



AGORA

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

N°/Nr 4

Trimestriel : Juillet - Août - Septembre 2011
Driemaandelijks : Juli - Augustus - September 2011



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



((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 referentie 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

Agenda	4
Edito	
Détente, sieste, Repos... bien mérités	5
Rubrique internationale	
EfCCNa : Société européenne des soins intensifs, nous sommes partenaires	22
Lettre ouverte du Conseil international des infirmières	23
Portrait	
Une revue, un lien	28
Nous avons lu pour vous ...	
«Allergie à l'iode» : le point sur la question	26
Rubrique juridique	
L'anthropologie au service de la justice	24
Rubrique culinaire	
RECETTES : «C'est l'Imperatif»	
Filets de soles aux coques et son émulsion au mascarpone	
Lotte piquée au saucisson de Morteau, jus d'oignons de Roscoff	
et mousseline de topinambour	31
Bulletin d'adhésion FNIB	32
Également dans ce numéro :	
La FNIB et le CII à Malte en mai dernier	6
Jacques Brotchi s'engage à revaloriser le statut infirmier	14
Vers un titre unique d'infirmière en Communauté française	15
Le Congrès National en photos et phrases-clés	18
Art de Soigner et Art de Guérir	21

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 FNBV.

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

Les publications

Sur le site www.fnib.be, vous pourrez consulter l'éditorial de chaque revue. La version intégrale des parutions est téléchargeable par chaque membre en ordre de cotisation et munie d'un login procuré par le webmaster. Un membre en ordre de 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 FNBV 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
Editeur 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

Agenda	4
Editoriaal	
FNBV of de Federale Neutrale Beroepsvereniging voor Verpleegkundigen	5
Internationale rubriek	
Verpleegkundigen worden uitgesloten bij de verschillende discussie's van de WHO.	23
Portret	
Een tijdschrift	28
Culinaire rubriek	
RECEPTEN: «L'Imperatif»	
Tongfilets met venusschelpen in een mousse van mascarpone	
Lotte met Morteauworst in een sausje van Roscoff uien	
met een mousseline van de aardpeer	31
Inschrijvingsformulier FNBV	34

Ook in dit nummer :

Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg
Omzetting Europese Richtlijn **16**

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

Publicaties

Het editoriaal en de integrale versies van de gepubliceerde teksten zijn consulteerbaar op de site van het FNBV (www.FNBV.be). Elk lid van onze organisatie kan, bij het niet ontvangen van dit magazine, dit kenbaar maken via E-mail : info@fnbv.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 : info@fnbv.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 FNBV, gepubliceerd door Publiet België : Place du Champ de Mars, 5 - 1050 Brussel
Tél : 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 : info@fnbv.be (Nederlandstalig)
Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com

chu brugmann

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 confortables payés à la prestation
- reprise de toute l'ancienneté utile
- chèques repas
- remboursement des frais de transport
- formation permanente encouragée

http://www.uvc-brugmann.be/hfjob.asp
http://www.chu-brugmann.be/hfjob.asp

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

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

Agenda

9 - 10 septembre - Campus Erasme
8h30-17h00
Symposium Urgences - Congrès MPH 2011
www.sympomed.be

18-24 septembre - Coimbra - Portugal
11e Conférence ibéro-américaine sur
l'éducation des soins infirmiers
http://www.aladefe2011.com

21-24 septembre - Hambourg - Allemagne
7ème Congrès de la Fédération européenne de
l'ASP @ chapitres (EFIC @)
L'impact sociétal de la douleur
http://www.efic.org/

22-24 septembre - Hong Kong
CINQUIEME CONFERENCE DES SOINS
INFIRMIERS Pan-Pacifique
http://www.nur.cuhk.edu.hk/conference2011/en/

26 septembre - Campus Erasme
8h30-17h00
Rencontre Formative: thème à définir fin juin
2011
www.fnib.be

Septembre

4 octobre - Hôpital Princesse Paola
MARCHE - 13H à 17H
schmitz.elyne@ifac.be
Formation AFIU - L'accidentologie
L'analgésie et l'anesthésie en salle d'urgences
www.afiu.be

4 octobre
Maison des médecins à Charleroi
Table ronde AFISCEP.be sur la liaison hôpital
domicile
www.afiscep.be

8 octobre
CHU Brugmann Auditoire PP Lambert
nathalie.philippus@chu-brugmann.be
Congrès des soins palliatifs et continus
CHU Brugmann

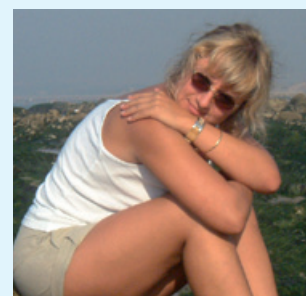
25 octobre - CHR Mouscron
Table ronde AFISCEP.be sur la liaison hôpital
domicile
www.afiscep.be

26-30 octobre - Lille
42e Conférence Mondiale sur la santé
pulmonaire
http://www.theunion.org/component/option,
com_conference / Itemid, 92/id_conf, 97/task,
showConf /

Octobre

8-10 novembre
ATLANTIS The Palm, Dubai - UAE
37th World Hospital Congress
www.ihfdubai.ae

Novembre



Alda Dalla Valle
Présidente FNIB.



Détente, sieste, Repos... ... bien mérités

Voilànous y sommes enfin.
L'année académique prend fin, les étudiants sont soulagés et
heureux. Pour nous, qui travaillons depuis un certain temps, les
congés se profilent à l'horizon.

Le repos s'annonce !

Si vous recherchez ce mot, il y a des termes connexes qui
apparaissent tels : immobilité, délassement, détente, pause,
rêpit, cessation, arrêt,
interruption, calme, paix,
tranquillité, loisir, vacances,
sieste et bien d'autres.

Je souhaite vous faire une
bafouille sur la sieste et ses
bienfaits.

La sieste n'est pas
réservée aux enfants ou
aux personnes âgées, de
nombreux hommes et femmes d'affaires la pratique car elle
permet de réduire le stress et d'accroître les performances.

LA SIXIEME Heure

le mot sieste vient du latin SIXTA, la sixième heure du jour et
désigne l'heure de midi chez les Romains.
La sieste est donc le repos, accompagné ou non du sommeil,

qui suit le repas de midi explique Bruno Comby, auteur du livre
l'Eloge de la sieste.
Cette simple habitude de s'allonger quelques instants en cours
de journée peut être considérée comme une sieste, donc un acte
réparateur.

Envie de dormir après le déjeuner ?
Ce n'est pas qu'une question de digestion.
C'est un rythme biologique inné.

En effet, si le coup de pompe de l'après-
midi était lié à l'ingestion de nourriture
, on l'observerait aussi après le petit-
déjeuner et le repas du soir.
Or il n'en est rien.

La sieste apporte son lot de bénéfices,
elle réduit le stress, améliore la mémoire,
libère la créativité,... : tout comme le
sommeil durant la nuit.
Il n'existe pas de durée-type pour la
sieste mais il est conseillé de la pratiquer

pendant une vingtaine de minutes.

Alors, pour cette période de repos qui débute ou s'annonce, si
nous nous exerçons à cet art de s'arrêter, de prendre un moment
et de goûter à cet acte réparateur ?

Il faudra s'initier pour certains et juste le poursuivre pour d'autres
MAIS prenons-y TOUT plaisir.

BONNES vacances à tous.

FNBV of de Federale Neutrale Beroepsvereniging voor Verpleegkundigen

Het is voor mij nog even wennen, soms "verslik" ik mij nog in de
opvolging van de letters maar FNBV klinkt mooi en de inhoud is
nog mooier! FNBV of de Federale Neutrale Beroepsvereniging
voor Verpleegkundigen is een feit, ons bureel in de Bronstraat,
18 krijgt vorm, de website is vernieuwd en gevuld met wat jullie
nodig zouden kunnen hebben. (Ik nodig jullie allen uit een kijkje
te nemen op www.FNBV.be). Het was een race tegen de tijd,
12 mei kwam er vlugger dan je zou willen maar deze immense
uitdaging geeft ook aan onze bestuursleden adrenaline!

Tot daar onze vernieuwing, maar wat drijft ons om naast de
fulltime job die wij allen hebben deze energie te steken in wat
ons dierbaar is, het FNBV? Het antwoord, is kort en eenvoudig:
onze missie!

Vanuit deze missie willen ook wij helpen de zorg- en
verpleegkunde aantrekkelijker te maken. Het personeelstekort
op de werkvloer blijft een uitdaging voor alle betrokkenen uit
onze sector. De zorg- en verpleegkunde zijn fysiek, mentaal en
sociaal zwaar belastende beroepen, maar zij kunnen anderzijds
zoveel voldoening geven aan een tevreden beoefenaar.

Als beroepsvereniging moeten wij, samen met de sociale
partners, elk vanuit zijn eigen missie, ernaar streven, deze
ondergewaardeerde beroepen de nodige glans te geven binnen
de gezondheidssector. Ja, dit kan ook tot gevolg hebben dat
sommige voordelen alleen gereserveerd worden voor deze
zorgverleners die 24/24u en 7/7d paraat staan voor de patiënt
of de bewoner.

Onze steun, onze inzet zal echter niet voldoende zijn! Het zal
de fierheid van de individuele verpleegkundige/zorgkundige zelf
zijn die door deze positieve boodschap de jongeren zal warm
maken om onze collega te worden. Een modern management
van elke leidinggevende is hiervoor een conditio sine qua non!

Ik hoop dat jullie allen van een verkwikkende vakantie kunnen
genieten!

uw voorzitter,



Freddy Raymackers,
Juni 2011

La FNIB et le CII à Malte en mai dernier.

Introduction

Le Conseil international des infirmières (CII) est la fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières, représentant plusieurs millions d'infirmières dans le monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international depuis 1899, le CII œuvre à la promotion de soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé partout dans le monde.

Les 3 premières journées du congrès du CII ont été consacrées aux réunions de travail du Conseil des Représentants des Nations. Ces réunions permettent de débattre des conditions de travail, des formations des professionnels dans les divers pays et des participations actives lors des catastrophes mondiales. Les sujets abordés sont « fédérer les associations des divers pays entre elles, l'éthique professionnelle, le partenariat et la voie unique pour parler des infirmiers ». A l'issue de ces journées, des recommandations basées sur les résultats des travaux seront transmises à l'OMS et aux différents pays concernés.

70 colloques, 490 présentations en sessions parallèles, 800 posters nous ont donné une perspective des systèmes de santé actuels, ont souligné les opportunités et les défis pour notre profession infirmière.

Rendez vous nous est donné en 2013 à Melbourne en Australie.



Contrat Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges.

Contexte

La sécurité des patients et la lutte contre les événements indésirables évitables liés aux soins sont des préoccupations croissantes.

La problématique de la gestion des risques en établissement de santé est à l'évidence celle d'un secteur complexe confronté à une évolution des pratiques, des savoirs, des outils et des risques.

Ces dernières décennies, les hôpitaux sont effectivement devenus des entreprises de très grande taille et de très haute complexité. Plusieurs centaines de personnes y travaillent avec des équipements souvent complexes et des produits parfois dangereux. Un seul malade voit plusieurs dizaines de ces agents au cours d'un seul séjour. Pour coordonner tout cela, il faut impérativement mettre en place des systèmes de protection et de prévention des erreurs.

Les interventions de soins sont bien évidemment conçues au bénéfice du patient mais il existe un risque que des événements indésirables se produisent.

Des données épidémiologiques sur l'ensemble des événements

indésirables ont été recueillies dans le cadre de diverses études menées au niveau international. Ces études décrivent l'incidence des événements indésirables et leurs conséquences pour les patients. Elles ont été à l'origine d'une prise de conscience collective et ont stimulé la mise en œuvre de programmes visant une meilleure maîtrise des risques liés aux soins. La sécurité des patients est donc aujourd'hui une priorité internationale et européenne en terme de santé publique.

Consciente du fait que des erreurs commises au niveau des soins affectent un patient sur dix dans le monde, l'OMS lance en mai 2007 un plan intitulé : « Les neuf solutions pour la sécurité des patients ». Ces solutions offrent aux états membres de l'OMS une importante ressource nouvelle pour aider leurs hôpitaux à prévenir des décès et des souffrances évitables, explique Dennis S. O'Leary, M.D., Président de la Commission commune. « Les pays doivent maintenant saisir cette chance et relever le défi consistant à traduire ces solutions en mesures tangibles susceptibles de sauver des vies. » (<http://www.who.int/fr>).

En effet, selon l'OMS, l'essentiel en matière de sécurité des patients est de comprendre et de savoir comment éviter les préjudices subis en raison de leur traitement, des soins ou des interventions qu'ils reçoivent.

Les solutions pour la sécurité des patients selon l'OMS mettent l'accent sur les défis suivants:

1. cohérence des noms des médicaments;
2. identification des patients;
3. communication durant le transfert des patients;
4. traitement comme il faut là où il faut;
5. contrôle des solutions d'électrolytes concentrées;
6. précision de la médication lors de transitions dans les soins;
7. évitement des mauvais branchements de cathéters et de tuyaux;
8. utilisation unique des dispositifs d'injection;
9. meilleure hygiène des mains pour prévenir les infections associées aux soins de santé.

En Belgique, le service Public Fédéral Santé Publique propose aux hôpitaux, depuis 2007, un contrat Qualité et Sécurité des patients, sur base volontaire. Ce dernier a pour objectif d'impulser une culture de sensibilisation et d'engagement à l'égard de la gestion des risques dans les institutions de soins.

Afin de stimuler et de soutenir cet engagement, les hôpitaux belges qui ont signé un contrat avec l'autorité fédérale se voient octroyer un financement supplémentaire via la sous – partie B4 du budget des moyens financiers.

