

12 Mai 2011 : Congrès annuel de la FNIB au cercle de Wallonie
12 Mei 2011 : Jaarlijks congres van FNIB naar "Cercle de Wallonie"

Belgique - België
P.P. - P.B.
6099 CHARLEROI X
B008

P911746



AGORA

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

N°/Nr 3/2011

Trimestriel : Avril - Mai - Juin 2011
Driemaandelijks : April - Mei - Juni 2011



Membre du conseil international des infirmiers
Lid van het internationaleraad van de verpleegkundigen





amonis

Partenaire de la FNIB • Partner van FNIB

Spécialiste de votre

PLCI (Pension Libre Complémentaire pour Indépendants)

- 5,55% de rendement annuel moyen sur 15 ans
- la fiscalité la plus avantageuse

Assurance groupe et EIP (Engagement Individuel de Pension)

- des solutions flexibles pour les indépendants en société

Revenu garanti

- des garanties sûres et adaptées à votre profession en cas d'incapacité de travail

tél 0800 96 113

Uw specialist inzake

VAPZ (Vrij Aanvullend Pensioen voor Zelfstandigen)

- 5,55% jaarlijks gemiddeld rendement over 15 jaar
- de meest voordelige fiscaliteit

Groepsverzekering en IPT (Individuele Pensioentoezegging)

- flexibele oplossingen voor zelfstandigen in vennootschap

Gewaarborgd inkomen

- sterke waarborgen, op maat van uw beroep in geval van arbeidsongeschiktheid

tel 0800 96 119

www.amonis.be

amonis

info@amonis.be

Editio	
Le printemps est de retour, Alda Dalla Valle	5
Agenda	6
Rubrique internationale	
La représentation internationale et européenne	12
Intervention de la FNIB au 57ème Congrès National 2010	20
Portrait	
Dr Antoine DEPAGE (1862 – 1925) et Edith CAVELL (1865 – 1915)	22
Nous avons lu pour vous ...	
Le bien-être avec l'aromathérapie	28
Rubrique juridique	
Recommandations en matière d'entretien du matériel endoscopique flexible thermosensible et de prévention des infections	32
Rubrique culinaire	
RECETTES : «La mer à l'honneur»	
Croustillant de rouget aux tomates confites	
Dos de cabillaud en croûte de fromage d'abbaye	35
Bulletin d'adhésion FNIB	36

Également dans ce numéro :

La représentation des infirmiers, approche nationale	7
Informier pour mieux gérer l'anxiété du patient avant un examen technique : le cas de la scintigraphie	24
Fédération des infirmières indépendantes de Belgique	25
L'identification du patient, un point clef de sa sécurité	30
Une profession, une passion : infirmière en endoscopie	32
CREPIC	34
Vous avez demandé des précisions, nous vous répondons !	34

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

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

Les publications

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

Appel aux auteurs

Les professionnels de la santé sont invités à publier leurs expériences et peuvent nous envoyer un article. Les articles sont lus par les membres du comité de rédaction et des membres du comité scientifique. Ceux-ci peuvent solliciter des modifications s'ils le jugent nécessaire ou refuser l'article. Les nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs) doivent être mentionnés en fin d'article, avec titre(s) et fonction(s), le lieu de travail, les parutions antérieures éventuelles détaillées ainsi qu'une photo identifiant le(s) auteur(s) (format JPEG, en pièce jointe). Les illustrations seront signées de leur(s) auteur(s) (© crédit-photo). Le texte sera rédigé sur traitement de texte Microsoft Word, comptera de 1 à 3 pages, police 12, interligne simple et sera envoyé par mail via : fnib@hotmail.be. Chaque auteur reçoit gratuitement un exemplaire du numéro auquel il a contribué. Au nom de la rédaction, nous vous remercions pour votre précieuse collaboration. Toute reproduction, même partielle, des textes et photos publiés dans la présente revue est subordonnée à une autorisation écrite de l'auteur et de l'équipe de rédaction. Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Fiche technique

Trimestriel publié à l'initiative de la FNIB et de la NNBVV par Publiet Belgique :
Place du Champ de Mars, 5 - 1050 Bruxelles - Tél : 02 550 38 04 - Fax : 02 550 38 03
e-mail : paulmeyer@publiet.be - TVA : 2002 2402 987
Éditeur responsable : Alda Dalla Valle
Coordination générale : Nicole Charlotteau
Secrétaire de rédaction : fnib@hotmail.be
Traductions néerlandais - français : Nicole Charlotteau, Yvan Ruelle
Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com

Editoriaal	
Een nieuwe lente, een nieuw fnbv, Freddy Raymackers	5
Agenda	6
Internationale rubriek	
De internationale en Europese vertegenwoordiging	12
Portret	
Dr Antoine DEPAGE (1862 – 1925) en Edith CAVELL (1865 – 1915)	22
Culinaire rubriek	
RECEPTEN: «Een eerbetoon aan de zee»	
Zeebarbeel in een "pakje" met gekonfijte tomaten	
Kabeljauw in een korstje van abdikjaas	35
Inschrijvingsformulier NNBVV	38

Ook in dit nummer :

De vertegenwoordiging van de verpleegkundigen, Nationale benadering	7
De Witte Migratie	26
Yar vlaanderen: coaching for communities	29

Agora is een magazine gratis verdeeld aan alle gezondheidswerkers. Het doel is: de informatie van het FNIB en NNBVV te verspreiden.

Publicaties

Het editoriaal en de integrale versies van de gepubliceerde teksten zijn consulteerbaar op de site van het NNBVV (www.NNBVV.be).

Elk lid van onze organisatie kan, bij het niet ontvangen van dit magazine, dit kenbaar maken via

E-mail (jet.vanhoek@scarlet.be)

Publicatie oproep

Elke gezondheidswerker wordt uitgenodigd ons teksten ter publicatie toe te zenden. Deze teksten worden geëvalueerd door de redactieraad en de leden van het wetenschappelijke comité, zij kunnen eventueel veranderingen voorstellen of de tekst weigeren. De auteur(s) van de tekst wordt onderaan vermeld, samen met een bondig CV, zijn werkplek en foto (JPEG). Bij de illustraties van de teksten worden de auteur(s) vermeld. De teksten worden opgemaakt in Microsoft Word en beslaan max. 1 tot 3 pagina's, lettergrote : 12 met enkele interlijning, zij worden opgestuurd naar : jet.vanhoek@scarlet.be. Elke auteur zal gratis een exemplaar van het magazine waarin de tekst gepubliceerd werd toegestuurd krijgen.

In naam van de redactieraad danken wij de auteurs voor een constructieve samenwerking.

Technische beschrijving

Trimestriële publicatie op initiatief van FNIB en NNBVV, gepubliceerd door Publiet België : Place du Champ de Mars, 5 - 1050 Brussel
Tel : 02 550 38 04 - Fax : 02 550 38 03
e-mail : paulmeyer@publiet.be - BTW : 2002 2402 987
Verantwoordelijke uitgevers : Freddy Raymackers
Coördinatie : Nicole Charlotteau
Redactiesecretariaat : fnib@hotmail.be
Vertaling : jet.vanhoek@scarlet.be (Nederlandstalig)
Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



Régionale Namur-Luxembourg FNIB

L'AINL vous invite

À la présentation de l'association et à participer à la table ronde:

Adhérer à une association professionnelle: pourquoi ?

(ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les associations professionnelles et que vous allez oser demander...)

18h30 - 20h30



Lundi 02 mai à Namur

Clinique St Luc, 8 rue St Luc 5004 Bouge



Lundi 09 mai à Libramont

Haute Ecole Robert Schuman, 64 rue de la Cité 6800 Libramont

Avec la participation de Reflex Intérim pour les collations et boissons

Réservation par courriel souhaitée avant le 25 avril 2011:

Pour le lundi 02 mai à Namur:

Cécile Dury

cecile.dury@henam.be +32 498 14 49 79

Isabelle Leers

isabelle-leers@hotmail.com

Pour le lundi 09 mai à Libramont:

Brigitte Lepers

brigitte.lepers@hers.be

Siège social Rue du Tienne de Mont 48 - B 5530 Mont-Godinne - **Secrétariat** Rue Rempart des Béguines 8b - B 5590 Ciney



HOPITAL ERASME

ULB

L'Hôpital Universitaire Erasme veille en permanence à garantir la performance de ses soins de santé, l'excellence de sa recherche et la qualité de son enseignement. Tous nos collaborateurs médicaux, paramédicaux, soignants ainsi que ceux des services supports s'investissent pour offrir aux patients, de manière directe ou indirecte, une médecine de pointe à visage humain.



Nous recherchons :

Des infirmiers bacheliers (h/f)

à temps plein ou temps partiel
pour nos différents services d'hospitalisation et médico techniques

futurs jeunes diplômés bienvenus !

Envoyez dès maintenant votre candidature
Direction du Département Infirmier
Chantal VAN CUTSEM
Route de Lennik 808—1070 Bruxelles
dep_infirmier@erasme.ulb.ac.be
Ou téléphonez au secrétariat du Département Infirmier
02/555.33.65

Elise, Infirmière
aux Cliniques universitaires
Saint-Luc à Bruxelles

**“Moi aussi,
j’aurai de la veine
de travailler avec vous”**

Les Cliniques universitaires Saint-Luc sont un lieu
de dispensation de soins cliniques, d'enseignement
et de recherche occupant près de 5000 professionnels
issus de disciplines variées.

Nous recherchons actuellement des (m/f)

> Infirmières

Pour connaître les différentes opportunités
d'affectation, consultez notre site:
www.saintluc.be

Capacité relationnelle et d'écoute,
professionnalisme, autonomie et
disponibilité... si vous vous
reconnaissez dans les critères
recherchés pour nos collaborateurs,
alors nous vous convions
à construire un projet professionnel
avec nous.

Cliniques
universitaires
Saint-Luc

150 métiers ont fait le choix
du coeur... et de la maîtrise



Alda **Dalla Valle**
Présidente FNIB.



Le printemps est de retour

Le Printemps (du latin primus, premier et tempus, temps).
Période du renouveau dans la nature, c'est le réveil.

Certains arbres fruitiers (pommiers, cerisiers...) se couvrent de fleurs blanches, roses, mauves... Les prairies et les champs sont recouverts de fleurs et d'une herbe jeune et neuve.

Un plaisir pour le bétail, mais un régal pour TOUS car la palette infinie des parfums et des couleurs est destinée à toute la création.

Le Printemps et son mois de mai.

Mois des fleurs, du soleil et des couleurs.

Les couleurs, nous y voilà.

Saviez-vous que votre couleur préférée en dit long sur votre personnalité ?

Par exemple

si vous aimez le **BLANC** = «on efface tout et on repart à zéro», vous êtes changeant et aimez la nouveauté

si vous aimez le **BLEU** = vous avez confiance en vous et êtes indépendant

si vous aimez le **BRUN** = intellectuel, stable, tendance à dissimuler votre véritable nature

si vous aimez le **ROUGE** = extraverti, actif, intense et impulsif, vous ne tolérez pas le retard car vous êtes ponctuel

si vous aimez le **VERT** = réservé, émotif et indécis

C'est la **psychologie des couleurs**.

Des études comportementales montrent également qu'il existe un lien entre l'état psychique d'une personne et sa représentation par une couleur donnée.

C'est la **couleur psychique**.

Dans le langage vous retrouvez d'ailleurs la gamme des couleurs pour décrire vos émotions : rouge de colère, vert de honte, une peur bleue, la vie en rose....

Le choix des couleurs en décoration repose la plupart du temps sur nos goûts et notre sens esthétique certes, mais plusieurs experts croient que ces couleurs ont un effet sur nos émotions et notre humeur et qu'il est donc souhaitable d'en prendre conscience avant tout choix définitif tant pour notre intérieur que nos vêtements.

SOYEZ COLORES.

Les couleurs portent, reflètent, propagent ou au contraire absorbent la lumière.

La lumière est un élément vital de notre existence. Elle va nous rendre de multiples services pour entretenir forme, santé et vitalité.

La lumière du jour est nécessaire pour réguler les temps de veille et de sommeil au cours d'une journée.

Un des domaines de recherche en cours est l'utilisation des couleurs de la lumière pour soigner les personnes.

Il s'agit de la **chromothérapie**.

La profession qui est nôtre (peu importe de savoir si elle vous a choisi ou si vous l'avez choisie !) est portée vers le soin.

Soin donné par des techniques, par un contact ou tout simplement par ce que nous dégageons à chaque instant : notre **AURA**.

Notre AURA émotionnelle est notre état émotionnel.

Alors agissons ensemble pour que durant cette période printanière nous puissions vivre, soigner et percevoir les autres avec beaucoup de couleurs.

Que cette résolution vous porte «HAUT EN COULEURS».

Een nieuwe lente, een nieuw FNBV

Collega's,

We schrijven eind april, de invloed van de lente is duidelijk zichtbaar, het landschap krijgt terug kleur. De grauwe kleuren van de voorbije winter worden nu overheerst door het intense groen, geel en alle varianten van wit. Onder invloed van verhoogde serotonine- en dopaminespiegels breekt er voor de mens een periode van creativiteit en vernieuwing aan, en zo ook voor ons, het bestuur van het NNBVV.

Wij leggen momenteel de laatste hand aan onze vernieuwde statuten en een nieuwe website, maar de grootse verandering ligt in de naam waarmee onze we met onze beroepsvereniging voortaan door het leven zullen gaan: het zo vertrouwde NNBVV wordt getransformeerd in FNBV.

Een kleine verduidelijking:

F: van Federaal. Aangezien ons land geëvolueerd is naar een federaal land met verschillende deelstaten hebben wij voor de vervanging van de N gekozen. Federaal onderstreept onze doelstelling, namelijk samen met onze Franstalige zusterorganisatie de belangen dienen van alle verpleegkundigen in België

N: van Neutraal. Het al dan niet behouden van de "N" in onze naam heeft een lange denkoefening gevraagd: wat is neutraal? In eerste instantie hebben wij voor het behoud van deze letter gekozen omdat het NNBVV in onze doelgroep het best gekend was onder de noemer "de neutralen". Ja, wij zijn fier op deze letter, deze verkorting, wij blijven ons distantiëren van elke

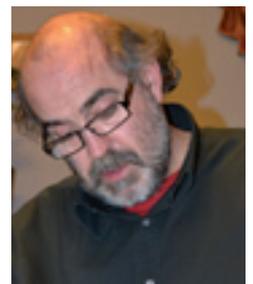
ideologie om vanuit deze neutraliteit de rechten en de belangen van de verpleegkundigen te verdedigen. Elke verpleegkundige en zorgkundige is welkom; de vrije mening van iedereen wordt gerespecteerd, los van elke ideologische belemmering.

B: van Beroepsvereniging. Wij zijn en blijven een erkende beroepsvereniging voor verpleegkundigen en zorgkundigen. Erkend wil zeggen: stemgerechtigd in de federale raden.

V: van Verpleegkundigen. Hieronder verstaan we verpleegkundigen én zorgkundigen. Aangezien de vroedvrouwen door het invoeren van een autonome opleiding met een directe toegang vanuit het secundair onderwijs opnieuw uitgegroeid is tot een aparte beroepsgroep, met eigen structuren, hebben wij de 2de V uit onze naam laten vallen. Toch zullen wij niet nalaten verder intens en collegiaal samen te werken met de BMA (Belgian Midwifery Assosiation) via onze meest nabijge vereniging, de VLOV (Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen) <http://www.vlov.be/>.

Wij hopen dat wij in de toekomst, zoals in't verleden, verder mogen blijven rekenen op jullie steun. Om het lidmaatschap van onze vereniging nog aantrekkelijker te maken hebben wij onderhandeld met een belangrijke ongevallenverzekeringen en kunnen wij tegen zeer gunstige voorwaarden iedereen een individuele beroepsverzekering aanbieden, naast de van inflatie gespeende lidmaatschapsbijdrage van 32 euro per jaar.

uw voorzitter,



Freddy **Raymackers**,
April 2011

Avril

26 avril - Centre Hospitalier Jolimont à La Louvière de 13 à 16 h
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

28 avril - Bruxelles. Hôpital Erasme.
Formation continuée d'Endo-F.I.C. Recommandations en matière d'entretien du matériel endoscopique flexible
http://www.endofic.be/news.php

Mai

2 mai - Clinique St Luc, 8 rue St Luc 5004 Bouge de 18h30 - 20h30
L'AINL vous invite à la présentation de l'association et à participer à la table ronde: Adhérer à une association professionnelle: pourquoi ?

2-8 mai - Malte
Conférence internationale du CII
L'infirmière, porte d'accès aux soins, à la qualité et à la santé
www.icn2011.ch

3 mai - IFAC Princesse Paola de 13 à 16 heures
Séance d'information sur «Les soins aux patients stomisés», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

4-7 mai - Blankenberge
The 9th Quadrennial congress of the European Association of Neuroscience Nurses
A Bright Spot in the Grey Matter
www.eann2011.com

6 mai - Avenue Général Michel, 1B à 6000 CHARLEROI
071/32.86.76 - marcucci.tiziana@cunic.be
Bien être au travail: Comment lutter contre l'harcèlement
www.cunic.be

9 mai - Haute Ecole Robert Schuman, 64 rue de la Cité 6800 Libramont de 18h30 - 20h30
L'AINL vous invite à la présentation de l'association et à participer à la table ronde: Adhérer à une association professionnelle: pourquoi ?

10 mai - CHR Huy
Symposium de médecine aiguë
Médecine d'urgence et de soins intensifs: à quels risques s'expose le praticien?
www.chrh.be

10 mai - CHU Brugmann à Bruxelles de 13 à 16 h
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

12-mai - Cercle de Wallonie Namur - VOIR PAGE 33
Congrès annuel FNIB
L'art infirmier et les médicaments: comment faire passer la pilule?
www.fnib.be

12 mai - Avenue Général Michel, 1B à 6000 CHARLEROI
071/32.86.76 - marcucci.tiziana@cunic.be
Accompagnement d'un patient désorienté
www.cunic.be

17 mai - Clinique Saint-Pierre Ottignies De 13h à 17h15
Inscription : joelle_laperche@hotmail.com
Formation courte AFIU
- L'accidentologie
- L'analgésie et l'anesthésie aux urgences
www.afiu.be

17-mai - Centre Hospitalier de Mouscron de 13 à 16 h
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

19-mai - Avenue Général Michel, 1B à 6000 CHARLEROI
071/32.86.76 - marcucci.tiziana@cunic.be
Constituer et accompagner une équipe de façon efficace
www.cunic.be

24-mai - Clinique Sainte Elisabeth à Namur de 13 à 16 h
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

25-27 mai - BRUSSELS MEETING CENTRE
2011 EWMA Congress
Common Voice - Common Rights
http://www.ewma2011.org

26-mai - Avenue Général Michel, 1B à 6000 CHARLEROI
071/32.86.76 - marcucci.tiziana@cunic.be
Constituer et accompagner une équipe de façon efficace
www.cunic.be

26-mai - clos Chapelle-aux- Champs, 19 - 1200 BRUXELLES
02 764 30 97 - info-prisci@uclouvain.be
Colloque PRISCI - Recherche et pratiques infirmières en interaction constantes.
www.uclouvain.be

31 mai - IFAC Princesse Paola de 13 à 16 heures
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

7 juin - Centre Hospitalier de Mouscron de 13 à 16 h
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

8 juin - Avenue Général Michel, 1B à 6000 CHARLEROI
071/32.86.76 - marcucci.tiziana@cunic.be
Elaboration d'un plan de formation
www.cunic.be

14 juin - CHU Brugmann à Bruxelles de 13 à 16 h
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

21 juin - Centre Hospitalier Peltzer- La Tourelle à Verviers de 13 à 16 h
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

28 juin - IFAC Princesse Paola de 13 à 16 heures
Séance d'information sur «Les soins de plaies», organisé par le Stoma Ilco en association avec l'AFISCeP.be
www.stomie.be

Juin



Clinique de la Basilique
Clinique Edith Cavell
Clinique du Parc Léopold
Hôpital de Braine-l'Alleud-Waterloo
Centre Médical Europe-Lambermont

www.chirec.be

Le CHIREC recherche pour ses sites:



La Clinique du Parc Léopold

- Des Infirmier(ère)s pour le nouveau Quartier Opératoire
- Un(e) infirmier(ère) pour le service de Chirurgie Générale
- Des infirmier(ère)s pour l'équipe mobile



La Clinique de la Basilique

- Un(e) infirmier(ère) pour le service de Gériatrie
- Un(e) infirmier(ère) pour l'équipe mobile



La Clinique Edith Cavell

- Un(e) infirmier(ère), clinicienne, temps plein, pour le Département d' Oncologie
- Un(e) infirmier(ère), coordinatrice oncologie, temps plein, titre ou assimilé en Oncologie pour le Département d' Oncologie
- Un(e) infirmier(ère) pour le service de Radiothérapie
- Un(e) infirmier(ère) bachelier(ère) SIAMU, pour le service des Urgences (SUS)
- Des infirmier(ère)s pour l'équipe mobile



L' Hôpital de Braine-l' Alleud-Waterloo

- Un(e) infirmier(ère) pour le service de Gériatrie
- Un(e) infirmier(ère) pour l'équipe mobile
- Un(e) infirmier(ère) chef d'unité bachelier(ère), diplôme de cadre ou master, pour un service de médecine/oncologie, le titre en oncologie est un atout

INTÉRESSÉ(E) ?

Adressez votre candidature accompagnée de votre CV et d'une lettre de motivation à l'attention de

ISABELLE CAMBIER
Direction du Département Infirmier CHIREC

CHIREC
Rue Edith Cavell, 32 à 1180 Bruxelles
E-mail: isabelle.cambier@chirec.be

La représentation des infirmiers.

Approche nationale



Yves Mengal

© Photo/Foto : FNIB

Extrait de la publication parue dans le Mémento de l'Art Infirmier Editions Kluwer 2010. Cet article vous a été présenté dans cette revue ainsi que la précédente sous forme épisodique :

- La représentation des infirmiers, approche nationale, angle professionnel
- La représentation des infirmiers, approche nationale, angle législatif
- La représentation des infirmiers, angle géographique, approche européenne et internationale

Préambule

La représentation professionnelle peut être décrite et analysée selon trois angles principaux qui se juxtaposent, s'interpénètrent et s'influencent constamment:

- 1** l'angle professionnel : abordé dans le précédent numéro de revue, a analysé les structures représentant une profession dans l'optique des mandats associatif, syndical, et de régulation ordinaire, reconnus autonomes et gérés par les pairs
- 2** l'angle législatif sociétal et national : abordé ci-après consiste à analyser les structures officielles créées et reconnues par la loi protégeant un statut et une pratique professionnelle spécifiques, définissant des organes officiels d'agrément, de concertation et de discussion paritaire et régissant des organes de régulation sous tutelle étatique.
- 3** l'angle géographique : abordé également dans ce numéro consiste à analyser les structures représentant une profession dans l'optique nationale, européenne et internationale

L'angle législatif fédéral, régional et communautaire

Ce texte ne reviendra pas en détails sur ce contenu déjà abondamment décrit et couvert dans des chapitres des Mémentos de l'Art Infirmier successifs. Les données et informations sont disponibles aussi sur les sites respectifs des instances officielles fédérale (SPF Santé Publique), régionale (Région Wallonne, Région Flamande et Région de Bruxelles-Capitale) et communautaire (Communauté Française, Communauté Flamande et Communauté Germanophone).

Rappelons toutefois que notre pays n'est pas démuné en matière de législation reconnaissant et protégeant l'exercice de l'Art Infirmier. Notre pays n'est pas démuné non plus en mandataires et représentants infirmiers dans les divers niveaux officiels de prises de décisions ou d'organes d'avis.

Niveau Fédéral :

En 1967, paraît un arrêté royal numéroté dit AR78 (10/11/1967), reconnaissant l'Exercice de l'Art de guérir et des professions paramédicales. L'exercice de l'art de guérir, de l'art pharmaceutique et de la dentisterie sont ainsi officiellement reconnus. La contre partie fait que l'exercice illégal de ces professions est poursuivi. L'AR78 crée aussi des instances de suivi et de contrôle de la pratique au sein du Ministère de la Santé Publique national: les Commissions Médicales Provinciales (CMP).

A partir de la reconnaissance de l'Art de Guérir, les autres professions de la

Suite page 9

De vertegenwoordiging van verpleegkundigen.

Nationale benadering



Laurence Treccani

© Photo/Foto : FNIB

Uittreksel uit de publicatie verschenen in het Memento Verpleegkunde Kluwer uitgaven 2010. Dit artikel zal u worden voorgesteld in dit tijdschrift, in episodische vorm :

- De vertegenwoordiging van verpleegkundigen, nationale benadering, geografische invalshoek, professionele invalshoek
- De vertegenwoordiging van verpleegkundigen, nationale benadering, wetgevende invalshoek
- De vertegenwoordiging van verpleegkundigen, Europese en internationale benadering

Voorwoord

De professionele vertegenwoordiging van verpleegkundigen kan worden beschreven en geanalyseerd vanuit drie invalshoeken die naast elkaar kunnen worden geplaatst en die elkaar voortdurend beïnvloeden :

- 1** De professionele invalshoek : behandeld in het vorige nummer, heeft de structuren geanalyseerd die een beroep vertegenwoordigen vanuit de optiek van de mandaten (verenigingssector, syndicale en regulerende invalshoek, met een autonome erkenning)
- 2** De wetgevende invalshoek op nationaal en maatschappelijk niveau : zal hierna aan bod komen : hij bestaat erin de officiële structuren, gecreëerd en erkend door de wet, te analyseren met als doel het specifiek statuut en de specifieke beroepspraktijk te beschermen, en de officiële paritaire overlegorganen vast te leggen alsook de reguleringsorganen onder staatsvoogdij.
- 3** Geografische invalshoek : hij bestaat erin de structuren te analyseren die een beroep vertegenwoordigen vanuit nationaal, Europees en internationaal oogpunt.

Wetgevende invalshoek : federaal, gemeenschaps- en gewestniveau

Deze tekst zal niet in detail worden besproken aangezien de inhoud ervan reeds uitvoerig aan bod komt in verschillende hoofdstukken van het memo van de verpleegkunde. De gegevens en de informatie zijn beschikbaar op de respectievelijke sites van de officiële federale instanties (FOD Volksgezondheid), de gemeenschappen (Franse Gemeenschap, Vlaamse Gemeenschap, Duitstalige Gemeenschap) en de gewesten (Vlaams Gewest, Waals Gewest, Brussels Hoofdstedelijk Gewest).

We herinneren eraan dat ons land op vlak van wetgeving ter erkenning en bescherming van de uitoefening van het beroep van verpleegkunde karig bedeed is. Dit is ook zo op vlak van mandatarissen en vertegenwoordigers van verpleegkundigen in de verschillende officiële beslissings- en overlegorganen.

Federaal niveau :

In 1967, verschijnt een Koninklijk Besluit, KB78 (10/11/1967), ter erkenning van de uitoefening van de geneeskunde en de paramedische beroepen. De uitoefening van de geneeskunde, en van de tandheelkunde zijn zo officieel erkend en de onwettige uitoefening van deze beroepen wordt vervolgd. Het KB78 creëert ook instanties ter controle en opvolging ervan binnen het Ministerie van Volksgezondheid : de Provinciale Geneeskundige Commissies.

Suite pagina 9



Dumonceau Medical Service

Bandagisterie spécialisée en appareillage pour stomie, matériel d'incontinence, sondes urinaires et prothèses mammaires.

Bandagisterie gespecialiseerd in materiaal voor stoma en incontinentie, urinesonden en borstprothesen.

DMS propose une gamme complète des produits disponibles en Belgique et axe son service sur le professionnalisme, la disponibilité, la complémentarité et le respect des valeurs éthiques.

