



AGORA

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

N°/Nr 6

Trimestriel : Janvier - Février - Mars 2012
Driemaandelijks: Januari - Februari - Maart 2012



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



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.



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



L'ASBL **CHwapi**, une institution hospitalière de 2300 collaborateurs, 850 lits, située à **Tournai**, recherche (M/F) à **TEMPS PLEIN** :

- Sage-femme en chef
- Coordinateur(trice) assistant(e)s social(e)s
- Ergothérapeute



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

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

PROVINCE DE HAINAUT Hainaut Vigilance Sanitaire

OFFRE D'EMPLOI : Bachelier en soins infirmiers

(Si possible, avec une spécialisation en Santé communautaire) pour le service Laboratoire des Pollutions Intérieures (LPI)

Description de la fonction proposée :

Tâches-clés :

- sur demande de médecins spécialistes ou généralistes, enquêtes au domicile de patients dans le cadre de la recherche de pollutions intérieures en vue de l'aide au diagnostic médical
- rédaction du rapport de visite, conseils de remédiation,
- accompagnement technique et administratif pour la bonne mise en œuvre des conseils de remédiation,

Lieu de travail :

HVS, boulevard Saintelette, 55 à 7000 MONS

Votre profil

Diplôme : Bachelier en soins infirmiers

Connaissances en logiciels souhaitées :

Word, Excel, E-mail, Internet ou être disposé à se former rapidement

Connaissances en langue(s) :

Très bonne connaissance du français

Permis de conduire :

Permis B requis (véhicule de service mis à disposition pour les missions)

Autres :

Vous aurez un contact aisé avec les personnes.

Votre contrat

Régime de travail : Temps plein

Heures/semaine : 38 heures

Horaire : 7h36 par jour réparties dans les limites horaires suivantes : 7h30-17h30

Type : CDD de trois mois, suivi d'un CDI si la personne convient et possibilité de stabilisation dans un emploi statutaire (service public)

Salaire : Minimum mensuel à l'entrée : 2299,46 euros brut avec possibilité de valoriser d'éventuels services antérieurs

Contact

Veillez nous adresser votre candidature par mail à christian.gerard@hainaut.be

AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Agenda	4
Edito	
Année 2012	5
Rubrique internationale	
Sir Liam Donaldson envoyé spécial de l'OMS pour la sécurité des patients	6
Rubrique juridique	
Contention et isolement: Droits et Obligations	8
Portrait	
La médecine de catastrophe, l'amour des mathématiques, sauver le plus grand nombre	11
Nous avons lu pour vous ...	
Interdiction générale de fumer dans l'Horeca: point de la situation	13
Le rayonnement GSM 'peut-être cancérigène'	14
La thermoplastie bronchique	16
VIH : La contraception accroît les risques de contamination	17
Rubrique culinaire	
RECETTES : «VIVE LE VENT D'HIVER...»	
Pavé de saumon et sa déclinaison d'amandes.	
Homard grillé au beurre d'épices.	31
Bulletin d'adhésion FNIB	32
Egalement dans ce numéro :	
Congrès ISAOI de Novembre 2011	18
Que diraient les pères si on leur donnait la parole ?	20
L'ergothérapie au sein des services d'aides et de soins à domicile du CPAS de Charleroi	21
Prescription et consultation infirmière	22
Le monde des maisons de repos en mouvement	28
Mesure de polluants chez l'enfant et sa mère	30

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 Publist Belgique : Place du Champ de Mars, 5 - 1050 Bruxelles - Tél : 02 550 38 04 - Fax : 02 550 38 03 e-mail : paulmeyer@publist.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

Het magazine voor de verpleegkundige

Agenda	4
Editoriaal	
Nederland - België 1 - 0 !	5
Portret	
Over disaster medicine, zoveel mogelijk mensen redden en de liefde voor de wiskunde.	11
Voor u gelezen	
Algemeen rookverbod in de horeca vanaf 1 juli 2011	13
Gsm-straling 'mogelijk kankerverwekkend'	14
Culinaire rubriek	
RECEPTEN: «JINGLE BELLS»	
Zalmfilet met verse spinazie en amandelen	
Gegrilde kreeft met kruidenboter	31
Inschrijvingsformulier FNBV	34

Ook in dit nummer :

Verslag pijncongres	20
De gevangenis is geen plek waar iemand wil zijn !	
Minder gelijkwaardig is geen optie ...!!	24
Over de hoge kost van therapeutische hardnekkigheid en de lage kost van palliatieve zorg	26

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 FNIB (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 Publist België : Place du Champ de Mars, 5 - 1050 Brussel Tel : 02 550 38 04 - Fax : 02 550 38 03 e-mail : paulmeyer@publist.be - BTW : 2002 2402 987 Verantwoordelijke uitgevers : Freddy Raymackers Coordinatie : Nicole Charlotteau Redactiesecretariaat : fnib@hotmail.be Vertaling : info@fnbv.be (Nederlandstalig) Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



Agenda

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

24 janvier Condorcet - Mons
Soirée d'information BANA
http://www.bananursing.be

27 janvier Moulins de Beez
rue du moulin de meuse,4 - 5000 Namur
Prise en charge des Urgences Abdominales. Qui, quand, comment?
www.chrn.be/symposium
http://dynamic.megaram.be/symposium/

2 février CHR Citadelle Liège
6 février Espace Santé Charleroi
9 février FNIB Bruxelles
Soins Infirmiers en Oncologie
eric.wathelet@gmail.com
www.fnib.eu

2 et 3 février Maison de la Chimie - Paris (France)
Congrès de l'AFDET
Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique
http://www.afdet.net

3 février - Lieu à confirmer
Formation continuée Endoscopie l'ERCP
www.endofic.be

15 février Namur expo
Avenue Sergent Vrithoff 2 - 5000 Namur
Matinée étudiants de l'AINL
"Demain je travaille ou je me spécialise... Je m'y prépare."
www.ainl.be

16 février Hénam - Namur
Soirée d'information BANA
http://www.bananursing.be

16 et 17 février 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

1er mars La marlagne -Cente Hicther - Wépion
Réunion scientifique annuelle AFIU
www.afiu.be

2 mars Hôpital St Pierre
Rue Reine Fabiola, 9 - 1430 OTTIGNIES
Formation continuée Endoscopie l'ERCP
www.endofic.be

15 et 16 mars Département paramédical
Rue Louis Loiseau 39 – 5000 Namur
Formation continue soins intensifs et soins d'urgence. Formation 2
Inscription : fc.paramedical@henam.be
www.henam.be/fc

22 mars ISEI - Bruxelles
Soirée d'information BANA
http://www.bananursing.be

27 mars Géode Charleroi
Congrès annuel de l'AFISCEP
www.afiscep.be

10 avril CHU Ambroise Paré (Mons). De 13h à 17h15
Formation courte AFIU
L'accidentologie, L'analgésie et l'anesthésie aux urgences
Inscription : michel.tremont@hap.be
http://www.afiu.be

12 au 15 avril Croatie
8th International Congress of WFCCN
5th International Congress of CNSARIC
"Current and future challenges for critical care nurses"
www.wfccn2012.org

27 avril SPPC Hôpital André Vésale
Rue de Gozée,706 - 6110 MONTIGNY LE TILLEUL
Formation continuée Endoscopie l'ERCP
www.endofic.be
26 au 29 avril Lisbonne - Portugal
6th Congress of the European Operating Room Nurses Association
www.eornacongress.eu

30 avr au 02 mai Geneva University Hospital
5th Geneva Conference on Person-centered Medicine
www.personcenteredmedicine.org

07 au 11 mai Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
Formation en approche systémique familiale - CESIF
fabie.duhamel@umontreal.ca
www.calendrier.umontreal.ca

10 mai Cercle de Wallonie - Namur
3th Congrès FNIB
www.fnib.eu

11 mai Palais des Congrès - Namur
26th Symposium du CARORL
L'anesthésie en ORL
www.chumontgodinne.be

20 au 24 mai Genève - Suisse
5e congrès mondial SIDIIEF
www.sidiief.org

30 mai La marlagne -Cente Hicther - Wépion
30th Symposium Siz-Nursing - LE DON
www.siznursing.be



Alda Dalla Valle
Présidente FNIB.



Année 2012 !

C'est un grand plaisir de vous retrouver pour cette nouvelle année.

Cette année sera sans doute la première d'un nouveau système de réforme de l'Etat et d'une nouvelle configuration du paysage de l'enseignement supérieur au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Comment allons-nous aborder les prochaines centaines de jours ?
Comment allons-nous faire face au quotidien, à son lot d'inquiétudes, de tensions mais aussi fort heureusement de joies ?

AVEC SAGESSE ...

La **sagesse** désigne selon Wikipedia, le savoir et la vertu d'un être.

Elle caractérise celui qui est en accord avec lui-même, avec l'autre. Celui qui a cultivé ses facultés mentales, tout en accordant ses actes à ses paroles.

Celui qui présente des vertus de tempérance, de modération et de justice.

Chez les philosophes grecs et dans la tradition orientale, la **sagesse** était l'idéal de la vie humaine («sophia» en grec).

L'année 2012 sera pour la FNIB, l'année de la **sagesse**.

Comme vous, nous commençons cette année avec de nouvelles résolutions.

Nous maîtriserons nos désirs (et ils sont nombreux) par la raison et la connaissance de ce qui est de notre ressort et de ce qui ne l'est pas.

“Chez les philosophes grecs et dans la tradition orientale, la **sagesse** était l'idéal de la vie humaine («sophia» en grec).”

Si nos tâches toutes bénévoles sont encore méconnues, sachez que nous vous représentons dans toutes les structures qui peuvent et doivent défendre notre profession.

Nous vous représentons dans les structures fédérales (CFAI, CTAI, Agrément, INAMI, KCE, Multipartite, UGIB) où la problématique et le devenir de notre profession y sont débattus mais aussi dans les conseils infirmiers européens et mondiaux où les enjeux sont importants.

La **sagesse** sera notre moteur pour défendre et promouvoir avec détermination l'art infirmier.

Nous tous, bénévoles au sein de la FNIB, constamment animés d'une flamme associative qui peut mouvoir des montagnes... nous vous le garantissons.

Apportez nous aide et soutien.

Je vous exprime toute ma reconnaissance ainsi que mes vifs remerciements et je vous souhaite, amis et collègues de la FNIB, une très heureuse année.

MERCI.

Que la Sagesse soit avec Nous...

Nederland - België 1 - 0 !

Op 1 november aanvaardde de Nederlandse Eerste kamer (Kamer van Volksvertegenwoordigers) een wetvoorstel om voor een proefperiode van 5 jaar aan verpleegkundig specialisten toe te laten bepaalde medicatie, behorend tot hun vakgebied, zelf op eigen verantwoordelijkheid voor te schrijven. Deze praktijk is in een aantal Angelsaksische landen al jaren gemeengoed.