Généralités sur le contrat

- Contrat commun pour toutes les institutions (2008)
 - Contrats spécifiques pour (2009, 2010 et 2011) :
 - hôpitaux généraux
 - hôpitaux psychiatriques
 - hôpitaux Sp
 - Financement structurel :
 - budget de 6,8 millions d'euros (2008)
 - budget de 7,2 millions d'euros (2009, 2010 et 2011)
- Clé de répartition :
- nombre de lits agréées, avec un budget fixe pour les institutions de moins de 100 lits

le contrat coordination qualité et sécurité des patients 2007-2008

Le contrat relatif à la coordination qualité et sécurité des patients pour l'année 2007-2008 était constitué des parties suivantes :

1. Définition : mission, vision, stratégie et objectifs en termes de qualité des soins et sécurité du patient.
 2. Structures de qualité et sécurité, fonction des membres et organigramme.
 3. Mesure de la culture sécurité (application d'un outil validé dans toute l'institution).
 4. Description des mécanismes d'enregistrement des événements indésirables (EI).
 5. Fiches descriptives de 3 projets qualité dans les dimensions suivantes : performance économique ou capacité et innovation, performance clinique et sécurité du patient.
 6. Développement des 12 indicateurs issus des rapports FMH et PSI et actions d'amélioration (uniquement pour les hôpitaux aigus).
 7. Questions ou remarques complémentaires.
- Un rapport reprenant les résultats de la première année du contrat et qui reflète la situation de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2008, a été publié. (idem pour 2009)



Suite page 8

Quelques exposés

Les pénuries de personnel infirmier

Josefina Tuazon (Philippines), Chris O. Rakuom (Kenya), Linda Silas (Canada)

L'écart de plus en plus marqué entre l'offre de professionnels de la santé et la demande pour leurs services est devenu un problème de santé et de développement d'ampleur mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la santé, il manque dans le monde 4,3 millions de travailleurs de la santé, dont environ 3 millions de personnels qualifiés. Le problème des ressources humaines pour la santé figure désormais en bonne place des agendas politiques. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dépend du renforcement rapide des effectifs de personnels soignants. Outre la pénurie de personnel infirmier dans la pratique clinique, la profession est confrontée à une pénurie d'enseignants sans précédent. Des approches novatrices du recrutement, de la préparation et de la rétention doivent être adoptées. Toute stratégie de ressources humaines pour la santé efficace doit relever trois défis fondamentaux : l'amélioration du recrutement, le renforcement de la performance de la main d'œuvre existante et la diminution du taux de déperdition des travailleurs du secteur de la santé.

Le changement climatique

Anna Gilmore (États-Unis), Eseta Hope (Samoa), Liz Hanna (Australie)

Pratiquement toutes les régions du monde sont affectées par des changements climatiques. Les pays industrialisés aussi bien que les pays en voie de développement sont confrontés à d'importants changements saisonniers, à des modifications du régime des précipitations et à l'élévation du niveau des mers. Le réchauffement entraîne la fonte des glaciers et une augmentation du risque d'inondations, tandis que certains pays traversent, au contraire, les pires sécheresses de leur histoire. Les changements climatiques actuels posent de graves problèmes de santé publique dans la mesure où ils affectent les déterminants fondamentaux de la santé : l'eau, l'air et la nourriture. L'élévation des températures aura pour effet d'accélérer la prolifération des maladies à vecteur telles que le paludisme et la fièvre dengue. La pollution à l'ozone augmente la prévalence de l'asthme bronchial et des infections respiratoires. Les populations les moins responsables du changement climatique, en particulier les communautés autochtones, les personnes confrontées à la pauvreté de même que les habitants des régions les plus vulnérables, sont les plus durement touchés par les effets du changement climatique. Or, ces populations, qui ont le plus grand intérêt à l'adoption de stratégies destinées à remédier à ces effets, sont aussi les moins bien représentées dans les négociations internationales sur le changement climatique.

Suite page 8

La FNIB et le CII à Malte en mai dernier.

Quelques exposés

Les environnements favorables à la pratique

Elias Marroquín (El Salvador), Jintana Yunibhand (Thaïlande), Ian Needham (Suisse)

De nombreux systèmes de santé sont actuellement caractérisés par la mauvaise qualité de leurs environnements de travail. Ces environnements affaiblissent la capacité de l'employeur d'atteindre les objectifs de performance de son organisation et constituent des facteurs très importants d'attrition et / ou d'émigration. Les charges de travail déraisonnables, le manque d'équipement, les conditions de travail précaires et la faiblesse des salaires comptent parmi les nombreux facteurs affectant la vie professionnelle, la performance et le bien être économique et social des travailleurs de la santé. L'instauration d'environnements favorables à la pratique est, par contre, un facteur d'amélioration de la performance et de la rentabilité de la main d'œuvre de santé; de même, elle contribue à de meilleurs résultats de santé pour les patients et est propice au bien-être des personnels de santé.

Épidémie de maladies non-transmissibles

Haifa Madi (OMS), Paula de Cola (Pfizer)

Face à l'augmentation spectaculaire, au niveau mondial, du nombre des décès et des handicaps dus aux maladies non transmissibles, les infirmières de tous les pays doivent absolument s'engager de manière dynamique aux côtés des communautés et de tous les secteurs afin de contrer cette menace pour la santé et pour le développement. Les statistiques montrent qu'à l'heure actuelle, 60% des décès dans le monde sont imputables aux effets de maladies chroniques, 80% de ces décès intervenant dans des pays à revenu faible à moyen. Le CII appelle les infirmières de tous les pays à passer à l'action contre la pandémie de maladies chroniques.

Jamais la contribution des infirmières à l'amélioration de la santé des populations, de par leur capacité à attirer l'attention sur la prévention des maladies chroniques, n'a revêtu une telle importance. Tous les pays du monde sont confrontés à une marée montante de maladies chroniques et à la nécessité d'assurer, aux personnes vivant avec ces maladies, l'accès à des soins appropriés et abordables. Il est donc temps que les infirmières du monde entier prennent l'initiative sans plus tarder et s'allient avec tous les secteurs et communautés afin de parer à la menace croissante que les maladies chroniques représentent pour la santé et le bien-être.

Les infirmières, de par leurs compétences, connaissances et proximité avec les patients, les familles et les communautés, sont prêtes et particulièrement bien placées pour conduire la lutte contre l'épidémie de maladies chroniques.

En première ligne de la lutte contre les maladies non transmissibles, les infirmières doivent être davantage soutenues.

Les infirmières entendent prendre une part active à la lutte contre les maladies non transmissibles

Suite page 12

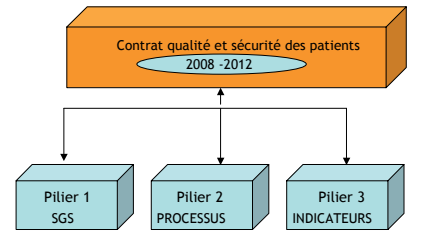
La FNIB et le CII à Malte en mai dernier.



Le contrat pluriannuel 2008-2012

Après la première année de contrat, deux choix importants ont été faits par l'autorité fédérale. Le premier concerne les contrats distincts pour les hôpitaux aigus, psychiatriques et SP. Le deuxième consiste à encadrer le contrat dans un plan pluriannuel (2008-2012) pour la qualité et la sécurité des patients avec trois piliers de base partant de la triade de Donabedian : structure, processus et résultat.

- Le pilier 1 : système de gestion de la sécurité
- Le pilier 2 : analyse et (re)développement d'un processus de soins
- Le pilier 3 : développement d'un set d'indicateurs multidimensionnels



La déclaration des évènements indésirables : expérience dans un hôpital Belge.

La sécurité des patients et la qualité des soins dans nos institutions figurent parmi les priorités du Service Public Fédéral - Santé publique. Ce domaine constitue également une priorité internationale et européenne.

Par «sécurité des patients», on entend le souci de préserver les patients de tout effet néfaste non nécessaire lorsqu'ils reçoivent des soins de santé.

Les interventions de santé sont bien sûr conçues au bénéfice des patients, mais il existe toujours un risque que des erreurs et des événements indésirables se produisent. Ceci est dû à une combinaison complexe de processus, technologies et facteurs humains liés aux soins de santé.

Le gouvernement belge souhaite travailler conjointement avec les professionnels de santé et les patients afin d'accroître et d'améliorer la sécurité du système de santé.

La démarche qualité est donc une philosophie de travail centrée sur le patient, qui s'appuie sur la participation de tous dans un but de développement continu et de recherche de la satisfaction des patients.

La sécurité des patients à l'hôpital est donc une priorité et fait partie intégrante d'une politique de soins globale axée sur les droits des patients.

Suite page 10

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. Geduldig zijn 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.

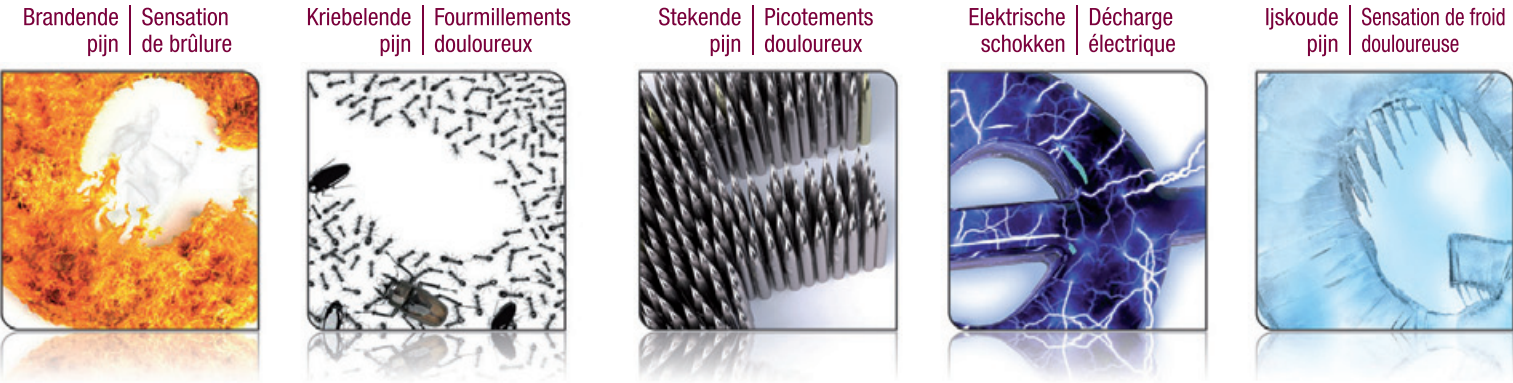
DE PIJN ONDER CONTROLE KRIJGEN

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 uitgetoetst 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:



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

La FNIB et le CII à Malte en mai dernier.

Selon l' «Institute of Medecine», la mise en place d'une culture de la sécurité constitue un défi majeur pour l'amélioration de la sécurité des soins de santé.

En effet, cela implique la transition vers une culture dans laquelle les erreurs ne sont plus considérées comme des échecs personnels mais comme une opportunité d'améliorer le système et d'éviter les difficultés ultérieures.

Une convention relative à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients a été conclue en 2007 entre le Centre Hospitalier «Le Chêne aux Haies» et le «SPF Santé Publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement». Ce premier contrat avait entre autres pour objectif de permettre aux institutions de consolider leurs mission, vision, stratégie et objectifs formulés en terme de qualité et sécurité des patients

Le contrat Qualité-Sécurité des patients dans lequel la plupart des hôpitaux belges se trouvent actuellement, s'inscrit dans un plan pluriannuel 2008-2012 et a pour objectif de reconnaître les efforts des hôpitaux en matière de gestion de la qualité et de la sécurité des patients.

Le contrat vise à motiver les hôpitaux à prendre des initiatives dans le domaine de la qualité – sécurité des patients.

Ces initiatives se basent sur les trois piliers suivants :

Pilier I : Système de Gestion de la Sécurité (SGS)
Pilier II : Processus
Pilier III : Indicateurs

L'exposé se basera principalement sur l'expérience d'un hôpital Belge dans la mise en action du pilier I

Pilier I : Développer et mettre en œuvre un système de gestion de la sécurité (SGS)

La gestion de la sécurité est une approche structurée de la gestion des risques éventuels dont l'objectif premier est de promouvoir la sécurité du patient lors du trajet de soins.

Un système de gestion de la sécurité est une structure dans laquelle s'intègrent les méthodes, actions et instruments destinés à améliorer la sécurité du patient.

La démarche qualité consiste à coordonner diverses actions en vue d'améliorer de manière continue la qualité des prestations et la sécurité des patients.

La coordinatrice qualité travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des directions de départements en vue de satisfaire les attentes des

patients et de leur famille.

La prévention, la gestion des risques, concernent tous les secteurs de l'hôpital, ce qui implique la responsabilisation de chaque professionnel dans une approche transversale et multidisciplinaire.

C'est pour cela que la fiche de déclaration des «événements indésirables» concerne tout le personnel et peut être remplie de jour comme de nuit quelle que soit la catégorie professionnelle.

Elle a pour objectif d'identifier et relever les «événements indésirables» pour évaluer les situations à risque et y remédier en améliorant les procédures d'organisation et de fonctionnement.

Cette démarche qualité est donc une philosophie de travail centrée sur le patient, qui s'appuie sur la participation de tous dans un but de développement continu et de recherche d'un accompagnement de qualité des patients. C'est donc dans ce cadre que nous avons décidé d'inclure dans l'organigramme qualité un «réfèrent qualité» dans tous les départements. Celui-ci sera un relais de communication, une instance de discussion et permettra d'orienter les décisions.

Nassira BELGHEZLI - FNIB

La FNIB et le CII à Malte en mai dernier.

Gestion des risques liés aux injectables dans une unité de soins intensifs.

S. Ninite*, E. Pasetti*, P. Biston*, T. Kimbimbi*, C. Danguy** - Département des soins intensifs (*) et de la pharmacie (**) du CHU de Charleroi (Hôpital A. Vésale) Montigny-le-Tilleul - Belgique

Introduction

L'administration intraveineuse continue de médicaments à «haut risque» (héparine, insuline, morphinique et sédatifs) est un processus complexe comprenant le choix du solvant, le calcul de la dose et l'évaluation des compatibilités avec les autres médicaments lorsqu'ils sont injectés dans la même ligne.

Depuis 2009, des stratégies préventives ont été mises en place pour réduire le risque d'erreurs liées à l'administration en intraveineuse continue des médicaments dans une unité de soins intensifs médico-chirurgicale.

Matériel et méthode

L'évaluation des risques a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, médecins, pharmacien clinicien). Des changements organisationnels et cliniques ont été implémentés en accord avec les recommandations de l'ISMP¹. La prescription, la préparation et l'administration ont été standardisées. Les concentrations des médicaments ont été adaptées aux besoins des traitements et au calcul des doses. Les médicaments ont été divisés en 4 groupes selon leur indication médicale et compatibilité similaire². Toutes les données ont été résumées dans des documents de référence et des étiquettes pré imprimées. Les informations concernant les médicaments ont été fournies par le pharmacien.