DMS biedt een compleet gamma aan van de in België verkrijgbare merken en baseert haar dienstverlening op haar vakkundigheid, beschikbaarheid, complementariteit en respect voor de ethische waarden.



 02/420 64 64 | www.dumonceau-medical-service.be

Pour vous remercier de votre soutien, la FNIB se bat aussi pour le côté matériel de la vie quotidienne et non seulement pour la pratique infirmière. C'est notre façon de soulager un peu votre quotidien.

En partenariat avec **M.I.T. CONSULTING**,
la FNIB est en mesure de vous faire bénéficier des meilleurs tarifs pour vos communications GSM.

UNE
DIMINUTION DE
VOS FACTURES
GSM DE
L'ORDRE DE 60%

COÛT
D'ABONNEMENT
QUASI NUL ET
TARIFS GRANDE
ENTREPRISE

LA GRATUITÉ
DES APPELS
ENTRE TOUTES
LES CARTES
(TOUS LES
MEMBRES)

POSSIBILITÉ
D'ACQUÉRIR
PLUSIEURS
CARTES PAR
MEMBRE

DANS LA
LIMITE DES
STOCKS
DISPONIBLES

Ca vous dit ?
Prenez contact avec
MIT CONSULTING
fnib@mediaintouch.be
02/355.05.55 - 0478/274.271

DEPECHEZ-VOUS
DE RECLAMER
VOTRE
AVANTAGE, LES
STOCKS
S'AMENUISENT
DE JOUR EN JOUR!

La représentation des infirmiers.

santé exigent aussi un statut spécifique. La loi du 20 décembre 1974 (modifiée et actualisée en août 2001 - Loi portant sur des mesures en soins de santé, 10 août 2001, MB 1er septembre 2001) fixe ainsi pour la première fois la reconnaissance et le statut de l'Exercice de l'Art Infirmier. Le statut spécifique des Accoucheuses intervient en 1991 (modifié et actualisé en 2006). Le statut de la Kinésithérapie intervient en 1995. Les autres « paramédicaux » bénéficient aussi en 1995 d'un arrêté global mixte reprenant un ensemble de titres reconnus.

Cet arrêté a été modifié et actualisé en 2009 (AR du 2 juillet 2009) et reprend les titres de : Assistance en pharmacie – Audiologie – Bandagiste (orthèse, prothèse) – Diététique – Ergothérapie – Laboratoire et biotechnologie et génétique humaine – Logopédie - Orthoptie – Podologie – Imagerie Médicale – Transport de Patients (hors Aide Médicale urgente). Enfin, le statut spécifique de Secouriste–Ambulancier (défini en tant qu'assistance du médecin et infirmier en Aide Médicale Urgente) a été officialisé récemment par l'arrêté royal du 19 décembre 2008. Le statut du « psychologue clinicien » est toujours en cours de discussion.

Les textes de 1974 et 2001 définissent l'Exercice général de l'art Infirmier (volet

A). Ils précisent les prestations techniques autonomes de l'art infirmier, ne nécessitant pas de prescription médicale (volet B1), les prestations techniques de l'art infirmier nécessitant une prescription médicale (volet B2), les actes médicaux pouvant être confiés à l'infirmière (volet C).

Dès 1974, sont créées des instances spécifiques dans lesquelles siègent des m a n d a t a i r e s infirmiers. Des modifications de structure de ces instances sont intervenues en 2008:

A partir de la reconnaissance de l'Art de Guérir, les autres professions de la santé exigent aussi un statut spécifique.

> **Une division Art Infirmier** est créée en 1974 au sein des **Commissions Médicales Provinciales CMP**. Elle existe toujours. L'activité de fait des CMP est cependant assez réduite.

> Des instances paritaires d'avis sont créées en 1974. Y siègent des infirmiers, représentant le secteur associatif et le secteur syndical, des médecins et des représentants de l'administration de la Santé Publique. La Loi du 19 décembre 2008 en a modifié les structures. Il s'agit maintenant :

- **Du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier – CFAI** (ex. Conseil National de l'Art Infirmier - CNAI) chargé plus spécifiquement du volet A de l'exercice

de l'Art infirmier, ouvert maintenant à une représentation élargie des infirmiers généraux, des infirmiers spécialisés et des aides soignants.

- **De la Commission d'Agrément** des prestataires infirmiers généraux, infirmiers spécialisés et aides soignants (à l'origine organe interne du CNAI et maintenant transféré en tant qu'organe interne du SPF Santé Publique)
- **De la Commission Technique de l'Art Infirmier - CTAI**, chargée plus spécifiquement des volets B et C de l'exercice de l'Art Infirmier et d'élaborer des guides de recommandations et de bonnes pratiques de cet exercice.

A ces instances, sont venues s'ajouter deux organes de nature plus scientifique et/ou technique :

> **Le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière – CFQAI**, chargé de proposer, de soutenir et de suivre des projets d'amélioration de la qualité des soins infirmiers dans les institutions de soins

> **Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé – KCE**, qui peut, à la demande ou d'initiative, couvrir le domaine des soins infirmiers.

Des infirmiers siègent aussi au sein du **Conseil National des Etablissements Hospitaliers –**

Suite page 10

De vertegenwoordiging van verpleegkundigen.

Sinds de erkenning van de geneeskunde, eisen de andere beroepen uit de gezondheidssector ook hun specifiek statuut op. De wet van 20 december 1974 (gewijzigd en aangepast in augustus 2001 – Wet houdende de maatregelen in de gezondheidszorg, 10 augustus 2001, MB 1 september 2001) bepaalt zo voor de eerste maal de erkenning en het statuut van de uitoefening van de verpleegkunde. Het specifiek statuut van vroedvrouwen komt er in 1991 (gewijzigd en aangepast in 2006). Het statuut van kinesitherapeuten komt er in 1995. Voor de andere paramedische beroepen is er ook een KB dat is gewijzigd en geactualiseerd in 2009 (KB van 2 juli 2009) en waarin de volgende titels zijn opgenomen : Apotheekassistent – Audiologie – Bandagist (orthese en prothese) – dieetleer – ergotherapie – laboratorium en biotechnologie en humane genetica – logopedie – orthopedie – podologie – medische beeldvorming – patiëntenvervoer (behalve dringende medische hulpverlening). Ten slotte werd er recentelijk een officieel specifiek statuut toegekend aan de hulpverlener – ambulancier (gedefinieerd als assistentie van de arts en verpleegkundige voor dringende medische hulp) met het koninklijk besluit van 19 december 2008. Het statuut van "klinisch

psycholoog" staat nog steeds ter discussie.

De teksten van 1974 en 2001 definiëren de algemene uitoefening van de verpleegkunde (luik A). Ze preciseren de technische verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift is vereist (luik B1), de technische verpleegkundige verstrekkingen waarvoor een medisch voorschrift is vereist (luik B2) en de medische akten die kunnen worden toevertrouwd aan de verpleegkundige (luik C).

Vanaf 1974 werden specifieke instanties opgericht waarin verpleegkundigen -afgevaardigden zetelen. In 2008 werden structurele wijzigingen doorgevoerd :

> **Een divisie verpleegkunde** werd opgericht in 1974 binnen de **Provinciale Geneeskundige Commissies**. Ze bestaat nog steeds. De feitelijke activiteit van deze commissie is echter aanzienlijk verminderd.

> De paritaire adviesorganen werden opgericht in 1974. Hierin zetelen verpleegkundigen, ter vertegenwoordiging van de verenigingen en de syndicale sector,

artsen en administratief afgevaardigden van het Ministerie van Volksgezondheid. De wet van 19 december 2008 heeft de structuren ervan gewijzigd. Op heden gaat het om :

- **De Federale Raad voor verpleegkunde** (ex. Nationale Raad voor verpleegkunde), belast met luik A van de uitoefening van de verpleegkunde, die openstaat voor een bredere vertegenwoordiging van algemene en gespecialiseerde verpleegkundigen en zorgkundigen;

• **De Erkeningscommissie** van algemene en gespecialiseerde verpleegkundige verstrekkers en zorgkundigen (initieel intern orgaan van de Nationale Raad voor Verpleegkunde en op heden intern orgaan binnen het Ministerie van Volksgezondheid);

• **De Technische Commissie voor Verpleegkunde**, belast met luik B en C van de uitoefening van verpleegkunde en met het uitwerken van aanbevelingen en goede praktijkvoering inzake de verpleegkunde.

Suite pagina 10

La représentation des infirmiers.

CNEH où les mandataires préparent des avis concernant le secteur spécifique hospitalier (agrément, structure et financement).

A l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité), seuls la nomenclature et le financement du secteur des soins infirmiers à domicile font l'objet d'une Commission spécifique où siègent des infirmiers mandatés par le secteur associatif. Il s'agit de la **Commission de Convention des Soins Infirmiers à Domicile**. S'y discutent une nomenclature et un financement de soins infirmiers spécifiques pour les soins à domicile et restrictifs par rapport à la liste fédérale des prestations techniques de l'art infirmier. Pour le secteur hospitalier, la liste des prestations techniques de l'art infirmier s'applique complètement. Pour le secteur des Maisons de repos – MR et Maisons de repos et de soins – MRS, une Commission de convention existe mais regroupe les représentants des employeurs. Les mandataires infirmiers n'y siègent pas, bien qu'une nomenclature spécifique incluant les soins infirmiers s'y discute.

Niveau communautaire

En Communauté Française, le Conseil Supérieur de l'Enseignement Paramédical, dans lequel siègent des infirmiers, formule des avis concernant les programmes et contenus de formation (tant pour l'enseignement de plein exercice que pour l'enseignement de promotion sociale à temps partiel). L'inspection de l'enseignement supervise ensuite les écoles dans l'application de ces directives. Un processus « qualité » est en cours d'application tant dans l'enseignement de promotion sociale que dans l'enseignement de plein exercice.

La Communauté Germanophone suit le même schéma.

En Communauté Flamande, les écoles ont obtenu une large autonomie de gestion et doivent rendre des comptes à postériori à l'organe de tutelle du Ministère de l'Éducation ainsi qu'à un organe de vérification et de processus « qualité » des écoles et de la formation, depuis 2003. L'enseignement de promotion sociale à temps partiel n'existe plus en Flandre. Des programmes adaptés et étalés dans le temps peuvent être proposés d'initiative dans le cadre de l'autonomie des écoles. Ces programmes sont à prix coûtant et sont souvent financés par les employeurs lorsqu'un besoin de formation continuée ou de spécialisation se fait jour.

Niveau Régional

En Région Wallonne, les institutions de soins (au sens large, hôpitaux, maisons de repos, maisons de repos et de soins) sont supervisées par une inspection médicale et infirmière, chargée d'appliquer et de vérifier les critères d'agrément définis au niveau fédéral. Ces critères couvrent à la fois les structures des institutions de soins et leur fonctionnement et les prestataires de soins qui y travaillent.

Depuis 2009, le Conseil Wallon de la Santé, regroupe sous une même bannière les représentants mandatés des hôpitaux, des MRS, des Maisons médicales, du secteur de la Santé Mentale, des Soins à domicile, des Coordinations de Soins à domicile et des Services Intégrés de Soins à Domicile, auparavant dispersés dans des instances spécifiques. Cette décision permet de rassembler les représentants des divers secteurs travaillant dans les faits en interdépendance et concernés par la continuité des soins. Des infirmiers font partie de ces mandataires.

Pour la Région de Bruxelles-Capitale, une autonomie assez large est laissée aux institutions de soins. Des inspections médicales et infirmières proprement dites n'existent pas.

Pour les régions flamande et germanophone, les informations disponibles doivent être complétées pour permettre de décrire le processus en cours.

Hieraan werden nog twee organen toegevoegd met een meer wetenschappelijk en/of technisch karakter :

> **De Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit**, met als taak projecten voor te stellen, te ondersteunen en op te volgen ter verbetering van de kwaliteit van verpleegkundige zorgen in de zorginstellingen.

> **Het Federaal expertisecentrum voor Gezondheidszorg**.

Er zetelen ook verpleegkundigen in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen – waar de mandatarissen adviezen voorbereiden betreffende de specifieke ziekenhuissector (erkenning, structuur en financiering).

Binnen het RIZV (Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering), maken enkel de nomenclatuur en de financiering van de sector thuisverpleging het voorwerp uit van een specifieke commissie waarin verpleegkundigen zetelen die zijn gemandateerd door de verenigingssector. Het gaat om de **Conventiecommissie voor de Thuisverpleging**. Daar worden de nomenclatuur en de financiering van specifieke verpleegkundige zorgen voor thuisverpleging bediscussieerd. Deze lijst is echter beperkter dan algemene lijst van verpleegkundige prestaties. Voor de ziekenhuissector is de volledige lijst van verpleegkundige prestaties van toepassing.

Gemeenschapsniveau

In de Franse Gemeenschap, formuleert de Hoge Raad voor Paramedisch Onderwijs, waarin verpleegkundigen zetelen, adviezen betreffende opleidingsprogramma's en inhoud (zowel voor voltijds onderwijs als voor onderwijs voor sociale promotie).

De inspectiediensten superviseren vervolgens de scholen om te zien of de richtlijnen worden toegepast. Een kwaliteitsproces zal worden toegepast zowel in het voltijds onderwijs als in het onderwijs voor sociale promotie.

De Duitstalige Gemeenschap volgt hetzelfde schema.

In de Vlaamse Gemeenschap hebben de scholen een ruime autonomie bekomen. Het onderwijs voor sociale promotie bestaat niet meer in Vlaanderen. Aangepaste programma's kunnen worden voorgesteld in het kader van de autonomie van de scholen.

Deze programma's zijn betalend en worden vaak gefinancierd door de werkgever indien er nood is aan een permanente of gespecialiseerde opleiding.

Gewestelijk niveau

In het Waalse Gewest staan de zorginstellingen (in brede zin, hospitalen, rusthuizen, rust-en verzorgingstehuizen) onder de supervisie van een geneeskundige en verpleegkundige inspectie, belast met het toepassen en nazien van de erkenningscriteria die zijn gedefinieerd op federaal niveau. Deze criteria dekken enerzijds de structuren van de zorginstellingen alsook hun werking en de zorgverstrekkers die er werken.

Sinds 2009 groepeerde de Waalse Gezondheidsraad de gemandateerde vertegenwoordigers van ziekenhuizen, rust -en verzorgingstehuizen, Medische huizen, van de sector Geestelijke Gezondheid, van de thuisverpleging, vroeger verspreid over verschillende instanties. Deze beslissing maakt het mogelijk de vertegenwoordigers van de verschillende sectoren te verzamelen. De verpleegkundigen maken deel uit van deze mandatarissen.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt een ruime autonomie gegeven aan de zorginstellingen. Geneeskundige en verpleegkundige inspecties bestaan er niet.

De vertegenwoordiging van verpleegkundigen.



réseau iris structuur

Institut Jules Bordet

*Ensemble,
faisons gagner la vie.*

Centre multidisciplinaire intégré, unique en Belgique, l'Institut Jules Bordet de 154 lits d'hospitalisation et 13 lits d'hôpital de jour est un hôpital autonome entièrement consacré aux maladies cancéreuses. Il assume à la fois des missions de dépistage et de soins cliniques, mène des activités de recherche et dispense un enseignement universitaire de haut niveau. L'harmonieuse collaboration entre ces trois types d'activités présente un aspect original et un atout important dans l'approche multidisciplinaire de la maladie.
L'institut Jules Bordet recrute (m/f):

Pour le Département Infirmier:

• Infirmiers bacheliers

pour l'Unité de Chimiothérapie, l'Unité des Sois Supportifs, le Quartier Opérateur, la Salle de Réveil, l'Unité de Médecine, le Service de Radiothérapie.

• Infirmiers bacheliers SIAMU

pour les Soins Intensifs de Médecine et de Chirurgie.

L'Institut s'appuie sur près de 800 collaborateurs.

Si vous souhaitez rejoindre nos équipes pour

Ensemble, faire gagner la vie

envoyez-nous votre candidature à la Direction des Ressources Humaines,
rue Héger-Bordet 1 à 1000 Bruxelles ou par e-mail rh@bordet.be



réseau iris structuur

Plus d'infos sur notre site www.bordet.be

SpeediCath® Compact

**NOUVEAU
NIEUW**

SpeediCath® Compact Male

Une sonde pour homme compacte et discrète, toujours prête à l'emploi.

En savoir plus? www.fr.speedicathcompactmale.coloplast.be



Een discrete, compacte sonde voor mannen, altijd en overal.

Meer weten? www.nl.speedicathcompactmale.coloplast.be



Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

 **Coloplast**

Coloplast develops products and services that make life easier for people with very personal and private medical conditions. Working closely with the people who use our products, we create solutions that are sensitive to their special needs. We call this intimate healthcare. Our business includes ostomy care, urology and continence care and wound and skin care. We operate globally and employ more than 7,000 people.

Coloplast NV/SA
Humaniteitslaan 65, 1601 Ruisbroek
Tel: +32 2 334 35 35
be@coloplast.com

The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2011-03
All rights reserved. R.E.: - V. Burge - Coloplast Belgium NV/SA, Humaniteitslaan 65, B-1601 Ruisbroek.

www.coloplast.be

La représentation internationale et européenne

Éléments historiques et situation actuelle

Comme décrit dans le premier chapitre, en Belgique, les organisations professionnelles infirmières ont historiquement toujours été liées à des structures internationales de représentation dès leurs créations respectives. Ceci montre l'importance qu'attachaient déjà les infirmiers belges de l'époque à l'action et la représentation internationale des infirmiers. Les infirmiers belges ont d'ailleurs contribué largement et activement au développement de cette représentation internationale. Ils continuent et renforcent encore cette action d'autant plus nécessaire dans une époque d'échanges multinationaux et de mondialisation. Sans doute, l'histoire politique belge, l'étrécissement géographique du pays combinée à une densité de population élevée et multiculturelle, nous conduit nécessairement à avoir une vision large et internationale des mandats associatifs.

C'est un peu le paradoxe (ou le surréalisme) belge, que d'avoir à la fois des velléités identitaires parfois étroites, mais aussi une vision européenne et internationale large et ouverte sur le monde. La campagne de soutien menée au cours de ces deux dernières années par les infirmiers belges pour la libération des infirmières et médecins bulgares emprisonnés sans fondement en Lybie en est d'ailleurs une preuve évidente.

Ainsi, comme décrit en première partie, la FNIB (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique)

s'affilie, dès sa création en 1922, au Conseil International des infirmières (CII-ICN). Jusqu'à ce jour, la FNIB (et sa branche néerlandophone la NNBVV - Nationaal Neutraal Belgisch Verpleegsters Verbond), pluralistes, apolitiques et a-philosophiques, représentent la Belgique au sein du CII. Le siège social du CII-ICN se trouve à Genève.

En 1925, les infirmières et responsables d'écoles catholiques belges fondent leur propre association professionnelle catholique dont la branche francophone deviendra l'ACN (Association Catholique du Nursing) et la branche néerlandophone la NVKVV (Nationaal Verbond der Katholieke Verpleegsters Vereniging). Par la même occasion, ils créent, en 1928, le CICIAMS (Conseil International Catholique des Infirmières et Assistants Médico-sociaux). Le siège social du CICIAMS se trouve à Bruxelles.

CII et CICIAMS, bien que d'une certaine façon concurrents, invitent leurs représentants à participer à leurs manifestations internationales bisannuelles respectives. Tant le CII que le CICIAMS ont une structure de représentation prenant en compte les diverses parties du monde : l'Asie, les Amériques, l'Europe, l'Afrique.

Bien que n'ayant pas une autorité directe sur les décisions politiques et l'évolution des soins infirmier et du système de santé des pays membres, ces deux organismes internationaux ont néanmoins une autorité professionnelle morale d'expertise et de compétence qui leur permettent par l'intermédiaire



Yves Mengal

d'une représentation et d'une reconnaissance officielles auprès d'organes internationaux d'énoncer des recommandations et des prises de position. Ces organes internationaux sont, principalement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais aussi le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et l'Organisation Internationale du Travail – (OIT). Ceux-ci peuvent, à terme, avoir un impact sur la formation, la pratique, la régulation, la reconnaissance et la défense professionnelle des infirmiers et des soins infirmiers, de part le monde.

Pour ce qui concerne l'Europe, les pays européens (au sens large), membres du CII, se regroupent dans le cadre d'une Fédération Européenne des associations d'infirmiers (EFN European Federation of Nurses Associations). La Fédération Européenne des Associations Infirmiers (EFN), ancien Comité Permanent des Infirmières de l'UE (PCN), a été fondée en 1971 pour représenter la profession infirmière et ses intérêts auprès des institutions européennes, sur base des directives en matière d'éducation et de libre circulation des infirmiers. L'EFN est la voix indépendante de la profession et représente plus d'un million d'infirmiers. Le siège social de l'EFN est à Bruxelles.

De même, le CICIAMS possède aussi un bureau chargé des matières européennes.

Au niveau européen, il ne s'agit plus de formuler des avis ou des propositions professionnelles en vue de simples recommandations non coercitives,

De internationale en Europese vertegenwoordiging

Historische elementen en huidige toestand

Zoals beschreven in het vorig hoofdstuk, zijn in België de beroepsorganisaties voor verpleegkundigen, historisch gezien, altijd al verbonden geweest aan internationale vertegenwoordigingsstructuren sinds hun respectievelijke oprichting. Dit toont het belang aan dat de Belgische verpleegkundigen in die tijd reeds hechten aan internationale vertegenwoordiging. De Belgische verpleegkundigen hebben trouwens actief bijgedragen tot de ontwikkeling van deze internationale vertegenwoordiging. Ze

versterken deze nog in een tijd waarin multinationale wisselwerking en mondialisering steeds belangrijker worden. Zonder twijfel zorgt de Belgische politieke geschiedenis, de geografische compactheid van het land, in combinatie met een hoge bevolkingsdichtheid en een multiculturele samenleving ervoor, dat wij geneigd zijn een internationale visie en een brede kijk te hebben op verenigingsmandaten.

Het is een beetje de Belgische paradox (of surrealisme), om enerzijds bekrompen, maar

anderzijds een brede en open kijk te hebben op Europa en de rest van de wereld.

De campagne gevoerd tijdens de laatste twee jaar door Belgische verpleegkundigen voor de bevrijding van gevangengenomen Bulgarse verpleegkundigen en artsen zonder reden in Lybië is er trouwens een levend bewijs van.

Zoals reeds beschreven in het eerste deel, sluit de Nationale Federatie van Belgische Verpleegkundigen (NFBV), zich sinds haar oprichting in 1922, aan bij de 'Conseil international des Infirmières (International Council of Nurses) (CII-ICN). Tot op vandaag vertegenwoordigen de Nationale Federatie van Belgische Verpleegkundigen en haar Franstalige afdeling, de FNIB – beide pluralistisch, a-politiek en a-filosofisch, België binnen de CII-ICN.

De maatschappelijke zetel van de CII-ICN bevindt zich in Genève.

In 1925, richten de verpleegkundigen en verantwoordelijken van Katholieke Belgische scholen hun eigen katholieke beroepsorganisatie op waarvan de Franstalige afdeling de ACN (Association



Laurence Treccani

Catholique du Nursing) wordt en de Nederlandstalige afdeling het NVKVV (Nationaal Verbond der Katholieke Verpleegsters Vereniging). In 1928 wordt de CICIAMS (Conseil International Catholique des Infirmières et Assistants Médico-Sociaux) opgericht, waarvan de maatschappelijke zetel zich in Brussel bevindt.

DE ICN en de CICIAMS, hoewel op een bepaalde manier concurrenten van elkaar, nodigen hun afgevaardigden uit om deel te nemen aan hun internationale twejaarlijkse manifestaties. De structuur van de CII en de CICIAMS is zodanig opgebouwd dat er een vertegenwoordiging is uit alle delen van de wereld : Azië, Amerika, Europa en Afrika.

Hoewel ze geen direct zeggenschap hebben over politieke beslissingen en de evolutie van de verpleegkundige zorgen en het gezondheidssysteem van de landen, hebben deze internationale instellingen toch een zekere autoriteit op vlak van expertise en competentie, wat hen mogelijk maakt om aanbevelingen te doen en stellingen te formuleren. Deze internationale organen zijn de Wereldgezondheidsorganisatie maar ook UNICEF en de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO).

mais bien d'influencer la préparation de «directives européennes» dont l'application est ensuite rendue obligatoire pour tous les pays membres. Au niveau européen, l'impact du travail associatif national et international est donc d'autant plus important et politiquement influent.

Conceptuellement, rappelons que les associations internationales et européennes d'infirmiers sont les émanations des associations nationales et qu'elles sont, par les cotisations et/ou capitations annuelles que les associations nationales leur versent, les représentants et les relais des idées, des besoins, des problèmes, des avis et des revendications des infirmiers de chaque pays membre auprès des instances internationales et européennes responsables.

Si l'infirmier souhaite avoir son mot à dire, s'exprimer, présenter ses idées, les débattre et les défendre, il ne pourra le faire positivement qu'en étant affilié à une association professionnelle et en y prenant une part active, tant dans les structures nationales qu'internationales. De la même façon qu'un parti politique s'occupe de la «politique» de la cité et que tout citoyen responsable a le droit d'y être associé (tout au moins dans les pays dits «démocratiques»), les associations professionnelles infirmières (nationales et internationales), s'occupent de la «politique» des soins infirmiers, et toute infirmier se doit d'y être impliqué et/ou engagé. Dans le cas contraire, l'infirmier ne pourrait se prévaloir du titre de vrai «professionnel», parce que l'engagement est une des valeurs fondamentales de l'action professionnelle.

Les chapitres suivants décrivent en synthèse les actions et responsabilités des associations internationales et européennes, et, plus particulièrement, celles du CII et de l'EFN.

Le Conseil International des

Infirmières CII - International Council of Nurses ICN

Le Conseil international des infirmières (CII-ICN) est une fédération d'associations nationales d'infirmiers, représentant les infirmiers de 136 pays (dernier chiffre actualisé en juillet 2010). Fondé en 1899, le CII fut la première organisation internationale regroupant des professionnels de la santé. Elle en fut «la première» tant par sa date de création que par les millions d'infirmiers qu'elle représente de part le monde. En termes de ressources humaines, les infirmiers constituent, en effet, le groupe professionnel numériquement le plus important des professionnels de la santé. Géré par des infirmiers pour des infirmiers, le CII œuvre dans le but de garantir des soins infirmiers de qualité pour tous, de solides politiques de santé partout, l'amélioration de la formation, ainsi que l'existence au niveau international d'une profession infirmière respectée et d'un personnel compétent et satisfait. Le siège social du CII se situe à Genève.

Les statuts du CII prévoient une seule affiliation par pays (selon plusieurs formes de modèles réglementés dans lesquels s'insère chaque pays membre reconnu par le CII, après une procédure d'évaluation et un vote démocratique d'affiliation par les pairs – voir www.icn.ch). Les statuts du CII prévoient aussi que l'association professionnelle (ou les regroupements d'associations professionnelles) du pays doit être nécessairement pluraliste et couvrir l'ensemble du pays représenté.

Le Code de l'infirmière du CII (dernière révision en 2006) représente le fondement et l'assise du travail du CII. Les normes, les directives, les recommandations, les prises de position et politiques du CII pour la pratique infirmière, la formation, la gestion, la recherche et les conditions d'emploi et de travail font autorité partout en tant que base des politiques de soins infirmiers, que ce soit au niveau national, relayés par les associations membres, ou au niveau

international, principalement auprès de l'Organisation Mondiale de la Santé mais aussi en collaboration avec les autres prestataires de santé au sein de l'Alliance Mondiale des Professions de Santé.

Les langues de travail officielles du CII sont l'anglais, l'espagnol et le français.

