



AGORA

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

N°/Nr 5

Trimestriel : Octobre - Novembre - Décembre 2011
Driemaandelijks : Oktober - November - December 2011



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





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 Opérateur, la Salle de Réveil, l'Unité de Médecine, le Service de Radiothérapie.

• Infirmiers bacheliers SIAMU

pour les Soins Intensifs de Médecine et de Chirurgie.

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

Si vous souhaitez rejoindre nos équipes pour

Ensemble, faire gagner la vie

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



réseau iris structuur

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



Le CPAS de Schaerbeek, 2^{ème} plus grand CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale, recherche actuellement pour ses Maisons de Repos des :

- **Infirmiers de jour ou de nuit** gradués ou brevetés (h/f) pour des contrats de remplacement
- **Kinésithérapeutes** indépendants (h/f)
- **Aide-soignant de jour ou de nuit** (h/f) en possession du numéro d'INAMI et Visa pour un contrat de remplacement

Intéressé(e) ? Envoyez C.V., lettre de motivation et diplôme :

Par mail : grh-hrm@cpas-schaerbeek.be

Par courrier : Mme Dominique DECOUX, Présidente du Conseil de l'Action Sociale du CPAS de Schaerbeek, C/O RH, rue Vifquin 2 à 1030 Schaerbeek
Tél : 02/ 240 33 42

La AB PAI&AS – MR/MRS

A la joie de vous inviter à sa 2^{ème} conférence

Ce 27 octobre 2011

A l'hôtel Airport

Chaussée de Courcelles, 115 - 6041 Gosselies

De 8h30 à 17h30

Thème du jour:

Présentation de la FNIB et AB PAI&AS – MR/MRS

Les contentions, une réglementation stricte

Médicaments, broyé ou non

La nutrition et les soins de plaie

Les alternatives aux traitements per-os :

- *Les sous-cutanées, ce n'est pas que la réhydratation*

- *La sous-cutanée, aspect technique*

- *Les intraveineuses en périphérie et via port à cath*

Demande d'accréditation des heures de formation pour les médecins généralistes introduite par la FAGC pour le personnel soignant et directeur d'institution introduite à la COCOF/COCOM/RW

Réservation obligatoire avant le 15 octobre paiement faisant fois

Places limitées

Compte bancaire : 068-8923945-69

Titulaire : AB.PAI&AS-MR/MRS ASBL

rue de Rianwelz, 5 6180 Courcelles

N° d'entreprise : 832.159.432

Agenda	4
Edito	
La santé.....	5
Rubrique internationale	
Le SIDIIEF : un réseau infirmier francophone	6
Diminution d'un tiers des décès maternels dans le monde	8
Portrait	
L'école d'infirmières de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles 1907	14
Nous avons lu pour vous ...	
HbA1c % devient HbA1c mmol/mol	12
Rubrique juridique	
Je soigne une personne à domicile qui est recherchée par la justice, dois-je la dénoncer ?	9
Ethique : Le silence s'affiche	10
Rubrique culinaire	
RECETTES : «RETOUR DE VACANCES»	
Tsatsiki ou yaourt à la mode hellénique.	
Nage indienne de lotte et crustacés.	
Couscous aux 7 légumes.	31
Bulletin d'adhésion FNIB	32
Également dans ce numéro :	
Un endoscope qui se déplace (presque) tout seul dans le corps	17
Récompenses	22
Soins infirmiers en pleine conversion	24
Accepter qu'on est tous mortels	26
L'anamnèse médicamenteuse	26

Agenda	4
Editoriaal	
Wat schort er aan ons beroep, ben ik naïef, ben ik de enige die na 31 jaar nog fier ben om verpleegkundige te zijn?	5
Portret	
De school voor verpleegkunde in het St. Jansziekenhuis te Brussel - 1907	14
Voor u gelezen	
HbA1c % wordt HbA1c mmol/mol	12
Juridische rubriek	
Ethiek : Het zwijgen tentoongesteld.	10
Culinaire rubriek	
RECEPTEN: «ARRIVEDERCI VAKANTIE»	
Tsasaki	
Nage Indienne van lotte en schelpdieren	
Couscous met 7 groenten	31
Inschrijvingsformulier FNBV	34
Ook in dit nummer :	
Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg	18
LevensEinde InformatieForum	20
Beloning	22
Verpleegkunde in volle verandering	24

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 cotisation 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

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
Tel : 02 550 38 04 - Fax : 02 550 38 03
e-mail : paulmeyer@publiet.be - BTW : 2002 2402 987
Verantwoordelijke uitgevers : Freddy Raymackers
Coördinatie : Nicole Charlotteau
Redactiesecretariaat : fnib@hotmail.be
Vertaling : info@fnbv.be (Nederlandstalig)
Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



Agenda

11 octobre Hôpital St Pierre "Le Forum"

Après-midi étudiant Pédiatrique - Christiane Raspé 02/5354338

19 octobre Bruxelles

FIT FOR WORK EUROPE The musculoskeletal diseases (MSDs)
<http://www.fnib.be>

20 octobre Hôpital A. Vésale Auditoire De Cooman

Symposium de la Plate-Forme Régionale d'Hygiène Hospitalière du Hainaut
sabrina.gangji@chu-charleroi.be

21 octobre Square Brussels Meeting Center Mont des Arts - 1000 Bruxelles

Actualité sur la prise en charge de la dysphagie et de ses impacts nutritionnels
<http://www.chu-brugmann.be/fr/news/20111021-dysphagie.asp>

25 octobre - Mouscron

Table Ronde "Hôpital domicile quelle collaboration ?" - www.afiscep.be

27 octobre La Ferme du Bois d'Arpes à Arquennes

GRoEM 2011: Aides à la prescription raisonnée des antibiotiques à l'USI
<http://www.boisdarpes.be> - Inscription: delcour_joelle@lilly.com

27 octobre - Hôtel Airport - Chaussée de Courcelles, 115 - 6041 Gosselies

2ème conférence AB PAI&AS - MR/MRS
<http://www.fnib.be> - Inscription: karine.branche@gmail.com

27 et 28 octobre Département paramédical Rue Louis Loiseau 39 - 5000 Namur

Formation continue soins intensifs et soins d'urgence - Formation 1
www.henam.be/fc - Inscription : fc.paramedical@henam.be

16-17 décembre Camus ERASME - HELB

XIème Congrès européen des infirmières cliniciennes & des infirmières spécialistes clinique
"Infirmière clinicienne, spécialiste clinique et pratique clinique avancée: ensemble vers un consensus francophone..."
<http://www.fnib.eu>

19 et 20 décembre Département paramédical Rue Louis Loiseau 39 - 5000 Namur

Formation continue soins intensifs et soins d'urgence. Formation 1
www.henam.be/fc
Inscription : fc.paramedical@henam.be

19 et 20 janvier Département paramédical. Rue Louis Loiseau 39 - 5000 Namur

Formation continue soins intensifs et soins d'urgence. Formation 2
www.henam.be/fc
Inscription : fc.paramedical@henam.be

3 février Lieu à confirmer

Formation continuée Endoscopie l'ERCP
www.endofic.be

16 et 17-fév Département paramédical. Rue Louis Loiseau 39 - 5000 Namur

Formation continue soins intensifs et soins d'urgence. Formation 2
www.henam.be/fc
Inscription : fc.paramedical@henam.be

8-10 novembre IHF Dubai 2011 Congress

International Hospital Federation 37th
<http://www.ihfdubai.ae>

10 novembre La marlagne -Centre Hicther Wépion

XXIX ÈME SYMPOSIUM SIZ-NURSING
<http://www.siznursing.be/>

17 novembre La marlagne -Centre Hicther -Wépion

Forum des soignants organisé par des Directeurs de Maisons de Repos (ADMR)
"Soins de plaie : de la prévention ... à la cicatrisation"
<http://www.admrnet.be> - Jean-Paul POTVIN : 0478/943.666

17 novembre CHR-Namur

Diabètes. Actualités pour les infirmier(ère)s en soins généraux
<http://www.ainl.be>

18 novembre CERIA Av. Emile Gryson, 1 - 1070 Anderlecht

"35ième Journée" de l'AIGP Le bien être de l'enfant à l'hôpital
<http://www.aigp.org/journee-aigp.php>

19 novembre Chaussée de Courcelles, 115 - 6041 Gosselies

1er Symposium ISAOI Nouvelles technologies chirurgicales
<http://www.fnib.be> "Hôtel Airport
Inscription: instrumentiste-belge@hotmail.com

22 novembre CHU Brugmann

site Reine Astrid - Rue Bruyn 1 - 1120 Bruxelles

6e journée de formation du département de Médecine critique
<http://www.chu-brugmann.be/fr/news/20111122-criticalday.asp>

24 novembre de 13h00 à 17h00 Ruelle Mottet 1 - 4500 HUY

Module de Formation AFIU
L'accidentologie
L'analgésie et l'anesthésie en salle d'urgences
<http://www.afiu.be> - Inscription: sebastien.sohet@chh.be

24 et 25 novembre Département paramédical Rue Louis Loiseau 39 - 5000 Namur

Formation continue soins intensifs et soins d'urgence. Formation 1
www.henam.be/fc
Inscription : fc.paramedical@henam.be

Diabète

Actualités pour les infirmier(ère)s en soins généraux

17 novembre 2011
13h30-17h30

Montant de l'inscription	Gratuit
Membre AINL	
Non membre AINL	10 €
Inscription et adhésion AINL	40 €
Étudiant	5 €

Inscription avant le 01 novembre 2011 (120 places maximum)

Par Mail: isabelle-leers@hotmail.com
Par tél: 0489/569 633

Numéro de compte AINL: 363-0114727-16

AINL
Association des Infirmier(ère)s de
Namur - Luxembourg
Régionale Namur-Luxembourg FNIB
Site web: www.ainl.be



unis pour le diabète

- 13h30 Accueil
- 13h45 Introduction
Cécile Dury
Présidente AINL
Haute Ecole de Namur
- 14h00 Quelques clés de compréhension de la physiopathologie
Dr Élisabeth Delgrange
Endocrinologue CHU Mont-Godiane
- 14h30 Les traitements du diabète
Dr Anne-Sophie Dramais
Endocrinologue CHR Namur
- 14h40 Autocontrôle, hypoglycémie et technique d'injection
Anne Kiech et Josille Stupp
Infirmières spécialistes en diabétologie
CHU Mont-Godiane
- 15h20 Temps d'échange avec les participants
- 15h30 Collation et visite des stands
- 16h00 Convention et diabète
Marie-Jeanne Rappe
Infirmière spécialiste en diabétologie
Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth
- 16h20 Trajet de soins
Partage d'expérience
Aurore De Wilde et Annick Gagnowski
Présidente et vice présidente FIB
Infirmières indépendantes
Éducatrices en diabétologie
- 16h40 Nutrition et diabète
Véronique Warlop
Diététicienne en chef CHR Namur
- 17h00 Temps d'échange avec les participants
Collation et visite des stands



Alda Dalla Valle
Présidente FNIB.



LA SANTE.....

Lorsque nous abordons nos études d'infirmier nous évoluons autour de la personne malade, de l'individu qui souffre.

Apprendre, comprendre et soigner deviennent nos objectifs au quotidien. Certes...

Mais pour pouvoir approcher une personne «malade» il faut d'abord savoir ce qu'est la santé.

La santé est une notion relative et non corollaire de l'absence de maladie ; des personnes porteuses d'affections diverses sont parfois jugées «en bonne santé» si leur maladie est contrôlée par un traitement. «La santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité».

Cette définition est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et n'a plus été modifiée depuis lors.

Nous pouvons envisager dans le concept de «Santé» tant la santé reproductive que la santé mentale et la santé physique.

Il existe des facteurs déterminants dont la bonne pratique préserve le corps et l'âme en bon équilibre. L'hygiène, la lutte contre les infections nosocomiales, le mode de vie, l'environnement, la nutrition, les toxicomanies et dépendances peuvent soit préserver la personne soit en leur absence ou abus occasionner l'apparition de maladie.

Pour l'ONU, la Santé reproductive est un droit, comme les autres droits de l'Homme.

Cette notion récente évoque la bonne transmission du patrimoine génétique d'une génération à l'autre.

Elle passe par la qualité du génome, des spermatozoïdes et des ovules, mais aussi par une maternité sans risque, l'absence de violences sexuelles et sexistes, l'absence de maladies sexuellement transmissibles (MST), la planification familiale, l'éducation sexuelle,

l'accès aux soins, la diminution de l'exposition aux perturbateurs endocriniens, etc.

Les soins de santé reproductive recouvrent un ensemble de services définis dès 1994 au Caire lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD).

Elle demeure une préoccupation actuelle tant pour l'OMS que pour le CII dans leurs campagnes et formations itinérantes de part le monde. Conseils, information, éducation, communication et services de planification familiale sont légion sur le continent africain et asiatique. Le CII insiste fortement sur le développement des consultations pré et post-natales, les accouchements en toute sécurité et les soins prodigués à la mère et à l'enfant; la prévention et le traitement approprié de la stérilité; la prévention de l'avortement et la prise en charge de ses conséquences; le traitement des infections génitales, des maladies sexuellement transmissibles et la dissuasion active de pratiques dangereuses telles que les mutilations sexuelles féminines.

Les enjeux collectifs de ce millénaire sont donc la santé publique et les politiques de santé.

“ Le Bien-être n'est pas un luxe, ni un cadeau que l'on se ferait de temps en temps!

Le Bien-être est l'état naturel du corps et de l'être humain .

(Citation non attribuée)



Je vous conseille donc vivement de surfer sur les sites de notre fédération ainsi que sur ceux du CII et de l'OMS.

Les objectifs dans le domaine sont clairement la natalité, la femme enceinte et le pré et post-partum, ainsi que les violences et discriminations faites aux femmes dans le monde.

Notre fédération, s'inscrit aussi dans cet objectif et souhaite œuvrer en partenariat tant avec les structures nationales qu'internationales ; la FNIB s'ouvre aux sages-femmes et vous encourage à nous rejoindre pour mieux véhiculer tout l'enseignement autour de la femme et la natalité.

Wat schort er aan ons beroep, ben ik naïef, ben ik de enige die na 31 jaar nog fier ben om verpleegkundige te zijn?

De weersomstandigheden tijdens mijn voorbije vakantieperiode liet mij toe om enkele documenten van mijn «To Do later» schuif door te nemen. Naast enkele andere interessante wetenswaardigheden had ik ook een enquête bewaard, afgenomen door «Express Medical», een van de grote werkgevers op de interim markt voor de gezondheidssector.

Deze enquête werd in april 2011 afgenomen bij 109 studenten en 57 pas afgestudeerde verpleegkundigen.

Ik schrok van de gegeven antwoorden!

«Wat schort er aan ons beroep, ben ik naïef, ben ik de enige die na 31 jaar nog fier ben om verpleegkundige te zijn?»

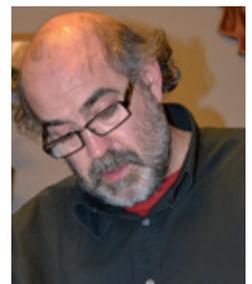
Dat gevoelens van «naastenliefde» nog doorslaggevend zijn voor de keuze voor het beroep van verpleegkundige bij jonge en toekomstige verpleegkundigen (70%) vind ik verontrustend maar nog erkenbaar. Maar dat geen enkele respondent aangeeft dat hij voor dit beroep kiest omdat hij een positieve impuls kreeg van vrienden en kennissen om voor dit beroep te kiezen vind ik zeer verontrustend. Dit terwijl 95% van de respondenten aangeven om op dat moment van hun loopbaan vrienden aan te raden om verpleegkundige te worden. Waar is dit enthousiasme enkele jaren

later gebleven?

Zijn wij gefrustreerd in onze onbeantwoorde gevoelens van naastenliefde, verdienen wij echt te weinig, voelen wij ons niet gerespecteerd door het medisch- en paramedisch korps? Is de werkdruk echt te hoog, ...? Waarom vergeten wij de positieve aspecten van ons beroep zoals daar zijn de werkzekerheid, de werksfeer, de doorgroeimogelijkheden, de niet onaardige verloning (de verpleegkundigen behoren tot de best betaalde professionele bachelors), de flexibiliteit, ...?

De onderliggende reden voor het afwezige optimisme blijft onduidelijk, de realiteit ligt mogelijks in het feit dat te weinig verpleegkundigen de nodige fierheid opbrengen om een positieve uitstraling te geven van hun beroep en deze ook over te brengen op studenten en jongere collega's. Mogelijks willen weinig collega's daadwerkelijk bijdragen om voor ons beroep het nodige respect af te dwingen door het lidmaatschap van een beroepsvereniging, onze leuze: «Samen Sterk» wordt te weinig gehoord!

uw voorzitter,



Freddy Raymackers,
September 2011

Le SIDIEF : un réseau infirmier francophone

La FNIB est heureuse de vous annoncer son partenariat retrouvé avec le SIDIEF, secrétariat international des infirmiers et infirmières de l'espace francophone. Faisant suite à une rencontre très riche et qui plus est très sympathique avec sa présidente Madame Desrosiers G. en mai 2011 à Bruxelles. Ces échanges mutuels sur les enjeux des politiques de Santé, le partage de nos objectifs et de nos visions du futur ont dirigé notre décision de collaboration.