Het is hier bekend dat verpleegkundigen, door de nauwgezette controles, de grootste voorzichtigheid hanteren bij het voorschrijven van de specialiteiten die tot hun bevoegdheid behoren. Meestal worden indien mogelijk alternatieve middelen uitgeput om zich uiteindelijk tot de farmaceutische specialiteit te wenden.

Deze evolutie staat in België nog in zijn kinderschoenen. Reeds enkele pogingen zijn ondernomen om het verpleegkundig voorschrift op de agenda van de Technische Commissie voor de Verpleegkunde te plaatsen maar voorlopig zonder

resultaat. Voor de financiële belasting van onze sociale zekerheid zou het nochtans een gunstige evolutie zijn om aan verpleegkundig specialisten toe te laten om onder bepaalde voorwaarden een zelfstandige voorschriftmogelijkheid te bieden. Dit zou een groot aantal onnodige medische honoraria voorkomen. Als verpleegkundige specialiteiten denk ik in eerste instantie aan de diabetes educatoren, de wondzorgspecialisten, en de specialisten in de pijnbestrijding en de palliatieve zorg.

Het is aan ons, de mandatarissen van de verpleegkundige beroepsverenigingen deze evolutie in alle mogelijke structuren te verdedigen.

uw voorzitter,



Freddy Raymackers

Sir Liam Donaldson envoyé spécial de l'OMS pour la sécurité des patients

Communiqué de presse

21 juillet 2011 | Genève - Le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Dr Margaret Chan, a nommé le professeur Liam Donaldson envoyé spécial de l'OMS pour la sécurité des patients. Dans ce rôle, Sir Liam Donaldson, qui a été Chief Medical Officer en Angleterre de 1998 à 2010, aidera l'Organisation à promouvoir la sécurité des patients en tant que priorité mondiale de la santé publique.

Plus spécifiquement, il mobilisera l'appui politique pour le programme OMS Sécurité des patients auprès des dirigeants du secteur de la santé dans le monde entier et auprès des principaux donateurs, organisations caritatives et gouvernements pour les activités prioritaires sur les questions de sécurité des patients aux niveaux national et international. Il conseillera le Directeur général de l'OMS sur les questions stratégiques dans ce domaine et proposera des actions et des collaborations stratégiques au niveau mondial.

Garantir aux patients des soins sûrs et de qualité

«Avec cette désignation, l'OMS signale l'importance de garantir aux patients des soins sûrs et de qualité dans le monde entier, a déclaré le Directeur général, Margaret Chan. Après avoir été une petite initiative spécialisée au sein de l'OMS, le Programme Sécurité des patients a évolué, grâce à l'appui et à l'autorité intellectuelle de Sir Liam Donaldson, pour devenir un plaidoyer mondial et une communauté scientifique, avec des activités dans plus de 140 pays et dans les six régions de l'OMS. Il est en passe de s'étendre encore plus.»

Des centaines de millions de patients affectés

Chaque année dans le monde, des centaines de milliers de patients subissent des préjudices ou meurent dans les services de santé. Les données de l'OMS et d'autres sources révèlent que des incidents se produisent pour 4 à 16% des patients hospitalisés. Un rapport récent de l'OMS sur la charge des infections associées aux soins de santé estime que celles-ci touchent des centaines de millions de personnes dans le monde. Le fardeau est au moins deux fois plus lourd dans les pays en développement par rapport aux pays développés.

Le programme OMS Sécurité des patients

Dans de nombreux cas, on peut éviter ces préjudices. Le programme OMS Sécurité des patients (auparavant l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients) a été créé en 2004 pour coordonner, faciliter et accélérer les améliorations dans ce domaine dans le monde entier. Au cours des sept premières années, il a généré une prise de conscience mondiale et des connaissances sur l'importance de la sécurité des patients pour établir et maintenir des systèmes et des services de santé efficaces. Le Programme de l'OMS a créé le seul mouvement mondial des «Patients pour la sécurité des patients» et a obtenu les promesses de 24 pays pour réduire le nombre des infections associées aux soins de santé. Le programme a également lancé la première Liste de contrôle pour la sécurité chirurgicale, utilisée dans plus de 1500 hôpitaux. Son guide sur les programmes de cours en matière

de sécurité des patients permet aux étudiants d'en savoir plus à ce sujet avant de passer à la pratique clinique. Dans le même temps, 13 000 établissements de soins dans le monde ont pris des mesures pour faire baisser les taux d'infection en améliorant l'hygiène des mains.

Tirer les enseignements des tragédies

«Nous avons parcouru un long chemin pour sensibiliser le monde à la sécurité des patients, mais il reste des défis à relever, indique Sir Liam Donaldson. Le secteur des soins de santé n'est pas parvenu au niveau de sécurité atteint dans de nombreux autres secteurs à haut risque. Dans le monde entier, les citoyens trouvent incroyable que, pour certains patients, des erreurs d'opération ou de médicament se produisent, avec parfois des conséquences mortelles. Il faut tirer les enseignements de ces tragédies et prendre les mesures qui s'imposent. Le Programme OMS Sécurité des patients sera la pierre angulaire du renouvellement de l'effort à l'échelle mondiale pour résoudre ces problèmes.»

Sir Liam Donaldson a été Président de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients Il occupe actuellement un certain nombre de fonctions dont celles de Chancelier de l'Université de Newcastle, Président de l'Agence nationale pour la Sécurité des patients en Angleterre et Président pour la politique sanitaire à l'Imperial College de Londres.

Pour plus d'informations, veuillez prendre contact avec:

Dr Najeeb Al Shorbaji

Directeur par intérim - OMS Sécurité des patients
Téléphone: +41 22 791 16 64
Courriel: alshorbajin@who.int

Caroline-Anne Coulombe

Chargée de communication - OMS Sécurité des patients
Téléphone: +41 22 791 5426
Portable: + 41 79 477 0430
Courriel: coulombec@who.int



S'épanouir

” Evoluer chaque jour dans une ambiance de travail motivante. Se perfectionner. Se sentir guidé(e), épaulé(e) au sein d'un organisme sain, stable... Parce que pour moi, un environnement professionnel performant, c'est vital pour mon épanouissement. ”

L'I.S.P.P.C. (Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi) complète ses équipes et recrute pour ses CHU de Charleroi, A.Vésale, son hôpital psychiatrique Vincent Van Gogh et ses MR/MRS/MSP des (h/f) :

Bachelier(e)s en soins infirmiers, infirmier(e)s breveté(e)s et spécialités (SIAMU, sage femme, psychiatrie et psychogériatrie (VVG), radiothérapie, etc).

Ces nouveaux collaborateurs évolueront au sein d'un environnement de travail convivial, moderne et dynamique et bénéficieront d'une formation continue, d'une rémunération attrayante et d'une crèche de jour. Les fonctions proposées seront exercées à temps plein ou partiel selon leurs convenances et l'organisation des unités.

Envoyez votre candidature à l'I.S.P.P.C – Espace Santé, à A. Grard, Directrice des Ressources Humaines Bld Z. Drion 1 – 6000 Charleroi

www.chu-charleroi.be



C.H.U. de Charleroi



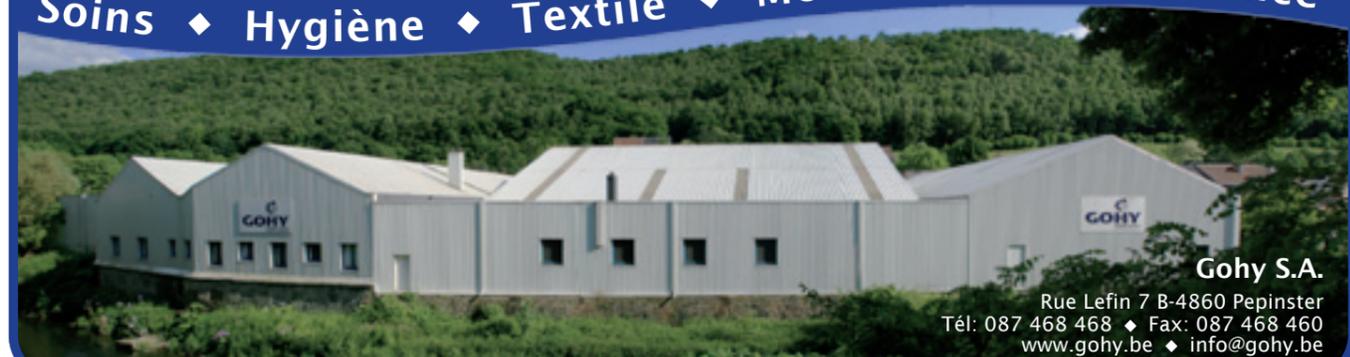
Nous distribuons nos produits aux :

- 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

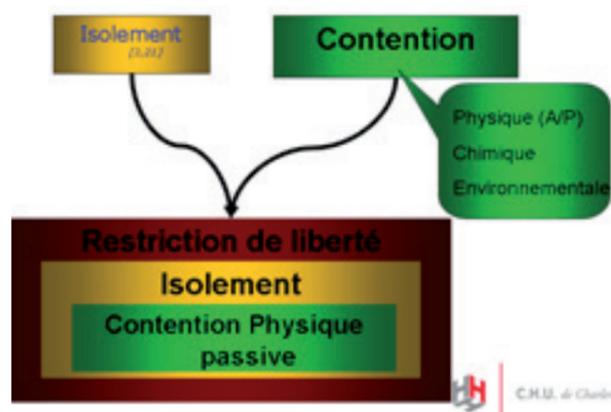
Contention et isolement: Droits et Obligations

David LEDUC, RN, MS PH, Infirmier Chef de service, CHU de Charleroi - Françoise BARDIAU RN, PHD, Directrice du Département Infirmier, CHU de Charleroi

L'utilisation de l'isolement ou de la contention est variable dans les services de psychiatrie.

Une étude nationale longitudinale (1) sur 15 ans en Finlande a mis en évidence une plus importante utilisation de la contention dans le cours de la phase d'hospitalisation aiguë (4 premiers jours de l'hospitalisation) (2) et pour les patients diagnostiqués consommateurs de substances (3).

Wim, dans une étude comparative néerlandaise, rapporte l'étude de Demeester and al. de 2005 mettant en évidence pour la Belgique 1517 restrictions de liberté par 1000 admissions et 5 restrictions de liberté par 1000 journées d'hospitalisation en unité psychiatrique fermée. (4) L'isolement peut-être défini comme «l'enfermement derrière une porte verrouillée» (5) et comme «la restriction de liberté de mouvement», pour un patient au sein d'une unité de soins. (6) La contention d'un patient est différenciée suivant qu'elle est physique active, physique passive, chimique et/ou environnementale. (7) Aborder la législation relative à l'isolement et à la contention nécessite d'étendre le concept à la notion de restriction de liberté de mouvement du patient.



L'ANAES (7) a défini comme indication à la contention les situations suivantes :

- Prévention d'une violence imminente,
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique,
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique,
- Isolement en vue d'une diminution des stimuli,
- Isolement à la demande du patient.