Buts et objectifs du CII

Le CII a pour buts de promouvoir, développer et renforcer les soins infirmiers, les infirmiers et la santé grâce à ses politiques, ses partenariats, ses plaidoyers, son leadership reconnu, ses réseaux, ses congrès et projets spéciaux. Sur base des politiques, des orientations et des priorités déterminés par les rapports et notes nationaux des pays membres et des options adoptées par le CRN (Conseil des Représentants Nationaux), le Conseil d'administration déterminent les objectifs à courts et moyens termes. Le Secrétariat Général permanent et son Directeur Général met en œuvre ces décisions par des actions larges (mondiales) ou ciblées (régions et/ou pays). Son travail consiste à soutenir plus particulièrement les domaines suivants :

> La pratique des soins infirmiers

- Classification internationale de la pratique en soins infirmiers - ICNP®) - bases de données –
- Infirmières cliniciennes – pratique avancée - Entreprenariat - Leadership
- Programme «Diriger le changement™»
- Soins infirmiers et VIH/SIDA
- Santé des femmes
- Soins de santé primaires
- Sécurité du patient
- Télé-nursing
- Recherche scientifique et données probantes
- Accessibilité des données, des connaissances et des références (programmes bibliothèques mobiles et virtuelles)

Suite page 14

Deze kunnen op termijn een aanzienlijke impact hebben op opleiding, praktijkvoering, regulering, erkenning en professionele verdediging van de verpleegkundigen overal ter wereld.

Wat Europa betreft, groeperen de Europese landen (in ruime zin), leden van de ICN, zich in het kader van de European Federation of Nurses Associations (EFN). Deze federatie, vroeger het Permanent Comité van verpleegkundigen van de EU, is opgericht in 1971 ter vertegenwoordiging van het beroep van verpleegkundige en de belangen ervan bij de Europese instellingen, op basis van richtlijnen op vlak van vorming en vrij verkeer van verpleegkundigen. De EFN is de onafhankelijke stem van het beroep en vertegenwoordigt meer dan een miljoen verpleegkundigen. De maatschappelijke zetel is gelegen te Brussel.

Ook de CICIAMS beschikt over een bureau dat belast is met Europese aangelegenheden.

Op Europees niveau gaat het niet meer om adviezen en voorstellen te formuleren met het oog op eenvoudige, niet-dwingende aanbevelingen, maar wel om de voorbereiding van "Europese Richtlijnen" te beïnvloeden waarvan de toepassing vervolgens bindend is voor alle lidstaten.

Als de verpleegkundige zijn/haar ideeën wenst naar voor te brengen, bepaalde zaken wenst ter discussie te brengen of te verdedigen, kan die dat enkel door zich aan te sluiten bij een beroepsorganisatie en er een actieve rol op te nemen, zowel in de nationale

als internationale structuren.

De volgende hoofdstukken zijn een synthese van de verantwoordelijkheden van de internationale en Europese Instellingen, en meer bepaald, van de ICN en de EFN.

International Council of Nurses ICN

De International Council of Nurses (ICN) is een federatie van internationale organisaties van verpleegkundigen, die de verpleegkundigen uit 136 landen vertegenwoordigt (laatste cijfers dateren van juli 2010). De raad werd opgericht in 1899 en was de eerste internationale beroepsorganisatie in de gezondheidszorg. In termen van 'Human Resources' vormen de verpleegkundigen qua aantal de belangrijkste beroepsgroep. Beheerd door verpleegkundigen voor verpleegkundigen, beoogt de ICN kwalitatieve verpleegkundige zorg voor iedereen na te streven, overal een solide gezondheidspolitiek te garanderen, de opleiding te verbeteren en het beroep van verpleegkundige op te waarderen op internationaal vlak. De maatschappelijke zetel bevindt zich in Genève.

De statuten van de ICN voorzien dat de beroepsorganisatie (of de vereniging van beroepsorganisaties) van het land pluralistisch moet zijn en het volledige land dat wordt

vertegenwoordigd, moet dekken.

De beroepscode van de ICN (laatste herziening in 2006) omvat de basisbeginselen van de ICN. De normen, richtlijnen, aanbevelingen, stellingen en politiek in verband met verpleegkundige praktijkvoering, opleiding, beheer, onderzoek en werkomstandigheden gelden als basis, voor iedereen, zowel op nationaal niveau als op internationaal niveau, voornamelijk bij de Wereldgezondheidsorganisatie maar ook in samenwerking met de andere gezondheidsorganisaties.

De officiële werktalen van de ICN zijn Engels, Spaans en Frans.

Doelstellingen van de ICN

De ICN beoogt de verpleegkundige zorgen, de verpleegkundigen en de gezondheid te bevorderen, te ontwikkelen en te versterken dank zij haar politiek, partnership, haar erkend leadership, haar netwerken, congressen en speciale projecten.

Het Secretariaat Generaal en zijn Directeur Generaal ondersteunen de volgende domeinen :

> De praktijk van de verpleegkundige zorgen

- Internationale classificatie van de praktijk in verpleegkundige verzorging – ICNP – gegevensbank

Suite page 14

> La réglementation des soins infirmiers

- Formation de base – spécialisée – qualifications et titre - Formation continue
- Compétences, responsabilités - transferts de compétences - délégations de tâches
- Ethique et Droits de l'homme
- Accréditation
- Régulation professionnelle de la pratique et Ordre Professionnel
- Code de déontologie (dernière révision en 2006)
- Régulation professionnelle de la formation

> Les conditions d'emploi et de travail des infirmières

- Santé et sécurité au travail
- Rémunération
- Planification des ressources humaines - effectifs suffisants et répartition – niveaux de qualifications
- Développement de carrière
- Qualités de direction et d'animation appliquées à la négociation

Objectifs principaux et valeurs du CII

Deux objectifs principaux et cinq valeurs essentielles sous-tendent et motivent toutes les activités du CII : Le premier objectif est d'influencer la santé et les soins infirmiers au niveau mondial, le deuxième consiste à renforcer les associations nationales d'infirmières. Les cinq valeurs essentielles à la base de l'action du CII sont : le leadership de vision, l'inclusion, la flexibilité, le partenariat et l'accomplissement.

Le CII, en tant qu'organe de représentation supranational, émet des recommandations. Naturellement, ces recommandations, bien qu'étayées par des données probantes, des études et recherches et les avis d'experts infirmiers du monde entier, n'ont pas de force obligatoire. Comme les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et de son Département des Soins Infirmiers, les recommandations du CII influencent néanmoins la vision, la reconnaissance et l'organisation des soins infirmiers dans les états membres. Elles peuvent constituer des bases solides de revendications professionnelles à soumettre aux personnes responsables des politiques de santé du pays. Puisque leur application n'est pas liée à une sanction, les recommandations sont donc, par exemple, moins contraignantes que les «Directives Européennes».

Depuis 2004, la vision du CII pour les soins infirmiers consiste à promouvoir et soutenir dans les pays du monde une action en 3 piliers essentiels :

- 1/ le pilier «associatif» qui consiste à s'occuper de la qualité du contenu de la pratique des soins infirmiers et de leur efficacité, de la reconnaissance statutaire de cette pratique, de la formation des praticiens, de la reconnaissance des titres et de l'agrément des praticiens.
- 2/ le pilier de «défense professionnelle» qui consiste à s'occuper des conditions de travail des infirmières, du niveau de leurs rémunérations et de leur reconnaissance sociale.
- 3/ le pilier «déontologique» qui consiste à s'occuper des obligations et des devoirs professionnels vis-à-vis de la population et des patients, des devoirs professionnels entre prestataires infirmiers et vis-à-vis des autres prestataires de santé. Il s'agit de promouvoir l'adoption de comportements professionnels justifiés par des données probantes scientifiques («conscience professionnelle») mais aussi de promouvoir des comportements éthiques

adéquats («conscience personnelle») qui respectent la personne. Ce volet «déontologique» est lié à l'adoption d'un Code de déontologie professionnelle et au suivi de celui-ci par un organe régulateur officiel et autonome : un Ordre Professionnel. Il s'agit donc de promouvoir une «conscience professionnelle» irréprochable et de sanctionner les comportements inadéquats et négligents.

Organes de représentation et de gestion du CII

Le Conseil d'administration du CII se compose de 15 personnes: la présidente, trois vice-présidents et onze membres sélectionnés sur la base des 7 zones de vote du CII. Chaque zone représente une région du monde. Le CA détermine les pays faisant partie de chaque zone géographique.

Fonctions du Conseil d'administration du CII

Le Conseil d'administration est le mandataire du Conseil des représentantes nationales (CRN); il arrête et met en œuvre la politique à suivre conformément aux directives et orientations établies par le CRN. Les membres du Conseil d'administration sont choisis de manière à ce qu'ils représentent les infirmières et la profession infirmière dans le monde entier.

A titre d'exemples, le Conseil d'administration pour le mandat 2005-2009 était le suivant (voir p 17)

Le Conseil d'administration, élu lors du Congrès Quadriennal à Durban en juin 2009 pour le mandat 2009-2013, est le suivant (voir p 19)

Pour la petite histoire, il faut savoir que la Belgique, bien que petite par la taille, eut l'honneur de présider le CII. Mme Bihet, Présidente de la FNIB de 1946 à 1950, fut élue présidente du CII pour le mandat 1953 à 1957. De même, Cécile Fontaine, fut élue membre du Conseil d'Administration du CII de 1993 à 1997.

La Direction Générale du CII a été assumée jusqu'en octobre 2008 de main de maître, avec compétence, fermeté, respect et humanisme par Mme Judith Oulton (d'origine canadienne). David Benton (d'origine écossaise) lui a succédé. Au vu de sa prestation brillante au Congrès du CII de Durban en juin 2009, David Benton s'annonce déjà comme un directeur général dynamique et compétent, qualités auxquelles s'ajoute une bonne dose d'humour «écossais» !

Exemples d'activités et de publications du CII

Sans être exhaustif, citons les activités ayant un impact externe important en termes d'image, de représentation et de force politique. Outre les multiples prises de position et recommandations publiées chaque année et couvrant les divers domaines de responsabilité infirmière (voir et télécharger sur le site web www.icn.ch), le CII organise de multiples manifestations et publie de nombreux ouvrages et/ou fascicules d'information et de synthèse, soit seul, soit en collaboration.

Congrès et conférences CII

Le CII organise un Congrès Quadriennal au cours duquel le Conseil des Représentants Nationaux réélit le Conseil d'Administration et le Président pour un mandat de 4 ans. Entre temps, tous les deux ans, une Conférence internationale est organisée.

Dossier thématique – Journée annuelle de l'infirmière du 12 mai - CII

Le CII prépare chaque année un dossier thématique, lié à la Journée annuelle de l'Infirmière du 12 mai, jour anniversaire de la naissance de Florence Nightingale.

- Klinisch verpleegkundigen – geavanceerde praktijk – Ondernemingschap – Leadership
- Verpleegkundige verzorging AIDS
- Gezondheid van vrouwen
- Primaire gezondheidszorg
- Veiligheid van de patiënt
- Tele-nursing
- Wetenschappelijk onderzoek
- Toegankelijkheid van de gegevens, kennis en referenties (mobiele en virtuele bibliotheekprogramma's)

> De reglementering van verpleegkundige zorgen

- Basisopleiding – gespecialiseerd – kwalificaties en titel – permanente vorming
- Competenties, verantwoordelijkheden – transfert van competenties – delegatie van taken
- Ethiek en mensenrechten
- Accreditering
- Professionele regulering
- Deontologische code (laatste herziening in 2006)
- Professionele regulering van de opleiding

> Werkomstandigheden en werk van verpleegkundigen

- Gezondheid en veiligheid op het werk
- Verloning
- Planning van human resources - kwalificatieniveaus
- Ontwikkeling van carrière

Belangrijkste doelstellingen en waarden van de ICN

Twee belangrijke doelstellingen en vijf essentiële waarden ondersteunen en motiveren alle activiteiten van de ICN : de eerste is de gezondheid en de verpleegkundige zorgen te beïnvloeden op wereldniveau, de tweede bestaat erin de nationale verenigingen van verpleegkundigen te versterken. De vijf essentiële waarden van de ICN zijn : leadership, visie, flexibiliteit en partnership.

De ICN, als supranationaal vertegenwoordigingsorgaan, geeft aanbevelingen. Uiteraard hebben deze aanbevelingen geen bindende kracht, hoewel deze zijn gebaseerd op onderzoek, studies en tal van meningen van verpleegkundigen-experten over gans de wereld. Zoals de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie en van het departement van verpleegkundige zorgen, beïnvloeden de aanbevelingen van de ICN toch de visie, de erkenning en de organisatie van verpleegkundige zorgen in de lidstaten. Ze kunnen een solide basis vormen voor professionele eisen die dienen te worden voorgelegd aan de verantwoordelijken van de gezondheidspolitiek van een land. Aangezien hun toepassing niet is gelinkt aan een sanctie, zijn de aanbevelingen dus bijvoorbeeld minder bindend dan de 'Europese Richtlijnen'.

Vertegenwoordigingsorganen en beheer van de ICN

De Raad van Bestuur van de ICN bestaat uit 15 personen : de voorzitter, drie vice-voorzitters en elf geselecteerde leden op basis van 7 stemmingszones van de ICN. Elke zone vertegenwoordigt een plaats in de wereld. De Raad van Bestuur bepaalt het land dat deel uitmaakt van elke geografische zone.

ASSURANCE
RESPONSABILITE
PROFESSIONNELLE

VERZEKERING
BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID

a s s u r a n c e s
pour et par le secteur des soins de santé

amma

verzekeringen
voor en door de zorgsector



Je soigne. L'esprit tranquille !

Que faire en cas de faute professionnelle ou lors d'une plainte d'un patient ?
Qui paiera les coûts de votre avocat et l'indemnisation pour le patient ?

En tant qu'infirmier(ère) salarié(e), ce n'est pas toujours votre employeur qui intervient...

**Heureusement, vous êtes valablement protégé(e) à titre individuel via
l'Assurance Responsabilité Professionnelle d'AMMA !**

Contactez Danielle Van Leirsberghe: 02 209 02 21 ou consult@amma.be

Avantage membres FNIB : € 73,67 - protection juridique comprise

Met een gerust gemoed aan de slag !

Wat te doen in geval van een beroepsfout of bij een klacht van een patient ?
Wie betaald de kosten voor uw advocaat en de vergoeding van de patient ?

Als verpleegkundige in loondienst is het niet altijd uw werkgever die tussenkomt...

**Gelukkig bent u goed beschermd via de persoonlijke
Beroepsaansprakelijkheidsverzekering van AMMA !**

Contacteer Frederik Raes: 02 209 02 28 of consult@amma.be

Voordeel leden NFBV : € 73,67 - rechtsbijstand inbegrepen

**€ 73,67
ALL-IN**

AMMA ASSURANCES, entreprise d'assurance mutuelle créée en 1944 et agréée par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances sous le code 0126, N.N. 0409.003.207
AMMA VERZEKERINGEN, onderlinge verzekeringsonderneming opgericht in 1944 en toegelaten door de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiebewezen onder codenummer 0126, N.N. 0409.003.270
www.amma.be • Avenue de la Renaissance/laan 12/1, 1000 Brussel-Bruxelles

Au cours de ces quatre dernières années, ces dossiers ont eu un impact majeur sur la prise de conscience des politiques de nombreux pays à propos de l'importance de l'apport des infirmières et des soins infirmiers à la santé des populations et à la qualité des soins de santé. Citons, à titre d'exemples, le dossier de 2006 «Effectifs suffisants = vies sauvées», particulièrement bien étayé de références scientifiques probantes démontrant l'importance d'effectifs en personnel qualifié suffisants pour octroyer des soins corrects, éviter les erreurs et accidents et sauver des vies. Le dossier de 2007 «Environnements favorables à la pratique: qualité au travail = soins de qualité» est une suite logique du thème de 2006 et contribue à montrer que des effectifs qualifiés suffisants ne peuvent pratiquer correctement que si l'environnement de travail est lui-même satisfaisant (conditions de travail, reconnaissance sociale et financière). Le thème de la journée des infirmières du 12 mai 2010 portait sur «les infirmières à l'avant-garde des soins chroniques». Le dossier décrit une série d'initiatives originales de prises en charge et de suivi de patients atteints de pathologies chroniques (diabète, cancer, VIH/SIDA, tuberculose, dépression, schizophrénie, cécité, maladie génétique, maladies cardiovasculaires, respiratoires, ...), par l'infirmière et de façon autonome,

Publications du CII

Outre ces manifestations, le CII publie chaque année de nombreux ouvrages, monographies, dossiers et notes... La publication la plus connue est certainement celle de Virginia Henderson que le CII a contribué à faire connaître dans le monde entier avec l'impact que nous lui connaissons. Il s'agit de l'ouvrage «Les Principes fondamentaux des soins infirmiers du CII» de Virginia Henderson, traduit en 34 langues et réédité en 2003.

D'autres ouvrages majeurs méritent d'être cités. Le premier porte sur le leadership infirmier, les réalisations probantes et l'impact des soins infirmiers dans les systèmes de santé. Il s'agit de (Nursing Leadership – Sally Shaw – Blackwell Publishing, 2007). Le deuxième ouvrage porte sur la migration des infirmières et les problèmes posés aux patients et aux professionnels par cette migration (Nurses on the Move, Migration and the Global Health Care Economy – Mireille Kingma – Cornell University Press, 2006). Le troisième ouvrage porte sur la pratique infirmière dite «avancée ou autonome», c'est-à-dire, l'élargissement des rôles, des activités et des responsabilités des infirmiers dans la prise de décision concernant les diagnostics, les soins, les traitements (y compris médicaux) et la santé publique (Advanced Nursing Practice - Fadwa Affara and Madrean Schober - Blackwell Publishing, 2006). Le quatrième ouvrage a été présenté au dernier congrès Quadriennal en juin 2009 à Durban. Il s'agit d'une nouvelle édition actualisée et «revisitée» du livre original de Florence Nightingale, «Notes on Nursing» (A guide for Today's Caregivers), (Editions Baillière Tindall Elsevier, ICN 2009).

Le Code de Déontologie du CII

Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière, révisé en 2006, est un guide pour une action basée sur les valeurs et nécessités sociales. Ce Code a servi de normes aux infirmières dans le monde entier dès qu'il fut adopté en 1953. Le Code de déontologie des praticiens de l'Art Infirmier belges, paru en 2004, et préparé par les associations professionnelles infirmières belges réunies en UGIB, s'est largement inspiré du Code de Déontologie du CII.

En lien avec les matières déontologiques et la régulation professionnelle, le CII publie aussi des fascicules de synthèse à usage pratique. Les récents fascicules de 2008 portent sur la compétence des professionnels, la régulation par les pairs et la création de structures légales de reconnaissance et de suivi des professionnels (entre autres, la création d'Ordres Professionnels Infirmiers).

Classification Internationale de la Pratique des Soins Infirmiers (ICNP) du CII

Depuis 1991, le CII soutient l'élaboration et l'actualisation d'une «Classification Internationale de la Pratique des Soins Infirmiers (ICNP)». La ICNP® permet aux infirmières de disposer d'une terminologie structurée et définie, d'une classification de la pratique des soins infirmiers et d'un cadre à l'intérieur duquel des terminologies et des classifications existantes peuvent être mises en commun afin de pouvoir comparer les données relatives aux soins infirmiers. Cette classification a été retenue comme une des bases fondamentales pour l'élaboration de la dernière version du Résumé Infirmier Minimum belge, appelé maintenant Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum (DI RHM). La dernière version actualisée (version 2) date de 2009.

Collaborations interprofessionnelles du CII

Le CII collabore avec les autres associations professionnelles internationales de la santé et développent des recherches, des prises de positions et des études communes. Il s'agit, entre autres, de l'Alliance Mondiale des professions de Santé (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, infirmiers et physiothérapeutes).

La déclaration conjointe de l'Alliance date de février 2008 et porte sur «Les transferts de tâches». Elle faisait suite à une déclaration de l'OMS lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé préconisant de transférer des tâches médicales et/ou de soins à du personnel moins ou pas qualifié, au vu de la situation dramatique mondiale de pénurie de personnel de santé qualifié. La déclaration de l'Alliance Mondiale des Professions de Santé fut ferme et déterminée. Elle soulève l'irresponsabilité des propos de l'OMS et le danger pour la santé des populations et pour la qualité des soins à vouloir transférer, sans analyse, sans contrôle ni suivi, des tâches qualifiées et spécifiques à des personnels de santé moins ou non qualifiés, et ce, pour des raisons purement économiques ou structurelles. Cette déclaration est disponible sur le site web du CII. La dernière déclaration date du 18 mai 2010 et porte sur l'action contre les produits et/ou médicaments de contrefaçon.

La représentation européenne

La Fédération Européenne des Associations d'infirmières – European Federation of Nurses Associations - EFN

La fédération Européenne des Associations Infirmières (EFN), ancien Comité Permanent des Infirmières de l'Union Européenne (PCN), a été fondée en 1971, pour représenter la profession infirmière et ses intérêts auprès des institutions européennes. Elle est la voix indépendante de la profession et représente plus d'un million d'infirmiers européens.

Les Membres sont les Associations Nationales d'Infirmiers des vingt-sept Etats membres de l'UE

(+ Croatie, Norvège, Islande et Suisse), membres du Conseil International des Infirmières (CII) et du Conseil de l'Europe. Les Membres Associés de l'EFN sont l'Ancienne République Yougoslave de Macédoine, et trois représentants des Organisations Européennes d'infirmières Spécialisées et Génériques (ESNO). L'ESNO regroupe, outre les associations européennes d'infirmières spécialisées, la Fédération Européenne des Organes régulateurs Infirmiers FEPI (Ordres Professionnels et Régulateurs Infirmiers) et la Fédération Européenne des Enseignants en Soins Infirmiers FINE. Le Conseil International des Infirmières (CII), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Association Européenne des Etudiants Infirmiers (ENSA) ont aussi un statut d'observateurs au sein des Assemblées Générales de l'EFN.

Les membres de EFN se réunissent deux fois par an en Assemblée Générale d'une durée de deux jours, où des questions et décisions importantes sont discutées et prises. Le Comité Exécutif se réunit aussi deux fois par an. De plus, des groupes de travail sont régulièrement constitués pour permettre un travail plus approfondi sur des questions débattues par l'Assemblée Générale, le Comité Exécutif, et/ou liées aux discussions au niveau de l'UE.

Les langues de travail officielles d'EFN sont le français et l'anglais. Le siège social est à Bruxelles. Clos du Parnasse, 11A B-1050 Brussels - Belgique - Tel: +32 2 512 74 19 - Email: efn@efn.be - Website: www.efnweb.eu

La présidente actuelle est Grete Christensen (Danemark). Le Secrétaire Général permanent de l'EFN est Mr Paul De Raeve, d'origine belge.

La mission de l'EFN

La mission de l'EFN est de promouvoir et soutenir les infirmiers, la profession infirmière et les soins infirmiers en Europe. L'activité principale est une action de «lobby» auprès des Institutions Européennes, telles que : la Commission Européenne, le Parlement Européen et le Conseil de l'Europe. L'EFN fournit ainsi une large plate-forme pour le développement de la politique sociale et de santé en soutenant le processus décisionnel de l'Union Européenne dans tous les secteurs qui affectent la profession infirmière.

EFN travaille aussi en vue d'unifier les infirmiers dans l'Union Européenne en démontrant la valeur de la profession infirmière et son impact sur la santé des populations et en renforçant les rapports entre les Associations Nationales d'Infirmiers, les Infirmiers Spécialistes et autres professionnels de la santé.

Au cours de ces dix dernières années, et compte tenu des demandes d'entrée des pays de l'Est au sein de l'Union Européenne, l'EFN a été amenée à mener de nombreuses visites d'expertise dans ces pays et à rédiger des rapports d'évaluation portant sur les améliorations à apporter aux systèmes de formation et de pratique infirmière en vue d'une reconnaissance européenne complète (accords sectoriels et modalités de libre circulation des professionnels au sein de l'UE). L'EFN est ainsi reconnu par la Commission Européenne en tant qu'organe d'avis officiel pour les matières infirmières.

Déclarations de Position de l'EFN

L'EFN publie des Déclarations de Position à l'attention des Institutions Européennes. Ces Prises de Position sont cruciales pour poursuivre le travail avec les fonctionnaires qui travaillent dans les différentes Directions Générales Européennes et avec les autres groupements actifs dans le milieu européen.

ICN Board of Directors 2005-2009



Officers:

Hiroko Minami
President (Japan)

Franz Wagner
First Vice-President (Germany)

Rosemary Bryant
Second Vice-President (Australia)

Philda Nzimande
Third Vice-President (South Africa)

Members:

Edith Allwood Anderson (Jamaica)
Duice Dinclear Haf Bals (Brazil)
Beatriz Carvalho Suarez (Colombia)
Rudolph Cini (Malta)
Anna Karin Eklund (Sweden)
William Holzemer (USA)
Eulsook Kim (Korea)
Veronika Pretnar Kunstek (Slovenia)
Yves Mengal (Belgium)
Julia Sansoni (Italy)
Teresa J. C. Yin (Taiwan)

ICN Report 2007-2009

Functies van de ondernemingsraad van de ICN

De Ondernemingsraad is de mandataris van de Raad van nationaal afgevaardigden; hij bepaalt de te volgen politiek overeenkomstig de richtlijnen. De leden van de ondernemingsraad zijn zodanig gekozen dat ze de verpleegkundigen en het beroep vertegenwoordigen over gans de wereld.

De ondernemingsraad voor het mandaat 2005-2009 zag er als volgt uit : (voir p 17)

De ondernemingsraad, verkozen tijdens het vierjarig congres in Durban in juni 2009 voor het mandaat 2009-2013, is de volgende (zee p 19)

België heeft de eer gehad de ICN te mogen voorzitten voor het mandaat 1953 tot 1957. Mevrouw Bihet, voorzitter van de NFBV van 1946 tot 1950 werd hiervoor verkozen. Zo ook werd Cécile Fontaine verkozen als lid van de ondernemingsraad van de ICN van 1993 tot 1997.

De algemene directie van de ICN werd opgenomen door mevrouw Judith Oulton (Canada) tot oktober 2008.

David Benton (Schotland) is haar opgevolgd.

Thematisch dossier – jaarlijkse dag van de verpleegkundige op 12 mei – ICN

De ICN bereidt ieder jaar een thematisch dossier voor, verbonden aan de jaarlijkse dag van de verpleegkundige op 12 mei, tevens de verjaardag van Florence Nightingale. Gedurende de laatste vier jaar, hebben deze dossiers een enorme impact gehad op de bewustwordingspolitiek van een groot aantal landen in verband met het belang van de inbreng van verpleegkundigen en verpleegkundige verzorging in de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het dossier van 2006 'voldoende personeel = levens gered', bijvoorbeeld, is heel goed onderbouwd met wetenschappelijke referenties die het belang aantonen van de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel om op correcte wijze zorgen toe te dienen, fouten en ongelukken te vermijden en levens te redden. Het dossier van

2007 'goede werkomgeving = kwaliteit op het werk' is een logisch gevolg van het thema van 2006 en toont aan dat voldoende gekwalificeerd personeel maar correct kan werken indien de werkomgeving zelf bevredigend is (werkomstandigheden, sociale en financiële erkenning).

Publicaties van de ICN

De ICN publiceert jaarlijks talrijke werken, monografieën, dossiers en nota's... De meest gekende publicatie is ongetwijfeld deze van Virginia Henderson waarbij de ICN heeft bijgedragen om die bekend te maken over gans de wereld en waarvan de impact ons bekend is. Het gaat om het werk van "de fundamentele principes van verpleegkundige zorgen van de ICN" van Virginia Henderson, vertaald in 34 talen en heruitgegeven in 2003.

