

## Des soins de qualité ? Oui mais comment ?

### sommaire

Edito : La qualité, par et pour les infirmiers	3	Budget des soins de santé	28
Interview : Franck Vandembroucke	5	Classifications infirmières	32
Avis de la Commission fédérale droits du patient sur la vaccination obligatoire	10	Législation : Responsabilité de l'infirmier	40
EBPracticenet	13	AISE : évolution de l'association	51
Spiritual care	20	Agenda des formations	55



## Le CH EpiCURA désire s'adjoindre un Technologue(s)/Infirmier(s) en imagerie médicale (H/F/X) Pour l'ensemble des sites

### VOTRE PROFIL

- > Vous êtes technologue en imagerie médicale ou infirmier bachelier/gradué.
- > Vous marquez un intérêt pour les prestations techniques, informatiques et les évolutions technologiques.
- > Vous avez des aptitudes relationnelles avec les patients.
- > Vous avez le sens des responsabilités.
- > Vous faites preuve d'initiative et de rigueur.
- > Vous possédez des aptitudes au travail en équipe pluridisciplinaire et multi-métiers.
- > Vous vous investissez dans la formation continue et dans les projets de service et institutionnels.
- > Vous disposez d'un certificat en radioprotection ou vous vous engagez à l'obtenir.
- > Disposer d'une expérience en imagerie médicale est un atout.

### VOTRE CONTRAT

- > Temps plein/partiel
- > CDI

### CONTACT

Toute information complémentaire peut être obtenue auprès du secrétariat du Département Infirmier au 065/76.91.61 ou auprès de Mr Vincent Rebella au 065/61.42.31.  
Intéressé(e) ? Adressez votre candidature (CV + lettre de motivation) à [recrutementdi@epicura.be](mailto:recrutementdi@epicura.be).

Madame Dominique GAINVORSTE  
Directrice du Département Infirmier

**[www.epicura.be](http://www.epicura.be)**

Rubrique «Emplois & Stages»

**EpiCURA**  
mon hôpital

## Editorial

# La qualité des soins, par et pour les infirmiers

### Bonjour à toutes et à tous.

L'année 2021 a encore été mouvementée dans le secteur des soins de santé. Il a été compliqué de pouvoir dispenser des soins de qualité au sein de nos terrains respectifs, qu'ils soient hospitaliers ou non. La lourdeur des soins ne cesse de s'accroître, nos collègues de se fatiguer des conditions actuelles, et vos associations professionnelles de continuer à effectuer un travail de l'ombre pour être écoutées et améliorer ces conditions de travail, de manière à permettre à notre profession de se développer harmonieusement, de conserver ses professionnels actuels et d'attirer de nouvelles recrues dans l'art infirmier.

Comment assurer des soins de qualité, ce qui est notre objectif à chacun et chacune ?

Nous l'avons dit, il faut d'abord bénéficier de conditions de travail correctes (voir notre article sur la **Province du Luxembourg**), avec une rémunération ou un financement adaptés (voir ceux sur **le budget des soins de santé**). Un apprentissage tout au long de la vie est nécessaire (voyez comment **Frank Vandebroucke** a souhaité revaloriser les spécialisations, avant de prendre d'autres mesures visant l'ensemble de la profession), et les praticiens de l'art infirmier doivent avoir accès à des informations de qualité (voyez notre article sur l'**EBPractice net**) et faire aussi l'effort de continuer à développer et affiner leurs connaissances. Nous tentons de vous soutenir dans cet effort en vous proposant, entre autres, nos rubriques « **législation** » et « **recherche** ».

L'actualité de la profession ne doit pas s'arrêter aux déboires des





vagues et crises sanitaires, nous devons continuer à travailler les dossiers à long terme également, c'est pourquoi nous faisons le point sur les **classifications infirmières** dans nos pages, afin de mieux comprendre comment celles-ci peuvent faciliter notre travail administratif mais aussi soutenir la démarche clinique, la recherche, l'évaluation et le financement des soins... toujours des enjeux en lien avec cette qualité !

D'ailleurs, saviez-vous que, malgré les difficultés, **la plupart des infirmiers aiment toujours leur profession** ? N'hésitez pas à aller consulter l'article publié fin décembre 2021 sur le site Medscape Nurses<sup>1</sup>. Vous y lirez que, même si la pandémie a diminué leur satisfaction, 90% des infirmiers (des USA) interrogés sont heureux d'avoir choisi les soins infirmiers comme profession, et apprécient en particulier les relations avec les personnes soignées. Les difficultés émotionnelles étaient cependant plus grandes cette année.

C'est pourquoi nous faisons le point sur le **Spiritual care**, et comment celui-ci peut redonner du sens aux soins pour les patients, mais aussi pour les professionnels – un souffle ténu de bonheur à saisir à l'occasion du printemps.

Certaines choses se sont améliorées, beaucoup d'autres sont encore à acquérir et nous nous battons pour les obtenir. L'acn continue à œuvrer dans ce sens. Je terminerai par ces quelques mots : la réflexivité du soignant au cœur des soins en garantit la qualité. Toute l'équipe de l'acn et moi-même savons que notre profession est en évolution, et que nous pourrions nous développer grâce à celle-ci. Prenez soins de vous pour ces mois difficiles que nous allons encore passer, nous serons ravis de pouvoir vous revoir en présentiel le plus rapidement possible.

<sup>1</sup> [https://www.medscape.com/viewarticle/965719?spon=24&uac=406900HJ&impID=3939634&ssso=true&faf=1&src=WNL\\_mdpls\\_220111\\_mscpedit\\_nurs](https://www.medscape.com/viewarticle/965719?spon=24&uac=406900HJ&impID=3939634&ssso=true&faf=1&src=WNL_mdpls_220111_mscpedit_nurs)

# Le ministre Frank Vandenbroucke : « Une valorisation nécessaire pour les infirmières avec TPP ou QPP »

Le ministre de la Santé Frank Vandenbroucke met 43 millions d'euros à la disposition des infirmières spécialisées avec un TPP ou un QPP. Il souhaite ainsi soutenir les fonctions infirmières qui ont été laissées de côté par le déploiement accéléré de l'IF-IC en 2020. « Il ne s'agit pas d'une mesure isolée, mais elle s'inscrit dans le cadre de mesures plus larges visant à rendre la profession d'infirmier plus attractive », déclare le ministre.

Avec 500 millions d'euros en 2020, l'IF-IC prend de l'ampleur. Les salaires de certaines fonctions infirmières ont augmenté, mais ce n'est pas le cas pour tout le monde. C'est pourquoi le ministre Frank Vandenbroucke prévoit maintenant un budget supplémentaire pour soutenir les fonctions spécialisées reconnues, TPP (titre professionnel particulier) et QPP (qualification professionnelle particulière). Concrètement, il s'agirait de 2 500€ bruts supplémentaires par an pour tous les infirmiers spécialisés avec un TPP et de 830€

bruts supplémentaires par an pour tous les infirmiers porteurs d'une QPP. Cette somme sera appliquée avec effet rétroactif à partir de janvier 2022. Par ce moyen, le ministre revient sur une décision de 2015, lorsque les primes pour TPP et QPP ont été supprimées.

« Il s'agit d'un ajustement nécessaire. Le déploiement accéléré de l'IF-IC est un réel progrès pour la grande majorité du personnel soignant. L'augmentation de la rémunération est plus prononcée parmi le personnel de niveau débutant. L'un des





principaux objectifs de l'introduction de l'IF-IC était donc d'accroître l'attractivité d'un emploi dans le secteur des soins en offrant de meilleurs salaires », déclare le ministre. « Après une analyse approfondie des salaires du secteur, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il existait un écart défavorable pour un nombre limité d'infirmières spécialisées. Plus précisément, les infirmières ayant un TPP ou une QPP, qui dans le passé ont demandé une prime. Leur spécialisation n'était pas ou insuffisamment valorisée dans l'IF-IC, malgré l'objec-

**Il ne s'agit pas d'une mesure isolée, mais d'une mesure qui s'inscrit dans un ensemble de mesures que nous voulons prendre à court, moyen et long terme avec les partenaires sociaux et le secteur des soins infirmiers.**

tif déclaré des partenaires politiques et sociaux d'intégrer ces primes de spécialisation dans la rémunération de base de l'IF-IC. L'urgence de trouver rapidement une solution est également dictée par la situation de crise actuelle, nous ne devons pas nous laisser abattre par celle-ci. De cette manière, nous apportons une correction aux infirmières qui travaillent aujourd'hui dans les services de soins intensifs et qui jouent un rôle clé dans cette pandémie depuis près de deux ans maintenant. »

La prime est donc également versée aux infirmiers qui se trouvent déjà dans une échelle salariale plus élevée, IF-IC 15. Il s'agit d'infirmiers ayant une spécialisation reconnue, et qui est nécessaire dans leur poste actuel. En d'autres termes : les infirmiers spécialisés dans les soins d'urgence et les soins intensifs classés dans l'IF-IC 15.

### **Autres spécialisations en soins infirmiers**

Cependant, seuls 17% des infirmiers ont un TPP ou une QPP, et il existe encore de nombreuses spécialisations pour lesquelles il n'existe pas de TPP ou QPP aujourd'hui. Il suffit de penser aux infirmières spécialisées dans la douleur, l'imagerie médicale, le traitement des plaies, le conseil, l'hémodialyse, les soins aux personnes handicapées, etc. Comme c'était le cas pendant la période 2010-2015, ils n'ont pas droit à la prime. « Je comprends leur réaction. Toutefois, il est important de souligner que nous recherchons d'abord une solution à court terme en raison de l'écart de rémunération qui était directement ressentie par les professionnels suite à l'introduction de l'IF-IC », déclare le ministre. « Il ne s'agit pas d'une mesure isolée, mais d'une mesure qui s'inscrit dans un ensemble de mesures que nous voulons prendre à court, moyen et long terme avec les partenaires sociaux et le secteur des soins infirmiers. La révision des formations et des fonctions infirmières (profils de fonctions), et la place qu'y occupent les spécialisations en soins infirmiers, font également partie de l'exercice auquel nous procédons pour rendre plus attractif un emploi dans le secteur des soins de santé. »

Le ministre Vandenbroucke souhaite compléter la liste des spécialisations reconnues et faire le même exercice pour ces professionnels de la santé. Un tour d'horizon de la NVKVV, association flamande sœur de l'acn, en 2020 a montré que nous aurons bientôt plus de vingt fonctions d'infirmiers. La liste des spécialisations pour les médecins est également longue et d'autres professions de santé suivront sans doute. Chaque spécialisation nécessite un comité d'agrément, mais cela est-il réalisable sur le plan administratif ? *« L'avenir des spécialisations infirmières fait partie intégrante des travaux de la task force 'modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur'. Les ministres et administrations compétents continueront à travailler sur la base de leurs conseils. »*

*ajustement continu dans un secteur en évolution rapide comme celui des soins de santé. Dans le cadre de cet entretien de l'IF-IC, la prime pour les nouvelles applications des TPP et QPP sera également examinée. »*



### Révision de l'IF-IC

Comme la NVKVV et l'acn, le ministre de la Santé publique appelle de ses vœux une révision en profondeur de l'IF-IC, via une négociation entre les employeurs et les syndicats, où sa prédécesseure Maggie De Block ne voulait pas être impliquée. Le ministre Vandenbroucke veut, lui, jouer un rôle de facilitateur dans ce domaine. *« Le déploiement et le maintien de l'IF-IC relèvent principalement de la responsabilité des partenaires sociaux. Dans le cadre des contours de l'accord social, nous avons entamé des consultations avec les syndicats et les employeurs »,* dit-il. *« La consultation se déroule de manière très constructive. J'espère pouvoir poursuivre cette dynamique dans le cadre de l'entretien de l'IF-IC, car le système a également besoin d'un*



## Qu'en est-il de la double filière ?

Le ministre Vandenbroucke a pris des initiatives supplémentaires pour clarifier la situation de la double filière de formation. Une **task force** a été mise en place pour travailler sur le modèle de fonctions. Au sein de celle-ci, un groupe de travail sur la formation initiale et un groupe de travail sur la formation continuée sont actifs, selon un calendrier très strict. « Des discussions très importantes sur l'avenir de la profession infirmière y sont menées », déclare le ministre. « Dès que le groupe de travail aura rendu son rapport final, celui-ci sera partagé avec toutes les parties intéressées. La mise en œuvre du rapport final devra être discutée avec mes collègues ministres au niveau des Communautés et Régions au sein de la CIM Santé publique. »

### Qu'en pensent la NVKVV et l'acn ?

En 2010, en raison de la pénurie aiguë d'infirmiers, le plan d'attractivité pour les infirmiers a été élaboré par la ministre de la Santé publique et des Affaires sociales de l'époque, Laurette Onkelinx. En 2011, dans le cadre de ce plan, des primes ont été introduites pour l'obtention d'un TPP ou d'une QPP. Un groupe limité d'infirmiers est ainsi devenu une exception au sein des professions de santé. Ils ont reçu une prime supplémentaire dès lors qu'ils poursuivaient leur formation

continue. En 2015, la mesure a été remise en cause par l'introduction de l'IF-IC, un modèle où la rémunération est basée sur les compétences et les responsabilités acquises, et où les primes seraient entièrement ou partiellement incluses. Aucune nouvelle reconnaissance d'un titre ou d'une qualification après le 31 août 2018 n'a donné droit à une prime.

« Cette décision de fin 2015 est soudainement révisée. Qui peut encore suivre la politique ? La porte a ainsi été ouverte à une liste infinie de spécialisations infirmières, alors que la NVKVV se bat depuis des années pour un modèle générique qui soit flexible et offre des possibilités de spécialisation à tous les infirmiers », déclare Ellen De Wandeler, coordinatrice générale de la NVKVV. « Depuis 2019, l'IF-IC ASBL a pris des mesures pour répondre aux plaintes. Par exemple, une procédure d'entretien a été lancée et des tables rondes ont également été organisées pour un nombre limité de profils professionnels. Un

**La porte a ainsi été ouverte à une liste infinie de spécialisations infirmières, alors que notre association se bat depuis des années pour un modèle générique qui soit flexible et offre des possibilités de spécialisation à tous les infirmiers**



*travail très intensif qui n'a pas porté ses fruits. Les procédures d'entretien et les tables rondes qui ont déjà été réalisées pour la fonction d'infirmier en imagerie médicale et d'hygiéniste hospitalier n'ont abouti à rien, sans parler du fait que nous avons reçu un retour officiel à ce sujet aujourd'hui. »*

### **Le gros « mais »**

Néanmoins, ce budget supplémentaire est une reconnaissance positive pour tous les infirmiers avec un TPP ou une QPP, avec un gros « mais ». « *Les associations professionnelles sont la caisse de résonance de milliers d'infirmiers individuels. Nous voulons signaler clairement au ministre Vandebroucke, à l'IF-IC et aux autres parties concernées que les primes sélectives laissent sur le carreau un grand nombre d'infirmiers qui ont poursuivi une formation continuée dans une spécialisation pour laquelle il n'existe pas de TPP ou de QPP. Seuls 17 % des infirmiers actifs ont obtenu un TPP (78 %) ou une QPP (22 %) »*, précise Ellen De Wandeler. « *Notre demande est la valorisation structurelle de toutes les fonctions infirmières, quels que soient le service et le secteur d'emploi. Nous pensons que le ministre veut avant tout répondre aux critiques croissantes à l'égard des services d'urgence et de soins intensifs. Toutefois, cette proposition n'offre toujours pas de solution pour les infirmiers qui sont employés avec un TPP ou une QPP dans le secteur des soins et de l'aide sociale. Pour eux, rien n'a encore été réglé sur le plan financier. »*

La NVKVV et l'acn continuent donc de plaider pour une forte simplification de l'IF-IC, avec des fonctions non hiérarchisées où le passage

d'une fonction à l'autre est possible. Ce sont les mêmes fonctions qui ont été élaborées par le Conseil fédéral des soins infirmiers (CFAI) en 2017-2018 :

- Infirmier clinicien chercheur
- Infirmier de pratique avancée
- Infirmier spécialisé/Infirmier référent
- Infirmier responsable de soins généraux
- Nouvelle fonction intermédiaire de praticien de l'art infirmier
- Aide-soignant

Les infirmiers en exercice doivent être classés en fonction de la législation en vigueur qui définit leur fonction et leur position.

