



AGORA

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

N°/Nr 31

Novembre 2018 - November 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

AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Edito 5

Rubrique internationale

Mise à jour du CII 6

Rubrique juridique

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement 10

CONSEIL D'ÉTAT - section de législation 10

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 13

Nos partenaires ...

La chambre des erreurs, une nouvelle manière de concourir au perfectionnement en soins infirmiers. 16

Lettre témoignage cellule deuil 18

Le peau à peau (kangourou) chez les enfants prématurés intubés 20

« Chacun son chemin, chacun son histoire » 22

Entourer la mort périnatale Groupe deuil CHU Marie Curie 22

Egalement dans ce numéro

Gestion d'une équipe mobile de nuit hospitalière avec un outil informatique : une aide efficace en temps réel 24

Les fédérations continuent leur recours et demandent des négociations à la classification IFIC 28

Rubrique culinaire 33

Bulletin d'adhésion FNIB 34

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

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

Les publications

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

Appel aux auteurs

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

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

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

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Fiche technique

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

Chaussée d'Haecht, 547 | B-1030 Bruxelles

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

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

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com





NOUS RECHERCHONS DES

INFIRMIER(ÈRE)S

BACHELIER(ÈRE)S

LA SPÉCIALISATION EN SANTÉ MENTALE EST UN ATOUT

EPSYLON ASBL - RÉSEAU DE SOINS PSYCHIATRIQUES BRUXELLES

“l’hôpital à dimension humaine”

INTERESSÉ(E)
nos offres d'emploi sur :

www.epsylon.be

Le CHU Ambroise Paré recrute de nombreux profils !



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



Pour notre département infirmier, nous recrutons des :

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

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

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

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

A votre choix d'identité professionnelle !

Les mesures annoncées fin 2015 par les autorités fédérales se mettent progressivement en place.

Cette année 2018 est une année charnière avec des modifications importantes dans le paysage hospitalier de notre pays, de nos Régions.

Les réseaux annoncés pour le 1^{er} janvier 2020 commencent à se dessiner dans certaines régions du pays. La réforme du financement des institutions hospitalières (préalable aux réseaux) sera une réalité pour les pathologies à basse variabilité à partir du 1^{er} janvier 2019.

A côté de ces grands chantiers très médiatisés, d'autres passent peut-être plus inaperçus.

Et pourtant, certains visent, et clairement, une transformation de la reconnaissance de notre profession et touchent à l'identité de l'infirmier que nous défendons et que nous véhiculons.

Les réseaux hospitaliers présentés comme un moyen pour accroître l'efficacité et la qualité des soins apparaissent comme une solution aux restrictions budgétaires parsemées d'incohérences.

Les infirmiers ne sont d'ailleurs pas considérés comme partie prenante dans ce dossier, alors qu'ils sont les professionnels les plus présents au chevet du patient que ce soit en milieu hospitalier ou en première ligne.

La « nouvelle classification des fonctions » (IFIC) : tout un poème !

Elle se veut égalitaire et démocratique (« à travail égal, salaire égal » dixit) mais dans les faits engendre un lissage des qualifications attendues et fait fi de la nécessité des formations, des compétences et des normes d'agrément.

Nous assistons à une politique de Santé qui nous laisse bien souvent ahuris, pantois, en incompréhension totale face à un manque de communication et de concertation de la part de ce Ministère de la Santé.

Aucune association professionnelle n'est véritablement sollicitée et nous constatons que par souci économique et politique, rien d'autre, la Ministre de la Santé autorise des délégations d'actes d'une profession vers une autre (ou sans profession véritable !) sans modifications des formations ad hoc.

Où est donc cette qualité des soins tant clamée, ce graal ?

Où va notre système de santé de notre royaume alors qu'il était exemplaire jusqu'il y a peu et servait d'exemple à d'autres nations ?

A quoi servent les études internationales utilisées comme référence en matière de qualité, de formation et de risques de morbidité concomitante ? Ne semblent être prises en considération que celles qui démontrent une meilleure efficacité financière.

Nous assistons pourtant au travers de nos différents mandats européens et internationaux à la RUINE des systèmes de soins de santé qui ont misé sur l'économie !

A quoi servent les recommandations européennes sur la promotion d'une formation de qualité et de haut niveau de qualification ?

Nous n'avons aucune réponse et nous sommes inquiets.

Il est fondamental que la profession se mobilise, prenne conscience des enjeux, qu'elle revendique son identité et occupe la place qui lui est due dans les soins de santé et leur politique.

La FNIB, en partenariat avec ACN, poursuit ses démarches et actions juridiques envers les ministères Santé, Emploi et éducation pour obtenir une réécriture et des amendements de la classification de fonctions.

Lisez le dernier courrier de l'avocat et notre recours.

Soyez vos propres acteurs de réussite, d'épanouissement et **...rejoignez-nous.**

Dalla Valle A.

Présidente FNIB



Rubrique internationale

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM DU CII

Mise à jour du CII

Chères et chers collègues,

Ce mois de mai a été particulièrement occupé et intéressant. Outre la Journée internationale des infirmières, nous avons organisé une série de réunions de haut niveau, ici à Genève, réunions décrites dans les pages qui suivent.

Nous avons également conduit une délégation à l'Assemblée mondiale de la Santé, l'organe décisionnel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), auquel participent des délégations de tous les États Membres de l'OMS, et dont le programme de travail axé sur les questions de santé est préparé par le Conseil exécutif de l'OMS. L'Assemblée mondiale de la Santé a pour fonctions principales de déterminer les politiques de l'OMS, de nommer son Directeur général, de contrôler l'application de ses règlements financiers et d'examiner et d'approuver son budget. Vous trouverez ci-après une liste des thèmes intéressants les soins infirmiers qui ont été débattus lors de cette réunion importante.

Toujours en mai, la Commission de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles a ouvert - très brièvement ! - sa consultation sur Internet. Je remercie celles et ceux d'entre vous qui avez répondu à notre appel à l'action et qui avez participé à cette consultation, pour faire en sorte que le rapport final de la Commission tienne compte de la main-d'oeuvre en santé - et de la main-d'oeuvre infirmière en particulier.

Prof. Thomas Kearns Directeur général par intérim

Transformation du CII

Le CII est ravi d'accueillir **Claire Medd, nouvelle Gestionnaire de programmes** au sein de notre équipe chargée des politiques de soins infirmiers et de santé. Claire nous apporte sa grande expérience d'infirmière active dans les soins de santé au sein des secteurs privé et public. Nous lui souhaitons bienvenue et beaucoup de succès dans ses activités futures au CII. L'équipe des Programmes et projets fera rapport directement au Directeur des politiques de soins infirmiers et de santé.

Ordre du jour du CRN 2019

Le prochain Conseil des représentantes d'associations nationales d'infirmières (CRN) aura lieu à Singapour du 25 au 27 juin 2019. Dans ce cadre, le Conseil d'administration du CII a approuvé un nouveau processus pour améliorer la participation des membres au CII : il invite les ANI à soumettre des motions pour débat au CRN.

Pour proposer une motion à intégrer à l'ordre du jour du CRN, une ANI doit être en règle vis-à-vis du CII, autrement dit avoir réglé ses cotisations au 31 décembre de l'année précédant la réunion du CRN.

Pour soumettre une motion, veuillez suivre ces instructions simples :

Le CII doit recevoir l'objet devant figurer à l'ordre du jour du CRN **au moins neuf mois avant le CRN**, soit jusqu'au **25 septembre 2018**. La demande peut être envoyée par courriel à governance@icn.ch.

La motion ou le thème de débat doit être formulé dans l'une des trois langues officielles du CII.

Le sujet de la motion proposée doit être exposé clairement. Si la motion porte sur un changement, elle sera accompagnée d'un argumentaire.

La motion doit être appuyée par **au moins une autre ANI**, appui matérialisé par la signature de la Présidente de l'ANI qui accepte de soutenir le texte, outre la signature de la Présidente de l'ANI auteur de la motion.

Le Conseil d'administration du CII examinera toutes les propositions. Les documents à l'appui d'une motion (le texte de la motion et le rapport y relatif) doivent parvenir au CII **jusqu'au 25 janvier 2019**.

Toutes les motions reçues et répondant aux critères mentionnés ci-dessus seront publiées dans les pages du site Web du CII **réservées aux associations membres**, sous la rubrique « CRN ». Les ANI pourront ainsi étudier les motions avant le CRN.

Pendant le CRN, les motions des ANI seront traitées comme toutes les autres motions. L'ANI qui a déposé une motion sera chargée de la présenter devant le CRN ; l'ANI qui soutient cette motion pourra aussi s'exprimer à son sujet.

Nous espérons que cette procédure donnera une plus grande chance aux ANI d'influencer les politiques du CII par le biais du CRN et d'une plus grande participation des associations nationales d'infirmières. Pour toute question ou demande d'explication, n'hésitez pas à écrire à governance@icn.ch.

Réunions du mois de mai

13-15 mai : Réunions du Comité exécutif et du Conseil d'administration du CII à Genève. Réunion des Comités des congrès et conférences, des prix, et des membres ; réunion du Conseil de fondation de la FNIF.

16 mai : Ouverture plénière conjointe de la Triade (CII, ICM et OMS)

- *Renforcer la capacité des infirmières et des sages-femmes en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle et les Objectifs du développement durable.* Sheila Tlou, co-Présidente de Nursing Now; Son Altesse royale la Princesse Muna al Hussein de Jordanie ; Elizabeth Iro, Infirmière-Administratrice en chef à l'OMS ; Annette Kennedy, Présidente du CII ; Sally Pairman, Directrice générale de la Confédération mondiale des sages-femmes (ICM) ; et Moussa Oumarou, Directeur général adjoint des opérations de terrain et partenariats à l'Organisation internationale du Travail (OIT).
- *Dynamique du marché du travail et politiques d'éducation : investir dans la main-d'œuvre infirmière et obstétricale.* James Campbell, Directeur des personnels de santé à l'OMS, avec des présentations d'Allette van Leur, Directrice du Département des politiques sectorielles de l'OIT, et de Pam Cipriano, membre du Conseil d'administration du CII et Présidente de l'American Nurses Association.
- *Travailler pour la santé : investir dans les infirmières et les sages-femmes pour accélérer la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (analyse du marché du travail en santé).* Jeremy Lauer, économiste au Département de la gouvernance et du financement des systèmes de santé de l'OMS.

17 mai : Réunion des ANI

- *Mise à jour au sujet des programmes et congrès du CII ; Plan stratégique 2019-2023 ; travail politique.* Annette Kennedy, Présidente du CII ; Thomas Kearns, Directeur général par intérim du CII.
- *Enjeux de salaire et pénuries de personnel infirmier.* Des représentants d'ANI des États-Unis, d'Irlande et du Zimbabwe ont décrit la situation dans leurs pays. Howard Catton, Directeur des politiques de soins infirmiers et de santé au CII.
- *Environnements de travail et fidélisation des personnels infirmiers.* Karen Bjoro, membre du Conseil d'administration du CII ; James Buchan, University of Technology, Sydney ; Christiane Wiskow, de l'OIT; et Ivan D. Ivanov, de l'OMS.
- *Campagne Nursing Now.* Lord Nigel Crisp.
- *Étudiants en soins infirmiers et jeunes infirmières.* Christian Strømnes, stagiaire au CII, Président de la Norwegian Student Nurses Association

Retrouvez les présentations ici.