Andere grote werken dienen geciteerd te worden. Het eerste gaat over verpleegkundig leadership en de impact van verpleegkundige zorgen in de gezondheidssystemen. Het gaat over Nursing Leadership – Sally Shaw – Blackwell Publishing, 2007. Het tweede werk gaat over migratie van verpleegkundigen en problemen hierbij voor patiënten en professionelen omwille van deze migratie (Nurses on the Move, Migration and the Global Health Care Economy – Mireille Kingma – Cornell University Press, 2006). Het derde werk gaat over de "geavanceerde en autonome" verpleegkundige praktijkvoering, met name de verruiming van de rol, activiteiten en verantwoordelijkheden van de verpleegkundige bij het nemen van beslissingen in verband met diagnose, zorgen en behandeling (Advanced Nursing Practice – Fadwa Affara and Madrean Schober – Blackwell Publishing, 2006). Het vierde werk is voorgesteld op het laatste congres in Durban, in juni 2009, dat vier maal per jaar plaatsvindt. Het gaat om een nieuwe geactualiseerde en herwerkte versie van het originele boek van Florence Nightingale, "Notes on Nursing" (A Guide for Today's Caregivers), (Editions Baillière Tindall Elsevier, ICN 2009).

Deontologische Code van de ICN

De deontologische code van de ICN voor het beroep

van verpleegkundige, herzien in 2006, is een gids voor een werking gebaseerd op de waarden en sociale noden. Deze code werd aanzien als dé norm en gebruikt door verpleegkundigen, sinds de goedkeuring ervan in 1953. De deontologische code van beoefenaars van de verpleegkunde in België, verschenen in 2004 en voorbereid door de beroepsverenigingen van Belgische verpleegkundigen, verenigd in de AUVB, is sterk geïnspireerd op de deontologische code van de ICN.

Interprofessionele samenwerking van de ICN

De ICN werkt samen met de andere internationale beroepsorganisaties en doet onderzoek, formuleert stellingen en doet gemeenschappelijke studies. Het gaat onder andere om de Alliance Mondiale des Professions de Santé (artsen, apothekers, tandartsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen en psychotherapeuten).

De gemeenschappelijke verklaring van de Alliantie dateert van februari 2008 et gaat over "de overheveling van taken". Ze gaf gevolg aan een verklaring tijdens een bijeenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie waar het voorstel werd geopperd om medische taken en/of zorgen over te hevelen naar lager geschoold of zelfs ongeschoold personeel, rekening houdend met de dramatische schaarste op wereldvlak bij het zoeken naar gekwalificeerd personeel in de gezondheidszorg.

De Europese vertegenwoordiging

European Federation of Nurses Associations (EFN)

De 'European Federation of Nurses Associations', vroeger het Committee of Nurses of the EU (PCN) werd opgericht in 1971, ter vertegenwoordiging van het beroep van verpleegkundige en haar belangen bij de Europese organisaties. Ze functioneert als spreekbuis en vertegenwoordigt meer dan een miljoen Europese verpleegkundigen.

De leden zijn de nationale verenigingen van verpleegkundigen van de zevenentwintig lidstaten van de Europese Unie (+ Kroatië, Noorwegen, IJsland en Zwitserland), leden van de ICN en van de Raad van Europa.

De leden van de EFN komen tweemaal per jaar samen voor een Algemene Vergadering die twee dagen duurt. Tijdens die twee dagen worden belangrijke thema's bediscussieerd en worden hierover beslissingen genomen.

De huidige voorzitter is Grete Christensen (Denemarken). De secretaris – generaal van de EFN is de heer Paul De Raeve, uit ons land.

De missie van de EFN

De missie van de EFN is de bevordering en de ondersteuning van het beroep van verpleegkundige en de verpleegkundige zorgen in Europa. De hoofdactiviteit is 'lobbyen' bij de Europese Instellingen, zoals : de Europese Commissie, het Europees Parlement et de Raad van Europa. De EFN levert ook een breed platform voor de ontwikkeling van de sociale en de gezondheidspolitiek door de ondersteuning van het besluitvormingsproces van de Europese Unie in alle sectoren die het beroep van verpleegkundige aanbelangen.

De EFN werkt ook aan een unificatie van verpleegkundigen binnen de Europese Unie door

Suite page 19

Quelques exemples de Déclaration de Position :

Déclaration Politique de l'EFN - Directive de l'UE sur la Reconnaissance Mutuelle des Qualifications Professionnelles – Septembre 2007

L'EFN s'intéresse de près au développement coordonné de la formation des infirmiers au sein de l'UE, de manière à répondre aux nécessités actuelles des professionnels et faciliter leur mobilité. Aussi, un certain nombre de principes sur la formation infirmière devraient être mis en place :

- L'admission à des établissements de formation dépendra de la réussite des études secondaires, avec un minimum de 12 ans, en reprenant les mêmes conditions que pour l'accès à l'Université;
- La durée du programme de formation devrait permettre l'acquisition des compétences spécifiques et avoir une durée minimum de trois années académiques (niveau minimum de bachelier);
- Le niveau professionnel minimum des infirmières en Europe doit être le niveau Bachelier;
- Le programme d'études devrait se baser sur la recherche et les compétences ;
- Le(a) Directeur(trice) des Instituts/programmes de formation devrait être un(e) infirmier(ère) qualifié(e) – avec, au minimum, un Master;

Déclaration Politique de l'EFN - Processus de Bologne

La reconnaissance mutuelle des qualifications (Processus de Bologne) entre les États Membres est essentielle pour assurer la mobilité des travailleurs au sein de l'UE.

La Fédération Européenne des Associations d'Infirmières (EFN) recommande que le Processus de Bologne soit utilisé pour actualiser et standardiser la Directive Européenne pour les Soins Infirmiers, par :

- L'adoption du Guide du Conseil International des Infirmières sur les compétences des infirmiers généralistes (programme d'étude initial – le Baccalauréat devra être modifié);
- La formation infirmière devrait avoir un niveau plus élevé et être développée en collaboration avec et entre les Associations Nationales d'Infirmières ;
- La collaboration avec les Associations Nationales des Infirmières et les Institutions d'enseignement afin de développer les meilleures conditions possibles pour la mise en œuvre du processus de Bologne;

- La Collaboration entre les parties prenantes afin de prévoir une nouvelle structure de reconnaissance mutuelle du développement professionnel continu et des études tout au long de la vie, et faire le lien avec le cadre Européen des certifications.

Déclaration de position commune (Extraits) : Fédération Européenne des Associations Infirmières (EFN) et Conseil International des Infirmières (CII) – Accord de Bologne et Projet Tuning

L'EFN et le CII considèrent l'Accord de Bologne sur l'Harmonisation de l'Enseignement Supérieur en Europe et le Processus de mise au point (Tuning Project) comme des développements très importants et opportuns pour la profession infirmière. Les infirmiers sont de plus en plus mobiles et par conséquent, ils bénéficieront du plus grand transfert possible de qualifications et de l'alignement des programmes éducatifs qu'offrira l'Accord de Bologne.

L'EFN et le CII croient que les questions suivantes doivent être discutées dans la prochaine étape de développement pour éviter des conséquences néfastes :

- Clarté sur le rôle des heures d'enseignement pratiques (cliniques) et les crédits accordés dans les systèmes révisés qui mènent à une reconnaissance académique et à l'enregistrement en tant qu'infirmier.
- Dépendant du système actuel d'éducation mis en place dans les Pays Membres, une évaluation des programmes d'éducation basés sur les compétences et alignés au nouveau du Système Européen de Transferts de Crédits sera nécessaire. Dans certains pays, cela étendra les possibilités d'un système qui est déjà surchargé. L'EFN et le CII demandent le développement d'instruments et d'outils afin de faciliter le processus d'évaluation de l'impact au niveau de chaque pays.
- Parce que la profession d'infirmier est une discipline basée sur la pratique, l'impact parallèle de ces changements vis-à-vis des besoins éducatifs des infirmiers travaillant actuellement dans un cadre pratique, et vis-à-vis de ceux qui seront requis à jouer un rôle dans l'évaluation des résultats des modèles d'enseignement basés sur les compétences, devrait aussi être considéré afin de produire des infirmiers compétents.
- La question des chemins d'accès doit aussi être considérée. Dans certains pays, il existe plusieurs chemins pour atteindre le statut d'infirmier enregistré. Il sera important que ces pays soient conscients de l'impact que ces changements auront vis-à-vis la composition ou l'agrément des travailleurs en regard à l'articulation de la dispensation d'un enseignement avancé dans l'Enseignement supérieur.
- A travers l'Europe, du point de vue de l'enregistrement initial, tous les infirmiers ne sont pas éduqués au niveau de l'enseignement supérieur. La prudence est conseillée quant à la définition des compétences, à faire de sorte que cette diversité puisse continuer ou bien, alternativement, qu'il y ait une transition gérée vers une position 'tout diplôme' à travers l'Europe.
- Lié avec le point ci-dessus, il est nécessaire d'évaluer les pays dans lesquels la profession infirmière n'est pas incorporée dans le secteur universitaire. Cette évaluation devra prendre en compte l'impact sur le secteur non-universitaire, la disponibilité du personnel enseignant et la capacité physique de transférer un grand nombre d'étudiants vers des programmes universitaires.

L'EFN est, d'autre part, impliquée dans de nombreux programmes européens d'études et d'évaluation portant sur «la sécurité des patients» (Patient Safety), la «Santé Publique, la «Santé Communautaire», «la Santé et les Soins aux personnes âgées», la promotion de la qualité des soins et son évaluation, la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union Européenne, la pénurie du personnel infirmier au sein de ces mêmes pays et la réalisation d'un Guide de recrutement éthique des personnels infirmiers dans d'autres pays,

Conclusion

Ces prochaines années, et pour les collègues qui nous suivront et prendront la relève, outre l'axe national essentiel pour le développement des soins infirmiers en Belgique, les axes internationaux et européens prendront une place de plus en plus importante dans l'action de nos associations professionnelles et de nos instances représentatives. Ces axes devront nécessairement se préoccuper des 3 volets professionnels définis auparavant par le CII: le volet «associatif et le contenu scientifique des soins infirmiers», le volet de «défense professionnelle» et le volet «déontologique».

La reconnaissance professionnelle de la pratique et son impact sur la santé des populations, la régulation ordinaire, la défense de la formation et de la qualification générale et spécialisée et le maintien continu de la compétence, la situation et la valorisation des soins infirmiers dans le système de santé des pays et des régions du monde, la reconnaissance scientifique des travaux et des études menés par les infirmiers et le développement des connaissances, mais aussi et surtout la reconnaissance financière du travail accompli à tous les niveaux... sont les enjeux de l'avenir à défendre tous ensemble, tant au niveau national qu'euro-péen et international.

UN HÔPITAL OÙ SOIGNER RESTE UN ART



Le CHU Tivoli compte environ 1500 employés auxquels il convient d'ajouter près de 200 médecins indépendants. Il constitue ainsi l'un des principaux employeurs de la région du Centre.

Notre souci : des soins de qualité, le bien-être du patient et la satisfaction de nos professionnels

Le CHU Tivoli recrute
des infirmier(e)s bachelier(e)s, spécialiste(s) et breveté(e)s pour tous les secteurs d'hospitalisation; plus particulièrement pour la **gériatrie** et pour sa nouvelle **unité de médecine diagnostique et psychosomatique** ainsi que pour l'**Unité des Soins Intensifs**.

Veuillez adresser vos CV et lettre de motivation à Madame Françoise HAPPAK, Directrice du Département Infirmiers.
CHU Tivoli
Avenue Max Baet, 34
7100 La Louvière
françoise.happak@chu-tivoli.be
Info : 064/27.66.54
www.chu-tivoli.be



de waarde aan te tonen van het beroep en de impact ervan op de volksgezondheid en door de contacten tussen de Nationale Verenigingen van Verpleegkundigen, verpleegkundigen specialisten en andere professionals uit de gezondheidssector te verstevigen.

Tijdens de afgelopen tien jaar, en rekening houdend met de aanvragen van de Oostbloklanden binnen de Europese Unie, is de EFN belast met het opstellen van tal van evaluatierapporten in verband met de verbeteringen die kunnen worden aangebracht aan het opleidingssysteem en de praktijkvoering van de verpleegkunde met het oog op een volledige erkenning door Europa (sectorale overeenkomsten en modaliteiten voor vrij verkeer van professionals binnen de EU). De EFN is dus erkend door de Europese Commissie als officieel adviesorgaan voor verpleegkundige aangelegenheden.

Positieverklaringen van de EFN

De EFN publiceert positieverklaringen voor de Europese Instellingen. Deze standpunten zijn cruciaal om verder te werken met de ambtenaren die werkzaam zijn in de verschillende Europese Directoraten – Generaal en met de andere groeperingen, actief in het Europees milieu.

Enkele voorbeelden van positieverklaring :

Politieke verklaring van de EFN – Richtlijn van de EU over de wederzijdse erkenning van beroepsvaardigheden – september 2007

De EFN onderzoekt de ontwikkeling van de opleiding verpleegkunde binnen de EU, teneinde te kunnen voldoen aan de huidige noden en hun mobiliteit te vergemakkelijken.

- De toelating tot onderwijsinstellingen zal afhangen van het slaagcijfer in het secundair onderwijs, met een minimum van 12 jaar, en dezelfde toelatingsvoorwaarden gelden als voor het universitair onderwijs;
- De duur van het opleidingsprogramma (minimum 3 jaar)
- In Europa moet het niveau van verpleegkundige minimum het niveau van Bachelor zijn;
- Het studieprogramma moet gebaseerd zijn op onderzoek en competentie;
- De directeur/directrice van het instituut/opleidingsprogramma moet minimum het diploma van Master behaald hebben.

Politieke verklaring van de EFN- Bologna-proces

De wederzijdse erkenning van de kwalificaties (Bologna-proces) tussen de lidstaten is essentieel om de mobiliteit van personen te garanderen binnen de EU.

De EFN doet een aanbeveling om het Bologna-proces te gebruiken om de Europese Richtlijn voor verpleegkundige zorgen te actualiseren en te standaardiseren :

- De opleiding van verpleegkundige moet een hoger niveau halen en moet worden ontwikkeld in samenwerking met en tussen de Nationale Verenigingen van verpleegkundigen ;
- Er moet een samenwerking zijn tussen de Nationale Verenigingen van verpleegkundigen en de onderwijsinstellingen om de meest optimale voorwaarden te ontwikkelen voor de uitvoering van het Bologna-proces;

Besluit

De volgende jaren zullen de internationale en Europese pijlers hoe langer hoe meer een belangrijke plaats innemen in onze beroepsorganisaties en vertegenwoordigingsorganen uiteraard naast de essentiële nationale pijler voor de ontwikkeling van verpleegkundige zorgen in België. Deze pijlers zullen zich noodzakelijkerwijs moeten bezighouden met de 3 luiken, in het verleden gedefinieerd door de CII: het luik met betrekking tot de verenigingssector en de wetenschappelijke inhoud van verpleegkundige zorgen, het luik "professionele verdediging" en "deontologie".

De professionele erkenning van de praktijk en haar impact op volksgezondheid, regulering, de verdediging van de opleiding en van de algemene en gespecialiseerde kwalificaties en competenties, de wetenschappelijke erkenning van werkzaamheden en studies door verpleegkundigen en de ontwikkeling van kennis maar vooral de financiële erkenning van het voltooide werk op alle niveaus... zijn de uitdagingen voor de toekomst, zowel op nationaal als op Europees en internationaal niveau.

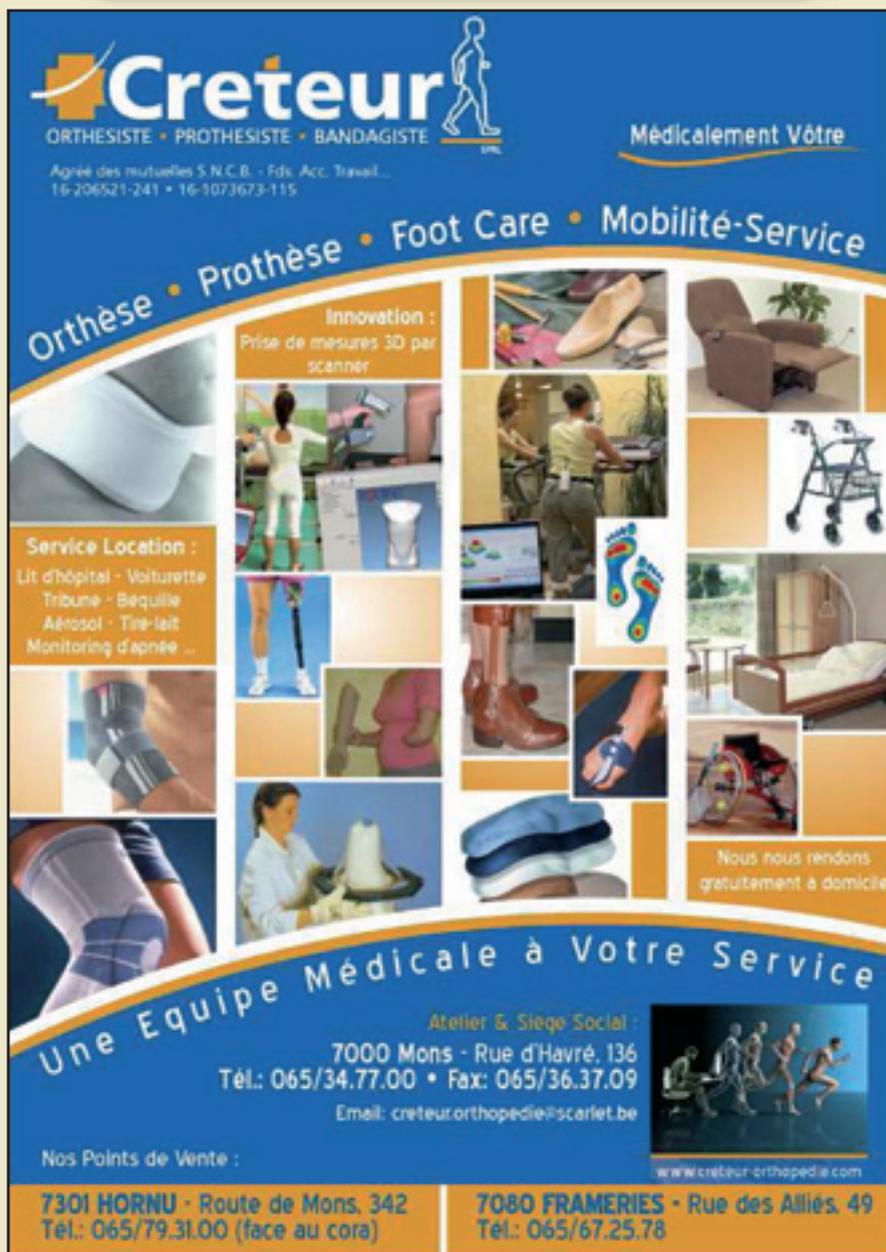
ICN Board of Directors 2009-2013




Officers:
 Rosemary Bryant
 President (Australia)
 Rudolph Cini
 First Vice-President (Malta)
 Teresa J.C. Yin
 Second Vice-President (Taiwan)
 Mariene Smado
 Third Vice-President (Canada)

Members:
 Beatriz Carvallo Suarez (Colombia)
 Sylvia Denton (United Kingdom)
 Anna Karin Eklund (Sweden)
 Marjori Gray (New Zealand)
 William Halperin (USA)
 Masako Kanai-Pak (Japan)
 Maria Angela Elias Maradon (Savador)
 Elizabeth Dwyer (Kenya)
 Peter Pazun (Slovenia)
 Giulia Sarsani (Italy)
 Maria Augusta Sousa (Portugal)

ICN Report 2007-2009



Creteur
 ORTHESISTE • PROTHESISTE • BANDAGISTE

Médicalement Vôtre

Agncé des mutuelles S.N.C.B. - Fds. Acc. Travail...
 16-206521-241 • 16-1073673-115

Orthèse • Prothèse • Foot Care • Mobilité-Service

Innovation :
 Prise de mesures 3D par scanner

Service Location :
 Lit d'hôpital - Volturette
 Tribune - Bequille
 Aérosol - Tire-lait
 Monitoring d'apnée ...

Nous nous rendons gratuitement à domicile

Une Equipe Médicale à Votre Service

Atelier & Siège Social
 7000 Mons - Rue d'Havré, 136
 Tél.: 065/34.77.00 • Fax: 065/36.37.09
 Email: creteur.orthopedie@scarlet.be

Nos Points de Vente :

7301 HORNU - Route de Mons, 342
 Tél.: 065/79.31.00 (face au cora)

7080 FRAMERIES - Rue des Alliés, 49
 Tél.: 065/67.25.78

www.creteur-orthopedie.com



Intervention FNIB au 57ème congrès FNI 2010

Lors de son 56ème congrès, en 2009, la Fédération Nationale des Infirmiers avait réuni experts, politiques, institutionnels et praticiens autour de l'enjeu de santé publique que représente le vieillissement de la population sur le thème «l'expertise infirmière au service du bien vieillir». Déjà à l'époque, la FNIB, représentée par Mmes A. DALLA VALLE et A. DE WILDE ainsi que Monsieur Y. MENGAL, avait été invitée à participer à une des tables rondes de cette rencontre afin d'apporter des éléments de réflexion aux nombreuses questions posées : Comment s'organise aujourd'hui la prise en charge de la personne âgée ? Qui prend en charge la médicalisation du grand âge ? Qu'en est-il ailleurs en Europe ?

Depuis cette intervention, les contacts ont été maintenus entre nos deux fédérations, des collaborations futures ont également été envisagées.

Un an plus tard, du 30 novembre au 2 décembre 2010, la F.N.I. organisait son 57ème Congrès National, avec pour thème : «Infirmiers, Patients, Santé, Territoires». Un thème en guise de clin d'œil à la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous l'expression «Hôpital, patients, santé et territoire», abrégée en HPST et dite aussi «Loi Bachelot», promulguée le 21 juillet 2009.

«Au cœur de l'ensemble des territoires, les 70 000 infirmiers libéraux français sont organisés pour assurer la permanence et la continuité des soins. Ils seront des acteurs majeurs de l'amélioration du suivi et de la prise en charge des personnes souffrant d'affections chroniques, dès lors qu'ils disposeront des moyens de structurer et de personnaliser l'accompagnement de leurs patients.»

Dans les conclusions de ses travaux sur le vieillissement rendues publiques en avril, auxquels la Fédération Nationale des Infirmiers a contribué activement, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie relève que le manque d'organisation autour de la personne âgée, souvent atteinte de polyopathologies, et les allers-retours entre l'hôpital et le domicile sont la principale cause du niveau élevé des dépenses, bien avant l'effet démographique. Ainsi, une très grande partie du surplus de dépenses consacrées aux personnes âgées s'explique par le taux de recours anormalement élevé des personnes très âgées aux services d'urgences. Le Haut Conseil recommande de confier aux infirmiers libéraux une fonction de coordination soignante et sociale et de les rémunérer pour des actes de soins coordonnés.

Le dossier de soins infirmiers informatisé est l'outil central qui permettra de structurer ces pratiques, de répondre aux besoins de continuité de prise en charge et de sécurisation de ces dispositifs. Support du recueil des informations cliniques, ce dossier de soins infirmiers informatisé est le dispositif de partage indispensable à cette délégation de suivi protocolisé des patients chroniques et doit être accessible aux cinq intervenants principaux que sont : le médecin

généraliste responsable du parcours patient et de l'effectivité de la coordination des soins, l'infirmier de proximité, le biologiste, le pharmacien d'officine, l'hôpital (avec le spécialiste majoritairement hospitalier).

Le 57ème congrès de la FNI «Infirmiers, Patients, Santé, Territoires», qui se déroulera en Martinique du 30 novembre au 2 décembre, a pour ambition de proposer des solutions concrètes à l'indispensable modernisation du système de santé en France, en plaçant les infirmiers libéraux au premier rang du suivi des patients chroniques.

Philippe TISSERAND, président FNI

A l'occasion de ce congrès, la FNIB a été à nouveau invitée à participer. Cette fois, son intervention s'est inscrite dans la session dédiée à la mise en place du dossier de soins infirmiers informatisé, base du partage d'informations en santé, et plus particulièrement, dans le retour d'expérience lié au projet fédéral VINCA ; expérience pilote visant à fournir aux praticiens de l'art infirmier ambulatoire un soutien administratif à travers l'informatique mobile afin de pouvoir saisir les données patients au chevet du patient.

Les représentants de la FNIB avaient imaginé une communication sur trois niveaux : fédéral, régional et terrain. L'intervention intitulée «La Belgique infirmière, du projet fédéral à l'application d'un réseau de soins performant» abordait d'abord le niveau le plus macro, à savoir les aspects fédéraux avec les projets dans le domaine et les études en cours. Ensuite, une partie plus régionale et représentative s'intéressait aux différentes structures existantes comme supports aux réseaux de soins. Enfin, la dernière partie et non des moindres abordait le vécu pratique au travers de l'implication de l'infirmier(ère) dans ces réseaux de soins.

En guise de synthèse de ce congrès ...

Le congrès en «off».

- Une rencontre préparatoire et de nombreux échanges de mail nécessaires pour finaliser toutes les modalités pratiques de notre voyage et préparer notre intervention organisée en trois volets par autant d'orateurs : Aspects fédéraux : projets et études en Belgique (Olivier THONON), Structure : supports aux réseaux de soins (Claude DECUYPER) et Terrain : L'implication de l'infirmière dans les outils destinés aux réseaux de soins (Aurore DEWILDE). En plus, nous partions sans nous connaître ou à peine ... et nous allions passer une semaine ensemble sur une île.

- L'aventure commence dès le vendredi, nous avions convenu d'un commun accord que nous logerions à Orly le vendredi soir pour décoller de Paris Orly par un vol Air Caraïbes le samedi en fin de matinée. Déjà, rien que le nom de la compagnie aérienne vous transporte et annonce pas mal de contrastes climatiques avec la météo d'un mois de novembre

assez hivernal en Belgique.

- Et cette aventure martiniquaise, elle commence déjà par une petite anecdote ou plutôt une petite boucle ferroviaire pour Claude et Aurore. Accordant une confiance aveugle à leur collègue liégeois pour les réservations, ils ont la grande surprise de repasser par Bruxelles avant de prendre ... enfin la direction de Paris Nord. Donc, pour l'itinéraire, c'était du style «Charleroi-Bruxelles-Liège-Bruxelles-Paris» ... les voyages forment la jeunesse dit-on.

- Arrivée à l'hôtel après 2 heures de trajet en taxi un vendredi soir dans Paris (on ne s'explique toujours pas les bruits de bouteilles qui s'entrechoquent ...), nous fîmes plus ample connaissance autour du repas du soir.

- Samedi matin, levés de bonne heure sous un léger manteau neigeux qui recouvre l'aérogare, nous avons déjeuné ensemble avant de prendre la direction de l'aéroport où Philippe Tisserand, accompagné de son épouse, nous accueillirent chaleureusement. Notre vol était bel et bien confirmé ce qui, au vu des conditions climatiques de la veille, n'était pas gagné d'avance.

- Après presque 9 heures de vol, atterrissage à l'aéroport international Aimé Césaire de Fort de France ... trois chiffres clés ont guidé notre arrivée : le 30, le 27 et le 55 pour ... 30° dans l'air, 27° dans l'eau et 55° dans le rhum (excellent d'ailleurs).

- Transfert à notre hôtel à Sainte-Luce, au Sud de la Martinique, face à l'île de Sainte Lucie que l'on peut apercevoir par temps clair. La commune de Sainte Luce possède de nombreuses plages et accueille aujourd'hui le plus gros parc hôtelier de l'île, mais aussi un des massifs forestiers publics les plus importants du Sud de la Martinique, la forêt tropicale de Montravail.