Résultats³

Un contrôle indépendant a été quotidiennement mené. Un document de référence concernant 34 médicaments a été réalisé. Il comprend les données suivantes : voie d'administration, concentration, modalités de préparation, une table de dilution et de posologies habituelles. Les médicaments appartenant à un même groupe (cardiovasculaires, sédatifs et analgésiques, ...) sont administrés par la même voie selon une procédure standard. Quatre groupes de médicaments compatibles ont été créés et représentés par un code couleur.

Exemple :

CORDARONE		CORVATON	
Amiodarone		Molsidomine	
Ampoule de 3ml (150mg)		Ampoule de 10ml (20mg)	
Pousse 4 €		Pousse 12 €	
6 Amp Cordarone 30ml Glucose5%		2 Amp Corvaton 20 ml NaCl 0,9%	
KTC uniquement Stabilité = 24h		KTC uniquement Stabilité = 24h	
1 ml = 18,75mg		1ml = 1mg	
1,0ml/h	3 amp/24h	1ml/h	1 mg/h
1,3 ml/h	4 amp/24h	2ml/h	2 mg/h
1,6ml/h	5 amp/24h	3ml/h	3 mg/h
2,0ml/h	6 amp/24h	4ml/h	4 mg/h
2,3ml/h	7 amp/24h	5ml/h	5 mg/h
2,6ml/h	8 amp/24h	6ml/h	6 mg/h
		7ml/h	7 mg/h
		8ml/h	8 mg/h
		9ml/h	9 mg/h
		10ml/h	10 mg/h



Les seringues et les tubulures sont identifiées par des étiquettes pré imprimées sur lesquelles figure le code couleur.

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 SENTÉ, 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

Coloplast, votre partenaire en soins de plaies

Plus d'infos sur www.coloplast.be

Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Le logo Coloplast est une marque déposée de Coloplast A/S.
© 2011-06. Tous droits réservés. E.R.: - V. Borge - Coloplast Belgium NV/SA, Humaniteitslaan 65, B-1601 Ruisbroek.

Coloplast

Coloplast NV/SA
Humaniteitslaan 65
B-1601 Ruisbroek

www.coloplast.be



Les seringues et les tubulures sont identifiées par des étiquettes pré imprimées sur lesquelles figure le code couleur.

Discussion et conclusion

Après une période de formation et de «coaching», les nouvelles pratiques ont facilement été adoptées par l'équipe infirmière des soins intensifs.

Ce travail pluridisciplinaire a permis de diminuer le nombre d'erreurs liées à la préparation et à l'administration continue des injectables au sein de notre unité⁴.

Par conséquent, la sécurité de nos patients ainsi que l'administration adéquate de ces injectables peuvent être garanties.

Nous tenons à souligner qu'un tel travail n'aurait pu être réalisé sans la collaboration étroite de l'équipe infirmière des soins intensifs de l'hôpital A. Vésale ... MERCI !

1 Institute for Safe Medication Practices. High-Alert Medications. 2008
2 Vogel Kahman. Anesthesist 2003;52:409-12
3 Le document de référence ainsi que le principe des étiquettes pré imprimées seront détaillés lors de la présentation orale
4 Mme Pasetti E. Evaluation de l'impact d'une formation relative aux bonnes pratiques infirmières dans la préparation et l'administration des injectables aux soins intensifs de l'hôpital A. Vésale. TFE. 2009 - 2010

Quelques exposés

(MNT) (Diabète, certains cancers et affections cardiovasculaires et respiratoires) au niveau international, mais leurs charges de travail et les contraintes de temps les en empêchent : c'est ce que montre une nouvelle étude réalisée par le CII et la société pharmaceutique Pfizer.

- Pas moins de 95%des 1600 infirmières interrogées dans 8 pays disent vouloir mettre à profit leurs compétences et leur temps pour sensibiliser les patients à la menace que représentent les MNT et à la manière de les prévenir. Ces mêmes infirmières se disent conscientes du fait que cet effort de prévention exige du temps et des ressources dont elles ne disposent pas à l'heure actuelle.
- Les infirmières estiment qu'elles devraient consacrer beaucoup de leur temps, près du double que ce qu'elles peuvent dégager actuellement, à la prévention des MNT.

Cependant pratiquement toutes les infirmières (95%) subissent des pressions quotidiennes qu'elles estiment, à la quasi-unanimité (98%), avoir des conséquences négatives en termes de santé des patients.

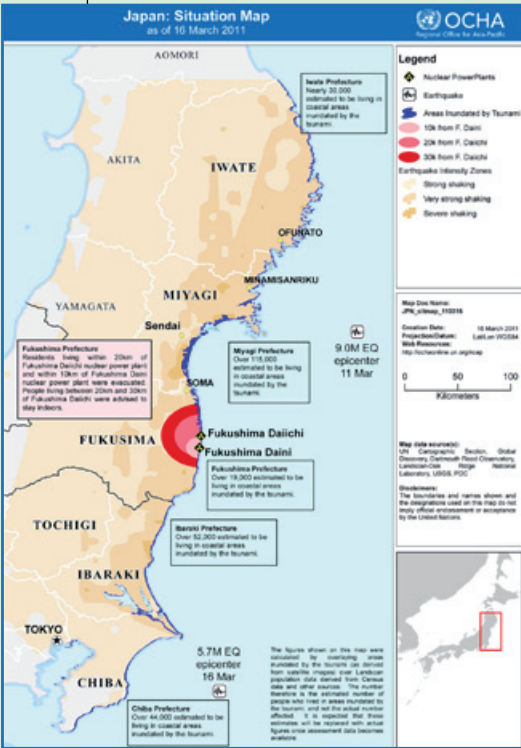
- Plus du tiers des infirmières questionnées font état d'une aggravation de leur charge de travail depuis cinq ans.
- D'une manière générale (85%), les infirmières estiment que les pouvoirs

publics traitent de manière appropriée la crise mondiale des MNT, mais elles pensent également que, dotées du soutien adéquat, elles pourraient faire une énorme différence dans la prévention de ces maladies.

- Plus de la moitié des infirmières interrogées s'estiment en mesure d'aider les individus et les communautés à prendre les mesures nécessaires pour diminuer le risque de contracter une MNT.
- Pour les infirmières interrogées, les pouvoirs publics (71%), les associations d'infirmières (65%) et les médias (68%) sont les principaux intervenants susceptibles d'aider, d'informer et de former les infirmières dans leur rôle dans la lutte contre les MNT.

Les infirmières sont les professionnels de santé les plus proches des patients. Leur message est clair : moyennant les ressources et le temps nécessaire, elles seront en mesure de donner aux patients les connaissances leur permettant de changer leur mode de vie avec, à la clé, la résolution de la crise des MNT et l'amélioration de la santé en général. Elles pensent que l'ignorance du public est le principal facteur de la généralisation des MNT.

Les maladies non transmissibles principales causes de décès dans le monde(OMS)



Rapport d'activité sur le tremblement de terre au Japon.

Setsuko Hisatsune, présidente de l'association Japonaise de Nursing.

L'Association Japonaise de Nursing (JNA) a mis en place un groupe de travail pour les tremblements de terre appelé «Task Force» après le tremblement de terre de Kobe de 1995. JNA travaille en collaboration avec les associations infirmières et le gouvernement.

Madame Setsuko Hisatsune souligne la mobilisation rapide des infirmières après le séisme et le tsunami qui ont frappé le nord du Japon en mars dernier. Elle a expliqué que, bien que la JNA ait développé la «Task Force» en cas de catastrophe, ce séisme suivi de la destruction généralisée par le tsunami, a été sans précédent. «Nous ne pouvions pas imaginer cela», dit-elle.

La JNA a travaillé avec les coordinateurs de catastrophe des associations de soins infirmiers locales dans les zones touchées. Des infirmières de santé publique et des pilotes ont été envoyés sur place pour évaluer la situation. De nombreuses infirmières des régions ravagées par le tsunami étant décédées ou blessées, il a fallu rassembler des infirmières du sud du pays.

En même temps, des infirmières bénévoles (infirmières travaillant dans d'autres domaines mais ayant reçu une formation spéciale catastrophe) ont été appelées à se rassembler à Tokyo, elles apportaient leur nourriture et l'eau, pour un déploiement de trois à quatre jours. Transportées vers les centres d'évacuation des zones endommagées, elles effectuent le tri des patients, l'envoi des blessés graves ou des malades dans les hôpitaux qui étaient encore en exploitation. Les centres d'évacuation ont été mis en place dans des écoles endommagées, mais stables. Ils manquaient d'installations sanitaires de base, les eaux de piscine contaminées par le tsunami ont été utilisées pour les toilettes.

La JNA a déployé 914 infirmières à Iwate, Miyagi et Fukushima entre le 11 mars et le 30 avril. Une fois les zones contaminées par la fuite de matières radioactives des centrales nucléaires il n'a plus été possible d'envoyer des volontaires dans ces régions. Une grande partie des soins dans les centres d'évacuation sont effectués par les infirmières de santé publique. La JNA soutient maintenant, en collaboration avec le gouvernement, les plans de soins dans les logements temporaires mis en place pour les personnes évacuées. Grâce aux dons reçus des organisations infirmières du monde entier, la JNA estime qu'elle a dépensé 1,5 millions de dollars pour secourir les sinistrés.



Trouvez LE job qui VOUS correspond !



Le Réseau Hospitalier de Médecine Sociale est une institution hospitalière qui occupe aujourd'hui 1400 membres du personnel dont plus de 800 infirmiers. Nous sommes régulièrement à la recherche de nouveaux profils pour nos sites de Ath, de Baudour et de Beloeil. Vous êtes infirmier bachelier, infirmier breveté, infirmier spécialisé, sage-femme ? Venez rejoindre nos services généraux et spécialisés !

Médecine - Chirurgie - Gériatrie - Hôpital de Jour - Réadaptation - Urgences - Soins intensifs - Radiothérapie - Bloc opératoire - Maternité - Pédiatrie - Dialyse

Infos et candidatures ?

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



http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/fr/index.html

Lettre ouverte du Conseil international des infirmières au Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé

http://www.fnib.be/index.php?option=com_content&view=article&id=203:lettre-ouverte-du-conseil-international-des-infirmieres-au-dr-margaret-chan-directrice-generale-de-lorganisation-mondiale-de-la-sante&catid=35:actualites&Itemid=62

Les infirmières en voie de disparition au Swaziland.

Masitsela Mhlanga président de l'Association des infirmières du Swaziland.

40 infirmières dans la classe de terminale de M. Masitsela de l'Université du Swaziland ont trouvé des emplois dans d'autres pays. Il a réalisé que son pays et sa profession étaient en crise. Il a constaté que les infirmières n'ont pas quitté le Swaziland à cause d'un manque de salaire mais parce qu'elles se sentaient sous-évaluées et non prises en charge.

Beaucoup d'entre elles étaient atteintes d'une infection VIH ou avaient des membres de la famille atteints.

Il explique : «Pas un week-end ne passe sans enterrer l'un de nos collègues mort du SIDA».

Les infirmières se font soigner dans les cliniques où elles ont travaillé, ceci crée des problèmes de confiance en soi et de confiance dans leurs relations avec les patients. M. Masitsela obtient de l'aide de l'ICN, du financement de l'Organisation des infirmières danoises, de la Fondation Stephen Lewis, de BD Corporation et, à l'aide du ministère de la Santé du Swaziland, il a ouvert le Centre de travailleurs de la santé de Swaziland.

Le centre est géré par des infirmières de soins primaires pour tous les travailleurs des soins de santé. 6.225 travailleurs de la santé ont accès à des soins à cet endroit (77%). Plus important encore, depuis 2006 il y a eu beaucoup moins de migration d'infirmières et l'année dernière, il n'y en a pas eu. Le Centre a été salué comme un modèle de soins et de rétention des travailleurs en soins de santé, des centres similaires sont désormais opérationnels au Lesotho, en Zambie et au Malawi. Selon Linda Carrier Walker, directrice des Relations extérieures et développement un projet semblable est en cours en Ouganda et un autre centre est prévu en Éthiopie.



ZORGDOSSIER 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





Jacque Brotchi



Jacques Brotchi s'engage à revaloriser le statut infirmier

Conformément à son travail parlementaire réalisé à la Communauté française et au Sénat, Jacques Brotchi exposait, il y a quelques semaines, dans la Libre Belgique, sa vision du monde infirmier au XXI^{ème} siècle. De l'unification des filières de formation et du titre d'accès à la profession, à la revalorisation du statut et de l'image du

personnel en milieu hospitalier, Jacques Brotchi s'engage résolument aux côtés des infirmières et infirmiers pour leur rendre toute la considération qu'elles et ils méritent. «En tant que chirurgien, je suis bien évidemment conscient de l'importance de mon équipe médicale et des infirmiers qui la composent. Tout au long de ma carrière, j'ai cherché à donner des responsabilités à mes infirmiers et à leur permettre d'exercer le mieux possible leur art» nous explique-t-il. «Car il s'agit bien d'un art pratiqué par des professionnels diplômés et ayant suivi un cursus jalonné de nombreuses années d'études très exigeantes. Je dois bien avouer que cela me blesse, lorsque dans nos hôpitaux, j'ai le sentiment qu'on ne les considère pas à leur juste valeur. C'est notamment pour cela que je travaille à une clarification de la formation en la nivelant toujours par le haut. Nous demandons aujourd'hui l'unification vers le grade de Bachelier mais, à terme, une réflexion sur la «masterisation» me semble être en adéquation avec les tâches de plus en plus délicates et techniques que devront réaliser nos infirmiers demain.»

«Après avoir réclamé depuis des années un véritable cadastre de l'activité des infirmiers en Belgique, les premiers chiffres semblent confirmer ce que nous présumions : le problème n'est pas la pénurie mais bien le manque d'attractivité de la profession, particulièrement en milieu hospitalier. Certes, une réflexion sur des moyens supplémentaires accordés à cette profession peut être envisagée, mais ce n'est pas le seul élément. Permettons déjà à nos infirmiers, d'effectuer le travail pour lequel ils se sont formés. Dans ce sens, je maintiens que porter des plateaux repas ne nécessite pas leur niveau de compétence et que ce genre de tâche devrait être plus systématiquement déléguée à un personnel prévu à cet effet» insiste Jacques Brotchi. «En conclusion, le maître mot, concernant la problématique de l'art infirmier, n'est pas «plus» mais «mieux». Meilleure valorisation de leur travail, meilleur outil de formation, meilleure utilisation de leurs compétences. C'est dans cet esprit que je continuerai à me battre pour défendre une profession qui en a grand besoin.»

sénateur Brotchi

Vers un titre unique d'infirmière en Communauté française...