Le Comité de consultation bioéthique, (8) dans son avis 21 du 10 mars 2003, limite l'usage de la contention au traitement du trouble mental et doit :

- Présenter un intérêt non exclusif des tiers ou socio-éco-judiciaire,
- Présenter un intérêt thérapeutique direct pour le patient,
- Être adapté à la gravité des symptômes,
- Être adapté aux connaissances scientifiques (guidelines).

La Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (9) limite l'usage de la contention au trouble mental grave c'est à dire :

- Être indispensable au traitement spécifique du trouble,
- Sans le traitement, le patient met en péril sa santé.

Elle exige qu'un contrôle externe des conditions de protection soit réalisé.

Contexte législatif général

La Constitution belge, (10) précise :

- Que la liberté individuelle est garantie,
- Que chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale,
- Que chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Le Code pénal, (11) sanctionne :

«... celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide

à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'abstention pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui...».

L'information et la participation du patient

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient est peu spécifique à la psychiatrie.

A la lecture de cette loi des obligations doivent être mises en œuvre dans les unités de soins :

Le consentement du patient doit être préalablement obtenu à la mise sous contention.

Nous retrouvons ici la notion de consentement au préalable, comme déjà présenté dans le cadre de la gestion de la violence. (12) (13)

Cette démarche implique de le rendre acteur de sa prise en charge. C'est à dire, définir avec lui les conditions qui entraîneront la restriction de liberté et la manière de mettre en œuvre cette restriction.

La restriction de liberté de mouvement : un acte infirmier autonome.

Différents textes doivent être analysés conjointement pour clarifier l'autonomie infirmière dans la mise sous contention et/ou l'isolement d'un patient.

Premièrement, la liste d'actes infirmiers (14) est très claire sur l'autonomie de ces derniers quant à la mise sous contention. Les mesures de prévention de lésions corporelles telles que les moyens de contention et la procédure d'isolement sont classés B1 dans l'annexe de la loi.

Deuxièmement, les directives régionales Wallonne et Bruxelloise, contrairement à la directive flamande, n'exige pas la prescription médicale préalable à la mise sous contention.

Les différences régionales

Pour Bruxelles, la Circulaire Weckx, (15) rend obligatoire de tenir un registre et d'établir un code de bonne conduite.

La Circulaire du 26/10/2009 du Service public de Wallonie (SPW) (lit psychiatriques et urgences) précise que l'isolement est une mesure d'exception appliquée lors de troubles du comportement aigus susceptibles de mise en danger de la santé du patient, de sa sécurité ou celle d'autrui. La justification thérapeutique ne sera jamais une punition, un maintien de l'ordre, mais toujours une étape du processus de soins. La mesure de restriction de liberté sera notifiée dans un registre.

La circulaire ministérielle du 24 octobre 1990 de la Communauté flamande rend obligatoire la rédaction d'une procédure en concertation avec les membres de l'équipe. Les mesures privatives de liberté ne peuvent en principe être appliquées qu'après concertation avec le médecin traitant. Dans les cas urgents, on peut recourir à un ordre permanent, lequel doit définir les circonstances qui autorisent la prise immédiate de mesures privatives de liberté par le praticien infirmier, avec ou sans administration de médicament.

>> Suite page 9



Contexte législatif spécifique à la psychiatrie

La psychiatrie, pour ses services reconnus «internalistes», dispose en plus d'une législation spécifique : La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

Elle s'applique lorsque 3 conditions sont rencontrées : maladie mentale, urgence vitale et absence d'alternative à l'hospitalisation.

Cette loi garantit le respect de la liberté d'opinion, des convictions religieuses et philosophiques, des contacts familiaux et sociaux, ...

Elle ne contient pas de dispositions relatives au traitement du patient.

En rapport à la restriction de la liberté du patient, elle rend obligatoire la prévention de toute forme d'agression et l'aggravation de l'état physique.

Elle donne des directives relatives à l'application de mesures privatives de liberté de nature physique (contention et isolement), qui peuvent également être complétées par un traitement médicamenteux avec pour objectif de calmer le patient.

L'administration d'un médicament nécessite au préalable une prescription médicale (16).

Inspection et contrôle (17)

La loi relative à la protection de la personne des malades mentaux impose par la tenue d'un registre obligatoire le recueil des informations suivantes :

- Durée,
- Motif de la restriction de liberté de mouvement,
- Nature,
- Identification médicale.

Cette loi permet la visite du patient par le procureur du roi.

Le droit de porter plainte auprès du médiateur est donné par la loi de 2002 sur les droits du patient.

Le contrôle régional, dans le cadre des mesures d'agrément (18) doit assurer le contrôle des chambres d'observation en vue de l'isolement des malades agités en prévention des blessures (19) et du local permettant de protéger les patients présentant une pathologie psychiatrique dans les fonctions «soins urgents spécialisés».

En plus de ces contraintes légales, le SPW a établi une liste de recommandations pour enclencher une mesure d'isolement en psychiatrie ou dans un service d'urgences (2009) (20)

- 1 Notification dans un registre, de l'identité, des dates de début et fin, du type d'isolement, des motifs, des raisons du maintien au-delà d'une période de 24h. Transcription dans le dossier du patient avec identification des contre-indications somatiques à la contention,
- 2 Transmission du dossier patient lors des transferts,
- 3 Prescriptions médicales des mises/levées de contention ou obtention d'une confirmation médicale dans les plus brefs délais, celles-ci atteignent au maximum 24h et évite un isolement de plus de 72h.
- 4 Contrôle de l'absence de tout objet dangereux dans la chambre du patient,
- 5 Identification et surveillance des facteurs de risques éventuels tels que le suicide, l'automutilation, la confusion, les risques métaboliques et médicamenteux,
- 6 Signalisation en temps réel de la présence d'un patient en chambre d'isolement,
- 7 Information du patient, de sa famille et obtention d'un consentement écrit au préalable,
- 8 Visite médicale du patient journalière et dès 2 heures d'isolement, associé à une surveillance infirmière horaire. La loi du 26 juin 1990 précise que la surveillance doit être intensive, comparable à celle d'un patient admis dans un service de soins intensifs,
- 9 Maintien de la relation avec le patient,
- 10 Surveillance horaire et notification des paramètres biologiques,
- 11 Favorisation d'un isolement discontinu,
- 12 Prise en charge des besoins d'hygiène,
- 13 Transcription des informations dans le dossier patient,
- 14 Accompagnement de chaque intervention auprès du patient par un infirmier d'une tierce personne pour des raisons sécuritaires. (nonobstant logistique ou stagiaire)

Le SPW a également établi d'une liste de recommandation pour l'aménagement d'une chambre de contention. (21)

- 1 Une chambre spécifiquement aménagée à cet usage, implantée à proximité du local de garde et isolée du reste de l'unité.
- 2 Sa conception doit être sécuritaire (matériaux, luminaires, plafond), sa dimension supérieure ou égale à 8m², pourvue d'une fenêtre extérieure occultée par le soignant, pourvue d'une fenêtre d'observation, de sanitaires, d'un SAS.

>> Suite page 10



Centre Hospitalier de Réadaptation et de Psychiatrie du Brabant Wallon

recrute pour la Clinique de La Forêt de Soignes (Waterloo) (h/f) :

INFIRMIER EN CHEF POUR LE SERVICE DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIQUE

Temps de travail : temps plein

Entrée en fonction : immédiate

Titres requis : - Infirmier bachelier

- Master en sciences de la santé publique ou Ecole de cadre en santé
- Titre professionnel d'infirmier spécialisé en santé mentale

Expérience : 5 ans dans les soins infirmiers dans une unité de soins.

Les candidatures et lettres de motivation sont à envoyer à G. GERMANES, Directrice du Département infirmier CHRBPW - chaussée de Namur 201 - 1300 Wavre ou par courriel à georgina.germanes@chrpbw.be

www.chrbpw.be

Over disaster medicine, zoveel mogelijk mensen redden en de liefde voor de wiskunde.

Een gesprek met Dirk Danschutter (hoofdverpleegkundige Pediatric Intensive Care - UZ Brussel) manama (master na master) verpleegkundige in disaster medicine en prof. Hubloue (diensthoofd spoedgevallen UZ Brussel).

Interview gepubliceerd in UZegt, de maandelijkse nieuwsbrief van en voor de medewerkers van UZ Brussel
Editie oktober 2011



La médecine de catastrophe, l'amour des mathématiques, sauver le plus grand nombre.

Entretien avec Dirk Danschutter (infirmier en chef des soins intensifs pédiatriques - UZ Brussel) infirmier Master en médecine de catastrophe et professeur Hubloue (service d'urgence UZ Brussel)

Entretien UZegt publié dans le bulletin mensuel du personnel de l'UZ Brussel
Edition Octobre 2011

De term 'disaster management' mag dan misschien niet nieuw zijn, de inhoud ervan is vandaag helemaal anders geworden en daar heeft de VUB een grote bijdrage aan geleverd. Een gesprek met prof. Yves Hubloue en Dirk Danschutter, die als verpleegkundige de Manama in Disaster Medicine heeft behaald.

Prof. Hubloue: "Vroeger deed iedereen tijdens een ramp zijn eigen ding naast elkaar en in de eigen discipline: medisch, logistiek, politieel, communicatief, ... ; allemaal binnen een eigen commandostructuur en met eigen gewoontes. Er was geen coördinatie. De European Master in Disaster Medicine (EMDM), waarvan de VUB trouwens medeoprichter is, illustreert dat het management van een ramp of catastrofe vandaag een academische discipline is geworden. Op een evidence based basis wordt informatie verzameld tot een doctrine die ertoe moet leiden dat het management van een ramp overkoepelend wordt gecoördineerd."

'To do the best for the most'

"Het basisprincipe daarbij luidt 'To do the best for the most', dit in tegenstelling tot de klassieke geneeskunde waar 'The best for everyone' geldt. In de dringende geneeskundige hulpverlening zet je alle mogelijke middelen in om iedere patiënt te redden, in de rampeneeskunde trachten we te redden wat er te redden valt. Essentieel verschil met vroeger is dat de aanpak vandaag wetenschappelijk onderbouwd is. Zo bestaat een onderzoeksgroep aan de faculteit geneeskunde en farmacie die één van de stichters is van de EMDM-academy. De VUB staat aan de wieg van de rampeneeskunde".