## **Notre demande est la valorisation structurelle de toutes les fonctions infirmières, quels que soient le service et le secteur d'emploi.**

De cette manière, il est possible d'établir des descriptions générales objectives des fonctions et une différenciation claire de celles-ci, avec des compétences et des attentes précises. Ce modèle de fonctions met également un terme aux discussions sur les descriptions de poste liées aux services, qui diffèrent fortement en fonction des réalités régionales et individuelles des établissements de santé. Enfin, il n'y a plus de fonction manquante. Cela rend possible la mise en œuvre de nouvelles spécialisations sans législation supplémentaire.



# Avis de la Commission Fédérale **relative aux droits du patient sur la vaccination obligatoire**

Mafalda Leal

La Commission Fédérale "Droits des Patients" (CFDP) est un organe consultatif créé au sein du Service Public Fédéral de la Santé publique. Elle a pour mission l'évaluation de l'application de la loi relative aux droits du patient ainsi que la collecte d'informations et la formulation d'avis sur des sujets concernant les droits du patient. Les professionnels de la santé y sont représentés, dont les infirmiers via un mandat UGIB.

Suite à la demande du Commissaire Corona, M. Pedro Facon, la CFDP a rendu un avis sur l'opportunité, la faisabilité, les avantages et inconvénients des différentes possibilités d'augmenter le taux de vaccination contre le coronavirus. Cet avis rejoint un avis du Comité Consultatif de Bioéthique relatif aux enjeux éthiques liés à la vaccination obligatoire de la population adulte en période de pandémie<sup>1</sup>.

L'avis est basé sur les dispositions de la loi relative aux droits du patient et sur la mesure dans laquelle elles doivent être prises en compte dans la préparation d'une politique visant à maximiser la couverture vaccinale. Des mesures visant à augmenter la couverture vaccinale autres que le vaccin sont hors du champ d'application de l'avis. Il n'examine que la vaccination, dans le sens où toute personne qui reçoit un vaccin est considérée comme un patient.



<sup>1</sup> [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/avis\\_80\\_ccbb\\_vaccination\\_obligatoire\\_0.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_80_ccbb_vaccination_obligatoire_0.pdf)

Les principaux points relevés par la Commission sont les suivants :

- La loi relative aux droits du patient n'empêche pas la mise en œuvre d'une obligation de vaccination à condition qu'une telle obligation soit imposée pour la protection de la santé publique. Ceci découle de la jurisprudence de la Cour de Cassation en rapport avec l'obligation de vaccination contre la polio.
- Le droit du patient de recevoir une information sur le vaccin, ses effets secondaires et l'impact social de la (non-) vaccination, en particulier sur l'organisation de soins. Cette information doit être adaptée au patient, inclure les mineurs et les patients majeurs incapables, en fonction de leur âge, de leur maturité et leur capacité de compréhension.
- La responsabilité du professionnel de santé de fournir des informations correctes et scientifiquement fondées aux patients, sur base du droit à des prestations de qualité et du consentement éclairé du patient.
- L'obligation du professionnel de santé de fournir des services de qualité et sans discrimination malgré un refus de vaccination du patient. Les autres conséquences potentielles d'un refus dans le cadre d'une vaccination obligatoire, comme une sanction pénale ou l'interdiction d'accès à certains services sociaux, dépasse le cadre de l'avis.
- Conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme<sup>2</sup>, l'obligation

de vacciner ne constitue pas une violation du droit à l'intégrité physique. Des restrictions à ce droit sont autorisées si trois principes sont respectés :

- le principe de légalité : la restriction doit être prévue par la loi ;
- le principe de légitimité : la restriction sert des objectifs légitimes, dans ce cas, la protection de la santé de toute personne qui reçoit le vaccin mais aussi la protection des droits d'autrui ;
- le principe de proportionnalité : la mesure prise est pertinente pour atteindre le but recherché et il doit exister un besoin social impérieux. La Cour rappelle qu'il existe un consensus général selon laquelle la vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus efficaces et les plus rentables, et que chaque Etat devrait s'efforcer d'atteindre la couverture vaccinale la plus élevée possible au sein de sa population.

Le respect de ce principe implique sa vérification non seulement lors de l'introduction de la mesure mais aussi régulièrement, afin de vérifier si les circonstances épidémiologiques et les preuves scientifiques justifient son maintien.

La Cour précise que l'obligation de vacciner peut constituer une restriction proportionnée par rapport à la protection de la santé publique et à la protection des droits d'autrui.

<sup>2</sup> CrEDH 8 avril 2021, nr. 47621/13 e.a., Vavricka e.a. vs. Tschéquie.



## Mafalda Leal

**Mafalda** est la représentante de l'ach/UGIB à la CFDP depuis 2021. Après avoir travaillé 15 ans comme juriste dans le domaine des droits de l'Homme et de l'enfant, elle a entamé des études d'infirmière. Mafalda est actuellement engagée au service de chirurgie de l'hôpital Etterbeek-Ixelles et suit une formation interuniversitaire en soins de plaies et cicatrisation.

L'avis considère aussi la possibilité de mise en place d'une condition vaccinale pour les activités dites essentielles et ainsi, conditionner l'accès à l'exercice d'une profession. Une telle condition ne devrait être prise que dans le but d'augmenter la couverture vaccinale et, dans le cas du personnel de santé, avec l'objectif d'une fourniture d'un environnement sûr pour prodiguer des soins. En outre, il devrait être considéré si cet objectif ne pourrait pas être atteint autrement, notamment par une vaste campagne d'information et sensibilisation.

En conclusion, une obligation générale de vaccination se justifierait dans le cas où il existerait un besoin social et aigu, suite à une nouvelle évolution épidémiologique, afin d'éviter une implosion des soins. En outre, cette mesure, d'ordre nécessairement temporaire, ne pourrait être imposée que s'il a été scientifiquement démontré que la vaccination obligatoire fonctionne efficacement.

L'avis de la CFDP peut être lu au lien suivant : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20211220\\_cfddp\\_avis\\_vaccination\\_obligatoire.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20211220_cfddp_avis_vaccination_obligatoire.pdf)



# L'Evidence-Based Nursing au service de la pratique infirmière - Episode 1

Jerry Van Biene

Une des compétences de l'infirmier responsable de soins généraux, selon la Directive Européenne 2013/55/UE, est d'analyser, assurer et évaluer la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en fondant sa pratique sur des données probantes, en d'autres termes en **informant sa pratique par des résultats probants**.

Que signifie « résultats probants » ? Pourquoi informer sa pratique par ces résultats ? Quel est l'état des lieux en Belgique en rapport avec cette pratique ?

Ce premier article a pour objectif de démythifier ces questions afin d'y voir un peu plus clair...

Pendant longtemps, la pratique des soins infirmiers a été principalement basée sur la **tradition**, l'**expérience**, l'**habitude** ou l'**intui-**

**tion**, et rarement sur les résultats de la recherche scientifique.

En effet, en tant qu'infirmier, nous avons régulièrement entendu dans notre pratique : « *On fait de cette manière parce qu'on a toujours travaillé ainsi* », ou encore : « *Grâce à internet, nous pouvons aller nous documenter rapidement et efficacement sur Wikipédia* ».

De plus, en contact avec l'étudiant en soins infirmiers, nous pouvons être confrontés à plusieurs interpellations, comme : « *Selon vous, quelle est la norme de la glycémie : 110 mg/mL ou 126 mg/mL ?* » ou alors : « *Avec vous, dois-je porter des gants pour réaliser une glycémie capillaire ?* »

Ces situations peuvent se présenter régulièrement et, dès lors, nous pouvons ressentir le besoin d'un positionnement sur le bien-fondé de nos pratiques au chevet du patient.

En effet, vis-à-vis de cette manière d'apprendre, de penser et d'agir, nous pouvons nous poser des questions telles que :

- Quelle est la meilleure manière de prendre une décision clinique ?
- N'existe-t-il pas des études qui ont identifié une action plus efficace que d'autres dans la résolution de ce problème ?
- Comment s'assurer que les techniques utilisées répondent toujours aux exigences de qualité actuelles ?
- Comment aller au-delà d'une pratique de soins principalement basée sur l'expérience, sur l'intuition ou tout simplement sur l'habitude ?
- Comment s'assurer que les procédures mises en place répondent toujours aux exigences de qualité scientifique ?

## Les résultats probants peuvent apporter une solution à ces nombreuses questions.

*Que signifie « résultats probants » ?*

Pour commencer, il faut savoir que le concept de pratique informée par les résultats probants, appelée *Evidence-Based Practice* (EBP) en anglais, possède d'autres appellations en français et ce, pour une même signification.

Ces appellations sont entre autres : « pratique fondée sur des résultats probants » (Gagnon et al., 2011), « pratique fondée sur des preuves » (Morin et Leblanc, 2002), « pratique guidée par des données probantes » (Couturier et Carrier, 2003).

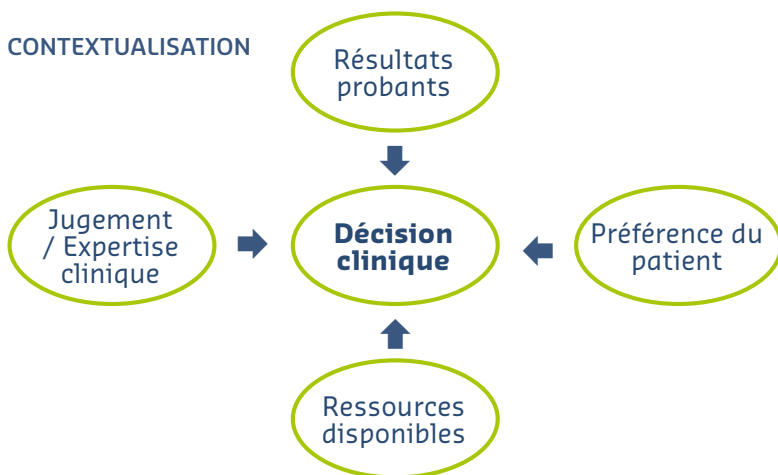
La démarche EBP est présente dans les différentes disciplines de soins de santé, dont les soins infirmiers avec l'**Evidence-Based Nursing (EBN)**.

Selon Ingersoll (2000), l'EBP est définie comme « L'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient ».

- *Consciente* signifie avoir une connaissance des sources d'information
- *Explicite* sous-entend la traçabilité du processus de recherche de l'information
- *Judicieuse* signifie l'évaluation de l'utilité de cette information
- *Meilleures données actuelles* implique une sélection des études ayant le meilleur niveau de preuve
- *Prise en charge personnalisée* définit le niveau d'utilisation final de l'EBP : la pratique de soins pour un patient donné



CONTEXTUALISATION



**La pratique informée par les résultats probants est un outil dans la démarche de résolution de problème chez le patient.**

Quotidiennement, nous sommes amenés à prendre des décisions cliniques en lien avec le patient dont nous nous occupons. Quatre éléments influencent ces décisions cliniques (Cullum et al., 2008, cités par Jacqmin, 2016) :

- (1) Les résultats probants
- (2) Le jugement/expertise clinique
- (3) Les ressources disponibles
- (4) Les préférences du patient

Les résultats probants sont à la base de la décision clinique, mais ils ne peuvent pas être utilisés directement, une **contextualisation** (adaptation) doit être réalisée. Cette contextualisation s’effectue en fonction des trois autres critères influençant la décision clinique. La pratique informée par les résultats probants ne peut pas remplacer le jugement clinique et/ou l’expertise clinique de l’infirmier, elle n’est donc pas du « prêt-à-penser », il faut toujours une contextualisation par rapport à la situation que nous vivons.

Même probants, ces résultats doivent être évalués par une personne compétente afin de juger de leur pertinence et de leur adaptabilité dans une situation spécifique. Cependant, les résultats probants permettent de **partir d’une base de connaissances scientifiques**, permettant ainsi de diminuer la pratique inefficace de certaines interventions réalisées par habitude, par exemple.

*Pourquoi informer sa pratique par ces résultats ?*

La pratique informée par les résultats probants présente de nombreux avantages (Jacqmin, 2016) :

- (1) Améliorer la qualité des soins
  - ✓ Amélioration des soins centrés sur le patient, car les préférences du patient sont intégrées dans le choix de la décision clinique, la prise en charge est ainsi personnalisée au patient.
  - ✓ Réduction de la durée du séjour des patients et réduction des coûts inhérents à la prise en charge.
  - ✓ Augmentation de la sécurité des patients.

- ✓ Diminution de la variabilité de pratique de soins non fondés scientifiquement
- ✓ Diminution de pratiques inefficaces réalisées par habitude, tradition ou expérience.

#### (2) Gérer l'information et les connaissances scientifiques

La littérature scientifique évolue rapidement et il y a de plus en plus de données présentes, ceci rend la tâche compliquée pour trouver l'information souhaitée.

Afin de gérer le volume d'information, les *guidelines* EBN réalisent un premier tri de cette information en **opérationnalisant** les résultats de la recherche scientifique en « lignes de conduite » et recommandations de bonne pratique.

Ces *guidelines* utilisent les résultats ayant le meilleur niveau de preuve disponible, permettant ainsi d'augmenter la pertinence des recommandations.

#### (3) Respecter le cadre légal

- ✓ Les données probantes sont toujours contextualisées en rapport avec le **cadre légal** du pays dans lequel elles sont appliquées.

#### (4) Respecter les recommandations nationales et internationales

- ✓ Le **KCE** (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé) indique : « La pratique des soins de santé répond à une approche scientifique de plus en plus rigoureuse, suivant la philosophie « *evidence-based* » ».
- ✓ L'**OMS** (Organisation Mondiale de la Santé) stipule : « Pour

obtenir une amélioration de la santé des individus, des familles et des communautés, les soins infirmiers doivent viser une pratique de haute qualité basée sur des résultats de recherche ».

- ✓ Le **CII** (Conseil International des Infirmiers) annonce : « La pratique informée par la recherche est indispensable à la pratique infirmière actuelle ».
- ✓ La **directive Européenne 2013/55/UE** de l'infirmier responsable de soins généraux demande dans sa compétence 7 : « Fonder sa pratique sur des données probantes ».

#### (5) Autonomiser la discipline infirmière par rapport aux autres disciplines des soins de santé

La discipline infirmière est une discipline parmi d'autres dans le monde scientifique. Notre discipline, composée de savoirs propres et empruntés (médecine, psychologie, ...), a comme volonté de se démarquer pour ainsi devenir « autonome » vis-à-vis des autres disciplines.

L'EBN réduit l'influence de l'unique jugement médical dans les soins au patient en aidant le praticien infirmier à trouver des sources spécifiques à son domaine afin de guider sa propre décision clinique. La crédibilité de la discipline infirmière est ainsi augmentée.

Dans le contexte actuel, la profession infirmière est en pleine mutation, les infirmiers vont dans l'avenir être confrontés à des décisions cliniques de plus en plus complexes. Cette mise à jour des connaissances permet d'augmenter le niveau d'expertise de ceux-ci, améliorant ensuite la qualité des soins.



L'EBN permet également de développer une culture de recherche chez les infirmiers (jusqu'à présent peu développée). Il est important que les infirmiers prennent conscience que la recherche existe dans leur discipline et apprennent à en utiliser les résultats pour guider leur pratique clinique.

### Quelle est l'état des lieux en Belgique en rapport avec la pratique EBN ?

Depuis juillet 2019, le KCE a mis en route un **réseau fédéral d'EBP** sous l'impulsion de la ministre de la Santé Maggie De Block en 2016.

L'objectif de ce réseau est de fournir aux prestataires de soins un accès rapide et permanent à des *guidelines* de haute qualité. Ceci nécessite que les *guidelines* soient centralisés et coordonnés au sein d'un même « Réseau fédéral EBP ».

Dans un premier temps, le réseau se limite aux soins de première ligne, et inclut 11 professions de santé : il s'agit des médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, podologues, dentistes, diététiciens et psychologues.

Le réseau a été créé avec les acteurs existants déjà avant 2019, dont les associations professionnelles et le CEBAM.