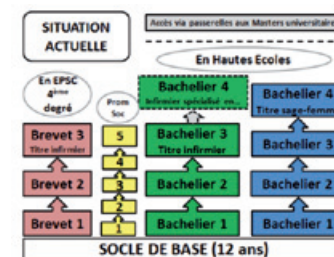
Alda Dalla Valle

Le texte ci-après est issu d'un travail de réflexion réalisé au sein de la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique. Pour le mener à bien, celle-ci s'est entourée de la collaboration d'experts tant des domaines de l'enseignement (tous niveaux et tous réseaux) que des structures professionnelles (hôpitaux, maisons de repos et de soins, soins à domicile,...).

Cette réflexion a été initiée par un constat réalisé tant par les professionnels que par les enseignants mais aussi soutenu par les étudiants. Cette proposition s'inscrit dans une évolution inéluctable tant en Europe qu'au niveau International. En améliorant la qualité des soins infirmiers par un enseignement de qualité, on renforcera la confiance et la sécurité des citoyens envers notre système de santé et ses professionnels.

Préambule

Forts des demandes réitérées depuis plus de 30 ans et plus spécifiquement des contacts argumentés de ces dernières années provenant, d'une part, des enseignants, des professionnels concernés et des employeurs belges, d'autre part, des autorités européennes, il s'avère inadéquat, en terme de Santé publique et d'équité sociale, de maintenir deux filières de formation distinctes, à savoir le bachelier en soins infirmiers et le brevet d'infirmier.



A chaque étape de la réforme de l'enseignement des soins infirmiers, des mécanismes seront créés ou adaptés (Valorisation des acquis de l'expérience VAE, passerelles, ...) de manière à respecter les droits acquis et tout professionnel, tant du secteur de la pratique que de la formation.

Une mise en œuvre progressive de la réforme sera indispensable afin de garantir la stabilité des recrutements dans les institutions de soins.

Partir du socle de base une vision finale cohérente

Considérer toute la réforme sur base d'un même socle, à savoir :

1. Avoir 18 ans au 31 décembre de l'année d'entrée
2. Avoir terminé un cycle de base de 12 ans ou son équivalent

A ce stade, l'étudiant aura une possibilité de choix entre trois options. La finalité est l'obtention d'un titre unique en soins infirmiers ou en sciences infirmières. Pour y parvenir, plusieurs «filières» sont envisageables.

1. Aides-Soignants
2. Master
3. Promotion sociale

En Belgique, la formation en soins infirmiers est du ressort des Communautés ayant l'enseignement dans leurs attributions, alors que l'accès et l'exercice de la profession est sous la tutelle du Service public fédéral de la Santé publique.

Pour rencontrer et respecter les critères de la Directive sectorielle européenne 2005/36/CE, à savoir :

- 4600 heures ou 3 ans minimum;
- Minimum 2300 heures d'enseignement clinique (stages);
- Au moins 1/3 de théorie, soit 1515 heures.

A noter que l'article 21bis, du Décret fixant l'organisation générale de l'Enseignement Supérieur en Hautes Ecoles, précise que chaque année d'études comporte des activités d'enseignement d'au moins 700 heures et d'au plus 1.200 heures. Dès lors la formation d'infirmier en Communauté française devrait s'articuler sur un cursus étalé sur 4 ans et amenant au grade de Master en soins infirmiers, répartis sur 3 années de Bachelier de transition (non professionnalisant), suivis d'une année de Master.

Cette formation en 4 ans de Master en soins infirmiers devrait être organisée en Haute Ecole avec une finalité professionnalisante, pour tous les milieux de pratique. Des options, correspondant à des Qualifications particulières (expertises), pourraient être insérées dans le cursus de dernière année.

Au terme de cette formation de Master 1, l'étudiant pourra accéder au Master 2 :

- Soit vers les spécialisations déterminées par Arrêté royal, répondant aux Titres Professionnels Particuliers en soins infirmiers;
- Soit vers des spécialisations organisées dans l'Enseignement supérieur;
- Soit vers la formation de Cadre de santé organisée dans l'enseignement de Promotion sociale.

L'obtention du Master 1 permettra également l'accès vers des formations de 2^{ème} cycle universitaire pour lesquelles une année préparatoire ne serait plus nécessaire.

Aide-soignant

Les autorités européennes et internationales de Santé Publique et de Soins Infirmiers recommandent ou contraindront à terme à un titre unique d'infirmier(e) de haut niveau et un

titre d'aide qualifiée.

Dans cette optique, il est opportun de revoir aussi la formation actuelle d'aide-soignant, et de valoriser sa fonction en portant leur durée de formation à 2 ans dans l'enseignement secondaire professionnel complémentaire du 4^{ème} degré. Ceci permettrait d'accroître son autonomie et son champ d'activités (cf liste d'activités déléguées par l'infirmier à un aide-soignant).

Le titre professionnel d'«aide-soignant» en 2 ans de formation donne accès à la deuxième année du cursus en soins infirmiers tel que mentionné ci-dessus.

D'autre part, la formation d'ambulancier spécialisé en transport médico-sanitaire (réglementation TMS de la Région wallonne) est insérée et organisée afin que le titre soit obtenu d'office au terme de la 1^{ère} année réussie du cursus d'aide-soignant. La réussite de la première année d'aide-soignant conditionne l'accès à la formation de secouriste-ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente (réglementation fédérale).

En conclusion

La réalisation effective de cette réforme, suppose qu'un encadrement pédagogique clinique adéquat (en nombre et qualifications) soit préservé, voire amélioré. Pour ce faire, un renforcement de l'enseignement clinique en Hautes Ecoles pourrait être assuré par le transfert des enseignants infirmiers du brevet infirmier vers l'encadrement clinique en Hautes Ecoles. Ceci impose une concertation étroite entre les divers niveaux d'enseignement de la Communauté française.

Par conséquent, la proposition de réforme aboutit ainsi :

- A l'obtention d'un titre d'infirmier qualifié de niveau Master, répondant aux normes internationales et aux directives européennes ainsi qu'à l'obtention d'un titre d'aide-soignant compétent;
- A l'obtention d'une structure et d'une qualification améliorées pour les secouristes-ambulanciers (projet de réforme en cours au SPF santé publique).

L'ensemble de la formation en soins infirmiers en Communauté française est ainsi «repensée», actualisée et améliorée en termes de niveaux de qualifications et en regard de l'évolution des besoins des patients et des changements de la société.

Pour le conseil d'administration de la FNIB
Alda DALLA VALLE – Présidente
www.fnib.be

vitatel
Vivre chez soi
en toute sérénité

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

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.

Vitatel 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...

Vitatel 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.vitatel.be

Vitatel, un service de l'asbl



Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg

Omzetting Europese Richtlijn

Op 19 januari van dit jaar keurde het Europees Parlement een nieuwe richtlijn goed die de Europese burgers meer rechtszekerheid moet verschaffen wanneer zij geneeskundige verzorging zoeken in een ander EU-land (beter bekend als de Richtlijn patiëntenmobiliteit). Voortaan moet een patiënt in principe geen toestemming van zijn ziekenfonds meer vragen voor gezondheidszorg over de grenzen, voor zover die zorg ook in het eigen stelsel is gedekt.

Elke lidstaat zal deze richtlijn moeten omzetten in nationale wetgeving.

Historiek

Sinds 1971 zijn er Europese regels die burgers toelaten om ook in andere Europese landen gebruik te maken van de sociale zekerheid. Deze regels gelden zowel voor dringende zorg als voor geplande zorg in het buitenland; bij geplande zorg is de toestemming van een adviserend geneesheer vereist.

Deze laatste situatie leidde tot talloze rechtszaken, waarbij het Europese Hof van Justitie (HvJ) heeft geoordeeld dat patiënten die in een andere lidstaat gezondheidszorg ontvingen, recht hebben op dezelfde vergoeding als zij bij behandeling in eigen land zouden ontvangen. Voortaan moet een patiënt in principe geen toestemming van zijn ziekenfonds meer vragen voor gezondheidszorg over de landsgrenzen, voor zover die zorg ook in het eigen stelsel van ziekteverzekering is gedekt. Een lidstaat kan nog wel een voorafgaande toestemming opleggen voor een ziekenhuisopname of voor een zeer gespecialiseerde zorg. Deze toestemming kan onder bepaalde omstandigheden niet worden geweigerd. Patiënten bij wie een zeldzame ziekte wordt vastgesteld aan de hand van een objectief klinisch onderzoek, hebben recht op zowel een behandeling in een andere lidstaat als op een terugbetaling, zelfs als die behandeling in eigen land niet aangeboden wordt.

Een zeldzame ziekte wordt hier gedefinieerd als een aandoening waaraan minder dan 5 op 10.000 mensen lijden. De meeste zeldzame ziekten worden veroorzaakt door genetische afwijkingen; een andere oorzaak is blootstelling aan bepaalde stoffen tijdens de zwangerschap, vaak in combinatie met een aangeboren gevoeligheid <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>.

De Europese Commissie schat dat momenteel ongeveer 1% van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg naar grensoverschrijdende gezondheidszorg gaat, ofwel ongeveer 10 miljard euro in de hele Gemeenschap.

HTA - een belangrijk thema uit de richtlijn

De evaluatie van een gezondheidstechnologie (Health Technology Assessment of HTA) is een multidisciplinair proces waarbij informatie over medische, sociale, economische en ethische vraagstukken in verband met het gebruik van een bepaalde gezondheidstechnologie wordt samengevat. Op dit gebied kan de Europese samenwerking een duidelijke meerwaarde bieden doordat minder vaak dubbel werk wordt verricht, waardoor de beschikbare middelen doeltreffender en doelmatiger (= kosteneffectiever) kunnen ingezet worden.

Kosteneffectiviteit houdt in dat bij elke behandeling in een welomschreven patiëntengroep volgende zaken worden berekend:

- 1) de kosten en mogelijke besparingen, wat resulteert in een netto kost of netto besparing (dit laatste indien de besparingen groter zijn dan de investering);
- 2) -minstens even belangrijk- de verwachte gezondheidswinst van de behandeling, meestal uitgedrukt in "levensjaren aan goede kwaliteit".

De afweging van de netto kosten en de gezondheidsbaten bepaalt of een technologie economisch verantwoord is en wordt uitgedrukt in een Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER).

De Europese Commissie financiert een onderzoek via EUnetHTA met als doel een effectief en duurzaam Europees netwerk voor de evaluatie van gezondheidstechnologieën tot stand te brengen. In EUnetHTA werken overheidsinstanties, onderzoeksinstituten en gezondheidsministeries met elkaar samen om effectief informatie uit te wisselen en beleidsbeslissingen van de lidstaten te ondersteunen. Het KCE is "Lead partner" van het EUnetHTA "Joint action for HTA".

Après des années d'atermoiements et de débats parfois enflammés, la directive «Soins de santé transfrontaliers» a été adoptée à une large majorité par le Parlement européen en ce début d'année 2011. Mieux encadrer les soins à l'étranger et clarifier les règles de remboursement, tels sont les principaux buts visés par cette directive. Dans sa précédente mouture, le texte avait entraîné une levée de boucliers car certains y avaient vu le risque de favoriser non pas la mobilité des patients mais du tourisme médical des patients les plus fortunés ce qui aurait pu mettre à mal les Etats membres qui n'auraient pu planifier leur offre de soins en fonction d'une demande conditionnée par la qualité proposée. Au final, le risque de médecine à deux vitesses est écarté. La directive telle qu'approuvée

par les eurodéputés garantit aux patients le droit de se faire soigner dans un autre pays membre de l'UE et sauvegarde les systèmes de protection sociale en établissant une autorisation préalable pour les soins hospitaliers ou coûteux. Les soins perçus à l'étranger seront soumis à un remboursement par la caisse nationale où le patient est inscrit, mais plafonné à hauteur du remboursement versé pour des soins similaires dans le pays d'affiliation. En termes d'information, les patients ne seront plus livrés à eux-mêmes dans leurs démarches. Pour les aider à trouver les soins les plus appropriés, les Etats membres devront en outre mettre sur pied des «points de contact» chargés de fournir tous les renseignements nécessaires sur les soins de santé disponibles à l'étranger, les

conditions de remboursement, ainsi que les modes de recours au cas où l'autorisation préalable leur serait refusée.

Voilà donc une nouvelle étape franchie vers une Europe de la santé plus concrète pour les citoyens!



Anne Delvaux, Députée européenne (PPE).

Interessante elementen om te onthouden zijn :

Don't assess medical devices as pharmaceuticals

It may be difficult to isolate the effects of non-pharmaceutical technologies from other components of the care delivery system. Devices are often used in conjunction with other interventions (such as surgery, diagnosis or monitoring) and it may be questioned whether it is possible to evaluate the specific effect(s) of certain devices on health outcomes. Some interventions can not be 'blinded' either ethically or physically. In these cases it may be more difficult to run randomized double-blind trials which are designed to eliminate bias. Medical devices generally target much smaller populations than do pharmaceuticals. Alternative designs (other than RCTs) and statistical methods could then be used for the evaluation of small samples.

HTAs should consider a wide range of evidence and outcomes

RCTs have important well-recognized, practical limitations in terms of number of questions that can be examined, sample size,

length of follow-up, inclusion of a broadly representative population, generalizability, subgroup analyses and types of outcomes assessed. Moreover, RCTs are not immune from a variety of common experimental biases related to data specifications, selective enrolment and incomplete data collection, recording, coding and follow-up. Thus, important information relevant to HTAs often must be obtained from quasi- or nonexperimental data and studies, including vigorously conducted observational studies, with appropriate control for confounding.

Involvement stakeholders

While almost all HTA organizations encourage manufacturers and other interested parties to provide relevant information and data for consideration, most do not have a formal mechanism allowing external interested parties to review and critique draft analyses and recommendations before their final determinations. These practices would further increase transparency and perception of independency and objectivity, thereby building acceptance of the process among stakeholders and improving HTA content and accuracy.

HTA should be timely

HTA is not a 'one-shot' activity and assessments need to be revised as new data become available. NICE reviews its guidance based on HTAs every three years.