17 mai : Forum de la réglementation et de l'accréditation présidé

par Alessandro Stievano, Directeur associé des politiques de soins infirmiers et de santé au CII

- *Tirer parti du rôle de l'éducation dans la réglementation pour prodiguer une meilleure santé.* Sally Pairman, Directrice générale de l'ICM.
- *Invisibilité des soins obstétricaux dans la réglementation.* Mary Kirk, Vice-Présidente de l'ICM.
- *Public ou profession : qui protégeons-nous vraiment ?* Carolyn Reed, Nursing Council of New Zealand ; Barbara Mangiacavalli, Ordre national des infirmières Opi, Italie.
- *Modèles de réglementation et rôle de la recherche : le point de vue du régulateur.* Tanya Vogt, Agence australienne de réglementation des praticiens de santé ; Lynn Power, Service national d'évaluation infirmière, Canada ; David Benton, Directeur général de la NCSBN (États-Unis).

- *Migration d'infirmières et de sages-femmes dans un monde toujours plus interdépendant : pour une internationalisation de la réglementation.* Franklin A. Shaffer, Président et Directeur général de la CGFNS International, Inc. ; Tassana Boontong, Université Mahadol, Thaïlande ; Lynette Cusack, Université d'Adelaïde, Australie.

Retrouvez les présentations ici.

La journée s'est terminée par une réception donnée par le CII pour marquer la Journée internationale des infirmières et la Journée internationale des sages-femmes – #IND2018.

18 et 19 mai : Réunions de la Triade

- *Optimiser le rendement, la qualité et l'impact des infirmières et des sages-femmes grâce aux politiques fondées sur des données probantes.*
- *Tirer parti du potentiel des infirmières et des sages-femmes pour obtenir de meilleurs de santé dans un monde en évolution.* Mary Renfrew, professeur de santé de la mère et de l'enfant, Université de Dundee; Sung Rae Shin, membre du Conseil d'administration du CII ; Viv Bennett, Directrice des soins infirmiers à Public Health England ; Magda Awases, du Département des systèmes de santé et développement des ressources humaines de l'OMS ; et Kanjana Chuntai, responsable des services infirmiers de la Thaïlande.
- *Développement des soins infirmiers et obstétricaux, questions liées à la jeunesse, au genre et aux migrations.* Thembeka Gwagwa, membre du Conseil d'administration du CII ; Saminarsih Diah Satyani, de l'OMS ; Christian Strømnes, étudiant en soins infirmiers, du CII ; et Siobhan O'Halloran, responsable des services infirmiers et obstétricaux de l'Irlande.
- *Implication et alignement du personnel infirmier et obstétrical dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies mondiales récentes et des résolutions de l'OMS : expériences nationales.* Nonhlanhla Makhanya, responsable des services infirmiers de l'Afrique du Sud ; Silvia Cassiani, de l'OMS/PAHO ; Sumaya Alblooshi, responsable des services infirmiers et obstétricaux des Émirats arabes unis.
- *Améliorer les données infirmières et obstétricales pour contrôler et garantir la redevabilité en matière d'application des stratégies nationales et régionales.*
- *Les soins infirmiers et obstétricaux dans les comptes nationaux de main-d'œuvre en santé.* Khassoum Diallo, coordonnateur, Gestion des données, éléments probants et connaissances, OMS ; Wendy Sealey, responsable des services infirmiers de La Barbade ; Marcel Johnson, responsable des services infirmiers des Bahamas ; Magda Awases, de l'OMS ; et John Grove, Directeur, Information, éléments probants et recherche, OMS.
- *Défis réglementaires et mise à niveau des compétences des infirmières et sages-femmes : situations de pays.* Mary Kirk, Vice-Présidente de l'ICM ; David Clarke, conseiller en systèmes de santé à l'OMS ; Edna Tallam, responsable des services infirmiers du Kenya ; Lynn Power, du Canada ; Franklin Shaffer, de la CGFNS International ; et Sally Pairman, Directrice générale de l'ICM.
- *Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux par la collaboration et les partenariats.* Sheila Tlou, Catherine Hanaway, baronne Mary Watkins, Francis Omaswa.

- *Campagne Nursing Now*. Lord Nigel Crisp.
- *Mise à niveau de la formation et de l'éducation des infirmières et sages-femmes*. Fran McConville, conseillère technique pour les services obstétricaux à l'OMS ; Mary Renfrew, Université de Dundee ; Michele Rumsey, Directrice, Centre collaborateur de l'OMS en soins infirmiers, obstétricaux et de santé ; Harindar Goyal, École d'infirmières R.A.K., Inde ; Michael Larui, Président de la South Pacific Chief Nursing and Midwifery Officers Alliance.
- *Engager les acteurs des soins infirmiers et obstétricaux dans une action multisectorielle efficace : le rôle de la société civile et du secteur privé*. Barbara Stilwell ; Laura Hoemeke, d'Intrahealth ; Arush Lal, du Global Health Corps ; Rupa Dhatt, de Women in Global Health ; et Vince Blaser, de la Frontline Health Workers Coalition.

Messages-clefs

L'investissement dans les soins infirmiers et obstétricaux favorise la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire mondiale et la croissance économique.

Donner une plus grande place aux soins infirmiers et obstétricaux dans les agendas politiques nationaux et au sein de l'AMS.

Renforcer l'éducation, la réglementation, les droits des travailleurs et l'environnement de la pratique au niveau des pays.

Maintenir l'élan grâce à l'application et au suivi constants de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et des Orientations stratégiques sur les services infirmiers et obstétricaux, en veillant à ce que les acteurs concernés assument leurs responsabilités à cet égard.

Retrouvez les présentations ici.

19 et 20 mai : Congrès mondial sur la réglementation des professions de santé. Leçons tirées d'approches de la réglementation basées sur les compétences ; comparaison de modèles réglementaires ; et examen des différentes manières de promouvoir les pratiques optimales en matière de gouvernance et de performance de la réglementation.

21-25 mai : Assemblée mondiale de la Santé

Le CII a conduit une délégation d'infirmières à l'Assemblée mondiale de la Santé pour garantir l'engagement de notre profession dans toutes les politiques où le rôle des soins infirmiers doit être renforcé et soutenu. Nous avons fait plusieurs déclarations sur des sujets importants figurant à l'ordre du jour, notamment :

- Treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023
- Préparation et action de santé publique
- Santé, environnement et changement climatique
- Préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui doit avoir lieu en 2018
- Préparation de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose
- Activité physique pour la santé

- Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : développement du jeune enfant
- Cardiopathie rhumatismale et rhumatisme articulaire
- Plan d'action mondial pour les vaccins

Pour retrouver les interventions du CII, cliquez ici.

Travail politique

Le CII a formellement entériné la déclaration adoptée au terme du Troisième Sommet ministériel mondial sur la sécurité des patients qui s'est tenu à Tokyo, au Japon, les 13 et 14 avril 2018. Représenté par la JNA, le CII a eu l'occasion de faire une déclaration portant sur le rôle central que les infirmières devraient jouer dans la conception et l'application, par tous les prestataires de santé, de systèmes et procédures relatifs à la sécurité des patients. Le CII a plaidé pour qu'un nombre suffisant d'infirmières disposant de la formation, des compétences et de l'expérience nécessaires soient disponibles en tout temps et dans l'intégralité du continuum des soins. Le CII a demandé aux gouvernements de faire en sorte que le financement soit suffisant pour assurer une dotation en personnel correspondant aux besoins. La déclaration complète du CII est à lire ici.

Le Centre international d'étude des migrations d'infirmières (CIMI) a publié un **rapport d'analyse des statistiques salariales** élaboré en collaboration avec le CII. Ce rapport, présenté lors de la réunion des associations nationales d'infirmières à Genève, analyse pour la première fois les données en termes de rémunération et d'effectifs des infirmières que le CII a recueillies par le biais de nos associations nationales de soins infirmiers sur une période de 10 ans (2006-2016). Le rapport montre que les infirmières du monde entier ont connu une véritable baisse de leur pouvoir d'achat et que la rémunération n'est pas utilisée comme levier pour favoriser le recrutement des infirmières.

Commission de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles

The High level Commission on NCDs held a web-based consultation from 16-20 May and we would like to thank all the NNAs who responded in that very short timeframe! The final report will be released on 1 June and we will be sending this to you all with the key points from the report as soon as it is released.

La Commission de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles a ouvert sa consultation sur Internet du 16 au 20 mai. Nous voulions remercier toutes les ANIs qui ont répondu malgré un court délai. Le rapport final sera disponible au 1 juin et nous vous l'enverrons à tous ainsi que les points clefs dès qu'il sera disponible.

Communication et sensibilisation

Nous avons désormais plus de 5000 abonnés sur Twitter – @ICNurses – et plus de 14 000 sur Facebook, grâce notamment à la grande campagne que nous avons lancée sur les médias sociaux à l'occasion de la Journée internationale des infirmières. L'objectif est que tous nos membres nous suivent sur ces plateformes !

Journée internationale des infirmières

À l'occasion de la Journée internationale des infirmières, nous avons diffusé la nouvelle vidéo de la JII et une autre vidéo par Elizabeth Iro, la nouvelle Infirmière-Administratrice en chef de l'OMS. Nous avons reçu des traductions du paquet d'outils pour la JII en albanais, en tchèque, en italien et en portugais, faites par nos membres. De plus, nos affiches sont maintenant disponibles dans les langues suivantes : catalan, estonien, farsi (persan), italien, portugais, russe et albanais.

Représentation

Howard Catton a participé au colloque sur **la santé des réfugiés et des personnes déplacées** organisé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Liban, le jeudi 10 mai 2018. Il s'y est exprimé sur « la santé des réfugiés et des personnes déplacées : le rôle des organisations non gouvernementales et des communautés internationales ».

Annette Kennedy s'est exprimée lors de deux séances du **2e Congrès des soins infirmiers de Beyrouth** : la première était consacrée à la réalisation de la santé mondiale en temps de conflit : le rôle des infirmières, la deuxième à la campagne Nursing Now. Ce congrès bénéficiait du soutien du CII, qui a collaboré étroitement avec l'Ordre à l'élaboration du programme.

La réunion a aussi été l'occasion de tenir le premier **Forum de la main-d'œuvre en Méditerranée orientale**, avec la participation de représentants du Liban, de la Jordanie et de Chypre. Le forum a abordé trois grands thèmes liés aux problèmes de main-d'œuvre infirmière dans ces pays : les pénuries de personnel infirmier, les conditions de travail et les politiques de réglementation et d'éducation.

Les trois pays ont dit leur inquiétude quant à la capacité des pays de la région à atteindre la couverture sanitaire universelle et à réaliser les Objectifs de développement durable en 2030 avec les quelque 900 000 infirmières et infirmiers qui y sont employés actuellement. Ils sont convenus que leurs priorités principales étaient la réglementation à différents niveaux, de l'éducation à la pratique en passant par le perfectionnement professionnel ; l'équité salariale pour les infirmières, compte tenu de leurs efforts, de leur efficacité et de leur formation académique ; et l'adoption de stratégies nationales pour recruter et retenir les infirmières et infirmiers.

Les 10, 11 et 12 mai, Thomas Kearns a participé au **Congrès Horatio aux Îles Féroé, où il s'est exprimé** sur la sécurité de l'infirmière et du patient. Horatio: European Psychiatric Nurses représente les organisations européennes d'infirmières en santé mentale et en psychiatrie. En coopération avec d'autres organisations, projets et individus, Horatio prend une part active aux discussions qui influencent les questions de santé mentale en Europe, notamment du point de vue des infirmières.