Le **CEBAM**, Centre belge pour l'*Evidence-Based Medicine*, est un organisme scientifique médical indépendant, interuniversitaire et pluridisciplinaire. Il s'adresse aux prestataires de soins, patients et citoyens en bonne santé.

Le CEBAM a pour rôles :

- ✓ D'encourager et offrir un soutien aux prestataires de soins pour intégrer les résultats probants dans leur pratique quotidienne.
- ✓ De valider, de manière indépendante, des recommandations de bonne pratique clinique et d'apporter un soutien méthodologique à l'intention des développeurs de recommandations belges.
- ✓ De permettre à chaque prestataire de soins d'avoir un accès à des informations scientifiques objectives traitées par la littérature médicale ou paramédicale, et ce à un prix abordable (CEBAM *Digital Library for Health* – CDLH).
- ✓ De développer le site Internet indépendant « **Infosanté.be** » en collaboration avec l'INAMI. Dans la rubrique « Guides-patients », les guides de pratique clinique destinés aux médecins sont rendus accessibles et compréhensibles aux patients. Le site « Infosanté.be » est intégralement financé par la Région Wallonne et ne fait pas de publicité.

Le CEBAM organise également des formations, notamment sur le développement des guides de pratique clinique et des synthèses méthodiques (revues systématiques).

**EBPracticenet** est une ASBL indépendante, financée par l'état fédéral, qui existe depuis 10 ans. Le fonctionnement d'EBPracticenet repose sur l'expertise des 20 organisations qui constituent son assemblée générale et participent activement à la production, dissémination et/ou implémentation de sources EBP. Ensemble, elles représentent la quasi-totalité des professions de première ligne.



Nous y retrouvons entre autres :

- Centre Belge pour l'*Evidence-based Medicine* (CEBAM)
- *CEBAM Digital Library for Health* (CDLH)
- Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP)
- Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (SPF Santé Publique)

Un conseil de rédaction composé des 11 professions de première ligne a pour objectif de soutenir et guider les rédacteurs en chef dans les choix de contenu concernant les processus éditoriaux, le site web EBPracticenet, les bases de données, les lignes directrices ainsi que de suivre la mise en pratique de la mission et des objectifs fixés par l'organe d'administration.

### **L'année 2022 va être charnière pour la profession infirmière, car nous allons devoir réaliser un travail de contextualisation/dissémination par rapport des thématiques ciblées en 2021.**

EBPracticenet propose également, grâce au soutien du CEBAM et du CDLH, une **formation en ligne** intitulée « *L'EBM dans votre pratique quotidienne* ». Cette formation est accessible gratuitement en ligne, via l'application Zoom®, pour l'ensemble des professionnels de la santé (ou futurs professionnels), et permet de se familiariser à la recherche en trouvant rapidement des informations issues de l'EBP.

Une présentation de EBPracticenet, de la *CEBAM Digital Library for Health* – CDLH, ainsi que du site « Infosanté.be » est réalisée lors de cette forma-

tion qui dure 45 minutes, généralement les lundis à 19h15.

Cependant, si vous souhaitez suivre la formation par groupe professionnel ou proposer la formation dans vos cours avec vos étudiants, n'hésitez pas à envoyer un e-mail à [nathalie.pauwen@ebpracticenet.be](mailto:nathalie.pauwen@ebpracticenet.be) afin de l'organiser au moment qui vous conviendra.

Dans le prochain article, nous parlerons des **difficultés** inhérentes à la pratique informée par les résultats probants. Nous pourrions aborder les **ressources électroniques** pertinentes pour la **recherche documentaire**, ainsi que la source de donnée « *point of care* ». Un **état des lieux** sur l'avancement du travail de contextualisation/dissémination en lien avec les thématiques ciblées sera également rédigé.

### **Références**

- Couturier, Y & Carrier S, 2003, « Pratiques fondées sur des données probantes en travail social : Un débat émergent », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no.2, pp. 68-79.
- Cullum N, Ciliska D, Haynes R, Marks S, 2008, « Evidence-based Nursing: An introduction », Blackwell Publishing, Oxford.
- Gagnon J, Côté F, Mbourou G, Dallaire C, Gagnon M-P, Michaud C, 2011, « La pratique infirmière informée par des résultats de recherche : La formation de leaders dans les organisations de santé, une avenue prometteuse », *Recherche en soins infirmiers*, no. 105, pp. 76-82.
- Ingersoll G-L, 2000, « Evidence-Based Nursing: What it is and what it isn't », *Nursing Outlook*, vol. 48, no. 4, pp. 151-152
- Jacqmin N, 2016, *Cours d'Evidence Based Nursing (Evidence Based Practice)*, Notes de cours, Université de Liège, Master en Sciences de la Santé publique, finalité spécialisée Pratiques avancées en science infirmière.
- Morin, D & Leblanc N, 2002, « La pratique infirmière basée sur des résultats probants : De quoi parle-t-on au juste ? », *L'infirmière du Québec*, vol. 10, no. 2, pp. 27-30.

## Mon parcours et mon mandat

Suite à mon diplôme d'infirmier gradué obtenu en 2002, j'ai travaillé en unité de médecine interne à la clinique CHC Heusy, dans laquelle j'ai été notamment le relais ICANE.

Le besoin d'apprendre a toujours été un fil conducteur, c'est pour cette raison que j'ai commencé ma formation d'infirmier cadre spécialisé en aptitude pédagogique et hygiène hospitalière, et celle-ci m'a permis d'obtenir mon CAP en 2007.

En 2009, j'ai débuté, parallèlement à ma fonction d'infirmier, ma carrière d'enseignant à l'IPES paramédical, à la fois en enseignement clinique et cours théoriques. Ceci m'a donné l'opportunité d'aller vers le partage d'expérience avec l'autre.

En 2014, j'ai décidé d'interrompre mon travail d'infirmier en unité de médecine, afin de me consacrer pleinement à ma fonction d'enseignant. Cette expérience de 12 ans comme infirmier m'a apporté une riche expérience clinique.

En septembre 2015, j'ai entrepris un master en Sciences de la santé publique, finalité Pratique Avancée en Science Infirmière (PASI), à l'université de Liège. Dans le décours de ce cursus, j'ai été interpellé par le sujet de l'*evidence-based practice*.

À la suite de mon master, j'ai commencé une expérience de formateur au CECOTEPE auprès des enseignants en soins infirmiers.

Depuis octobre 2021, je suis mandaté par l'UGIB au conseil de rédaction de l'EBPracticenet afin de représenter la profession infirmière au niveau francophone.

Mon rôle est de travailler avec les rédacteurs en chef et l'ensemble des représentants des 11 professions de soins de santé dans le choix des processus éditoriaux.

Une tâche éditoriale est notamment l'intégration de JBI et des sources « *point of care* » dans le paysage belge, ceci nécessite un travail de révision/contextualisation très rigoureux avant la dissémination de ces données dans la pratique infirmière.

De manière plus globale, j'ai également un rôle de relais entre l'acn, l'UGIB et EBPracticenet afin d'établir la culture d'*evidence-based practice* au sein de la profession infirmière.



# Oser le *Spiritual Care*

A l'aube du printemps, probablement encore bien épuisés par un hiver qui, de vague en vague, a creusé le taux d'absentéisme, que pourrait vous apporter un article sur le *Spiritual Care* (voir l'encart) hormis un souci de plus dans les prises en charge ?

A partir de l'impact du *Spiritual Care* dans les soins, nous essaierons d'envisager cette question. Puis nous proposerons quelques premiers pas pour développer une attention à la spiritualité des personnes soignées, ainsi que des pistes pour une sensibi-

lisation auprès des équipes ou de personnes en formation. Nous verrons enfin que les bénéfiques ne sont pas uniquement pour les patients mais aussi pour les soignants eux-mêmes, en termes de sens au travail, de satisfaction et d'enthousiasme partagé.

## Le *Spiritual Care*

Le *Spiritual Care* est l'attention de tous les professionnels de la santé pour la dimension spirituelle au cœur du « prendre soin » et toutes les actions qui en découlent.

Le *Spiritual Care* est ainsi le soin lorsqu'il considère la vie spirituelle déployée au travers :

- des questions de sens ou de non-sens
- des croyances et des défiances
- des espoirs et des désespoirs
- des culpabilités, des besoins de réconciliation ou de recevoir un pardon
- des sentiments de dignité ou de honte
- des valeurs défendues ou sacrifiées
- des aspirations profondes, mais aussi parfois de l'assèchement du goût de vivre
- des questions d'identité profonde en lien avec ce qui nous dépasse
- du sentiment d'être uni et relié avec l'humanité, avec la nature, avec une forme de transcendance

La spiritualité participe au mystère de la vie humaine et nous rend unique. Elle peut se vivre au sein ou en marge d'une tradition religieuse.

Pour en savoir plus : « *Spiritual Care*, comment en parler en français ? » et « *Spiritual Care*, la parole aux professionnels sur le terrain » sont les deux ouvrages de références en français chez Sauramps Medical (2018)

## Vignette clinique<sup>1</sup>

Une équipe de soins à domicile prend soin depuis 18 mois d'une patiente de 74 ans, atteinte d'une insuffisance rénale chronique avec de nombreuses comorbidités : diabète, hypertension, problème de vue, une forte dermite atypique et un ulcère à la jambe ainsi qu'une arthrite des membres inférieurs. Elle est veuve et vit à domicile. Elle est accompagnée deux fois par semaine en hémodialyse et, les autres jours, elle bénéficie de soutien et soins à domicile.

Beaucoup de comorbidités, beaucoup de médicaments, beaucoup d'interventions et d'intervenants, beaucoup de rendez-vous, beaucoup de trajets pour une femme dont la vie est devenue trop pleine. Sa vie est pleine de fatigues et celles-ci ont pris les rênes de tout son être : fatigue de venir aux dialyses, fatigue de prendre ses médicaments pénibles à avaler, fatigue de se faire à manger en calculant tout, de voir sa famille et ses amis, fatigue de voir, de lire, d'écouter, de faire, fatigue de tout, fatigue de vivre. Elle en vient à souhaiter d'avoir le COVID et d'y passer, sans faire de mal à personne si possible, ne plus être un poids, ne plus susciter du souci aux autres, ne plus se battre, se laisser aller et enfin consentir à cette fatigue, lui donner raison, s'endormir pour toujours.

Elle ne s'est pas fait vacciner pour cela : une chance donnée à la nature de faire son travail sans avoir à le dire. Personne n'a pu le comprendre et l'assaut reprend à la visite médicale durant la dialyse aujourd'hui : « Vous devriez vraiment vous faire vacciner ! ». Elle ment, catégorique : « Je suis anti-vax. ». Elle qui n'a jamais été d'aucun mouvement contestataire et qui n'a pas l'habitude de mentir. Elle est trop fatiguée pour argumenter.

Auparavant, la patiente parlait parfois avec son corps et particulièrement avec ses reins : « Allez mes petits, on y va ! » disait-elle en dialyse mais aussi fréquemment chez elle. Elle dialoguait aussi avec son Dieu : « Alors pas pressé de me voir ? », « T'as pas fini avec tes cadeaux ? », « T'as pas vraiment encore envie de me voir là-haut hein ! », ou parfois « Merci, tu m'as envoyé ce petit nouveau pour mes pansements, il est bien celui-là ». Et puis le dialogue s'est arrêté, tué lui aussi par la fatigue. Elle attend maintenant en silence. Mais la lassitude a fini par se muer en énervement et l'énervement en amertume. Maintenant, elle en veut aux autres, à commencer par les soignants, à qui elle attribue une grande part de sa fatigue à cause des soins. Ils n'arrêtent pas de

piquer, parler, faire, motiver, conseiller. Elle en a voulu aussi à Dieu mais, maintenant, c'est surtout à eux et aussi à sa famille, même à ses petits-enfants trop bruyants, agités, fatigués. Elle a l'impression que tous les hommes et femmes vivent pour agresser, pour fatiguer. On ne devrait pas nous faire vivre cela. A quoi bon vivre pour être juste capable d'être fatiguée de tout ?

En dialyse et durant les soins à domicile, la patiente se plaint beaucoup : « Vous m'avez fait mal la dernière fois ! », « Je dois attendre, encore ? », « Je me sens pas bien et votre médicament ne m'a pas du tout soulagée ... ». Et puis, des petites phrases assassines ont tendance à devenir régulières.

Une infirmière, récemment, a partagé en équipe qu'elle l'appréciait beaucoup avant et qu'elle a de la peine depuis quelques mois à la supporter. Sa position anti-vax lui tape sur les nerfs. « On passe notre temps à rattraper ses « oublis » de médicaments... des fois, je me demande si elle ne fait pas exprès ... ».

<sup>1</sup> Inspirée de faits réels



Mettons cette histoire sur pause et regardons ce que nous dit une approche par le *Spiritual Care*, en commençant par les raisons sanitaires qui devraient nous pousser à nous y intéresser. Car, en effet, la vie spirituelle peut avoir un impact majeur sur la manière d'envisager la santé et les soins.

### L'impact de la spiritualité dans les soins

Les différents types d'impact de la spiritualité dans les soins sont aujourd'hui bien décrits par la littérature scientifique, que ce soit pour les patients – majoritairement – ou pour les soignants. En effet,



### Serena Buchter

est infirmière et titulaire d'un master en santé publique.

Depuis 2016, elle coordonne le réseau santé, soins et spiritualités hébergé à l'UCLouvain et en est la responsable scientifique.

Elle a co-dirigé en 2021 « Soins et Spiritualités en temps de pandémie, l'épreuve de la Covid 19 » aux éditions Sauramps Medical et dirigé le projet pédagogique Websérie « Respire ».

Serena.buchter@uclouvain.be

depuis ces 20 dernières années, ce domaine fait l'objet de nombreuses études en sciences infirmières.

Cet impact est démontré tant pour l'amélioration de la relation de soins, que pour favoriser l'alliance thérapeutique et la qualité d'accueil des personnes soignées. Ainsi la prise en compte de la spiritualité y est décrite comme contribuant à davantage d'humanité : elle favorise le bien-être, les sentiments de reconnaissance, de dignité, les processus de rétablissement ou de deuil, et ceci en s'appuyant bien souvent sur les ressources de la personne elle-même.

Quant aux études émanant du milieu médical, elles se sont penchées le plus souvent sur l'impact pour la santé elle-même, directement (au risque d'une instrumentalisation de la spiritualité pour la santé<sup>2</sup>) ou indirectement : impact sur les résultats de santé (comme l'hypertension) ou sur la prévalence de maladies (par exemple la dépression), et même plus globalement sur la mortalité<sup>3</sup>. L'impact est généralement et globalement positif (mais pas toujours, ce qui montre que la spiritualité peut aussi jouer un rôle délétère – raison supplémentaire, disent les auteurs, pour s'en préoccuper et accompagner les personnes).

2 Pujol, N., Jobin, G. & Beloucif, S. (2014). Quelle place pour la spiritualité dans le soin ? *Esprit*.

3 Lucchetti, G., Lucchetti, A. & Koenig, H. (2011). Impact of spirituality/religiosity on mortality: Comparison with other health interventions. *Journal of Science and Healing*. Manning, L., Leek, J., & Radina, M. (2012). Making Sense of Extreme Longevity: Explorations Into the Spiritual Lives of Centenarians. *Journal Of Religion Spiritual Aging*. Koenig, H. (2013). Role of religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. In K. Pargament, *Handbook of Psychology, Religion and Spirituality*. American Psychological Association.

Alors pourrait-on imaginer « prescrire de la spiritualité » pour cette patiente qui semble réunir passablement de raisons de nous inciter à le faire ? Heureusement la spiritualité ne se laisse pas mettre en seringue, et même l'administration de temps comme la méditation pleine conscience ou la prière, classiquement perçus comme « pratiques spirituelles », nous semblerait bien inadaptée ! Il s'agit plutôt de constater, avec sensibilité, comment la spiritualité se vit pour elle et ce qu'elle est d'accord de nous en partager pour que nous puissions mieux l'accompagner et adapter nos soins.