Implementation of HTA findings

A recent report in the United Kingdom found that NICE guidance sometimes was not being implemented in the NHS because of inappropriate use of allocate funding, lack of horizon scanning and poor planning. One particular concern of medical technology manufacturers is that HTA may be used to pursue a cost-containment agenda. That is, negative guidance will always be implemented, whereas positive guidance often may not, because of the resource consequences.



Michael Drummond is Professor Health Economics at the University of York, Centre for Health Economics (CHE)

e-Health een ander belangrijk thema uit de richtlijn

Informatie- en communicatietechnologie bieden grote mogelijkheden om de kwaliteit, de veiligheid en de efficiëntie van de gezondheidszorg te vergroten.

Ze zorgen niet altijd voor een kostendaling maar leiden in het algemeen tot een grotere doelmatigheid.

De Europese Commissie steunt verschillende e-gezondheidsprojecten zoals:

- de specialistische hulpverlening op afstand door grote ziekenhuizen aan kleine lokale instellingen
- het op afstand lezen van diagnostische beelden
- het toezicht op chronische ziekten om patiënten in staat te stellen actief te blijven en niet in een ziekenhuis te hoeven worden opgenomen.

Conclusie

De patiënt zal meer zekerheid hebben over wat hij terugbetaald krijgt voor geneeskundige verzorging in het buitenland. Meestal zal het tarief van het land waar hij verzekerd is terugbetaald worden. Bovendien is een procedure voorzien waarbij het ziekenfonds van de patiënt het ziekenhuis in het buitenland rechtstreeks betaalt.

Deze richtlijn laat lidstaten toe om buitenlandse patiënten te weigeren wanneer er een te grote toevloed zou ontstaan. Alle Europese lidstaten zullen nationale contactpunten moeten inrichten waar de patiënt informatie kan krijgen over verzorging in het buitenland.



Hans Hellinckx is adviseur bij UNAMEC en expert reviewer aan het European Health Technology Institute for Socio-Economic Research (EHTI) <http://www.together4healthinnovation.eu/>

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2011-0007&format=XML&language=EN#BKMD-2>

Drummond MF, Schwartz JS, Jönsson B, Luce BR, Neumann PJ, Siebert U, Sullivan SD. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 24:3 (2008), 244-258

University of York, University of Pennsylvania, Stockholm School of Economics, United Biosource Corporation, Tufts University, UMIT-University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology and the University of Washington.

Annemans L, Daue F. 10 Actiedomeinen en 30 voorstellen voor het gezondheids(zorg)beleid van de toekomst. Itinera Institute analyse 2011/5 09 02 2011, 11 p.

Le Congrès National en photos et phrases-clés



“L’usage de colles synthétiques à usage cutané est une alternative intéressante aux traditionnels points de suture...”
«L’hypnose, dans le cadre de son emploi en anesthésie, en réanimation ou aux urgences est avant tout une technique de relaxation permettant une perception moins angoissante de la situation et une conscience moins intense du phénomène douloureux ressenti...»
Dr Frank Van Trimpont”



“Les médicaments seront ciblés, plus spécifiques tant dans leur forme chimique que dans leur dosage, dans leur forme galénique que dans leur posologie et leur mode d’emploi...”
Prof. Dr. A. De Wever”



“Le pharmacien est responsable de la qualité des dispositifs médicaux qu’il délivre, il doit garantir le niveau qualitatif des activités journalières de la stérilisation et la qualité des dispositifs stérilisés, il est responsable de la conformité des gaz médicaux jusqu’au patient...”
E. Gay AFMPS”

“Afin de démontrer l’impact et la valeur ajoutée de l’anamnèse médicamenteuse effectuée par le pharmacien, celui-ci rencontre systématiquement les nouveaux patients admis dans l’unité de soins et réévalue l’anamnèse effectuée...”
V. Noël et O. Tassin”



Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé

AFMPS: comment assurer l’information adéquate sur les médicaments (3)

- Centre Belge d’Information Pharmacothérapeutique asbl
- Information accessible aux infirmier(e)s sur www.cbip.be
- répertoires envoyés sur demande aux écoles d’infirmier(e)s
- répertoire envoyé à titre personnel
- exemplaires supplémentaires envoyés aux hôpitaux
- réflexion avec les associations professionnelles pour organiser la distribution des répertoires aux infirmier(e)s, notamment indépendantes
- Farmaka asbl: visiteurs médicaux indépendants des médecins généralistes (et pour mémoire Formulaire MRS financé par l’INAMI)

AFMPS/AFMPS 12.10.2014 32

«La **publicité** pour les médicaments n’est permise que vis à vis des personnes habilitées à prescrire ou à délivrer des médicaments (médecins et pharmaciens) mais l’**information** du personnel soignant par les firmes se justifie si l’utilisation et l’administration correcte du médicament l’exigent...»
M.L.Bouffieux AFMPS

Lors de la prescription d’un médicament, les indications suivantes sont mentionnées :

- ❖ Le nom de la spécialité (la dénomination commune internationale et/ou le nom commercial)
- ❖ La quantité et la posologie
- ❖ La concentration éventuelle dans la solution
- ❖ La période ou la fréquence d’administration
- ❖ Le mode d’administration

Responsabilité & obligation 120511 TL 32

«L’infirmière dite «polyvalente» d’autrefois ne trouve plus vraiment sa place dans la plupart des secteurs de soins de santé, l’accroissement des **domaines de pratique**, la complexité des soins liée à l’explosion et l’évolution des **techniques médicales** ainsi que les **exigences** des patients imposant des soins de qualité, déterminent des compétences nouvelles...»
«Tout praticien (médecin, infirmier, ...) peut se tromper sans commettre de faute car, en matière de santé, aucun résultat n’est acquis et l’infirmière a droit à l’erreur, dès lors que la méthode (technique de soins, ...) n’est pas en cause, toutefois, en médecine, le droit à l’erreur n’existe plus vraiment ... et à l’obligation de **moyens** s’ajoute, voire se superpose, celui de **résultats** ce qui impose des compétences nouvelles ...»
Thierry Lothaire



Quelques principes utiles ...

Actes ≠ Activités
Fonction ≠ Titre
Titre ≠ Qualification
Expérience ≠ Formation
Spécialisation ≠ Expertise
Mais Spécialisation = Titre professionnel particulier
Expertise = Qualification professionnelle particulière

Responsabilité & obligation 120511 TL 32



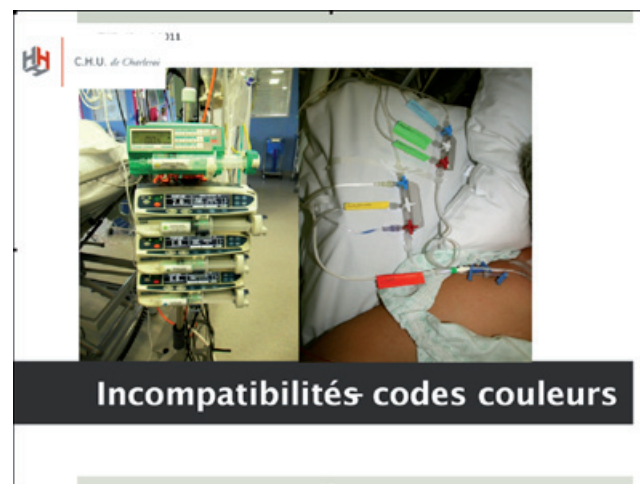
La pharmacie clinique en Belgique

Depuis lors...

- Projets pilotes, surtout dans hôpitaux universitaires
 - Publications démontrant un bénéfice
- Adaptation des programmes d'enseignement
- Juillet 2007: 1^{er} financement SPF
 - 20 ETP dans 28 hôpitaux
- Juillet 2010 : 2^e financement SPF
 - 56 hôpitaux disposent de 0.5/1 ETP financé par le SPF
 - Autres postes financés par les hôpitaux eux-mêmes

«La pharmacie clinique tient à optimiser l'utilisation des médicaments en assurant un usage aussi efficace, sûr et économique que possible, tant dans l'intérêt du patient que de la société...»

Anne Spinewine



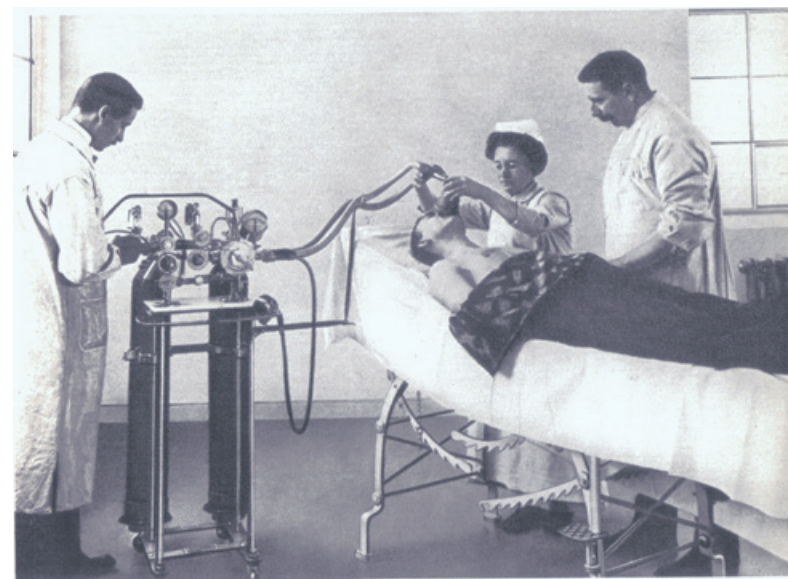
«Nous avons construit un outil permettant de gérer les incompatibilités d'injections médicamenteuses...»

«Bien que les erreurs ne soient pas plus fréquentes avec les médicaments injectables, les conséquences d'une erreur sont beaucoup plus graves...»

Gestion des risques liés aux injectables dans une unité de soins intensifs

E. Pasetti*, M. Generet** P. Biston*, T. Kimbimbi*, C. Danguy**, S. Ninite*
Département des soins intensifs (*) et de la pharmacie (**) du CHU de Charleroi (Hôpital A. Vésale Montigny-le-Tilleul)

Art de Soigner et Art de Guérir.



MACHINE AUTOMATIQUE A ANESTHÉSIE (système Draeger)
Début du XX^e siècle

L'art désigne un savoir faire.

Guérir, faire cesser une maladie, blessure ou infirmité, est une exclusivité médicale. Cependant, les médecins soignent aussi souvent qu'ils ne guérissent...

L'art de soigner est généralement associé au domaine de l'art infirmier,

La médecine s'adresse à l'un et à l'autre.

La complémentarité des deux professions est évidente, leur sujet et leur objectif sont pareilles.

L'encadrement législatif est bureaucratique et à contrario.

La première publication des listes des prestations appartenant à l'art infirmier et d'actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier a définie le champ opératoire de chacun; à contrario toute autre prestation exécuté par un(e) infirmier(e) relève de la pratique illégale de la médecine. Initialement très restrictives, ces listes ont subi des révisions successives nécessitées par les conditions du terrain.

Le transfert de charges vers des non-médecins repose sur une contrainte d'augmentation de la demande plus que d'économie. Les missions des médecins devraient continuellement être

Dr Gepts Elisabeth
Anesthésiste
CHU Charleroi



redéfinies pour qu'ils soient utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation. Ainsi des professions de santé assument des activités qui auraient justifié la seule intervention des médecins il y a 20 ou 30 ans mais, les compétences évoluant, ne la nécessitent plus actuellement.

L'anesthésie ne guérit rien, c'est par excellence une pratique de support des fonctions physiologiques. Initialement administrée par les religieuses et les infirmières, l'anesthésie se soldait d'une grande morbidité et mortalité, non pas parce qu'elle était administrée par des non médecins, mais par manque de connaissances pharmacologiques et pathophysiologiques. La médicalisation de l'anesthésie en Belgique est totale, la participation de l'art infirmier est très limitée.

Les charges de travail en anesthésie sont en augmentation, les ressources humaines n'évoluent pas. Le code de déontologie en anesthésie prévoit l'obligation de désigner une personne compétente qui assurera la surveillance, à l'exclusion de toute autre activité, pendant l'absence du médecin anesthésiste appelé à s'acquitter d'une autre tâche. Cette disponibilité et les compétences exigées doivent être définies.

Nous voyons apparaître dans la littérature des propositions de transfert de tâche quant à l'administration de sédation. Il est donc clair que la demande de sédations n'est pas rencontrée, que les charges dépassent les capacités des médecins anesthésistes dans le mode de fonctionnement actuel.

Ces sédations sont assurées dans des conditions de sécurité et d'encadrement bien en dessous des conditions au quartier opératoire mais sont moins bien rétribuées par l'INAMI que l'anesthésie chirurgicale. Le manque de disponibilité des médecins anesthésistes, cloués à une activité au quartier opératoire rentable, induit une diminution de la sécurité et de la qualité pour le malade.

D'autres spécialités médicales ont accordé un champ d'action plus large à l'Art Infirmier afin de rencontrer la situation socio-économique et les exigences de qualité et de sécurité : SISU, sage-femme.

Pour le maintien de la qualité il est plus que temps de rencontrer les besoins en anesthésie par une actualisation des listes et l'organisation de formations complémentaires.

Philippe Somers
infirmier spécialisé en anesthésie
CHU Charleroi



L'avis de BANA

Extrait du congrès du 1er avril 2011 «L'art de guérir, l'art de soigner» : la réflexion de la BANA (Belgian Association of Nurse Anaesthesia)

La collaboration entre médecin-anesthésiste et infirmiers spécialisés en aide-anesthésie

La délégation de tâches et de compétences médicales vers des personnels non-médicaux est un débat récurrent qui a été exacerbé ces dernières années par la menace du déficit démographique médical qui pèse sur certaines spécialités dont l'anesthésie. Les infirmiers spécialisés en anesthésie pourraient représenter une opportunité pour limiter les conséquences d'une réduction du nombre des médecins anesthésistes. Les infirmiers spécialisés,

pourraient devenir de proches collaborateurs des anesthésistes. Ce personnel infirmier, qualifié et diplômé serait le seul habilité à effectuer des actes relevant de leur seule compétence et à la mesure de leur qualification. Ainsi, ils ne se substitueraient pas aux médecins anesthésistes qu'ils assisteraient, mais qu'ils ne remplaceraient pas. Tout en restant dans les limites des compétences. Nous souhaiterions un fonctionnement binôme anesthésiste /infirmier spécialisé en anesthésie avec le modèle des obstétriciens et sages femmes (les sages femmes s'occupent des accouchements eutociques et l'obstétricien des accouchements dystociques). Certains diront, à tort, que les infirmiers spécialisés en aide anesthésie sont : «de petits médecins», «de super infirmiers» ou encore des «cowboys»; mais connaissant nos limites de compétence,



nous restons conscients que «l'anesthésiste, de part sa formation et ses compétences, reste le superviseur nécessaire de l'anesthésie». Nous restons des soignants à part entière.