Le CII a participé à **l'Atelier international sur la santé mondiale et la résistance aux antimicrobiens** de 2018 organisé par la Fédération Mondiale des Associations de Santé Publique (WFPHA) le 23 mai au Campus Biotech à Genève et centré sur les stratégies, l'action au niveau mondial et les partenariats pour faire face à ce défi. Howard Catton a participé en tant que panéliste à la première session de l'atelier.

Le WFPHA exhorte tous les gouvernements, l'industrie et les professionnels de la santé, les ONG, les organismes de recherche publics et privés à une action intégrée sur la résistance aux antimicrobiens (AMR) et propose l'établissement de l'efficacité des antibiotiques comme bien public mondial.

- **25-27 juin 2019 : réunion du Conseil des représentantes d'associations nationales d'infirmières, Singapour**
- **27 juin-1er juillet 2019 : Congrès 2019 du CII, Singapour**

Rubrique Juridique

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

[C – 2018/13207]

30 JUILLET 2018. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté royal que j'ai l'honneur de soumettre à la signature de votre Majesté, qui vise à compléter l'article 71 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, est un corollaire à la modification de l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables qui supprime le droit aux primes pour titres professionnels particuliers et pour qualifications professionnelles particulières pour les infirmiers agréés par l'autorité compétente à partir du 1er septembre 2018 qui travaillent dans un hôpital relevant du champ d'application de la commission paritaire des établissements et des services de santé 330 ; en conséquence, des modifications doivent également être apportées aux articles 15, 37° et 92, 14.

Le Conseil d'Etat, dans son avis 63.309/3 du 16 avril 2018, a formulé différentes observations.

Pour répondre aux observations générales, il est renvoyé au Rapport au Roi publié avec l'arrêté royal du 30 juillet 2018 modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,

de Votre Majesté, le très respectueux
et très fidèle serviteur,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

CONSEIL D'ÉTAT - section de législation

Avis 63.309/3 du 16 avril 2018 sur un projet d'arrêté royal "modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux"

Le 10 avril 2018, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à communiquer un avis, dans un délai de cinq jours ouvrables, sur un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux'.

Le projet a été examiné par la troisième chambre le 12 avril 2018. La chambre était composée de Jo BAERT, président de chambre, Jeroen VAN NIEUWENHOVE et Wouter PAS, conseillers d'État, et Astrid TRUYENS, greffier.

Le rapport a été présenté par Tim CORTHAUT, auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 16 avril 2018.

1. Conformément à l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la demande d'avis doit indiquer les motifs qui en justifient le caractère urgent.

INFIGESTION

En l'occurrence, l'urgence est motivée comme suit :

« L'urgence est motivée par le fait que la convention collective de travail du 11 décembre 2017 concernant l'introduction d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé du secteur privé est entrée en vigueur le 1er janvier 2018; que celle-ci lie tous les hôpitaux relevant de la commission paritaire 330 et s'applique ainsi à tous les travailleurs de ces hôpitaux; qu'elle détermine l'introduction phasée des nouvelles échelles salariales applicables à partir du 1er mai 2018; que les futurs barèmes intégreront les primes pour les agréments pour titre et qualification professionnels particuliers tels que prévus dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière; que pour éviter un double financement, l'infirmier qui aura été agréé pour un titre ou une qualification après le 1er mai 2018 n'aura plus droit à la prime susmentionnée étant donné que celle-ci sera intégrée d'office dans les nouveaux barèmes qu'il pourra choisir d'adopter; qu'il est donc urgent de porter à la connaissance des hôpitaux concernés et de leurs travailleurs les modifications apportées avant le 1er mai 2018 ».

2. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, la section de législation a dû se limiter à l'examen de la compétence de l'auteur de l'acte, du fondement juridique et de l'accomplissement des formalités prescrites.

PORTÉE DU PROJET

3. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis a pour objet de modifier l'arrêté royal du 25 avril 2002 'relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux'.

L'article 1^{er}, 1^o, du projet actualise une référence à l'article 71, § 1^{er}, de l'arrêté royal précité.

L'article 1^{er}, 2^o, du projet vise à compléter l'article 71 du même arrêté royal par un paragraphe 3 qui prévoit que l'augmentation de la sous-partie B4 du budget des moyens financiers en vue du financement des primes pour les titres professionnels particuliers et pour les qualifications professionnelles particulières pour les infirmiers, réglée au paragraphe 1^{er}, n'est plus octroyée aux hôpitaux ressortissant à la commission paritaire 330 pour les infirmiers agréés pour un titre professionnel particulier et pour les infirmiers agréés pour une qualification professionnelle particulière après la date du (lire : à partir du) 1er mai 2018. Cette modification est dictée par la circonstance que cette prime n'est plus octroyée aux infirmiers qui travaillent dans un hôpital relevant du champ d'application de la convention collective de travail du 11 décembre 2017 'concernant l'introduction

d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé' conclue au sein de la Commission paritaire des établissements et des services de santé. Pour ces infirmiers, la convention collective de travail précitée prévoit un barème salarial (« barème IFIC »), qui sera instauré par phases et qui intégrera les primes précitées, même si ce n'est apparemment pas le cas dans l'immédiat pour tous les intéressés.

L'arrêté envisagé entre en vigueur le 1^{er} mai 2018 (article 2 du projet).

FONDEMENT JURIDIQUE

4. L'arrêté en projet trouve son fondement juridique dans l'article 105, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins'.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

5. Le dispositif en projet est lié à un projet d'arrêté royal 'modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables', sur lequel l'avis 63.308/3 est donné le même jour que le présent avis. Il est renvoyé aux observations 6.1 à 7 de cet avis, en ce qui concerne l'articulation entre le dispositif en projet et le régime inscrit dans la convention collective de travail du 11 décembre 2017 de même que dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 (tel qu'il sera modifié par l'arrêté en projet précité) ainsi qu'en ce qui concerne la conformité du régime qui en résulte avec le principe d'égalité.

En tout état de cause, la formulation de la date charnière dans le dispositif en projet, à savoir la date d'agrément pour le titre professionnel concerné ou la qualification professionnelle concernée, doit être alignée sur la convention collective de travail du 11 décembre 2017 et de l'arrêté royal du 28 décembre 2011.

6. À la question de savoir si l'augmentation des coûts salariaux du personnel infirmier (consécutives à l'introduction des barèmes IFIC) sera compensée dans d'autres sous-parties du budget des moyens financiers ou si celle-ci sera financée avec les moyens existants, le délégué a répondu ce qui suit :

« L'introduction des nouveaux barèmes IFIC va se faire en plusieurs phases et sera financée sur plusieurs années via le budget des moyens financiers des hôpitaux. Ce budget supplémentaire pour l'année 2018 va faire l'objet d'un nouveau projet d'arrêté royal qui sera soumis prochainement

à l'avis de votre Conseil. Chaque travailleur déjà en place dans un hôpital privé aura le choix d'adhérer ou non à un nouveau barème IFIC, étant entendu qu'il ne peut absolument pas perdre de ressource salariale. Mais tout nouveau travailleur qui entrera en fonction dans un hôpital privé, à partir du 1er mai 2018, sera automatiquement soumis aux nouvelles fonctions et barèmes IFIC tels que définis dans la CCT du 11 décembre 2017 (...) concernant l'introduction d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé.

L'article 4, § 1, de cette CCT dispose que:

'L'introduction des nouvelles échelles salariales se déroule par phase. L'introduction des nouvelles échelles salariales ne peut en aucune manière avoir pour conséquence une diminution du salaire des travailleurs en service au moment où la présente convention collective de travail entre en vigueur.

De invoering van de nieuwe loonschalen gebeurt in fasen.

De invoering van de nieuwe loonschalen mag op geen enkele wijze aanleiding geven tot een verlaging van het salaris voor de medewerkers die in dienst zijn op het ogenblik dat deze collectieve arbeidsovereenkomst in werking treedt' ».

La disposition de la convention collective de travail du 11 décembre 2017 citée par le délégué porte uniquement sur une garantie concernant le niveau salarial des collaborateurs qui étaient en service au 1er janvier 2018 mais ne porte pas sur le financement des barèmes IFIC via le budget des moyens financiers pour les hôpitaux concernés. Étant donné que selon la déclaration du délégué, ce dernier élément doit encore être pris en compte dans les modifications futures de l'arrêté royal du 25 avril 2002, ce n'est qu'alors que la question de savoir si et dans quelle mesure l'augmentation des coûts salariaux sera imputée sur le budget des moyens financiers sera davantage clarifiée.

EXAMEN DU TEXTE

Article 1er

7. Indépendamment de l'adaptation de la formulation de la date charnière (voir à cet égard l'observation 5), on écrira à l'article 71, § 3, en projet (article 1er du projet), « à partir du (...) » au lieu de « après la date du (...) ».

LE GREFFIER,

Astrid TRUYENS

LE PRÉSIDENT,

Jo BAERT

30 JUILLET 2018. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, l'article 105, § 1er, modifié par la loi du 10 avril 2014 ;

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ;

Vu l'avis du Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers, donné le 30 janvier 2018 et 12 juillet 2018 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 13 février 2018 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 5 mars 2018 ;

Vu l'urgence motivée par le fait que les hôpitaux concernés et leurs infirmiers doivent être informés des modifications apportées par le présent arrêté avant le 1er septembre 2018 ; que la convention collective de travail du 11 décembre 2017 concernant l'introduction d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé du secteur privé est entrée en vigueur le 1er janvier 2018 ; que celle-ci lie tous les hôpitaux relevant du champ d'application de la commission paritaire des établissements et des services de santé 330 et s'applique ainsi à tous les travailleurs de ces hôpitaux ; qu'elle détermine les modalités d'introduction progressive d'un nouveau modèle salarial et les échelles salariales correspondantes ; que, dans certains cas, les futurs barèmes intègrent les primes pour les agréments pour titre et qualification professionnels particuliers tels que prévus dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la pro-

profession infirmière ; que pour éviter un double financement, l'infirmier qui est agréé par l'autorité compétente pour un titre professionnel particulier ou une qualification professionnelle particulière, à partir du 1er septembre 2018, n'a plus droit à la prime précitée ; que les hôpitaux relevant de la commission paritaire 330 précitée ne peuvent plus prétendre au financement des primes pour ces infirmiers ;

Vu l'avis 63.309/3 du Conseil d'Etat, donné le 16 avril 2018, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 3°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Dans l'article 15 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, 37°, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 novembre 2010, est remplacé par ce qui suit :

« 37° le financement d'une prime annuelle octroyée à certains infirmiers selon les conditions définies dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ; ».

Art. 2. Dans l'article 71, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1er, modifié par l'arrêté royal du 6 septembre 2016, les mots « l'arrêté royal du 22 juin 2010 relatif à l'exécution du plan attractivité de la profession infirmière concernant les primes des titres et qualifications professionnels particuliers et des prestations inconfortables » sont remplacés par les mots « l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables » ;

2° l'article est complété par ce qui suit :

« § 3. A partir du 1er septembre 2018, le financement prévu au paragraphe 1er n'est plus octroyé à l'hôpital relevant du champ d'application de la commission paritaire des établissements et des services de santé 330 pour leurs infirmiers agréés, à partir du 1er septembre 2018, pour un

titre professionnel particulier et/ou une qualification professionnelle particulière.