### Savoir-être

« Avec sensibilité » sous-entend que certains savoir-être sont, là, essentiels. Dans le cadre de ces études d'impact sur la santé, la spiritualité et/ou religion sont en général considérées sous l'angle interventionnel, c'est-à-dire pour proposer des pratiques spirituelles qui auraient un impact sur la santé. Il est évidemment plus difficile de concevoir des études où est considéré l'impact du savoir-être dans les soins. Cependant, de nombreuses théories de soins nord-américaines définissent la spiritualité dans les soins par la formule « *compassionate care* », des soins dispensés avec compassion, ce qui nous indique que les compétences en *Spiritual Care* peuvent être abordées sous des angles bien différents comme **la qualité de présence, l'empathie et la compassion, le travail sur soi, l'ouverture**. L'enjeu est alors de devenir soi-même un instrument de soin de plus en plus affûté qui puisse capter et interagir avec la spiritualité de l'autre. C'est ainsi que la théoricienne en soins infirmiers Jean Watson l'évoque : « l'ouverture d'esprit et la présence spirituelle de l'infirmière deviennent des

éléments essentiels pour établir cette connexion et comprendre la perspective (champ phénoménal) de la personne soignée ».<sup>4</sup> L'infirmier ou l'infirmière ne peut donc pas se priver de son instrument de travail (soi-même et sa spiritualité). Ainsi, chez Watson, c'est une responsabilité professionnelle que de cultiver sa propre spiritualité, ce qu'elle n'a de cesse de répéter dans ses derniers ouvrages.

### Alors comment faire ?

Comment comprendre la vie spirituelle de cette patiente pour mieux l'accompagner et comment aborder sa situation avec un regard renouvelé ? La bonne nouvelle, c'est que nous n'avons jamais eu autant de références et d'outils pour aborder cette dimension spirituelle dans les soins infirmiers que depuis ces cinq dernières années !

Le « comment » pourrait se résoudre à quelques premières étapes à mettre en écho avec un savoir-être que nous ne ferons qu'évoquer ici. Mais tout d'abord, il s'agit d'opérer une conversion du regard : ne pas se précipiter sur un faire « à exécuter ». Car il ne s'agit pas de spiritualité « à traiter », d'une dimension supplémentaire à « prendre en charge », mais bien d'ouvrir le champ de notre compréhension à la révélation de l'élan de vie à accompagner et à soutenir, au rythme, et selon la liberté, des personnes soignées.

Parfois la seule action proposée sera d'être présent, d'offrir sa présence silencieuse, d'autres fois de

<sup>4</sup> Cara, C., O'Reilly, L. (2008/4) S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*.

reformuler un aspect, en somme des choses ténues le plus souvent, mais qui peuvent faire la différence.

Voici un résumé de certains savoir-faire en quelques verbes qui pourraient nous servir de première ossature : 1. repérer, 2. explorer, 3. aider à discerner avec la personne l'essentiel (pondérer) et 4. chercher comment aider ... puis 5. planifier et 6. évaluer ce qui a été fait. La dynamique interdisciplinaire est, pour toutes ces étapes, essentielle.

Nous évoquerons ici les deux premières étapes, et un jalon pour la troisième sous forme de deux questions-clefs.

### Première étape : Repérer

Reconnaître les traces, les signes du spirituel dans nos vies c'est une compétence de base essentielle du *Spiritual Care*. Car il y a autant de manière de vivre et d'exprimer sa vie spirituelle qu'il y a de personnes. Conscients de l'importance de cette première étape, des cliniciens et chercheurs ont élaborés des outils de repérage, parfois appelés « indicateurs spirituels », « cartes des signes », « Repères *Spiritual Care* »<sup>5</sup>. Ceux-ci font appels à l'observation et à l'écoute de « perches tendues » par les patients. Ils ont en outre pour but second de faciliter la communication, avec les collègues et les proches, d'aspects spirituels en trouvant plus facilement les mots pour en parler et les formules pour des transmissions écrites si cela doit être communiqué.

Dans le registre des outils de repérage, s'inscrivent aussi les diagnos-

tics de soins infirmiers même si leur objectif est bien plus ambitieux (résolution de problèmes).

Les diagnostics infirmiers de détresse spirituelle et d'autres outils d'anamnèse spirituelle ont l'immense bénéfice de poser explicitement la question de la spiritualité et de ne pas l'éluider dans une prise en soin. Leur pertinence est cependant dépendante d'une véritable formation à leur utilisation pour ne pas réduire la spiritualité à un « diagnostic » en plus. Pensons à notre patiente qui croule déjà sous les diagnostics. Le discernement devrait essayer de saisir la dynamique actuelle qui traverse son existence et fragilise tout l'édifice, plutôt que d'ajouter une étiquette pour un problème de plus dans sa prise en charge.

### Deuxième étape : Explorer

Lorsque le « repérage » indique qu'il est important dans la situation de soin d'aborder la spiritualité, il est possible d'aller plus loin, à l'aide d'autres outils dits « d'exploration ». Certains ont été pensés comme une anamnèse spirituelle dont le but serait de récolter des informations permettant de faire des liens et de renforcer l'alliance thérapeutique, d'autres proposent de faciliter une discussion à l'aide de questions simples, pour explorer cette facette de leur vie intérieure lorsque la situation semble favorable. « Explorer » c'est aller un peu plus loin, avec le consentement de la personne, graduellement et selon le lien de confiance établi, pour comprendre plus en profondeur la personne et sa dynamique spirituelle dans le but de s'adapter à ses besoins.

Parfois, ces outils dits d'exploration sont des brochures destinées aux soignants, éditées par des hôpitaux

<sup>5</sup> <https://resspir.org/module/module-2-comment-aborder-la-spiritualite-en-milieu-de-soins/decouvrir-les-outils-de-reperage/>



ou associations ; parfois, ce sont des outils validés d'anamnèse spirituelle tels que HOPE, SPIR, FICA, etc.<sup>6</sup>.

Ces deux savoir-faire (repérer et explorer) s'exercent non sans développer un savoir-être (qualité de présence, empathie, travail sur soi, ...) qui devrait s'entraîner mais que nous ne développerons pas ici. Nous sommes arrivés là au cœur de la question des compétences pour le *Spiritual Care*, liant savoirs, savoir-être et savoir-faire.

### Deux questions clefs

En Europe, depuis 2016, une équipe internationale d'enseignants-chercheurs et cliniciens-chercheurs issus des soins infirmiers a établi, à la suite de trois années de recherches, un standard de compétences au *Spiritual Care*<sup>7</sup> pour la formation en soins infirmiers. Ce standard est aujourd'hui la référence pour construire les enseignements et permettre aux infirmiers et infirmières de s'auto-évaluer.

Ces compétences sont détaillées dans les domaines suivants : 1. la spiritualité intra-personnelle, 2. la spiritualité interpersonnelle, 3. l'évaluation des besoins en *Spiritual Care*, 4. l'évaluation des actions produites.

L'auto-évaluation proposée par ce réseau permet de valoriser, pour soi ou pour son équipe, les compétences déjà acquises et à l'œuvre. Nombre d'entre elles sont déjà exercées par le person-

nel soignant ! Celles qui, par contre, peuvent être développées, dans le cadre d'un travail d'équipe ou d'une formation, sont alors mieux mise en évidence et permettent de fixer des objectifs d'équipe ou des objectifs personnalisés.

Si le standard est substantiel<sup>8</sup>, à la hauteur de la qualité des soins souhaitée, il n'y a pas de quoi paniquer. A tous ceux et toutes celles qui sont intimidés devant ce champ complexe de la spiritualité, ce réseau européen EPICC propose de commencer par deux questions si simples, qui devraient permettre de voir par où commencer, sans attendre d'avoir suivi des formations au *Spiritual Care*. Ces deux questions (dont l'abréviation est 2Q SAM<sup>9</sup>) sont les mêmes pour les aspects physiques, psychiques, sociaux ou spirituels : « **Pour vous qu'est-ce qui est maintenant le plus important ?** » et la suivante tout aussi essentielle : « **Comment puis-je vous aider pour cela ?** ». Ces questions semblent complètement évidentes (tout ça pour ça... !), mais ne le sont plus malheureusement dans la réalité des soins.

### L'essentiel mis en lumière

Voyons ce que ces questions ont pu opérer chez cette patiente. Elles n'ont pas fait aboutir à un « *happy end* » et la fatigue est restée reine, malheureusement. Mais elles ont permis de pondérer, parmi la multiplicité des soins, ceux qui lui semblaient essentiels. Ces soins essentiels ont été subordonnés à ce qui lui importe le plus : avoir une demi-journée par semaine sans au-

6 <https://resspir.org/module/module-2-comment-aborder-la-spiritualite-en-milieu-de-soins/>

7 McSherry, W., Ross, L., Attard, J., Van Leeuwen, R., Giske, T., Kleiven, T., Boughey A. & the EPICC Network (2020). Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: Some developments in European education over the last decade, *Journal for the Study of Spirituality*.

8 Voir la traduction : <https://resspir.org/recherche-grille-des-competences/>

9 Ross, L. & McSherry, W. (2020). The Ross and McSherry 2 Question Spiritual/Holistic Assessment Model (2Q SAM). in *Spiritual Care Charting/Documenting/Recording/Assessment: A Perspective from the United Kingdom*.

cun soin et avec le moins de fatigue possible, afin de pouvoir reprendre avec sa meilleure amie le tricot et discuter sans être interrompue. L'organisation un peu modifiée (et pas tant que ça) a permis de lui offrir ce temps comme une trêve. Les soignants ont réalisé ce qui importait le plus à cette femme et supprimé ce qui l'empêchait de vivre ce moment « sacré » entre amies. La patiente, jusque-là, n'avait jamais parlé de cette amie très chère et de leur occupation commune. Les deux femmes, apprend-on, tricotent avec d'autres paroissiennes des couvertures en laine, offertes à chaque naissance d'un enfant de leur commune via le service de l'ONE.

Pour le reste, très peu de choses ont changé, mais de la gratitude a pu être entendue et observée à certains moments. La patiente est restée plaintive, mais elle a aussi commencé à dire parfois merci. Ces mercis ont permis de faire la différence pour toute l'équipe, et nous nous contenterons, pour aujourd'hui, de contempler cette petite différence. Ce changement de regard a permis d'ouvrir le champ à ce qui fait sens dans la vie de cette patiente et, par ricochet, pour ceux et celles qui la soignent. Nous avons besoin, en effet, de sentir l'écho entre notre motivation intérieure (le sens de notre travail) et ce qui la nourrit (le sens qu'autrui expérimente et nous communique). Dans cette situation, nous percevons la finalité bienfaisante qui s'ouvre vers l'infini (les couvertures iront vers d'autres à qui ce geste fera du bien et qui prendront soin de leur enfant...). Dès lors, l'enthousiasme circule différemment entre nous et en nous.

Le *Spiritual Care*, souvent, nous fait le bien qu'il essaie de prodiguer aux

autres. Moins qu'une charge supplémentaire, il peut être ce qui donne de l'élan à notre travail.

C'est peut-être une raison qui, même en période de surcharge due à la pandémie, nous permet d'oser en parler pour ouvrir des espaces de paroles ou de formations au sein des équipes afin de se préoccuper du sens au travail, des phénomènes comme la fatigue d'empathie incitant au *spiritual self-care*. Ces espaces peuvent permettre à une équipe de reprendre souffle, trouver son souffle intérieur après le marathon des deux dernières années.

### Comment s'y former ?

Si les conclusions de la recherche en sciences infirmières sur ce sujet appellent quasi unanimement à une formation dans les cursus de formation initiale et continue, les recommandations sur les modalités ne sont pas encore bien établies. Mais de nouvelles propositions de formation sont aujourd'hui bien adaptées aux exigences des soignants et futurs soignants. Nous pouvons évoquer au moins trois écoles en Belgique qui font preuve d'audace pédagogique et d'innovation pour rendre cet enseignement aussi attractif que marquant pour les étudiants en s'appuyant sur des bases scientifiques solides.

Cette année 2021-2022, les Hautes Écoles Robert Schuman à Libramont, Vinci-Parnasse ISEI à Woluwé et Louvain-la-Neuve et Hénallux à Namur ont renouvelé, avec le soutien des outils pédagogiques du RESSPIR (Réseau francophone Santé Soins et Spiritualités), l'enseignement du *Spiritual Care* auprès de leurs étudiants dans certains cours ciblés.



## Le MOOC Interculturalité et spiritualité dans les soins

Ce cours en ligne, en accès libre, propose d'apprendre à prendre soin de la personne dans son contexte, et cela, au sein d'une société sécularisée mais pluri-culturelle où les appartenances religieuses sont en mutation.

Il permet par exemple d'identifier et de décoder les signes verbaux et non verbaux exprimés par les patients et pouvant renvoyer à une dimension spirituelle, de reconnaître et d'intégrer les mécanismes culturels (stéréotypes, préjugés, traditions, comportements, langages...) présents dans la relation de soin, et d'utiliser les concepts de spiritualité, vie psychique et culture pour une rencontre ajustée du patient au cœur de ses besoins.

<https://resspir.org/formations/nos-formations-en-ligne/>

Ces Hautes Ecoles utilisent soit des simulations (Hénallux), soit la websérie « Respire » (Robert Schuman et Vinci-Parnasse ISEI).

Ces nouveaux outils pédagogiques soutiennent le *Spiritual Care* tant pour les patients que pour les soignants (*spiritual self-care*).

Quant aux équipes, espérons qu'on se préoccupera aussi d'elles et que leurs directions leur poseront les 2Q-SAM : « Pour vous qu'est-ce qui est maintenant le plus important ? » et « Comment pouvons-nous vous aider pour cela ? ». A toutes, comme pour cette patiente fatiguée, nous souhaitons que soit organisée une trêve régénérante.



## La Websérie « Respire »

Cette fiction en trois épisodes, à laquelle se réfèrent des modules pédagogiques interactifs, se veut une immersion dans la vie intérieure des protagonistes. Certains « bonus » tels que des portraits permettent de chausser les lunettes spirituelles des personnages de l'histoire afin d'appréhender la spiritualité des autres (du patient, des membres de sa familles, des soignants, etc.) et la manière d'interagir avec celle-ci. Les modules abordent la présence consciente, le travail sur soi, le repérage et l'exploration à l'aide d'outils, la souffrance globale, l'empathie/compassion, les rituels. Le tournage a eu lieu au CHU UCL Namur sur le site de Mont-Godinne et la Saison 2 est en cours d'élaboration.



# 89 % de budget supplémentaire nécessaire pour atteindre l'équilibre en matière de soins à domicile

La pression sur les soins à domicile est forte. Chaque année, le nombre de personnes nécessitant des soins infirmiers à domicile augmente et le type de soins devient également plus complexe. Pourtant, ces évolutions ne se traduisent pas par un financement approprié pour mieux soutenir les infirmières à domicile. Edgard Peters, directeur des soins infirmiers à la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD), nous donne son point de vue.



Dès 2010, une étude du Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé (KCE) sur le financement des soins à domicile a montré qu'une réforme et une optimisation étaient nécessaires pour garantir la qualité et la continuité des soins à domicile. En 2013, la FASD a réalisé une étude similaire en vue de la préparation du budget INAMI 2014 et l'a actualisée en 2019 et 2021. Alors qu'en 2013, le sous-financement du secteur était déjà évident, cet écart s'est encore creusé jusqu'à aujourd'hui. « *La situation s'est aggravée par rapport à 2013. Aucun changement structurel n'a suivi notre étude et la demande de soins infirmiers à domicile ne cesse d'augmenter* », explique Edgard Peters.