Ce sera une collaboration dans le respect total de nos autres engagements internationaux et en adéquation avec notre philosophie de partage des connaissances et de communication.

La présidente FNIB - Alda Dallavalle

Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) vise au partage et à la diffusion des savoirs afin de contribuer à l'amélioration des soins et des services aux personnes.

Créé en 1998 par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), appuyé par l'École La Source de Lausanne, en Suisse, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) est une organisation internationale non gouvernementale (OING) dont le siège social se trouve à Montréal (Québec). À but non lucratif, elle est dotée du statut consultatif auprès des instances de l'Organisation internationale de la Francophonie. Le SIDIEF se définit d'abord comme un réseau d'échange et de partage francophone dans les domaines de la pratique clinique, de la gestion, de la formation et de la recherche en sciences infirmières. Il regroupe différentes catégories de membres dont des professionnels, des associations et des institutions de soins et d'enseignement dans plus d'une trentaine de pays de la Francophonie.

Jeter des ponts

Le SIDIEF est donc un réseau qui, grâce à l'implication des personnes et d'organisations clés, facilite le partage en langue française des expériences et des savoirs infirmiers afin de contribuer à l'amélioration des soins et des services dispensés aux populations. C'est aussi un levier de promotion, de revalorisation et de positionnement de la profession d'infirmière. Trop souvent en effet, les infirmiers estiment que leur contribution professionnelle

“ Être membre du SIDIEF c'est «penser globalement et agir localement pour le mieux-être de nos populations.» ”

n'est pas assez reconnue et prise en compte par les décideurs. Or, la nécessaire mise en commun des résultats de recherche et des stratégies de soins a permis de constater la diversité, la créativité et la richesse des différentes pratiques de soins infirmiers mises

en œuvre dans le monde. Instruits des expériences et des savoirs des autres, gestionnaires, cliniciens, formateurs et chercheurs se dotent de moyens pour aborder les solutions dans une perspective de changement et de manière plus visionnaire.

Le SIDIEF entend donc être un forum continu d'échange international francophone et de réflexion permettant d'aborder des problématiques communes et de faire émerger les meilleures pratiques dans tous les domaines des soins, partout dans le monde.

Le SIDIEF organise tous les trois ans un congrès mondial. Véritable «vaisseau amiral», ce congrès est un événement fort dans la vie du réseau où plus de 1 500 membres issus de toute la Francophonie mondiale, sont conviés dans un même lieu, à un même moment, à venir discuter, réfléchir et tisser des liens de solidarité.

Le SIDIEF a également créé un programme de prix de carrière, les prix Reconnaissance du SIDIEF, afin de souligner la contribution exemplaire d'infirmières ou d'infirmiers à la santé des populations et au rayonnement de la profession. Quatre prix sont remis à des infirmières et infirmiers à l'occasion du congrès mondial.

Le prochain grand rassemblement des infirmières et infirmiers francophones se tiendra à Genève (Suisse) du 20 au 24 mai 2012. Ce congrès mondial est organisé en collaboration avec la Haute École de Santé de Genève et les Hôpitaux universitaires de Genève. Un rendez-vous à ne pas manquer !

Pour en savoir plus sur les activités du SIDIEF ou pour devenir membre de ce grand réseau international d'infirmières et d'infirmiers : www.sidief.org/



SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

XXIX ÈME SYMPOSIUM SIZ-NURSING 10/11/2011

www.siznursing.be



LA MARLAGNE - WEPION CENTRE MARCEL HICHER

PROGRAMME

- * **Accompagnement familial autour de l'annonce de diagnostics graves** - Mme Dussart H. & Mme Lambotte I.
- * **Evidence-Based practice in nursing** - Mr Vanhaverbeek M.
- * **Défibrillateur automatique implantable** - Dr Brunner P.
- * **Trachéotomie percutanée aux soins intensifs** - Dr Sokolow Y.
- * **Le point sur les pneumonies acquises sous ventilation mécanique** - Mr De Ryckere M.
- * **La remise en question de la remise de service** - Mr Warquier F.
- * **Gestion des risques liés aux injectables dans une unité de soins intensifs** - Mme Danguy C. & Mme Posetti E.
- * **HELLP Syndrome** - Dr Siraux Y.
- * **Chef, oui chef... Les normes RCP sont-elles appliquées aux soins intensifs?** Chez l'adulte - Dr Decan E. & Dr Van Trimpont F.
Chez l'enfant - Mr Tits F.



Inscriptions en ligne
Membres SIZ & FNIB : 25 €
Non-membres + affiliation : 50 €
Non-membres : 70 €



Renseignements : Mr Sébastien Canipel, rue des longues têtes, 6 à 7900 Grandmetz
Contact : secretariat@siznursing.be - Tel + 32 498 50 16 54



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



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

Diminution d'un tiers des décès maternels dans le monde

D'après les estimations des Nations Unies, moins de femmes meurent de causes liées à la grossesse. Cependant on enregistre encore près de 1000 décès chaque jour, aussi faut-il faire plus pour atteindre les objectifs fixés.

Communiqué de presse

15 septembre 2010 | Genève - NEW YORK

Le nombre de femmes qui meurent de complications de la grossesse et de l'accouchement a diminué de 34 %, puisque l'on est passé de 546 000 décès en 1990 à 358 000 en 2008, selon les estimations. C'est la conclusion d'un nouveau rapport intitulé «Tendances en matière de mortalité maternelle» (Trends in maternal mortality), publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et la Banque mondiale.

Les progrès sont remarquables mais cette diminution reste inférieure de plus de moitié à celle qui serait nécessaire pour atteindre la cible de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) qui vise à réduire le taux de mortalité maternelle de 75% entre 1990 et 2015. Pour cela, il faudrait une diminution annuelle de 5,5%. Or la réduction de 34% observée depuis 1990 représente une moyenne annuelle d'à peine 2,3%.

«La réduction mondiale des taux de mortalité maternelle est une nouvelle encourageante», a déclaré le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS. «Les pays où les femmes sont exposées à un risque élevé de mortalité pendant la grossesse ou l'accouchement prennent des mesures qui s'avèrent efficaces; ils forment davantage de sages-femmes et renforcent les moyens de leurs hôpitaux et centres de santé pour venir en aide aux femmes enceintes. Aucune femme ne devrait mourir par manque d'accès à des services de planification familiale et à des soins lors de la grossesse et de l'accouchement.»

Les femmes enceintes meurent encore de quatre causes principales: les hémorragies graves après l'accouchement, les infections, les troubles hypertensifs et les avortements à risque. En 2008, chaque jour, près de 1000 femmes sont mortes d'une de ces complications, dont 570 en Afrique subsaharienne, 300 en Asie du Sud et cinq dans des pays à revenu élevé. Le risque pour une femme d'un pays en développement de mourir d'une cause liée à la grossesse est près de 36 fois supérieur à celui que court une femme vivant dans un pays développé.

«Pour atteindre notre objectif global, qui est d'améliorer la santé maternelle et de sauver des vies de femmes, nous devons nous efforcer davantage d'atteindre les personnes les plus exposées», a déclaré Anthony Lake, Directeur général de l'UNICEF. «Cela veut dire qu'il faut atteindre les femmes des zones rurales et les plus pauvres, les femmes appartenant à des minorités ethniques ou à des groupes autochtones et les femmes vivant avec le VIH ou vivant dans des zones de conflit.»

Les nouvelles estimations montrent qu'il est possible de prévenir un plus grand nombre de décès de femmes. Les pays doivent investir dans leurs systèmes de santé et dans la qualité des soins.

D'après Thoraya Ahmed Obaid, Directeur exécutif de l'UNFPA, «chaque accouchement devrait se faire dans de bonnes conditions de sécurité et chaque grossesse devrait être désirée. Le manque de soins de santé maternelle est une violation du droit des femmes à la vie, à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination. L'OMD5 peut être atteint, mais nous devons d'urgence nous attaquer à

la pénurie des personnels de santé et accroître les fonds consacrés aux services de santé génésique.»

Les organismes des Nations Unies, les donateurs et autres partenaires coordonnent de plus en plus leur assistance aux pays. L'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale concentrent leur action sur les pays à plus forte charge de mortalité maternelle et aident les gouvernements à élaborer et aligner leurs plans nationaux de santé afin d'accélérer les progrès dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né. Pour Tamar Manuelyan Atinc, vice-président chargé du développement humain à la Banque mondiale, «les décès maternels sont à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté. Le coût d'une naissance peut rapidement épuiser le revenu d'une famille, la plaçant ainsi en plus grande difficulté financière. Compte tenu de la faiblesse des systèmes de santé de nombreux pays, nous devons collaborer étroitement avec les gouvernements, les donateurs et les organismes d'aide ainsi qu'avec d'autres partenaires afin de renforcer ces systèmes pour que les femmes puissent avoir beaucoup plus facilement accès à des services de planification familiale et autres services de santé génésique de qualité, à des sages-femmes qualifiées lors de l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence et à des soins postnatals pour les mères et les nouveau nés.»

Le rapport, qui couvre la période 1990-2008, met également en lumière les points suivants:

- dix pays sur 87 qui avaient un taux de mortalité maternelle égal ou supérieur à 100 en 1990 sont sur la voie de la réalisation des objectifs, avec une diminution annuelle de 5,5 entre 1990 et 2008. À l'autre bout de l'échelle, 30 pays n'ont fait aucun progrès ou n'ont fait que des progrès insuffisants depuis 1990;
- l'étude montre des progrès en Afrique subsaharienne, où la mortalité maternelle a diminué de 26%;

>> Suite page 9



Dr Margaret Chan,
Directrice générale de l'OMS

Pour plus d'informations, veuillez prendre contact avec:

OMS:

Lale Say - Médecin, Département Santé et recherche génésiques
OMS Genève - Tél. : +41 22 791 4816 - Courriel: sayl@who.int

Colin Mathers

Coordonnateur, Département Statistiques et information sanitaires
OMS, Genève - Tél.: +41 22 791 4529 - Courriel: mathersc@who.int

Marie-Agnes Heine

Chargée de communication,
Département Pour une grossesse à moindre risque
OMS, Genève - Tél.: +41 22 791 2710 - Portable: +41 79 449 5784
Courriel: heinem@who.int

UNICEF:

Christian Moen - Spécialiste en communication, New York
Tél.: +1 212 326 7516 - Courriel: cmoen@unicef.org

UNFPA:

Katja Iversen
Spécialiste des médias et Coordonnateur de campagne, New York
Tél.: +1 212 297 5016 - Portable: +1 917 403 3063
Courriel: iversen@unfpa.org

World Bank:

Melanie Mayhew
Chargée de communication, Réseau développement humain
Washington DC - Tél.: +1 202 458 7891 - Portable: +1 202 406 0504
Courriel: mmayhew1@worldbank.org

- en Asie, on estime que le nombre de décès maternels a été ramené de 315 000 à 139 000 entre 1990 et 2000, soit une diminution de 52%;
- 99 % des décès maternels en 2008 sont survenus dans des régions en développement, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud représentant 57 % et 30 % de ces décès respectivement.

«Il nous faut encore faire plus pour renforcer les systèmes nationaux de collecte de données» a également déclaré le Dr Chan. «Il est vital de soutenir la mise en place de systèmes complets et exacts de registres d'état civil consignants les naissances, les décès et les causes de décès. Tout décès maternel doit être comptabilisé», a-t-elle précisé.

Les estimations de la mortalité maternelle publiées par les Nations

Unies sont établies en étroite collaboration avec un groupe international d'experts et utilisent toutes les données de pays disponibles sur la mortalité maternelle, de même que des méthodes d'estimation améliorées. La consultation intensive des pays effectuée dans le cadre de la mise au point de ces estimations a servi à mettre en lumière un effort accru de collecte des données ces dernières années, y compris grâce à des systèmes spéciaux permettant de saisir des données sur les décès maternels.

Il reste néanmoins des lacunes importantes en matière de disponibilité de qualité des données dans de nombreux pays où les taux de mortalité maternelle sont élevés et ce n'est que grâce à une modélisation statistique qu'il est possible de mieux comprendre la tendance.

Juridische rubriek/Rubrique juridique

Je soigne une personne à domicile qui est recherchée par la justice, dois-je la dénoncer ?



Nicole
CHARLOTTEAU

Il est important de souligner les obligations déontologiques et légales des praticiens de l'art infirmier.

Sur le plan déontologique, l'infirmier prodigue ses soins quelle que soit l'intégrité physique, psychique ou sociale de la personne humaine. ⁽¹⁾

Il respecte la législation relative aux droits des patients; il est lié par les obligations résultant de la protection de la vie privée. ⁽²⁾

Le patient escompte également que ce praticien ne divulguera pas à des tiers les secrets qui lui ont été confiés et qu'il respecte l'article 458 du Code pénal concernant le secret professionnel.

Le secret professionnel couvre les confidences reçues ou surprises dans l'exercice de la profession quel qu'en soit le support (mémoire, correspondance, dossier, ...).

Précisions sur le secret professionnel:

L'article 458 du code pénal ne permet pas les dénonciations aux autorités judiciaires, même si celles-ci sont destinées à mettre hors d'état de nuire des personnes qui sont recherchées pour des faits répréhensibles.

Le secret professionnel subsiste même lorsque le dispensateur des soins n'exerce plus sa profession et même lorsqu'un fait est porté dans le domaine public (révélation dans la presse...).

La violation du secret professionnel peut entraîner une condamnation civile et pénale du soignant, ce délit est punissable par la loi.

Par conséquent, le soignant qui ne respecterait pas son devoir de réserve peut se voir condamné à des dommages et intérêts sur base de l'article 1382 du Code civil (atteinte à l'honneur...) et à une peine pénale (emprisonnement ou amende).

Le Code pénal prévoit des exceptions:

Cas où le secret professionnel peut être levé sans entraîner de poursuites dans le chef du soignant.

- Si l'infirmier est appelé à témoigner en justice, que ce soit devant une juridiction pénale ou civile, il peut choisir, en son âme et conscience, de garder le silence ou non en fonction des éléments de la cause et des intérêts en jeu. ⁽³⁾
- L'infirmier qui apprend l'existence d'une infraction à l'égard d'un mineur peut en avertir le procureur du Roi. ⁽⁴⁾
- L'état de nécessité pourrait constituer une dérogation à l'obligation de respecter le secret professionnel. La protection d'un intérêt supérieur peut pousser l'infirmier à briser le silence. Par exemple, le soignant décide de révéler l'endroit où se cache un dangereux criminel.

Parce qu'il existe un risque certain qu'il commette une nouvelle infraction mettant en danger la vie d'autrui. ⁽⁵⁾

Précisions sur l'état de nécessité:

L'état de nécessité est une situation dans laquelle la transgression de dispositions pénales et l'atteinte à des biens et à des intérêts juridiques protégés par le droit pénal constituent le seul moyen de préserver un autre bien ou intérêt juridique important.

Des circonstances particulières placent l'infirmier dans une situation où il y a conflit de valeurs, de droits et de devoirs: l'obligation de protéger autrui fait face à celle de fournir aide et assistance.

Le soignant devrait pouvoir invoquer l'état de nécessité s'il résulte de manière irréfutable que des tiers courent un danger grave et réel compte tenu de la nature du comportement du patient.

Il est tout aussi préférable que le médecin traitant estime également, sur la base de son expérience et de ses connaissances spécifiques du problème en question, que l'état de nécessité invoqué justifie de s'écarter des règles du secret professionnel.

C'est une décision collégiale qui garantirait le caractère exceptionnel de la démarche d'une part, et une évaluation correcte de la situation d'autre part.

L'état de nécessité ne sera accepté que si le conflit de valeurs est tel que, si le législateur en avait eu connaissance, il aurait lui-même tranché en faveur de la levée du secret professionnel.

(1) Art. 2 du code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge.

(2) Art. 10 du code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge.

(3) Art. 458 du code pénal :

Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

(4) Art. 458bis du code pénal :

Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur, peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, à condition qu'elle ait examiné la victime ou recueilli les confidences de celle-ci, qu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale ou physique de l'intéressé et qu'elle ne soit pas en mesure, elle-même ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

(5) Arrêt Verlainne, Cass., 13 mai 1987, Pas., 1987, I, 1061.

La plus grande prudence s'impose toutefois dans l'appréciation de l'état de nécessité.

Ethique : Le silence s'affiche

Tout débiller et tout savoir sur tout le monde, comme dans les télérealités ou sur les réseaux sociaux, c'est dans l'air. Pourtant, dans 6 hôpitaux wallons, une campagne de sensibilisation rappelle que, dans certains espaces, les mots «secret professionnel et confidentialité» doivent garder leur sens...