Néanmoins, le financement de la prime annuelle visée au paragraphe 1er, 1° et/ou 2°, est maintenu pour l'infirmier qui change de fonction dans le même hôpital relevant de la commission paritaire 330 précitée ou qui change d'hôpital relevant de la commission paritaire 330 précitée pour autant qu'il continue d'exercer une fonction d'infirmier.

§ 4. Le financement de la prime annuelle visée au § 1er, 1° et/ou 2°, pour l'infirmier travaillant dans un hôpital ne relevant pas de la commission paritaire 330 précitée, qui change d'employeur pour un employeur relevant de la commission paritaire 330 précitée, est maintenu pour autant qu'il continue d'exercer une fonction d'infirmier. ».

Art. 3. Dans l'article 92 du même arrêté, 14., modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 novembre 2010, est remplacé par ce qui suit :

« 14. le financement d'une prime annuelle octroyée à certains infirmiers selon les conditions définies dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ; ».

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er septembre 2018.

Art. 5. Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à l'Île d'Yeu, le 30 juillet 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK



concept by d'fib.net

Coopération

Respect

Qualité & Excellence

Ouverture au changement

Responsabilité



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

Nous vous offrons :

Un environnement technologique de pointe • Un job responsabilisant à finalité humaine
 • Une rémunération attractive avec divers avantages (accès aisé en transports en commun, parking gratuit, restaurant d'entreprise, crèche de jour, école sur le site, association sportive, plaine de jeux pendant les vacances, ristournes dans certains commerces...) • Une formation continue dynamique.

Envie d'en savoir plus sur les postes vacants et les avantages offerts ?
 Bienvenue sur notre espace candidat !

www.saintluc.be/jobs

**Un hôpital
 pour la Vie**

Nos partenaires

La chambre des erreurs, une nouvelle manière de concourir au perfectionnement en soins infirmiers. L'expérience du Chu de Charleroi



André NAYES, infirmier chef de services, Formation permanente, C.H.U. de Charleroi

« Le développement scientifique et technologique, les modifications des lois professionnelles et l'émergence de nouveaux rôles entraînent une évolution de la pratique infirmière. Cette évolution de la pratique impose aux infirmiers qu'ils actualisent de façon continue et soutenue leurs connaissances pour maintenir et développer leurs compétences ». ¹

En milieu hospitalier, le chef du département infirmier confie notamment, au cadre intermédiaire, l'accueil et la formation du personnel ² et l'infirmier en chef « veillera à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaires pour maintenir le niveau de qualité souhaité. ³

Le C. H.U. de Charleroi, hôpital public de 1424 lits hospitaliers répartis sur 5 sites a toujours attaché beaucoup d'importance au développement de sa politique de formation permanente du personnel infirmier et soignant, la considérant comme un gage de qualité des soins ⁴ et d'attraction et de rétention des infirmiers ⁵. Ainsi, il met à la disposition de ses 1788 membres du personnel infirmier et soignant les moyens didactiques nécessaires à sa formation.

En 2017, au sein du département infirmier, 16,3 h de formations données par des formateurs internes ont été suivies par équivalent temps plein. Ce sont le plus souvent, des séminaires tant dans des domaines spécifiques que pour des sujets plus généraux.

Dans la préface au livre de Mmes Lorient et Sijelmassi ⁶, le Pr Jean-Claude Granry souligne un enjeu important : « La pédagogie en santé est actuellement au centre de nombreux questionnements. Les « outils » traditionnels ont montré grandement leurs limites. Certaines méthodes pédagogiques dites actives sont largement utilisées mais encore insuffisamment évaluées, ..., les futurs professionnels de

la santé doivent être formés en équipe. »

Le C.H.U. de Charleroi a déjà recours à des méthodes plus actives pour former le personnel : cours de manutention, de réanimation cardio-pulmonaire, gestion de l'agressivité

« ...
L'arrivée de nouvelles générations Y et Z, générations de l'image, de l'immédiateté et des technologies de l'information, nécessite cependant d'innover et de diversifier encore plus les méthodes pédagogiques mises en oeuvre. Ils aiment explorer par eux-mêmes, tester et rechercher des solutions. L'erreur est un levier d'apprentissage qu'ils expérimentent très jeunes, notamment dans les jeux vidéo. » ⁶

Ainsi, sur base du travail réalisé par une collègue ⁷, le C.H.U. a créé des « E Learning ». En outre, des ateliers « simulation » dans le domaine de l'anesthésie; la médecine obstétricale; la réanimation de base et avancée de l'adulte, de l'enfant et du nouveau-né sont organisés. Le savoir-faire s'y acquiert dans l'entraînement de la pratique. Pour P. Pastré, « Apprendre à faire, c'est apprendre par et dans l'activité » ⁸.

A l'occasion de journées qualité – sécurité ⁹, une chambre des erreurs a été élaborée pour la première fois en 2016 au CHU de Charleroi.

Il existe peu de littérature publiée sur cette nouvelle méthode d'enseignement. Des exemples sont notamment tirés de sites internet universitaires relatifs à ces expériences. ^{10 11 12 13 14 15}

La chambre des erreurs est une chambre d'hospitalisation fictive mise en place dans un établissement de soins dans laquelle sont provoquées de manière artificielle des erreurs, ..., selon la visée de la formation. Ces dernières sont, le plus souvent, des erreurs déjà rencontrées par les professionnels de la santé de l'établissement de soins ».¹⁶

Le déroulement de la formation comporte plusieurs étapes : le briefing durant lequel le déroulement de l'activité est expliqué aux participants, le passage dans la chambre des erreurs où le participant tente de détecter les erreurs provoquées et enfin, le débriefing consistant en une correction et une explication théorique des erreurs.^{16 17}

A ces étapes peuvent s'ajouter un 2ème passage dans la chambre des erreurs plusieurs mois après la 1ère formation afin d'évaluer l'efficacité de la méthode.¹⁷

Au sein du C.H.U. de Charleroi, des chambres des erreurs et des ateliers de formations pratiques ont été programmés à raison d'un thème par mois durant 9 mois en 2017 et 4 mois pour le 1er semestre 2018. Le nombre de participants a été limité à 10 par séance pour une meilleure interactivité et en fonction de la surface de travail disponible.

L'institution a acheté 2 mannequins de type Nursing Anne ainsi que de nombreux accessoires annexes. Le matériel disponible, le plus souvent périmé, est récupéré pour compléter la mise en scène. Des écrans mobiles ou muraux servent de support aux présentations.

Les thèmes de formation ont été choisis sur base d'une analyse des besoins de formation.^{18 19}

Nous avons choisi nos thèmes de chambres des erreurs sur base des nouvelles activités, disciplines et techniques auxquelles le personnel allait être confronté; des besoins en formation des agents établis lors des évaluations régulières du personnel; des résultats d'indicateurs ; des analyses de déclarations d'événements indésirables et des souhaits formulés par le personnel dans les documents d'évaluation des formations.

Les chambres des erreurs mises en place depuis novembre 2016 ont été consacrées à la sécurité du patient, aux erreurs médicamenteuses, à la gestion des cathéters vasculaires, à la prise en charge de la douleur en postopératoire et en hospitalisation, aux stomies, aux soins de plaies et à l'hémovigilance.

Les séances se sont déroulées de la manière suivante : accueil des participants; consignes; remise de la fiche « scénario et recueil des erreurs constatées »; observation

pendant 10 minutes des 10 erreurs maximum réparties sur les zones patient, soignant et environnement; débriefing immédiat avec ressenti des participants, reprise de chaque erreur, argumentation, réflexion, analyse; projection d'une synthèse avec inventaire des erreurs et corrections; « take home message » et évaluation de la formation par un questionnaire.

Les infirmiers hygiénistes, des pharmaciens, les infirmières référentes douleurs, les infirmières référentes hémovigilance, un infirmier stomathérapeute et l'infirmier chef de service responsable de la formation permanente se sont répartis les formations.

L'analyse des fiches d'observation collectées à chaque formation a permis de repérer les thèmes les mieux et les moins bien connus et de fixer de nouveaux objectifs de formation.

Les participants ont apprécié l'apport des échanges avec les collègues d'autres services, la dynamique pédagogique et l'aspect ludique de la formation, la réactualisation des connaissances théoriques et pratiques, la durée adaptée de la formation, le développement du sens de l'observation et du sens clinique engendré par cette méthode pédagogique.

Ils avaient en revanche déploré le nombre trop important de personnes autour du lit lors des observations, la monopolisation du temps de parole par certains, le manque de support écrit à l'issue de la formation, l'écran mural placé trop haut.

Les thèmes les plus souvent proposés pour d'autres chambres des erreurs ont été : le sondage vésical, le drainage thoracique, les soins de trachéotomie, les précautions particulières (isolements), les transfusions, les soins de plaies, la prise en charge des patients au retour de la salle d'opération, le diabète, la création de formations en réalité virtuelle.

Sur base de ces retours, l'organisation de ces formations a été adaptée en matière d'horaires, de répartition de temps de parole entre participants, d'intensification des échanges et de recours à la réflexivité lors des débriefings.

En conclusion, l'apport de cette nouvelle méthode pédagogique au C.H.U. de Charleroi est aujourd'hui indiscutable, elle est plus adaptée aux nouvelles générations de soignants. Le retour du personnel est positif et nourri de remarques constructives. Des chambres des erreurs seront reprogrammées sur les mêmes thèmes pour mesurer l'efficacité de la méthode.

Plus la simulation est proche de la réalité, de la pratique courante et plus la formation est efficace et a un effet sur le professionnel et sur la qualité des soins prodigués au patient.¹² Nous sommes renforcés dans notre démarche et nous continuerons à la développer.

Bibliographie

- 1 Avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier concernant la formation continue des praticiens de l'art infirmier 17/04/2018
- 2 Arrêté royal du 13 juillet 2006 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre
- 3 Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef
- 4 Aiken L., Douglas S., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P. Busse R., ... Sermeus, W. (2014). "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study." *The Lancet*, 383 (9931), 1824-1830.
- 5 Ouellet J., Durand S. et Maillé M. (2011). « La formation continue pour la profession infirmière au Québec – Norme professionnelle. » Québec, Canada
- 6 Lorient P. et Sijelmassi J. (2018) «La simulation dans le domaine de la santé. Une méthode pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. » *Sciences et santé*, Vuibert, p16
- 7 Bossio L. (2010) Formation permanente par E-Learning et soins infirmiers : application dans le domaine des transmissions ciblées. Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles.
- 8 Pierre Pastré P., « Apprendre à faire » dans E Bourgeois et G Chapelle (2006), *Apprendre et faire apprendre*, PUF
- 9 [https://pads.be/fr-BE/Activities/Agenda/OPR1-Formation-a-la-qualite-et-la-securite-\(2\)](https://pads.be/fr-BE/Activities/Agenda/OPR1-Formation-a-la-qualite-et-la-securite-(2)) consulté le 21/06/2018
- 10 Réseau des hygiénistes, présidents de CLIN, CGRAS, « Simulation : chambre des erreurs » 3ème réunion 20 octobre 2016
- 11 Abed K., (2017) « Une chambre des erreurs médicamenteuses pour sensibiliser le personnel soignant », Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Master en sciences pharmaceutiques, Université Libre de Bruxelles.
- 12 Présentation PowerPoint : CHU Hôpitaux de Rouen (2014). « Chambre des erreurs, Premier bilan des visites dans le cadre de la semaine sécurité des patients ».
- 13 Présentation PowerPoint : OMEDIT Poitou-Charentes (Novembre 2013). « La chambre des erreurs ».
- 14 Présentation PowerPoint : Groupe Hospitalier du Havre (Avril 2015). « Le mystère de la chambre des erreurs ».
- 15 Denry P. Haute Autorité de Santé (2014) - La « chambre des erreurs » : un outil ludique d'amélioration des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins [Internet]. Available from : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1734851/fr/la-chambre-des-erreurs-un-outilludique-damelioration-des-pratiques-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins (Consulté le 20/02/2017).
- 16 Joret-Descout, P., Te Bonle, F., Demange, C., Bechet, M., Da Costa, M., Camus, G., & Bohand, X. (2015). La chambre des erreurs médicamenteuses : simuler pour mieux former. *Journal de Pharmacie de Belgique*, p10.
- 17 Yankova, N. (2015). Master en Pharmacie. Faculté des Sciences de L'Université de Genève
- 18 Roegiers X., Wouters P., Gérard F-M. (1992) « Du concept d'analyse des besoins en formation à sa mise en œuvre » *Formation et Technologies – Revue européenne des professionnels de la formation*, Vol.I, n° 2-3, 32-42., BIEF, Louvain-la-Neuve
- 19 Grenier R. (1988) ; « Etude comparative de cinq méthodes de mise en priorité des besoins »; Université de Montréal; Thèse de doctorat

Lettre témoignage cellule deuil :

« La vie nous impose parfois des épreuves que l'on n'aurait pas imaginé devoir affronter un jour. ... »

Merci à vous, pour votre gentillesse, votre douceur, votre compréhension, votre empathie, votre professionnalisme ...