Le devenir ?

Depuis peu, l'APSAR (association professionnelle des anesthésistes-réanimateurs), a reconnu la place de l'infirmier spécialisé en anesthésie au bloc opératoire. Les infirmiers spécialisés en anesthésie se poseraient comme des partenaires exclusifs et à haute technicité des médecins anesthésistes. Nous assurerions de part notre formation en soins, une relation spécifique auprès du patient, et serions garants d'une sécurité optimale au décours de tout acte d'anesthésie. Sans nous substituer au médecin, la fonction d'infirmier spécialisé en anesthésie serait très certainement amenée à évoluer pour faire face à la menace du déficit médical. L'infirmier spécialisé en anesthésie pourrait durant la période per-opératoire faire face à des défaillances physiologiques en pratiquant un diagnostic infirmier basé sur une observation clinique. Nous devrions donc apporter par le fruit de notre réflexion professionnelle et par l'acquisition de cours théoriques ainsi que pratiques, des actes thérapeutiques afin de garder les fonctions d'homéostasies du patient en appliquant des protocoles, dans l'attente du médecin anesthésiste, joignable à tout moment. Les anesthésistes partie prenante dans la formation de «infirmier spécialisé en anesthésie» sont les acteurs principaux de la formation. Cette dernière devrait forcer la confiance que cette spécialité médicale met dans la «profession» d'infirmier spécialisé en anesthésie.

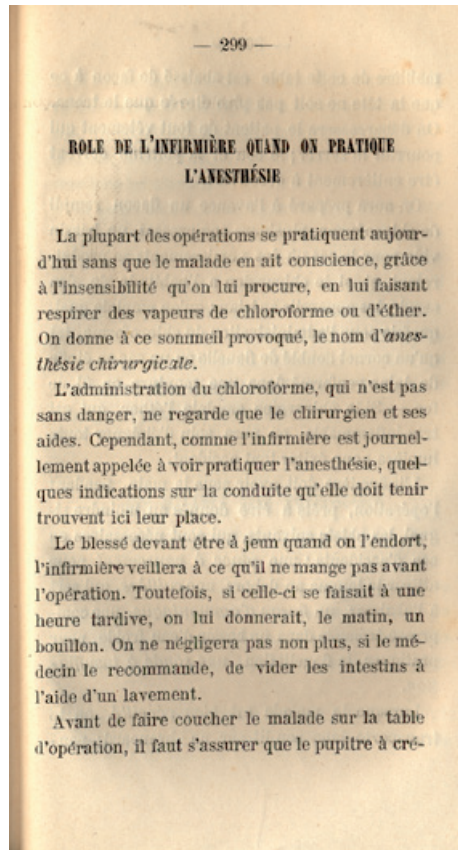
Force de constater :

En Belgique, il n'existe pas encore de texte de lois spécifiques à la formation d'infirmier spécialisé en anesthésie, ni de liste d'actes spécifiques. Actuellement, nous ne pouvons pratiquer aucun acte d'anesthésie sous peine de tomber dans l'exercice illégal de la médecine. Nous avons besoin d'un cadre législatif pour exercer notre profession en toute sécurité et égalité.

En conclusion :

La spécialisation infirmier aide en anesthésie a été conçue et créée, pour permettre des délégations de tâches, sans pour autant démedicaliser l'acte d'anesthésie. En pratique, l'infirmier aide en anesthésie serait amené à appliquer des stratégies et des techniques prescrites comme l'intubation, à assurer l'entretien de l'anesthésie et la surveillance du patient, suivant des protocoles établis avec des garde-barrières. L'infirmier spécialisé en anesthésie est bien le collaborateur de l'anesthésiste-réanimateur, jamais en concurrence mais en parfaite complémentarité. Tous deux contribuant largement à la qualité des actes et soins spécifiques à l'anesthésie et à la sécurité des patients. De plus, la délégation des tâches permettrait au médecin-anesthésiste de se concentrer sur la partie la plus pointue de son expertise et d'offrir une pratique d'avant-garde.

Journée d'étude de l'APSAR «SURVIVAL of ANAESTHESIA or THE ANAESTHESIOLOGIST ?» 19/02/2011.



rubrique internationale rubriek

EfCCNa : Société européenne des soins intensifs, nous sommes partenaires.

L'EfCCNa a été fondée en 1999, elle compte actuellement 24 associations nationales membres. Elle représente environ 20.000 infirmières européennes en soins intensifs. Sa mission est, depuis sa création, de promouvoir la collaboration et l'équité entre les associations membres afin d'améliorer les soins intensifs infirmiers auprès des patients gravement malades et de leurs familles. EfCCNa offre une occasion unique pour les infirmières européennes en soins intensifs de travailler comme des partenaires égaux dans la promotion de la pratique infirmière, de l'éducation, de la gestion et de la recherche.

Objectifs :

- Représenter les infirmières de soins intensifs au sein de l'Europe;
- Promouvoir la coopération et la collaboration entre les infirmières de soins intensifs européennes;
- Faire progresser l'art et la science en soins infirmiers en soins intensifs dans les pays européens;
- Améliorer la reconnaissance des soins intensifs infirmiers par toutes les institutions européennes de soins de santé en agissant comme porte-parole au sein de la communauté européenne;
- Maintenir une coopération efficace entre tous les professionnels des soins de santé, institutions, agences et organismes de bienfaisance qui ont un

intérêt professionnel dans les soins aux patients gravement malades;

- Etablir des normes pour l'éducation, la pratique et la gestion des soins intensifs infirmiers;
- Harmoniser les programmes de formation en soins intensifs infirmiers en Europe;
- Promouvoir les conférences, les congrès et les formations continuées pour les infirmières en soins intensifs.

Projets :

- Types de pratiques nutritionnelles au sein des unités de soins intensifs européennes (2003, publié en 2007).
- Priorités de recherche des infirmières en soins intensifs pour adultes dans 20 pays européens: une étude Delphi (2010).
- Étude E-Link : analyse des connaissances des infirmières de soins intensifs en Europe.
- "Attitudes des professionnels lors de manœuvres de réanimation". Déclaration conjointe: «La présence de membres de la famille au cours de réanimation cardio-respiratoire», en collaboration avec la Société européenne de pédiatrie et de soins intensifs néonataux et de la Société européenne de cardiologie, du Conseil sur les soins infirmiers cardiovasculaires et professions connexes.

L'énoncé de position a été traduit en cinq langues différentes et publié dans diverses revues. (Paris 2002).

- La fin de vie en soins intensifs, avis des professionnels européens (Amsterdam 2005, publié en 2008).
- L'autonomie professionnelle, la collaboration «infirmière-médecin» et la détresse morale en services de soins intensifs en Europe (Florence, 2008).
- Recommandations d'un programme de maîtrise en sciences infirmières en soins intensifs (2004).
- Ratio personnel-patient pour les unités de soins intensifs européennes (2007).
- Des congrès par des infirmières pour les infirmières (Bruxelles 2010).
- Protocoles, procédures, échange des meilleures pratiques en soins intensifs infirmiers par un comité de pratique professionnelle (Berlin 2010).

EfCCNa est membre de la Fédération Européenne des Associations Infirmières - EFN
EfCCNa - la voix puissante et collective des infirmières en soins intensifs d'Europe!
<http://www.efccna.org/>



Lettre ouverte du Conseil international des infirmières

au Dr Margaret Chan,
Directrice générale de l'OMS
aan Dr Margaret Chan,
Directeur general van het WHO



Rosemary Bryant



“Chère Dr Chan,
 Concerne : Les infirmières exclues des décisions politiques de l'Organisation mondiale de la santé
 En tant que Présidente du Conseil international des infirmières (CII), je vous écris pour vous faire part d'une extrême préoccupation devant l'exclusion des infirmières des prises de décisions politiques au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
 Cette préoccupation a été exprimée lors d'une une résolution urgente* adoptée par l'organe décisionnel du CII à l'occasion de sa conférence bisannuelle à la Valette, Malte, le 2-7 May 2011. Les représentantes officielles des organisations nationales d'infirmières membres du CII ont aussi décidé, à l'unanimité, de demander au Directeur général de l'OMS de pourvoir et de financer des postes à responsabilité réservés à des infirmières à tous les niveaux de l'Organisation.
 Alors même que les systèmes de santé traversent une période d'intenses réformes destinées à améliorer tant l'accès aux soins de santé que la rentabilité des services, on ne comprend pas que l'OMS, qui plaide pour la pleine participation du personnel infirmier à l'action des équipes de santé, continue d'exclure les infirmières des grandes décisions politiques prises en son propre sein.
 La prochaine Assemblée mondiale de la santé sera saisie d'une résolution consacrée aux soins infirmiers et obstétricaux. Dans ce contexte, nous exhortons les États membres à s'associer à l'appel lancé au Dr Chan afin qu'elle remédie à l'absence étonnante de postes de direction réservés aux infirmières à tous les niveaux de l'OMS, notamment à son Siège de Genève et dans ses bureaux régionaux, en commençant par le rétablissement du poste d'infirmière experte scientifique en chef de l'OMS.
 Nous soulèverons le problème lors de l'Assemblée mondiale et nous espérons que vous pourrez nous indiquer, dès que possible, comment vous allez aborder ce sujet.

Rosemary Bryant, Présidente

Le Conseil d'administration et le Conseil des représentantes nationales du Conseil international des infirmières adoptent la résolution suivante :

Le Directeur général de l'OMS devrait financer et pourvoir des postes de direction dans le domaine des soins infirmiers à tous les niveaux de l'Organisation. Le Directeur général devrait à cette fin lancer la procédure de recrutement d'infirmières expertes dûment qualifiées et pourvoir rapidement aux postes actuellement vacants au Siège de l'OMS, ainsi que dans ses bureaux régionaux et nationaux, de manière à disposer, à l'échelle de l'organisation tout entière, d'un encadrement qui facilite la pleine contribution des infirmières à la gamme entière des responsabilités de l'OMS.
 Résolutions et décisions adoptées lors de l'assemblée mondiale de la santé :
www.who.int ou www.fnib.be (News)

Onderwerp : Verpleegkundigen worden uitgesloten bij de verschillende discussie's van de WHO.

Rosemary Bryant, Voorzitter

L'anthropologie au service de la justice

L'anthropologie médico-légale, discipline scientifique relativement jeune en Belgique, a pris son essor et tout son intérêt lors d'affaires criminelles exceptionnelles telles que l'affaire «Dutroux», l'affaire «Fourniret» ou celle du «dépeceur de Mons».

L'anthropologie médico-légale doit répondre à de nombreuses questions dont la première est primordiale à savoir : «sommes-nous en présence de restes humains» ? En effet, la distinction entre les ossements animaux et humains fait appel à l'anatomie comparée mais également à l'histologie des tissus osseux. La confusion sera d'autant plus grande lorsque nous serons en présence de pièces anatomiques appartenant à de nouveau-nés ou à de jeunes enfants dont la croissance osseuse est a fortiori incomplète.

Le sexe peut être déterminé par l'analyse du squelette post-crânien, essentiellement par l'étude des caractéristiques de dimorphisme au niveau de l'os coxal. La fiabilité de la détermination du sexe à partir de la tête osseuse peut également s'avérer relativement valable.

L'âge est un paramètre à la fois crucial mais délicat à estimer. Les phénomènes de vieillissement peuvent affecter de manière très différente, les squelettes d'individus d'âge chronologique identique. Ce vieillissement dépendant en effet de facteurs génétiques mais également environnementaux et autres.

L'estimation de l'âge chez les nouveau-nés et les jeunes enfants se réalisera préférentiellement sur les éléments ostéologiques de la croissance, à savoir respectivement sur les centres d'ossification et les stades de fusion métaphysaire. L'odontologie sera également d'un apport tout particulièrement précieux.

Chez l'adulte, les méthodes les plus couramment employées s'appuient sur l'examen des surfaces de plusieurs sites ostéo-articulaires. L'étude de la symphyse pubienne et des articulations chondro-costales, et plus précisément des extrémités osseuses, s'avère un allié des plus précieux dans cette estimation de l'âge au décès (figure 1 : symphyse pubienne).

L'étude des sutures crâniennes reste utile mais d'une précision assez limitée. Seule l'analyse conjointe des sutures ectocrâniennes (externes, visibles d'emblée) et des sutures endocrâniennes (internes, nécessitant l'ouverture du crâne) peut espérer aboutir à une précision valable (figure 2 : sutures crâniennes).

La taille d'un individu est estimée en mesurant dans un premier temps la longueur d'une pièce osseuse de type long (fémur, tibia, fibula). Cette donnée est soit rapportée à une table de mensurations selon le sexe ou soit introduite dans des équations de régression, en tenant compte également du sexe et de l'âge de la personne.

L'appartenance géographique¹ est à notre époque, un paramètre très discuté eu égard au brassage des populations. Les caractères spécifiques d'une appartenance géographique type



Figure 3 Orifice d'entrée balistique au niveau de l'os temporal - vue ectocrânienne (avec l'aimable autorisation du Musée de la Police (Police fédérale - Belgique))

sont retrouvés au travers de toute l'étude anthropologique et anthropométrique du squelette (tête osseuse, scapula, os longs).

L'examen soigneux des restes humains permet de découvrir des anomalies morphologiques (déformations de la colonne vertébrale par exemple). Cet examen peut également révéler des données pathologiques (pathologies osseuses diverses) et traumatiques (fractures récentes ou séquelles de fractures anciennes, matériel d'ostéosynthèse, trépanation, amputation).

Le délai post mortem de longue durée reste une question extrêmement problématique quoique fondamentale. La dégradation des différents tissus du corps dépendra de nombreux facteurs liés aux conditions du décès de la personne (le climat, les saisons, la nature du terrain, la flore, la faune, les conditions d'inhumation, le milieu - air libre ou aqueux par exemple).