- A notre arrivée à l'hôtel nous sommes accueillis en musique par une troupe locale et par un planteur, boisson à base de mélange de jus locaux et ... de rhum. En général, s'il est bien fait, on ne perçoit pas l'alcool du rhum dans le planteur, ce qui peut faire des ravages ... Et boire du rhum le matin aux Antilles se dit «prendre un décollage». Heureusement, nous étions l'après-midi et nous venions à peine d'atterrir ... Depuis la Martinique, nous sommes devenus connaisseurs et critiques envers cet alcool et le cérémonial qui l'entoure, il nous est beaucoup plus difficile maintenant de boire du rhum autre qu'agricole ...

- Le congrès en lui-même s'est déroulé avec succès, parsemés d'échanges enrichissants entre professionnels de pays différents mais confrontés aux mêmes problèmes sur le terrain des soins à domicile. Des liens se sont tissés tout au long de cette semaine, des échanges professionnels, gages de projets communs à l'avenir, mais aussi des rencontres personnelles riches en amitié. Les événements vécus en marge de ce congrès furent eux aussi tout aussi riches et variés.

- Nous partageons la même belle profession que celle d'infirmier ou d'infirmière, la même langue et pourtant un lexique à quand même été nécessaire

Congrès National 2010

Sainte-Luce, Martinique, 30/11 au 2/12/2010

durant cette semaine mais rassurez-vous, nous nous sommes vite compris. En vrac : «faire le 8», «fessue», «faire son 1», «ti-ponch», ...

- La Martinique est un pays haut en couleurs, en odeurs et en bonne humeur. La flore est incroyable, les plages sont paradisiaques et la population est très accueillante ; le tout loin du stress du continent et pourtant ... «pas le paradis» comme nous disait une personne émigrée de l'hexagone.

- Au final, remerciements réciproques entre les trois collègues pour cette semaine inoubliable mais aussi à notre Présidente, Alda Dalla Valle et au comité FNIB de nous avoir permis de participer à ce congrès. Un merci tout particulier également à Monsieur Tisserand et à la F.N.I. de nous avoir invités et reçus de la sorte.

La F.N.I. en quelques mots.



En France, la Fédération Nationale des Infirmiers (F.N.I.) est la première organisation syndicale représentative regroupant des infirmiers et infirmières d'exercice libéral ; une profession de santé composée de plus de 70.000 professionnels organisés sur les territoires pour répondre 7 jours/7 aux contraintes de continuité des soins. Avec une moyenne d'âge de 44 ans, une répartition démographique maîtrisée et une attractivité forte, les infirmiers libéraux, premiers offreurs de soins infirmiers en ville, prennent notamment en charge 75% des soins délivrés aux personnes âgées dépendantes.

Fondée en 1949, la F.N.I. est la plus ancienne organisation syndicale en ce domaine mais aussi la plus grande Fédération de syndicats départementaux, dont les représentants sont en prise directe avec les préoccupations locales et régionales de leurs adhérents. La Fédération Nationale des Infirmiers a accompagné toutes les grandes évolutions de la profession et initié les avancées majeures qui ont permis la reconnaissance de cette exception française des soins infirmiers libéraux au domicile des patients. Fédérant à ce jour 90 syndicats répartis dans quasiment dans tous les départements et territoires d'outre-mer, la F.N.I. est également présente de façon active aux niveaux régional et national au travers de ses différentes instances. En s'appuyant sur une politique définie par son Conseil Fédéral, présentée dans la plus grande transparence aux responsables départementaux et/ou régionaux, débattue en réunions avec les adhérents et votée, la F.N.I. défend les intérêts des infirmières libérales, leurs valeurs professionnelles et la qualité des soins ; notamment par la rédaction, lors de son congrès annuel, de motions à l'égard des différentes tutelles concernées.

Au travers des moyens qu'elle déploie et des missions qui lui sont confiées ou qu'elle met en œuvre, les objectifs défendus par la F.N.I. sont :

- faire reconnaître la place et le rôle des infirmiers libéraux dans le système de santé d'aujourd'hui et de demain comme des acteurs responsables à part entière du premier recours,
- défendre la place des infirmiers libéraux dans la politique de santé qu'elle soit décidée au niveau national ou demain au niveau régional par la mise en œuvre de l'action des Agences régionales de santé,
- préserver l'indépendance professionnelle, garante d'une qualité préservée des soins et d'une efficacité inégalée,
- préserver le libre choix du patient,
- fournir aux professionnels un appui et une aide dans les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien dans leur exercice ou dans le cadre de leur action syndicale et ce par les différents services de la Fédération, par l'action locale des syndicats départementaux.

La F.N.I. a conclu en 2008 avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), un accord de régulation démographique innovant, visant à améliorer l'accessibilité aux soins ambulatoires ; accord cité comme exemple à suivre par le Président de la République. Et dès 2009, la F.N.I. a fait du développement de la télésanté l'un des axes stratégiques de sa politique fédérale.

Leader d'opinion dans la profession, la F.N.I. est la seule à siéger dans toutes les

grandes instances nationales et internationales que sont : le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), le Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (CNQCS), le Haut Conseil des Professions Paramédicales, l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS, dont la F.N.I. assure la vice-présidence), la Commission Paritaire Nationale Infirmière (dont la F.N.I. assure la Présidence), le Centre National des Professions Libérales de Santé (CNPS, dont la F.N.I. assure la vice-présidence), l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL), le Haut Conseil français pour la Télésanté et les coopérations francophones, la Commission GALIEN (Haut Conseil Français de la Télésanté et des Coopérations Francophone), le Conseil d'Administration Interop'Santé (instance de normalisation du système d'information de santé français), le Secrétariat International des Infirmières et des Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIEF). Du côté de ses vecteurs de communication, aux côtés de leur site web, la F.N.I. publie mensuellement une revue intitulée «Avenir et Santé» ainsi qu'une newsletter, permettant ainsi à tout un chacun de se tenir au courant des dernières actualités de la Fédération.

Enfin, composée d'un Conseil d'Administration d'une vingtaine de membres autour de son Président actuel, Monsieur Philippe Tisserand (Haute-Saône), la F.N.I. est la seule organisation professionnelle autorisée par le ministère de la justice à exercer le droit à titre accessoire.

Contact :

F.N.I. - Fédération Nationale des Infirmiers

Adresse du siège national : 7, rue Godot de Mauroy à F-75009 PARIS

Téléphone : 01 47 42 94 13 - Portable : 06 70 58 25 72

Télécopie : 01 47 42 90 82 - Site Internet : <http://www.fni.fr/> - Mail : fni@fni.fr



Philippe TISSERAND,
président FNI



FORMATIONS

Organisées par l' A.F.I.U.

1/L'accidentologie

2/L'analgésie et l'anesthésie en salle d'urgences

17 MAI 2011 de 13 à 17 H 15

Hôpital Saint Pierre Ottignies

Avenue Reine Fabiola 9 - 1340 OTTIGNIES

Inscription : joelle_laperche@hotmail.com

Dans le courant de l'année cette formation sera donnée également

- Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye (Seraing)
- IMTR Charleroi (Loverval)
- Vivalia Hôpital Princesse Paola (Marche)

Plus d'info sur WWW.AFIU.BE

Attestation valable pour 4h de formation.

Gratuit pour les membres AFIU et le personnel de l'hôpital accueillant la formation (Urgences et USI)

Prix : 5€

L'école belge d'infirmières diplômées 1907¹

Belgische school voor gediplomeerde verpleegkundigen 1907¹

Professeur à l'ULB et chirurgien aux Hospices civils de Bruxelles, A. Depage est le promoteur en Belgique du nursing anglo-saxon, initié et mis en pratique depuis 50 ans par Florence Nightingale². En 1907, il ouvre une école d'infirmières, annexée à une petite clinique médico-chirurgicale destinée aux stages. La gestion en est confiée à trois femmes : Marie Depage, son épouse, supervise les domaines administratif et financier ; Miss Maud, une nurse anglaise gère la clinique. Quant à la directrice de l'école, elle est recherchée parmi des candidates, également anglaises, ayant suffisamment de tact pour se mouvoir « entre les socialistes, les libéraux et les réactionnaires, les protestants et les catholiques, les Flamands et les Wallons » : c'est Édith Cavell qui sera choisie. Née en 1865, Édith Cavell reçoit une éducation austère, conforme aux filles de la petite bourgeoisie. Ce n'est qu'à 29 ans, après avoir soigné son père malade, qu'elle entreprend, pendant trois ans, des études d'infirmière au London Hospital. De 1896 à 1901, elle est nurse (infirmière), puis suster (responsable de la formation pratique³) au London Hospital. Les trois années suivantes, elle devient surveillante de nuit au Sint-Panrace Hospital, et ensuite, directrice à l'hôpital de Manchester de 1904 à 1906. Elle accepte alors la proposition d'une famille belge de venir soigner leur enfant traité par le Dr A. Depage. Outre, la direction de l'école, Édith Cavell supervise la pratique au lit du malade. Elle donne aussi des cours d'histoire et de morale professionnelle. Parallèlement, elle assume quelques tâches

dont, en 1909, la réorganisation de l'inspection médicale scolaire de la ville de Bruxelles.

La première législation belge concernant le diplôme d'infirmière paraît en avril 1908. Le jugement d'Édith Cavell sur celui-ci est sans appel : « un certificat est maintenant octroyé par l'État à toutes les femmes qui ont passé un examen, mais il peut être obtenu en assistant simplement à des leçons pendant un an. Cela montre l'idée complètement erronée du nursing répandu dans le pays ».

Les remarquables qualités de technicienne et d'organisatrice (discipline, exactitude, devoir, moralité, éthique) d'Édith Cavell, alliées à la réputation du Dr Depage, permettent à l'école de surmonter les difficultés des premières années et d'acquérir une réputation de plus en plus grande.

Lors de l'entrée en guerre de la Belgique, le Dr Depage suit la retraite de l'armée tout en organisant les différentes ambulances. Édith Cavell reste à la tête de l'école. Peu après, elle s'engage dans un réseau d'évasion de soldats alliés, mais est arrêtée par les Allemands en août 1915. Condamnée à mort, elle est fusillée le 12 octobre. Son exécution provoque une vague d'indignation qui alimentera la propagande alliée.

Son nom, associé à celui de Marie Depage (1873-1915), sera donné à l'école d'infirmières diplômées et à celle attachée à l'ULB.

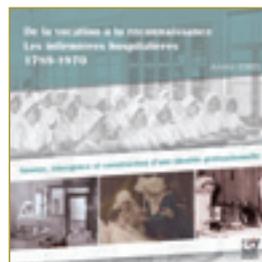


Arlette Joiris

De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique 1789 – 1970.

Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle, Socrate Editions Promarex, 2009, 247 pages, ill.

Ouvrage vendu au prix de 15€ par l'asbl Promarex
Tél 071/92 28 53 ou
www.espace-socrate.com



1 Arlette JOIRIS, De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique 1789-1970. Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle, Socrate Edition Promarex, 2009, pp.128-133 ; pp.153-154 ; pp.228-229.

2 Ibid., pp.81-90 ; pp.222-224.

3 Ibid., p.87.



Le Dr Depage entouré de Miss Cavell et de Miss Maud et des premières élèves de l'école, ca 1907

Photographie N/B

Coll. privée Mme Andersen-Depage

Professor aan de ULB en chirurg aan de Burgerlijke Godshuizen van Brussel, is de initiatiefnemer van de Angelsaksische verpleging in België, opgestart en in praktijk omgezet sinds 50 jaar door Florence Nightingale².

In 1907, opent hij een verpleegsterschool, aangesloten

bij een kleine medicichirurgische kliniek, bestemd voor de stages. Het beheer ervan wordt toevertrouwd aan drie vrouwen: Marie Depage, zijn echtgenote, die het toezicht heeft op de administratieve en financiële afdelingen en Miss Maud, een Engelse verpleegster, die de kliniek beheert. Daarentegen wordt de directeur van de school eveneens bij de Engelse kandidates gezocht. Zij moet over voldoende fijngevoeligheid beschikken om zich te kunnen profileren tussen "de socialisten, liberalen en reactionairs, de protestanten en katolieken, de Vlamingen en de Walen", Edith Cavell wordt gekozen.

Geboren in 1865, krijgt Edith Cavell een strenge opvoeding eigen aan de dochters van de kleine burgerij.

Het is pas op 29 jarige leeftijd, nadat zij haar vader verzorgd heeft, dat zij gedurende 33 jaar, studies onderneemt voor verpleegkunde aan het London Hospital. Van 1896 tot 1901 is zij verpleegster en nadien Suster (verantwoordelijke voor de praktische opleidingen) aan het London hospital. De drie volgende jaren wordt zij nachtverantwoordelijke aan het Sint-Panrace Hospital, om vervolgens directeur te worden van het ziekenhuis te Manchester van 1904 tot 1906. Zij aanvaardt nadien een voorstel van een Belgische familie om hun kind te verzorgen da behandeld wordt door Dr. A. Depage.

Buiten de directie van de school, houdt Edith Cavell ook toezicht op de praktijk aan het ziekenbed. Zij geeft ook lessen in geschiedenis en morele ethiek.

Daarnaast kwijt zij zich nog van andere taken, waaronder in 1909, de reorganisatie van de medische schoolinspectie van de stad Brussel.

De eerste Belgische wetgeving omtrent het verpleegstersdiploma verschijnt in april 1908. Het oordeel van Edith Cavell daaromtrent is onherroepelijk: " een getuigschrift wordt nu door de staat toegekend aan alle vrouwen die een examen afleggen maar kan eveneens bekomen worden door simpelweg de lessen te volgen gedurende één jaar. Dit geeft over gans het land een volledig verkeerd beeld van de verpleging."

De uitzonderlijke technische en organisatorische kwaliteiten (discipline, nauwkeurigheid, moraliteit, ethiek) van Edith Cavell, gepaard gaande met de reputatie van Dr. Depage, maken het de school mogelijk om de moeilijkheden van de eerste jaren te overwinnen en een steeds grotere reputatie op te bouwen. Bij de Belgische intrede in de eerste wereldoorlog, volgt Dr. Depage het terugtrekkende leger en organiseert terwijl verschillende ambulantiendiensten. Edith Cavell blijft aan het hoofd van de school. Later sluit zij zich aan bij een netwerk die geallieerde soldaten helpt ontsnappen, maar wordt in augustus 1915 gearresteerd door de Duitsers. Ter dood veroordeeld, wordt zij op 12 oktober gefusilleerd. Haar terechtstelling brengt een golf van verontwaardiging teweeg, die voer was voor de geallieerde propaganda.

Haar naam, gekoppeld aan deze van Marie Depage (1873-1915), zal gegeven worden aan de school voor gediplomeerde verpleegsters en aan deze verbonden aan de ULB.



chu
uvc **brugmann**

<http://www.uvc-brugmann.be/nl/job.asp>
<http://www.chu-brugmann.be/fr/job.asp>



**Engage des infirmier(e)s bachelier(e)s, ou spécialisé(e)s,
des sages-femmes et des technologues pour ses 3 sites (h/f)**

Werft aan verpleegkundigen, technologen in beeldvorming en vroedkundigen (3sites) (m/v)

- onmiddellijke aanwerving
- voltijdse of deeltijdse contracten
- betaalde prestaties voor onregelmatige uren
- overname van ancienniteit
- maaltijdcheques
- terugbetaling van de vervoerskosten
- aanmoediging van permanente vorming

- engagement immédiat
- contrats temps plein / temps partiel
- horaires inconfortables payés à la prestation
- reprise de toute l'ancienneté utile
- chèques repas
- remboursement des frais de transport
- formation permanente encouragée

Secrétariat Département Infirmier Paramédical : tel: N. Driesen 02/477-39-14 ou 02/477-39-13 C.Jockin
Directrice van Verpleegkundig et Paramedisch Departement : anita.clemens@chu-brugmann.be

Centre Hospitalier
de Wallonie picarde



L'ASBL CHwapi, institution hospitalière
de 2300 collaborateurs, 850 lits,
sis au coeur du tournaisis,
recherche M/F - Temps plein :

Les candidatures seront
introduites par écrit à l'attention
de Mme Vinciane SENTE,
Directrice des Ressources Humaines,
par mail à vinciane.sente@chwapi.be

www.chwapi.be

Siège social Av.Delmée 9 à 7500 Tournai

- Sage-femme en chef
- Infirmiers bacheliers
Spécialisés **SISU** Service Réanimation
- Infirmiers bacheliers
Spécialisés en **IMAGERIE MÉDICALE**
- Infirmiers bacheliers ou brevetés
Unités de Médecine, Réadaptation, Dialyse et
Equipes mobiles
- Technologues en imagerie
médicale

Vous terminez vos études ? Contactez-nous dès à présent.

Pour obtenir le détail des profils et missions, consultez notre site
internet www.chwapi.be, rubrique Emplois & Stages / Offres d'emploi

Informer pour mieux gérer l'anxiété du patient avant un examen technique : le cas de la scintigraphie



Cathy
Gérard

Infirmière dans le service de médecine nucléaire (radio-isotopes) de l'hôpital Erasme (ULB)

La pratique d'examen à des fins diagnostiques en milieu hospitalier a toujours été une source d'anxiété chez les patients.

En dépit de l'absence de quasiment tout effet secondaire indésirable et du caractère non-invasif et non douloureux de la scintigraphie, certains patients se présentent à leur rendez-vous dans un état visible ou exprimé d'anxiété.

Objectif de l'étude

L'objectif de la présente étude est de vérifier dans quelle mesure une meilleure information préalable du patient permet de faire diminuer son niveau d'anxiété liée à la scintigraphie entre le moment où il prend son rendez-vous et le jour de l'examen ; un des buts étant d'améliorer le confort du patient.

Matériel et méthode

L'étude a été réalisée sur un groupe de patients ambulatoires, n'ayant jamais bénéficié d'examen en médecine nucléaire et étant amené à passer une scintigraphie osseuse, pulmonaire ou thyroïdienne.

Il s'agit d'une étude comparative, les patients randomisés ont été répartis en deux groupes A (témoin) et B (pilote).

Les patients du groupe B se sont vus remettre, par courrier, une brochure d'information lors de la prise de leur rendez-vous.

Lors de leur rendez-vous, les patients des deux groupes A et B ont été invités à remplir le même questionnaire en deux parties : la première partie portant sur une éventuelle anxiété par rapport à la scintigraphie, la deuxième abordant l'anxiété « naturelle » à l'aide de l'échelle de Spielberger.

Les résultats ont été analysés au moyen de tests statistiques (logiciel Statistix).

Résultats

L'étude s'est déroulée du 6 juin au 30 novembre 2009.

510 patients ont été retenus pour participer à l'étude, 246 questionnaires ont été validés (130 questionnaires dans le groupe A, 116 dans le groupe B).

L'étude révèle que les hommes semblent moins anxieux que les femmes et que le faible niveau d'étude prédispose à l'anxiété.

La brochure diminue de façon significative l'anxiété avant l'examen (sur une échelle de 1 à 10, le taux d'anxiété passe de 2,5 pour le groupe A à 0,9 pour le groupe B).

Il apparaît que la non-présentation à l'examen est proportionnellement beaucoup plus importante dans le groupe A (17,5%) que dans le groupe B (7,5%), soit un gain de 10% du nombre d'examen réalisés. Ceci peut avoir un impact non négligeable sur l'organisation du service, par exemple au niveau de la gestion des rendez-vous.

Une étude coût/bénéfice a été réalisée en se basant sur l'activité du service des radio-isotopes de l'hôpital Erasme. Le prix d'une brochure s'élève à 0,34 euro, un gain de 10 % d'examen pourrait engendrer un bénéfice entre 11.000 et 33.000 euros en 6 mois (temps de l'étude).

Conclusions

Les mesures réalisées dans le cadre de cette étude démontrent clairement l'effet positif sur l'anxiété pré-examen d'une information écrite préalable à la scintigraphie à l'attention des patients.

Cette information écrite est une mesure très simple (sous forme d'une brochure), à faible coût et sans impact sur la charge de travail des soignants. Elle ajoute une plus-value importante à la prise en charge efficiente des patients, en respectant ses droits et son bien-être.

Le bénéfice organisationnel et économique généré pour l'hôpital par ce projet a été démontré de façon incontestable.

Quelques références

- 1) Anderson E. A. "Pre-operative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress and reduces the incidence of acute post-operative hypertension." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55(4), pages 513-520.
- 2) Boivin M., Giordani B., Betley A.,... et al., "Anxiety and medical diagnostic procedures: Results with patients 'at risk' for huntington's disease undergoing pet scan" - *Psychology and Health* - Volume 5, Issue 2, April 1991, pages 121-128.
- 3) Montreuil E., Reich M., Christophe V., ... et al, "Impact émotionnel de la tomographie par émission de positons (TEP) en oncologie : étude pilote sur le lien entre compréhension de l'information médicale et ressenti émotionnel", *Psycho-Oncologie*, Volume 2, n°1, mars 2008, pages 25-30.
- 4) Montel S., "Quand passer des examens médicaux fait peur: Un cas de claustrophobie avec attaques de panique traité par thérapie cognitivo-comportementale", *La Revue de Médecine Interne*, Volume 30, Issue 7, Juillet 2009, pages 620-624.
- 5) Leckie J., "The effects of informational intervention on state anxiety and satisfaction in patients undergoing bone scan" - *Nuclear Medicine Communications* n°15, 1994, pages 921-927.
- 6) Glorion B., "Droits des malades et amélioration des soins", *Actualités et Dossiers en santé publique*, septembre 2001, page 51.
- 7) Poydenot P., "Informer pour", *Soins Cadres*, n° 60, novembre 2006.
- 8) Bonnin A., Broussouloux C., Convard, J.-P., "Éthique et imagerie médicale", Masson, Paris, 1998, 114 pages.
- 9) Thomas G., "L'éducation du patient, structuration, organisation et développement", Kluwer, Bruxelles, 2003, 152 pages.
- 10) Ghadi V., Naiditch M., "L'information de l'utilisateur / consommateur sur la performance du système de soins", Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, Série Etudes, n° 13, juin 2001.
- 11) Spielberger, "Manual for the State-Trait Anxiety Inventory". Consulting Psychologist Press Inc., Palo Alto, California, 1983.
- 12) Mintzberg H., "Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre", Organisation, Paris, Edition mise à jour 2006, 283 pages.
- 13) Debray M-P, Messin B., Bonneville F.,... et al, "Information des patients et produits de contraste iodés", *Journal de Radiologie*, Vol 80, n°5, avril 1999.
- 14) Schouman-Claeys E., Laissy J-P., "Humeur: pourquoi cette frilosité quant à l'information des patients en imagerie médicale?", *Journal de Radiologie*, Vol 80, n°5, avril 1999.
- 15) Bolejko A., Sarvik C., Hagell P.,... et al, "Meeting Patient Information Needs before Magnetic Resonance Imaging: Development and Evaluation of an information booklet", *Journal of Radiology Nursing*, Volume 27, Issue 3, septembre 2008, pages 96-102.
- 16) Florence S., Gambotti L., Tezenas du Montcel S., "Perception par les patients de l'information reçue lors d'un examen complémentaire", *Santé publique*, Vol 21, n°1, janvier 2009, pages. 37-44.
- 17) Melot C., "Les analyses multivariées" (Mémento biostatistique), *Revue des maladies respiratoires*, Vol 22, n°4, septembre 2005, pages 687-690.



OmniPro

Focus
on your patient

+32 (0) 85 27 33 90
www.mims.be

Fédération des infirmières indépendantes de Belgique

La FIIB est une nouvelle association qui a publié ses statuts au moniteur le 14/10/2010 ; elle a été créée sous l'impulsion de quelques infirmières indépendantes en soins à domicile.

Les motivations et décisions de fonder cette fédération ont été la restructuration de la FNIB qui défendait les intérêts des infirmières tous secteurs confondus mais sans représentation des secteurs spécifiques comme les soins à domicile.

Notre association a pour objectifs :

- Promouvoir et développer la pratique indépendante de l'art infirmier et la qualité des soins infirmiers.
- Regrouper les praticiens indépendants de l'art infirmier et leurs groupements ou associations respectives.
- Représenter, défendre la profession et l'exercice de praticiens indépendants de l'art infirmier tant au point de vue de leurs intérêts professionnels que dans l'intérêt des patients qui leur sont confiés.

L'association est composée de membres effectifs praticiens indépendants de l'art infirmier et de groupes associés effectifs.

Est membre effectif :

- Le praticien de l'art infirmier au sens de la loi belge en vigueur
- Démontrant une pratique indépendante de l'art infirmier à titre principal ou accessoire par une attestation d'enregistrement à l'INAMI et une attestation d'enregistrement aux lois sociales.
- Qui marque son adhésion par une démarche volontaire personnelle
- Qui paie sa cotisation annuelle de 40 euros

Notre but

Une représentativité des indépendants francophones à l'INAMI

Nos ambitions

Un nombre suffisant de membres pour l'obtention de sièges à l'INAMI

Notre souhait

Des membres actifs dans chaque région de Belgique pour des groupes de travail

Bilan des activités au bout d'un an

- Formation du cartel avec les néerlandophones
- Réunion mensuelle avant chaque réunion INAMI pour stratégie de travail
- Participation aux chambres de 1^{ère} instance et de recours
- Candidature à l'UGIB
- Participation au congrès FNI à Paris
- Partenariat avec Amonis, Amma et Proximus
- Participation au 57^{ème} congrès FNI en Martinique

De Wilde Aurore
Présidente FIIB



Siège social : Boulevard Zoé Drion, 1 - B-6000-Charleroi
Présidente : DE WILDE Aurore 0477/75.08.55
Vice présidente : GAJEWSKI Annick 0477/92.09.80
Secrétaire : DETHYE Karine 0475/54.36.02
Trésorière : LOMBARD Maryvonne 0477/55.92.16
Compte bancaire : 001-5999837-75
Site web: WWW.FIIB.BE



Trouvez LE job qui VOUS correspond !



Infos et candidatures ?

RHMS asbl
Frédéric Schumacher
Directeur infirmier
Rue Louis Caty, 136
7331 Baudour
candidature.nursing@rhms.be
065/76.89.89



ALPHAC & MEDIPHAR-SERVICE

Votre partenaire Santé & Bien-être

Vous avez un patient Stomisé ou Incontinent qui a des problèmes?
Pensez Alphac-MédiPhar !

Nous vous offrons un service de distribution d'appareillages pour
stomie et incontinence urinaire, et pouvons également vous
apporter toutes les aides nécessaires.



Pour nous contacter :

Liège: 04/342.76.18

Bruxelles: 02/215.38.90

E-mail: info@alphac-mediphar.be

Nos services:

- ✓ 24h sur 24 et 7 jours sur 7
- ✓ Livraison gratuite dans toute la Belgique pour votre dotation trimestrielle
- ✓ Aucun frais à avancer, nous pratiquons le tiers-payant
- ✓ Suivi personnalisé par votre interlocuteur privilégié
- ✓ Conseils gratuits de notre diététicienne
- ✓ Catalogue de lingerie pour personnes stomisées, incontinentes sur demande
- ✓ Possibilité de commande par e-mail

www.alphac-mediphar.be

De Witte Migratie

Vlaanderen zal zijn groeiende tekort aan zorgverleners de komende jaren moeten aanvullen met buitenlanders. Weliswaar bezocht kandidaten in het land dat met een witte exodus kampt: Polen.

Tekst Peter Dupont | Foto's Jan Locus, Bob Van Mol | Illustratie Elisabeth Noels



De witte exodus neemt zo'n proporties aan dat ook Poolse zorginstellingen verplicht zijn buitenlandse Verpleegkundigen aan te trekken.