Merci d'avoir répondu à toutes nos questions, sans tabou, d'avoir pris le temps de discuter avec nous, de nous avoir

rassurés autant qu'il est possible de le faire dans une telle situation ...

Merci, tout simplement, d'avoir été si présente.

Vous faites partie d'une équipe formidable et nous nous sommes sentis soutenus à chaque étape.

Alors, encore une fois, merci pour tout ...

SD et BD »

CHUM SAINT LUC

Le peau à peau (kangourou) chez les enfants prématurés intubés



Le peau à peau en néonatalogie à l'hôpital Marie-Curie est un soin courant depuis de nombreuses années. Les bénéfices sont multiples : soutien postural, enveloppement, possibilité de succion non nutritive et stimulations sensorielles naturelles. Sans oublier qu'il joue un rôle sur plusieurs facteurs importants du développement de l'enfant (la stabilité physiologique et motrice, la protection du sommeil, l'allaitement maternel et l'attachement).

Tous les enfants de notre service ont la chance de profiter de ce moment privilégié avec son parent.

Cependant, notre seule réticence était d'installer les enfants intubés dans les bras des parents, ayant peur d'une extubation accidentelle.

Une formation en soins de développement avec un mémoire portant sur le peau à peau des enfants intubés nous a permis de mettre en avant l'amélioration de leur état de santé grâce à ce soin.

Selon nos observations, portant sur six bébés entre 23 et 41 semaines d'âge gestationnel, lors de ce contact les besoins en oxygène ont diminués ainsi que la PCO₂ transcutanée, la température corporelle est restée stable et optimale et le score de l'échelle de Comfort Behavior a diminué.

Chez les parents, nous avons mis en avant une augmentation du bien-être et de la confiance en soi avec une nette diminution du sentiment de culpabilité. Tous les troubles somatiques (tels que tremblements, sueur, crispation) ont disparu.

Après quelques tâtonnements organisationnels, nous pouvons dire aujourd'hui que l'équipe se sent à l'aise pour offrir ce soin à chaque enfant, sans plus aucune limite de poids, d'âge ou d'état respiratoire.

Nous pratiquons le kangourou chez les enfants intubés de manière systématique depuis maintenant plus de deux ans et c'est pour nous une grande fierté (dans les limites des disponibilités soignants/parents/enfant).

BOURLART Stéphanie, Sage-femme
MICHEL Frédérique, Infirmière pédiatrique



C.H.U. de Charleroi

La santé est votre passion et le patient votre priorité ?

Alors rejoignez nos équipes !

Infirmiers bacheliers spécialisés (h/f) en :

- **Pédiatrie**
- **SISU**
- **Bloc opératoire**

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

Renseignements : Monsieur D. Putzeys, Directeur du département infirmier et paramédical
(secrétariat : 04/321 60 48 - carole.urbano@chrcitadelle.be)

Comment postuler ? Envoyez votre CV et lettre de motivation au CHR Liège à l'attention de Monsieur D. Putzeys.



**L'hôpital du futur
vous attend !**

CHR Liège
**CITADELLE
CHATEAU
ROUGE
SAINTÉ
ROSALIE**
VOTRE SANTÉ, NOTRE MÉTIER

« Chacun son chemin, chacun son histoire »

Entourer la mort périnatale

Groupe deuil CHU Marie Curie

L'histoire du groupe démarre à la fin des années 90 sous l'égide du Dr P. Dehavay, gynécologue-obstétricien.

L'annonce d'une malformation, l'annonce d'une mort fœtale in utero, [la menace de la naissance d'un grand prématuré](#) est difficile. Un groupe de personnes motivées se forme (sages-femmes, infirmières pédiatriques, psychologues, gynécologues, [néonatalogues](#) ...). Nous nous formons en équipe ou individuellement notamment grâce à l'ASBL Sarah (soins palliatifs), ou au Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité à Bruxelles.

Les pratiques évoluent, le groupe aspire à un réel accompagnement des parents, humain et respectueux, un espace où les soignants peuvent également parler de leurs émotions.

Depuis 2012, le CHU a vu naître un groupe de périnatalité (gynécologues, spécialistes médecine fœtale, chirurgien pédiatrique, psychologues, sages-femmes, infirmières de néonatalogie). Ce groupe interdisciplinaire s'occupe des grossesses pathologiques et assure un accompagnement ciblé.

Toute l'équipe a pu bénéficier d'une formation théorique et pratique axée sur les soins palliatifs, inspirée par le Dr Betremieux du CHU de Rennes. Cette formation a été dispensée par Mme C. Van De Walle (psychologue) et le Dr S. Vanden Eijnden (néonatalogue).

Notre accompagnement en tant que sage-femme consiste à accueillir les parents, à entendre et répondre à leurs demandes, leurs questions, leurs inquiétudes. Les accompagner c'est aussi s'assurer que tout est bien compris. Parfois nous devons redire les choses et les répéter plusieurs fois. Nous expliquons les démarches de soins, de prise en charge, et les démarches administratives s'il y a lieu. Toutes ces informations sont centralisées dans un dossier accessible à l'équipe.

Dans le cas d'une menace de naissance d'un grand prématuré, les parents sont vus par l'équipe (gynécologue, néonatalogue, sage-femme, ...) pour envisager toutes les possibilités lors de l'arrivée prématurée du bébé. Les parents sont parfois confrontés à des choix difficiles à prendre car c'est l'inconnu qui les attend. Une visite du centre néonatal peut être programmée et l'équipe est toujours là pour répondre à toutes les questions et entourer les parents.

Lorsque le bébé décède, nous faisons des photos et des empreintes du bébé, nous donnons la possibilité aux parents d'emporter ce souvenir ou de le laisser en attente dans notre service. Un livret leur permet aussi de retrouver le nom des personnes qui les ont entourés, des informations pratiques, des liens de lecture, des groupes de discussions. Les enfants, si petits qu'ils soient, sont considérés avec le plus grand respect, lovés dans un petit nid d'ange adapté à leur taille.

Nous ne remercierons jamais assez la bénévoles (Mme P. B.) qui crochète [les nids d'ange ou des couvertures](#) pour eux avec tant d'humilité.

Nos maîtres-mots sont : écoute, empathie, respect, et... pas de précipitation.

Pour terminer, ce mot de remerciement d'un couple résume bien cet article.

Sabine Baillet, sage-femme, pour toute l'équipe.
Juin 2017



C.H.U. de Charleroi



- 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.etc-acu.be ou **0488/949.929**

Gestion d'une équipe mobile de nuit hospitalière avec un outil informatique : une aide efficiente en temps réel

Zampi Bertrand

CHU de Charleroi, Hôpital Civil Marie Curie, 140 Chaussée de Bruxelles, 6042 Lodelinsart, Belgique. bertrand.zampi@chu-charleroi.be

Résumé.

La nuit, à l'Hôpital Civil Marie Curie, les soins aux patients sont dispensés par un(e) infirmier(ère) dans chaque unité de soins. Ils forment l'équipe « fixe » de nuit qui est aidée par une équipe « mobile ». Le management de cette équipe mobile est un des défis permanent de l'infirmier(e) en chef de nuit qui veille ainsi à la qualité des soins dans un climat de sécurité pour tous et dans les meilleures conditions de travail pour le personnel.

L'outil prédictif pour objectiver la charge de travail utilisé dans l'institution n'est pas adapté aux variations spécifiques à la nuit. Un nouvel outil informatisé a dès lors été développé pour optimiser l'aide apportée par l'équipe mobile la nuit et la rendre plus efficiente. Cet outil intègre une charge de travail subjective et ressentie du personnel des unités de soins.

Une étude par questionnaires avant et après la mise en place de cet outil a été menée sur le terrain pour évaluer son efficacité.

Globalement, un effet positif de l'outil a été constaté. La répartition de l'équipe mobile est jugée plus optimale par le personnel après la mise en place de l'outil logiciel.

1. PROBLÉMATIQUE

Il existe une complexification des prises en charge des patients (Bras, 2012) qui est vécue au quotidien sur le terrain par le personnel soignant des hôpitaux et notamment la nuit. Une gestion performante des équipes de nuit à l'hôpital demande un management approprié (Claffey, 2006) pour éviter des tensions inter-équipes, une augmentation du stress sur le lieu de travail et une diminution de la satisfaction du personnel soignant de nuit.

Au sein notre hôpital général, le personnel « fixe » est aidé par une équipe « mobile » répartie par l'infirmier en chef qui se base sur l'outil PRN 80, le nombre de patients présents dans les unités, le programme opératoire. On compte en moyenne un membre de l'équipe mobile attribué pour aider deux infirmières dans deux unités séparées.

Cependant, Vega (2000) et Longneaux (2011) ont montré que la charge de travail peut varier très rapidement. Cette imprévisibilité ne peut être quantifiée par une charge de travail calculée avant la nuit. D'autres paramètres s'ajoutent à la difficulté d'être esseulé dans le travail comme la fatigue,

le stress amené par l'empilement des tâches d'organisation, de la priorisation des soins et les prises de décisions durant les onze heures de prestations nocturnes (Ebright, 2010).

Le besoin de renouveau dans le management de l'équipe mobile apparaissait nécessaire.

2. OBJECTIF ET HYPOTHÈSE

Un outil a été créé pour mettre en communication l'infirmière de l'unité de soins, l'équipe mobile et l'infirmier en chef de nuit à propos de la charge de travail changeante. Cet outil a la particularité d'utiliser un ressenti subjectif de charge de travail venant de l'équipe fixe tout en gardant la notion de charge de travail objective qui existait déjà. L'autre caractéristique de l'outil est de permettre de moduler sa charge ressentie en temps réel et de manière continue durant toute la nuit. Cette réactivité en temps réel est la raison du choix d'un outil supporté par l'informatique qui le rend interactif et plus réactif.

L'hypothèse de l'étude est de supposer que le nouvel outil permet une meilleure répartition de l'aide apportée par l'équipe mobile vers les unités de soins.