Ethiek : Het zwijgen tentoongesteld.

Met alles uitpakken en alles weten over iedereen, zoals in de reality shows of op de sociale netwerken, is vandaag de dag aan de orde. Nochtans zijn er 6 ziekenhuizen in het Waalse gewest, die met een sensibiliseringsactie willen aantonen dat in bepaalde instanties de woorden "beroepsgeheim en vertrouwelijkheid" hun oorspronkelijke waarden dienen te behouden.

Sur la première affiche, un dessin montre un petit monsieur qui se cache les yeux. Sur la deuxième, une accorte infirmière se bouchant les oreilles s'ajoute au premier personnage. Pour la dernière, un médecin, les 2 mains sur la bouche, complète l'ensemble. Bien évidemment, ces caricatures évoquent les trois singes de la sagesse, fidèles aux principes : «Je ne vois pas ce qu'il ne faut pas voir, je n'entends pas ce qu'il ne faut pas entendre, et je ne dis pas ce qu'il ne faut pas dire». A raison d'une affiche divulguée par semaine, c'est à cela que ressemble la campagne de sensibilisation (dessinée par Jacques Sondron) menée durant ce mois de mars dans 6 établissements hospitaliers wallons, à l'initiative de leurs Comités d'éthique. Une brochure tirée à 10 000 exemplaires (et des badges) complètent cette action, née d'une collaboration autour d'une initiative pas comme les autres, mais bien pensée...



Op de eerste afbeelding wordt een klein mannetje getekend, die zich de ogen bedekt met de handen. Op de tweede afbeelding vervoegt zich bij de eerste afbeelding een bevallige verpleegster, die zich de oren stopt. Op de laatste afbeelding, een dokter met beide handen voor de mond, die het geheel vervolledigt. Natuurlijk verwijzen deze karikaturen naar de drie wijze aapjes, trouw aan de principes: "Ik zie niets, hoor niets en zeg niets".

Met de verspreiding van één affiche per week in de 6 Waalse ziekenhuizen gedurende de maand maart, werd deze sensibiliseringsactie (getekend door Jacques Sondron) op touw gezet door de Ethische Commissies van deze instellingen. Een flyer op 10000 exemplaren, alsook buttons vervolledigen

deze actie.

Dr. Isabelle Mathieu, dokter in de nucleaire geneeskunde en voorzitter van de Ethische Commissie van de Clinique et Maternité Sint Elisabeth, legt uit: "Een jaar geleden, tijdens een vergadering met de Ethische Commissies van het CHR Namur en de Clinique Saint Luc van Bouge, hebben wij naar een gemeenschappelijk project gezocht waarmee wij samen konden werken, onafhankelijk van de zorgen betreffende onze traditionele klinische studies.

Wij zijn al snel tot de vaststelling gekomen dat het thema rond beroepsgeheim ons allen aanbelangde. Zo waren wij bijvoorbeeld bewust dat de informatisering van alle dossiers ertoe kan leiden tot talrijke dwalingen, omdat het zo eenvoudig is bij een openstaande computer, opzoekingen te verrichten.

Volgens een studie uit 1998, in Frankrijk, hebben 75 personen toegang tot alle informatie betreffende de gezondheidstoestand van een gehospitaliseerde patiënt. Zullen zij allemaal de regels van het beroepsgeheim eerbiedigen?

Kennen zij wel de regels?

In het Sint Elisabeth Ziekenhuis hebben twee juristen van de Ethische Commissie een tekst opgesteld, die de volledige wetgeving en de deontologie over deze vragen uitlegt. Vanuit deze opgave werd besloten een informatieve actie te ondernemen, die de Ethische Commissies van Clinique Universitaire UCL van Mont Godinne, het Centre Hospitalier Régional van Val de Sambre erbij haalden. Dit initiatief is bedoeld voor alle werknemers, het medische en paramedisch personeel alsook de bezoekers.

Het doel: de geheugens oprispen of de grondbeginselen van het beroepsgeheim te laten (her)ontdekken, altijd met het belang van de patiënt voor ogen.

De ogen openen en dan zwijgen.

"Geen enkele klacht, betreffende het beroepsgeheim werd ons gemeld" zegt Dr. Mathieu, "maar het is voldoende om alert te zijn en rond te kijken om vast te stellen dat licht aanstootgevende tot ver schrijnende zaken zoals indiscrete roddelpraat overal de kop opsteken. Van de onthaalbalies tot de consultatieruimtes via de liften

«Il y a un an, lors d'une réunion avec les Comités d'éthique du CHR Namur et de la Clinique Saint-Luc de Bouge, nous avons cherché un projet commun – distinct de nos préoccupations concernant nos traditionnelles études cliniques – sur lequel nous pouvions travailler ensemble, détaille le Dr Isabelle Mathieu, médecin nucléaire et présidente du Comité d'éthique de la Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth. Nous nous sommes rapidement aperçus que le thème du secret professionnel nous interpellait tous. Ainsi, par exemple, nous étions tous conscients que l'informatisation de tous les dossiers pouvait mener à de nombreuses dérives, tant il peut être facile à quiconque de les consulter sur un ordinateur laissé ouvert...»

Selon une étude menée en France, en 1998, 75 personnes ont accès à l'information concernant l'état de santé d'une personne hospitalisée. Vont-elles toutes respecter les règles du secret professionnel ? Les connaissent-elles seulement ? A Sainte-Elisabeth, deux juristes du Comité d'Ethique ont élaboré un texte reprenant toute la législation et l'état de la déontologie sur la question. C'est à partir de ce travail qu'il a été décidé de mener une campagne d'information, incluant aussi le Comité d'éthique des Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne, puis ceux du Centre hospitalier de Dinant et du Centre hospitalier régional du Val de Sambre. L'initiative s'adresse à tous les employés, au personnel médical et paramédical, ainsi qu'aux visiteurs. Objectif : rafraîchir les mémoires ou faire (re)découvrir les principes de base d'un secret professionnel bien compris, dans l'intérêt du patient.

Ouvrir les yeux, puis fermer la bouche

«Aucune plainte ne nous était parvenue concernant le secret professionnel, précise le Dr Mathieu. Mais il suffit d'être vigilant sur ce point et d'observer un peu autour de soi pour s'apercevoir que des choses un peu choquantes, un peu limites, comme des bavardages indiscrets, peuvent avoir cours partout dans les hôpitaux, de l'accueil aux couloirs, des salles de consultations aux chambres, en passant par les ascenseurs.»

>> Suite page 11

>> vervolg op pagina 11

Des exemples ? Des noms de patients sont prononcés quand ils ne le devraient pas. Confiées par les malades, des informations concernant la vie privée sont répétées à d'autres soignants sans utilité réelle. Des discussions sur des cas se déroulent à voix trop haute par téléphone ou dans des cafétérias. «*Même pour dépanner un ami ou une connaissance qui souhaiterait une information sur un proche hospitalisé, il n'est pas éthique de regarder dans le dossier d'un patient que l'on ne suit pas, et cela doit parfois être rappelé, souligne le Dr Mathieu. Le patient est fragile, il nous fait confiance, nous devons le respecter et respecter sa confiance : il doit avoir l'assurance qu'autour de lui, tout le monde, médecin ou pas, se tiendra au secret médical, gage d'une médecine de qualité.*»

L'infrastructure des hôpitaux ne contribue pas forcément à encourager le secret médical : les recommandations des Comités d'éthique rappellent que la vigilance s'impose aussi, par exemple, dans les chambres communes. «*Il est indispensable d'en faire sortir tous les visiteurs lorsque l'on doit s'occuper d'un malade, et d'y parler discrètement. S'il n'est pas toujours possible de respecter la règle du secret à 100 %, l'idée reste de tenter de s'en approcher le plus possible*», constate le Dr Mathieu.

“ Le respect du secret professionnel, c'est se taire ou donner la bonne information à la bonne personne au bon endroit dans l'intérêt du patient. ”

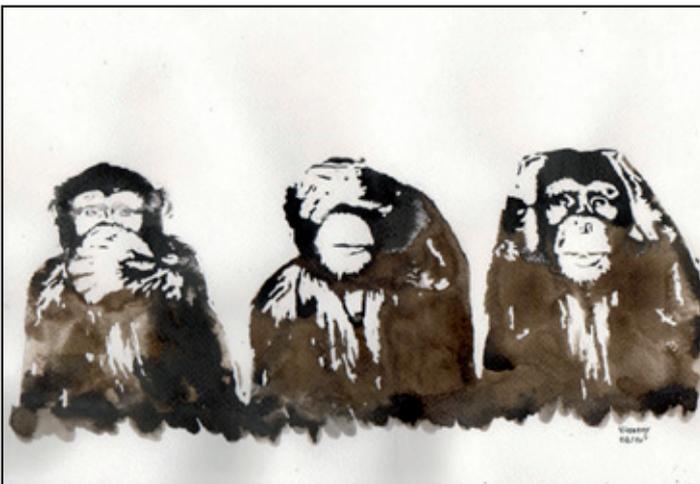
La campagne de sensibilisation se veut principalement informative, mais elle souligne que des infractions graves au principe du secret professionnel sont susceptibles d'entraîner des

sanctions, pouvant aller jusqu'au licenciement. Divulguer un diagnostic, échanger des informations en présence d'autres patients ou de personnes étrangères, se renseigner sur la présence de certaines personnes dans l'institution : voilà autant de comportements «limites» qui, entre autres, font partie de possibles dérapages. Par ailleurs, le devoir de confidentialité oblige également, par exemple, à s'abstenir de répandre des informations dans un autre service que le sien et, à fortiori, dans tout l'hôpital. Ou, encore, de ramener au domicile des informations confidentielles...

Peut-être plus délicat encore, le problème de la communication d'informations aux proches des malades et, donc, du partage du secret professionnel, est appréhendé dans cette campagne de manière assez souple. On admet en effet la possibilité de divulguer certains points «dans l'intérêt du patient» et pour autant qu'il s'agisse de données strictement nécessaires. «*Le secret est laissé en partie à l'appréciation du médecin, car on ne peut se cacher derrière la loi pour devenir inhumain*», précise le Dr Isabelle Mathieu.

«Et si le patient, c'était vous ?», énonce le slogan de la campagne. Avec cette simple petite question comme leitmotiv, 6 Comités d'éthique auront rappelé pendant ce mois que les blablas, les indiscretions et les manques de confidentialité n'étaient pas censés avoir leur place dans les hôpitaux. Pour «Grey's Anatomy», «Dr House» et autres «Urgence», changez de chaîne, ici, il n'y a plus rien à entendre...

Pascale Gruber
Journal du médecin



tot in de kamers kunnen deze roddelpraatjes in de ziekenhuizen plaatsvinden. Voorbeelden? Namen van patiënten worden vernoemd wanneer het niet moet. Persoonlijke informatie door zieken verschaft, zonder werkelijke waarde, worden doorgegeven aan andere zorgbeoefenaars. Gesprekken over patiënten worden met te luide stem gehouden aan de telefoon of in de cafetaria's."

Dr. Mathieu haalt aan dat: "zelfs om een vriend of kennis aan informatie te helpen over een gehospitaliseerde naaste, die wij zelf niet behandelen, is het onethisch zijn dossier te raadplegen. De patiënt is zwak, hij schenkt ons zijn vertrouwen en wij moeten leren zijn vertrouwen te eerbiedigen. Hij moet ervan verzekerd zijn dat iedereen rond hem, dokter of niet, zich aan het medisch geheim houdt, wat een kwalitatieve geneeskunde weerspiegelt."

De infrastructuur in een ziekenhuis is niet altijd bevorderend om het medisch geheim aan te moedigen: de aanbevelingen van de Ethische Commissies herinneren ons eraan dat waakzaamheid noodzaak is, bvb. in de gemeenschappelijke kamers. "Het is onontbeerlijk dat bij de verzorging van een patiënt, alle bezoekers de kamer verlaten en dat er discreet wordt gepraat ter wille van de andere patiënten. Als het niet altijd mogelijk is de regels van de geheimhouding voor 100% te eerbiedigen, blijft altijd in de gedachte om deze zo goed mogelijk te benaderen," merkt Dr. Mathieu op.

De sensibiliseringsactie is louter informatief, maar onderlijnt dat zware overtredingen aan het principe van beroepsgeheim tot sancties kunnen overgaan en in sommige gevallen tot ontslag kunnen leiden.

Een diagnose vrijgeven, informatie uitwisselen in het bijzijn van andere patiënten of vreemde personen, inlichtingen inwinnen over andere patiënten uit de instelling, zijn des te meer gedragsvormen, die onder andere kunnen leiden tot mogelijk uitieme uit de hand lopende situaties.

Bovendien verplicht de geheimhouding eveneens om geen informatie te verspreiden in andere diensten dan zijn eigen dienst en zeker niet in gans het ziekenhuis of ook om geen informatie mee te nemen naar huis.

Nog subtieler is het doorgeven van informatie aan verwanten van de patiënten en zo het beroepsgeheim te delen, wordt in deze actie op een vrij soepele manier benaderd. Zo aanvaarden we de mogelijkheid om bepaalde punten vrij te geven,

"in het belang van de patiënt" en zolang deze strikt noodzakelijk zijn.

"De geheimhouding wordt grotendeels overgelaten aan de beoordeling van de arts, want wij kunnen ons niet achter de wet verschuilen om onmenselijk te worden" bepaald Dr. Mathieu.

“ De bekendmaking van vertrouwelijke informatie is: “de juiste informatie geven aan de juiste persoon op de juiste plaats in het belang van de patiënt”, zoniet zwijgen is de boodschap! ”

Wat als U de patiënt was? Kondigt de slogan van de actie aan. Met deze eenvoudige kleine vraag als leidmotief, hebben deze 6 Ethische Commissies, gedurende een maand, ons eraan herinnerd dat roddels, loslippigheid en het gebrek aan geheimhouding niet op hun plaats zijn in ziekenhuizen.

Voor "Gray's Anatomy", "Dr. House" en andere programma's zoals "Spoed" kun je beter van kanaal veranderen, hier kun je geen roddels meer rapen.

Pascale Gruber
Artsenkrant

HbA1c % wordt HbA1c mmol/mol

Bron: mei-juni 2011 nr van het driemaandelijks tijdschrift van Diabetes-Info van de Vlaamse Diabetesvereniging

U hebt diabetes. Om na te gaan of uw diabetes goed geregeld is, maken we gebruik van een HbA1c test. Deze test werd tot juni 2011 uitgedrukt in %. De normale waarden bij personen zonder diabetes liggen tussen de 4% en 6%. Sinds 1 juni 2011 worden de HbA1c resultaten in België in een nieuwe eenheid gerapporteerd: mmol/mol i.p.v. %. In dit artikel leest u waarom en hoe dit is gebeurd.

HbA1c % devient HbA1c mmol/mol

Source: Mai-Juin 2011 n° du magazine trimestriel de la Communauté flamande du diabète Infos Diabetes Association

Vous avez le diabète. Pour vérifier si votre diabète est bien équilibré, vous utilisez un test HbA1c. Ce test est calibré en%. Les valeurs normales chez les personnes non diabétiques étant de 4% à 6%. Depuis Juin 2011, les résultats d'HbA1c en Belgique sont exprimés en mmol / mol%.

Wat is HbA1c?

Hemoglobine bevindt zich bij iedereen in de rode bloedcellen. Deze rode kleurstof is in evenwicht met de hoeveelheid suiker (glucose) in het bloed. Het "versuikeren" van een klein deel van het hemoglobine bij hoge suikerwaarden kan worden gemeten via het HbA1c. Deze meting is dan ook een goede weergave van de gemiddelde glucosewaarden in het bloed gedurende de voorbije 2 tot 3 maanden.

Wat vertelt het HbA1c ons?

Een hoge waarde van het HbA1c geeft aan dat er een verhoogd risico ontstaat op complicaties van uw diabetes. Het betreft een verhoogde kans op het ontstaan van een hartinfarct of een hersentrombose, oog- en nieraantasting, zenuwaandoeningen, huidinfecties, slecht genezende wonden en mogelijk nog andere problemen. Dit verband werd duidelijk aangetoond in grote wetenschappelijke studies, zowel bij type 1 diabetes als bij type 2 diabetes.

Waarom HbA1c meten?

Diabetes hebben doet geen pijn. Je "voelt" niet altijd of je diabetes goed onder controle is. Daarom raden artsen aan om elke 3 tot 6 maanden het HbA1c te laten meten. Zo kan worden nagegaan of de behandeling nog doeltreffend is of misschien dient bijgesteld te worden.

Wat zijn de huidige behandelingsdoelen?

Een HbA1c waarde tussen 6,5% en 7,5% (48 mmol/mol en 58 mmol/mol) wordt aanzien als het streefdoel voor een behandeling van diabetes. Dit streefdoel dient echter bij elke patiënt te worden afgesproken samen met de arts. Een andere doelstelling kan worden bepaald bij hoge leeftijd, bij het samen voorkomen van andere ziekten of als er een verhoogde kans is op hypo's.