## Des tarifs non proportionnels

« *Le vieillissement de la population, la volonté des personnes âgées de vivre plus longtemps à domicile, le nombre croissant de malades chroniques et les séjours hospitaliers de plus en plus courts impliquent un surcroît de travail et d'efforts dans le domaine des soins à domicile. Cela doit s'accompagner d'un financement adéquat des pratiques. C'est une raison suffisante pour tirer la sonnette d'alarme* », poursuit M. Peters. Les conclusions de l'étude laissent effectivement peu de place à l'imagination. Les tarifs des soins à domicile ne suivent pas l'indexation, avec une différence de 8,7 % entre l'intervention de l'INAMI et

les coûts réels. Plus de 62 % des indemnités ne permettent pas de fournir des soins à domicile de qualité et, pour certaines prestations, il n'y a tout simplement aucun remboursement. « Prenons l'exemple d'une dame âgée qui souffre d'anémie et qui a besoin d'une injection intramusculaire de vitamine B12. Cette demande de soins dure réellement dix minutes. Si l'on déduit le coût du déplacement - temps et consommation - et du matériel, le financement actuel ne laisse que 86 secondes pour réaliser ces soins. Sans parler de la marge pour faire de la prévention. »



### Budget pluriannuel et financements nécessaires

Un budget supplémentaire de 89 % est nécessaire pour permettre un financement adéquat des soins à domicile.

**« Nous sommes dans une situation titanesque qui ne cesse d'empirer. »**

Un montant hallucinant, sachant que les dépenses estimées en 2021 sont d'environ 1,83 milliard d'euros. Pourtant, entre 2012 et 2021, le secteur a réalisé des économies de 77,6 millions d'euros et s'est également attaqué à d'éventuelles fraudes. Dans le même temps, on constate une sous-utilisation des budgets de 242 millions d'euros pour la période 2009-2020. Edgard Peters : « Cela semble paradoxal, mais c'est dû au fait que nos écono-

mies ne retournent pas au secteur lui-même. C'est pourquoi nous plaçons pour un budget pluriannuel en gestion propre, grâce auquel nous pourrions améliorer le financement par des économies ou même envisager de nouveaux services. »

Le budget triennal que le ministre Frank Vandenbroucke a lancé pour l'INAMI est un premier pas. « Nous étudions actuellement les résultats avec attention. Nous craignons que la demande de soins infirmiers à domicile ne continue à augmenter. Nous sommes donc favorables à une bonne collaboration entre les hôpitaux et notre secteur, afin que les budgets puissent être déplacés si nécessaire. Quoi qu'il en soit, au début de cette année, une résolution a été proposée à la Chambre des représentants pour lancer une étude sur la révision du financement des soins infirmiers à domicile et de la nomenclature, en vue de réévaluer les actes infirmiers et de mieux reconnaître les actes intellectuels. »

# Trajectoire budgéta pour le budget des

## Rapport intermédiaire juillet 2021

Le cadre budgétaire de l'assurance maladie doit être adapté pour permettre la concertation dans une perspective pluriannuelle prévisible, pour encourager le décloisonnement, et pour soutenir la mise en œuvre des réformes nécessaires en ce qui concerne les objectifs de soins de santé prioritaires. Plus précisément, à partir de 2022, la procédure budgétaire prévoira l'attribution de moyens aux objectifs de soins de santé en combinant, au travers d'une trajectoire en trois étapes, un cadre budgétaire pluriannuel dynamique et un plus grand focus sur l'« *Appropriate Care* » (le soin pertinent à sa juste place au moment opportun).

Le coup d'envoi de ces travaux a eu lieu le 1er mars 2021. Au début de cette « trajectoire », tous

les acteurs du système de soins de santé belge ont été invités à faire des propositions en matière d'objectifs de soins de santé et d'« *Appropriate Care* ». Environ 100 propositions d'objectifs de soins de santé et 180 propositions d'« *Appropriate Care* » ont été déposées par les commissions d'accords et de conventions, et par d'autres parties et experts indépendants. Parmi les propositions émises et budgétisées : rendre les consultations multidisciplinaires remboursables pour les patients atteints d'une affection psychiatrique grave, conformément à la nomenclature des consultations oncologiques multidisciplinaires (GDOS-021-2). Toutes les *task forces*, le comité scientifique et le groupe de pilotage ont maintenant terminé leurs activités et le résultat de ces travaux a été com-

# ire pluriannuelle

## soins de santé 2022-2024

pié dans un rapport intermédiaire (disponible via le QR code ci-contre) présenté au Conseil général et au Comité de l'assurance et publié en juillet dernier.

Le rapport contient un certain nombre de propositions, notamment en ce qui concerne la méthode, le processus et la modernisation de la consultation. Ceci jette les bases d'un cadre pluriannuel qui, grâce à des objectifs clairs et des gains d'efficacité, permettra de développer une stratégie à moyen terme pour notre système d'assurance soins de santé. A l'issue de la présentation de ce rapport intermédiaire, il a été convenu que (1) le rapport intermédiaire sera transmis aux commissions d'accords et de conventions, qui s'en inspireront pour formuler une proposition de budget au Comité de l'assurance le 4 octobre 2021

au plus tard ; et que (2) un groupe de travail sera mis en place au sein du Comité de l'assurance et du Conseil général pour développer le rapport intermédiaire et produire un rapport final pour le 20 décembre 2021 au plus tard. Ce groupe de travail est complété par une représentation du Conseil général.

A noter que ce qui précède n'est pas distinct d'autres chantiers en cours tels que la réforme du financement des hôpitaux, la réforme de la nomenclature ou encore le pacte pharma.

Ce document est aussi accessible via le lien : [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/trajectoire\\_budgetaire\\_pluriannuelle\\_budget\\_soins\\_sante\\_2022\\_2024.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/trajectoire_budgetaire_pluriannuelle_budget_soins_sante_2022_2024.pdf)



# SNOMED CT® Nursing Practice Refset Ou comment veiller à ce que les soins infirmiers soient adéquatement représentés dans la pluridisciplinarité des systèmes d'information sur la santé ?

Olivier Thonon

« La Classification internationale de la pratique infirmière (ICNP®) donne aux infirmières les outils nécessaires pour documenter leur pratique, la décrire et la comparer au niveau mondial » (J. Shamian, CII 2015). Cette collaboration avec la SNOMED CT® au travers du *SNOMED CT® Nursing Practice Refset* permettra de généraliser l'utilisation de l'ICNP, de garantir de meilleurs résultats de santé ainsi qu'une utilisation efficace et efficiente des ressources de santé et de positionner l'élaboration de normes terminologiques de santé en prise directe avec la profession infirmière sur le plan international.

En octobre dernier, la *SNOMED International* et le Conseil International des Infirmières (CII) annonçaient la version de production d'un nouvel ensemble de référence, le *SNOMED CT® Nursing Practice Refset* lié à la Classification internationale

de la pratique des soins infirmiers (ICNP®).

Avec cette annonce, la version de production de l'ICNP *SNOMED CT® Nursing Practice Refset* lié à la Classification internationale de la pra-



tique des soins infirmiers (ICNP®) constitue le premier produit issu de l'accord entre le Conseil International des Infirmières et *SNOMED International* pour **renforcer la visibilité, garantir la sécurité et améliorer la qualité des soins infirmiers**.

Cet ensemble de référence joue un rôle crucial pour le CII en systématisant la représentation du domaine de la pratique infirmière au plan mondial, au profit de soins de qualité, fondés sur des données probantes. De plus, le *SNOMED CT® Nursing Practice Refset* tire parti de la terminologie infirmière du CII, qui est définie par la profession elle-même, de même que des processus mondiaux de validation clinique, de la plateforme d'octroi de licences, de l'approche d'assurance qualité et des outils de distribution de *SNO-MED International*.

Dans les pages qui suivent, nous allons tenter d'illustrer, certes succinctement, ces deux concepts au travers de quelques notions théoriques et d'exemples.

## 1. Introduction

Au sein du vaste de domaine que sont les technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé (cybersanté), il est essentiel d'avoir des données (infirmières) précises. De même, les systèmes de financement dans le domaine de la santé doivent pouvoir se référer à des données structurées. Pour cette raison, **il est indispensable d'avoir une terminologie de référence et de l'utiliser de manière harmonisée**.

Une terminologie garantit une représentation standardisée – tant dans le langage humain que dans le langage informatique – des concepts utilisés dans la pratique clinique informatisée. De par leur nature, ces terminologies ou nomenclatures en santé présentent un intérêt majeur pour le développement et l'évaluation des pratiques professionnelles, quelles que soient les professions de santé. Elles ont pour objet de documenter des observations (ex. cliniques, comptes rendus, communications scientifiques, etc.) et de les organiser selon une architecture (**taxonomie**) et/ou un vocabulaire (**classification**) communs à une profession et/ou une discipline. Elles peuvent aussi être utilisées à des fins de financement des soins.

Les principaux travaux de création et de développement de nomenclatures destinées à soutenir la discipline infirmière datent des années 1970. A ce jour, sur base d'un protocole de reconnaissance strict - *Nursing Information and Data Set Evaluation Center* (NIDSEC), l'*American Nurses Association* (ANA) reconnaît 12 *Standard Nursing Terminologies* (SNT).

Plus précisément, deux ensembles de données minimum (*Minimum Data Sets*), deux terminologies de référence (*Reference Terminologies*) et huit interfaces terminologiques (*Interface Terminologies*) pour faciliter la documentation des soins infirmiers et l'interopérabilité des données infirmières entre plusieurs concepts et nomenclatures au sein des systèmes informatiques composent ces standards terminologiques en soins infirmiers.

Interface Terminologies	Minimum Data Sets
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clinical Care Classification (CCC) System</li> <li>2. International Classification for Nursing Practice (ICNP)</li> <li>3. North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)</li> <li>4. Nursing Interventions Classification System (NIC)</li> <li>5. Nursing Outcomes Classification (NOC)</li> <li>6. Omaha System</li> <li>7. Perioperative Nursing Data Set (PNDS)</li> <li>8. ABC Codes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nursing Minimum Data Set (NMDS)</li> <li>2. Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS)</li> </ol>
	Reference Terminologies
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)</li> <li>2. SNOMED Clinical Terms (SNOMED CT)</li> </ol>

Les classifications spécifiques aux soins infirmiers présentent deux limites majeures : premièrement, il en existe plusieurs, non systématiquement interopérables entre elles ; et deuxièmement, elles ne présentent aucun tropisme à l'évaluation économique des soins infirmiers dans leurs objectifs.

Le but commun des classifications infirmières (*Interface Terminologies*) est de « structurer intelligemment le savoir infirmier afin que celui-ci soit utilisé de la meilleure manière possible au bénéfice du bien-être de la personne soignée. Elles représentent une valeur ajoutée et non un outil qui considère la personne soignée comme un objet de soins. L'outil reste au service de la personne qui l'utilise » (L. Mathieu, AFEDI 2004).

Compte tenu de l'espace d'écriture alloué dans l'InfoNursing, nous n'avons pas la possibilité de présenter individuellement chacune de celles-ci. Comme annoncé précédemment, nous nous concentrons uniquement sur les deux terminologies dont il est question dans le *SNOMED CT® Nursing Practice Refset*, à savoir ICNP® en tant qu'*Interface Terminology* et SNOMED CT® en tant que *Reference Terminology*.

Sachez cependant que notre système de santé possède son *Nursing Minimum Data Set* fédéral, constitué par les *Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal* (DI-RHM), basées dans leur construction sur la *Nursing Interventions Classification* (NIC). Pour rappel, cet outil d'enregistrement obligatoire de données infirmières (DI-RHM) et plus globalement hospitalières (RHM) est utilisé par le SPF Santé Publique comme indicateur pour mesurer l'activité hospitalière et ajuster le financement des hôpitaux, au travers du Budget des Moyens Financiers. Depuis octobre 2021, une version 2.1 de l'outil est disponible. Quant à elle, dans sa 7ème édition, la classification NIC regroupe 565 éléments en 7 domaines et 30 classes d'interventions.

## 2. La Classification internationale de la pratique infirmière (ICNP®)

Utilisée depuis plus de trente ans mais réellement formalisée au début des années 2000, la Classification internationale de la pratique infirmière est une norme internationale facilitant la description et la comparaison de la pratique infirmière aux niveaux local, régional, national et international. Cette terminologie ou dictionnaire de termes

est destinée à être utilisée par et pour des infirmières, afin de leur permettre de décrire et de rendre compte de leur pratique de manière systématique, y compris leurs diagnostics, interventions et résultats.

L'information résultante est utilisée à l'appui des soins et des prises de décisions, de même que pour éclairer l'enseignement des soins infirmiers et les politiques de santé. Dès lors, l'ICNP® offre aux infirmières des solutions de contenu pour la tenue des dossiers électroniques de patients à tous les niveaux, afin qu'elles disposent d'informations utilisables dans la pratique, l'administration, l'éducation et la recherche. Une terminologie est un ensemble de termes utilisés par les spécialistes d'un domaine spécifique. Les mots et groupes de mots représentent des concepts ou des notions, dont la signification unique est dérivée des propriétés spécifiques ou des caractéristiques d'objets, de relations ou d'entités.

De la sorte, l'ICNP® fournit un **cadre unificateur qui permet la mise en correspondance croisée d'autres classifications et langages terminologiques infirmiers**. Elle permet le partage et la comparaison de données infirmières au sein d'organismes de soins de santé et emplacements géographiques et entre eux.

Les termes de l'ICNP® peuvent être liés dans un dossier électronique, ce qui permet à une personne de suivre l'énoncé d'une préoccupation infirmière (diagnostic infirmier) avec les interventions infirmières mises en œuvre et les résultats prévus

et actuels des soins infirmiers. Il existe deux conditions liées à l'utilisation de l'ICNP® dans un système de dossiers électroniques : un système de dossiers électroniques qui accepte les termes codés de l'ICNP®, et l'utilisation d'un outil de planification des soins dans le dossier qui permette à l'infirmière de consigner des données d'évaluation découlant d'un énoncé de préoccupation infirmière (comme dans un énoncé de diagnostic infirmier) en y ajoutant des éléments de planification des interventions indiquées pour aborder la préoccupation infirmière et les résultats prévus et actuels des soins (CII, 2010).

À titre de langage vraiment unifié, l'ICNP® peut fonctionner comme terminologie d'interface et comme terminologie de référence. Son utilisation en tant que terminologie d'interface est décrite ci-dessus lorsque l'infirmière l'utilise pour documenter l'évaluation et les soins infirmiers. En tant que terminologie de référence, l'ICNP® peut accepter des termes d'autres systèmes linguistiques infirmiers et, tel que décrit dans la section ci-dessous, on procède actuellement à la mise en correspondance d'autres systèmes linguistiques infirmiers avec l'ICNP® à des fins de clarté et de facilité d'utilisation.

C'est dans cette optique de développement et d'implémentation que le CII s'est associé, en août 2020, à *SNOMED International* dans un accord ouvrant la voie à la gestion, la production, la publication et la distribution de l'ICNP® par *SNOMED International*. La version de production présentée par *SNOMED Interna-*

*tional* est basée sur l'ICNP® 2019 et sur la version de juillet 2021 de l'édition internationale de la SNOMED CT®. L'ensemble de référence est complété par une table d'équivalence reflétant le contenu de l'ICNP® et son homologue dans la SNOMED CT®. La table montre la correspondance entre le contenu de l'ICNP® 2019 et celui de l'ensemble de référence de la SNOMED CT®. La mise à disposition des tables d'équivalence facilite la migration des données ICNP® vers la SNOMED CT® pour ceux qui n'utilisent pas l'ICNP® dans les systèmes compatibles avec la SNOMED CT®.

### **3. La Systematized NOMenclature of MEDicine Clinical Trial (SNOMED CT®)**

Au même titre que les *Logical Observation Identifiers Names and Codes* (LOINC), la *Systematized NOMenclature of MEDicine Clinical Trial* (SNOMED CT®) n'est pas une classification en tant que telle, bien que toutes les deux fassent partie de la liste du NIDSEC. Il s'agit plutôt de taxonomies (Reference Terminologies) représentant des **outils d'architecture sur la base desquelles sont développées les classifications.**

*SNOMED International*, organisation à but non lucratif, dont le siège est établi à Londres, est le nom commercial de l'*International Health Terminology Standards Development Organisation* (IHTSDO). Cette organisation est propriétaire de SNOMED CT®, terminologie médicale la plus complète au monde. Il s'agit précisément d'un système terminologique international qui permet de restituer les informations cliniques contenues dans les dossiers électroniques de patients de façon

cohérente et exploitable par des ordinateurs. Cette terminologie basée sur une liste validée, riche et vérifiée sur le plan sémantique de termes médicaux avec leur(s) éventuel(s) synonyme(s), est utilisée dans le cadre des soins directs aux patients, pour définir notamment les plaintes physiques et psychiques, les symptômes, les circonstances, les processus pathologiques, les interventions, les diagnostics, les résultats et les décisions prises.