Limburg presenteerde in oktober de Limburgse cijfers op een congres. In de Limburgse woonzorgcentra zijn er tegen 2015 bijna 500 nieuwe verpleegkundigen, 710 verzorgenden en 700 mensen voor logistiek onderhoud nodig. De jaarlijkse uitstroom van afgestudeerde zorgverleners volstaat niet. "Ook in de Limburgse ziekenhuizen moeten de komende jaren meer dan 6.800 verpleegkundigen en verzorgenden vervangen worden", lichte coördinator Regine Van Ackere toe op het congres. "Nu al dreigt er een personeelskrapte. Ziekenhuizen die vorig jaar nog een reserve aan verpleegkundigen hadden, zitten op hun tandvlees. Maar laten we niet vergeten dat ziekenhuizen slechts 25% uitmaken van het totaalplaatje, de grootste toename aan personeel is nodig in de woonzorgcentra en de thuiszorg. Zij worden vaak vergeten. Feit is dat er te weinig verpleeg- en zorgkundigen afstuderen aan onze hogescholen. Momenteel stopt vier op tien voortijdig met de studie. Waarom weten we niet. Een hoerastemming over het gestegen aantal studenten is dus voorbarig." De 'witte' problematiek in Vlaanderen wordt duizend kilometer verder, in Polen, met argusogen gevolgd. Sinds het land in 2004 lid werd van de Europese Unie, vertrokken er duizenden verpleegkundigen naar het buitenland, gelokt door hogere lonen en aangenamere werkomstandigheden. De witte exodus neemt momenteel zo'n proporties aan dat ook Poolse zorginstellingen verplicht zijn buitenlandse verpleegkundigen aan te trekken.

Liever dan de lonen op te trekken importeert Polen verpleegkundigen uit Oekraïne en Roemenië. Omdat de lonen daar nog lager liggen.

Meer verdienen en beter Leven

De 35-jarige Paulina werkt als coördinator in een groot ziekenhuis in de mooie stad Poznan. Een bevriende arts regelt een gesprek met de verpleegkundige in een ziekenhuiskamertje. Zonder medeweten van de directie, ze wil niet ontslagen worden. En ja, natuurlijk kent ze de vergrijzingsproblematiek in West-Europa, de grote nood aan buitenlandse verpleegkundigen en het witte Poolse goud. "Iedereen in de sector kent het probleem. Verschillende collega's zijn intussen naar het buitenland vertrokken. Onder andere naar Noorwegen en Engeland. Met man en kinderen. Ze vinden het daar fantastisch. Dankzij het internet weet elke verpleegkundige dat ze in andere landen minstens tweemaal het Poolse loon verdienen. Wie partner- en kinderloos is, heeft geen enkele reden om hier te blijven. Wat oudere mensen blijven in Polen. Vaak uit idealisme, zoals ikzelf. Ik ben de oudste thuis en zorg voor mijn zorgbehoevende ouders die op 120 kilometer van Poznan leven. Maar de jongeren, de pas afgestudeerden hebben slechts één grote ambitie: meer verdienen en beter leven."

De oorzaak van de exodus is gekend: de werksituatie in Poolse zorginstellingen is verre van aantrekkelijk. Volgens OZZPIP, de vakbond voor Poolse verpleegkundigen en vroedvrouwen, schommelen de nettolonen tussen 335 en 775 euro. Terwijl het gemiddelde Poolse maandloon 835 euro bedraagt. Paulina werkt al dertien jaar als verpleegkundige en verdient 2.500 zloty per maand, ruim 625 euro. "Bitter weinig. Zoals al mijn collega's combineer ik noodgedwongen twee jobs. Op een bepaald moment waren dat er zelfs drie. Na mijn uren in het ziekenhuis werk ik als thuisverpleegkundige. Ik ben doodmoe. Voor de patiënt kan dat gevaarlijk zijn. Het ziekenhuis beseft dat, maar toch blijft ons loon bedroevend laag. Wie lang genoeg zeurt, krijgt een handvol euro's meer op voorwaarde dat hij zwijgt. Al dat gehannes met lonen, op individuele leest geschoeid, zorgt ervoor dat mannen nauwelijks verpleegkundige worden. En dat de sfeer op de werkvloer slechter is dan

vroeger. Het is ieder voor zich."

Het karige loon stoort de Poolse verpleegkundigen allang. Sinds de nationale staking van 2007, en de niet nagekomen belofte van de overheid om het loon te verhogen tot 740 euro, flakkert het ongenoegen regelmatig op. "Ik kijk enorm uit naar mijn nieuwe job", zegt Dotota (24) in vlot Engels. De jonge ziekenhuisverpleegkundige uit Warschau gaat begin 2011 in een Brussels rusthuis aan de slag, via de Belgische groep ADMB en haar Poolse selectiepartner Promedica24. "Het was Engeland of België, maar België is een stuk korter bij Polen." Naast haar job, vijf werkdagen van twaalf uur, verzorgt deze sympathieke master haar dementerende grootmoeder. "Nederlands leren is geen probleem, ik ben jong. Ik vertrek graag. Ons werk in Polen is moeilijker en minder aangenaam. Jonge verpleegkundigen worden op de werkvloer slecht behandeld. Soms vinden ze geen werk omdat ziekenhuizen te weinig middelen hebben. Ik verdien 400 euro per maand, in België bijna het dubbele. Met mijn loon kom ik nauwelijks rond. Een appartementje kost al snel 300 euro. Het leven is duur."

Ook Dorota liet zich mee door mond-tot-mondreclame leiden. "Mijn vriendin werkt al een poosje in België, daarom weet ik hoe goed het daar is. In Brussel werk en woon ik in haar buurt. Men heeft me een appartement geregeld. Voorlopig blijft mijn vriend, een student Engelse filologie, in Warschau." Dorota snakt naar werken in België, naar duidelijke afspraken en transparante loonschalen, naar protocollen en respect onder collega's. Haar huidige werkgever weet niets van haar nakende vertrek. "Anders maken ze me het leven zuur."

Stijgende Vraag

De opleiding Verpleegkunde in Polen veranderde in 2004 in een bachelor- en mastersysteem. Tot dan werden verpleegkundigen in spe op de basis- en middelbare school opgeleid. Hun opleiding duurde vijf jaar. "Dat maakt dat heel wat oudere verpleegkundigen niet in het buitenland kunnen werken", zegt Magdalena Gwardiak, International Project Specialist voor Nederland en België van Promedica24. De grootste selectiegroep in Polen, gespecialiseerd in medische zorg, is gevestigd in Warschau. "De Europese wetgeving erkent het diploma niet van veel vrouwen die vaak langer gestudeerd hebben dan een bachelor en tonnen meer werkervaring hebben. Ik hoop dat dit binnenkort verandert, want het zou de nood in westerse landen voor een goed deel kunnen opvangen."

Jaarlijks begeleidt Magdalena Gwardiak dertig zorgverleners naar Belgische zorginstellingen, bijna uitsluitend in Vlaanderen. "Vanaf januari kunnen we naast verzorgenden ook verplegenden rechtstreeks naar België delegeren, zonder bemiddeling van een Belgisch bureau. Steeds meer Poolse verpleegkundigen willen naar het buitenland, ook oudere vrouwen met families. De vraag stijgt ook. Een klant uit het Brusselse heeft al veertig verpleegkundigen gevraagd voor 2011. We regelen de woning, de school van de kinderen, de administratie."

De taal is voor een Poolse verpleegkundige de grootste barrière om de stap naar Vlaanderen te zetten. "Daarom organiseren we een korte, intensieve taalopleiding van 32 uur, zodat de mensen op zijn minst 'iets' kunnen zeggen. De rest van de taalopleiding volgt in België." Momenteel telt het bestand van Promedica24 ruim drieduizend kandidaten voor het buitenland.

"Steeds meer vrouwen kiezen bewust voor België", zegt Gwardiak. "Zeg maar Vlaanderen. De regio is gegeerd. Het ligt niet ver van Polen en mensen kunnen er makkelijk het dubbele verdienen. Ze beseffen ook dat de Belgische gezondheidszorg op een hoog niveau staat. De meeste vrouwen nemen hun familie mee en willen zich definitief vestigen. Enkel de euthanasiewetgeving schrikt sommige kandidaten een beetje af."

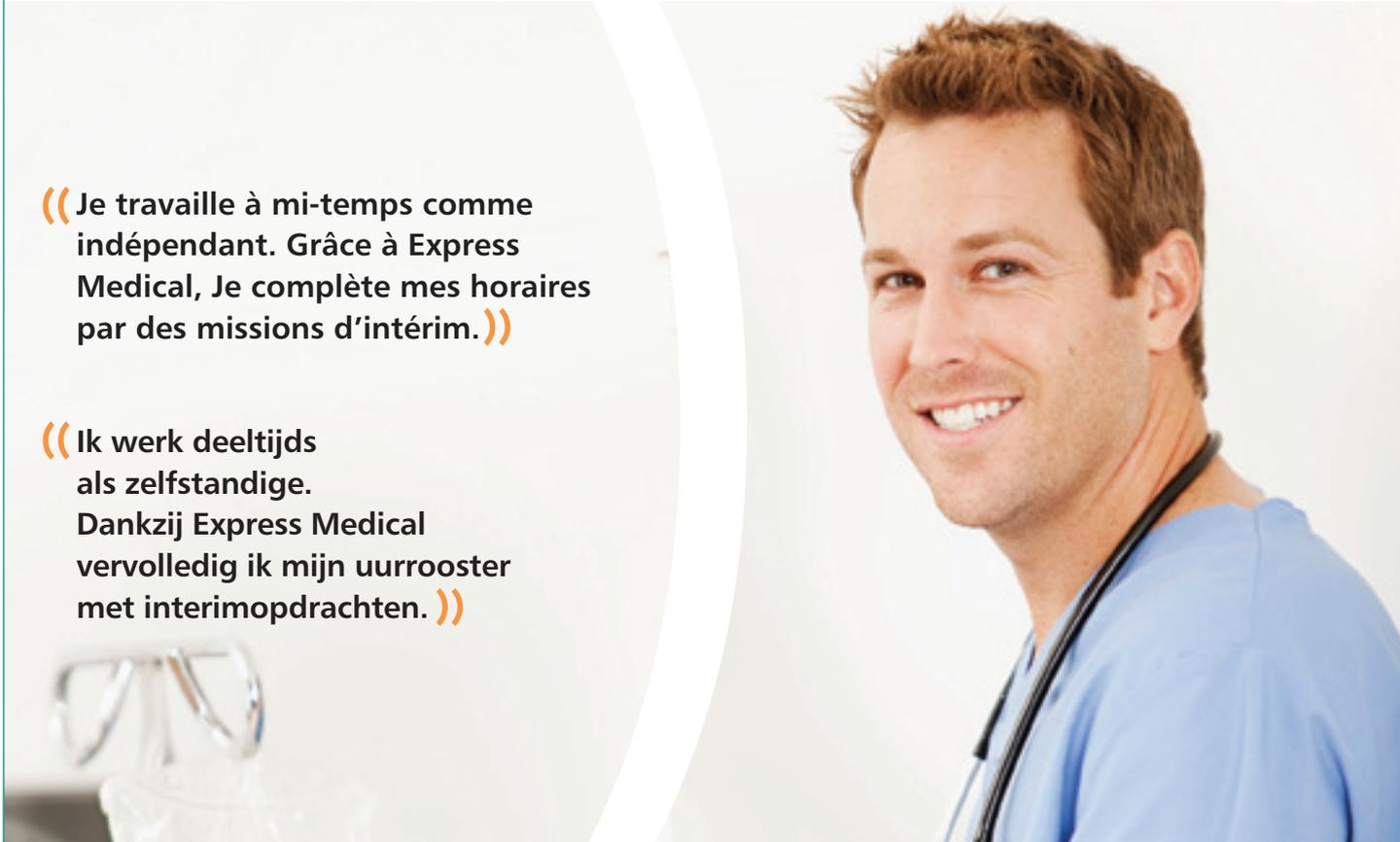
In een recent persbericht liet Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen weten dat hij zal nagaan wat de vooren nadelen zijn voor het aantrekken van buitenlandse kandidaten. Op korte termijn wil hij voorrang geven aan de eigen arbeidsreserve.



expressmedical

((Je travaille à mi-temps comme indépendant. Grâce à Express Medical, Je complète mes horaires par des missions d'intérim.))

((Ik werk deeltijds als zelfstandige. Dankzij Express Medical vervolledig ik mijn uurrooster met interimopdrachten.))



Express Medical est la référence en matière de travail intérimaire, de recrutement et sélection, et de projectsourcing dans le secteur de la santé et de l'industrie pharmaceutique en Belgique.

Nous recherchons plusieurs infirmier(e)s (h/f)

pour de nombreuses missions de remplacement dans des hôpitaux (réa - maternité - gériatrie - chirurgie - soins intensifs), maisons de repos ou soins à domicile de votre région. Horaires à la carte (possible à combiner avec un emploi fixe) !

Intéressé(e) ? Plus d'info ?
Contactez l'équipe Express Medical de votre région !

Express Medical is dé référence op vlak van uitzendwerk, rekrutering en selectie en projectsourcing binnen de gezondheids- en farmaceutische sector in België.

Wij zijn op zoek naar verpleegkundigen (m/v)

voor vervangingsopdrachten in ziekenhuizen (reanimatie - materniteit - geriatrie - chirurgie - intensieve zorgen), rusthuizen en thuiszorg. Uurrooster op maat (mogelijkheid om te combineren met vaste job)!

Interesse? Meer info?
Contacteer het Express Medical kantoor in uw regio!

Express Medical Antwerpen
Mechelsesteenweg 146
2018 Antwerpen
T. 03 281 19 44

Express Medical Charleroi
Rue de Montigny 49
6000 Charleroi
T. 071 53 52 86

Express Medical Kortrijk
Leiestraat 36
8500 Kortrijk
T. 056 53 32 19

Express Medical Liège
Boulevard de la Sauvenière 68
4000 Liège
T. 04 220 97 50

Express Medical Brussel
Brouckèreplein 9-13
1000 Brussel
T. 02 512 13 00

Express Medical Gent
Lieven Bauwensplein 1
9000 Gent
T. 09 245 22 10

Express Medical Leuven
Diestsevest 58
3000 Leuven
T. 016 62 47 57
sur rendez-vous / op afspraak

Express Medical Wavre
Rue de Namur 5
1300 Wavre
T. 010 23 84 10
sur rendez-vous / op afspraak

Découvrez toutes nos offres d'emploi sur
Ontdek al onze jobaanbiedingen op

www.expressmedical.be

Le bien-être avec l'aromathérapie

Les huiles essentielles font désormais partie de notre quotidien. Mais les connaît-on suffisamment ?

Un peu d'histoire... :

L'aromathérapie existe depuis des millénaires.

Les aborigènes australiens se guérissaient des maux liés aux voies respiratoires en inhalant les fumées de feuilles de Tea tree, huile essentielle majeure dont l'efficacité est prouvée actuellement.

En Égypte, le Kyphi, onguent préparé à partir de 60 plantes aromatiques, était utilisé dans son sens sacré : il était considéré comme parfum des dieux, les pharaons s'en enduisaient le corps.

On retrouve des onguents et des aromates dans les tombes et sarcophages des pharaons.

Les momies et leurs bandelettes analysées au Carbone 14, dévoilent des traces d'oléorésines de myrrhe et prouvent ainsi de son utilisation courante par les embaumeurs puisqu'elle évitait la putréfaction du corps.

Nous l'utilisons aujourd'hui pour soigner les plaies de lit ou les escarres

La myrrhe, encore, et l'encens font partie des cadeaux apportés à l'enfant Jésus et restent présents dans tous les rites religieux ou rites funéraires sous la forme de fumigations.

Plus tard, lors des grandes épidémies de peste, des bandits de grands chemins se préparent un vinaigre aromatisé : «Le vinaigre des 4 voleurs» composés de lavande, romarin, sauge, thym, origan...

Ils s'en enduisaient les mains et le corps, ce qui leur permettait de dépouiller les morts en toute impunité, mais aussi en toute immunité.

Ces maladies se propageaient surtout dans les ports où arrivaient les bateaux chargés d'épices. Ces dernières vont donc compléter leur formule:

Clou de girofle, camphre et cannelle de Chine ou de Ceylan...

Les voleurs échappèrent à la pendaison en échange de la composition de ce «bouclier anti-peste» qui fut d'ailleurs inscrit au codex pharmaceutique jusqu'au début du siècle dernier.

Au 16ème siècle Michel de Montaigne écrivait «les médecins pourraient tirer des odeurs plus d'usage qu'ils n'en font, car j'ai souvent aperçu qu'elles me changent et agissent sur mes esprits et me fais approuver ce que l'on dit de l'invention des encens et des parfums des églises, si anciennes et répandues dans toutes les nations et religions, afin de nous réjouir, afin de nous éveiller et nous purifier le sens pour nous rendre plus propre à la contemplation».

Aujourd'hui :

Depuis ces 25 dernières années, l'aromathérapie bénéficie d'une approche scientifique plus pointue qui a permis de confirmer tout ce savoir empirique.

L'aromathérapie se distingue, par la puissance de ses actifs aromatiques, des autres formules galéniques employées en phytothérapie : tisane, infusion ou macération

Les huiles essentielles sont pour la plupart, issues de la distillation des plantes aromatiques. Ce sont des substances naturelles très concentrées.

À l'aide d'appareils d'analyse pointus, nous pouvons identifier tous les composants.

Une huile essentielle de Sauge sclérée, par exemple, contient pas moins de 200 molécules différentes.

Et, c'est justement cette complexité biochimique qui explique l'éventail d'indications thérapeutiques recensé pour une même huile essentielle.

Exemple : L'huile essentielle de la lavande vraie (*Lavandula angustifolia*) est indiquée pour la détente, pour favoriser l'endormissement, mais elle est aussi très efficace pour apaiser et cicatriser les brûlures.

Ces molécules naturelles très actives sont puissantes, leur action est rapide, il faut donc les utiliser avec discernement et prudence.

En pratique:

Les effets de l'aromathérapie sont très intéressants, car ils aident à la prise en charge des besoins physiologiques, sociaux, mais aussi psychologiques et spirituels des patients.

Les huiles essentielles tissent un lien supplémentaire avec le personnel soignant qui en bénéficie également.

Grâce au diffuseur atmosphérique, l'aromathérapie peut être d'une grande utilité en intervenant positivement dans les soins relationnels.

Les huiles essentielles ainsi diffusées vont purifier l'air ambiant et agrémenter

l'environnement olfactif des lieux de vie.

Elles vont donc créer une ambiance olfactive plus conviviale et améliorer ainsi la relation «Soignant-Soigné» et, selon de nombreux témoignages, favoriser aussi le rapprochement de la famille.

La seconde utilisation des huiles essentielles permet de bénéficier au mieux de leurs propriétés. En effet, elles peuvent être utilisées dans le bain, mais également en massage.

Les bains sont appréciés par les patients qui parlent de décontraction et de détente. Les huiles essentielles vont compléter les effets positifs de ce moment de satisfaction.

Attention les huiles essentielles ne se mélangent pas à l'eau, il est nécessaire de les diluer dans un support (savon neutre, lait entier).

Nous savons aussi que le massage se suffit à lui-même: il apporte un bien-être profond.

Cependant, en y associant une huile essentielle de Lavande vraie (*Lavandula angustifolia*) ou de Petit grain bigarade (*Citrus aurantium ssp amara*) entre autres, nous renforçons l'impact positif du toucher.

Ce massage aromatique améliore la qualité de vie pour le patient et amplifie l'effet relaxant.

Nous constatons aussi que certaines huiles essentielles ainsi appliquées peuvent diminuer certains symptômes physiques: douleur, insomnie, nausée, agitation, angoisse...

En soins cicatrisants, elles ont une efficacité remarquable pour les escarres.

Sans interagir avec les traitements médicamenteux, l'aromathérapie est une thérapeutique de confort qui peut apporter un réel sentiment de bien-être.

Une troisième voie...

celle de l'émotion pure

Les huiles essentielles, de par leur fragrance, sont évocatrices.

La plus belle référence à ce sujet est Marcel Proust qui dans son roman «À la recherche du temps perdu» associe intimement le sens de l'odorat et la mémoire émotionnelle ou affective qui s'y rattache.

C'est ce que nous appelons l'Olfactothérapie c'est-à-dire l'action des huiles essentielles sur notre mémoire olfactive et les émotions qu'elles provoquent.

L'olfaction s'intègre directement dans la mémoire. Cette mémoire olfactive est la plus performante, car elle concerne 90% de nos souvenirs.

Plus concrètement, des études scientifiques décrivent avec précision la physiologie de l'odorat.

Nous connaissons maintenant les mécanismes physiologiques qui interviennent entre le nez, le cerveau, le système nerveux et la libération de neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine entre autres) qui vont influencer l'humeur et le bien-être de la personne

Dans le cadre des soins palliatifs, même à ce stade de la vie, certaines huiles essentielles ont montré des capacités étonnantes d'apaisement pour cette ultime épreuve.

Elles peuvent aider à verbaliser des sentiments ou regrets, apaiser ou diminuer les douleurs physiques et morales, favoriser le lâcher-prise pour partir en paix.

De par leur fragrance, elle harmonise l'accueil des patients et de la famille

Les huiles essentielles n'ont pas seulement un effet sur l'organisme, elles agissent aussi sur notre état émotionnel et spirituel

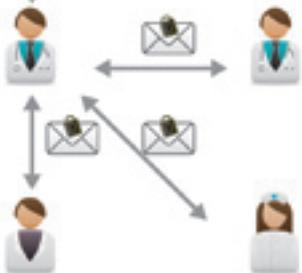
Dans votre pratique professionnelle, pour vous même et votre entourage familial, les huiles essentielles ont un beau rôle à jouer.

Prenez soin de vous et de vos patients avec les huiles essentielles, «parce qu'elles le valent bien».



Anne-Françoise Malotau

Formatrice-conférencière
Pranarôm International - www.pranarom.com
Pour plus d'informations sur les cours d'aromathérapie :
www.college-aromatherapie.com

Echange de résultats
de recherchesSolution e-mail
sécurisée**Optimalisez votre communication électronique
avec les autres professionnels de la santé**Tél: 02 - 600 40 40, mail: info@medibridge.be ou www.medibridge.be

Yar vlaanderen: coaching for communities

Het YAR-programma is een intensief ontwikkelingstraject voor jongeren, in leeftijd variërend tussen 15 en 21 jaar, die gekenmerkt worden door gedragsmoeilijkheden en anti-sociaal gedrag. Jongeren die door hun problemen frequent ontsporen. Jongeren die al enige tijd vastlopen op verschillende levensdomeinen zoals school, gezondheid, omgang met ouders en autoriteiten, toekomstperspectief, enz.

Het YAR-programma is een vorm van hulp die uniek is door de combinatie van verschillende methodieken. We willen bij deze jongeren verandering teweeg brengen door hen te motiveren en hen aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid.

Het YAR-programma werd sinds de jaren '90 succesvol toegepast in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. Ondertussen zijn in Nederland en Zweden de eerste YAR-trajecten succesvol afgesloten.

In 2007 werd door de Vlaamse regering in het kader van het Globaal Plan Jeugdzorg middelen vrijgemaakt om gedurende de periode 2007 – 2009 drie programma's te organiseren om een antwoord te zoeken op de organiseerbaarheid in Vlaanderen en te onderzoeken of het programma in Vlaanderen positieve resultaten kon boeken.

Het programma wil jongeren met problemen laten ervaren dat ze vanuit hun eigen verantwoordelijkheid keuzes kunnen maken, waardoor nieuwe mogelijkheden zich aandienen. Om dit te bereiken bij de jongeren, heeft het programma een speciale opbouw.

Het programma duurt in zijn totaliteit 11 maanden en is gradueel opgebouwd in 3 fasen:

- De eerste fase, het voortraject, duurt een zestal weken. Tijdens deze weken organiseren we op diverse locaties oriëntatiemomenten, waarbij we het programma aan de jongeren duidelijk maken. Op basis van deze informatie maken de jongeren de keuze of ze zich kandidaat willen stellen voor het programma. Daarnaast nodigen we de jongeren uit om voor zichzelf 3 concrete doelstellingen te formuleren die hun leven, als ze gerealiseerd zouden zijn, een positieve wending zou geven.
- De tweede fase is een 6-daagse residentiële week. Dit is een zeer intensieve trainingsweek voor alle jongeren die op locatie plaatsvindt. Deze week is als volgt opgebouwd: nadat het programma geïntroduceerd is, begint het zogenaemde leegmaken; de jongeren vertellen over hun (recente) ervaringen en hun verleden. De ruimte die daardoor ontstaat, wordt vervolgens door middel van outdoor-activiteiten gevuld met een aantal ervaringen die vertrouwen geven. Ook krijgen de jongeren enkele handvatten aangereikt om op een andere manier naar hun leven te kijken. Ze leren dat je bepaalde gebeurtenissen kunt herinterpreteren en vanuit een ander standpunt kan bekijken.

Op de avond van dag vijf worden de jongeren gekoppeld aan een de individuele coach die hen, in de volgende fase, zal ondersteunen. Op dag zes verlaten ze de residentie om de week af te sluiten met een welkom-thuis-feest.

- De derde fase, het vervoltraject, is een negen maanden durend traject, waarin de jongeren gaan werken aan de drie doelen die ze zichzelf gesteld hebben. Bij het werken aan hun doelen worden ze gecoacht en ondersteunt door hun individuele coach.

Samen, zowel jongere als coach, nemen ze het engagement om elkaar wekelijks te ontmoeten, en op wekelijkse basis ook een ander contact te onderhouden (via internet, telefoon, ...).

Daarnaast is er elke maand een groepsbijeenkomst waarin een thematisch wordt gewerkt rond het proces van de doelstellingen.

De kracht van het YAR-programma zit in veel herhaling, rituele patronen, veel erkenning en waardering, en aandacht voor bezinning en reflectie met het oog op integratie van het geleerde. Het expliciet uitspreken van waardering en het veelvuldig prijzen zijn de middelen die ingezet worden om het gevoel "er te mogen zijn" van de jongeren te versterken.

Een belangrijk element binnen dit community based programma is het werken met vrijwilligers. Voor de jongeren is het van belang dat ze zien dat er mensen zijn die zich onvoorwaardelijk voor hen inzetten en dat er volwassenen zijn die ze kunnen vertrouwen.

Het werken met vrijwilligers heeft ook een maatschappelijk effect. De wederzijdse beeldvorming tussen jongeren en vrijwilligers verandert. De jongeren krijgen een ander beeld van de volwassenen en tegelijkertijd krijgen volwassenen een ander beeld van de jongeren.

De vrijwilligers worden gecoacht door professionele medewerkers van YAR Vlaanderen om hun rol als coach op te nemen naar de jongeren.

In 2010 werd de autonome vzw YAR Vlaanderen opgericht. De organisatie plande in zowel de provincie Antwerpen als Limburg een programma van 11 maanden. Het Limburgs programma werd op 5 februari met 20 jongeren succesvol afgerond. Op dit ogenblik nemen 13 jongeren deel aan het vervoltraject van het Antwerps programma dat afgerond wordt in juni 2011.

Voor 2011 zal YAR Vlaanderen telkens voor 25 jongeren een programma organiseren in de provincies Vlaams – Brabant, Antwerpen en Limburg.

Hiervoor zullen 225 vrijwilligers een intensieve opleiding volgen en een engagement opnemen in de programma's.

YAR Vlaanderen is, voor het programma in de provincies Antwerpen en Vlaams-Brabant, steeds op zoek naar vrijwilligers die het programma mee willen ondersteunen en vorm geven.

Meer specifiek zijn we ook op zoek naar vrijwilligers die als verpleger aan de slag willen gaan tijdens de residentiële week.

Op onze website www.yarvlaanderen.be vind je bekomen informatie over de diverse programma's. Op deze site vind je eveneens de contactgegevens van de YAR-medewerkers.

L'identification du patient, un point clef de sa securite

INTRODUCTION

Dans notre société, s'identifier ou demander à l'autre de le faire au premier contact semble être naturel. Dans le milieu hospitalier, on se rend compte au quotidien qu'identifier un patient à l'hôpital est loin d'être spontané. L'identification devrait être le point de départ de toute prise en charge dans la mesure où la durée moyenne de séjour des patients diminue.