Waarom nu wijzigen, en naar

Quel est l'HbA1c?

L'hémoglobine est présente chez tout le monde dans les globules rouges. Ce colorant rouge est en équilibre avec la quantité de sucre (glucose) dans le sang. Cet équilibre peut être mesuré par l'HbA1c et est une bonne représentation de la glycémie moyenne dans le sang durant les 2 à 3 derniers mois.

Que faut-il nous dire de l'HbA1c?

Une valeur élevée de l'HbA1c indique un risque accru de complications liées au diabète. Il peut s'agir de crise cardiaque, d'AVC, de lésions oculaires, rénales, nerveuses, d'infections cutanées, de mauvaise cicatrisation des plaies et éventuellement d'autres problèmes. Cette relation a été clairement démontrée par des études scientifiques, tant pour le diabète de type 1 que pour le diabète de type 2.

Pourquoi mesurer l'HbA1c?

Le diabète est indolore. Vous ne sentez pas toujours si votre diabète est bien contrôlé. C'est pourquoi les médecins recommandent tous les 3 à 6 mois de mesurer l'HbA1c, pour déterminer si le traitement est efficace ou doit être ajusté.

Quels sont les objectifs du traitement en cours?

Une HbA1c entre 6,5% et 7,5% (48 mmol / mol et 58 mmol / mol) est considéré comme un objectif cible. D'autres objectifs peuvent être déterminés par le médecin en fonction de l'âge, de la prévention de maladies concomitantes ou s'il ya un risque accru d'hypoglycémie.

Pourquoi changer d'unités?

Récemment, une nouvelle technique de mesure pour déterminer la HbA1c a été mise au point. Le taux d'HbA1c est constant, même si le test est effectué dans des laboratoires différents. L'inconvénient de ce nouveau test est que le résultat ne sera plus exprimé en "%", mais précisément, dans une nouvelle

>> vervolg op pagina 13

>> Suite page 13

HbA1c % wordt HbA1c mmol/mol

welke eenheden?

Recent werd er een nieuwe meettechniek afgesproken voor het bepalen van het HbA1c. Door deze nieuwe techniek worden de HbA1c resultaten beter vergelijkbaar, ook als de test in verschillende labo's wordt uitgevoerd.

Het nadeel van deze nieuwe test is echter dat het resultaat niet langer uitgedrukt kan worden in "%" maar bepaald wordt in een nieuwe eenheid: "mmol/mol" (zeg: millimol per mol).

Een normale waarde is dan niet meer kleiner dan 6%, maar kleiner dan 42 mmol/mol.

Hoe verhouden de oude eenheden zich tot de nieuwe?

Er bestaat een omrekenformule tussen de 2 soorten eenheden. Gelukkig hoeven we deze rekenformule niet altijd toe te passen. Een tabel helpt ook om de waarden om te zetten.

Hieronder vind je zo een gemakkelijke omreken tabel.

Sinds 1 juni 2011 vermelden alle laboratoria in België de HbA1c resultaten in de nieuwe eenheid (IFCC eenheid, in mmol/mol). Gedurende minstens 12 maanden zullen voorlopig ook de oude resultaten (DCCT eenheid, in %) ernaast vermeld blijven.



unité «mmol / mol» (millimoles prononcées par moles). La valeur normale de moins de 6% devient inférieure à 42 mmol / mol.

Comment passer des anciennes aux nouvelles unités de mesure?

Il existe une formule de conversion entre les deux types d'unités, mais une table permet de convertir plus aisément ces valeurs.

Voici par exemple une table de conversion facile.

Depuis Juin 2011 tous les laboratoires en Belgique émettent les résultats d'HbA1c dans la nouvelle unité (les unités IFCC, en mmol / mol). Pendant encore au moins 12 mois, les résultats seront encore indiqués dans l'ancienne unité également (unité DCCT, en%).

HbA1c Conversietabel

Oude eenheid (DCCT): %

Nieuwe eenheid (IFCC): mmol/mol

HbA1c Conversietabel

Ancienne unité (DCCT): %

Nouvelle unité (IFCC): mmol/mol

HbA1c %	HbA1c mmol/mol	HbA1c %	HbA1c mmol/mol	HbA1c %	HbA1c mmol/mol	HbA1c %	HbA1c mmol/mol
4	20	6,1	43	8,1	65	10,1	87
4,1	21	6,2	44	8,2	66	10,2	88
4,2	22	6,3	45	8,3	67	10,3	89
4,3	23	6,4	46	8,4	68	10,4	90
4,4	25	6,5	48	8,5	69	10,5	91
4,5	26	6,6	49	8,6	70	10,6	92
4,6	27	6,7	50	8,7	72	10,7	93
4,7	28	6,8	51	8,8	73	10,8	95
4,8	29	6,9	52	8,9	74	10,9	96
4,9	30	7	53	9	75	11	97
5	31	7,1	54	9,1	76	11,1	98
5,1	32	7,2	55	9,2	77	11,2	99
5,2	33	7,3	56	9,3	78	11,3	100
5,3	34	7,4	57	9,4	79	11,4	101
5,4	36	7,5	58	9,5	80	11,5	102
5,5	37	7,6	60	9,6	81	11,6	103
5,6	38	7,7	61	9,7	83	11,7	104
5,7	39	7,8	62	9,8	84	11,8	105
5,8	40	7,9	63	9,9	85	11,9	107
5,9	41	8	64	10	86	12	108
6	42						

HbA1c % devient HbA1c mmol/mol

L'école d'infirmières de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles 1907¹

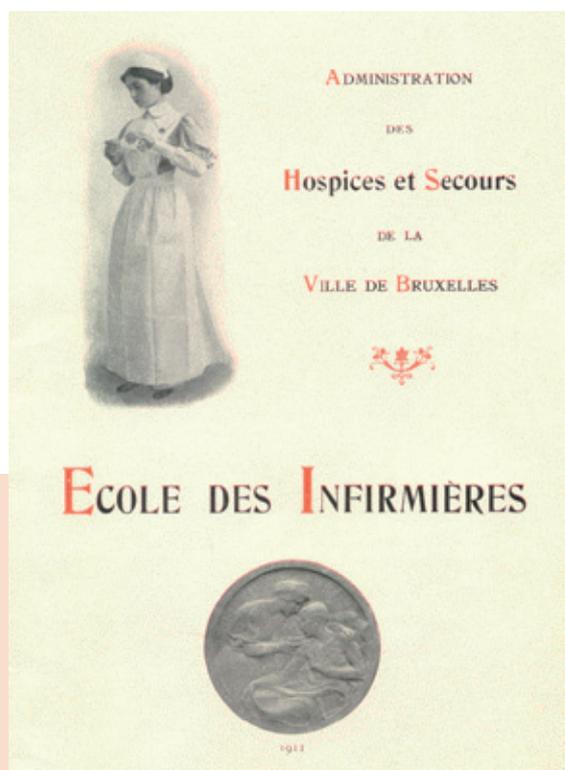
Biographie de deux monitrices

Après quelques balbutiements et la mise en place d'un enseignement rudimentaire du soir réservé aux servantes-soignantes internes, l'Administration des Hospices et Secours de Bruxelles ouvrent enfin, en 1907, à l'hôpital Saint-Jean, une école d'infirmières.

Les candidates doivent avoir entre 18 et 30 ans, 35 ans maximum pour les agents en fonction, présenter un profil d'une instruction moyenne, connaître le français et le flamand. L'internat est obligatoire. Les formations théoriques et pratiques se déroulent sur une année chacune, mais leur

but est essentiellement pratique : soins à effectuer et matériel à utiliser. L'école ne prend son essor qu'en septembre 1910 après certaines réformes, notamment la prolongation du cursus d'une année de pratique. Après ces trois années, les lauréates obtiennent l'insigne. Le diplôme est octroyé

>> Suite page 15



Arlette Joiris

De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique 1789 – 1970. Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle, Socrate Editions Promarex, 2009, 247 pages, ill. Ouvrage vendu au prix de 15€ par l'asbl Promarex Tél 071/92 28 53 ou www.espace-socrate.com



De school voor verpleegkunde in het St. Jansziekenhuis te Brussel - 1907

Een biografie van twee hoofdverpleegkundigen

In 1907 werd in het St.- Jansziekenhuis in Brussel een school voor verpleegkunde opgericht.

De kandidaten moesten tussen de 18 en 30 jaar zijn, maximum 35 jaar voor de medewerkers van het ziekenhuis, de kennis van het Frans en "Vlaams" was vereist. Stage was verplicht. De theoretische en praktische opleiding vond plaats over een gans

jaar (in 1910 verlengd met 1 jaar). Zij was vooral gericht naar de praktische zorg en het gebruik van de apparatuur aanwezig in het ziekenhuis. Het symbool van verpleegkunde (de gekende medaille, nvdr.) werd na 3 jaar uitgereikt, de studenten moesten dus na het jaar

>> vervolg op pagina 15

à celles qui accomplissent deux ans supplémentaires comme infirmières. Suivre la carrière de deux de ces élèves lève le voile sur l'organisation de l'école et l'intégration d'infirmières laïques dans les hôpitaux bruxellois de Saint-Jean et Saint-Pierre.

Joséphine PROGNEAUX 1886- ?²

Originaire de Gilly, Joséphine Progneaux suit des études moyennes au pensionnat des sœurs de Notre-Dame de Miséricorde à Schayn. A 17 ans, elle s'occupe du ménage et soigne ses parents, frères



opleiding nog praktijk in het ziekenhuis opdoen. We belichten hier de loopbaan van 2 studenten die later als verantwoordelijke verpleegkundige doorstroonden.

PROGNEAUX Josephine 1886 -?

Josephine Progneaux begon in september 1909 in het St.- Jansziekenhuis, in december 1909 en januari 1910 werden de testen voor fysieke en morele geschiktheid voor het beroep van verpleegkundige afgenomen: haar gedrag was onberispelijk, ze was zacht, attent en beleefd. De enige opmerking: ze moest Vlaams leren. Ze begon aan haar tweejarige opleiding in februari 1910. Op 1 juni 1910 werd ze hoofdopvoeder in de kostschool waar ze verbleef, met een toelage van 15 BF.

>> vervolg op pagina 17

et sœurs malades. En septembre 1909, date à laquelle elle postule à l'école Saint-Jean, toute sa famille a disparu. Elle accomplit un stage de deux mois –décembre 1909-janvier 1910- qui permet de tester ses qualités physiques et morales : sa conduite est irréprochable, elle est douce, prévenante et polie. Seul bémol, elle doit apprendre le flamand³. Elle entame son cursus de deux ans en février 1910.

Au 1er juin 1910, soit seulement après quatre mois, étant la plus ancienne des élèves, elle remplace la monitrice à l'internat où elle devient surveillante, avec une indemnité de 15 frs.

En octobre 1911, elle passe l'examen avec grande distinction et reçoit l'insigne bijou bien qu'il lui manque un mois de stages. En août 1912, elle est nommée définitivement monitrice, puis en décembre de la même année surveillante (directrice) de l'école d'infirmières, avec un traitement de 100 frs. A cette occasion, l'Administration rappelle la priorité donnée aux personnes qui ont suivi les cours de Saint-Jean. Ce qui ne l'empêche pas de recruter également à l'extérieur.

Elle est nommée définitivement dans son emploi de surveillante en octobre 1913, avec un salaire annuel de 1600 frs. Et

>> Suite page 16

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
PSD
PERMANENCE SOINS A DOMICILE ****

L'école d'infirmières de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles 1907¹

deux ans plus tard affiliée à la Caisse des Pensions. En octobre 1918, elle cumule la surveillance de l'école et la direction des soins à l'hôpital Saint-Jean. Sa santé n'étant pas des plus brillantes, l'Administration souhaite sa mutation vers l'hôpital Saint-Pierre où la charge de travail est plus légère. Refus de Melle Progneaux ! Saint-Pierre a «mauvaise réputation⁴».

Sa santé ne semble guère s'améliorer puisqu'en février 1921, elle demande sa démission. Or fin mars de la même année, elle se marie. Il faut se souvenir qu'une fois mariée, rares sont les infirmières hospitalières qui, à cette époque et jusqu'au années 1970, continuent à officier, bien que dans son cas, elle occupe un emploi de cadre, avec probablement un horaire de jour. L'Administration lui rend hommage et la remercie pour les services qu'elle a rendus pendant la période si difficile des débuts de la réorganisation du soignage des malades.

St Jean. Début 1913, Olivia TSCHUMI est désignée surveillante à St-Pierre : nouveau refus de l'intéressée au motif qu'il faut une infirmière en chef dans chaque service et si ce n'est pas le cas «les infirmières réunies et liguées contre une autorité non-existante jusqu'à ce jour serait la cause d'un échec certain»⁹.

Le 12 août 1914¹⁰, elle démissionne pour retourner en Suisse, mais les événements de la guerre l'obligent à rester en Belgique, apparemment à St-Pierre. Elle recevra en 1923 la médaille commémorative pour soins donnés aux soldats blessés et malades.

En avril 1917, à la demande du directeur et de la surveillante au vu de son caractère «désagréable», elle retourne à St-Jean où elle sera pendant 25 ans affectée au service des contagieux. Elle suivra à ses frais une formation aux méthodes de prophylaxie des contagieux à l'hôpital Pasteur. Elle devient monitrice à St Pierre en 1935 et est pensionnée quatre ans plus tard. Elle décèdera à l'âge de 91 ans.



Olivia TSCHUMI 1879-1970⁵

D'origine française, Olivia Tschumi se présente en mai 1910 comme infirmière de La Source, célèbre école de Genève, lors de son entrée dans le service du Dr Depage⁷ comme élève-infirmière.

Elle suit les cours de l'année scolaire 1911-1912 et dès le 3 mai 1912 est nommée monitrice des salles et infirmière de la salle d'opération à l'hôpital St Pierre: refus de l'intéressée pour motifs de santé, en fait inexistant⁸. Ce qui est plus vraisemblable, c'est que comme de nombreuses infirmières transférées, elle déplore dans cet hôpital l'absence de réfectoire, de salle de réunion, de logements.

Le service des malades est indifféremment fait par les infirmières et les servantes, tandis que le service de nuit s'effectue dans de mauvaises conditions. Il y a un manque flagrant d'organisation du personnel infirmier, ce qui a pour résultat le départ de bons éléments. Les infirmières veulent aller à St Jean ou dans d'autres établissements. L'Administration admet que «l'organisation des soins en cet établissement conserve encore, même dans les services laïcisés, l'empreinte profonde des usages instaurés par le personnel religieux». Il faut donc établir à St Pierre la même organisation qu'à

1 A. JOIRIS, De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique 1789-1970. Genève, émergence et construction d'une identité professionnelle, Socrate Editions Promarex, 2009, pp.125-128 ; p.228.

2 ACPASB. Dossier personnel «Josephine PROGNEAUX».

3 Pendant la même période, les religieuses des deux hôpitaux peuvent présenter les examens en flamand ; certaines ne parlent presque pas le français et ne savent pas l'écrire. Cfr A. JOIRIS, op. cit., pp.127 et 230.

4 Voir infra.

5 ACPASB. Dossier personnel «Olivia TSCHUMI».

6 A. JOIRIS, op. cit., pp.78-81.

7 A. JOIRIS, «Dr Antoine Depage et Edith Cavell. L'école belge d'infirmières diplômées 1907», in Agora, n°3, avril-mai-juin 2011, p.22.

8 ACPASB. Dossier personnel «Olivia TSCHUMI», Lettre 14 mai 1912.

9 Ibid., Lettre du 1er février 1913.

10 Ibid. Séance du Conseil du 12 août 1914.



chu uvc brugmann

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

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

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

- onmiddellijke aanwerving
- voltijdse of deeltijdse contracten
- betaalde prestaties voor onregelmatige uren
- overname van anciënniteit
- maaltijdcheques
- terugbetaling van de vervoerskosten
- aanmoediging van permanente vorming
- engagement immédiat
- contrats temps plein / temps partiel
- horaires inconfortables payés à la prestation
- reprise de toute l'ancienneté utile
- chèques repas
- remboursement des frais de transport
- formation permanente encouragée

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

De school voor verpleegkunde in het St. Jansziekenhuis te Brussel - 1907

In oktober 1911 slaagde ze met onderscheiding voor het eindexamen en in augustus 1912 werd zij benoemd tot hoofdverpleegkundige waarna ze in december van dat jaar het tot directrice van de verpleegsterschool bracht, dit met een salaris van 100 BF per maand. Vanaf oktober 1918 combineerde ze het toezicht op de school met de taak van directeur verpleegkunde in het St.- Jansziekenhuis. Wegens gezondheidsklachten nam zij ontslag in 1921. In maart van dat jaar trouwde zij wat in deze tijd ook een einde betekende aan het beroep van verpleegkundige.