Actuellement, SNOMED CT® comprend plus de 350 000 concepts, répartis en 19 groupes hiérarchiques. Chaque concept a une signification univoque, référencée par un code numérique unique, l'identifiant de concept SNOMED CT® (SCTID, *SNOMED CT® Identifier*). À côté de ces concepts, SNOMED CT® contient également deux autres types de composants. D'une part, plus d'un million de descriptions qui lient ce code numérique à un terme en langage naturel (lisible par l'homme). Deux types de descriptions sont utilisés pour représenter les concepts : *Fully Specified Name* (FSN, nom entièrement spécifié) et *Synonyms* (synonymes). Un synonyme est préféré (*Preferred term*) et les autres sont acceptables (*Acceptable synonyms*). D'autre part, près de 1,5 million de relations qui associent les concepts entre eux, un concept source à un concept cible en fonction d'un type de relation (attribut) pour représenter la « signification » du lien entre le concept source et le concept cible de la relation.

Enfin, il existe également des fichiers auxiliaires, des ensembles de référence (*refset*) qui facilitent l'im-

plémentation. Un reset important est le reset linguistique (*language reset*) qui indique pour chaque langue quel est le *Preferred Term* (PT, terme préféré) et quels sont les *Acceptable Synonyms* (AS, synonymes acceptables).

**L'objectif de SNOMED CT® est de fournir un langage commun pour les travailleurs de la santé et les chercheurs, tant à l'échelon national qu'international, permettant une meilleure communication entre les différents acteurs de la santé et une amélioration de la qualité des soins.** L'implémentation d'aides à la décision (*Clinical Decision Support, CDS*) et d'alertes au niveau du Dossier Patient Informatisé (DPI), entre autres, est ainsi rendue possible. Une gestion structurée de la terminologie offre également des **possibilités d'allègement de la charge administrative** en fournissant de manière fiable des informations dérivées pour une utilisation secondaire. Cette terminologie soutient ainsi les organisations de soins de santé dans la planification et la documentation des processus de santé, dans l'analyse des résultats et la surveillance de la qualité des soins et du coût des soins médicaux. De par son côté extrêmement détaillé, SNOMED CT® contribue également à une **meilleure évaluation du résultat de certaines interventions et à la rédaction d'indications de traitement.**

Le système est actuellement utilisé dans plus de 50 pays, à des degrés divers et à différentes fins. Le standard est géré par *SNOMED International* ; la Belgique est membre de *SNOMED International* depuis 2013.

Le Centre de Terminologie, au sein du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, est le *National Release Center* (NRC, centre de diffusion) belge et, de ce fait, le point de contact unique en matière de licences SNOMED CT® et de développement de SNOMED CT® en Belgique. Le fait que la Belgique soit membre de *SNOMED International* signifie que les développeurs, fournisseurs, acheteurs et utilisateurs de logiciels e-santé en Belgique peuvent utiliser gratuitement SNOMED CT®. Le Centre de Terminologie du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement gère, coordonne, facilite et encourage l'utilisation de terminologies dans les soins de santé en Belgique. Une autre des tâches d'un NRC est notamment de publier une extension nationale de SNOMED CT®. La *release* belge suit le rythme de la *release* internationale, ce qui signifie qu'une nouvelle version est publiée tous les six mois (pour l'extension BE, les 15 mars et 15 septembre). Cette version contient principalement des descriptions en néerlandais et en français de concepts internationaux existants, accompagnées des resets linguistiques indiquant le terme préféré et les synonymes acceptables par langue. L'extension belge est dépendante de la version la plus récente du *SNOMED CT® International Edition* et doit donc toujours être utilisée avec celle-ci. Des concepts propres à la Belgique peuvent également être ajoutés. Pour ceux que cela intéresse, le navigateur SNO-MED International SNOMED CT® permet de parcourir ou d'effectuer



des recherches terminologiques : <https://browser.ihtsdotools.org/?>

Au vu de ce qui précède, la SNOMED CT® est un système de termes cliniques normalisés plus global que l'ICNP® en ce sens qu'elle comprend la terminologie utilisée dans de multiples disciplines du domaine de la santé et qu'elle fournit des relations entre les termes (ou concepts). Cependant, l'ICNP® est tout de même utile car son objectif est tout autre : l'ICNP® est propre à la pratique infirmière et peut être intégrée à un module de planification des soins d'un dossier électronique.

Pour terminer et mettre en lien ces différents acronymes avec notre paysage actuel de santé, le Ministre Vandenbroucke a rappelé, en octobre 2021, dans sa note de politique générale de Santé publique, que les normes d'information concernant les systèmes de classification (CIM, ICPC, DSM, DI-RHM), les systèmes de regroupement (APR-DRG et NRG), les normes en matière de terminologie (SNOMED CT®, LOINC) et de communication (HL7/FHIR) favorisent la clarté des informations et des soins efficaces et sûrs.

## Références

1. Communiqué de presse du Conseil International des Infirmières (2021), Présentation du nouvel ensemble de référence sur la pratique infirmière de l'ICNP-SNOMED CT®.
2. International Health Terminology Standards Development Organisation – IHTSDO (2017), SNOMED CT® Starter Guide, <https://tinyurl.com/2pnaf56p> (dernière consultation: 17/01/22).
3. Iowa College of Nursing, Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC), NIC overview, <https://tinyurl.com/y79fkfww> (dernière consultation: 17/01/22).
4. Januel, J-M. (2021), 11e révision de la Classification internationale des maladies : une opportunité pour les soins infirmiers ?, Recherche en soins infirmiers, n°145, pages 5 à 6.
5. Mathieu L. (2004), La gestion des connaissances cliniques : un préalable au développement d'un système d'information infirmier informatisé, Actes des journées nationales, Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et résultats infirmiers (AFEDI), 11, 31-39.
6. Office of the National Coordinator for Health IT (2017), Standard Nursing Terminologies: A Landscape Analysis, <https://tinyurl.com/y4yvnhjn> (dernière consultation: 17/01/22).
7. Snomed CT®, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction Générale des Soins de Santé, Data et Information Stratégique - Centre de Terminologie.
8. Systèmes d'enregistrement, SPF Santé publique, <https://tinyurl.com/ycxtx6c7> (dernière consultation: 17/01/22).
9. Thonon, O. (2016), Les enregistrements infirmiers : un outil d'efficacité. Du RIM aux DI-RHM dans les hôpitaux belges, Doctorat en Sciences de la Santé Publique, ULiège, Faculté de Médecine, Département des sciences de la santé publique.
10. Vandenbroucke, F. (2021), Note de politique générale Santé publique, présentation lors de la 4ème session de la 55ème législature, Chambre des représentants de Belgique, doc 55 2294/003.

# Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espece Francophone (SIDIEF) - Rapport annuel 2020

Le QR code ci-contre vous permet de prendre connaissance du rapport annuel d'activités du SIDIEF, le Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espece Francophone, unique réseau mondial infirmier francophone qui a fêté ses 20 ans en 2020.

Ce rapport annuel est bien évidemment teinté par le contexte sanitaire de l'année écoulée et le fil rédactionnel s'articule autour d'une question principale : « **Comment, en tant qu'organisation internationale, être utile à ses membres ?** ».

Durant l'année écoulée, le SIDIEF s'est donc volontairement recentré sur ses trois missions principales : mettre en valeur la contribution infirmière aux enjeux de santé, mobiliser et animer un réseau mondial infirmier francophone pour diffuser et partager les meilleures pratiques, soutenir le leadership infirmier. Ainsi, plus ou moins imposées par la pandémie, de nouvelles activités ont vu le jour : création de la page Web COVID-19 entièrement dédiée aux initiatives infirmières dans la gestion de la crise sanitaire., « Grandes Discussions » en lien avec la pandémie, veille médiatique mondiale Spéciale COVID-19, prise de position sur le rôle incontournable que jouent les infirmières et les infirmiers dans les stratégies vaccinales pour protéger les populations, ... En parallèle, les travaux de fond des

conseils consultatifs se sont poursuivis et les directeurs de soins infirmiers membres ont notamment exprimé le besoin de se regrouper dans un cercle de leaders. Ce cercle prendra forme au cours de la prochaine année.

Enfin, afin de respecter les consignes sanitaires de la santé publique et de recevoir le plus grand nombre possible de participants en présentiel à Ottawa (Ontario, Canada), le SIDIEF a pris la décision de reporter son 8e Congrès mondial à l'automne 2022.

## Qu'est-ce que le SIDIEF ?

Le Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espece Francophone (SIDIEF) est une organisation sans but lucratif, qui a pour mission de constituer, de mobiliser et d'animer un réseau mondial infirmier francophone de haut niveau qui réfléchit collectivement aux grands enjeux de santé. Instance de référence internationale, le SIDIEF facilite, au sein de la communauté infirmière francophone, le partage des expériences et des savoirs infirmiers afin de contribuer au développement de la santé et à l'amélioration des soins offerts aux populations, et de permettre à la profession d'atteindre le plein potentiel de son champ d'exercice.

Ce rapport est aussi disponible via le lien : <https://sidiief.org/wp-content/uploads/2021/04/SIDIEF-Rapport-annuel-2020.pdf>



## LÉGISLATION

# Jusqu'où va la responsabilité professionnelle de l'infirmier.e ? Bientôt toutes et tous au tribunal ?

*Miguel Lardennois, inf, MSc*



Il y a quelques années, l'infirmière d'une maison de repos liégeoise se voyait condamnée pour avoir délégué à plusieurs reprises des injections d'insuline à une aide-soignante, alors que ces injections d'insuline n'avaient été néfastes à aucun résident (ils en avaient vraiment besoin). Plus récemment, à l'étranger, un infirmier a été condamné pour ne pas avoir signalé au médecin que le système d'aspiration intracérébral semblait défectueux, et que ce même médecin avait oublié de prescrire l'habituel phénobarbital nécessaire pour éviter les convulsions de l'enfant porteur d'une telle aspiration, entraînant chez lui de graves dommages cérébraux...

Ces faits judiciaires illustrent rapidement jusqu'où peut aller la responsabilité professionnelle de l'infirmier. Mais, pour de nombreux collègues parmi nous, ces questions de responsabilité sont encore nébuleuses et ils sont à chaque fois surpris d'entendre qu'on puisse être condamné pour « quelque chose que quelqu'un d'autre a fait ou n'a pas fait (correctement) ». Et puis, lorsqu'on parle de

condamnation, nombreux sont ceux qui confondent encore la condamnation pénale et la civile. Je vais tenter de rendre ces différents éléments plus clairs en vous exposant les principes utilisés par la justice, et en les illustrant par quelques exemples fictifs de situations problématiques, mais il faut d'emblée prendre conscience que la justice est aussi subjective et que, en fonction des circonstances, un juge peut être moins tranchant que les principes théoriques exposés ici. Et heureusement d'ailleurs, car cette « souplesse » des juges est souvent en faveur de notre profession.

## **Parlons tout d'abord de responsabilité pénale : faire ou ne pas faire ce que la Loi prévoit**

Je ne vais pas décrire les délits de coups et blessures volontaires ou de meurtre, bien que présents exceptionnellement dans notre profession (par exemple par l'exécution d'une euthanasie non sollicitée par le patient) car, en général, si cela doit arriver, nous sommes tous conscients de commettre des coups volontaires ou un meurtre.





Parlons plutôt de délits où l'infirmier est généralement surpris d'être poursuivi, voire condamné, par la justice : **les coups et blessures involontaires, l'exercice illégal, la non-assistance et négligence criminelle, et le non-respect du secret professionnel**. La condamnation qui s'ensuit sera une amende, de la prison et/ou un retrait (éventuellement temporaire) du visa permettant d'exercer.

Pour comprendre les deux premiers délits en matière pénale, il est plus facile de se mettre dans la peau d'un conducteur de voiture. Lorsque je roule en voiture, il se peut que j'aie un comportement qui 1. soit dangereux, non-conforme à ce que le code de la route décrit d'un conducteur normalement prudent (par exemple adapter sa vitesse aux circonstances météo) ; 2. ne soit pas autorisé par la loi (par exemple rouler au-dessus de la vitesse maximale autorisée). Dans ces deux cas, même si mon comportement (p.ex. excès de vitesse) n'entraîne pas de dommage/dégât sur un autre conducteur, je commets bien un délit, je peux être poursuivi, et je peux être condamné (amende, retrait de permis, prison). Il en va de même dans le domaine de l'exercice professionnel : si j'adopte un comportement qui n'est pas conforme à ce que la Loi attend de moi ou m'interdit de faire, je peux être poursuivi. Maintenant, il faut revenir les pieds sur terre, dans le domaine de la santé, il n'y a pas d'agent de police aux carrefours (dans les couloirs de l'hôpital) et il n'y a pas de radar (de caméras de police dans les chambres) qui flashent les mauvais exercices professionnels... et donc, ce qui « met la puce à l'oreille »

des autorités judiciaires à propos de comportements délictueux d'un infirmier, c'est quand un patient ou sa famille se plaint que « quelque chose de pas normal s'est passé », et qu'une enquête plus poussée arrive à la même conclusion. Un infirmier est donc moins souvent l'objet de telles poursuites qu'un conducteur de la route, mais il n'est pas immunisé pour autant.

Quels sont ces comportements professionnels qui peuvent conduire la justice à considérer qu'il y a eu délit de coup et blessure involontaire ou d'exercice illégal et qu'il faut vous poursuivre ?

### 1. Coups et blessures, même involontaires : ce n'est pas autorisé par la Loi si...

Notre profession peut nous amener à porter des coups et blessures très régulièrement sur nos patients, comme rater la mise en place d'une perfusion, provoquer un hématome et faire saigner le patient. Heureusement, placer une perfusion fait partie des actes que nous pouvons poser, donc nous ne risquons pas de poursuite chaque fois que nous faisons saigner un patient en « ratant » cet acte. Par contre, si le patient/sa famille se plaint de telles blessures, et d'éventuelles conséquences, la justice va essayer de voir si le comportement professionnel de l'infirmier a été fautif ou pas.

De mon expérience, la justice accepte de nombreuses fautes de la part des infirmiers, et rater le placement d'une perfusion n'est même pas considéré comme une faute. Ce qui va être considéré comme une faute par un juge est plutôt le fait que l'infirmier ait été imprudent.





D'ailleurs la plupart des condamnations sont de type « coups et blessures involontaires par imprudence/par défaut de prévoyance ». Dans le cadre du placement d'une perfusion, ce serait par exemple de rater sa mise en place, mais en plus de ne pas vérifier le reflux et de tout de même y faire couler un médicament provoquant une nécrose des tissus adjacents. Autres exemples de coups et blessures involontaires par manque de prudence/précaution de la part d'un infirmier : faire tomber un patient du lit en le mobilisant car on a oublié de lui mettre une barrière, conduire un patient pieds nus à la salle de bain unique du couloir et que celui-ci glisse sur le sol mouillé, demander à un aide-soignant de lever un patient hors du lit alors que celui-ci ne pouvait pas être mobilisé à ce moment-là (post-op immédiat chirurgie ortho), etc. NB : On peut donc être imprudent soi-même ou être imprudent en déléguant mal, en donnant des instructions imprudentes à un aide-soignant, un stagiaire, etc.

Quand le juge a un doute sur le caractère imprudent d'un comportement, il applique le principe dit de « la norme de diligence », à savoir qu'il va se poser la question suivante : « est-ce qu'un autre infirmier, normalement prudent, avec la même formation et la même expérience, plongé dans les mêmes circonstances, aurait eu le même comportement ? » Pour répondre à cette question, les juges ont l'habitude de faire témoigner des enseignants infirmiers et des infirmiers travaillant dans des milieux similaires à celui de l'infirmier qui est poursuivi. Cela veut dire que c'est plutôt la norme professionnelle qui va

faire pencher le juge d'un côté ou de l'autre. NB : Nous avons donc plutôt intérêt à travailler conformément à la norme professionnelle, plutôt que par habitude ou en s'inventant une norme personnelle.