Verpleegkundige Dirk Danschutter kreeg het virus van het disaster management te pakken naar aanleiding van de tsunami in Banda Aceh (Indonesië) op 26 december 2004. De resultaten van de vloedgolf werden door sommigen vergeleken met Hiroshima na de explosie van de atoombom in 1945. Hij trok erheen onder de vlag van de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde. Dirk Danschutter: "Je bent er bezig met populatiegerichte interventies met de middelen die er zijn. Dat was een enorme leerschool. Toen ik vorig jaar naar aanleiding van de aardbeving in Haïti head of mission mocht zijn, moest ik op heel korte tijd vele beslissingen nemen, waarbij ik mij afvroeg waarom hier geen gestructureerde en ondersteunende methodologie voor bestond. Als een vliegtuig naar een rampgebied, moet worden gevuld, kan wat je meeneemt, levens redden of kosten. Je hebt maar een beperkt volume beschikbaar en je moet niet alleen de nodige maar bovenal de prioritaire middelen meenemen. Op basis van lineaire algebra kan je ervoor zorgen dat de

>> vervolg op pagina 12

«Gestion de catastrophe» Le terme n'est peut-être pas neuf, son contenu est maintenant différent et il le doit à une contribution majeure de l'université. Une entrevue avec le professeur Yves Hubloue et Dirk Danschutter, qui en tant qu'infirmier a réussi un Master en médecine de catastrophe.

Prof Hubloue: «Auparavant, chacun faisait ce qu'il voulait lors d'une catastrophe selon sa profession: médecins, logisticiens, policiers, communications, ... tous au sein de leur propre structure de commandement et d'habitudes. Il n'y avait pas de coordination. Le Master européen en Médecine de Catastrophe (EMDM), qui a été fondé par l'université, montre que la gestion d'un sinistre ou d'une catastrophe aujourd'hui est devenue une discipline universitaire. Basée sur une information factuelle et recueillie dans une doctrine qui prône que la gestion d'une catastrophe doit être globale et coordonnée.»

Faire au mieux pour le plus grand nombre

Le principe de base est celui-ci «faire au mieux pour la plupart», contrairement à la médecine conventionnelle qui prône «Le meilleur pour tous». Les soins médicaux d'urgence mettent toutes les ressources possibles en œuvre pour sauver tous les patients, dans la médecine de catastrophe, nous essayons de sauver ce qui peut être sauvé. Cette approche désormais scientifiquement prouvée est une différence essentielle. Il existe dorénavant un groupe de recherche à la faculté de médecine et de pharmacie, qui est l'un des fondateurs de l'Académie-EMDM. L'université est le berceau de la médecine de catastrophe. "

Dirk Danschutter infirmier, a attrapé le virus de gestion des catastrophes après le tsunami de Banda Aceh (Indonésie) le 26 Décembre 2004. L'impact de cette inondation a été, par certains, comparé à Hiroshima après l'explosion de la bombe atomique en 1945. Il s'y rendit sous le drapeau de la Société Belge de Pédiatrie.

Dirk: «Vous travaillez sur des interventions axées sur la population avec les ressources locales. C'est une expérience d'apprentissage énorme. Quand l'année dernière lors du séisme en Haïti j'ai été Chef de Mission, j'ai du en peu de temps prendre de nombreuses décisions, et je me demandais pourquoi n'existait-il pas de méthodologie structurée. Lorsqu' un avion doit être chargé pour partir vers une zone sinistrée, ce que vous emportez, doit sauver des vies. Vous disposez d'un volume limité et vous devez seulement vous munir du nécessaire. Basé sur l'algèbre linéaire, vous pouvez vous assurer que le contenu essentiel est préservé indépendamment de qui est associé au type de la catastrophe. C'est ce

>> Suite page 12

3 La caméra de surveillance est tolérée, mais l'intimité doit être respectée et les mesures de surveillance physique maintenues. L'enregistrement n'est pas autorisé et la visualisation est effectuée uniquement depuis la salle de garde. Le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI) précise que la caméra de surveillance n'est pas contraire à la notion de «vie privée» pour autant que ceci soit prévu dans le règlement d'ordre intérieur. (22)

Contentions, droits ou obligations ?

Le patient a le droit d'être acteur de son processus de soins.

La législation belge énonce clairement les droits des patients face à cette pratique de soins : consentement préalable, information, maintien des libertés et convictions, ... renforcée par les recommandations de bonne pratique qui limite l'acte de soins au rôle thérapeutique du trouble de santé mentale.

Il existe une obligation de sécurité.

L'infirmier est en première ligne face à cette pratique, avec comme soutien la formalisation sous forme d'ordre permanent en Flandre et les procédures de soins en fédération Wallonie-Bruxelles.

La contention est un acte qui ne se réalise pas à la légère : formalisation des pratiques, enregistrement, transcription, contrôles. Tous sont détaillés et nombreux.

Pour plus ...

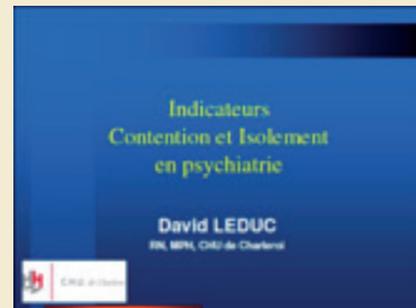
<http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/CouncilsandCommissions/FederalCouncilonthequalityofth/index.htm>

Bibliographie

- 1 Alice Keski-Valkama and al. Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study October 2009 Springer-Verlag
- 2 $\mu = 10.3\%$ [9.0 - 11.7] IC 95%
- 3 $\mu = 5.6$ [4.7 - 7.1] IC 95%
- 4 The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe Wim A. Janssen a, E.O. Noorthoorn a, W.J. de Vries b, G.J.M. Hutschmeekers b, H.H.G.M. Lendemeijer a, G.A.M. Widdershoven c
- 5 American psychiatric association. Ressource guide on seclusion and restrain. Mai 1999 <http://www.psych.org>
- 6 Kältiala-Heino R, Tuochimaki C, Korkeila J, Lehtinen V. reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. International journal of Law and psychiatry 2003;26:139-149
- 7 ANAES, Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement. L'information psychiatrique 1998; 74(9); 950-3
- 8 Critères de qualité de la mesure de traitement sous contrainte. Comité de consultation bioéthique, avis 21 du 10 mars 2003
- 9 Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (19/11/96)
- 10 La Constitution belge, articles 12, 22 et 23
- 11 Le Code pénal, article 422 bis
- 12 Bardiau F., Lardenois M., Leduc D., Duquesne D., Gilain N. Elaboration d'une directive pour la gestion de la violence en psychiatrie, SPF-SP - ESP Ulg, 2007
- 13 Guidelines NHS-NICE / Critère 5 : enregistrements / Tranquillisation rapide (enregistrement, procédure) & Isolement en chambre fermée (procédure d'enregistrement, contention)
- 14 Liste des prestations techniques de soins infirmiers pouvant être accomplies par des praticiens de l'art infirmier fixée en application de l'article (21quinquies, §3 - AR du 7 octobre 2002, art. 3 - M.B. du 07/11/2002, p. 50587) de l'AR n° 78 du 10 novembre 1967)
- 15 ministre communautaire de la santé et des affaires Bruxelloises du 24/10/1990
- 16 AR du 18 juin 1990, rubrique 1.7, Administration de médicaments B2
- 17 Cahier 2 Droits du patient en psychiatrie et privation de liberté : quelles difficultés dans nos pratiques?, Les cahiers de l'institut wallon pour la santé mentale, déc 2005
- 18 AR 23/10/1964 Normes des services A, K, T
- 19 AR 27/04/1998 Normes de la fonction «soins urgents spécialisés»
- 20 Référentiel pour enclencher une mesure d'isolement en psychiatrie ou dans un service d'urgences. Annexe 1 circulaire du service public de Wallonie, 26 octobre 2009
- 21 Référentiel pour enclencher une mesure d'isolement en psychiatrie ou dans un service d'urgences. Annexe 1 circulaire du service public de Wallonie, 26 octobre 2009
- 22 Commission technique de l'art infirmier, groupe de travail : contention et isolement, rapport final, octobre 2007



David LEDUC



Le pansement AQUACEL® EXTRA™:

- 9 fois plus résistant^a
- 39% d'absorption en plus^a
- s'utilise sur les plaies peu à fortement exsudatives

AQUACEL® EXTRA™ verband:

- 9x sterker verband^a
- 39% meer absorptie^a
- te gebruiken op licht- tot sterk exsuderende wonden

Pour recevoir un **ECHANTILLON GRATUIT**,
téléphonez au 0800-12011 ou envoyez
un e-mail à info.belgium@convatec.com

Om een **GRATIS STAAL** te ontvangen
bel 0800-12011 of stuur een e-mail
naar info.belgium@convatec.com

Téléphonez gratuitement au **0800-12011** pour de plus amples informations à propos d'**AQUACEL® EXTRA™** ou visitez notre site internet www.convatec.be

Bel **0800-12011** (gratis) voor meer info omtrent **AQUACEL® EXTRA™** of ga naar www.convatec.be

Reference : 1. Preliminary assessment of the physical properties of AQUACEL® EXTRA vs AQUACEL® & DURAFIBER™. Scientific Background Report. WHR13461 TA214. 2011. Data on File, ConvaTec Inc.

AQUACEL and Hydrofiber are registered trademarks of ConvaTec Inc. AQUACEL EXTRA and TRIED. TRUE. TRUSTED are trademarks of ConvaTec Inc. © 2011 ConvaTec Inc. 10/2011. AP-011587-MM [AM/EM]

^aEn comparaison avec le pansement AQUACEL®. / ^aIn vergelijking met AQUACEL® verband.



AQUACEL® dessins
TRIED.TRUE.TRUSTED.™



meest noodzakelijke inhoud wordt meegenomen los van wie het moet beslissen en gekoppeld aan het type ramp. Dat is wat ik heb ontwikkeld in mijn thesis voor mijn manama. Ik heb er mijn liefde voor de wiskunde mee aangezwengeld."

Nieuwe onderzoeksmethodologieën

Ives Hubloue: "De studie die Dirk in zijn thesis heeft uitgevoerd, is ook een eerste stap naar een andere methodologische aanpak. Je kan een ramp nu eenmaal niet eens opnieuw doen om de verschillen te analyseren of een deel van de bevolking helpen en een ander deel niet om te kunnen vergelijken. We moeten dus andere evidence based methodologieën ontwikkelen. Als onderzoeksgroep ontwikkelen we daarom bijvoorbeeld dynamische simulatiemodellen die we voeden met real time scenario's van echte rampen. Uit die context heeft Dirk het aspect logistiek gelicht en daarvoor een tool op basis van lineaire programmering gecreëerd die ons met één druk op de knop aangeeft wat je kan meenemen op het vliegtuig met een beperkte laadruimte. Het programma dat hij heeft ontwikkeld, beantwoordt in disaster management aan een reële behoefte". Dirk: "Dank zij deze tool zijn we niet langer verplicht te blijven kiezen voor een generische respons waarbij je een aantal veelgevraagde hulpmiddelen meeneemt (zoals WHO-kits), waarvan soms ter plaatste blijkt dat een en ander ontbreekt of onbruikbaar is. Het programma is klaar om op basis van een aantal parameters zeer snel aan te geven welke specifieke respons je moet geven en dat is levensreddend".