Fig. 1 – Vue fixe GEM



3. NOTIONS CONCEPTUELLES

Les notions liées à l'étude touchent au cadre législatif belge, à l'organisation du travail des infirmier(e)s de nuit (équipes fixes/mobiles), au management spécifique du travail de nuit (communication) et à la charge de travail en soins infirmiers (charge, surcharge, mesure objective). La notion de charge de travail ressentie est également utilisée et abordée ici.

Des études montrent que des échelles d'évaluation subjective de la charge de travail sont applicables en milieu hospitalier comme l'échelle multidimensionnelle NASA-TLX (Hoonaker et al., 2011). D'autres échelles existent comme la Modified Cooper-Harper Scale (1969), la Subjective Workload Assessment Technique (SWAT) de Reid et Nygren (1988) ou encore the Workload Profile de Tsang et Velasquez (1996) mais n'ont pas fait l'objet d'autant d'études en milieu hospitalier que la NASA-TLX. Cette dernière comporte six sous-échelles que la personne utilisera pour quantifier de manière subjective sa charge de travail : la demande mentale, la demande physique, la demande temporelle, la performance, l'effort et la frustration.

Il existe également l'Instantaneous Self Assessment (ISA) de Jordan (1992) traduit en français par « L'auto-évaluation instantanée » qui est une échelle uni-dimensionnelle dont l'avantage est de pouvoir être utilisée en temps réel. De plus, sa manière d'être enregistrée n'interfère pas avec la tâche principale de l'utilisateur. Une étude montre sa cohérence par rapport à d'autres échelles de mesures de charge de travail ressentie comme le NASA-TLX ou la SWAT (Tattersall et al., 1996). Une échelle unidimensionnelle est donc utilisable pour quantifier une charge de travail ressentie.

Dans la présente étude, la charge de travail ressentie se mesure par l'intermédiaire d'une échelle associée à un curseur mobile. Celle-ci ressemblant fortement à une échelle EVA (Echelle visuelle analogique) utilisée entre autres pour évaluer la douleur chez le patient.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude réalisée est une étude qualitative quasi-expérimentale à mesures répétées et à visée évaluative de l'efficacité de l'effet d'un outil informatique sur la gestion d'une équipe mobile de nuit.

Les outils utilisés pour mener cette étude un logiciel informatique nommé GEM (Gestion Equipe Mobile) conçu, créé et intégré au sein de l'Hôpital Civil Marie Curie et des questionnaires soumis à l'équipe de nuit.

Via le logiciel, la vue fixe (Fig. 1), utilisée par l'infirmier(e) fixe, émet les informations à partir d'un poste informatique de l'unité de soins (charge ressentie et/ou appel à l'aide). Les autres vues (Fig. 2) reçoivent les informations en temps réel sur un support mobile de type smartphone. L'infirmier en chef dispose du même support mobile avec des informations supplémentaires comme la localisation du personnel mobile et le taux de demande d'aide pour l'aider dans ses prises de décision.

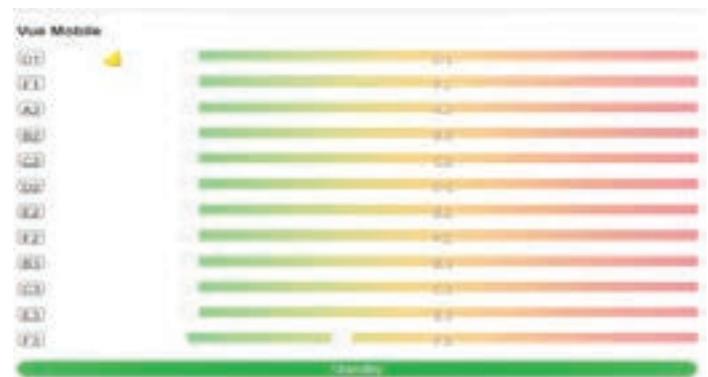


Fig. 2 – Vue mobile GEM

Les questionnaires, distribués à l'échantillon de 70 soignants, sont composés de 11 questions correspondant à des variables qualitatives nominales et ordinales sous forme d'échelle de Likert. Les soignants ont été classés en trois groupes : équipe fixe, équipe mobile et infirmiers en chef. L'étude a été réalisée dans les douze unités de soins standard (364 lits : chirurgie, médecine, gériatrie) du site de l'Hôpital Civil Marie Curie du CHU de Charleroi.

Les comparaisons de distribution observées avant et après l'introduction de l'outil GEM ont été réalisées avec le logiciel SPSS avec le test de Chi-carré. Des comparaisons avec d'autres variables comme l'âge, l'ancienneté de nuit et le niveau de connaissance informatique ont également été réalisées.

5. RÉSULTATS

Les réponses à première question « De manière générale, peut-on dire que la répartition de l'équipe volante la nuit est optimale dans l'hôpital ? », commune aux trois questionnaires sont reprises dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Test du Chi2 sur les réponses à la question 1

	Pré-test		Post-test	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Pas du tout d'accord	9	12,0%	4	5,3%
Plutôt pas d'accord	31	41,3%	21	27,6%
Plutôt d'accord	28	37,3%	45	59,2%
Tout à fait d'accord	7	9,3%	6	7,9%
P-value	0,049			

Une différence significative apparaît entre les deux réponses avant et après la mise en place de l'outil. Le logiciel GEM aurait donc eu un effet favorable sur l'échantillon. L'échantillon estime que la répartition de l'équipe mobile est plus optimale après 38 jours d'utilisation.

Pour l'équipe mobile, l'étude a mis en évidence une meilleure connaissance de la charge de travail ressentie par leurs collègues des unités de soins. L'effet de l'outil est plus marqué dans cette équipe car son personnel est directement impliqué dans la nouvelle organisation.

L'aide par l'équipe mobile est jugée plus optimale lorsque le répondant appartient à une des catégories suivantes : un âge ≤ 45 ans, une ancienneté de nuit < 2 ans et une bonne connaissance informatique.

6. CONCLUSION

L'hypothèse de départ était que l'introduction et l'utilisation d'un nouvel outil informatique permettrait une meilleure répartition de l'aide apportée par l'équipe mobile vers les unités de soins la nuit. Cette étude a donc été menée afin de comparer une organisation de travail avant la mise en place de cet outil avec une nouvelle organisation qui l'utilise.

Globalement et au vu des analyses statistiques des réponses aux questionnaires distribués avant et après l'étude, nous constatons un effet positif de l'outil.

En effet, la répartition de l'équipe mobile est jugée plus optimale après la mise en place de l'outil logiciel GEM. Cette nouvelle organisation de travail la nuit sur le site hospitalier étudié permet une meilleure vue d'ensemble de la demande d'aide par les volants comme le montrent les résultats. De plus, les tests démontrent que la connaissance presque immédiate du niveau de la charge de travail ressentie de

toutes les unités par tous les membres de l'équipe mobile est innovant dans cette nouvelle organisation du travail en équipe. Une amélioration du logiciel intégrant un signal sonore pourrait le rendre encore plus efficace. La limite du prototype actuel a probablement contribué à des différences de réponses moins significatives dans les tests statistiques.

Une période de 38 jours ne nous permet pas de répondre avec certitude à notre hypothèse mais des tendances montrent tout de même un constat positif et optimiste concernant cette nouvelle organisation d'une équipe mobile la nuit. Il sera judicieux d'avoir du recul par rapport à cette nouvelle manière de gérer l'aide de l'équipe de nuit qui modifie sensiblement le management réalisé par l'infirmier en chef.

BIBLIOGRAPHIE

Bras P., (2012). Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique? *Les Tribunes de la santé*, 35, (2) : 29-41.

Claffey, C. (2006). Nursing in the dark: Leadership support for night staff. *Nursing Management (Springhouse)*, 37(5) : 41-44.

Cooper, G.E., & Harper, R.P. (1969). The use of pilot ratings in the evaluation of aircraft handling qualities (NASA Ames technical Report NASA TN-D-5153). Moffett Field, CA: NASA Ames Research Center.

Ebright, P. (2010). The Complex Work of RNs: Implications for Healthy Work Environments. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* (15), 1, Manuscript 4.

Hoonakker, P., Carayon, P., Gurses, A., Brown, R., McGuire, K., Khunlertkit, A., & Walker, J. M. (2011). Measuring workload of ICU nurses with a questionnaire survey: THE NASA TASK LOAD INDEX (TLX). *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 1(2) : 131-143.

Jordan.C.S. (1992) Experimental study of the effect of an instantaneous self assessment workload recorder on task performance. Defence Research Agency Technical Memorandum DRA TM (CADS) 9201 1, DRA, Portsmouth, Hants.

Longneaux J.-M. (2011), Soigner la nuit. *Ethica Clinica*, 63

Reid, G.B., & Nygren, T.E. (1988). The subjective workload assessment technique: A scaling procedure for measuring mental workload. In P.A. Hancock & N. Meshkati (Eds.), *Human mental workload* (pp. 185-218). Amsterdam:Elsevier.

Tattersall, Andrew J & Foord, Penelope S (1996). An experimental evaluation of instantaneous self-assessment as a measure of workload. *Ergonomics*, vol. v39, no. n5, pp. p740(9).

Tsang, P.S., & Velazquez, V.L. (1996). Diagnosticity and multidimensional subjective workload ratings.

Vega, A. (2000). Nuits blanches à l'hôpital. *Annales de la recherche urbaine*, 87, 25-28.

CHU MONS

FLP

Les fédérations continuent leur recours et demandent des négociations à la classification IFIC

Lettre recommandée envoyée par le bureau d'Avocats Deckers & Jossard le 9 octobre 2018.

Les destinataires sont :

Madame la Ministre Maggie de Block
Ministre de la Santé
Tour des Finances
Boulevard du Jardin Botanique, 50/175
1000 Bruxelles

Monsieur le Ministre Kris Peeters
Ministre de l'Emploi
Rue Ducale, 61
1000 Bruxelles

Madame Carole Chaumont
Présidente de la commission paritaire n° 330
Rue Ernest Blerot, 1
1000 Bruxelles

Madame la Ministre,
Monsieur le Ministre,

Je suis consulté par l'ASBL Association belge des praticiens de l'art infirmier (ACN), dont le siège social est établi à 1200 Bruxelles, Avenue Hippocrate, 91, par la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique (FNIB), dont le siège social est établi à 1060 Bruxelles, Rue de la Source, 18 et par le Bureau des directions de département infirmier ACN/FNIB.

Mes clients me chargent de vous écrire concernant le nouveau modèle salarial pour les infirmiers et plus globalement pour tous les salariés au sein de l'hôpital - tel que prévu par les conventions collectives de travail du 28 septembre 2016 déterminant les fonctions de référence sectorielles et la classification sectorielle de fonctions et du 11 décembre 2017 concernant l'introduction d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé et rendues obligatoires par deux arrêtés royaux respectivement du 30 août 2018 et du 17 août 2018 ainsi que par l'arrêté royal du 30 juillet 2018 modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables.

Le 30 avril dernier, mes clients vous ont adressé un courrier détaillé (cosigné par la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique – FNIB) vous faisant part de l'ensemble des réactions et inquiétudes du personnel du secteur infirmier – partagées tant par les infirmiers eux-mêmes que par les directions des départements infirmiers – concernant ce nouveau modèle de rémunération.

Par le biais de ce courrier, mes clients entendent poursuivre leur démarche dans une perspective constructive en vue de nouer un dialogue permettant d'aboutir à l'instauration d'un modèle salarial répondant à l'ensemble des défis rencontrés par le secteur des soins de santé. Bien conscients de l'ampleur de la réforme, ils tiennent à souligner le travail qui a été réalisé mais ne peuvent, dans le même temps, se résoudre à accepter l'actuel nouveau modèle salarial, lequel présente plusieurs risques et difficultés. Ces écueils – surtout d'ordre non juridiques – ont été détaillés dans ledit courrier du 30 avril 2008.