Revenons à notre exemple introductif : est-ce qu'un infirmier normalement prudent signale au médecin que l'aspiration du drain intracérébral semble ne pas fonctionner ? Oui. Pourquoi la société/la justice peut-elle exiger cela d'un infirmier ? Car la Loi relative à l'exercice infirmier<sup>1</sup> prévoit que notre profession est compétente pour : évaluer l'état de santé d'une personne, déterminer s'il y a un problème, et collaborer avec le médecin en cas de problème. La condamnation de cet infirmier serait donc justifiable aussi dans notre pays.

## 2. Exercice illégal : c'est illégal, si c'est une habitude...

On peut entendre par exercice illégal deux types de comportements : soit faire quelque chose qu'on n'est pas autorisé à faire légalement, soit faire quelque chose d'autorisé mais sans respecter les conditions prévues par la loi. Pour se prémunir de ce type de poursuite, une seule solution, donc : bien connaître la législation relative à sa profession.

Exemples de comportements non-autorisés : porter/utiliser un titre professionnel qu'on n'a pas obtenu officiellement (par exemple porter un badge d'infirmier alors qu'on ne l'est pas, dire au patient qu'on est « infirmier spécialisé » alors qu'on ne pos-

<sup>1</sup> LEPS : Loi relative à l'Exercice des Professions de Santé telle que coordonnée le 10/05/2015, article 46 définition de l'art infirmier

sède pas de TPP), donner un médicament non-urgent<sup>2</sup> à un patient sans avoir obtenu préalablement la prescription écrite du médecin (les trois mots soulignés sont capitaux<sup>3</sup>) ; placer une perfusion sous-cutanée sans prescription médicale préalable<sup>4</sup> ; demander à un aide-soignant de faire des injections d'insuline ; accepter la demande d'un médecin de faire un acte qui ne nous est pas autorisé tel que, par exemple, placer un cathéter intra-artériel, retirer un drain intra-thoracique, etc. ; ou, comme infirmier chef ou direction infirmière, savoir que ses infirmiers réalisent tous les jours des actes illégaux...

Il y a, comme vous le voyez dans les trois derniers exemples ci-dessus, une particularité au délit d'exercice illégal : c'est qu'on peut se voir condamné autant pour l'avoir fait soi-même, que pour avoir demandé à quelqu'un de le faire, voire même de le savoir et de ne rien dire alors qu'on a autorité sur la personne qui le fait. La LEPS prévoit par ailleurs explicitement<sup>5</sup> que, lorsqu'un employé est condamné pour exercice illégal, son employeur, ou celui qui lui demande, est d'office condamné à payer l'amende infligée (on estime qu'il devait mettre tout en œuvre pour que cela n'arrive jamais). Par contre, si la condamnation est un retrait (temporaire) de l'autorisation d'exercer la profession ou une peine de prison, c'est bien l'employé lui-même qui exécute sa peine.

Comme il est assez difficile pour chacun d'entre nous de connaître par cœur toute notre législation, ou par exemple de savoir au jour le jour si la liste des actes autorisés aux infirmiers n'a pas été récemment adaptée, la Loi prévoit que les poursuites pour exercice illégal ne se font **que lorsque cet exercice est habituel**. Cela veut dire que faire une chose illégale exceptionnellement (car on l'ignore souvent) est toléré, mais que dès que c'est répété plus de deux fois, ou organisé institutionnellement ou dans un plan de soins, ça devient répréhensible.

### 3. Non-assistance à personne en danger et négligence : non spécifiques à notre profession

Je pense que tous les citoyens savent qu'ils doivent porter secours aux autres qui sont en danger, sans bien sûr mettre leur propre vie en danger, c'est un principe prévu au Code Pénal (art 442bis). Ce que certains professionnels de santé ignorent parfois, c'est que, dans les rares affaires portant sur ce thème, on va considérer, à juste titre, qu'un infirmier (comme un médecin d'ailleurs) est quelqu'un de particulièrement compétent pour secourir une personne en danger, qui a appris à l'école comment on porte secours à une victime.... C'est d'ailleurs explicité dans la définition même de l'art infirmier. On parle bien sûr d'apporter son aide à quelqu'un dont les symptômes évoquent un danger de mort, pas de foncer dans un incendie pour y secourir une victime (dans ce cas, c'est du pompier dont on s'attend à plus de compétences).



2 Un médicament que l'on donne pour une autre raison que celle de penser que sa vie est immédiatement en danger

3 Cf. art. 7quater de l'AR du 10/06/1990 relatif aux prestations techniques infirmiers

4 Cf. art. 7quater de l'AR du 10/06/1990 relatif aux prestations techniques infirmiers

5 Cf. art 122 et suivants de la LEPS



On va donc plus facilement, mais heureusement c'est extrêmement rare, condamner un infirmier ou un médecin qu'un citoyen « ordinaire » quand il n'apporte pas son concours à une personne qui est manifestement en danger au regard de son état de santé, de ses symptômes.

La notion de non-assistance à personne en danger par une personne compétente est valable même en dehors du cadre de travail, sur la voie publique (donc on reste un infirmier ou médecin compétent même en vacances sur la plage, par exemple). Par ailleurs, si cette non-assistance à personne en danger se déroule en plus dans le cadre de l'exercice de sa profession, on parlera de négligence... qui sera une négligence criminelle si le patient en décède... ce qui peut entraîner une condamnation encore plus lourde que la « simple » non-assistance à personne en danger.

#### 4. Violation de la vie privée et du secret professionnel : attention aux smartphones et réseaux sociaux !

Il n'y a pas encore eu beaucoup de procès en la matière concernant des infirmiers, mais on commence à observer certains faits délictueux par-ci, par-là.

Il faut se souvenir que la vie privée d'un patient, c'est parfois aussi le « simple fait » d'être hospitalisé, de subir une intervention, de prendre un traitement... et certains infirmiers pensent que dévoiler certains de ces éléments, en texte ou en photo, même s'ils ne dévoilent pas le nom de leur patient, ne relèverait pas du délit de violation de la vie privée. C'est faux.

Selon un avis de la Commission fédérale Droits du patient relatif au dossier informatisé<sup>6</sup>, il est estimé que la diffusion des informations concernant le patient ne peut avoir lieu qu'après consentement éclairé du patient, et seulement entre professionnels de santé qui ont besoin de ces informations pour la continuité des soins santé du patient.

Certains collègues sont assez peu prudents que pour diffuser sur un groupe Facebook (même s'il est soi-disant « secret » !) ou sur un groupe WhatsApp (même entre collègues d'un même service !) des photos de parties intimes étranges ou d'anomalies physiques de certains de leurs patients : c'est condamnable même si on ne voit pas la tête du patient en question ou qu'on ne dévoile pas son nom. Une anomalie physique est par essence un élément qui permet d'identifier quelqu'un.

Parfois cela part d'une « bonne intention ». Par exemple cette collègue qui publie sur une page Facebook infirmière « Qui peut reprendre l'injection d'insuline de ma patiente dans le village de Surice ce WE car je pars en vacances ? ». Dans ce village, il n'y a que 300 habitants, tout le monde sait que cette infirmière y vient tous les matins à une seule et même adresse. Maintenant, tout le village sait, grâce à elle, que c'est une patiente diabétique traitée à l'insuline.

<sup>6</sup> [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016.09.26\\_avis\\_acces\\_phr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016.09.26_avis_acces_phr.pdf)

## Parlons maintenant de responsabilité civile : payer pour un dommage qu'on a causé à un patient

Dans la plupart des civilisations modernes, chacun est responsable civilement (donc devant la justice qui règle les litiges entre les gens) des dommages qu'il cause aux autres par sa faute.

Evidemment dans l'exercice d'une profession de santé, et certainement comme infirmier, on pourrait assez facilement, en commettant une faute, provoquer un dommage à autrui. D'une part, nous avons tellement de responsabilités d'évaluation, de détection de problème, de surveillance, de prévention de toutes sortes de malheurs, et d'autre part nous réalisons tellement d'actes potentiellement dangereux, que la moindre faute peut avoir des conséquences, causer des dommages, parfois très importants.

Quand on parle de responsabilité civile d'un professionnel il est utile de la décrire sous deux angles : la responsabilité aquilienne et la responsabilité contractuelle.

### 1. La responsabilité aquilienne : si je suis fautif, je suis responsable des dommages causés

Les types de faute que l'on peut reprocher à un infirmier peuvent être multiples, je vous renvoie à la partie précédente portant sur la responsabilité pénale. En effet, dans cette partie, on a à peu près tous les exemples de « fautes » qui peuvent être reprochées à un infirmier : être imprudent au point que cela ait causé des coups et blessures, avoir exercé illégalement, avoir été négligent... Ces fautes/délits peuvent

aussi être utilisés comme arguments par une victime qui réclamerait une réparation de dommages subis devant la justice civile.

Pour qu'on envisage une réparation au civil, il faut bien sûr que l'un de ces délits, condamnable pénalement, ait provoqué un dommage au patient et qu'il (ou ses ayants droits) puisse le démontrer. Ça semble évident, mais on pourrait par exemple imaginer que vous soyez pris « la main dans le sac » d'un exercice illégal sans pour autant que cela ait une conséquence sur un patient. Vous seriez uniquement condamné au pénal (= amende, prison, retrait de visa) et pas au civil (= réparation financière d'un dommage). Dans notre exemple introductif, l'infirmière liégeoise qui a délégué des injections d'insuline à une aide-soignante, il y a une condamnation pénale (une amende à payer à l'État) pour exercice illégal, mais il n'y a pas eu de dommage subi par un des résidents, donc pas de condamnation au civil à devoir payer quelque chose aux résidents. C'est malheureusement plutôt rare... les délits précités entraînant assez souvent des conséquences pour les patients. Et quand ceux-ci, ou leur famille, en prennent conscience, les ennuis commencent...

Quand on parle de « faute », il faut envisager trois angles d'approches :

- La faute commise par soi-même : par exemple, par imprudence, je laisse tomber un patient de son lit.
- La faute commise par délégation : par exemple, imprudemment, je délègue à un aide-soi-





gnant de conduire un patient à pied à la salle de bains, mais je ne lui dis pas que ce patient est muet et hémiparétique, il tombe...

- La faute commise sous supervision : par exemple, j'évalue un étudiant en stage et, alors que je suis avec lui dans la chambre, il laisse tomber le patient de son lit.

J'aborderai plus loin la manière dont on doit réparer ce dommage subi par le patient.

## 2. La responsabilité contractuelle : il y a un contrat moral entre moi et mon patient !

Évidemment, il n'y a pas de contrat écrit entre le patient et l'infirmier qui le soigne. Mis à part quelques médecins plasticiens et certains anesthésistes, les professionnels de santé soignent leurs patients, leur offrent un service rémunéré, sur base d'une relation de confiance.

Quand une personne offre un service rémunéré à une autre, et que celle-ci l'accepte, et qu'il n'y a pas de contrat écrit entre eux, on estime qu'il y a tout de même une sorte de contrat moral entre eux, que l'on appelle « le contrat tacite ».

Contrairement au contrat écrit, qui décrit les obligations de chacun et à quel résultat on arrivera, quand il y a un contrat tacite entre deux personnes, on estime que ni l'une ni l'autre n'est responsable du résultat final de la relation de service, mais que tous les deux sont responsables de mettre tous les moyens en œuvre pour que le service se déroule le plus positivement possible.

Entre un patient et un professionnel de santé, cela se traduit donc par une obligation du patient de fournir toutes les informations utiles au professionnel de santé et d'être le plus collaborant possible (dans le respect des conditions de la Loi relative aux droits du patient évidemment) pour qu'il puisse exercer son métier correctement et, du côté du professionnel de santé, par une obligation de mettre tous les moyens en œuvre pour que le service délivré soit le meilleur possible.

Cette obligation de « bien faire » pour le professionnel de santé consistera à exercer son art dans les règles de l'art, dans les normes professionnelles actuelles, en étant prudent, en exerçant légalement, etc. Vous voyez qu'il y a à nouveau un lien avec les éléments précédents relatifs aux fautes/délits que l'on pourrait reprocher à un infirmier.

Prenons un exemple illustratif. Vous recevez dans votre unité de soins un patient diabétique qui doit rester alité quelques jours suite à une fracture de la jambe et en attente d'une intervention orthopédique. Après trois jours, ce patient développe une escarre de talon qui finira quelques semaines plus tard en amputation. Si le patient demande réparation de ce dommage devant la justice, ce n'est pas parce qu'il a développé une escarre de talon que vous serez forcément responsable civilement. On va vérifier si vous avez mis tous les moyens en œuvre pour la lui éviter. Si vous pouvez démontrer avoir fait une prévention d'escarre comme enseigné à l'école et/ou recommandé par une procédure scientifique et que, malgré cela, il a

développé une escarre : vous n'êtes pas responsable civilement. Si vous n'avez pas fait de prévention ou ne pouvez pas le démontrer : vous êtes responsable civilement. Pourquoi peut-on tenir un infirmier responsable de ce genre d'obligation ? Car la définition de l'art infirmier prévoit que vous savez identifier les problèmes infirmiers du patient (« risque d'atteinte à l'intégrité de la peau », dont le risque d'escarre, est un diagnostic infirmier bien connu, normalement), que la prestation technique infirmière « prévention d'escarre » est un acte autonome (B1) que vous pouvez donc mettre en œuvre quand et comme vous le voulez, et que toutes les prestations infirmières doivent être consignées dans le dossier infirmier (charge de la preuve).

Oui, la responsabilité civile professionnelle de l'infirmier est potentiellement très importante !

### 3. Dédommager le patient/sa famille du dommage subi : c'est pour mon patron, sauf si...

Heureusement, si vous travaillez sous statut d'employé, vous êtes en partie protégé contre les conséquences d'une telle responsabilité morale de « mettre tous les moyens en œuvre ».

En effet, le législateur est conscient que, lorsqu'on est employé (par exemple comme infirmier d'un hôpital, d'une MRS, ...), si on n'arrive pas à mettre « tous les moyens en œuvre » pour exercer correctement sa profession, le problème de moyens ne provient pas forcément du professionnel lui-même, mais des conditions de travail dans les-

quelles ce professionnel est mis. Pour reprendre notre exemple de prévention d'escarre : s'il faut mobiliser le patient toutes les heures mais qu'il n'y a à l'heure qu'une infirmière pour 30 patients, elle ne peut matériellement pas exercer dans les règles de l'art ; idem si il faut du matériel spécifique pour la prévention des escarres et que l'institution refuse de le mettre suffisamment à disposition des infirmiers ; idem si vous êtes notoirement incompetent pour exercer votre art et que votre employeur ne vous le fait jamais remarquer... Il y a donc une disposition dans le **droit du travail** qui indique que le **employeur est civilement responsable de ses employés et qu'il doit s'assurer à cet effet**.

Donc si d'aventure, en étant salarié, vous deviez être reconnu coupable au civil d'une faute ayant entraîné un dommage au patient, automatiquement, votre employeur se verra chargé de la responsabilité civile, ce n'est pas vous qui devrez payer le dédommagement (parfois très cher) au patient ou ses ayants droits.

Toutefois, il ne faut pas sauter de joie et se dire un peu trop vite « chouette, je peux travailler comme je veux, c'est le patron qui payera ! ». Pour trois raisons. La première, c'est que comme infirmier, déontologiquement, nous avons comme valeur d'exercer au mieux notre profession dans l'intérêt du patient. La deuxième, c'est que vous avez toujours une responsabilité pénale, celle-là ne peut jamais être transmise à votre employeur ou à votre assurance. La troisième est que la responsabilité civile de votre





employeur peut être dispensée d'intervenir ou se retourner contre vous dans trois cas, les plus graves :

- Le dol = faire exprès de causer un dommage à autrui. Par exemple des coups et blessures volontaires.
- La faute grave : la gravité d'une faute s'évalue au cas par cas par le juge, en fonction des circonstances. Par exemple, il a été jugé grave le fait qu'une infirmière n'ayant pas lu le nom du médicament et sa concentration sur une ampoule puisée l'ait injectée en IV.
- La faute légère répétée : il s'agit de toutes les fautes non-graves, mais qui vous ont déjà été formellement reprochées et que vous reproduisez. Par exemple votre employeur vous signifie (évaluation par votre infirmier chef) qu'il a constaté que vous commettiez des erreurs régulières en préparant les perfusions et vous demande de suivre une formation de remise à niveau sur le sujet, vous la refusez, la faute se reproduit et entraîne un dommage.