Na zijn master verpleeg- en vroedkunde behaalde Dirk (samen met FOD-collega Marcel van der Auwera) nu dus aan de VUB ook de manama in disaster medicine die 1 jaar duurt. Als gevolg daarvan werd Dirk ook aangesteld als faculty member van de UPO-VUB en doceert hij sedert dit academiejaar over het onderwerp. Maar we zijn er zeker van dat zijn hart steeds bij het echte veldwerk zal blijven.

que j'ai développé dans la thèse de mon Master. Mon amour des mathématiques m'a aidé.»

Nouvelles méthodologies de recherche

Prof Hubloue: «L'étude réalisée par Dirk dans sa thèse, est une première étape vers une approche méthodologique différente. Nous devons aussi développer d'autres méthodologies fondées sur des preuves. La logistique de Dirk est donc un outil basé sur la programmation linéaire qui indique ce qu'il faut emmener dans l'avion avec l'espace de chargement limité. Le programme qu'il a développé, dans la gestion des catastrophes répond à un besoin réel.»



Dirk: «Le programme est élaboré sur base d'un certain nombre de paramètres et identifie rapidement la réponse spécifique, vous devriez ainsi sauver des vies.»

Dirk a également été nommé en tant que membre du corps professoral de l'UPO-VUB et y enseigne sa passion. Mais nous sommes certains qu'il va poursuivre son travail sur le terrain.

5^e Congrès mondial
des infirmières et
infirmiers francophones

SIDITEF
SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

du 20 au 24 mai 2012

Des pratiques cliniques novatrices,
optimiser les compétences professionnelles

Lu pour vous/Voor u gelezen

Interdiction générale de fumer dans l'Horeca: point de la situation

Un mois après l'entrée en vigueur de l'interdiction générale de fumer dans l'Horeca, le service d'inspection Tabac du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement dresse un premier bilan en ce qui concerne le respect de cette interdiction.

Au mois de juillet, les contrôleurs du service d'inspection Tabac ont effectué 1.557 contrôles, soit la moitié des 3.000 contrôles prévus pour les mois de juillet et août. Les résultats de ces premiers contrôles sont extrêmement positifs.

On ne fumait plus que dans 81 cafés (soit 5%) au moment du premier contrôle. Autrement dit, 95% des cafés contrôlés étaient non-fumeurs. Force fut toutefois de constater que l'interdiction de fumer n'était pas correctement indiquée dans 4 cafés sur 10.

Les exploitants de 135 cafés (soit 9%) ont décidé de resservir de la nourriture et 117 établissements (7,5%) disposaient déjà d'un fumoir conforme aux normes légales. Lors de l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les restaurants (2007) et dans les snacks (2010), le nombre de fumoirs se situait entre 5 et 6%.

Au cours de cette première série de contrôles, les contrôleurs du service d'inspection Tabac n'ont distribué que des avertissements.

Mais lorsqu'ils reconstruèrent les établissements, ils infligeront des amendes pouvant atteindre 1.650 euros. Pour l'instant, aucun PV n'a encore été dressé puisque tous les cafés ayant fait l'objet d'un second contrôle étaient en ordre.

Les établissements Horeca qui appliquent la législation antitabac et qui affichent clairement l'interdiction de fumer dans leur établissement, ne sont pas responsables si leurs clients refusent de respecter l'interdiction de fumer. En pareil cas, ce sont les fumeurs qui risquent une amende lors d'un contrôle.

L'interdiction générale de fumer est intervenue parce que la Cour constitutionnelle a annulé les dérogations en faveur des cafés dans la législation antitabac actuelle, afin d'éliminer la discrimination entre travailleurs occupés dans les cafés et dans les restaurants. Selon la Cour, les exploitants et le personnel, dans tous les établissements Horeca, ont droit à une protection contre le tabagisme passif. La Belgique est le vingtième pays européen à instaurer une interdiction générale de fumer dans le secteur Horeca.

Pour de plus amples informations, consultez www.fumer-horeca.be.



Algemeen rookverbod in de horeca vanaf 1 juli 2011

Het algemeen rookverbod in de horeca is een feit. Concreet betekent dit dat er in horeca-zaken enkel nog gerookt mag worden in een aparte rookkamer. De controles op de naleving van het rookverbod worden uitgevoerd door de Tabakscontroledienst van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Tijdens de maanden juli en augustus zal die 3 000 cafés controleren, wat ongeveer de helft is van alle cafés in België. In die eerste twee maanden zullen de tabakscontroleurs ook sensibiliseren over de correcte toepassing van de wetgeving. Dat betekent echter niet dat er een overgangperiode voor het rookverbod is. Cafés die niet in orde blijken te zijn, zullen enkele dagen later opnieuw worden gecontroleerd. Als er dan nog inbreuken op de rookwetgeving worden vastgesteld, zal de Tabakscontroledienst streng optreden en een boete opleggen. De minimale boete bedraagt 146 euro maar dit bedrag kan oplopen tot het tienvoudige bij herhaaldelijke inbreuken.

Horecazaken die de rookwetgeving toepassen en het rookverbod duidelijk aangeven in hun zaak, zijn niet aansprakelijk indien hun klanten weigeren om het rookverbod te respecteren. In dat geval zijn het de rokers die een boete riskeren tijdens een controlebezoek. Uit cijfers van de Stichting tegen Kanker blijkt dat 73% van de bevolking voorstander is van rookvrije cafés.

Het algemeen rookverbod is er gekomen nadat het Grondwettelijk Hof de uitzonderingen voor cafés in de bestaande rookwetgeving vernietigde, om discriminatie tussen werknemers in cafés en restaurants weg te nemen. Volgens het Hof hebben uitbaters en personeel in alle horecazaken het recht op bescherming tegen passief roken. België is het twintigste Europese land waar een algemeen rookverbod in de horeca ingevoerd wordt.

Meer informatie kan u vinden op www.roken-horeca.be.



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 Soins Supportifs, le Quartier Opératoire, la Salle de Réveil, l'Unité de Médecine, le Service de Radiothérapie.

• Infirmiers bacheliers SIAMU

pour les Soins Intensifs de Médecine et de Chirurgie.

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

Si vous souhaitez rejoindre nos équipes pour

Ensemble, faire gagner la vie

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



réseau iris structuur

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

Le rayonnement GSM 'peut-être cancérigène'

Et se retrouve de ce fait dans la même catégorie que le café et les gaz d'échappement. Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a classifié le rayonnement GSM comme étant 'peut-être cancérigène pour l'homme' (classification 2B)

Selon la récente communication du Centre International de Recherche sur le Cancer (mai 2011), il est possible que l'utilisation intensive d'un téléphone mobile engendre un risque accru de cancer du cerveau. C'est la raison pour laquelle le CIRC a classifié les ondes radio comme étant «peut-être cancérigènes pour l'homme».

Cette conclusion a été tirée au terme d'une analyse commune des études épidémiologiques disponibles et de recherches menées sur des animaux et sur des cellules. Dans la plupart des études, aucune indication d'un risque accru de cancer du cerveau n'a été trouvée, tandis que deux études (l'étude internationale Interphone et une méta-analyse suédoise) ont indiqué un risque accru de gliome et, dans une mesure moins certaine, de neurinome acoustique en cas d'utilisation intensive d'un téléphone mobile (durée d'utilisation totale supérieure à 1500-2000 heures). Des tests sur animaux ont également montré des «indications limitées» d'un lien potentiel.

Le CIRC souligne que l'étude doit être poursuivie et recommande entre-temps de limiter l'exposition au rayonnement des GSM en utilisant une oreillette ou en envoyant des SMS. Vous trouverez d'autres astuces sur la page «Vers une utilisation raisonnable des téléphones mobiles» http://www.health.belgium.be/eportal/Environment/Electromagnetic_fields/Mobilephoneuse/index.htm

De quoi s'agit-il ?

Il s'agit des téléphones mobiles et, dans une moindre mesure, des téléphones d'intérieur sans fil. La plupart des études ciblent l'utilisation des téléphones mobiles, étant donné leur grande diffusion, leur utilisation à proximité de la tête et leur capacité d'émission relativement importante (1-2 W) en comparaison à d'autres appareils sans fil tels que le babyphone, l'adaptateur Wi-Fi ou l'oreillette Bluetooth.

De quoi ne s'agit-il pas ?

Il ne s'agit pas d'autres appareils tels que le Wi-Fi, le Bluetooth ou les fours à micro-ondes. Ceux-ci n'ont pas été inclus dans l'évaluation du CIRC. Il ne s'agit pas non plus des antennes d'émission de téléphonie mobile. Le CIRC estime que l'étude des effets de ces sources n'est pas suffisante pour que des conclusions en soient tirées.

Bon à savoir

La classification 2B «peut-être cancérigène pour l'homme» est attribuée à des facteurs environnementaux et à des substances qui engendrent des «indications épidémiologiques limitées» en rapport avec le cancer. D'après le CIRC, le café et les gaz d'échappement des voitures appartiennent également à ce groupe. En cas d'«indications limitées», il est encore possible que le lien trouvé ne soit qu'apparent, et que le hasard ou une distorsion fausse les résultats. Le degré de certitude pour la classification «peut-être cancérigène pour l'homme» est plus bas que dans le cas des classifications 1 («cancérigène») et 2A («probablement cancérigène»). Quand on a encore moins d'indications, une substance est considérée comme «inclassable» (3). Finalement, il y a la classification 4, «probablement pas cancérigène».

Les téléphones mobiles de la troisième génération (UMTS) ont une capacité d'émission inférieure (0,1 W) à ceux de la deuxième génération (GSM, 1-2 W). L'exposition à des ondes radio émises par un téléphone DECT est 5 fois moindre que l'exposition aux ondes d'un GSM.

L'exposition à des ondes radio provenant d'antennes d'émission est plus de 10.000 fois inférieure à l'exposition en cas d'utilisation de téléphones mobiles.



Het IAKO onderstreept dat verder onderzoek nodig is en adviseert ondertussen de blootstelling aan gsm-straling klein te houden door een oortje te gebruiken of sms'en. Op de pagina "Gsm verstandig gebruiken" vindt u nog meer tips.

http://www.health.belgium.be/eportal/Environment/Electromagnetic_fields/Mobilephoneuse/index.htm?fdnlang=nl

Waar gaat het over?

Het gaat over mobiele telefoons en in mindere mate over draadloze huistelefoons. De meeste studies spitsen zich toe op gebruik van mobiele telefoons, gezien hun grote verspreiding, gebruik vlakbij het hoofd en hun relatief hoge zendvermogens (1-2 W) in vergelijking met andere draadloze toestellen zoals een babyfoon, WIFI-adaptor of een Bluetooth-oortje.

Waar gaat het niet over?