Olivia Tschumi 1879-1970

Olivia Tschumi, een Française komt in mei 1910 als student verpleegkundige

in dienst bij Dr. Depage in het St.- Jansziekenhuis. Zij volgde het schooljaar 1911-1912, vanaf 3 mei 1912 werd zij benoemd tot hoofdverpleegkundige in het St.- Pietersziekenhuis te Brussel. Maar zij weigerde echter deze benoeming om gezondheidsredenen. Meer waarschijnlijk, was dit omdat er in het St.- Pietersziekenhuis, in tegenstelling van het St.- Jansziekenhuis een gebrek was aan "alles", een eetzaal, een vergaderzaal en huisvesting. De zieken werden er in hachelijke omstandigheden verzorgd door verpleegkundigen en verpleeghulpverleners. Er was een duidelijk gebrek aan organisatie wat resulteerde in het vertrek van vele bekwame mensen. De zorg was en bleef er een religieus geïnspireerde aangelegenheid.

Begin 1913 aanvaardde zij toch, maar nam ontslag op 12 augustus 1914 omdat haar eis om op elke afdeling een hoofdverpleegkundige te voorzien afgewezen werd. Ze wilde terugkeren naar Geneve, waar zij haar eerste stappen in de verpleegkunde gezet had, maar de oorlogsomstandigheden dwongen haar om in België te blijven. Zij ontving in 1923 de herinneringsmedaille voor de toegediende zorgen aan gewonde en zieke soldaten.

In april 1917 keerde ze terug naar het St.- Jansziekenhuis waar ze de volgende 25 jaar dienst nam op de afdeling "besmettelijke" ziekten. Vanaf 1935 was zij verpleegkundig diensthoofd in het St.- Pietersziekenhuis. Zij ging in 1939 met pensioen. Ze stierf op de 91 jarige leeftijd.

Un endoscope qui se déplace (presque) tout seul dans le corps !

Finis les examens médicaux douloureux de l'appareil digestif. Des chercheurs japonais ont développé une capsule endoscopique autonome, guidée par une manette et s'orientant grâce à une nageoire. Elle a ainsi pu filmer l'intérieur du côlon et de l'estomac.



Des scientifiques de l'Université Ryukoku et du Collège de médecine d'Osaka ont annoncé avoir développé une capsule endoscopique autopropulsée et contrôlée à distance qui peut « nager » dans le tube digestif. Grâce à cette capsule en forme de têtard qui se déplace seule, ils ont pu saisir des images à l'intérieur de l'estomac et du côlon d'un patient.

Selon l'équipe de recherche, ce serait la première fois dans le monde qu'un endoscope s'est déplacé de façon autonome avec succès de l'anus vers le côlon pour y tourner des images. Ces travaux se positionnent en tout cas dans la lignée des projets menés par une équipe allemande, en début d'année, sur un concept similaire.

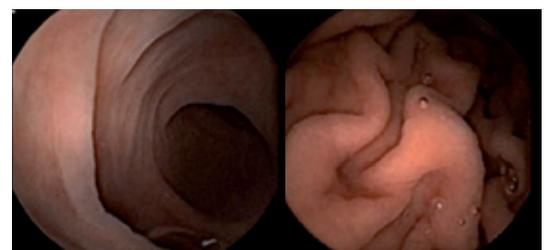
Un endoscope à nageoire

Ce petit instrument, surnommé « Sirène », mesure environ 1 centimètre de diamètre et 4,5 centimètres de longueur. Il est muni d'une sorte de nageoire arrière qui permet un contrôle précis de sa direction et de son emplacement. D'une autonomie de 10 heures, la caméra du dispositif peut prendre jusqu'à deux images par seconde.

Exemples d'images réalisées par la capsule Mermaid. © DR Les médecins utilisent une manette de type joystick pour orienter les mouvements de la capsule en visionnant sa position sur un écran.

Cet endoscope peut être avalé pour l'examen de l'estomac ou inséré par voie rectale pour le côlon.

D'autres capsules endoscopiques ont été développées depuis les années 1980 et sont désormais utilisées. Elles restaient jusqu'à présent mues par les contractions musculaires ondulatoires.



Source : www.futura-sciences.com

Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg

Het verschil tussen leven en dood

Een allochtone patiënt in een Belgisch ziekenhuis die geen Nederlands, Frans of Engels spreekt, weet niet wat er met hem zal gebeuren. Tot een interculturele bemiddelaar komt tolken. “Maar het is meer dan enkel een taalkwestie”, aldus Hans Verrept, coördinator van de Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning van de FOD Volksgezondheid.

Wat doen interculturele bemiddelaars dan nog meer, naast tolken?

Hans Verrept: “Soms maken ze het verschil tussen leven en dood. Het is ongelooflijk hoe tevreden die patiënten zijn dat iemand hen komt helpen. Die mensen liggen in het ziekenhuis zonder goed te weten wat er met hen aan de hand is of wat er gaat gebeuren tijdens een operatie. Als ze iemand op bezoek krijgen die hen begrijpt, die in hun taal kan uitleggen wat er aan de hand is, en die daarbij ook nog hun cultuur begrijpt, dan doet dat enorm deugd. Ze kunnen hun problemen uitleggen, de dokter begrijpen en ze voelen zich geborgen. We horen vaak ontroerende verhalen van patiënten. Een vrouw vertelde: ‘Ze hebben mijn hart geopereerd, maar als ik mijn bemiddelaar zie, voel ik mijn hart gloeien.’ Bemiddelen gaat dus duidelijk verder dan tolken. Een bezoek van iemand van je eigen groep heeft een sterke symbolische betekenis.”

Hebben de meeste allochtone patiënten geen partner of kinderen die de taal spreken en kunnen tolken bij de dokter?

“Ons huidige budget volstaat niet om te voldoen aan de vraag naar interculturele bemiddeling. En als je geen aanbod kan creëren zie je meteen oneigenlijke oplossingen opduiken: kinderen die tolken voor hun ouders. Een allochtoon van de tweede generatie kent alles wat hij op school geleerd heeft in het Nederlands, en wat hij thuis geleerd heeft in het Arabisch. Maar de overlap tussen de twee talen is niet altijd zo groot. Termen in verband met ziekte kennen ze vaak beter in het Nederlands dan in de moedertaal. Familieleden durven de informatie van de patiënt al wel eens manipuleren, en ze zijn niet gebonden door het beroepsgeheim. Tolken hoort niet bij de rol van een kind. Soms moeten er gênante problemen vertaald worden. Schaamte verhindert dan dat het probleem correct vertaald wordt. Tolken is ook meer dan twee talen kennen. Zonder opleiding lukt het je niet. Je moet ook vermijden dat de vertaling je eigen mening reflecteert. Zo was er een vrouw die met haar kersverse schoondochter naar de dokter ging omdat de schoondochter de pil wilde na haar eerste kind. De vrouw in kwestie wilde echter graag veel kleinkinderen, dus zei ze tegen haar schoondochter dat de dokter had beweerd dat de pil slecht was voor haar gezondheid. Zulke toestanden willen we dus vermijden door bemiddelaars in te zetten.”

Hoe reageren dokters en verpleegkundigen op de bemiddelaars?

“We merken dat wie een keer met een bemiddelaar gewerkt heeft, meestal niet meer anders wil. Steeds meer zorgverleners vinden het essentieel dat een bemiddelaar aanwezig is bij contacten met allochtone patiënten. Ze maken dan ook enkel nog afspraken op momenten dat de bemiddelaars aanwezig kunnen zijn. Omdat ons budget voor bemiddeling beperkt is, is er soms geen bemiddelaar beschikbaar. Daarom hebben we nu een project voor bemiddeling via internet opgestart. Vier ziekenhuizen zijn ermee bezig. Voor kleine eenvoudige zaken kan dat een prima aanvulling zijn van de bemiddelaars in de ziekenhuizen. Zo hoeft de bemiddelaar zich niet altijd van het ene naar het andere ziekenhuis te verplaatsen en kan je sneller werken.”

Niet enkel de taal van allochtone patiënten verschilt. Ze denken vaak anders over ziek zijn dan wij. Hoe gaan interculturele bemiddelaars daarmee om?

“Allochtonen hebben inderdaad vaak andere verklaringsmodellen voor ziekten. Het is een gevolg van magie, of een straf van god. De wereld van de geesten speelt bij sommige Marokkanen een grote rol. Het geloof in het ‘boze oog’ leeft ook nog sterk bij sommige Turken. Het is goed om daar rekening mee te houden. De bemiddelaar moet de patiënt duidelijk maken dat hij ook daarover kan praten. Er moet een vertrouwensband ontstaan. Zo vertelde een vrouw dat ze 's nachts verkracht wordt door een geest. Na een tijdje voegt ze toe dat die geest het gezicht van haar man heeft. Dat is dan een aanleiding om door te vragen naar eventuele huwelijksproblemen. Maar daarvoor moet je eerst openheid en een vertrouwensband creëren. Zo krijg je een breder verhaal.”

“Een ander duidelijk voorbeeld was het verhaal van een meisje van negentien jaar met verschrikkelijk veel pijn aan de anus. Ze had zoveel pijn dat ze enkel onder anesthesie onderzocht kon worden. Op het moment dat ze een eerste lichte verdoving krijgt, komt er een vrouwelijke bemiddelaar met dezelfde culturele achtergrond op bezoek. Plots kwam het verhaal eruit. Ze had een vriendje, maar ze moest maagd blijven en daarom namen ze hun toevlucht tot anale seks. Door de aanwezigheid van een vrouw die haar cultuur deelde, kon ze er zonder terughoudendheid over praten. Dokters denken vaak dat een patiënt wel niet zal durven of willen praten over zijn problemen. En patiënten op hun beurt denken dat ze zich moeten schamen voor hun problemen in het bijzijn van een dokter. Terwijl het tegendeel waar is. Zowel dokter als patiënt moet een signaal geven dat ze erover willen en kunnen praten. De interculturele bemiddelaar speelt de rol van katalysator. Zijn aanwezigheid geeft aan dat de patiënt begrepen zal worden. Een bemiddelaar maakt het verblijf in het ziekenhuis niet alleen efficiënter, maar ook draaglijker.”

Zorg voor allochtone ouderen

Over verschillen en gelijkenissen

In Vlaanderen zijn er 1,7 miljoen 55-plussers, zo blijkt uit een onderzoek van Edith Lodewijckx van de Studiedienst van de Vlaamse Regering. 80.000 daarvan zijn van vreemde herkomst. De komende jaren zal de allochtone bevolking in ons land – net als de autochtone – sterk vergrijzen. Hoe ver staan we intussen met de zorg voor allochtone ouderen?

Yeter Keten is van Turkse origine. Een paar jaar geleden werkte zij voor de provincie Oost-Vlaanderen aan het project 'Ouder worden in Vlaanderen'. Dat project zorgde ervoor dat allochtone ouderen en zorgorganisaties elkaar beter leerden kennen. Tijdens het project 'Ouder worden in Vlaanderen' merkte Keten dat veel allochtone ouderen en hun kinderen positief verrast waren over de verscheidenheid aan zorg die er is voor ouderen: thuiszorg, de mediotheek, woon- en zorgcentra. Welke inspanningen kunnen deze organisaties doen om zich aan te passen aan een nieuwe doelgroep? Volgens Keten begint alles met een goed personeelsbeleid.

"Verzorgenden die verschillende talen spreken, zijn een pluspunt. Zorginstellingen kunnen voor hun personeel ook informatiesessies organiseren over de islam, over eetgewoonten... De meerderheid van de eerstegeneratieallochtonen hecht nog veel belang aan tradities. Dat neemt niet weg dat iedereen een individu is met eigen noden en wensen. Vraag dus gewoon aan de cliënt zelf of aan zijn kinderen hoe hij verzorgd wil worden. Op dezelfde manier waarop je dat doet bij een Belgische bewoner of patiënt. Allochtonen zijn geen buitenaardse wezens. Een open houding doet al veel."

Dat ervaren ook meneer en mevrouw Yilmaz (schuilnaam). Ze zijn 76 en 78 jaar oud. Meneer Yilmaz vertelt hoe hij lang geleden besloot naar België te komen. "Zoals vele anderen wilde ik naar West-Europa om te werken en geld te verdienen. In Frankrijk heb ik in de wegenbouw gewerkt, later heb ik in België mee kanalen uitgegraven: zwaar werk. Toen ik in België woonde zijn mijn vrouw en kinderen overgekomen." Zijn dochter vult het verhaal aan. "Het zware werk heeft hem getekend. Een paar jaar geleden heeft hij een hersenbloeding gekregen. Sindsdien is hij erg achteruitgegaan." Meneer en mevrouw Yilmaz hebben lang bij hun zoon ingewoond, maar het huis was niet aangepast aan oudere bewoners. Trappen nemen werd moeilijk, en ze verhuisden onlangs naar een gelijkvloers huisje. De beslissing om thuiszorg in te schakelen namen de kinderen en de ouders samen. "Omdat mijn ouders geen Nederlands spreken, nemen wij veel van de administratieve zaken op ons", vertelt hun dochter. "Wij helpen ook een vertrouwensband creëren tussen onze ouders en de thuisverzorgster die Nederlands spreekt. Cultuurverschillen maken de zorg misschien minder vanzelfsprekend, maar daarom niet onmogelijk. Het is belangrijk de dialoog op gang te brengen, indien nodig via de kinderen."

Het woonzorgcentrum staat klaar

Als thuis blijven wonen niet langer mogelijk is, is een woonzorgcentrum een alternatief. Directeur Dirk Beyens en zijn team van woonzorgcentrum De Vijvers in Ledeberg hebben ervaring met de zorg voor allochtone bewoners. "We hebben de afgelopen jaren twee eerstegeneratieallochtonen als bewoners gehad. We vermoeden dat de meerderheid van die ouderen nog thuis verzorgd wordt door hun kinderen. Maar de tweede generatie zal hier binnen tien, twintig jaar wel opduiken, want bij de koppels uit de derde generatie zitten er veel meer tweeverdieners", aldus Beyens. Kleine dingen zoals aangepaste maaltijden en buitenlandse tv-zenders die voorgeprogrammeerd staan, zorgen ervoor dat allochtone bewoners zich thuis kunnen voelen in De Vijvers. Daarnaast is het personeelsbestand van het centrum divers: er werken tien verzorgenden, vijf keukenmedewerkers en twee schoonmakers van buitenlandse origine. Beyens verklaart hoe dit komt: "Bij sollicitaties kijken we alleen naar de competenties van de sollicitant, maar doordat onze vacatures uithangen op plaatsen waar veel allochtonen komen, krijgen wij spontaan veel allochtone kandidaten. Vroeger hadden we enkel computertesten bij sollicitaties, maar om ze meer toegankelijk te maken hebben we ook een versie met pen en papier laten opstellen, voor mensen die minder computerervaring hebben. Daarnaast laten we onderhoudsmedewerkers ook praktische proeven afleggen, waarin de taalbarrière geen rol speelt." Een gevarieerd personeelsbestand is een pluspunt in de zorg voor allochtone ouderen.

Fatiha, hoofdverpleegkundige van Marokkaanse afkomst, beaamt dat. "De Turkse bewoonster voor wie we zorgden, kende geen Nederlands. De taalbarrière blijft de grootste moeilijkheid in de zorg. Maar dankzij mijn Turkse collega's was het toch mogelijk om te communiceren met die dame."

Liever onafhankelijke tolk dan familie

Verpleegkundige Ferda is een van die Turkse collega's. "De Turkse dame die hier vorig jaar woonde, was duidelijk blij dat ik er voor haar was. Als ze de andere verpleegkundigen niet begreep, liet ze mij roepen om te tolken." Nu de vrouw naar een ander rusthuis verhuisde – dichterbij haar familie – gaat Ferda haar af en toe nog opzoeken. Soms vraagt de dame haar nog of ze niet kan komen tolken als de dokter haar komt onderzoeken. Ferda merkt dat de vrouw liever heeft dat zij tolkt bij de dokter, in plaats van haar kinderen. "Ze heeft soms probleempjes waar ze zich voor schaamt bij haar familie."

"Iedereen wordt liefst thuis oud, allochtoon of autochtoon. Maar als dat niet meer lukt, doen wij ons best om het voor iedereen zo aangenaam mogelijk te maken", zo besluit Dirk Beyens.

Tekst: Liesbeth Van Baeckel
Weliswaar 99 april – mei 2011

LevensEinde InformatieForum



In deze brochure vindt u informatie omtrent de LEIFartsenopleiding en de LEIFopleiding

De opleidingen worden telkens verfijnd met de bemerkingen van de deelnemers. Zo ziet de brochure van dit komend academiejaar er anders uit dan de vorige. We blijven kiezen voor een modulaire opleiding: elke module staat op zich en de opleiding kan daardoor ook gespreid worden in de tijd. U start vanzelfsprekend met de introductie. Er is een pool van docenten die de vorming begeleiden en waarop we beroep doen voor de verschillende opleidingsonderdelen.

U merkt dat in de twee opleidingstrajecten - de LEIFartsenopleiding en de LEIFopleiding - de thema's gelijklopend zijn. De uitwerking is soms verschillend en beroepsspecifiek.