Toutefois, même si vous êtes employé, vous avez la possibilité, et c'est même une recommandation que je vous adresse, de **prendre vous aussi une assurance en responsabilité civile professionnelle**. Vous seriez avisé de vérifier dans le contrat d'assurance qu'on vous propose quelles sont les clauses

d'exclusion, et notamment que les fautes graves et légères répétées ne sont pas des clauses d'exclusion. Votre association professionnelle fait la promotion de l'assurance AMMA, comme membre de l'acn vous y avez une réduction substantielle, c'est un des meilleurs produits d'assurance professionnelle actuellement sur le marché.

### En conclusion

Les responsabilités juridiques de l'infirmier sont potentiellement importantes.

D'un point de vue pénal, on peut s'en prémunir en travaillant avec prudence (y compris dans la délégation), en respectant les règles de l'art (que l'on a apprises à l'école et pour lesquelles on se tient à jour tout au long de sa carrière), les normes professionnelles (que l'on peut tenir à jour), et en respectant sa législation professionnelle (pour autant qu'on la connaisse et qu'on la tienne également à jour).

D'un point de vue civil, on peut s'en prémunir en appliquant les mêmes règles que ci-dessus, mais j'insisterais surtout sur la prudence et le fait de travailler en accord avec les normes professionnelles. Et dans les cas où un malheur arrive, ce qui n'est jamais exclu, il est utile, même comme employé dans certains cas, d'être couvert par une assurance en responsabilité civile professionnelle.



## RECHERCHE

# Effets d'une intervention multidimensionnelle gérée par les infirmiers pour les adultes âgés fragiles vivant seuls : une étude quasi-expérimentale

## Références :

Song, M., Boo, S. Effects of a nurse-led multicomponent intervention for frail older adults living alone in a community: a quasi-experimental study. *BMC Nurs* 21, 20 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00801-1>



## Contexte

Compte tenu du vieillissement rapide de la population en Corée, les efforts visant à ralentir ou à prévenir la fragilité (*frailty*), afin de soutenir la santé des personnes âgées, devraient constituer une priorité importante en matière de santé publique. La fragilité a été décrite comme un concept multidimensionnel, impliquant des pertes aux niveaux physique, psychologique et social, et une vulnérabilité accrue à des mauvais résultats de santé tels

que des incapacités, l'hospitalisation ou le décès. Cibler cette fragilité pourrait permettre aux personnes âgées de continuer à vivre seules au domicile, en conservant leur indépendance fonctionnelle le plus longtemps possible. Cette étude visait à évaluer une intervention multidimensionnelle gérée par des infirmiers pour les personnes âgées pré-fragiles ou fragiles vivant dans la communauté sur les résultats physiques et psychosociaux.





### Méthode

Un échantillon de 126 personnes âgées pré-fragiles ou fragiles a été constitué (62 dans le groupe expérimental et 64 dans le groupe de contrôle). Les personnes appartenant au groupe expérimental ont bénéficié d'une intervention multidimensionnelle de 12 semaines comprenant des exercices physiques, un entraînement cognitif et une éducation sur la nutrition et la gestion des maladies. Cette intervention était gérée par un infirmier et menée dans des maisons médicales ou des centres de jour pour seniors.

Les variables de résultats (test *Timed Up and Go*\* mesures de la fragilité, de la force des poignées, de la dépression, de l'activité sociale et du soutien social) ont été mesurées avant et après l'intervention, ainsi qu'après la période de suivi de 12 mois.

\*Dans le test *Timed Up and Go*, le temps mis par une personne pour se lever d'un fauteuil, marcher sur une distance de trois mètres, faire demi-tour et aller se rasseoir est mesuré.

### Résultats

Pour chaque groupe, les chercheurs ont évalué l'interaction du temps avec la fragilité et les variables résultat mesurées. Une amélioration significative a été montrée pour

toutes les variables, sauf la force de la poignée, et cette amélioration s'est maintenue dans le temps. Dans le groupe expérimental, les niveaux de dépression ont diminué tandis que les niveaux de soutien social et d'activité sociale ont augmenté de chaque période de mesure à la suivante, au cours de la période d'étude de 12 mois : ceux du groupe témoin sont restés relativement stables dans le temps.

### Conclusions

Les résultats indiquent que l'intervention multidimensionnelle gérée par des infirmiers a été efficace pour améliorer les fonctions physiques et psychosociales des personnes âgées (pré)fragiles vivant seules en Corée, leur permettant de jouer un rôle proactif dans la conduite de leur vie quotidienne et la gestion de leur santé. Une stratégie de diffusion à grande échelle d'interventions multidimensionnelles durables gérées par des infirmières devrait être développée pour les personnes âgées fragiles vivant seules.

**N'hésitez pas à aller consulter l'article entier pour lire la description des interventions menées, et voir comment celles-ci pourraient être adaptées à votre contexte de pratique belge. Bonne réflexion !**



# Information sur l'avenir de l'association

## **AISE-ASBL,** **Association des Infirmières Conseil en Soins Infirmiers Esthétiques,** **sous convention avec l'acn**

AISE et la formation en soins infirmiers esthétiques du CPSI sont à l'origine de la mouvance des soins infirmiers esthétiques (SIE) dans les régions bruxelloise et francophone de Belgique, au service de l'Art de soigner et des infirmiers(ère)s depuis maintenant 20 ans. Nous pensons que la Beauté intemporelle, le bien-être tels que nous les avons définis, sont les piliers fondateurs, attributs puissants et constitutifs de la santé pour les individus concernés et non de simples accessoires. La réalisation du soin infirmier esthétique et de bien-être continuera de s'intégrer pleinement au trajet de soins du patient dans le respect du vécu, de l'appartenance culturelle, de l'ancienneté et de l'expérience professionnelle.

Mais pour l'association AISE, l'aventure s'arrête là ! Au début de l'année 2021, des craintes étaient exprimées quant à la pérennité de l'ASBL. Il faut se rendre à l'évidence : faute d'engagement de nouveaux membres, les anciens ne peuvent

continuer à assumer une réalité qui leur devient de plus en plus étrangère (âge et pension obligent).

Née le 25 juillet 2005, AISE a connu des moments de prospérité sous l'impulsion de l'équipe fondatrice menée



AISE.be



par Dominique Duren. Elle a multiplié contacts et actions tous azimuts pour faire connaître et reconnaître la spécificité des Soins Infirmiers Esthétiques et de bien-être. C'est ainsi que AISE a grandi au sein de l'acn et de l'UGIB, faisant apparaître une nouvelle façon de « prendre soin » au sein de l'Art Infirmier.

Au bout de huit ans, en avril 2013, l'AG a passé le flambeau de la présidence à Elisabeth Grellier. Très bien accompagnée par des collègues dynamiques et désireuses de promouvoir les SIE, elle a essayé, via des séminaires et contacts variés auprès de professionnels du bien-être, d'ouvrir l'horizon des SIE au-delà de l'oncologie. Outre le ressourcement des membres de AISE, nous avons tenu à dispenser soins et conseils aux patientes et patients perturbés par la maladie, les traumatismes ou l'âge.

Vous le savez : dispenser un SIE n'est jamais ordinaire, jamais routinier,

jamais superficiel ! C'est un acte fondateur dans la relation soignant/soigné, empreint de confiance et d'échanges indispensables à une démarche de soins personnalisée.

Donc, vous l'avez compris, l'Assemblée Générale de AISE a décidé de dissoudre l'association, ce qui nous chagrine toutes et chacune, à la hauteur de nos investissements. Mais... *« Il faut savoir douter où il faut, assurer où il faut, se soumettre où il faut. Qui ne fait ainsi n'entend pas la force de la raison. »* Blaise PASCAL

Dans la foulée, notre site internet va disparaître... Mais deux collègues ont le projet d'ouvrir un forum de discussion réservé aux Infirmières Conseil en SIE, ce qui promet de beaux échanges, surveillez notre page Facebook :

<https://www.facebook.com/AISE-Association-des-Infirmi%C3%A8res-conseil-en-Soins-Infirmiers-Esth%C3%A9tiques-500028976678879/>

Par ailleurs, l'envie de se former est toujours bien présente puisque le CPSI a accueilli la 20ème promotion d'infirmières désireuses de donner un nouveau sens à leur cheminement professionnel.

De tout cœur, merci à chacune et chacun pour votre intérêt porté aux SIE en souhaitant que leur esprit continue à vous accompagner dans votre vie professionnelle. Gardons la lampe allumée, et fidèles à nos valeurs, poursuivons notre voie !

*Elisabeth Grellier, présidente AISE - Georgina G. Germanes*

# Le métier d'infirmier-ère en province de Luxembourg : état des lieux et pistes de solutions pour améliorer l'attractivité de la profession et la rétention du personnel

Un des résumés du S@voir Inf du SIDIEF (décembre 2021) concernait un état des lieux d'une situation belge.

Source: Thiry, E. et Mahin S. (2020) Le métier d'infirmier-ère en province de Luxembourg : état des lieux et pistes de solutions pour améliorer l'attractivité de la profession et la rétention du personnel, 84 p. Repéré à : <https://www.province.luxembourg.be/fr/je-suis-infirmier-e.html?IDC=5271&IDD=113945>



## Résumé critique par O. THONON

La pénurie de infirmières (hospitalières, à domicile et indépendantes, et en MR/MRS) fait régulièrement la une de l'actualité. Une situation qui ne devrait cesser de croître dans les prochains mois, voire années. La province de Luxembourg n'échappe pas à cette demande croissante d'infirmières, la proximité géographique avec le Grand-Duché de Luxembourg et ses attraits accentuant même cette demande.

Pour répondre aux besoins du terrain, la province de Luxembourg a mené une enquête qualitative permettant d'identifier des solutions afin d'endiguer les problèmes relevés au niveau de l'attractivité du métier et de la rétention du personnel soignant. Les propositions recueillies lors de ces entretiens ont été discutées dans différents groupes de travail pour aboutir à des pistes de solutions et à l'établissement d'un plan d'action 2020-2024 présenté dans le rapport final dont il est question dans ce résumé.

Le rapport débute par une revue de la littérature concernant la formation, la mutation du métier et la pénurie. Après avoir présenté quelques points du contexte de l'enquête, la démarche en deux étapes a permis de faire émerger et d'approfondir un contenu très riche en termes de solutions à mettre en place. À noter que le guide d'entretien a été rédigé plus particulièrement sur base de l'étude européenne *Nurses Early exit study* (NEXT) et de l'objectif orienté solution. À l'issue d'une analyse catégorielle, des pistes de solutions ont été dégagées autour de quatre axes : communication (image de la profession notamment) ; conciliation vie privée-vie professionnelle ; formation continue et enseignement ; et charge de travail sur les plans tant émotionnel qu'organisationnel. Le contenu de ces différentes thématiques a été traité en fonction du niveau de pouvoir d'action duquel relèvent les différentes solutions proposées par les personnes interrogées. D'autres constats liés à des thématiques différentes sont également ressortis des entretiens. Ceux-ci étant plutôt du ressort d'autres niveaux de pouvoir, ils ont été relayés aux autorités compétentes. Le rapport se clôture par la présentation des résultats de l'enquête avec les actions à mettre en œuvre, priorisées dans un plan

d'action, pour répondre aux besoins du terrain afin d'endiguer les problèmes relevés au niveau de l'attractivité du métier et au niveau de la rétention du personnel soignant, en tenant compte du constat spécifique que le territoire provincial est particulièrement affecté en raison des départs vers le Grand-Duché de Luxembourg.

Les auteures concluent que les solutions proposées ne relèvent pas uniquement du niveau fédéral (valorisation salariale/barémique et dotation infirmière) ; que la souffrance ressentie par le personnel est multifactorielle et que, dès lors, la seule intervention liée au salaire/barème/dotation ne répondrait qu'à une partie de la problématique. Des leviers d'action trouvent leur sens également au niveau provincial en matière de communication, de formation et d'enseignement, de charge organisationnelle et émotionnelle, et de conciliation vie privée et vie professionnelle. Ce plan d'action tend à répondre aux besoins du terrain puisqu'il a été coconstruit avec les premières concernées : les infirmières de la province de Luxembourg dans l'ensemble des secteurs. Sans leur implication et leur mobilisation, cette enquête n'aurait pas pu être menée.

# L'Agenda des formations à l'acn de février à juin 2022

DATE	FORMATION	H	ACCREDITATION				TARIFS		
			●	◆	★	⬢	plein	institution	membre
22/03/2022	Annoncer une mauvaise nouvelle : accompagner le choc et le changement	6	x	x			90	72	63
31/03/2022	Les accès veineux	7h30	x				80	68	58
5/04/2022	Les troubles de la déglutition chez la personne âgée en MR-MRS	7	x	x		x	82	76	64
07 et 14/04/2022	Formation spéciale AS : L'aide-soignant, professionnel de santé : pratique des soins et prise en charge globale du patient au sein d'une équipe	8	x			x	80	64	60
21 et 24/04/2022	Accompagnement de la personne handicapée mentale vieillissante et/ou en fin de vie en institution	8	x	x			100	80	70
3 et 4/05/2022	Réussir l'accueil et l'accompagnement des nouveaux collaborateurs	14	x	x	x		330	275	235
12/05/2022	Soins de plaies	7h30					81	75	61
19 et 20/5/2022	La confiance en jeu, Enjeux de confiance	15	x	x			325	270	240
14/06/2022	Accompagner sans abandonner : prise en charge du refus de soin	6	x	x			90	72	63
28/06/2022	Questionnements de fin de vie. Comment répondre aux proches ?	6	x	x			90	72	63
5/07/2022	Les accès veineux	7h30	x	x			80	68	58

## ACCREDITATION / RECONNAISSANCE COMME JOURNÉE DE FORMATION CONTINUE

- **Personnel soignant et direction de MR-MRS par la Région Bxl Capitale**
- ◆ **Direction de MR-MRS par la Région Wallonne**
- ★ **Infirmier.e.s en chefs pour le complément fonctionnel SPF santé publique**
- ⬢ **Aides-soignant.e.s**

L'agenda est régulièrement réactualisé avec de nouvelles dates, de nouveaux sujets. Visitez notre site [www.infirmieres.be/formations/seminaires](http://www.infirmieres.be/formations/seminaires) pour connaître les nouvelles dates programmées.



# Rejoins l'équipe d'Epsylon !



Travailler à Arda + c'est l'échange, l'enrichissement et l'évolution aussi bien pour les jeunes patients que les soignants.

- **Nuria, infirmière, Clinique des ados Arda +**



La MSP c'est encore mieux que chez soi.

- **Philippe, infirmier à la MSP Les 3 Arbres**



L'honneur est notre force face à l'adversité.

- **Unité 2, Clinique La Ramée**



Je me plais chez Epsylon, pour la richesse des rencontres singulières avec les patients.

- **Oumaima, HAS, Clinique Fond'Roy**



L'union fait la force de notre équipe, la collaboration pluridisciplinaire est une vraie richesse!

- **Unité 2, Clinique Fond'Roy**



Dynamisme, bonne humeur, légèreté et bienveillance...  
Trop peu de mots pour qualifier l'équipe de l'Unité 1.

- **Marte, Théo et Elisa, Unité 1, Clinique La Ramée**



Toujours aussi enthousiastes au travail, après un ou 20 ans de carrière à La Ramée!

- **Carine, Théo & Estelle, unité 1, clinique La Ramée**



A plusieurs reprises, Epsylon a vu en moi une force et des qualités que moi-même j'ignorais posséder.

- **Inès, infirmière ressource procédures, groupe Epsylon**

J'aime mon travail car Epsylon me fait confiance dans ma fonction de référent dossier patient informatisé & écriture professionnelle.

- **Antonio, Unité 3, Clinique La Ramée**



Tu es infirmière, infirmier ou sur le point de l'être ?

La santé mentale t'intéresse ?



Contactez nous ! [www.epsylon.be](http://www.epsylon.be)