Het gaat niet over andere apparaten zoals WIFI, bluetooth of microgolfovens. Deze werden niet meegenomen in de evaluatie van het IAKO. Het gaat ook niet over zendmasten van mobiele telefonie. Het IAKO vindt het onderzoek naar de gevolgen van deze bronnen niet voldoende om er conclusies uit te trekken.

p - 15

Gsm-straling 'mogelijk kankerverwekkend'

En komt daardoor in dezelfde categorie als koffie en uitlaatgassen. Het Internationale Agentschap voor Kankeronderzoek (IAKO) heeft gsm-straling geklasseerd als 'mogelijk kankerverwekkend bij mensen' (classificatie 2B)

Volgens de recente communicatie van het Internationale Agentschap voor Kankeronderzoek (mei 2011) zou het kunnen dat er een verhoogd risico op hersenkanker is bij het intensieve gebruik van een mobiele telefoon. Het IAKO heeft radiogolven daarom geklasseerd als 'mogelijk kankerverwekkend bij mensen'.

Deze conclusie werd getrokken na een gezamenlijke analyse van beschikbare epidemiologische studies en onderzoek op dieren

en cellen. In de meeste studies waren geen indicaties gevonden van een verhoogd risico op hersenkanker, terwijl twee studies (het internationaal onderzoek Interphone en een Zweedse meta-analyse) hebben gewezen op een verhoogd risico op glioma, en in minder zekere mate, op akoestisch neuroma, bij intensief gebruik van een mobiele telefoon (totale tijd van gebruik meer dan 1500-2000 uur). Ook onderzoek op dieren heeft 'beperkte aanwijzingen' geleverd voor een mogelijk verband.

>> vervolg op pagina 15

Goed om te weten

De classificatie 2B, 'mogelijk kankerverwekkend bij mensen', wordt toegekend aan omgevingsfactoren en stoffen die 'beperkte epidemiologische aanwijzingen' opleveren in verband met kanker. Volgens het IAKO horen koffie en de uitlaatgassen van auto's ook thuis in die groep. Bij 'beperkte aanwijzingen' is het nog mogelijk dat het gevonden verband slechts schijnbaar is, en dat toeval of een vertekening de resultaten kleurt. Het niveau van zekerheid wanneer iets is geklasseerd als 2B ('mogelijk kankerverwekkend bij mensen') is lager dan in het geval van de classificaties 1 ('kankerverwekkend') en 2A ('waarschijnlijk kankerverwekkend'). Wanneer men nog minder aanwijzingen heeft wordt een stof als 'niet te klasseren' (3) beschouwd. Ten slotte is er nog de classificatie 4, 'waarschijnlijk niet kankerverwekkend'.

De derde generatie van mobiele telefoons (UMTS) heeft kleinere zendvermogens (0,1 W) dan die van de tweede generatie (GSM, 1-2 W). De blootstelling aan radiogolven afkomstig van een DECT-telefoon is 5 keer kleiner dan van een gsm.

De blootstelling aan radiogolven afkomstig van zendmasten is meer dan 10.000 keer kleiner dan de blootstelling bij gebruik van mobiele telefoons.

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

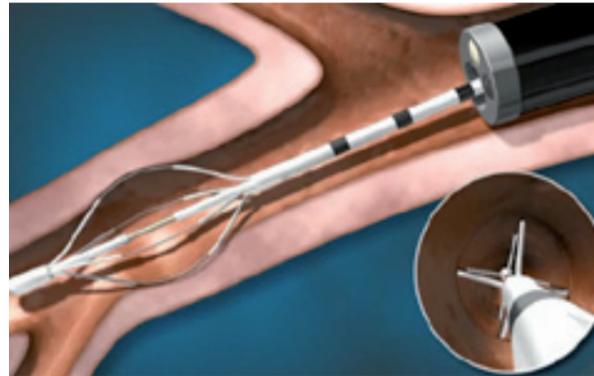
Abonnement mensuel
BIM : 6 € (intervention de 6 € de la mutualité incluse)
Non BIM : 11 € (intervention de 6 € de la mutualité incluse)

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

Vitatel, un service de l'asbl
PSD
PERMANENCE SOINS A DOMICILE

La thermoplastie bronchique

Les patients européens atteints d'asthme sévère peuvent désormais bénéficier d'un traitement non pharmacologique qui a fait ses preuves.



L'asthme constitue au plan mondial une des maladies les plus répandues et coûteuses.

Sa prévalence n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années, sans possibilité de guérison à ce jour. L'asthme atteint environ 300 millions de personnes dans le monde dont 30 millions en Europe. 20% des européens atteints d'asthme sévère persistant ne parviennent pas à maîtriser leurs symptômes malgré un traitement pharmacologique optimal, ce qui conduit à un taux élevé de morbidité et de mortalité.

Les patients atteints d'asthme sévère présentent souvent une qualité de vie significativement altérée, un absentéisme élevé à l'école ou au travail, une moindre productivité et un risque accru d'hospitalisation et de décès.

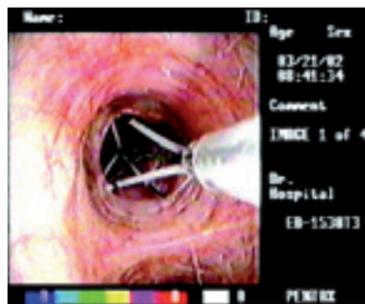
En Europe de l'Ouest, l'asthme a été la cause de 12 000 décès en 2002 et il est estimé que 7% des patients asthmatiques sont hospitalisés chaque année à cause de leur asthme.

Le système Alair™ est disponible au Royaume-Uni depuis juin 2011 et dans d'autres pays européens depuis septembre 2011. Les premières procédures de thermoplastie bronchique ont été pratiquées, avec des résultats favorables, à l'Hôpital Général Gartnavel de Glasgow et à l'Hôpital Wythenshawe à Manchester. Plus récemment, les médecins de l'Hôpital Universitaire Odense au Danemark viennent de débiter les procédures de thermoplastie bronchique chez des patients atteints d'asthme sévère.

La thermoplastie bronchique est une procédure bronchoscopique réalisée sous sédation modérée.

Le système Alair™ délivre une énergie thermique au niveau de la paroi des voies respiratoires, de manière précise et contrôlée, afin de réduire la masse excessive de muscle lisse bronchique.

Ce système a été conçu pour diminuer la capacité de constriction des voies respiratoires, réduisant ainsi la fréquence et la gravité des crises d'asthme. Les données cliniques démontrent la sécurité d'emploi et l'efficacité de la thermoplastie bronchique, destinée à compléter les traitements pharmacologiques habituels de l'asthme chez les patients âgés d'au moins 18 ans atteints d'un asthme sévère et persistant, mal contrôlé par les médicaments actuels.



Un traitement pratiqué en trois interventions successives

La thermoplastie bronchique est pratiquée en utilisant le système de thermoplastie bronchique Alair™ en trois procédures successives, programmées à environ trois semaines d'intervalle les unes des autres. La première intervention traite les voies respiratoires du lobe inférieur droit, la deuxième traite les voies respiratoires du lobe inférieur gauche et la troisième et dernière intervention traite les voies des deux lobes supérieurs.

Chaque séance dure environ une heure et, après une brève période de récupération de la sédation modérée, le patient peut retourner à ses activités quotidiennes à domicile.

Le système de thermoplastie bronchique Alair™ est constitué de deux éléments

Le système de thermoplastie bronchique Alair™, qui comprend deux composantes principales, délivre de l'énergie thermique dans les parois des voies respiratoires, afin de chauffer les tissus de manière précisément contrôlée pour réduire la masse du tissu musculaire lisse.

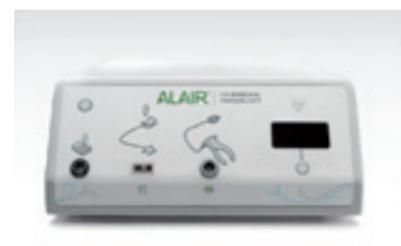
Cet excès de masse musculaire lisse bronchique prédominante chez les patients asthmatiques, contribue à augmenter la bronchoconstriction déclenchée par des facteurs externes à l'origine des symptômes d'asthme.

1. Le Cathéter de thermoplastie bronchique Alair™, dispositif

à usage unique conçu pour être mis en place à l'aide d'un bronchoscope standard via le nez ou la bouche. Le cathéter délivre une énergie par radiofréquence le long des parois des voies respiratoires, par impulsions électriques contrôlées de dix secondes, ce qui réduit la masse excessive de muscle lisse rétrécissant les voies respiratoires des patients asthmatiques.



2. Le Contrôleur de Radiofréquence (RF) de thermoplastie bronchique Alair™, disposant d'une série de paramètres de contrôle et d'algorithmes permettant de délivrer l'énergie thermique avec une intensité et une durée propres à réduire la masse du tissu musculaire lisse, tout en limitant l'impact à long terme sur les tissus environnants.



<http://multivu.prnewswire.com/mnr/bronchialthermoplasty/43629/>

Contacts

Muriel Granger, Directrice des Affaires Publiques, Boston Scientific

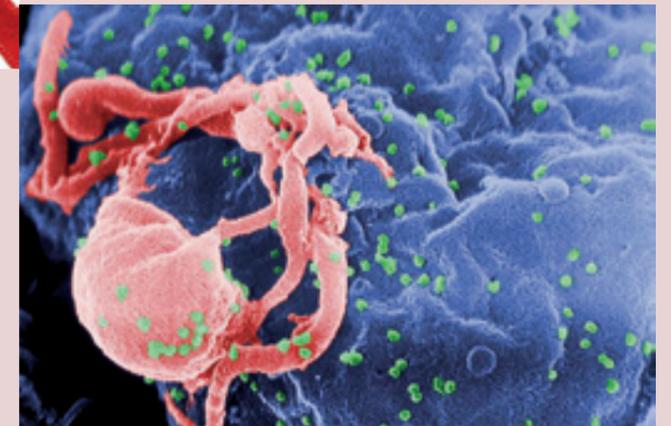
France: +33.1.39.30.49.99

Sabrina Gomersall, Directrice, WCG:

+44.203.008.7978

alair@wcgworld.com

VIH : La contraception accroît les risques de contamination



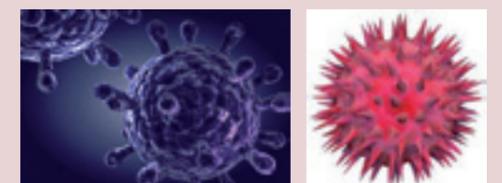
Nouvelle découverte dans le domaine de la recherche. Selon une étude élaborée par un groupe de chercheurs universitaires de Seattle publiée dans la revue scientifique médicale britannique The Lancet, il a pu être établi que la contraception hormonale favoriserait le risque de contracter le VIH. Outre la transmission du virus qui pourrait s'opérer lors d'injections de contraceptifs par défaut de stérilisation du matériel, les hormones elles-mêmes accroîtraient les risques d'infection, jusqu'à les doubler, mais aussi de transmission.