U kunt een eigen opleidingstraject samenstellen, rekening houdend met vroegere opleidingen en verworven competenties. Daarvoor neemt u het best contact op met Paul Destrooper, vormingsverantwoordelijke. (pauldestrooper@leif.be). Bij een volledige opleiding ontvangt u een getuigschrift van de opleiding als LEIFarts of LEIFreferente.

LEIFartsenopleiding

Het pluralistische en interdisciplinaire LevensEinde Informatieforum (LEIF) groepeerd huisartsen en ziekenhuisartsen over heel Vlaanderen en Brussel die een opleiding volg(d)en i.v.m. beslissingen bij het levenseinde (inclusief euthanasie) en die de mogelijkheden kennen van de palliatieve zorg.

De euthanasiewet voorziet in een verplichte raadpleging van een tweede arts (en bij niet-terminale patiënten van een derde arts). In de dagelijkse praktijk is het vaak niet eenvoudig om een bevoegde en onafhankelijke arts te vinden. Hiervoor kunnen de LEIFartsen geraadpleegd worden.

Wanneer LEIFartsen worden geraadpleegd, biedt dit een waarborg voor de behandelende arts én zijn patiënt dat er nauwgezet met de problematiek van het levenseinde wordt omgegaan.

Op deze wijze wordt onder collega's aan deskundigheidsbevordering gedaan.

Van de arts die een LEIFartsenopleiding volgt wordt verwacht dat hij euthanasie als een evenwaardige optie beschouwt tussen de andere beslissingen bij het levenseinde en de palliatieve zorg.

LEIFopleiding (verpleegkundigen en andere zorgverleners)

Verpleegkundigen en andere zorgverleners (psychologen, maatschappelijk werkers, moreel consulenten, pastores, kinesisten, ...) hebben behoefte aan opleiding over de beslissingen bij het levenseinde. Ze staan heel dicht bij de patiënt en worden nog al te vaak niet in het beleid betrokken. Bovendien worden bij het levenseinde frequent taken naar hen gedelegeerd waarvan de intenties niet altijd even transparant zijn.

Zoals voor de artsen voorzien we ook voor deze groep in opleiding en vorming. Gedurende de opleiding zal inzicht verschaft worden in de diverse beslissingen bij het levenseinde en in de mogelijkheden van palliatieve zorg. Op deze manier kan men nadien fungeren als referente en aan intercollegiale deskundigheidsbevordering doen en met o.a. artsen en andere teamleden beter communiceren.

Permanente vorming

Er wordt tevens voorzien in continue vorming in verschillende werkvormen. Ook in 2011 en 2012 organiseren we opnieuw een symposium (voor meer informatie: www.leif.be).

Elektronisch forum

Een continu aanbod van informatie en actualiteit, gemakkelijk te raadplegen op www.leif.be

Inschrijvingen

Telefoon 02/456.82.15

E-mail leifartsen@leif.be leifnurses@leif.be

Locatie: J. Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel

Forfaitaire deelnemersbijdrage:

€100 (studiemateriaal en lunch inbegrepen)

Voor de LEIFartsenopleiding werd accreditering "Economie en Ethiek" aangevraagd.

De LEIFarts- en LEIFopleiding leiden tot een certificaat.

**ASSURANCE
RESPONSABILITE
PROFESSIONNELLE**

**VERZEKERING
BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID**

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

amma

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



Je soigne. L'esprit tranquille !

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

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

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

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

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

Met een gerust gemoed aan de slag !

Wat te doen in geval van een beroepsfout of bij een klacht van een patient ?
Wie betaalt 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**

Récompenses

Le travail de nos jeunes diplômés récompensé par la régionale de charleroi

Durant la dernière semaine de juin, trois écoles de la région de Charleroi ont été sélectionnées afin d'offrir un cadeau à l'étudiant ayant obtenu avec succès le diplôme d'infirmier.

L'objectif de cette récompense est de mettre en avant l'étudiant ayant obtenu les meilleurs résultats (points globaux et/ou TFE).

Cette démarche permet également de sensibiliser nos jeunes diplômés quant à l'importance que joue une association professionnelle dans l'évolution de notre profession.

Une enveloppe contenant 50 € ainsi qu'un abonnement d'un an à notre régionale (comprenant les nombreux avantages tels que l'assurance professionnelle à prix réduit et la promotion de la téléphonie) ont été offerts aux personnes suivantes :

- **Carrez Jennifer** – Bachelier en soins infirmiers (Hautes Ecoles Provinciales de Hainaut Condorcet – Montignies/sur/Sambre)
- **Piazza Rosa** – Infirmière hospitalière (Hautes Ecoles Provinciales de Hainaut Condorcet – IPSMa)
- **Lhoir Sylvianne** – Bachelier en soins infirmiers (Hautes Ecoles Provinciales de Hainaut Condorcet – IPSMa)
- **Philippe Carine** – Bachelier en soins infirmiers pour les titulaires d'un brevet d'infirmier hospitalier (Hautes Ecoles Provinciales de Hainaut Condorcet – IPSMa)
- **Orban Sandrine** - Infirmière hospitalière (La Samaritaine)

Nous félicitons encore une fois l'ensemble des étudiants ayant obtenu avec fruit le diplôme d'infirmier.

Nous leur souhaitons épanouissement professionnel et personnel.

Votre apprentissage n'est pas fini ... il ne fait que commencer... Bonne route !

NINITE Sébastien,
Président FNIB, et son bureau
Régionale de Charleroi et du Hainaut oriental



De gauche à droite : Sébastien Ninite, Jennifer Carrez et Christine Gilot



BRUXELLES 2011
XI^{ème} Congrès européen
des infirmières cliniciennes &
des infirmières spécialistes clinique

Le 16 et 17 décembre 2011

**“Infirmière clinicienne, spécialiste clinique
et pratique clinique avancée: ensemble vers
un consensus francophone ...”**

Campus ERASME - HELB
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
BELGIQUE

Inscription:

1 jour: € 60

2 jours: € 100

IBAN: BE62 0016 3342 7961

BIC: GEBABEBB

Plus d'informations sur

www.fnib.eu

stievenart.julien@gmail.com

En partenariat avec:



Avec le soutien des infirmières françaises,
luxembourgeoises et suisses:



Het FNBBV beloont de beste scriptie in Brussel en Hasselt

Het FNBBV beloont 3 nieuwe bachelors in de verpleegkunde voor hun uitstekende scriptie

Het FNBBV schonk eind juni aan 3 studenten een geschenkbon van 100 euro en een gratis lidmaatschap gedurende 1 jaar aan 3 studenten voor de uitstekende kwaliteit van de aangeboden scripties:

- In de Erasmus Hogeschool Brussel viel student Wendy Van Laethem in de prijzen voor haar scriptie: "De rol van de sociaal verpleegkundige op een dienst voor onthaalouders in een multiculturele samenleving"
- In de Provinciale Hogeschool Hasselt werd de prijs toegekend aan 2 studenten: Lore Coenen en Dries Gielissen, zij presenteerden samen de scriptie: "Care bundel: preventie van vocht- en drukletsels bij de geriatrische zorgvrager"

De bestuursleden van het FNBBV wensen alle laureaten te feliciteren met de geleverde prestatie en wensen hun een voorspoedige beroeps loopbaan toe.



Nous distribuons nos produits aux :

- Maisons de repos
- Hôpitaux
- Magasins
- Infirmières

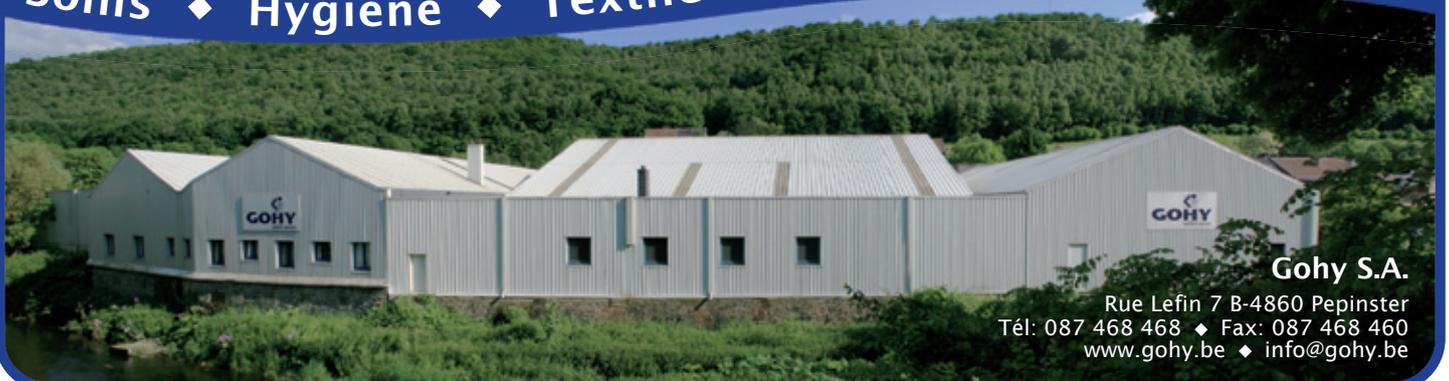


Plus de 1 000 références en stock

Livraison en 24 heures ou enlèvement sur place

Demandez notre catalogue sur www.gohy.be ou au 087/468 468

Soins ♦ Hygiène ♦ Textile ♦ Mobilier ♦ Incontinence



Gohy S.A.

Rue Lefin 7 B-4860 Pepinster
Tél: 087 468 468 ♦ Fax: 087 468 460
www.gohy.be ♦ info@gohy.be



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

Infirmier(e) pour la gériatrie

Infirmier(es) de jour et de nuit pour la pédiatrie/néonatalogie

Infirmier(e) siamu pour les urgences

Infirmier(e) bachelier(e) pour la revalidation

Infirmier(es) pour les équipes volantes

Auxiliaires en stérilisation



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

Verpleegkunde in volle verandering

Hoe evolueert de verpleegkunde in de toekomst? En ook: hoe gaan we het groeiende tekort aan verpleegkundigen opvangen? Deze vragen zijn het onderwerp van een interview met de heer Paul Van Aken, directeur patiëntenzorg in het UZA (Universitair Ziekenhuis Antwerpen) gepubliceerd in het zorgmagazine van het UZA: «MAGUZA» van juli 2011. 'Rekruteren uit het buitenland is geen oplossing', vindt Paul Van Aken.

Soins infirmiers en pleine conversion

Publié dans maguza # 85 ; juillet 2011

L'évolution des soins infirmiers dans le futur? Comment faire face à la pénurie croissante d'infirmières? «Le recrutement de l'étranger n'est pas une solution», explique Paul Van Aken, directeur des soins aux patients.

Paul Van Aken: 'De verpleegkunde staat voor een grote transformatie. Enerzijds worden almaar hogere eisen gesteld aan zorgkwaliteit en patiëntveiligheid, anderzijds moeten we steeds efficiënter omspringen met onze middelen. Dat is een hele uitdaging.'

Hoe kan de verpleegkundige zorg aan efficiëntie winnen?

'Technologisch is er nog veel vooruitgang mogelijk. Een voorbeeld: onze verpleegkundigen hebben een elektronische bloeddrukmeter, maar het resultaat noteren ze op een briefje. Zoiets moet onmiddellijk kunnen worden geregistreerd. Maar ook organisatorisch kan het altijd beter. Nieuw zijn de lean-programma's (lean betekent mager). Die hebben als doel alle overbodige handelingen te schrappen en zo meer tijd over te houden voor echte zorg. Als je om antibiotica toe te dienen, maar twee keer over en weer moet lopen in plaats van vier keer, is dat een hele winst. Er is ook nood aan meer professionalisering. We investeren sterk in bijscholing, maar het effect is niet altijd meetbaar. In de VS kunnen verpleegkundigen een certificaat behalen. Daarvoor moeten ze om de drie jaar praktische tests afleggen. Dat systeem waarborgt de kwaliteit beter dan vrijblijvend bijscholing volgen.'

Er is al jaren een tekort aan verpleegkundigen. Wordt dat probleem nog groter?

'Ik vrees van wel. Een hele generatie verpleegkundigen staat voor zijn pensioen en intussen kiezen almaar minder jongeren voor het vak. Vroeger waren er voor meisjes niet zo gek veel alternatieven. Nu kan een jonge vrouw alle kanten uit – gelukkig maar. We kampen ook met een imagoprobleem. Het beeld van de verpleegkundige die veel 's nachts en in het weekend moet werken, blijft bestaan. Terwijl er bij onze verpleegkundigen net een grote tevredenheid is over de combinatie werk-gezin. Ook het cliché van de verpleegkundige met de bedpan is achterhaald: ons vak biedt net de combinatie van hoofd, handen én hart. Volgens Vacature is verpleegkunde trouwens het tweede best betaalde beroep binnen het diploma professionele bachelor. Ook dat argument wordt te weinig uitgespeeld.'

Hoe kunnen we dat tekort intussen opvangen?

'We moeten alleszins afstappen van het idee dat elke verpleegkundige alles doet. De verpleegkundige evolueert meer naar een zorgcoördinator binnen een groter team waarvan ook niet-verpleegkundige zorgmedewerkers deel uitmaken. Medewerkers met andere kwalificaties nemen de niet-verpleegkundige taken, zoals bedden opmaken en patiënten transport, op zich. Voor specifieke problemen zoals complexe wondzorg zijn er de gespecialiseerde verpleegkundigen. Zo herverdelen we het werk.'

En hoe stimuleren we jongeren om voor verpleegkunde te kiezen?

'Door het beroep aantrekkelijker te maken, onder meer door ervoor te zorgen dat verpleegkundigen in hun job kunnen doorgroeien. Zo moeten er meer gepaste functies komen voor verpleegkundigen met een masterdiploma. Doorgroeien kan trouwens ook op de werkvloer. In het UZA hebben we binnen bepaalde specialiteiten, waaronder het operatiekwartier, het systeem van klinische ladders. Verpleegkundigen die binnen hun werkdomein meer verantwoordelijkheid kunnen dragen

Paul Van Aken, «Les soins infirmiers représentent un défi majeur. D'une part, des soins de qualité et la sécurité des patients demandent plus d'exigences, d'autre part, nous devons avoir une utilisation plus efficace de nos ressources. C'est un défi».

Comment gagner de l'efficacité dans les soins infirmiers?

«Techniquement, il faut faire encore beaucoup de progrès. Un exemple: nos infirmières utilisent un tensiomètre électronique, mais le résultat doit encore être transcrit. Ce résultat devrait être immédiatement enregistré. De nouveaux programmes visent à supprimer toutes interventions inutiles pour permettre aux soignants de passer plus de temps pour les soins auprès du patient.

Un besoin pour plus de professionnalisme se fait ressentir. Nous investissons massivement dans la formation, mais l'effet n'est pas toujours mesurable.

Aux États-Unis, une certification en soins infirmiers suppose trois années de pratique préalables. Ce système garantit une meilleure qualité de formation».

On parle de pénurie d'infirmières. Est-ce un problème grave?

«Je le crains. De nombreuses infirmières arrivent à la retraite et de moins en moins de jeunes choisissent la profession. Avant les jeunes filles avaient peu d'alternatives.

Aujourd'hui, heureusement, une jeune femme peut professer dans de nombreux domaines.

La profession d'infirmière souffre également d'un stéréotype peu engageant «l'image de l'infirmière qui effectue souvent la nuit et le week-end». Alors que nos infirmières arrivent malgré tout à concilier travail et famille. Le cliché de l'infirmière au bassin est dépassé: notre activité associe la tête, les mains et le cœur. Dans le groupe des professions ayant un niveau de bachelier, les infirmières sont en seconde position en ce qui concerne le salaire.

Cet argument est trop peu avancé.

«Comment pouvons nous absorber ce déficit aujourd'hui?»

Nous devons abandonner l'idée que l'infirmière fait de tout. Les soins infirmiers évoluent vers une coordination des soins dans une grande équipe où des travailleurs non infirmiers ont une part à jouer. Des aides avec des compétences différentes prennent en charge les tâches non infirmières tels la réfection des lits et le transport des patients. Pour des problèmes spécifiques, il existe des infirmières spécialistes, comme pour la prise en charge des plaies complexes.

Comment pouvons-nous encourager les jeunes à choisir cette profession?

«Rendre la profession attrayante, notamment en veillant à ce que les infirmières puissent s'épanouir dans leur travail». Il devrait aussi y avoir plus de possibilités de carrière pour les infirmières comme un master par exemple.

A UZA, nous avons pour certaines spécialités, comme le quartier opératoire, un système de niveaux cliniques. Les infirmières travaillant dans un domaine d'expertise et ayant une grande responsabilité, elles devraient être financièrement récompensées. Par ailleurs,



Paul Van Aken
Directeur Patiëntenzorg UZA



of expertise opbouwen, worden daarvoor financieel beloond. Voorts zouden verpleegkundigen meer moeten wegen op het beleid, zodat ze meer controle krijgen over hun werkomgeving. In het UZA hebben we nu twee nursing councils, die advies formuleren aan de directie op basis van hun ervaringen.'