Ce délai nécessitera donc l'intervention d'autres disciplines telles que l'entomologie, la botanique, la géologie. De nouvelles méthodes, basées sur la durée de vie des isotopes, sont actuellement en développement.

Les indices de criminalité vont requérir la présence du médecin légiste qui va pouvoir mettre en rapport les lésions ou les traces observées sur les pièces osseuses avec par exemple une arme blanche, un objet contondant, un passage de projectile d'arme à feu, etc., et déterminer ainsi d'une part l'intervention d'un tiers, et d'autre part les causes du décès (figure 3 : passage balistique).

L'anthropologie médico-légale étant également anthropologie physique, elle s'applique à la personne vivante par l'estimation de l'âge² ou par l'évaluation anthropométrique d'un individu lors de situations particulières (par exemple lors de comparaisons d'images).

Nous constatons que la démarche scientifique de l'anthropologie médico-légale - comme toute activité médico-légale - est un travail d'équipe associant un ensemble de spécialistes allant d'experts de la recherche et de la fouille en passant par les spécialistes de l'identification, du laboratoire de police scientifique, de la médecine légale et de l'odontologie médico-légale.

1 Anc. race ou ethnité.
2 L'âge estimé peut orienter les prises de décision en fonction des juridictions spécifiques.

Publications

1. Beauthier J-P, Lefèvre P, Orban R, Polet C, Grévin G, Quatrehomme G. L'anthropologie et la personne décédée. In: Beauthier JP, ed. Traité de médecine légale. Bruxelles: De Boeck Université; 2008; 423-82.
2. Lefèvre P, Van Sint Jan S, Beauthier J-P, Rooze M. Hand Skin Reconstruction from Skeleton Landmarks. Hands and Identification. Int J Legal Med 2007; 121 (6):511-5.
3. Lefèvre P. Etude anthropométrique de la main - Le volume et son utilisation pour l'aide à l'identification des personnes [Thèse de Doctorat en Sciences biomédicales et pharmaceutiques]. Bruxelles: Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles, 2009.
4. Beauthier J-P, Lefèvre P, Meunier M, et al. Palatine Sutures as an Age Indicator: A Controlled Study in Elderly. J Forensic Sci 2010; 55 (1):153-8.
5. Beauthier J-P, Lefèvre P, Werquin JP, et al. Sutures faciales et estimation de l'âge au décès chez l'adulte. Biom Hum Anthropol 2008;26 (3-4):129-39.
6. Lefèvre P, Beauthier J-P, Meunier M, Orban R, Polet C, Rooze M. Comparaison et fiabilité de la région du ptérior par rapport aux sutures ectocrâniennes classiques dans l'estimation de l'âge osseux. Biom Hum Anthropol 2005;23 (1-2):15-22.
7. Beauthier J-P. Contribution à l'approche anthropologique et médico-légale des sutures viscérocrâniennes utiles dans l'estimation de l'âge au décès (sutures palatines, fronto-naso-maxillaires et zygomatiques) [Thèse de Doctorat en Sciences médicales]. Bruxelles: Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles, 2009.
8. Beauthier J-P, Lefèvre P, Werquin JP, et al. Les sutures crâniennes ont-elles encore une place dans l'évaluation de l'âge au décès ? J Méd Lég Droit Méd 2008; 51 (4-5):203-20.
9. Beauthier J-P, Boxho P, Crèvecoeur JM, Leclercq M, Lefèvre P, Vogels L. Mission du team belge au Kosovo, science et justice à la rencontre du drame humain - premiers résultats. Biom Hum Anthropol 2000; 18 (1-2):43-8.
10. Beauthier J-P, Lefèvre P. Rôle des médecins légistes, anthropologues et odontologues lors d'activités au sein du team belge d'identification des victimes (Belgian DVI team). Revue de l'organisation et de la gestion de ces situations dans le but d'une identification optimale des victimes. Biom Hum Anthropol 2008; 26(1-2):45-56.
11. Beauthier J-P, Lefèvre P, De Valck E, De Winne J. Mass Disaster Victim Identification: the Tsunami Experience (December 26, 2004). The Open Forensic Science Journal 2009; 2: 54-62.
12. Beauthier J-P, Lefèvre P. Gestion de l'identification des victimes lors de catastrophes majeures. L'expérience du tsunami du 26 décembre 2004. Rev Med Brux 2007; 28 (6):512-37.
13. Beauthier J-P. Traité de médecine légale. Editions De Boeck Université. Bruxelles. 2008 (Nouvelle édition en préparation)

Jean Pol Beauthier est docteur en Sciences médicales et professeur de médecine légale à l'Université Libre de Bruxelles (unité de médecine légale - laboratoire d'anatomie, de biomécanique et d'organogenèse). Il est

Les professeurs J.P. Beauthier (à droite sur la photo) et Ph. Lefèvre lors de l'expertise des reliques de Sainte Rolende - Gerpinnes 2007



collaborateur scientifique à l'Institut royal des Sciences naturelles de Belgique (laboratoire d'anthropologie - département de paléontologie).

Philippe Lefèvre est docteur en Sciences biomédicales et pharmaceutiques. Professeur d'anatomie humaine à la HE Charleroi Europe il est également collaborateur scientifique au laboratoire d'anatomie, de biomécanique et d'organogenèse (Faculté de Médecine - ULB) et au Centre de Médecine Légale de Charleroi.



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 B nr. 24 bus1 • B-2220 Heist-op-den-Berg • TEL +32 15 76 12 25 • FAX +32 15 76 12 26
www.medicaleessentials.be • info@medicaleessentials.be

«Allergie à l'iode» : le point sur la question

Auteur(s)
DEWACHTER P. ⁽¹⁾; TRECHOT P. ⁽²⁾; MOUTON-FAIVRE C. ⁽¹⁾;
Affiliation(s) du ou des auteurs
⁽¹⁾ Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU, hôpital central, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54035 Nancy, FRANCE
⁽²⁾ Service de pharmacotoxicologie, CHU, hôpital central, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54035 Nancy, FRANCE

Résumé / Abstract

Objectif

Le but de cette revue générale a été de proposer une conduite diagnostique et de prévention à tenir ultérieurement chez les patients ayant présenté une réaction d'hypersensibilité immédiate avec un médicament iodé.

Source des données
Recherche dans la banque de données PubMed® des articles de langue anglaise et française publiés de 1967 à 2004. Des références complémentaires provenant de la bibliographie des articles sélectionnés ou de la base de données des auteurs ont été ajoutées.
Les mots clés employés séparément ou en combinaison étaient: Hypersensitivity, Immediate, Allergy, Contrast Media, Povidone-Iodine, Iodine, Iodine Compounds, Iodides, Amiodarone, Seafood, Parvalbumins, Tropomyosin.

Sélection des travaux
Ont été sélectionnées les études randomisées, les études épidémiologiques, les articles originaux, les cas cliniques et les lettres à la rédaction.

Synthèse des travaux
L'implication de l'iode n'a jamais été démontrée au cours des réactions d'hypersensibilité allergique IgE-médiée avec un médicament iodé.
En revanche, des réactions d'hypersensibilité allergique IgE-médiée ont été décrites avec les produits de contraste iodés et les antiseptiques iodés qui font l'objet de cette revue générale.
Par extension, les réactions d'hypersensibilité allergique IgE-médiée aux produits de la mer seront évoquées car souvent indûment considérées comme un facteur de risque de réaction aux médicaments iodés.
La séquence allergénique responsable de la sensibilisation des patients n'est pas connue pour les produits de contraste iodés. En revanche, il s'agit probablement pour la polyvinylpyrrolidone iodée de la povidone qui correspond au transporteur d'iode. Pour les poissons et pour les crustacés et mollusques, il s'agit respectivement de la protéine M et de la tropomyosine qui sont toutes les deux des protéines musculaires.
Lors de la survenue d'une réaction d'hypersensibilité immédiate avec un médicament iodé, un bilan biologique immédiat et un bilan cutané à distance s'imposent afin de prouver le mécanisme immunologique, d'identifier le médicament ou la substance en cause et de rechercher une éventuelle réactivité croisée notamment pour les produits de contraste iodés.

Conclusion
La question sur «l'allergie à l'iode» ne doit plus être posée au patient parce qu'elle induit une réponse inappropriée de sa part ainsi qu'une attitude thérapeutique non fondée et aléatoire de la part du praticien. Seul un diagnostic formel d'allergie médicamenteuse, fondé sur l'histoire clinique, la biologie et les tests cutanés, permet de mettre en place les mesures de prévention adaptées.

Annales françaises d'anesthésie et de réanimation
Volume 24, numéro 1
pages 40-52 (janvier 2005)
© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.



Conduite à tenir devant une réaction d'hypersensibilité de type immédiat

En l'état actuel des connaissances, la conduite à tenir pratique suivante peut être proposée. Tout patient ayant présenté une réaction d'hypersensibilité de type immédiat après injection de PCI ou application de polyvinylpyrrolidone iodée doit bénéficier d'un bilan biologique immédiat (histamine plasmatique, tryptase sérique) et d'un bilan cutané à distance (prick-tests et intradermoréactions) avec l'ensemble des médicaments et/ou substances administrés afin de confirmer le mécanisme immunologique de la réaction et la responsabilité du médicament incriminé.

Conclusion
L'allergie à l'iode est une expression qui fait partie de la sémantique médicale quotidienne mais ne correspond à aucune entité clinique identifiée. Il s'agit d'une expression à bannir du langage médical. Les produits de contraste iodés et la povidone iodée peuvent déclencher une réaction allergique indépendamment de l'iode qu'ils comportent. Le diagnostic d'allergie à un médicament est fondé en l'état actuel des connaissances sur la réalisation des tests cutanés, gold standard de l'allergologie, confrontés à la clinique et au dosage des médiateurs. Le diagnostic d'allergie à un médicament iodé impliquera l'éviction définitive de celui-ci et non de la contre-indication de l'ensemble des médicaments iodés.

PCI : produit de contraste iodé
Prick-tests : piqûre superficielle de l'épiderme au centre d'une goutte de PCI pur déposé sur l'avant-bras
Les principaux produits iodés antiseptiques comprennent les iodophores dont le plus connu est la polyvinylpyrrolidone iodée ou povidone iodée.



réseau iris structuur

Institut Jules Bordet

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 Opératoire, 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

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



réseau iris structuur



Parce que l'humain est essentiel

La Clinique Ste-Anne St-Remi, clinique dynamique de 258 lits, située à 1070 Anderlecht à proximité des stations de métro Jacques Brel et Delacroix, recherche, pour engagement immédiat, (m/f)

- Sage femme en chef pour la maternité**
- Infirmier(e)s bachelier(e)s pour la revalidation et l'hôpital de jour chirurgical**
- Infirmier(e)s de jour et de nuit pour les unités d'hospitalisation**
- Aide administrative pour l'hôpital de jour chirurgical**
- Infirmier(e) pour la salle de réveil (QO)**
- Infirmier(e)s de nuit pour la pédiatrie et néonatalogie**
- Infirmier(e) gériatrique**
- Infirmier(e) pour la psychiatrie**



SARE
Clinique Ste-Anne St-Remi Kliniek vzw

Intéressé(e)?
Si vous correspondez à ce profil et souhaitez rejoindre nos équipes, merci d'envoyer votre candidature (cv + lettre de motivation), à l'attention de Madame Isabelle Duvillier, Clinique Ste-Anne St-Remi, Boulevard J. Graindor 66, 1070 Bruxelles, e-mail: isabelle.duvillier@tristare.be

www.dfb.net

Une revue, un lien



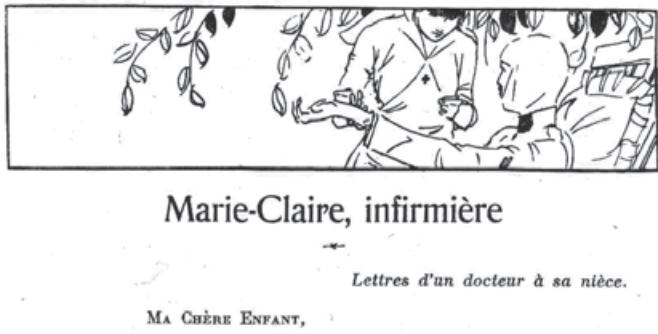
Combien il est difficile pour une association professionnelle de maintenir en vie une revue qui reflète ses idées, qui se veut une interface avec son public, à qui elle a toujours demandé de s'exprimer en nombre et en qualité. Le cheminement des publications de la FNIB et de la FNBV est le reflet de cette volonté d'exister, d'être un lien, au-delà des difficultés rencontrées.

En février 1919 est créée la première association professionnelle d'infirmières, l'Union. Quelques mois plus tard, l'Union se dote d'une revue bien modeste, L'Infirmière belge :

«Il fallait à l'Union un organe qui fut un lien entre les membres en même temps qu'un moyen de propagande, auprès des infirmières non affiliées».

En août 1921, elle prend le nom de Revue de l'infirmière, organe de la FNIB créée en 1922², et devient mensuelle. A partir de janvier 1924, la publication est bimestrielle mais surtout bilingue, représentant les deux associations FNIB et NVBV, sous le titre Revue de l'infirmière-De Verpleegster. Elle cesse de paraître dès juillet de la même année, en cause des soucis financiers³, pour renaître en janvier 1925 sous le titre L'infirmière-De Verpleegster. Mais en janvier 1926 la revue se scinde en deux éditions linguistiques. Il faut attendre le début de 1931 pour une nouvelle publication bilingue, et ce jusqu'aux deux premiers numéros de 1940. La revue est alors suspendue pendant la guerre et remplacée par quelques Bulletins : 4 en 1941, 2 en 1942 et également en 1943⁴. L'après-guerre voit se développer des éditions séparées, puis de nouveau pendant dix ans une revue commune FNIB-NVBV (1972-1981). En 1983, les deux associations se séparent et font paraître leur propre organe⁵. Automne 2010, Agora voit le jour et s'adresse à tous les professionnels de la santé.