L'étude a été réalisée sur près de 4.000 couples, originaires de sept pays africains (Botswana, Rwanda, Kenya, Tanzanie, Zambie, Ouganda et Afrique du Sud) et a confirmé ce que les précédentes études sous-entendaient, à savoir l'existence d'une corrélation entre l'utilisation de contraceptifs et la propagation du virus du sida : une femme sous contraceptifs a plus de risques de contracter le virus, mais les risques deviennent aussi plus forts pour son partenaire de se voir contaminé.

Ces nouvelles révélations vont placer l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui promeut l'utilisation de contraceptifs hormonaux, particulièrement dans les pays du Sud, qui sont les plus touchés par la propagation du virus, dans un certain embarras : elle va devoir trancher entre interdire les contraceptifs hormonaux, au risque de voir ressurgir les risques maternels jusque-là endigués (alors que le cinquième Objectif du millénaire pour le Développement (OMD) prévoit l'amélioration de la santé maternelle à l'horizon 2015), ou continuer à préconiser le recours aux contraceptifs hormonaux, bien qu'ils développent la transmission du VIH (tandis que le sixième OMD vise justement à combattre ledit VIH).

Mais malgré les nombreux questionnements que ces révélations ont fait naître, l'essentiel demeure les avancées réalisées par la recherche sur le VIH. Au mois de juillet dernier déjà, des études avaient démontré que la circoncision pouvait jouer un rôle extrêmement important dans la lutte contre la propagation du virus : il a été prouvé que le risque d'infection était réduit de 60% pour les hommes circoncis. En revanche, ces études ont aussi mis en valeur le fait que la circoncision n'empêchait pas pour autant un homme porteur du VIH de contaminer son/sa partenaire.

Sources : The Lancet, Sciences et Avenir, RFI



Congrès ISAOI de Novembre 2011

"Nouvelles Technologies Chirurgicales"

Le Bloc opératoire vous ouvre ses portes!

Les Nouvelles Technologies et la profession médicale



Exemple de l'influence du coût de la responsabilité professionnelle, concernant les nouvelles technologies, sur le financement de la santé



Salles d'opération intégrées



La procédure chirurgicale



Cholecystectomie par voie ombilicale unique



Taux plaies biliaires x 3.5 (0,1-0,2% vs 0,5)
 ↑ Durée Procédure, Coûts, efforts, reproductibilité, teaching ?



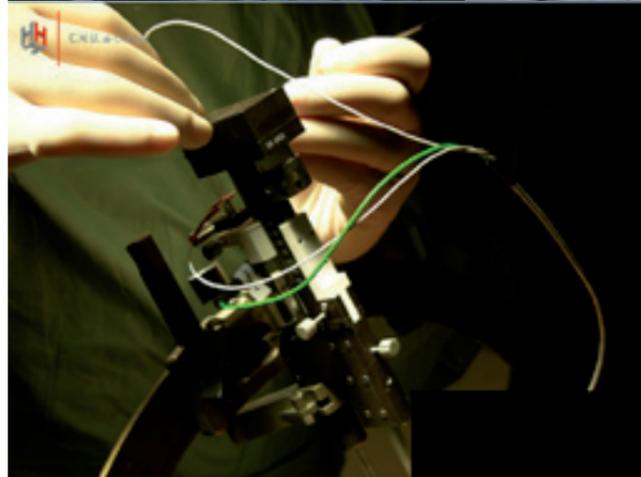
Les Nouvelles Technologies et la profession médicale

Transcatheter Aortic Valve Implantation

- Indication globale pour la procédure
 - Sténose valvulaire aortique symptomatique
 - Escore > 29% de mortalité prédictive
 - Contre-indication opératoire absolue ou relative
- TAVI par voie fémorale
 - 2 cardiologues + 1 chirurgien + 1 anesthésiste + 1 instrumentiste, tous formés spécifiquement.
 - Contre-indications spécifiques :
 - Anévrysme de l'aorte
 - Arythmie iso-torsade de pointes ou avec des QRS < 0,3 mm
- TAVI par voie apicale
 - 2 chirurgiens + 1 cardiologue + 1 anesthésiste + 1 instrumentiste, tous formés spécifiquement.
 - Contre-indications spécifiques :
 - Obésité importante
 - Antécédent de thoracotomie gauche (contre-indication relative)

Demain: les perspectives

- Présence d'un personnel spécialisé au quartier opératoire
- Besoin réel d'infirmières instrumentistes
 - le bon instrument au bon moment
- Clarification des activités et des rôles
- Meilleure compréhension des activités de collaboration entre les différents professionnels
- Centrage du management du personnel sur une logique de travail intégré plutôt que sur une logique de territoire
- Le patient reste le premier bénéficiaire



Que diraient les pères si on leur donnait la parole ?

L'auteure, Julie Annen, a «apprivoisé» une centaine de pères d'âges et de cultures différents, pères absents ou passionnés, en couple, célibataires, pères adoptifs, pères d'enfants merveilleux et surdoués, pères d'enfants merveilleux et handicapés, pères tardifs ou précoces,...

Et ces pères, comme s'ils attendaient qu'on les questionne enfin, ont accepté de parler de leur paternité sans fausse pudeur...

Des paroles drôles, émouvantes, parfois dures aussi mais d'authentiques voix d'hommes qui ont vu leur vie changer en devenant pères.



LES PERES

Texte et mise en scène de Julie Annen,
Avec Achille Ridolfi, Daniel Marcellin et Anton Tarradellas
Une coproduction Charge du Rhinocéros/ Théâtre de Poche/
Théâtre Royal de Namur/ Pan ! (la compagnie)

Du 30 janvier au 11 février 2012 à la Vénèrie/ Espace Delvaux
Tarif préférentiel FNIB - 10 euros au lieu de 15 !

Que diraient les Pères si on leur donnait la parole ?

Après avoir rencontré une centaine de pères de tout âge, culture et milieu, Julie Annen nous livre ici un spectacle -témoignage. Des paroles drôles, émouvantes parfois aussi mais surtout d'authentiques voix d'hommes qui du jour au lendemain ont vu leur vie changer de perspectives et sont soudain devenus pères.

Infos et rés.: 02 537 01 20 ou www.chargedurhinoceros.be

Verslag pijncongres

te Hamburg van 21 – tot 24 september 2011.



Pain in Europe VII, 7e congres van European Federation of International Association for the Study of Pain (IASP) chapter (EFIC).

Met als thema : Don't Suffer in Silence, Societal impact of Pain.

Op dit congres zijn minimum 3700 klinische onderzoekers en specialisten aanwezig , waaronder artsen, verpleegkundigen uit meer dan 32 Europese landen.

Dat sociale impact een groot probleem is, bleek uit de talrijke getuigenissen van de diverse sprekers.

Naar schatting twintig procent van de Europeanen lijdt aan chronische pijn. Eén Europeaan op vijf heeft zelfs dagelijks pijn. In België zijn dat 3 miljoen chronische pijnpatiënten. In de vijf grootste Europese landen (Groot-Brittannië, Frankrijk, Duitsland, Spanje en Italië) hebben vorig jaar 52,7 miljoen mensen chronische pijn gehad. Behandelingen moeten duidelijk verbeteren volgens Prof. Dr. Hans Kress, voorzitter van EFIC.

Ook zijn de beleidsmensen verantwoordelijk voor het gezondheidssysteem, zich niet altijd bewust van de sociale gevolgen van chronische pijn. Volgens hem moet hier dringend tot actie worden overgegaan.

Vandaar dat EFIC oproept om chronische pijn als ziekte te erkennen. Chronische pijn heeft niet alleen lichamelijke gevolgen maar zeker ook op sociaal-economisch en professioneel vlak en dit heeft een negatief gevolg op de levenskwaliteit. Vooral in de geïndustrialiseerde landen neemt het probleem van chronische pijn epidemische proporties aan.

Voor rugpijn, 62,5%, 48% gewrichtspijn, 29,6% nekpijn en 21% artritispijn. Andere vormen van chronische pijn zijn na chirurgie, fibromyalgie, neuropatische pijn en kankerpijn.

Mannen hebben vaak lichte pijn maar twee derde van de vrouwelijke patiënten vertonen matig ernstige pijn.

Ongeveer een kwart van de kinderen en adolescenten heeft pijn. Bij 70

plussers hebben 79% vrouwen pijn en 53% mannen.

De sociaal economische gevolgen zijn enorm. In de 'Survey of chronic pain in Europe is aangetoond dat 19% van de patiënten met matig tot ernstige pijn hun baan verloren. Zes op tien heeft afgelopen 6 maanden 2 tot 9 keer een arts geraadpleegd voor pijn.

Twee derde van de kosten als gevolg van pijn in de beroepsgroep is toe te schrijven aan verlies van productiviteit. Mensen met rugpijn nemen gemiddeld 41 dagen ziekteverlof per jaar.

Er moet een consensus worden bereikt over de impact van chronische pijn in Europa. Op basis van Nationale rapporten en overleg met patiëntenverenigingen, artsen, verpleegkundigen en beleidsmensen en gezondheidseconomen werd een algemeen Europees consensusrapport samengesteld.

Dit is een standpunt om actie te ondernemen om de huidige tekortkomingen aan te pakken in de verschillende Europese lidstaten en onderling de ervaringen uit te wisselen.

De kost van chronische pijn zijn miljarden euro's per jaar .Niet alleen de directe , maar ook de indirecte kosten.

Voor Europa berekende men een kost van 300 miljard euro voor chronische pijn, dit is 1,5 tot 3% van het Bruto Binnenlands Product.

De medische kosten voor aanpak van chronische pijn is hoog. Een betere aanpak is nodig om die kosten te drukken.

En aangezien chronische pijn direct verband houdt met arbeidsongeschiktheid en productiviteit van werknemers, moet een beter pijnbeheer de Europese economieën op korte en middenlange termijn een forse stimulans geven.

In Europa moeten we onmiddellijk actie ondernemen om te profiteren van de voordelen die duidelijk worden bewezen in verschillende baanbrekende voorbeelden in Europese landen.

In België moeten we nog zeer veel realiseren in verband met chronische pijnpatiënten.

Vandaar dat het noodzakelijk is om in deze materie te investeren, door cursussen, voordrachten en verder onderzoek te plannen zeker voor mensen in de zorgsector, zeker de verpleegkundige, aangezien zij nauw in contact staan met de patient en zij de aangewezen persoon is om chronische pijnpatiënten te begrijpen

Elk jaar heeft een jaarthema, van oktober 2011 tot oktober 2012, dit jaar is dat : ' Global Year Against Headache', het jaar tegen hoofdpijn.

Volgend congres zal doorgaan in Milaan van 27 tot 31 december 2012.

Jet Van Hoek
pijnverpleegkundige



Trouvez LE job qui VOUS correspond !



Infos et candidatures ?

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

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



L'ergothérapie au sein des service d'aides et de soins à domicile du CPAS de Charleroi

C'est en février 2006, dans le cadre du forum santé et social de CHARLEROI 2020, que la fonction d'un ergothérapeute à domicile est évoquée.

Pourquoi ?, Comment ?, Pour qui ?,...