In Groot-Brittannië en de VS heb je de zogenaamde nurse practitioners, verpleegkundigen die ook aan onderzoek doen en bepaalde taken van de arts kunnen overnemen.

'Daar ben ik absoluut een voorstander van. Nu merk je soms dat hooggespecialiseerde verpleegkundigen op een muur botsen. Onze wondzorgverpleegkundige heeft voor bepaalde zalven nog altijd een doktersvoorschrift nodig, hoewel zij perfect weet wat haar patiënt nodig heeft. Pas op, ik pleit er niet voor om van onze verpleegkundigen kleine artsen te maken. We moeten er grote verpleegkundigen van maken.'

Almaar meer ziekenhuizen werken met buitenlandse verpleegkundigen uit onder meer Roemenië, Polen en Tunesië.

'Ik heb veel respect voor buitenlandse verpleegkundigen die hier hun mannetje staan, maar het blijft een pleister op een houten been. Je zit altijd met een taalbarrière. Bovendien verschuif je zo het probleem. Ik heb me laten vertellen dat ze in Roemenië tegenwoordig verpleegkundigen uit Moldavië moeten halen ... We moeten in de eerste plaats de verpleegkundigen die we hebben, behouden, en pas in tweede instantie de instroom verhogen. Verpleegkundigen die met plezier in het UZA blijven werken, zijn de beste ambassadeurs voor ons beroep.'

les infirmières devraient s'impliquer davantage en politique, ce qui leur permettrait un contrôle sur leur environnement de travail. A UZA, nous avons deux conseils infirmiers, qui formulent des avis au conseil d'administration en fonction de leur expérience.

En Grande-Bretagne et aux Etats-Unis il existe des infirmières cliniciennes.

«Je me fais définitivement l'avocat de notre profession. Actuellement, certaines infirmières hautement spécialisées sont au pied du mur. Nos infirmières spécialistes en soins de plaies ont encore besoin d'une ordonnance médicale pour prescrire certains onguents, même si elles connaissent exactement les besoins de leurs patients. Attention, je ne suis pas favorable à faire de nos infirmières des petits médecins. Nous devons faire de grandes infirmières».

Les hôpitaux travaillent de plus en plus avec des infirmières étrangères provenant de Roumanie, de Pologne et de Tunisie.

«J'ai beaucoup de respect pour les infirmières étrangères qui se déracinent de chez elles, mais elles servent de pansement sur une jambe de bois. Auprès du patient s'instaure une barrière linguistique difficile. Par ailleurs, cela déplace le problème. La Roumanie essaie d'obtenir des infirmières de la Moldavie ... Nous devons tout d'abord employer les infirmières belges. Les infirmières qui prennent plaisir à travailler au sein de l'UZA, sont les meilleures ambassadrices de notre profession».

Symposium

Nouvelles Technologies Chirurgicales

19 novembre 2011
8h00 - 16h00

115, Chaussée de Courcelles
6200 Gosselies
www.hotelcharleroiairport.be

Informations et Formulaire d'Inscription
www.fnib.be
Membres : 35€
Non membres : 60€

Nouvelles technologies

- Chirurgie Digestive (Dr Guérin E.)
- Neurochirurgie (Dr Chaakis C.)
- Orthopédie (Dr Delahaut O.)
- Chirurgie Plastique (Dr Vercrooyens N., Dr Fourez T., Dr El Fouly PE.)
- Chirurgie Vasculaire (Dr Bataille D.)
- Urologie (Pr Weesper E.)

L'Hyperspécialisation dans le Domaine de la Santé (Dr Joris M.)

Amonis Pension Libre Complémentaire - Revenu garanti
Assurance groupe - Engagement individuel de pension

Rencontre avec les partenaires exposants - Ateliers

Surgical-Help SPRL

Santé et Prévoyance a.s.b.l., Clinique Saint-Luc, rue Saint-Luc, 8 - 5004 Bouge
Département des Ressources Humaines

La clinique Saint-Luc recrute des...

INFIRMIERS (H/F)

Profil : - Infirmiers gradués/bacheliers en soins infirmiers OU des infirmiers brevetés

Régime de travail :

- Temps plein ou temps partiel
- Entrée en fonction immédiate
- Contrat à durée indéterminée avec période d'essai de six mois

Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae doivent être adressées à Madame Pirard, Directrice du Département infirmier et des services paramédicaux.

Téléphone : 081/20.93.62 Rue Saint-Luc, 8 5004 BOUGE Téléfax : 081/20.99.61
Courriel : ressources_humaines@slho.be Site web : www.slho.be

Accepter qu'on est tous mortels

Article de Thierry Goorden, paru dans *Le Journal du Médecin* n° 2146 du 15 mars 2011.

Christine Jacobs est infirmière à domicile dans l'équipe Interface, pour les patients qui souhaitent terminer leur vie chez eux. Elle a déjà une expérience de onze ans dans des équipes psy. Elle garde le sourire malgré des circonstances parfois difficiles, malgré la souffrance et la maladie, la peur de la mort, l'angoisse des proches.



Thierry Goorden

«J'adore mon métier. C'est vrai que le soutien de la famille et des proches est aussi un des volets de notre travail à domicile. Moi j'aime bien mettre, quand c'est possible, une petite touche d'humour ou de légèreté, montrer qu'on est encore dans la vie, que chaque instant est précieux et mérite de se vivre. Nous avons la chance de travailler à l'essentiel, et c'est ce qui m'apporte plus, je crois, que ce que je ne peux apporter aux personnes qui sont malades. C'est un ressourcement perpétuel d'accompagner des gens en fin de vie. Ce sont ces rencontres sans fioriture, sans filet, vraiment au cœur de la vie. C'est ça qui est magnifique».

Elle aussi se montre toujours très étonnée de constater que beaucoup de gens ignorent l'existence des services de soins palliatifs à domicile. «Au départ, beaucoup de gens sont souvent circonspects, ils se demandent ce qu'on vient faire, ce qui va se passer. Puis, très souvent, en fin de parcours, quand la personne est décédée et qu'on va faire nos visites de deuil, les familles nous disent qu'elles n'auraient jamais pu

faire cela sans nous. Elles comprennent tout ce qu'on peut apporter à domicile pour que les gens se sentent en sécurité, qu'ils ne se sentent pas abandonnés par l'hôpital puisqu'il n'y a plus de traitement curatif. Nous n'allons pas tous les jours chez les patients, en principe une fois par semaine, puis selon l'évolution de la maladie, quand on est obligé de mettre des pompes à morphine, quand le traitement se précipite et que la mort s'annonce, il nous arrive d'y aller tous les jours, parfois même deux fois par jour. Il y a ainsi des patients que l'on suit pendant six mois parce qu'il y a eu une rémission, qu'ils se sentent mieux à domicile, ils se sentent soutenus et en sécurité, que leurs symptômes sont bien contrôlés. Hier, on a été voir un patient que l'on suit depuis un an à domicile, c'est rare. Un patient sorti de l'hôpital, avec un pronostic épouvantable, pour lequel on avait été appelé en urgence et qui s'est stabilisé. Avec le médecin traitant, on a pu bien mettre au point son traitement antidouleur, il profite de la vie».

L'anamnèse médicamenteuse

Projet pilote national 2010-2011 «Evaluation de l'impact de la pharmacie clinique dans les hôpitaux», financé par le Ministère de la Santé Publique

**Auteurs : Pharmaciens hospitaliers : V. Noël et O. Tassin
Infirmière Chef C3 : A. Paimpret**

INTRODUCTION :

Depuis plus de 30 ans, les pharmaciens en Amérique du Nord pratiquent la pharmacie clinique au quotidien. Celle-ci est une discipline qui vise «l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients» (Walton 1961).

Dans les années 90, le terme «soins pharmaceutiques» a été introduit pour définir une pratique pharmaceutique axée sur le patient. Selon Hepler et Strand ce concept permet d'intégrer à la pratique pharmaceutique une notion qui n'était pas claire auparavant : la responsabilité du pharmacien envers le patient.

Pour réaliser cette tâche, le pharmacien doit réorganiser sa pratique. Il doit communiquer et instaurer une relation de confiance avec le patient pour sélectionner, suivre le traitement le plus adéquat et détecter tout autre élément pouvant le modifier. Il doit également adopter une approche multidisciplinaire qui complète celle des autres prestataires de soins, et consigner dans le dossier du patient les interventions à effectuer dans le traitement en accord avec le médecin. Outre ces aspects, le pharmacien clinique, intègre le contexte social, comportemental et économique dans lequel évolue le patient.

De juillet 2007 à décembre 2008 le SPF Santé Publique a subventionné 27 hôpitaux pilotes sur base de dossier expliquant le projet de pharmacie clinique qui allait être réalisé. L'objectif général fut d'évaluer l'impact de cette discipline dans nos hôpitaux. Les conclusions qui furent tirées sont que la pharmacie clinique est complémentaire aux soins administrés par les médecins et infirmières et procure un service

supplémentaire aux patients. De plus, à l'aide des rapports d'activité et des «case reports», le projet peut démontrer la plus-value des soins pharmaceutiques stimulant ainsi des actions complémentaires dont l'extension de ces projets pilotes à d'autres hôpitaux.

En décembre 2009 le SPF Santé Publique étend le projet pilote national d'évaluation de l'impact de la pharmacie clinique dans les hôpitaux, multipliant ainsi les possibilités d'appliquer la pharmacie clinique dans le contexte des soins multidisciplinaires au patient dans les hôpitaux. L'extension du projet a pour but la pérennisation et l'extension de ces activités dans l'ensemble des établissements participants.

Sur un total de 85 projets déposés, 27 projets supplémentaires ont été acceptés portant à 54 le nombre d'hôpitaux participants. Ceux-ci débiteront à partir de juillet 2010.

ACTIVITES :

1. Objectif général du projet de pharmacie clinique à l'hôpital Saint Joseph à Gilly :

Démontrer l'impact et la valeur ajoutée de l'anamnèse médicamenteuse effectuée par le pharmacien en complément de celle de l'infirmière ou du médecin le tout réalisé en chirurgie abdominale (C3).

- Augmenter la précision de l'anamnèse médicamenteuse
- Optimiser l'efficacité du traitement, rationaliser les prescriptions
- Diminuer les erreurs médicamenteuses
- Renforcer la sécurité de la thérapeutique médicamenteuse
- Prévenir les effets indésirables et les interactions médicamenteuses
- Informer et sensibiliser le personnel médical aux enjeux qualitatifs et économiques
- Conseiller et éduquer les patients
- Réduire les coûts liés au traitement.

>> Suite page 28

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

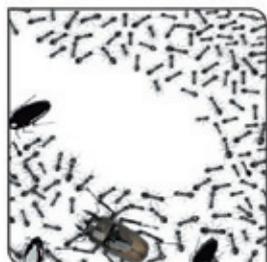
Iedereen ervaart pijn anders. Overal in het lichaam kan men last hebben van neuropathische pijn.

Deze kan aanvoelen als:

Brandende pijn | Sensation de brûlure



Kriebelende pijn | Fourmillements douloureux



Stekende pijn | Picotements douloureux



Elektrische schokken | Décharge électrique



Ijskoude pijn | Sensation de froid douloureuse



QU'EST-CE QUE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE ?

La douleur est une réponse normale du corps qui nous signale un dysfonctionnement ou l'apparition d'une lésion. Ce type de douleur joue un rôle important en termes d'avertissement ou de protection. Toutefois, lorsque la douleur persiste bien après la guérison de la lésion initiale et devient un véritable problème, on parle alors de douleur chronique. La douleur neuropathique est une douleur chronique qui résulte d'une lésion :

- au niveau des nerfs normalement chargés de détecter la douleur
- au niveau du système nerveux qui assure la transmission des signaux de la douleur, tels que la colonne vertébrale ou le cerveau.

La douleur neuropathique n'a aucune fonction protectrice et doit être détectée et traitée correctement.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

Il existe plusieurs options pour prendre en charge la douleur neuropathique :

- tenir un journal sur la douleur, en notant les niveaux les plus intenses et les plus faibles ressentis au cours d'une journée et toute action qui a aggravé la douleur ou qui l'a atténuée, et si la douleur a gêné le sommeil
- parler franchement de la douleur avec les proches et amis
- discuter régulièrement de la douleur avec le médecin, notamment si elle ne s'améliore pas ou si elle inquiète le patient
- demander conseil au médecin en matière d'exercices et de techniques de détente susceptibles de soulager la douleur
- la douleur, parfois présente depuis un certain temps, nécessite une prise en charge à long terme. La patience est de mise.

TROUVER LE TRAITEMENT APPROPRIÉ

Il est important que le médecin ait une description claire et précise des symptômes ressentis et des plaintes liées à la douleur afin de proposer le traitement le plus adéquat.

CONTRÔLER LA DOULEUR

Une douleur neuropathique peut entraîner frustration et épuisement. Identifier la douleur comme étant de nature neuropathique et en discuter avec le médecin, est la première étape pour déterminer le traitement qui conviendra le mieux. Il faudra peut-être essayer des traitements différents. Rien ne garantit que la douleur pourra être totalement soulagée.

NOUS SOMMES TOUS DIFFÉRENTS

La manifestation de la douleur peut varier d'une personne à l'autre. On peut ressentir la douleur à n'importe quel endroit du corps et éprouver une ou plusieurs des sensations énumérées ci-dessous :

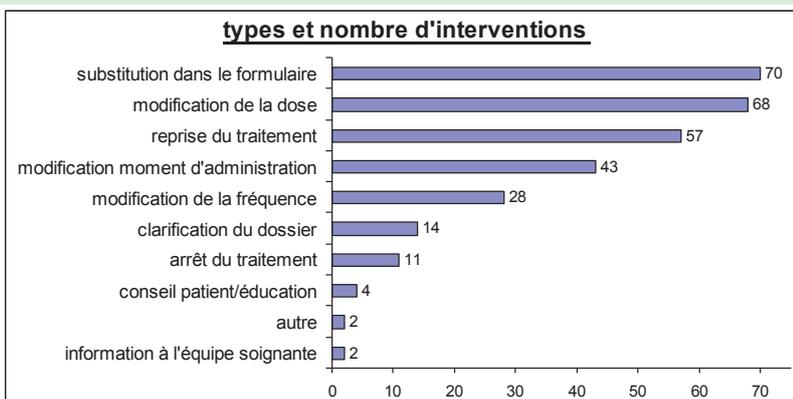
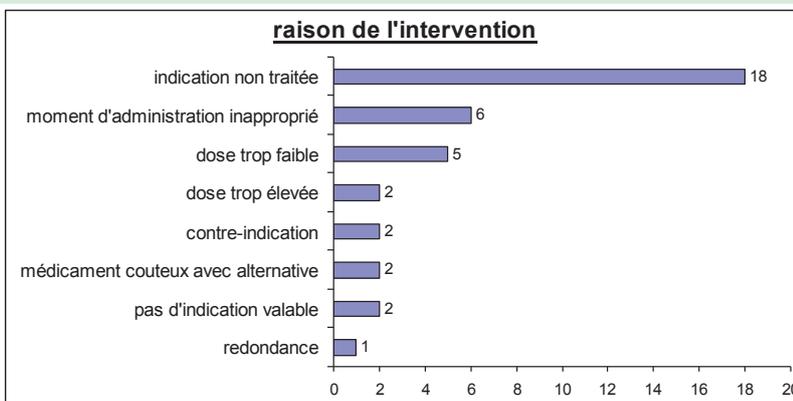
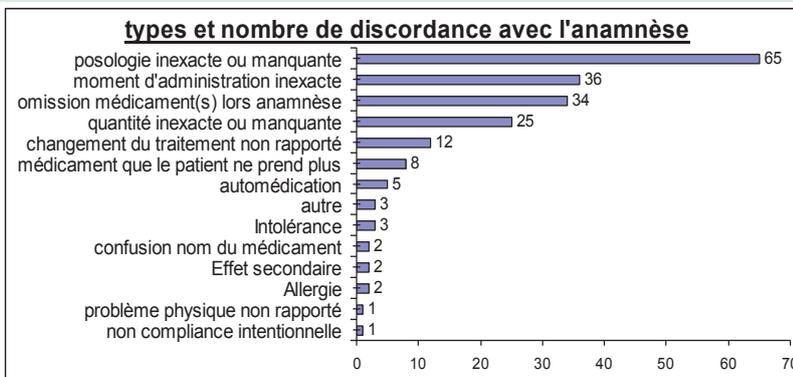
Bent u als verpleegkundige geïnteresseerd in neuropathische pijn en u wil verdere ondersteuning, neem dan contact op met:
Pfizer Worldwide Biopharmaceutical Businesses
Pleinlaan 17 - 1050 Brussel - Tel: 0032 2 554 67 99

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

En quelques chiffres

Les chiffres qui suivent proviennent d'une analyse effectuée entre le 11/01/11 et le 02/05/11 par le pharmacien hospitalier (Monsieur Tassin.O)

anamnèse	214
sur 75 jours d'anamnèse (anamnèses/j)	2,85
temps moyen anamnèse (min/patient)	10,73
écart-type sur le temps moyen anamnèse (min)	4,62
nombre médicaments moyen (/anamnèse)	4,09
nombre moyen de médicaments non prescrits (oublié/anamnèse)	0,69
nombre total de médicaments non prescrits (oublié)	147



Comment le pharmacien hospitalier pratique-t-il pour démontrer l'impact et la valeur ajoutée de l'anamnèse médicamenteuse dans le service de C3 ?