Quels auteurs, quels articles depuis les premières parutions ? La revue a toujours ouvert ses colonnes aux personnes étrangères à la profession infirmière : médecins, juristes, hauts fonctionnaires... Majoritaires dans le comité de rédaction (19 sur 25 membres), les médecins rédigent plus de 50% des articles



Een tijdschrift

In februari 1919 heeft de eerste professionele beroepsvereniging voor verpleegkunde een vaktijdschrift UNIE uitgebracht, maar hiervan bestaan geen exemplaren.. In augustus 1921 gebruikte FNIB de naam "Tijdschrift voor de verpleegkundige" dat maandelijks uit werd gegeven. In januari 1924 was de publicatie om de twee maand, en tweetalig, dus representatief voor de twee organisaties FNIB-NVBV. De verpleegkunde kwam in juli van dat zelfde jaar in de financiële problemen, maar in januari 1926 konden er weer twee edities gedrukt worden met de titel "De Verpleegster", we moeten wachten tot januari 1931 voor de nieuwe

en 1921, de même en 1931⁶. Mais au terme de cette décennie, leur contribution n'est plus que de 20%. A l'inverse, la participation des infirmières passe de 21% (1921) à 32% (1931) puis à 66% (1939). La morale professionnelle est le thème le plus présent dans les premières années de la publication, notamment avec la parution d'un feuilleton Marie-Claire, Infirmière, sous forme de lettres d'un médecin à sa nièce, série qui se déclinera pendant cinq ans. Ce premier thème est peu à peu remplacé par des articles d'hygiène sociale (lutte contre la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, protection de la femme enceinte...) : «Guérir est le mot d'hier, prévenir est le divin murmure de demain⁷». Le rôle que doit y jouer l'infirmière est omniprésent : «L'infirmière bien préparée est le rouage indispensable pour mettre en action la machine sociale car, sans elle, les roues qui composent l'engrenage ne se rencontrent pas⁸.» Les articles traitant des revendications professionnelles reflètent, tout au long des revues, les positions des associations : conditions de travail, formation de qualité et spécialisation, protection du titre, rémunérations. Ils deviennent plus incisifs après la Deuxième Guerre mondiale avec notamment la promotion du Conseil général du nursing, des normes en personnel, de l'art de soigner.

Au terme de ce petit article sur le cheminement des revues de la FNIB-NFBV, nous ne pouvons que souhaiter qu'Agora soit le lieu de discussions, de débats et de liens, l'organe fédérateur de tous les professionnels de la santé.

Arlette JOIRIS
Historienne

- 1 Revue de l'infirmière, organe de la FNIB, 1ère année, n°10, mai 1922, pp.1-2. Nous n'avons malheureusement pu dépouiller l'infirmière belge dont les numéros n'ont pu être retrouvés dans différentes bibliothèques.
- 2 La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique est organisée en deux sections linguistiques, FNIB et NVBV, sous une même présidence, celle de Jeanne Hellemans jusqu'en 1933.
- 3 L'infirmière- De Verpleegster, n°1, 1925, encart.
- 4 C. MECHLYNCK, La Fédération Nationale des Infirmières Belges a quarante ans, La Gerbe, Ottignies, 1962, p.59. Nous n'avons pu consulter ces bulletins, inexistant dans différentes bibliothèques.
- 5 Flash informations 1983-1986; FNIB info 1987-2000; FNIB flash-info 4 numéros en 2003.
- 6 R.-M. LAURENT, Les infirmières en Belgique au début du XXe siècle. Naissance d'une profession, mémoire ULG, 1988-1989, pp.126-138.
- 7 Dr NEMO, «Marie-Claire, infirmière», in Revue de l'infirmière, avril 1923, p.10.
- 8 Melle BOURCART, «L'infirmière dans ses relations avec le patron et l'employé», in L'infirmière, juillet-août 1933, p.14.



tweetalige versie dit tot en met de twee eerste nummers van 1940. Door de oorlog was er geen tijdschrift mogelijk, en werd enkel vervangen door een berichtgeving, vier in 1941, twee in 1942 en 1943. Na de oorlog werden er terug nieuwe edities gepubliceerd, maar apart, FNIB en NFBV, welke na enige tijd terug gemeenschappelijk werden gepubliceerd.

In de lente van 2010, zag AGORA het levenslicht, voor alle verpleegkundigen. Het tijdschrift maakt ook plaats voor verpleegkundigen in het buitenland. De artikels behandelen op professioneel vlak de positie van de beroepsvereniging, werkafspraken, kwaliteit en specialismen in de verpleegkunde. Het tijdschrift is nu een vorm van discussie, debat en een federaal orgaan voor alle gezondheidsberoepen.

Arlette Joiris

De la vocation à la reconnaissance.
Les infirmières hospitalières
en Belgique 1789 – 1970.
Genèse, émergence et construction
d'une identité professionnelle



CLINIQUE ST LUC
BOUGE

CPAS CHARLEROI

FORMATION CONTINUE
PLURIDISCIPLINARITÉ
REPRISE DE L'ANCIENNETÉ
ENCADREMENT PERSONNALISÉ
SALAIRE ATTRACTIF

COMPÉTENCES VALORISÉES
TALENTS RÉVÉLÉS

LE GROUPE HOSPITALIER LA RAMÉE - FOND'ROY
RECRUTE DES INFIRMIER(E)S

>BACHELIER
>GRADUÉ(E)
>SPECIALISÉ(E)

>INFIRMIER(E) CHEF
ADJOINT(E)

L'HUMAIN AU COEUR DU PROJET

WWW.LARAMEE.BE WWW.FONDROY.BE

DDI Mme Moiset
Clinique La Ramée
Mme Bottelier
m.bottelier@laramee.be
02/344.18.94
Clinique Fond'Roy
Mme Plette
m.plette@fondroy.be
02/375.44.93

CPAS SCHARBEEK

VERZEKERING BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID

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

amma

v e r z e k e r i n g e n
voor en door de zorgsector

Je soigne. L'esprit tranquille !

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 Assurantiebewijs onder codenummer 0126, N.N. 0409.003.270
www.amma.be • Avenue de la Renaissance 12/L, 1000 Brussel-Bruxelles

RECETTE/ RECEPTEN

«C'est l'Imperatif»

Filets de soles aux coques et son émulsion au mascarpone

Ingrédients pour 4 personnes :

8 filets de soles - 1 kg de coques dégorgées - 1 poireau - 2
carottes - 8 radis - 100gr de mascarpone - 70 gr de beurre
- 1 petit oignon - 1 branche de céleri vert - 5 branches de
persil plat - Sel & poivre

Et maintenant au fourneau :

1. Cuire les radis dans de l'eau salée pendant 15', les égoutter, les repasser dans une noix de beurre et réserver.
2. Emincer le poireau et les carottes en fins bâtonnets et les faire revenir 5 à 6' dans une noix de beurre.
3. Cuire les coques dans un peu de bouillon réalisé avec l'oignon, le céleri et le persil. Arrêter la cuisson lorsque les coques sont ouvertes (nb : éliminer celles qui restent ouvertes).
4. Filtrer le jus de cuisson, le porter à ébullition et y incorporer le mascarpone. Mixer durant 3 à 4 minutes de manière à obtenir une sauce mousseuse. Rectifier l'assaisonnement.
5. Cuire les filets de soles dans un beurre noisette (légèrement coloré) durant +/- 1' par face .
6. Disposer 2 filets au centre de l'assiette, recouvrir des légumes cuits au beurre, ajouter les coques et napper de sauce au mascarpone.
7. Bonne dégustation...

**Lotte piquée au saucisson de Morteau,
jus d'oignons de Roscoff et mousseline de
topinambour**

Ingrédients pour 4 personnes :

4 portions de lotte (200 gr par convive) - 1 petit saucisson de Morteau - 1 kg de topinambours - 2dl de lait - 1 dl d'eau - 20 cl de crème - 3 oignons rosés de Roscoff - 2 dl de fond de volaille - 200gr de beurre de ferme - Légumes selon inspiration - Sel & poivre

Et maintenant au fourneau :

1. A l'aide d'une aiguille à larder, transpercer les filets de lotte avec une bande de saucisson de Morteau (+/- 10cm/2 cm) . Réserver.
2. Peler les topinambours et les cuire dans l'eau salée et le lait. Les mixer, ajouter une noix de beurre et la crème. Rectifier l'assaisonnement et la consistance. Réserver au chaud.
3. Faire confire dans du beurre les oignons émincés. Ajouter le fond de volaille. Lorsqu'ils sont cuits, mixer et faire réduire jusqu'à consistance souhaitée. Monter la sauce avec 150 gr. de beurre et passer au chinois. Réserver.
4. Cuire au beurre les tronçons de lotte jusqu'à coloration.
5. Dresser la lotte dans l'assiette, napper de sauce aux oignons, disposer les légumes, servir deux cuillères à soupe de mousseline de topinambour et «étendre» celle-ci à l'aide d'une cuillère.
6. Bonne dégustation.

Les conseils du père «Effainibet»

Ayant la tête un peu « enfarinée » par tous ces vins que je déguste pour mieux vous conseiller... j'ai demandé à Rodolphe Quéhé, le sommelier du restaurant « L'impératif » ce qu'il proposerait pour accompagner ces deux plats.

Sur les filets de sole, Rodolphe suggère un Sauvignon blanc issu des Coteaux du Giennois situés dans la région de la Loire. Pour accompagner la lotte, il propose un Arbois, vin rouge du Jura, issu du cépage Trousseau. A votre santé...

Ces recettes nous sont proposées par Benoît Neusy,
Chef du restaurant «L'Impératif» à Maisières
Recepten aangeboden door Benoit Neusy,
Chef-kok van het restaurant «L'Imperatif» in Maisières (Mons)
www.limperatif.be

«L'Imperatif»

Tongfilets met venusschelpen in een mousse van mascarpone

Benodigdheden voor 4 personen:

8 tongfilets - 1kg venusschelpen - 1 prei - 2 wortelen - 8
radijzen - 100gr mascarpone - 70gr boter - 1 kleine ui - 1
tak groene selder - 5 takjes peterselie - peper en zout

Werkwijze

- 
1. Kook de radijsjes gedurende 15' in gezouten water, afgieten en daarna even aanbakken in een nootje boter
 2. Maak een julienne van de prei en de wortelen, even aanstoven (5 à 6') in een nootje boter
 3. Kook de schelpen in een weinig water met ui, selder en peterselie tot alle schelpen open zijn.
 4. Filter het kookvocht en breng aan de kook samen met de mascarpone, klop daarna in 3 à 4 minuten tot een mousse, breng op smaak.
 5. Kleur de tongfiletjes in een nootje boter (1' aan elke kant)
 6. Leg 2 filetjes per bord en bedekt met de gestoofde groenten en de schelpen, drapeer met de mascarpone-mousse
 7. Smakelijk

Lotte met Morteauworst in een sausje van Roscoff uien met een mousseline van de aardpeer

Benodigdheden voor 4 personen

800gr lottefilets - 1 kleine Morteauworst - 1kg aardperen - 2dl melk - 1dl water - 2dl room - 2 Roscoff uien - 2dl gevogelte fond - 200gr boter - groenten naar eigen inspiratie - zout en peper

Werkwijze

1. omwikkel de lotte filets met een band Morteauworst
2. schil de aardperen en kook ze in gezouten water en melk. Mix en vermeng met een nootje boter en room. Breng op smaak en hou warm
3. bak de gesnipperde uien een weinig aan, meng met de gevogelte fond. Als de uien goed gaar zijn, mixen en inkoken tot een gebonden saus. Monteer de saus met 150gr boter.
4. bak de lotte/Morteau «constructies» aan
5. leg de lotte op een bord, drapeer met de uiensaus en geef er de aardpeermousseline en de groenten bij
6. Smakelijk

Wijnadvies

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

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



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

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

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)
- ☐ **ISAOI** (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.

€

**CENTRE HOSPITALIER
JEAN TITECA asbl**

recherche, pour un engagement
immédiat (H/F)

**DES INFIRMIERS(ÈRES)
BACHELIERS(ÈRES)
ET BREVETÉ(E)S**

- Contrat à durée indéterminée
- Temps plein ou temps partiel

**Veuillez envoyer votre candidature manuscrite + CV
à l'attention de Madame F. Schneider,
11 rue de la Luzerne à 1030 Bruxelles.**

karibu
unité adolescent

mère-enfant
unité mère-enfant

défense sociale
unité médico-légale

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.

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

Versiva[®]XC[™]
Gelling Foam Dressing

Exigez plus...
de cicatrisation avec le pansement
Versiva[®]XC[™]

Le pansement Versiva[®]XC[™] transforme
les soins de plaies grâce à la gélification unique propre à la
technologie Hydrofiber[®], l'exsudat est absorbé et retenu dans le
pansement¹, et avec lui les bactéries^{2,3} et les enzymes nocifs⁴, et il
se crée ainsi un milieu de plaie humide bénéfique à la cicatrisation.^{5*}

Plus d'informations sur le pansement Versiva[®]XC[™]
et les autres produits de ConvaTec sur
www.convatec.be ou au 080012011 (appel gratuit).

Hydrofiber
TECHNOLOGY

ConvaTec **Realise the possibilities[™]**

*comme démontré in vitro
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 (Aquacel) 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, Cochrane 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, Minter KC, Klövekorn W, Vin F, Gauthier JP, Ukai 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 sprl, Boulevard de France 9, B-1420 Braine-l'Alleud.
© / TM sont des marques de ConvaTec Inc. © 2010 ConvaTec Inc. AP-007927-MM

Federale Neutrale Beroepsorganisatie voor Verpleegkundigen vzw

Inschrijvingsformulier voor : info@fnbv.be of Bronstraat 18 1060 Brussel



FNBV.

Secretariaat : Bronstraat 18
1060 Brussel
00 32 (0) 486 48 14 41
Bankrekening : **BE64 2200 6788 2252**
Website : www.fnbv.be
E-mail : info@fnbv.be

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

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



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



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

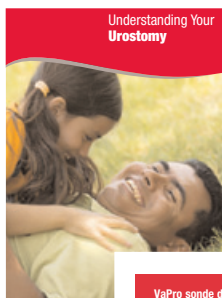
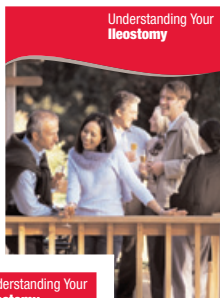
www.amonis.be

amonis

info@amonis.be

Avec vous à chaque instant!

Wij zijn er steeds voor u!"



FormaFlex
Nouveau - Nieuw!



...plus
que des produits!

...meer
dan producten alleen!

Hollister
Contact
Ostomy & Continence Care

Avec vous à chaque instant
Wij zijn er steeds voor u

0800 90626 belgium.orders@hollister.com

www.hollister.be



Attention to Detail. Attention to Life