On peut émettre l'hypothèse que la multiplicité des contacts augmente le risque d'erreur d'identification dont les conséquences peuvent être dramatiques. Une traçabilité optimale est indispensable à la garantie de la sécurité des patients. Lequel d'entre nous peut prétendre ne jamais s'être trompé ou au moins avoir hésité sur l'identité d'un patient avant de poser un acte ?

Face à cette situation, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a émis neuf recommandations en 2009 pour diminuer le nombre décès suite aux erreurs médicales. Deux de ces recommandations concernent l'identification du patient. La première évoque une standardisation des méthodes d'identification des malades dans tous les hôpitaux et leur participation dans cette identification ⁽¹⁾. La deuxième concerne l'identification préopératoire du patient par le chirurgien en charge de l'intervention ⁽²⁾.

OBJECTIFS

Nous avons tenté de mettre en évidence les facteurs et les circonstances qui augmentent la fréquence des erreurs d'identification, afin de proposer une stratégie de prévention, des pistes d'amélioration qui respectent la réalité du terrain. Il nous semblait important d'analyser le rôle du cadre et son impact dans la mise en place d'un tel projet ; le tout en s'inscrivant dans un cadre éthique correct tenant compte de l'opinion de la population concernant une éventuelle identification.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons décidé de mener notre enquête sur quatre sites distincts en termes de profil, de taille et d'organisation afin de collecter des expériences plus variées et, éventuellement de mettre en lumière des profils d'erreurs différents. Une enquête auprès des infirmières en chef nous a permis de mesurer leur perception des erreurs d'identification, de déterminer les catégories dans lesquelles elles sont les plus perçues, d'analyser si celles-ci débouchent sur des incidents ou des «presqu'incidents». Enfin, l'enquête nous a permis de savoir dans quelle mesure les déclarations d'événements indésirables sont remplies.

Seuls les événements des six derniers mois présents dans leur mémoire ont été retenus.

Un sondage d'opinion de la population en contact avec le patient sur le port d'un bracelet d'identification en milieu hospitalier ainsi que sur les informations qui pourraient y figurer a été réalisé. Il a permis de connaître l'avis de ces derniers sur l'affichage de leurs identités sous différentes formes et en différents lieux d'un service d'hospitalisation.

RESULTATS ET DISCUSSION

Près de 90% des infirmières en chef interrogées sont conscientes de l'existence du problème sans différence significative d'un site à l'autre. Ces données recueillies ne sont pas le reflet de la réalité. Nous en voulons pour preuve la comparaison avec les systèmes de recensement. Il apparaît qu'une quantité non négligeable d'erreurs d'identification soit passée sous silence. Peut-être parce qu'elles ne débouchent pas sur un incident ayant des conséquences dramatiques pour le patient et le soignant. On peut penser que le nombre réel de presqu'incidents liés à l'identification est beaucoup plus élevé, que les soignants les banalisent et ne jugent pas nécessaire d'en référer à leur chef.

Dans le cadre d'une approche qualité, il est fortement recommandé de mettre en place un système de recensement des événements indésirables. En Belgique, dans le cadre du Patient Safety, ce programme est devenu obligatoire. La réduction du nombre d'erreurs liées à l'identification doit faire partie des objectifs du programme sécurité et qualité institutionnels.

Le système de déclaration est un outil indispensable et initiateur de la mise en place d'un processus d'amélioration. La procédure de déclaration d'un incident doit être simple, accessible et confidentielle pour tous les prestataires de soins. Aucune sanction ne devrait suivre une procédure de déclaration.

L'erreur est très souvent imputable au système dans lequel elle s'est produite et non à la personne qui l'a commise. Il faudrait donc accorder plus d'importance à l'organisation et moins aux individus. Il apparaît que les systèmes mis en place ne sont pas à ce jour tous prêts pour mesurer efficacement les erreurs relatives à l'identification. Dans nos institutions c'est dans la catégorie prélèvement que ce type d'erreur est majoritaire.

L'utilisation d'une mauvaise étiquette pour identifier le prélèvement est la cause d'une majorité d'erreurs d'identification. Cet événement a d'ailleurs été relevé dans

la littérature. Où imprime-t-on les étiquettes ? Où les range-t-on ? Qui étiquette les demandes ? Quand le fait-on ? Ces multiples manipulations pourraient contribuer à augmenter le risque d'erreurs.

La réalisation du travail en série loin du chevet est une des causes latentes qui augmentent le risque d'erreur d'identification des prélèvements ⁽³⁾.

Il semble dès lors que, dans ce type de pratique, c'est au chevet du patient que la vérification ultime de son identité ainsi que de la justesse des informations reprises sur la demande et les prélèvements devront être effectuées. A ce sujet, il est surprenant de constater que l'utilisation de la date de naissance comme moyen d'identification pourtant fermement recommandée par l'O.M.S., n'est utilisée que dans 1.5% des situations proposées dans notre enquête. Certains laboratoires réalisent un encodage systématique. Cet encodage s'inscrit dans le système d'assurance qualité. Il est effectué de manière hétérogène dans chaque institution avec des niveaux de développement très variables.

Il apparaît d'ailleurs que les programmes d'enregistrement sont presque tous apparus sur base de contraintes externes (programmes d'accréditation, d'agrément, patient safety).

Une autre source d'erreur fréquente et grave dans nos institutions concerne les médicaments. Ces erreurs se produisent tant à la prescription que lors de l'administration. Nous pensons qu'après une identification correcte du patient, l'étape ultime devrait être la vérification de la prise du médicament par celui-ci.

En ce qui concerne le sondage d'opinions, quatre-vingt neuf pourcents et sept dixièmes de la population sont favorables au port d'un bracelet d'identification à l'hôpital. Il convient néanmoins de rester vigilant. Le bracelet ne représente en aucun cas la sécurité absolue. Celui-ci ne devrait en aucun cas être considéré comme un outil «tout puissant» mettant à l'abri d'autres contrôles, et surtout ne devra pas limiter la communication avec le patient, l'usage de la parole et les échanges permettant une mise en confiance essentielle aux soins ⁽⁴⁾.

CONCLUSION

Notre travail nous a permis de mettre en évidence à la fois la réalité des erreurs d'identification et leur perception, la très large sous-estimation du problème par les infirmières en chef, l'absence ou la faiblesse des outils de mesure et d'amélioration ainsi que l'hétérogénéité de la situation dans les différentes institutions étudiées. Il paraît essentiel de sensibiliser les soignants à la fréquence et la sévérité des accidents liés aux erreurs d'identification par le biais de la sensibilisation des infirmières en chef qu'il faut informer, former et mobiliser. Il est également important de revoir les procédures et standardiser les processus d'identification lors d'actes de soins tels que le prélèvement, l'administration de médicaments, l'admission et l'examen médico-technique en se référant aux recommandations émises par l'OMS ⁽⁴⁾ et insister sur l'étape ultime de vérification de l'identité du patient au moment de l'acte par deux éléments d'identification, à savoir le nom et la date de naissance en impliquant le patient de manière active.

Chaque être humain a droit au respect et à la dignité. Identifier n'est pas déshumaniser. Identifier l'autre, n'est-ce pas le faire exister pleinement ?

Bardiau J.-F. Infirmier Dialyse

Dinant J.-F. Kinesithérapeute

Meily N. ICAN hôpital Erasme

1. OMS, «Préambule», Solution pour la sécurité des patients, Mai 2007. http://www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf.

2. OMS, « Pratiquer le geste chirurgical au bon endroit », Solution pour la sécurité des patients, Volume 1, Solution 4, Mai 2007. http://www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf.

3. Herrera M.-P., Signac E., Testart-Esquiens M.-A., ...al, «Attention, un patient peut en cacher un autre, méfiez-vous, ce n'est peut-être pas celui que vous croyez !», Risques et Qualité 2007, Volume IV, N°4, pages 235-238.

4. OMS, «Identification des patients», Solutions pour la sécurité des patients, Volume 1, Solution 2, Mai 2007. http://www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf.

5. Oriol P., Gravier D., Livebardon C., ...al, «Identification des patients dans un centre hospitalier universitaire : un exemple de travail collectif d'amélioration de la sécurité des soins.», Risques et Qualité 2009, Volume VI, N°4, pages 240-244.



Nathalie Meily

ICAN hôpital Erasme

L'Association De Droit Public «**Résidence Préhyr**», régie par la loi du 8 juillet 1976, procède au recrutement

d'un(e) infirmier(ère) cadre

Lieu de travail : Résidence Préhyr, Maison de Repos pour Personnes Agées (120 lits).

Type de contrat : Temps plein – CDI

Avantages :

- > Echelle RGB B4.1
- > Chèques-repas
- > Prime de fin d'année
- > Gsm
- > Valorisation de l'ancienneté



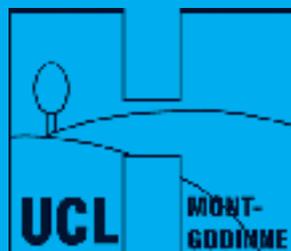
Profil :

- > Diplôme : A1/A2 + attestation de réussite d'une formation donnant accès à la fonction de responsable d'un service de soins.
- > Etre consciencieux, dynamique, organisé et disponible.

Tâches :

- > Assurer la gestion des trois étages de l'institution (organisation des soins, gestion de l'équipe Nursing) ;
- > Exécuter les prestations techniques et les actes relatifs aux soins infirmiers ;
- > Optimiser le bien-être des résidents dans le respect d'une qualité de soins ;
- > Collaborer avec l'ensemble des services.

Veillez envoyer votre candidature à l'Association «Résidence Préhyr», à l'attention de Mlle Closset, Rue Victor Fabri n°1 à 5580 Rochefort, ou téléphonez au 084/220 420



**Les Cliniques
Universitaires UCL
de Mont-Godinne
recrutent:**

- Infirmiers (H/F) & Infirmiers (H/F) spécialisés en soins intensifs/réanimation pour l'équipe volante DMA (département de médecine aigue) Urgence – Soins Intensifs – Salle de réveil
- Infirmiers (H/F) & Infirmiers (H/F) spécialisés en soins intensifs/réanimation pour l'équipe volante USI
- Infirmiers (HF) & Infirmiers spécialisés en soins intensifs/réanimation pour les unités de soins intensifs (H/F)
- Infirmiers (H/F) pour les unités d'hospitalisation médicales et chirurgicales

Renseignements : christophe.plomptoux@uclouvain.be

à Retrouvez ces offres d'emploi complètes sur notre site internet : www.uclmontgodinne.be

Modalités d'introduction des candidatures : CV+ lettre motivation recrutement-montgodinne@uclouvain.be

Versiva[®]XC[™]
Gelling Foam Dressing



Verwacht meer...

van wondheling met het
Versiva[®]XC[™] verband

Versiva[®]XC[™] verband transformeert wondzorg. Dankzij de gelerende Hydrofiber[®] Technologie wordt exsudaat geabsorbeerd en ingesloten in het verband¹, samen met de schadelijke bacteriën^{2,3} en MMP's⁴; er wordt aldus een optimaal vochtig wondmilieu gecreëerd dat de wondheling begunstigt.^{5*}

Meer informatie over Versiva[®]XC[™] verband en onze andere producten
www.convatec.be of op 080012011 (gratis nummer).



ConvaTec  Realise the possibilities[™]

*zoals in-vitro aangetoond

1. Waring MJ, Parsons D. Physico-chemical characterisation of carboxymethylated spun cellulose fibres. *Biomaterials*. 2001;22:903-912. 2. Walker M, Hobot JA, Newman GR, Bowler PG. Scanning electron microscopic examination of bacterial immobilisation in a carboxymethylcellulose (Aquaceal) and alginate dressings. *Biomaterials*. 2003;24(5):883-890. 3. Newman GR, Walker M, Hobot J, Bowler P. Visualisation of bacterial sequestration and bactericidal activity within hydrating Hydrofiber[®] wound dressings. *Biomaterials*. 2006;27:1129-1139. 4. Walker M, Bowler PG, Cochran CA. In vitro studies to show sequestration of matrix metalloproteinases by silver-containing wound care products. *Ostomy Wound Manage*. 2007;53(9):18-25. 5. Vanscheidt W, Münter KC, Klövekorn W, Vin F, Gauthier JP, Ukat A. A prospective study on the use of a non-adhesive gelling foam dressing on exuding leg ulcers. *J Wound Care*. 2007;16(6):261-265.

ConvaTec Belgium bvba, Boulevard de France 9, B-1420 Braine-l'Alleud.
© / TM zijn handelsmerken van ConvaTec Inc. © 2010 ConvaTec Inc. AP-007927-MM

Recommandations en matière d'entretien du matériel endoscopique flexible thermosensible et de prévention des infections

UNE PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N°835

Le 5 mai 2010, le conseil supérieur de la santé publie des recommandations en matière d'entretien du matériel endoscopique flexible thermosensible et de prévention des infections.

Ces recommandations ont «force de Loi»

Dans cette publication, le CSS (Conseil Supérieur de la Santé) souhaite mettre à la disposition des praticiens, du personnel en endoscopie, des hygiénistes hospitaliers et autres praticiens en endoscopie des recommandations concernant le traitement (nettoyage et désinfection) et le stockage des endoscopes et plus particulièrement les endoscopes flexibles. Les endoscopes rigides étant plus faciles à traiter puisqu'ils sont thermorésistants. Pour eux, après le nettoyage, l'endoscope sera stérilisé à l'autoclave vapeur. Tandis que les endoscopes flexibles sont thermosensibles ; ils ne supportent pas plus de 60°C, leur traitement est donc plus difficile.

Les précédentes recommandations dataient de 1995. Il est donc nécessaire, vu l'évolution rapide dans ce secteur de donner de nouvelles directives. Non seulement les endoscopes évoluent mais aussi les laveurs désinfecteurs, les armoires de séchage, etc...

Vous trouverez donc dans cette publication tous les éléments nécessaires à votre réflexion pour de bonnes pratiques de désinfection des endoscopes flexibles mais aussi du petit matériel. Pour ceux-ci, les recommandations s'orientent vers l'utilisation de matériel à usage unique. Travaillant dans des unités d'endoscopie, le personnel «ancien» qui a bien connu les difficultés du nettoyage et du reconditionnement du petit matériel (anses, aiguilles

scélrose, cathéter, ballons, ...) apprécie cette évolution. Que de temps passé à un nettoyage souvent insuffisant, mettant en difficultés parfois la procédure elle-même parce que la pince ne s'ouvre pas pour ne prendre qu'un exemple !

Lorsque l'endoscope est nettoyé, et désinfecté il doit être stocké dans des conditions optimales afin d'éviter la recontamination rapide de l'endoscope. IL est recommandé de recommencer la procédure de désinfection si l'endoscope n'a pas été utilisé pendant un laps de temps compris entre 24 et 72 h selon les pays et la littérature. Des armoires spéciales de séchage et de stockage améliorent la qualité et augmentent la durée de stockage. Chaleur et humidité sont des conditions propices au développement des micro-organismes.

Quels sont les produits de désinfection présents sur le marché et lequel choisir ? Quels sont les critères qui guideront nos choix : la sécurité du patient, la protection du personnel, le coût ?

Comment être certain de la qualité de notre procédure ? Comment surveiller et tracer nos vérifications, notre routine quotidienne dans tous les aspects de la procédure ? Faut-il faire confiance à la qualité de l'eau de ville ? Quelles sont les garanties fournies par les firmes sur leur matériel ? Quels contrôles ont-elles avant de pouvoir se commercialiser ?

Beaucoup d'éléments contenus dans cette publication 8355 permettront à chaque hôpital de déterminer son protocole qui sera validé par le comité d'hygiène hospitalière. Ces recommandations sont destinées également aux utilisateurs d'endoscopes thermolabiles dans les polycliniques et dans les cabinets privés.

Les personnes qui ont participé à ce groupe de travail spécifique sont des experts en endoscopie, en hygiène hospitalière, en désinfection-stérilisation (pharmacie).

Ces recommandations responsabilisent les utilisateurs et les établissements en insistant aussi sur les moyens nécessaires : personnel compétent, en nombre suffisant et disposant de matériel de qualité et en quantité suffisante.



Laveur
Désinfecteur
d'endoscope

A l'instar des recommandations de 1995, celles-ci vont plus loin :

- Elles encouragent les investissements dans les systèmes d'automatisation qui permettent aussi une traçabilité, le respect des délais, la reproductibilité des procédures, le signalement des erreurs et la protection du personnel.
- Elles recensent les produits efficaces existant sur le marché
- Elles insistent sur la surveillance et les contrôles du processus, sur la traçabilité du patient, de l'endoscope, du personnel, sur les cultures microbiologiques, sur les contrôles de qualité

(La surveillance des problèmes, leur analyse et les actions entreprises).

Donner au personnel les moyens d'appliquer ces recommandations est crucial.

Une mise sur pied d'un réseau de vigilance de la même façon que cela existe dans d'autres sphères de la vie publique où la santé publique est concernée (par ex. le secteur alimentaire) serait un plus.

Texte selon la publication du CSS n°8355 –Rue de l'autonomie, 4 – 1070 Bruxelles www.css-hgr.be

Texte complet publication sur le site www.endofic.be dans la rubrique «News»



Agnès Darquenne
infirmière en endoscopie
représentante Endofic.asbl
www.endofic.be

Une profession, une passion : infirmière en endoscopie

Écrire un article sur l'endoscopie est un sujet tellement vaste que je vais tenter de vous retracer l'histoire de l'endoscopie et surtout vous faire partager le vécu de ceux et celles qui travaillent tous les jours aux côtés des médecins pour réaliser des examens diagnostiques ou des endoscopies interventionnelles.

Qu'est-ce que l'endoscopie ?

D'après le Petit Robert, c'est un examen de l'intérieur des organes ou cavités du corps au moyen de l'endoscope.

L'histoire de l'endoscopie

Toute l'histoire de l'endoscopie se greffe sur celle des découvertes en médecine et en physique : l'anesthésie en 1846, le traitement chirurgical et médicamenteux de l'ulcère (Billroth 1881), les premiers endoscopes rigides (Desormeaux, Kussmaul, Schinler), la lampe électrique en 1880, la RX de l'estomac en 1905, les transfusions, perfusions, la pénicilline, la transmission de l'image...

Les premiers endoscopes étaient rigides. La lumière était propagée par un réflecteur et des bougies de cire. Ensuite des lentilles sont venues perfectionner l'image pour arriver progressivement à l'élaboration de fibroscope (endoscope souple) et actuellement à des vidé-endoscopes.

Actuellement, différents examens font partie de la routine en endoscopie digestive. En diagnostique, il y a la gastroscopie, la coloscopie, l'écho-endoscopie, l'ERCP (Endoscopie Rétrograde Cholangio Pancréatique), l'entérocopie, la vidéo-capsule, les examens fonctionnels (manométrie oesophagienne et rectale, phmétric, breath test, ...). Quand aux examens thérapeutiques ils sont diversifiés tant au niveau du tube digestif supérieur que inférieur.

L'évolution des thérapeutiques et du matériel demandent une mise à niveau régulière. Dans la thérapeutique, je ne citerai que le traitement des hémorragies hautes et basses, les polypectomies, les thérapies de certains cancers, les sphinctérotomies, le drainage du cholédoque, l'extraction de calculs, la mise en place de prothèses (oesophagiennes, biliaires, coliques, duodénales, ...), mise en place et extraction de ballon intra-gastrique, les drainages par écho-endoscopie, ...

Dans un futur proche, nous verrons se développer les NOTES (Natural Office Transluminal Endoscopy Surgery),



Premier endoscope souple

Repères historiques plus récents spécifiques à l'endoscopie ⁽¹⁾

- 1957 Hirschowitz utilise le premier endoscope souple à fibres optiques
- 1966 Voegeli utilise des colorants pour mettre en évidence des lésions.
- 1968 Mac Cune pratique le premier cathétérisme endoscopique de la papille duodénale.
- 1973 Kawai, Claessen, Demling pratiquent leur première sphinctérotomie
- 1979 Soehendra pose sa première prothèse biliaire
- 1979 Gauderer et Ponsky font leur première gastrostomie endoscopique percutanée
- 1980 première écho-endoscopie digestive

intervention qui combinent l'endoscopie et la chirurgie. La première intervention ne date que de 2007 avec une cholécystectomie transgastrique ⁽²⁾.

L'infirmière en endoscopie et sa fonction



Travail en binôme

L'infirmière en endoscopie est une personne qui a des capacités techniques évidentes et qui doit s'adapter à différentes situations. C'est elle (ou lui) qui travaille en binôme avec le gastroentérologue. Certains examens demandent une expérience de plusieurs années pour être efficient. C'est une pure technicienne. Comme exemple je prendrais un acte relativement courant qui est la pose d'un clip. Si la technique en outside est relativement aisée à apprendre, «larguer» un clip au bon endroit, au moment voulu demande une dextérité et une expérience de terrain.

Mais c'est aussi une personne qui coordonne son travail avec des équipes qui tournent autour de l'acte : le personnel de brancardage, le personnel d'anesthésie, le personnel des unités de soins, de la radio, de la réanimation, le service achat, la pharmacie, la logistique, l'hygiène, la stérilisation, les services administratifs... et j'en oublie. Dans toute cette coordination, l'efficacité des soins sera recherchée par: une bonne organisation, un souci du respect des règles d'hygiène et de traçabilité, un planning réaliste, la gestion des priorités et des urgences, tendre vers la sérénité de l'atmosphère générale malgré certains actes producteur de tension.

C'est une personne qui sait travailler en équipe, qui sera soucieuse de communiquer, de se mettre à la place de l'autre et qui saura se remettre en question. Elle saura entretenir avec les personnes de son équipe des relations saines, de respect de l'autre et de sa fonction tout en se faisant respecter.

Sa qualité relationnelle mettra en confiance le patient. L'accompagner à chaque étape, répondre à ses besoins, lui donner l'occasion de poser ses questions, l'éduquer dans sa prise en charge résume la fonction socio-psycho éducative de l'infirmière en endoscopie. Les soins en endoscopie sont caractérisés par un contact bref mais intense avec le patient. Le personnel devra donc savoir développer ses aptitudes en communication ; le patient étant au centre de toutes les préoccupations.

L'infirmière en endoscopie est une personne qui doit rendre compte de ses actions. Ses actes doivent être notifiés, signés. Ceci n'est pas une règle pour faire la chasse à la faute mais simplement pour responsabiliser le personnel de sa pratique et de ses actes.

Les formations

Maintenir à jour ses connaissances, développer ses compétences doit être un objectif permanent en endoscopie. C'est pourquoi les formations permanentes sont indispensables. La formation spécifique en endoscopie est très peu développée dans l'enseignement de bachelier. En général la première formation pour le personnel qui débute en endoscopie se fait sur le tas, selon le bon vouloir de la personne, de l'équipe qui l'entoure.

Il est donc indispensable de dispenser une formation de base et une formation continue pour le personnel d'endoscopie. J'y inclus les infirmières et les médecins ; car pour l'endoscopie digestive que je connais mieux, on sait par expérience que les formations qui s'organisent en parallèle médecin-infirmière ouvrent plus de portes tant au niveau des connaissances théoriques qu'au niveau de la pratique.

Les objectifs d'une formation en endoscopie sont :

- Elaborer, détailler des techniques gestuelles
- Evaluer la prévention des infections nosocomiales (matériel thermosensibles, laveur désinfecteur d'endoscopes, locaux, ...)
- Etablir des protocoles en respectant les recommandations
- Organiser une politique de prévention face à l'utilisation des produits toxiques
- Obtenir une reconnaissance de notre spécificité
- Participer aux actions de recherche en soins infirmiers
- Diffuser l'information

Des associations professionnelles organisent des formations de différents niveaux à travers l'Europe.

L'ESGENA (European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates www.esgena.org) recherche ce que devrait être une formation en endoscopie, sachant que les différents pays européens évoluent à un rythme différent. Ils proposent une

formation universitaire structurée de plusieurs modules d'évolution avec un total de 720 heures.

En Belgique, il existe plusieurs moyens de se former et ils sont tous complémentaires. Certains hôpitaux universitaires dispensent des cours de manière ponctuelle. L'association des infirmières en endoscopie (www.aievv.be) organise un symposium d'une journée par an où plusieurs thèmes en rapport avec l'actualité sont abordés.

Notre association Endoscopie Formation Infirmière Continuée, asbl (www.endofic.be) organise des sessions de formations continuées ainsi qu'une spécialisation en partenariat avec le CPSI (Centre de formation pour les secteurs infirmier et de santé www.cpsi.be). Cette spécialisation se compose d'une unité de cours de 104h et d'une unité de stages de 80h. Les formations continuées se composent d'exposés théoriques concernant un thème bien précis ou en fonction de l'actualité. Des journées de formations pratiques avec manipulation de matériel en outside ou avec des estomacs de porcs sont organisées sur l'année à raison de 1 à 2 journées.

Besoin de reconnaissance

En 1994, l'AR du 18 janvier établit la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, dont celle de l'endoscopie fait partie. C'est dire qu'à l'époque le ministère de la santé publique et de l'environnement était sensible à la spécificité de notre profession.

Depuis, l'infirmière en endoscopie se situe au centre d'une spécificité en constante évolution. Et malgré l'évolution rapide de cette spécialité, il n'existe pas de normes tant au niveau agrément de tels services que de normes de personnel en fonction de la charge de travail.

Mais en 2006, la liste des titres et qualifications est révisée par l'AR du 27 septembre. La qualification en endoscopie est absente de la liste. Notre colère par contre est très présente. Tout effort ne vaut-il pas une reconnaissance ? Tant du point de vue des organisateurs que des bénéficiaires, le temps passé à se former est utile, enrichissant et permet d'être plus efficace dans notre assistance technique. Cela procure de la sécurité pour le patient. Celui-ci n'a-t-il pas droit à recevoir des soins de qualité ?

Espérons qu'avec la signature de l'AR de ce 22 juin 2010 qui octroie des primes pour les titres et les qualifications, nous puissions revoir rapidement notre qualification dans la liste et que toutes les personnes qui se sont formées puissent être gratifiées au même titre que les autres spécialités.

Cet AR est une avancée importante pour notre profession en général. Mais il reste encore du travail pour devenir équitable pour chaque branche qui compose l'arbre infirmier.

Juillet 2010

(1) d'après Jean-Marc Canard – Endoscopie digestive

(2) encyclopédie libre - Wikipédia



FÉDÉRATION NATIONALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE

A l'occasion
de la Journée internationale de l'Infirmier(e),
la FNIB organise son Congrès annuel,
le jeudi 12 mai 2011, de 8 h 30 à 17 h,
au Cercle de Wallonie de Namur

L'Art infirmier et les médicaments : Comment faire passer la pilule ? !



Inscriptions individuelles avant le 30 avril 2011 :

- . Membre FNIB : 40 € -
- . Non-membre FNIB : 60 €
- . Non-membre + affiliation à la FNIB durant une année : 70 €
- . Etudiants : 20 €

Versement à effectuer :
au n° de compte IBAN BE62 0016 3342 7961 (BIC : GEBABEBB)
Communication à rappeler :
« Congrès du 12 mai 2011 » + nom + prénom

Le paiement valide l'inscription / Nombre de place limité
Clôture des inscriptions le 30 avril 2011 ou nombre de places
atteintes

Adresse du jour :

Cercle de Wallonie de Namur
Avenue de la Vecquée, 21
5000 NAMUR

Personne de contact :

Monsieur Julien STEVENART
Téléphone : 0032/0474/24.84.33
E-mail : stievenart.julien@gmail.com



Vous avez demandé des précisions, nous vous répondons !

Précisions concernant l'article paru dans Agora 2 «*Explications relatives à l'octroi de la prime Titre Professionnel Particulier SISU*»

Je travaille dans une équipe volante. Ai-je droit à la prime ?