Par ailleurs, après examen de la convention collective de travail précitée, il apparaît que ce nouveau modèle salarial est également critiquable d'un point de vue strictement juridique en ce qu'il est discriminatoire à plusieurs égards. Le présent courrier vise à mettre en évidence ces situations contraires aux articles 10 et 11 de la Constitution et à solliciter leur suppression.

(I)

Les articles 10 et 11 de la Constitution prohibent les différences de traitement non objectivement et raisonnablement justifiées en présence de deux catégories se trouvant dans des situations comparables. A l'inverse, les principes d'égalité et de non-discrimination interdisent également que des personnes se trouvant dans des situations non comparables soient traitées de manière identique, et ce sans justification objective et raisonnable.

La jurisprudence constante de la Cour constitutionnelle est, en effet, établie en ce sens que :

« les règles constitutionnelles de l'égalité et de la non-discrimination n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée.

L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause ; le principe d'égalité est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé »¹.

La violation de ces dispositions peut également être invoquée par un citoyen à l'égard d'une personne privée – à l'instar d'un travailleur à l'égard de son employeur. L'effet horizontal des articles 10 et 11 de la Constitution a, en effet, été reconnu à plusieurs reprises dans la jurisprudence et soutenu par la doctrine², notamment dans un arrêt de la Cour constitutionnelle :

« Même lorsqu'il s'agit de relations entre personnes privées, le législateur ne pourrait déroger à l'interdiction de discriminations, expressément garanties par les articles 10 et 11 de la Constitution (...). L'adoption d'une liste fermée ne pourrait donc en aucun cas être interprétée comme autorisant des discriminations pour des motifs ne figurant pas dans la liste »³.

(III)

A. Il ressort de la combinaison des textes des conventions collectives de travail des 28 septembre 2016 et 11 décembre 2017 précitées que le nouveau modèle salarial applicable aux infirmiers (et autres salariés actifs au sein des hôpitaux) crée, à tout le moins, une discrimination entre les catégories suivantes d'infirmiers :

- 1° les infirmiers disposant d'un même diplôme (infirmier breveté, infirmier bachelier ou infirmier bachelier titré) selon l'unité au sein de laquelle ils travaillent⁴ ;
- 2° les infirmiers qui travaillent dans une même unité mais disposent d'un diplôme différent ;
- 3° les infirmiers dont la fonction ressortit à la catégorie 14 et les infirmiers dont la fonction ressortit à la catégorie 15 ;
- 4° les infirmiers hygiénistes (catégorie 17) et les infirmiers chefs de service (catégorie 19) ;

5° les infirmiers-en chef (petite unité) et les infirmiers-en chef ;

6° l'infirmier-en chef (petite unité) et l'infirmier-en chef adjoint (petite unité).

1° et 2°

Les discriminations reprises aux points 1° et 2° peuvent être examinées ensemble dès lors qu'il s'agit de la même situation présentée sous deux angles distincts : le 1° étant de traiter de manière différente (rémunération distincte) deux catégories de personnes se trouvant dans une même situation (même qualification) et le 2° étant de traiter de manière identique (même niveau de rémunération) deux catégories de personnes se trouvant dans des situations distinctes (qualification différente).

Concrètement, les infirmiers aux urgences, aux soins intensifs et au bloc opératoire notamment seront mieux payés que, entre autres, les infirmiers en soins palliatifs, en oncologie, en pédiatrie, en psychiatrie ou en gériatrie.

Il est incontestable (i) qu'il existe une différence de traitement entre ces catégories d'infirmiers puisque leur rémunération est distincte et (ii) que ces catégories d'infirmiers sont comparables dès lors qu'il s'agit d'infirmiers qui ont le même niveau de diplôme. En effet, l'objectif affiché est de créer un modèle salarial neutre et objectif qui vise, entre autres, à rémunérer de manière équivalente des infirmiers qui exercent des fonctions équivalentes⁵.

Le critère utilisé pour déterminer à quelle catégorie et donc à quel barème ressortit chacune des fonctions d'infirmiers reprises dans la classification de fonctions est le contenu de la fonction. Pour définir le contenu de chacune des fonctions, il est fait appel à six sous-critères : connaissance et savoir-faire, gestion d'équipe, communication, résolution des problèmes, responsabilité, facteurs d'environnement. Le caractère objectif de ce critère du 'contenu de la fonction' tel que détaillé peut déjà prêter à discussion puisque l'évaluation de chaque sous-critère dépend de la perception de chacun.

A considérer que le critère du contenu de la fonction soit objectif, force est de constater que la différence de traitement établie n'est pas adéquate pour atteindre le but poursuivi. Il convient tout d'abord de souligner que, sous couvert de ce critère mûrement soupesé, apparaît de manière éclatante un autre critère nettement plus simpliste, à savoir celui de l'unité au sein de laquelle les infirmiers travaillent. En effet,

la lecture de l'éventail de classifications établie par l'IF-IC montre que tous les infirmiers relevant d'une même unité (à l'exception des infirmiers-en chef) ont le même descriptif de fonction et se voient regroupés dans la même catégorie, à laquelle est associée un même barème. En d'autres termes, il est postulé que tous les infirmiers affectés à une même unité effectuent un travail identique. Ce postulat/résultat de l'application des six sous-critères n'est pas de nature à répondre à l'objectif affiché, lequel est résumé par l'expression suivante « à travail égal, salaire égal »⁶.

La réalité des faits montre que tous les infirmiers au sein d'une même unité ne réalisent pas les mêmes prestations, précisément parce que, grâce à leurs diplômes notamment, ils ont été plus ou moins formés (même s'il n'est pas contesté que la pratique peut également amener l'acquisition de compétences). C'est également la raison pour laquelle les normes d'agrément des hôpitaux imposent un quota d'infirmiers par niveau de qualification (breveté, bachelier, bachelier titré) au sein de chaque unité. Par le biais de ce nouveau modèle salarial, il semblerait que les structures de soins pourraient se contenter de n'engager que des infirmiers brevetés lesquels acquerraient des compétences supplémentaires par la pratique, sans être formés par des infirmiers plus qualifiés. Ce nouveau modèle salarial suppose également qu'à ancienneté zéro et diplôme distinct, il convient de rémunérer de la même manière les infirmiers qui travaillent dans la même unité alors que, par hypothèse, ils n'auront pas encore eu la possibilité d'acquérir des compétences autrement que dans le cadre de leurs études. Ce constat est également valable chaque fois qu'un infirmier est transféré d'une unité de soins vers une autre puisque cet infirmier passe logiquement d'abord par une phase d'adaptation pour acquérir les nouvelles compétences liées à la nouvelle unité à laquelle il est affecté. Or, le nouveau modèle salarial part du postulat qu'aucun temps d'adaptation n'est nécessaire puisque cet infirmier nouvellement arrivé sera rémunéré de la même manière que tous les autres infirmiers de son unité. Ce postulat est pourtant contredit par les fiches de poste attribuées à chacune des fonctions d'infirmier au sein de la classification, lesquelles prévoient une

« période de familiarisation » de 6 à 12 mois pour toutes les fonctions et même d'1 à 3 ans pour certaines fonctions (infirmier en soins (néonataux) intensifs), infirmier en bloc opératoire, infirmier au SMUR, infirmier aux urgences, infirmier hygiéniste, infirmier en chef en hôpital, infirmier en chef-coordonateur).

Au vu des développements qui précèdent, il apparaît nettement que la différence de traitement n'est pas de nature à permettre de rémunérer les infirmiers qui effectuent les mêmes prestations de la même façon.

En tout état de cause, il aurait été moins attentatoire de tenir compte également du diplôme – en tant que sous-critère à part entière ou, à tout le moins, comme une composante du sous-critère de 'connaissance ; savoir-faire' dès lors qu'il détermine – surtout au début du parcours professionnel – le contenu de la fonction des infirmiers.

Pour tous ces motifs, corrélérer le niveau de rémunération à l'unité au sein de laquelle les infirmiers sont occupés ne trouve aucune justification raisonnable et, partant, est discriminatoire.

3°

Il existe également une différence de traitement injustifiée entre les fonctions d'infirmiers reprises dans la catégorie 14 et la catégorie 15 puisque seule la première catégorie prévoit – en vertu de l'article 6, § 2, de la convention collective du 11 décembre 2017 précitée - deux barèmes de rémunération distincts selon que les infirmiers sont brevetés ou bacheliers.

Cette distinction est opérée sans aucune justification et, partant, constitue une discrimination.

4°

Il existe également une différence de traitement injustifiée entre les infirmiers hygiénistes et les infirmiers chefs de service dès lors que les seconds relèvent de la catégorie salariale 17 alors que les premiers relèvent de la catégorie 19. En effet, ces deux fonctions se rejoignent quant au niveau de responsabilité incombant aux infirmiers concernés – qualité des soins et gestion du personnel pour les infirmiers chefs de service et politique de prévention des infections pour les seconds. Ces deux fonctions ont également en commun d'avoir un champ d'action étendu puisqu'elles concernent plus qu'une unité de soins. A cet égard, les infirmiers hygiénistes interviennent sur un périmètre encore plus large que les infirmiers chefs de service puisqu'ils coordonnent les politiques de prévention des infections pour plusieurs ser-

vices et donc plusieurs disciplines, et ce tant à l'égard des professionnels de la santé que de tous les autres acteurs hospitaliers.

Rien ne justifie donc que ces deux fonctions puissent être attachées à une catégorie salariale différente. Il y a plus. Le rôle transversal occupé par l'infirmier hygiéniste au sein d'un hôpital implique d'inclure cette fonction dans une catégorie reflétant cet input transversal, à savoir dans une catégorie supérieure à celle de l'infirmier en chef d'une unité ou coordinateur.

Compte tenu de ces éléments, il apparaît que le rattachement de la fonction d'infirmier hygiéniste à la catégorie 17 est injustifiée et, partant, discriminatoire.

5°

Il existe également une différence de traitement injustifiée entre les infirmiers en chef (petite unité) et les infirmiers en chef dès lors que les premiers sont rémunérés selon le barème attribué pour la catégorie 16 et les seconds selon le barème attribué pour la catégorie 17.

S'il est compréhensible que la 'taille' de l'unité dont l'infirmier-en chef a la responsabilité soit un critère objectif et adéquat pour classer les fonctions et, partant, détermine le niveau de rémunération de ces infirmiers, il apparaît que le critère retenu est peu clair - jusqu'à 13 unisite pour les petites unités et à partir de 14 unisite pour les 'grandes' unités - dès lors qu'il n'est pas expressément défini ce qu'il y a lieu d'entendre par unisite. En tout état de cause, il est disproportionné qu'à un unisite près, le niveau de rémunération soit si différent. Il est évident qu'au plus l'unité est grande, au plus le volume du travail de management est important. Toutefois, la frontière entre 'unité' et 'petite unité' est si ténue que l'écart de salaire qui en découle est disproportionné.

Par conséquent, l'écart de rémunération entre les infirmiers en chef (petite unité) et les autres infirmiers en chef est discriminatoire.

6°

Dans le même ordre d'idée, il existe une discrimination entre l'infirmier en chef (petite unité) et l'infirmier en chef-adjoint (petite unité) puisqu'ils peuvent tous les deux promériter le même niveau de rémunération (catégorie 16) alors qu'à l'évidence ils n'exercent pas la même fonction.