- Rencontre systématiquement les nouveaux patients admis dans l'unité de soins et réévalue l'anamnèse effectuée par l'infirmière
- Comparaison des anamnèses médicamenteuses (médecins - infirmières - pharmacien) et analyse
- Mise en évidence des oublis ou doublons de traitement
- Évaluation du traitement en cours
- Détection des effets indésirables ou interactions médicamenteuses, des allergies, contre-indications et facteurs de risques (tabac, alcool, café, ...)
- Prise de connaissance des habitudes médicamenteuses du patient : automédication, problème de compliance
- Contacte si nécessaire la famille, le médecin traitant, le pharmacien d'officine ou le home

Exemple de prise en charge et impact de l'anamnèse médicamenteuse du pharmacien hospitalier dans le service C3

Madame X, 78 ans entre dans le service C3 pour une intervention (néphrectomie sous coelio)

Le pharmacien effectue l'anamnèse médicamenteuse : Voici la liste :

Glucophage 850 1 le matin et le soir
Risperdal 1mg ½ le soir
Sertraline 50mg 1 le soir
Lorazepam 2,5mg 1 le soir

Après vérification du pilulier, le pharmacien s'aperçoit qu'il y a, en plus de la liste, des gélules d'Inderal 160mg, que la patiente confirme prendre.

Le pharmacien téléphone au médecin traitant pour clarification :

PAS d'Inderal dans le traitement de la patiente.

Par cet exemple, il est clair que le pharmacien clinicien a apporté une plus-value par son intervention.

2. Objectifs actuels spécifiques :

Le pharmacien hospitalier :

- Vérifie l'anamnèse de l'infirmière et de l'anesthésiste.
- Vérifie la concordance de l'encodage informatique du traitement.
- Fait le suivi des modifications du traitement dans le décours de l'hospitalisation (anti-douleurs, anti-thrombotiques, anti-hémétiques, antibiotiques, nutrition parentérale, reprise anticoagulant et glucophage).
- Met en place une feuille d'anamnèse remplie par le patient (éventuellement aidé par le médecin généraliste ou un membre de la famille), donnée lors de la consultation du chirurgien et destinée à avoir des informations claires et précises sur le traitement du patient.
- Note dans le dossier patient informatisé les informations importantes d'anamnèse: allergie, arrêt de traitement, déficit fonctionnel, addiction, interventions.

3. Objectifs futurs à réaliser en 2011 :

Dans l'unité de chirurgie abdominale C3, le pharmacien hospitalier désire continuer à réaliser les anamnèses et faire le suivi des traitements dans le décours de l'hospitalisation (indication, durée, posologie).

4. Etat des lieux des activités du pharmacien hospitalier :

- Réalisées :
 - L'anamnèse médicamenteuse
 - Le relevé des discordances et correction/information
 - La mise en place d'une feuille d'anamnèse donnée lors de la consultation.
- En cours de réalisation :
 - Le suivi du traitement lors de l'hospitalisation.
- Pas réalisées :
 - Les tours systématiques des patients avec les chirurgiens.

Le pharmacien hospitalier déplore le manque de contact direct avec les chirurgiens du service. La stratégie appliquée par le pharmacien pour résoudre ce problème est d'établir une communication avec l'infirmière en chef en accord avec le chirurgien qui valide les propositions faite a postériori. Voir document pour l'organisation dans le service C3.

RESULTATS :

Une grille d'enregistrement de l'activité du pharmacien clinicien s'effectue 4x/an pendant 1 semaine. La grille permet de comparer objectivement les données, de suivre l'évolution des projets et d'augmenter la qualité des soins.

Un «Case reports» permet de visualiser la plus-value du pharmacien clinicien, de prouver le coût/efficacité scientifiquement et la valeur éducative).



Quelques chiffres :

Les chiffres qui suivent proviennent d'une analyse effectuée par le pharmacien hospitalier (Madame Noël.V) du 01/07/10 à fin décembre 2010.

- Temps global dédié au projet : entre ½ ETP et ¾ ETP.
- Durée moyenne de séjour : 5 jours (min 0 – max 29).
- Nombre moyen de nouveaux patients par jour : 4,4 (en moyenne min (vendredi) 1,3 - max (lundi) 9,2).

CONCLUSION

Ce Projet pilote national 2010-2011 «Evaluation de l'impact de la pharmacie clinique dans les hôpitaux», financé par le Ministère de la Santé Publique, a permis au pharmacien hospitalier de s'intégrer au sein d'une équipe de soins et de démontrer l'importance de sa présence continue dans le service C3 à l'hôpital Saint Joseph à Gilly.

L'anamnèse médicamenteuse plus précise effectuée par le pharmacien hospitalier met en évidence des oublis ou doublons de médicaments, des effets indésirables, des interactions, des intolérances et

allergies, des habitudes médicamenteuses du patient, des problèmes de compliance,...

Le pharmacien hospitalier contacte le médecin traitant, le pharmacien extérieur, la famille. Il a un rôle éducatif auprès des patients.

Le personnel infirmier et les chirurgiens observent une amélioration de la gestion de la prescription des médicaments en intra ou extrahospitalier, une diminution des erreurs médicamenteuses, une rationalisation des prescriptions, un renforcement de la sécurité et une optimisation du circuit du médicament.

Ce projet d'équipe et de collaboration fructueuse entre pharmacien, médecin spécialiste, personnel infirmier, médecins traitants, pharmaciens extérieurs, assistants en pharmacie a permis une sensibilisation de l'équipe soignante aux enjeux qualitatifs et économiques et le développement d'objectifs communs pour la sécurité des patients.

Madame Noël.V
Madame Paimparet.A
Monsieur Tassin. O

"Fini les incon vénients des longues sondes"

"Mannen hebben het lang genoeg moeilijk gehad met standaard katheters"

Jane, verpleegkundige, gespecialiseerd in de urologie - Engeland - Jane, Infirmière en Urologie, Angleterre

SpeediCath® Compact Male

Une sonde compacte et pratique, pour une utilisation au quotidien.

Pour en savoir plus: www.fr.speedicathcompactmale.coloplast.be

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

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



Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

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

The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2011-09
All rights reserved. R.E.: - Gite M. Hesselholt - Coloplast Belgium NV/SA, Humaniteitslaan 65, B-1601 Ruisbroek.

 **Coloplast**

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

www.coloplast.be
AGORA n°5 | p - 29



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



Verwacht meer...

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

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

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



Convatec  Realise the possibilities[™]

*zoals in-vitro aangetoond

1. Waring MJ, Parsons D. Physico-chemical characterisation of carboxymethylated spun cellulose fibres. Biomaterials. 2001;22:903-912. 2. Walker M, Hobot JA, Newman GR, Bowler PG. Scanning electron microscopic examination of bacterial immobilisation in a carboxymethylcellulose (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, Münster KC, Klövekorn W, Vin F, Gauthier JP, Ukat A. A prospective study on the use of a non-adhesive gelling foam dressing on exuding leg ulcers. J Wound Care. 2007;16(6):261-265.

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



Le CPAS de Charleroi

recrute en permanence

des infirmiers(ères) pour

son service de soins à domicile

et pour

ses 9 résidences pour personnes âgées



CPAS de Charleroi
13, Boulevard Joseph II - 6000 Charleroi
Tél. 071/23.30.23
www.cpascharleroi.be - contact@cpascharleroi.be

RECETTES/ RECEPTEN

«Retour de vacances»

«Arrivederci vakantie»

Tsatsiki ou yaourt à la mode hellénique.

Ingrédients pour 3 personnes :

1 petit concombre - 3 gousses d'ail - 100gr de fromage de chèvre - 1/2 L de yaourt - 3 branches de menthe fraîche - Sel, poivre - 12 olives noires - 3 petits piments rouges

Et maintenant au fourneau :

1. Pelez le concombre, coupez-le en deux dans le sens de la longueur et épépinez-le à l'aide d'une cuiller à thé.
2. Râpez ou émincez finement la chair.
3. Pelez et pressez l'ail.
4. Ecrasez le fromage et incorporez-le au yaourt ainsi que l'ail.
5. Emincez la menthe et ajoutez-la au yaourt, terminez par le concombre.
6. Salez abondamment et poivrez.
7. Répartissez le tsatsiki dans trois ravers et décorez d'un piment et d'olives.



Tsasiki

Benodigdheden voor 3 personen:

1 kleine komkommer - 3 teentjes knoflook - 100 gr geitenkaas - 0.5 L yoghurt - 3 takjes verse munt - 12 zwarte olijven - 3 kleine pepertjes - peper en zout

Werkwijze

1. Schil komkommer en ontpit, hak het vruchtvlees
2. Pel en plet de knoflook, meng met de geitenkaas en de yoghurt
3. Hak de munt en meng samen met het komkommervlees onder het mengsel
4. Voeg peper en zout toe naar smaak
5. Versier met de fijn gesneden pepertjes en de olijven
6. Smakelijk!

Nage indienne de lotte et crustacés.

Ingrédients pour 4 personnes :

2 carottes, 1 poireau - 40cl de fumet de crustacés - 4 petites darnes de lotte - 4 langoustines - 4 noix de Saint Jacques - 5cl de vin blanc sec - 1 dose de safran - 2 càs de coriandre - 4 càs de lait de coco

Et maintenant au fourneau :

1. Pelez les carottes et découpez-les en rondelles.
2. Nettoyez le blanc de poireau et émincez-le.
3. Versez dans une petite casserole le fumet, les légumes, sel et poivre et portez à ébullition.
4. Baissez la source de chaleur et poursuivez la cuisson, 15min, à petits frémissements.
5. Après, plongez-y les morceaux de poisson et les noix de Saint Jacques.
6. Ajoutez-y le vin blanc, la moitié du safran et la coriandre hachée.
7. Poursuivez la cuisson, le temps d'atteindre le premier frémissement.
8. Réservez poisson et crustacés au chaud.
9. Délayez le lait de coco dans le jus de cuisson et laissez mijoter 3 min, à feu moyen.
10. Déposez une darne de lotte, une noix Saint Jacques et une langoustine par assiette creuse chauffée.
11. Répartissez-y le jus de cuisson.
12. Garnissez les assiettes de filaments de safran restants et de pluches de coriandre.



Nage Indienne van lotte en schelpdieren

Benodigdheden voor 4 personen

2 wortelen - 1 prei - 40 cl fumet van schelpdieren - 4 zeeduiwel filets - 4 langoustines - 4 St.-Jacobsschelpnoten - 5 cl droge witte wijn - 1 dosis saffraandraadjes - 2 eetlepels gehakte koriander - 4 eetlepels kokosmelk - peper en zout

Werkwijze

1. Wortelen en prei in kleine stukjes snijden
2. Breng de groenten aan de kook de in de fumet en laat 15' verder pruttelen, breng op smaak met peper en zout, de witte wijn, enkele saffraandraadjes en de helft van de koriander
3. Pocheer in deze bouillon de vis en de schelpdieren
4. Hou de vis en St.-Jacobsschelpnoten warm
5. Meng de kokosmelk met het kookvocht en laat even inkoken
6. Schik de vis en schaaldieren op een voorverwarmd bord en overgiet met de gebonden saus
7. Garneer met de overgebleven koriander en enkele saffraandraadjes
8. Smakelijk!

Couscous aux 7 légumes.

Ingrédients pour 4 personnes :

400gr de semoule de couscous - 100gr de pois chiches - 2 aubergines - 350gr de potiron - 4 carottes - 4 petites courgettes - 3 tomates - 4 petits navets primeurs - 1/2 bouquet de coriandre - 1/2 bouquet de persil plat - 2 oignons - 4càs d'huile d'olive - 1càs de concentré de tomate - 1 gousse d'ail - 1càs de cumin en poudre - 1càs de paprika - 1 piment rouge(facultatif) - 1/2 bâton de cannelle - 1 dose de safran - 100gr de beurre - 100gr de raisins secs - Sel, poivre

Et maintenant au fourneau :

La veille faites tremper les pois chiches et faites gonfler les raisins secs dans un peu d'eau. Le jour même, pelez les légumes sauf les aubergines. Épépinez le potiron. Détaillez les carottes, les courgettes, les tomates, les navets, les aubergines et la chair du potiron en cubes. Lavez, essorez et hachez finement la coriandre et le persil. Emincez les oignons et faites-les revenir, dans le bas d'un couscoussier (facultatif), dans l'huile bien chaude. Ajoutez le concentré de tomate délayé dans 2L d'eau ainsi que les pois chiches bien égouttés, l'ail pressé, le cumin, le paprika, le piment, le bâton de cannelle et le safran, le sel et le poivre. Couvrez et laissez cuire 30min. Pendant ce temps, recouvrez la semoule d'eau froide. Egouttez-la et étalez-la dans un large plat. Soulevez les graines à l'aide d'une fourchette et laissez gonfler 15 à 20min. Ajoutez les dés de carottes, de potiron et de navet au bouillon. Transvasez la semoule dans le dessus du couscoussier et disposez ce dernier sur le bas au dessus du bouillon. (Sans couscoussier vous pouvez la cuire au micro-onde avec l'eau salée et le beurre)



Couscous met 7 groenten

Benodigdheden voor 4 personen

400gr couscous - 100gr kikkererwten - 2 aubergines - 350gr pompoen - 4 wortelen - 4 kleine courgetten - 3 tomaten - 4 kleine rapen - 1/2 bosje koriander - 1/2 bosje peterselle - 2 uien - 4 koffielepels olijfolie - 1 soeplepel tomatenpuree - 1 teentje knoflook - 1 theelepel gemalen komijn - 1 theelepel paprikapoeder - 1 rode paprika - 1/2 kaneelstokje - 1 dosis saffraan - 100gr boter - 100gr rozijnen - peper en zout

Werkwijze

1. Vooraf: laat de kikkererwten (zodanig) en de rozijnen 1 nacht in water zwellen
2. Schil de groenten, behalve de aubergines en verdeel alles in blokjes
3. Hak de koriander en de peterselle
4. Snij de uien en bak ze in hete olie, voeg de tomatenpuree aangelengd met 2 liter water toe en kruid met knoflook, komijn, paprika, kaneel, saffraan, peper en zout
5. Laat 30 min koken en voeg de groenten toe, laat garen
6. Bereid de couscous volgens recept en voeg de uitgelekte rozijnen toe
7. Zeef de bouillon en serveer de groenten apart
8. Smakelijk!

Bulletin d'adhésion

à compléter et à nous faire parvenir par mail : fnib@hotmail.be
ou par courrier postal : 27 rue de HORIA - 7040 Genly



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

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

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

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

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

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

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

€



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

UN HÔPITAL OÙ SOIGNER RESTE UN ART



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

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

Le CHU Tivoli recrute

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

Veuillez adresser vos CV et lettre de motivation à Madame Françoise HAPPART, Directrice du Département Infirmier.
CHU Tivoli
Avenue Max Buet, 34
7100 La Louvière
francoise.happart@chu-tivoli.be
Infos : 064/27.66.54
www.chu-tivoli.be



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

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



Federale Neutrale Beroepsorganisatie voor Verpleegkundigen vzw

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



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

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

Centre Hospitalier de Wallonie picarde



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

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

www.chwapi.be

Siège social Av. Delmée 9 à 7500 Tournai

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

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

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



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

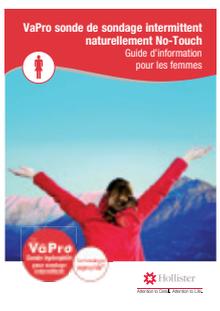
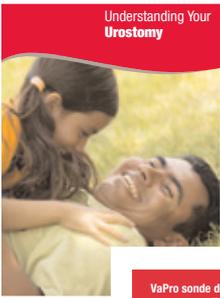
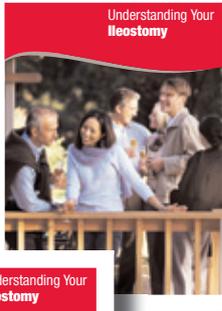
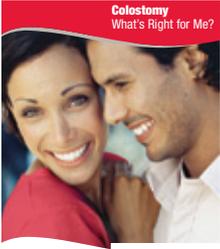
www.amonis.be

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** hollistercontact@hollister.com

www.hollister.be

 **Hollister**

Attention to Detail. Attention to Life