vue d'établir et de contribuer, à terme, à l'élaboration d'un Code de déontologie pour l'ensemble des professions de santé

Le groupe de travail CFAI « Actualisation du Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge de 2004 » présente le texte révisé et actualisé en séance plénière du CFAI le 14 novembre 2018. Le texte y est approuvé.

Il s'agit d'une marque claire de prise de responsabilité de la profession infirmière, et de ses associations professionnelles, et un premier maillon positif dans la direction d'une régulation ordinaire de la pratique...

Entretemps, le projet de réforme de l'A.R. N°78 (renommé « Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ») a proposé des dispositions pour contribuer à définir la déontologie de toutes les professions des soins de santé.

DEPUIS 1984, 33 ANS DE DÉBATS, D'ESSAIS ET DE RÉALISATIONS SE SONT DONC ÉCOULÉS EN TERMES DE DÉONTOLOGIE ET DE RÉGULATION PROFESSIONNELLE INFIRMIÈRE EN BELGIQUE. POURQUOI TOUT CE TEMPS ET CES DÉLAIS ?

Les différents ministres de la santé qui se sont succédés étaient « frileux » quant au fond et dans la forme et n'en voyaient probablement pas la nécessité politique.

De nombreux syndicats y voyaient et y voient d'ailleurs toujours un élément coercitif, de trop... et n'envisagent aucunement les aspects positifs d'une telle réforme pour la qualité des soins, la sécurité du patient et le respect que les professionnels lui doivent en termes de comportements adéquats et de compétences... régulés par les « pairs ». On peut naturellement le regretter !

Des juristes aussi ont émis des craintes sur le risque de rendre le Code de déontologie et son application par un organe régulateur, trop contraignant. Ce sont d'ailleurs souvent les mêmes juristes qui remettent en question les Ordres existants des Médecins et Pharmaciens.

QUELLE EST LA VALEUR JURIDIQUE D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE ?

Le code de déontologie est un document métissé, basé sur les fondements moraux et éthiques de la profession.

Le fédéral, par le biais de l'Agrément, peut exercer une certaine autorité afin de pouvoir faire sanctionner certaines violations graves et retirer le permis de pratique (Visa professionnel).

De même, les Commissions Médicales Provinciales peuvent être saisies de plaintes, instruire un dossier et, au besoin, le transférer aux tribunaux compétents. Mais dans tous les cas, les CMP (lorsqu'elles sont actives et siègent) traitent les situations graves et/ou répétées ayant conduit à des conséquences et des dommages irréversibles... Pour les autres cas et situations, que fait-on ? Les associations professionnelles et l'UGIB n'ont actuellement aucun mandat officiel pour traiter les matières de « déontologie professionnelle ». Elles sont pourtant sollicitées fréquemment pour répondre et donner un avis à ce sujet... mais sans aucun poids juridique !

Pourtant, en cas de difficultés, tant le Code de déontologie que l'Organe de régulation chargé de le faire appliquer, représentent des outils de reconnaissance et responsabilité professionnelle sur lesquels on peut s'appuyer afin d'obtenir des décisions et des solutions adéquates en termes de « qualité des comportements professionnels adéquats attendus... ».

EN CONCLUSION :

Le Code de Déontologie des Praticiens de l'Art Infirmier belge, révisé et actualisé, est une avancée remarquable. Il a demandé un travail conséquent aux infirmiers qui se sont investis dans son élaboration et **nous les en remercions de tout cœur.**

La prochaine étape est la création de l'Ordre Infirmier dont les missions feront l'objet d'un autre article.



Karine Dethye



Yves Mengal

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).

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

€



Le CHU Tivoli recrute

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

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



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



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



Compétences

Qualité

Esprit d'équipe

Respect

Humanisme



U
express
medical

Travailler dans le secteur médical

Vous êtes à la recherche d'un **job permanent ou temporaire** ? Vous souhaitez un complément de revenu ou vous êtes étudiant ? Alors nous trouverons ensemble le job qui vous convient. Vous décidez de la fréquence, de la durée, du lieu et de la période à laquelle vous souhaitez travailler.

Envie d'en savoir plus ? Découvrez tous
les offres d'emploi via
www.expressmedical.be ou passez
nous voir dans nos bureaux de Bruxelles,
Charleroi, Liège, Anvers ou Gand.



Votre partenaire en soins de santé.

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