Si l'infirmier de l'équipe mobile travaille dans un service, défini dans l'arrêté ministériel d'agrément de chaque titre ou qualification, qui lui permet de respecter les conditions de formation permanente requise, il peut bénéficier de la prime au prorata du temps qu'il a effectivement travaillé dans ce service ou secteur.

Exemple : un infirmier titré SISU temps plein qui a travaillé pendant 4 mois dans une fonction intensive et 3 mois dans le service d'urgence a droit à 7/12ème de la prime.

CREPIC

(Commission Régionale d'Éthique Pluraliste Infirmière Carolorégienne)

La CREPIC est une ASBL créée en 1988 à l'initiative des associations d'infirmières indépendantes et sous l'impulsion de la coordination des soins à domicile de la ville de Charleroi.

Le but essentiel de la création de cette association est de composer une commission qui implique l'ensemble des prestataires en soins infirmiers d'un territoire donné qui ont comme priorité la prise de conscience des problèmes inhérents à leur profession, le désir d'y répondre et défendre l'éthique de leur profession.

Cette association rassemble les infirmières en soins à domicile tout secteur confondu (Croix jaune et blanche, maisons médicales, CPAS et les indépendantes).

Les objectifs

- Dynamiser les relations entre les milieux intra et extra-muros
- Régler les situations conflictuelles intra et interprofessionnelles
- Diminuer l'isolement de l'infirmière à domicile et des associations d'infirmières dont les structures peuvent être incomplètes
- Fortifier les liens de confraternité et de convivialité parmi les infirmières de la région
- Promouvoir l'information générale
- Organiser des activités culturelles et d'actualisation des compétences de chacun
- Intervenir auprès des divers organismes afin d'améliorer les situations critiques rencontrées quotidiennement
- Défendre l'aspect éthique et déontologique de la profession infirmière

Territoire couvert

Identique à celui de la Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Charleroi

Les réunions de la CREPIC se déroulent à une fréquence de 1 fois par mois, les présidents d'associations locales ou leurs délégués sont présents et relayent les informations à leurs membres respectifs.

Grâce à notre représentativité au sein de la région nous avons une relation privilégiée avec les médecins généralistes, nous organisons des réunions communes ainsi que des après-midis et des soirées informatives dans un esprit de partenariat.

Nos rencontres mensuelles nous permettent de discuter des problèmes de terrain et ensemble d'y trouver des solutions ; mais surtout de défendre notre statut d'infirmière en soins à domicile.

Et surtout de par notre collaboration avec les médecins généralistes d'optimiser le binôme médecin – infirmière essentiel pour des soins de qualité.

De Wilde Aurore
Présidente CREPIC



vitaltel

Vivre chez soi en toute sérénité



Qu'est-ce que la télé-assistance Vitaltel ?

Une solution simple et fiable d'assistance qui relie 24 heures sur 24 une personne âgée, isolée, handicapée, convalescente... à son réseau d'aide, partout en Wallonie et à Bruxelles.

En cas de besoin, c'est une intervention rapide des personnes de votre entourage et, si nécessaire, des services de secours et d'urgence. Au-delà des urgences, c'est une écoute humaine, une présence chaleureuse et rassurante, de jour comme de nuit.



Vitaltel intervient en cas de :

- > Appel médical tels que chute, malaise, accident domestique...
- > Appel social tels que besoin d'aide à la vie journalière, solitude, mal-être...
- > Appel sécuritaire tels que agression, visiteur indésirable...



Vitaltel agit dans le respect de votre vie privée



Abonnement mensuel

BIM : 6 €

(Intervention de 6 € de la mutualité incluse)

Non BIM : 11 €

(Intervention de 6 € de la mutualité incluse)

Renseignez-vous au
081/41 29 29
www.vitaltel.be

Vitaltel, un service de l'asbl



RECETTE/ RECEPTEN

«La mer à l'honneur - Een eerbetoon aan de zee»

Croustillant de rouget aux tomates confites

Ingrédients pour 4 personnes :

4 grands ou 8 petits filets de rouget - 4 feuilles de brick rondes - 6 belles tomates - 1 échalote - 2 càc. de sel - 1 càc. de poivre - 3 càc. de sucre cristallisé - 10 càs. d'huile d'olive - 2 càs. de persil haché

Et maintenant au fourneau :

La veille :

1. Préchauffer le four à 100°
2. Couper les tomates en 8 quartiers réguliers
3. Disposer les quartiers côte à côte dans un plat
4. Répartir l'échalote hachée, le sel, le poivre & le sucre sur la surface des tomates.
5. Recouvrir le tout d'huile d'olive
6. Cuire au four à 100° pendant 1H30
7. Laisser refroidir à température ambiante.

Le jour même :

8. Couper les feuilles de brick en deux
9. Saler & poivrer les filets de rouget
10. Emballer un grand ou deux petits filets par demi-feuille de brick
11. Huiler légèrement l'extérieur des «croustillants»
12. Cuire ceux-ci à la poêle dans un filet d'huile d'olive jusqu'à coloration dorée (surveiller bien la cuisson car celle-ci est assez rapide)
13. Disposer par assiette 2 à 3 càs. de tomates confites, ajouter un croustillant et disperser un peu de persil pour apporter une touche de couleur.



Zeebaarbeel in een "pakje" met gekonfijte tomaten

Benodigdheden voor 4 personen:

4 grote of 8 kleine filets van de zeebaarbeel - 4 ronde bladen filodeeg - 6 tomaten - 1 sjalot - 2 koffielepels zout - 1 koffielepel peper - 3 koffielepels suiker - 10 soeplepels olijfolie - 2 koffielepels gehakte peterselle

Werkwijze

Voordien

1. Warm de oven voor tot 100°
2. Verdeel de tomaten in 8 gelijke stukken en verdeel ze in een vuurvaste schotel
3. Verdeel de gehakte sjalot, de peper, het zout en de suiker over de tomaten
4. Overgiet met olijfolie en plaats de schotel in de oven gedurende 1u30
5. Laat afkoelen op kamertemperatuur

Juist voordien

7. Snij het filodeeg in 2 stukken
8. Kruid de zeebaarbeel met peper en zout en wikkel de filets de filets in het filodeeg en olie ze licht in
9. Bak de pakjes in olijfolie tot er zich een mooi korstje gevormd heeft
10. Drapeer een krokantje met de gekonfijte tomaten op een bord en geef meer kleur met gesnipperde peterselle

Dos de cabillaud en croûte de fromage d'abbaye

Ingrédients pour 4 personnes :

4 portions de 150gr.de dos de cabillaud - 100gr. + 20 gr. de beurre (pour la cuisson du poisson) - 100gr. de fromage d'abbaye coupé en cubes - 100gr. de mie de pain sec - Ingrédients pour réaliser une purée de pommes de terre artisanale - 1 poignée de pistaches décortiquées - Légumes d'accompagnement selon votre inspiration

Et maintenant au fourneau :

1. Réaliser une bonne purée de pommes de terre et y ajouter des pistaches grossièrement écrasées
2. Ramollir durant quelques secondes au four à micro-ondes 100gr de beurre et les cubes de fromage
3. Mixer cette association avec la mie de pain afin d'obtenir une pâte malléable
4. Saler & poivrer les dos de cabillaud et les tartiner sur une face avec la pâte au fromage
5. Cuire à la poêle les dos de cabillaud sur leur face dégarnie durant +/- 3 minutes
6. Terminer leur cuisson en les plaçant sous le grill jusqu'à coloration dorée
7. Disposer la purée grâce à un emporte-pièce et la recouvrir de pistaches écrasées
8. Garnir de légumes, déposer les dos de cabillaud et servir sans attendre.
9. Bon appétit...



Kabeljauw in een korstje van abdijkaas

Benodigdheden voor 4 personen

4 porties kabeljauw van 150gr - 120gr boter - 100gr abdijkaas in blokjes - 100gr broodkruim - 1 portie aardappelpuree - 1 handvol pistachenootjes - groenten naar wens

Werkwijze

1. Maak een aardappelpuree en roer er de geplette pistachenoten onder
2. Laat 100gr boter, samen met de abdijkaas, enkele seconden smelten in de microgolvenoven en kneed samen met de broodkruim
3. Kruid de kabeljauw met peper en zout en bedek 1 zijde met de "boter/kaas/broodpasta"
4. Bak de onbestreken zijde een 3-tal minuten in de pan
5. Plaats daarna onder de grill en laat korsten
6. Garneer samen met de puree en de groenten, dien onmiddellijk op
7. Smakelijk

Les conseils du père «Effainibet»

En accompagnement de ces plats de poisson aux saveurs gouteuses et prononcées, je vous suggère des vins sans prétention mais au caractère vif et rafraîchissant tel qu'un beau sauvignon blanc de la région de la Loire (Sancerre, Pouilly-Fumé, Ménéton-Salon, ...) aux arômes d'agrumes et de cassis, ou un pinot blanc d'Alsace ou encore un beau muscadet de Sèvre-et-Maine plus typé par sa fraîcheur que par sa richesse aromatique. J'en resterai là car je commence à avoir soif... A votre santé !



Wijnadvies

Dien deze lekkere gerechten op met een lekkere Loirewijn op basis van de sauvignondruif (Sancerre, Pouilly-Fumé, Ménéton-Salon, ...), een Pinot Blanc uit de Elzas of een Muscadet de Sèvre-et-Maine.

Michel Trémont, 50 ans dans les pattes mais 20 ans dans la tête vit avec Marie et est le père de trois filles.

Infirmier diplômé en 1981 à Mons, il a travaillé dans un service gériatrie pendant trois ans avant de regagner le service des urgences de l'hôpital A. Paré en 1985 qu'il conduit en qualité d'infirmier chef depuis 1990. Il voue une passion pour tous les plaisirs de la table qu'il explore en permanence tant en qualité d'acteur que de consommateur.

Avec ses amis Jacques Héraud, Thierry Lothaire, Eric Pilote et Michel Slingeneijer, il a créé en 1994 la confrérie des «Bertelleux» qui cultive depuis lors le culte du vin, de l'amitié et de la bonne humeur.

Sa devise est «Carpe Diem»



Michel Trémont

Bulletin d'adhésion

à compléter et à nous faire parvenir par mail : fnib@hotmail.be
ou par courrier postal : rue d'Harmignies, 22 - 7032 Spiennes



Nom :
Prénom :
Adresse :
..... Bte.....
Code Postal Localité.....
Pays :
E-mail :
E-mail prof. :
Tél. :
GSM :
Fonction :
Lieu de travail :

FNIB Association sans but lucratif
Siège social : Rue de la Source, 18
1060 Bruxelles
Compte bancaire : **000-0069342-84**
Code IBAN : **BE03 0000 0693 4284**
Site web: www.fnib.be
E-mail: fnib@hotmail.be

> Membre effectif : **40€ /an**
> Membre pensionné : **30€/an**
> Institution : **150€/an**
> Etudiant en soins infirmiers
(études de base) : **15€ /an**

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

- ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
- AFISCeP.be** (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
- AFIU** (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)
- AIGP** (Association des Infirmier(e)s Gradué(e)s de Pédiatrie)
- BANA** (Belgian Association of Nurse Anaesthesia)
- CID** (Coordination des Infirmières à Domicile)
- ENDO-F.I.C.** (Endoscopie - Formation Infirmière Continué)
- FIIB** (Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique)
- FNIB Bruxelles – Brabant**
- FNIB Amicale de Charleroi**
- FNIB Liège – Verviers – Eupen** (UPRIL)
- FNIB Namur – Luxembourg** (AINL)
- SIZ-Nursing** (Société des Infirmier(e)s de Soins Intensifs)
- FNIB Tournai-Mons-Centre**
- ASBG** (Association des soignants belges en gériatrie)
- ISAIOI** (Association des infirmiers spécialisés en assistance opératoire et instrumentation)
- AB PAI&AS MR/MRS** (Association Belge des Praticiens de l'Art Infirmier et de l'Art de Soigner des Maisons de Repos pour Personnes Agées et des Maisons de Repos et de Soins)

La FNIB Nationale se charge de transmettre votre/vos adhésion(s) complémentaire(s) et de reverser la/les fraction(s) de cotisation(s) correspondante(s) aux autres groupements.

Attention : de ce fait, un versement unique du total est à effectuer.

€

Mysterieuze pijn zou een naam kunnen hebben



La mystérieuse douleur a peut-être un nom

WAT IS NEUROPATHISCHE PIJN?

Pijn is een normale reactie van ons lichaam om ons te waarschuwen voor dingen die in ons lichaam verkeerd gaan of gevaren van buitenaf. Dit type pijn heeft een belangrijke waarschuwende en beschermende rol. Maar wanneer de pijn blijft terwijl de wond al lang genezen is, dan is de pijn zelf een probleem. Dit is moeilijk om mee te leven. We spreken dan van chronische pijn. Neuropathische pijn is een chronische pijn. Zij ontstaat door:

- beschadiging van de zenuwen die normaal de pijn voelen
- beschadiging van het zenuwstelsel dat de pijnsignalen doorgeeft, zoals het ruggenmerg of de hersenen. Neuropathische pijn heeft geen beschermende functie meer. Het is belangrijk dat zij op tijd ontdekt en goed behandeld wordt.

OMGAAN MET NEUROPATHISCHE PIJN

Er zijn een aantal dingen, die men kan doen om met neuropathische pijn om te gaan:

- een pijndagboek bijhouden. Schrijf op wanneer de pijn meer of net minder was de afgelopen 24 uur, wat de pijn verergerde of juist verminderde en of de pijn invloed had op de slaap
- praten over de pijn met familie en vrienden
- regelmatig praten over de pijn met de arts, zeker als de pijn niet minder wordt of als men zich zorgen maakt
- advies vragen aan de arts over oefeningen en ontspanningstechnieken die kunnen helpen
- onthouden dat de pijn er meestal al langere tijd is en dat het dus ook even kan duren om haar te behandelen. Geduldigheid is de boodschap.

HET VINDEN VAN DE JUISTE BEHANDELING

Het is van belang dat de behandelende arts een duidelijke en correcte beschrijving krijgt van de pijnsymptomen en klachten. Dit is al een flinke stap voorwaarts naar een adequate behandeling.

DE PIJN ONDER CONTROLE KRIJGEN

Leven met neuropathische pijn kan erg frustrerend en vermoeiend zijn. Door pijn als neuropathische pijn te herkennen en het te bespreken met de arts, zet men de eerste stap naar het vinden van een goede behandeling. Misschien moeten er verschillende behandelingen uitgeprobeerd worden. Er is geen garantie dat men helemaal pijnvrij wordt, maar het is belangrijk naar de juiste pijnbehandeling te streven.

IEDEREEN IS VERSCHILLEND

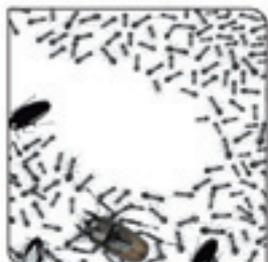
Iedereen ervaart pijn anders. Overal in het lichaam kan men last hebben van neuropathische pijn.

Deze kan aanvoelen als:

Brandende pijn | Sensation de brûlure



Kriebelende pijn | Fourmillements douloureux



Stekende pijn | Picotements douloureux



Elektrische schokken | Décharge électrique



Ijskoude pijn | Sensation de froid douloureuse



Bent u als verpleegkundige geïnteresseerd in neuropathische pijn en u wilt verdere ondersteuning, neem dan contact op met:
Pfizer Worldwide Biopharmaceutical Businesses
Pleinlaan 17 - 1050 Brussel – Tel: 0032 2 554 67 99

En tant que personnel infirmier si vous êtes intéressé par la douleur neuropathique, prenez contact avec :
Pfizer Worldwide Biopharmaceutical Businesses
Boulevard de la Plaine 17 - 1050 Bruxelles – Tél: 0032 2 554 67 99

Nationale Neutrale Beroepsorganisatie voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen vzw

Inschrijvingsformulier voor : info@nnbv.be of Guido Gezellelaan, 24 - 2500 Lier



Naam :
Voornaam :
Adres :
..... Bus :
Postcode : Plaats :
Land :
E-mail :
E-mail werk :
Tél. / Tel :
GSM :
Functie :
Waar :

N.N.B.V.V.

Secretariaat : Gezellelaan, 24
2500 Lier

00 32 (0) 485 49 18 14
00 32 (0) 477 94 08 90

Bankrekening : **2006-0678822-52**

Website : **www.nnbvv.be**

E-mail : **info@nnbv.be**

- > Effectief lid : **32€**
- > Studenten : **10€**
- > Gepensioneerden : **10€**
- > Voor aansluiting van groepen gelden andere tarieven

La Résidence Van Aa (MR-MRS) du CPAS d'Ixelles, est un lieu de vie pour 153 résidents. Dans le courant de l'année 2011, une nouvelle résidence d'une capacité de 180 lits (MR-MRS) ouvrira ses portes.

Le CPAS et la direction sont à la recherche, pour accompagner et compléter les équipes (H/F) :

INFIRMIER(ERES) brevetés (CH) ou bachelier (BH) (M/F)

Compétence individuelle

- Être capable de prendre en charge le suivi psycho-médico-social de la personne âgée dans une équipe pluridisciplinaire.

Profil :

- Diplôme de bachelier infirmier ou infirmier breveté
- Expérience professionnelle dans le domaine de la gériatrie
- Être de conduite irréprochable et jouir des droits civils et politiques;
- Être détenteur du brevet linguistique (niveau 2 ou 2+) de seconde langue écrit et oral organisé par le Selor (Bureau de Sélection de l'Administration Fédérale) ou être disposé à l'obtenir.

Conditions de travail :

- CDI à temps plein, 38 h/s
- CDI à temps plein ou partiel de jour et/ou de nuit (infirmiers uniquement)

CHEF INFIRMIER (F/M)

Compétences individuelles

- Coordonner et organiser des soins en MR-MRS.
- Assurer le management du service.
- Améliorer en permanence les soins
- Être capable de coordonner le projet de vie.
- Être autonome et capable travailler en équipe
- Prendre des responsabilités et les assumer

Profil :

- 3 ans d'expérience professionnelle dans le domaine ;
- Diplôme de bachelier infirmier + spécialisation en gériatrie
- Expérience en management d'équipe
- Être de conduite irréprochable (certificat de bonne vie et mœurs)
- Être détenteur du brevet linguistique (niveau 2+) de seconde langue écrit et oral organisé par le Selor (Bureau de Sélection de l'Administration Fédérale) ou être disposé à l'obtenir.

Nous offrons :

Prime d'horaire irrégulier ; Ancienneté entièrement prise en compte ; Intervention de l'employeur dans les frais de transport en commun ; Facilité d'accès : tram : 23-24-25 (bd G. Jacques-81(pl. Flagey), bus : 71 (éperons d'or)-59(Hôpital d'Ixelles)-95 (Rodin)- 38-60 (pl. Flagey)- train : gare d'Etterbeek) Formations spécifiques au domaine ; 26 jours de congés légaux par an + congés extra-légaux (dès l'entrée en service et au prorata des prestations) ; Accès au Service Social Collectif dont le service vacances et différentes primes; Tarif préférentiel dans le réseau des hôpitaux IRIS ;

Intéressé(e) ?

Les candidatures avec copie du diplôme sont à envoyer à **Mr J. Rucquoi, Secrétaire du C.P.A.S. d'Ixelles, Chaussée de Boondaal, 92 à 1050 Ixelles. Tel : 02/641.56.11 - e-mail : agathe.moreau@cpasxl.irisnet.be (Directrice de la Résidence) or nurialeal.iglesias@ocmwel.irisnet.be (HRM)**

De Residentie Van Aa (RH-RVT) van het OCMW van Elsene zorgt voor geïndividualiseerd onthaal en biedt begeleiding aan 153 residenten. Een nieuwe Residentie voor 180 RH-RVT bedden zal doorlopende 2011 open.

Het OCMW en de directie zoeken naar nieuwe talenten (V/M) ter ondersteuning de ploegen.

GEBREVETTEERDE VERPLEGERS/VERPLEEGSTERS (CH) OF BACHELORS (BH) (M/F)

Individuele Beroepsbekwaamheden

In staat zijn om de psychisch-medische en sociale opvolging van de bejaarde in een pluridisciplinair team waar te nemen.

Profiel:

- Diploma van bachelor in de verpleegkunde of van gebrevetteerde verpleger;
- Beroepservaring hebben op het vlak van gerontologie vormt een troef;
- Van onberispelijk gedrag zijn en genieten van de burgerlijke en politieke rechten;
- Houder zijn van het taalbrevet (niveau 2 of 2+) in de tweede landstaal, zowel op schriftelijk als op mondeling vlak zoals dat uitgereikt wordt door Selor (Selectiebureau van de Federale Administratie) of bereid zijn om dat taalbrevet te behalen.

Werkvoorwaarden:

- Een contract met onbepaalde duur, voltijds, voor zowel dag- als nachtwerk (38u/week, uurregeling van 1 weekend op 2 en 2 avonden per week) of deeltijds werk voor een verpleger/verpleegster.

HOOFDVERPLEGER (F/M)

Profiel:

- Diploma van bachelor in de verpleegkunde ;
- 3 jaar Beroepservaring hebben op het vlak van gerontologie vormt een troef;
- Ervaring in de management van een ploeg;

- Van onberispelijk gedrag zijn en genieten van de burgerlijke en politieke rechten;
- Houder zijn van het taalbrevet (niveau 2 of 2+) in de tweede landstaal, zowel op schriftelijk als op mondeling vlak zoals dat uitgereikt wordt door Selor (Selectiebureau van de Federale Administratie) of bereid zijn om dat taalbrevet te behalen.

Wat hebben we te bieden?

- Een premie voor onregelmatige arbeidsprestaties, rekening houdend met de anciënniteit;
- Tegemoetkomingen van de werkgever in de kosten voor gemeenschappelijk vervoer;
- Een goede bereikbaarheid:
- Tram: 23+24+25 (Generaal Jacqueslaan)
- Tram: 81 (Flageyplein)
- Bus: 71 (Gulden Sporen)
- Bus: 59 (Ziekenhuis Elsene)
- Bus: 96 (Rodin)
- Bussen: 38+60 (Flageyplein)
- Treinen: (station Etterbeek)
- Gespecialiseerde opleidingen die betrekking hebben op de beroepsactiviteiten;
- 26 Wettelijke vakantiedagen per jaar (vanaf de indiensttreding en afhankelijk van de geleverde prestaties);
- Aansluiting bij de Collectieve Sociale Dienst met voordelen zoals de vakantieservice en verschillende premies;
- Een voorkeurtarief in de ziekenhuiskoepel IRIS.

Geïnteresseerd?

De kandidaturen met copie van het diploma dienen te worden opgestuurd naar **Mijnheer J. RUCQUOI, Secretaris van het OCMW van Elsene, Steenweg op Boondaal, 92 te 1050 Brussel. Tel: 02/641.56.11, e-mail: agathe.moreau@cpasxl.irisnet.be or nurialeal.iglesias@cpasxl.irisnet.be (GRH)**



Centre Hospitalier Régional Clinique Saint-Joseph - Hôpital de Warquignies

Avenue B. de Constantinople 5 - 7000 MONS - Tél. : +32 65 38 55 11

www.chr-afic.be

Association sans but lucratif - Membre de l'AFIC - N° Agrément : 266 - N° Entreprise : 405920056



Nous recherchons :

- > Des Infirmier(e)s en Chef pour diverses unités de soins
 - > Du personnel infirmier pour les Blocs Opératoires
 - > Du personnel infirmier avec un titre particulier en Oncologie
 - > Du personnel infirmier avec un titre particulier en Gériatrie
 - > Du personnel infirmier bachelier pour diverses unités de soins (Urgences, Médecine Interne, Chirurgie, Gériatrie, ...)
- > Temps de travail : Temps partiel et temps plein
> Type de contrat : Durée indéterminée et de remplacement

Notre institution offre la possibilité d'un épanouissement professionnel au sein d'une équipe dynamique et dans un cadre de travail agréable et en évolution constante.

Intéressé(e) ?

Envoyez votre lettre de motivation et votre curriculum vitae à l'attention de :
Madame Laurence Jacquet, Directrice du Département infirmier,
CHR Saint-Joseph – Warquignies

Av. Baudouin de Constantinople, 5 à 7000 Mons

Tél. 065/35 93 69 – Fax 065/35 93 59 - E-mail : laurence.jacquet@chr-afic.be



Tous les produits d'allaitement Ameda et Lansinoh

disponibles en pharmacie et dans les magasins puériculture



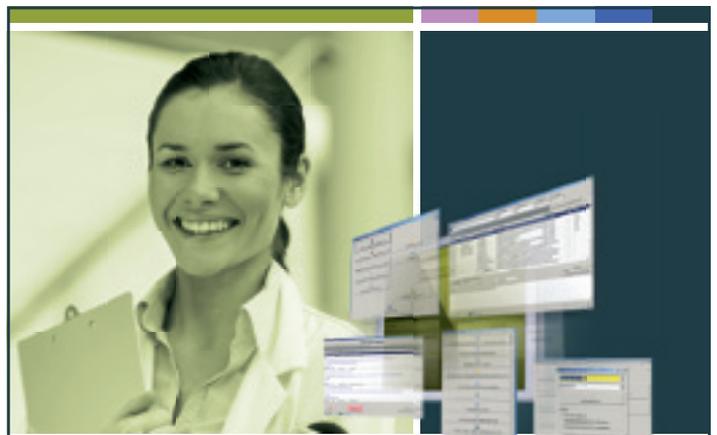
- Tire-lait
- Tire-lait manuel
- Flacons de conservation
- Sacs de congélation
- Baby cup
- Téterelles en plusieurs tailles
- Coquilles forme mamelons
- Coquilles protège mamelons



- Crème protectrice lanoline
- Tire-lait manuel
- Coussinets absorbants (jetables / lavables)
- Flacons de conservation
- Latch Assist
- Baby wipes
- Sachets de congélation



Medical Essentials BVBA • Industriepark Binc 24 bas 1 • B-2120 Heist-op-den-Berg • TEL. +32 15 76 13 25 • FAX. +32 15 76 13 26
www.medicalessentials.be • info@medicalessentials.be



ZORGDOSSEIER
ONTSTAAN UIT DE ZORGSECTOR,
EFFICIËNT EN GEMAKKELIJK IN GEBRUIK!

DOSSIER DE SOINS
ISSU DU TERRAIN, FACILE À UTILISER
ET EFFICACE!



**CARE solutions**

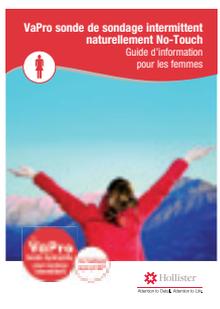
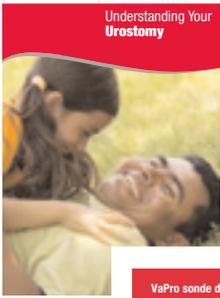
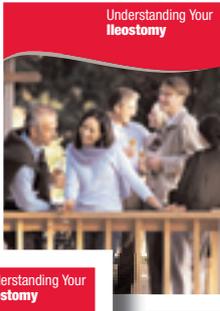
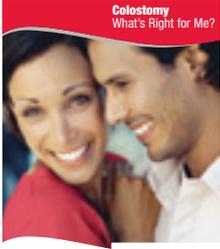
Software voor de zorg door de zorg, dat verschil merk je!

Des Logiciels conçus par les professionnels du secteur des soins, c'est notre différence!

WWW.CARESOLUTIONS.BE • INFO@CARESOLUTIONS.BE

Avec vous à chaque instant!

Wij zijn er steeds voor u!



**...plus
que des produits!**

**...meer
dan producten alleen!**

Nous sommes à votre écoute
Wij luisteren naar u

0800/90626

belgium.orders@hollister.com



Attention to Detail. Attention to Life