L'octroi de ce même niveau de rémunération ne repose sur aucune justification objective et raisonnable. S'il n'est pas

contesté que ces deux catégories d'infirmiers sont à la tête de leur unité, il ne peut pas non plus être contesté que ces derniers exercent des fonctions bien distinctes, ce qui justifie que le titre de leur fonction soit différent et qu'une fiche propre à chacune de ces fonctions ait été établie. D'ailleurs, le contenu de ces deux fiches reflète bien le fait que ces deux fonctions ont une identité propre.

Il n'y a dès lors aucun motif objectif et raisonnable qui justifie que ces deux catégories d'infirmiers puissent percevoir une rémunération équivalente.

B. Il ressort du texte de l'arrêté royal du 30 juillet 2018 que les infirmiers spécialisés qui bénéficient d'une prime pour un titre ou une qualification professionnel particulier avant le 1er septembre 2018 continueront de la percevoir, et ce même lorsque le nouveau modèle salarial leur sera appliqué.

S'il est parfaitement concevable de changer de modèle et, partant, de devoir définir une date à partir de laquelle le nouveau modèle est applicable, le choix temporel du législateur est discriminatoire, et ce à deux égards au moins :

1° les infirmiers spécialisés qui bénéficiaient de cette prime avant le 1er septembre 2018 continueront de la percevoir lorsqu'ils seront intégrés dans le nouveau modèle salarial (p.ex. en cas de mutation) alors que le nouveau modèle prétend que les barèmes qui ont été établis tiennent compte des primes susvisées. En d'autres termes, si tel est vraiment le cas, il convient de constater que certains infirmiers recevront une double prime, ce qui constitue une différence de traitement disproportionnée, et ce d'autant plus à l'échelle d'une carrière professionnelle entière

Il semblerait également - en vertu de l'article 1er, § 4, alinéa 2, de l'arrêté royal du 28 décembre 2011 tel que modifié par l'arrêté royal du 30 juillet 2018 précité - que les infirmiers qui bénéficiaient de la prime avant l'application de nouveau modèle salarial et qui changeront de fonction garderont leur droit à la prime « pour autant qu'il[s] continue[nt] d'exercer une fonction d'infirmier », ce qui pourrait laisser penser que les conditions (surtout en matière de formation) pour le maintien des primes visés dans plusieurs arrêtés ministériels de 2007 ne seraient plus nécessaires... ce qui rendrait cette différence de traitement d'autant plus disproportionnée ;

2° les infirmiers spécialisés diplômés en juin 2018 et

qui sont agréés avant le 1er septembre 2018 resteront soumis au précédent modèle de rémunération et bénéficieront des primes pour titres et qualifications professionnels particuliers alors que ceux qui étaient dans la même classe mais qui, suite à une deuxième session, ne seront pas diplômés avant le 1er septembre 2018 et, partant, ne pourront pas être agréés avant cette date seront immédiatement intégrés au nouveau modèle salarial et ne pourront jamais bénéficier des primes susvisées. Le différentiel de rémunération mis en évidence ci-avant paraît donc encore davantage disproportionné puisque, à la date de l'adoption de l'arrêté royal en cause, les étudiants concernés n'avaient plus la possibilité d'aménager leur fin d'année pour tenir compte de cette nouvelle législation...

(III)

Compte tenu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il apparaît que le nouveau modèle salarial applicable à la profession d'infirmier dans les hôpitaux est discriminatoire à plus d'un titre et qu'une telle situation n'est pas juridiquement (ni pratiquement) acceptable.

Il va de soi que cette classification de fonctions ainsi que l'octroi des barèmes y afférents sont des décisions qui ont été prises par les partenaires sociaux de sorte qu'il leur appartient de faire les modifications éventuelles. Toutefois, dans la mesure où ce nouveau modèle salarial a été rendu obligatoire par arrêté royal, l'autorité fédérale a fait siennes les règles établies par les partenaires sociaux. Dès lors que celles-ci violent les articles 10 et 11 de la Constitution à plusieurs égards, je sollicite l'abrogation des deux arrêtés royaux précités rendant obligatoires les conventions collectives de travail établissant la classification de fonctions et instaurant le nouveau modèle salarial, de même que l'abrogation de l'arrêté royal du 30 juillet 2018 précité.

Par ailleurs, pour autant que de besoin, mes clients réitèrent leur souci de contribuer à l'adaptation du nouveau modèle salarial, de sorte qu'il octroie « un salaire identique pour un diplôme identique utilisé dans la fonction correspondante, à employabilité égale ». En ce sens, mes clients réaffirment leur souhait de pouvoir discuter dès à présent de l'ensemble des questions suscitées par l'implémentation de ce nouveau modèle salarial.

Je suis naturellement également à votre disposition pour conférer de la présente. Je réserve copie de la présente au Président de la Commission paritaire n°330.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, Monsieur le

Ministre, l'expression de ma plus haute considération.

1 C. A., arrêt n° 49/95, du 15 juin 1995, B.6.3.

2 B. RENAULD et S. VAN DROOGHENBROECK, "Le principe d'égalité et de non-discrimination", in M. VERDUSSEN et N. BONBLED (dir.), Les droits constitutionnels en Belgique – Les enseignements jurisprudentiels de la Cour constitutionnelle, du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation, Bruxelles, Bruylant, 2011, vol. 1, p. 603; P. LEMMENS et N. VAN LEUVEN, "Les destinataires des droits constitutionnels", in M. VERDUSSEN et N. BONBLED, op. cit., p. 136.; Bruxelles, 6 décembre 2000, J.T., 2001, pp. 572 et s., obs. B. HANOTIAU; Comm. Bruxelles, 6 novembre 1998, Ann. Prat. Comm., 1998, p. 649, note Y. MONTANGIE; T.T. Bruxelles, 5 novembre 1973, R.D.S., 1974, p. 137; T.T. Anvers, 24 juin 1971, R.W., 1971-1972, p. 1500.

3 C. C., arrêt n° 64/2009, du 2 avril 2009, B.7.4.

4 A l'exception des fonctions d'infirmiers et d'éducateurs du département Infirmier-Soignant.

5 Document IFIC – "Le nouveau modèle salarial", p. 2, consultable sur https://www.if-ic.org/src/Frontend/Files/userfiles/files/24-04_IFIC_Chapitre5FR.pdf

6 Document IFIC – "Le nouveau modèle salarial", p. 2, consultable sur https://www.if-ic.org/src/Frontend/Files/userfiles/files/24-04_IFIC_Chapitre5FR.pdf

Rubrique culinaire

RECETTE : « Souvenirs de vacances... »



MOUSSAKA À MA FAÇON



Ingrédients pour 8 personnes :

800gr de viande hachée (porc & veau ou agneau mais elle est, généralement, plus grasse.) - 4 grosses aubergines. - 5 à 6 belles tomates bien mûres et sans peau. - 2 oignons et 5 gousses d'ail dégermées. - Herbes aromatiques (thym, origan, livèche, etc...). - 1kg de pdt à chair ferme (type Nicola ou Charlotte). - 200gr de feta de brebis. - Huile d'olives. - Fromage râpé. - Sauce béchamel assez épaisse. - Sel & poivre.

Au travail :

- > Emincer finement les oignons et l'ail, ajouter les tomates découpées puis les herbes aromatiques et cuire à feu doux dans un peu d'huile d'olives pour en faire un coulis assaisonné.
- > Eplucher et cuire les pdt dans de l'eau chaude salée. Après cuisson les découper en tranches (+/- 0,5 cm d'épaisseur).
- > Eplucher les aubergines et les trancher à la mandoline (+/- 3 mm d'épaisseur).
- > Étaler les tranches obtenues sur une plaque de four sans les recouvrir, les saler, les poivrer et les recouvrir d'un fin trait d'huile d'olives en zigzag. Les cuire 15 à 20' à 200°. Lorsqu'elles sont ramollies et légèrement colorées, les réserver et recommencer l'opération avec une autre fournée.
- > Cuire la viande assaisonnée à la poêle. Lorsqu'elle est cuite, lui ajouter le coulis de tomates obtenu.
- > Lorsque l'ensemble des ingrédients est cuit, étaler dans un plat à gratin une couche d'aubergines, recouvrir de viande puis de tranches de pdt et terminer par de la feta découpée en dés. Recommencer et terminer par une couche d'aubergines.
- > Recouvrir d'une béchamel assez épaisse et parsemer de fromage râpé.
- > Mettre au four et gratiner la moussaka.
- > Bon **απετιτοΣ**

LE CASSOULET AU CONFIT DE CANARD



Ingrédients pour 6 personnes :

400gr haricots blancs secs « lingots » - 200gr de poitrine de porc - 1 carotte, 3 oignons, 4 à 5 gousses d'ail. - Thym, persil frais, laurier (bouquet garni) - 5 clous de girofles. - 1 tranche de 150gr de lard fumé. - 350gr de jarret de porc. - 3 cuisses de canard confites avec la graisse et la gelée. - 300gr de saucisses de Morteau. - 1 boîte de concentré de tomates. - Sel & poivre. - Chapelure.

Au travail :

- > Faire tremper les haricots secs dans de l'eau froide durant une nuit.
- > Le lendemain, placer dans une cocotte la poitrine de porc, les haricots, la tranche de lard fumé, 1 oignon piqué avec les clous de girofles, la carotte, 2 gousses d'ail émincées, le bouquet garni. Saler et poivrer. Recouvrir de 2 litres d'eau froide. Porter à ébullition puis cuire à feu doux durant 2h. Les haricots doivent être tendres tout en restant entiers. Enlever la carotte, l'oignon piqué, la poitrine de porc et le lard fumé.
- > Mettre la graisse de canard dans une poêle et colorer le jarret coupé en gros morceaux puis poêler dans cette graisse les saucisses. Réserver la viande. Enlever et réserver la graisse tout en en gardant 5 à 6 càs dans la poêle.
- > Emincer finement les deux oignons restants et le reste de l'ail et les cuire 5 à 10' dans la poêle. Ajouter le concentré de tomates et 2 à 3 càs. de bouillon.
- > Verser dans la cocotte contenant les haricots, le contenu de la poêle ainsi que la viande (jarret et saucisses) et mettre à feu doux pendant 1h à 1h30.
- > Lorsque la viande est bien cuite, la disposer dans un plat en terre, y ajouter la poitrine découpée et le lard de départ. Recouvrir avec un tiers de haricots, disposer les cuisses de canard et recouvrir avec le reste des haricots. Assaisonner et recouvrir le tout avec du bouillon et ajouter la graisse réservée.
- > Mettre au four à 150° pendant 2h à 2h30 puis recouvrir de chapelure et colorer durant 15 à 20' au four.
- > Bonne dégustation.

Les conseils du père « Effainbet »



Pour la moussaka, il existe chez certains cavistes (ex : canette à Bruxelles) d'excellents vins grecs. Je peux, également, vous proposer parmi d'autres, des vins remplis de soleil tels qu'on les trouve dans le Languedoc-Roussillon sur les appellations Faugères, Saint-Chinian, etc... Pour le cassoulet, je partirais sur des appellations telles que Cahors ou Madiran produisant des vins qui s'associeront bien avec le canard.

Je vous laisse car toutes ces histoires m'ont mis en appétit... Salut les « touristes » !

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)
- AI SPN** (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.

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



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



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



Compétences

Qualité

Esprit d'équipe

Respect

Humanisme




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