La recherche constante de la qualité de prise en charge et d'accompagnement des habitants de la région du grand Charleroi n'est pas neuve, la création d'une équipe pluridisciplinaire de coordination des Soins et des Services à Domicile a vu le jour en 1991.

En effet, étant donné la haute densité de population dans la région de Charleroi, le CPAS s'est positionné comme acteur et partenaire des personnes fragilisées.

Les personnes dites fragilisées, sont aussi bien les personnes âgées, les malades aigus ou chroniques ainsi que les individus en situation de handicap.

Les exemples peuvent être nombreux :

- une personne âgée ne sait plus accéder à sa chambre à cause d'un escalier dangereux mais elle repousse l'idée de l'institutionnalisation car sa maison représente l'investissement de toute sa vie et celle de son mari,
- un diabétique qui ne se sent plus en sécurité suite à un coma provoqué par un dérèglement de son régime,
- une maman IMC¹ de 21 ans qui ne sait pas accéder à l'ère de jeu de son fils car l'habitat est inadapté,
- ...tant de situations délicates qui englobent beaucoup plus que des problèmes techniques.

L'affect, la capacité de résilience, l'environnement, la motivation, les capacités physiques ainsi que la participation au sein des activités routinières de l'individu engendrent inévitablement des situations problématiques chez les personnes fragilisées.

En quoi l'ergothérapeute peut compléter le quotidien des aides familiales, infirmières et assistants sociaux qui unissent leurs efforts dans le maintien, l'aide et la recherche d'autonomie des personnes en situation de handicap ?

Pour répondre à cette question, définir l'ergothérapie et les missions de l'ergothérapeute est indispensable en effet, «L'ergothérapeute est le paramédical qui accompagne des personnes qui présentent un dysfonctionnement physique, psychique et/ou social en vue de leur permettre d'acquiescer, de recouvrer et/ou de conserver un fonctionnement optimal dans leur vie personnelle, leurs occupations professionnelles ou la sphère de leurs loisirs par l'utilisation d'activités concrètes s'y rapportant et tenant compte de leurs potentialités et des contraintes de leur environnement».²

Le point de vue ergothérapeutique au domicile s'inscrit parfaitement au sein d'une politique de santé publique car il respecte en tous points les objectifs édités par l'O.M.S.³ ainsi que ceux de La CHARTE D'OTTAWA (1986) pour la promotion de la santé, «La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.»

Le CPAS de Charleroi opte donc résolument pour une politique de prévention qui, on le sait, permet d'améliorer considérablement la qualité de vie des bénéficiaires et de les responsabiliser lors de décisions prises dans le cadre de la santé.

Concrètement, comment l'ergothérapeute s'inscrit dans le service de coordination des soins à domicile ?

L'ergothérapeute, par sa vision holistique de la santé, va évaluer les potentialités des personnes concernées en réalisant le lien entre les habitudes de vie et aussi en fonction de l'environnement dans lequel évolue la personne. Cette évaluation va comprendre l'établissement des ressources financières, mais également du

² Formation Continue des Ergothérapeutes – cycle 1998-1999
³ Organisation Mondiale de la Santé

matériel disponible car il ne s'agit pas de révolutionner l'habitat et d'automatiser à outrance mais, élaborer une stratégie globale de réorganisation avec la complicité du bénéficiaire pour permettre le développement ou le recouvrement de l'autonomie de l'individu.

Un autre bénéficiaire en chaise éprouvait des difficultés pour allumer dans son hall, en effet, l'interrupteur était placé à 160 cm du sol et le mouvement qu'il devait effectuer était traumatisant pour ses épaules. Une solution technique simple et efficace a été mise en place.

Actuellement, des solutions techniques diverses permettent de contrôler l'environnement.

Pour des sommes modiques, il est possible d'acheter des télécommande de prise, des carillons sans fils, ... qui rencontrent parfaitement les besoins de sécurité ou la gestion autonome de son espace de vie.

L'ergothérapeute sera également la personne ressource pour aider le bénéficiaire dans sa recherche de matériel adapté, aides financières potentielles (AWIPH⁴, mutuelles...) et d'opérateurs travaux compétents.

Exemple :

- un trottoir qui est en mauvais état et ne permet pas à la personne d'être autonome dans ses déplacements.

- l'ergothérapeute va dresser une ébauche de projet qu'il soumettra à l'accord communal pour ensuite demander à un entrepreneur de travaux de réaliser ceux-ci conformément au cahier des charges.

L'ergothérapeute ne va se substituer à un architecte mais établir des croquis pour que les professionnels interprètent aisément les transformations à effectuer.

En outre, l'ergothérapeute joue un rôle important dans la prévention des accident de travail pour le personnel des services à domicile et ce à deux niveaux :



- En se rendant au domicile de la personne en même temps que le personnel (aide familiale, infirmière, ...) pour y donner des conseils spécifiques concernant la manutention en fonction des techniques, des capacités et de l'environnement (in situ).

- En participant activement aux formations manutention que l'ensemble du personnel des services à domicile doit suivre. Un suivi rigoureux de cette formation nous a permis de mettre en valeur en quelques années une nette diminution du nombre d'accidents de travail parmi le personnel.

L'ergothérapie à domicile est donc une ouverture importante dans la recherche de la «Santé» des bénéficiaires ainsi que du personnel qui accompagne les personnes fragilisées vers une progression bénéfique de l'autonomie au sein de leur environnement.

Rauchs Y.

4 Agence Wallonne d'Intégration de la Personne Handicapée)

Les illustrations parlent mieux que les mots :



La salle de bains d'une bénéficiaire qui présente un déficit de mobilité important avant la rencontre interdisciplinaire.

La personne doit fréquemment se rendre aux toilettes en fauteuil roulant...vous imaginez aisément le parcours du combattant.



Cette même salle de bains après la rencontre et les explications données au bénéficiaire quant au coût et modifications que cela allaient engendrer dans ses habitudes de vie.



Un commutateur à tirage ou aussi appelé «type tête de lit» avec une balle de tennis permet à la personne d'actionner le contact sans réaliser de mouvement traumatisant pour son épaule

Prescription et consultation infirmière

1. Consultation infirmière¹

Introduction

Faisant suite à une revue de la littérature, il apparaît clairement que la consultation infirmière, en tant que dispositif novateur, s'implante progressivement en Europe.

Ainsi, on retrouve cette pratique auprès de patients en perte d'autonomie mais également en lien avec de nombreuses disciplines médico-chirurgicales (dans le cadre de la délégation de tâches soumises à une prescription médicale).

Les consultations médico-chirurgicales couvrent divers domaines tels que la stomathérapie, l'urologie, les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, la prise en charge de patients ayant des conduites addictives, l'éducation des patients atteints de maladies chroniques (diabète, asthme...) et /ou nécessitant des traitements itératifs (chimiothérapie), ainsi que l'information afin de permettre au patient d'aborder une thérapie ou une intervention chirurgicale.²

Quelles sont nos motivations à développer cette consultation infirmière ?

Tout d'abord, une consultation infirmière s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge de qualité et systématique des patients atteints de multimorbidité et de besoins en soins complexes.

Le deuxième but de la consultation infirmière est l'approche préventive pour les patients plus âgés nécessitant moins de soins complexes et chez qui il existe des risques de santé latents.

Cette consultation aura, donc, un impact favorable en matière d'économie de la santé.

Objectif de la consultation infirmière

L'objectif principal de la consultation infirmière est l'amélioration de la qualité des soins.

Par conséquent, cette démarche s'inscrit dans une démarche de qualité. En effet, cette évaluation pourrait être basée sur l'Evidence Based Nursing et devrait être effectuée sur un mode systématisé (par exemple l'échelle de katz, les diagnostics infirmiers, le RAI, les 14 besoins de Virginia Henderson, ...) afin de faciliter la rédaction d'un compte-rendu pertinent au sein du dossier infirmier.

Recherche en soins infirmiers n° 91, décembre 2007.

1 NVKVV – FNIB – ACN. La consultation infirmière dans le secteur des soins infirmiers à domicile. 02/2011

2 FABRE-CENTOGAMBE, C., De l'art de soigner au professionnalisme, Objectifs Soins, n°124, mars 2004, p.1

WARCHO, N., La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle,

Conclusion

La consultation infirmière fait son entrée en Europe.

Cette dernière est un dispositif novateur même si ce mode de prise en charge est proposé, dès 1970, par les infirmiers stomathérapeutes. Son développement actuel est en lien étroit avec la conjoncture démographique, l'évolution des compétences professionnelles et les contraintes économiques.³

2. Prescription infirmière⁴

Qu'imposerait la prescription infirmière ?

Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, plusieurs notions sont importantes :

- Il a la compétence pour poser une anamnèse, un diagnostic infirmier ;
- Il a l'initiative des soins relevant de son rôle propre, à savoir le pouvoir de décider, de déléguer, d'organiser et d'évaluer les soins infirmiers ;
- Il gère les soins ;
- Il gère le dossier de soins infirmiers.

L'infirmier devra :

- Etre, au minimum, infirmier(e) gradué(e) ou bachelier en soins infirmiers et de préférence de niveau master
- Avoir une expertise infirmière basée sur les acquis de l'expérience et certifiée par le SPF Santé Publique
- Se conformer strictement à la législation en vigueur
- Posséder une formation spécifique adaptée aux types de prescriptions qui seraient accordées
- Connaître ses limites et se référer, le cas échéant, au médecin et/ou pharmacien

Cette prescription imposerait **quatre éléments** indissociables et chronologiques :

- Consultation infirmière
- Anamnèse infirmière
- Diagnostic infirmier
- Prescription infirmière

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

- Le diagnostic infirmier n'est repris nulle part dans la législation infirmière belge ;
- Le CNAI (~ CFAI) et la CTAI travaillent sur la consultation et la prescription infirmière ;
- La prescription infirmière ne doit nullement combler une pénurie médicale ;
- Elle nécessite une réflexion appropriée ;
- Une collaboration étroite entre le médecin, le pharmacien et l'infirmier doit exister !

Exemple à travers un AR

L'annexe IV de l'AR du 21 avril 2007 introduit la prestation technique de soins infirmiers (B1) suivante :

«L'interprétation de paramètres concernant les fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique »

- L'interprétation des paramètres vitaux reste un acte confié par un médecin pour tous les infirmiers !
- Néanmoins, exclusivement pour les porteurs du titre SISU, l'interprétation des paramètres devient un acte B1 ou acte autonome.
- De ce fait, interpréter suppose la capacité de diagnostic infirmier ainsi que l'accès à la prescription infirmière ...

De plus en plus de pays (USA, UK, Suède, Canada, Australie, ...) permettent aux infirmiers selon des conditions précises, notamment de formation, de prescrire des traitements, des médicaments, des dispositifs médicaux, ...

Tous les secteurs de pratique infirmière pourraient avoir la possibilité de prescrire. Toutefois, à ce stade, soyons très vigilants !

C'est pourquoi la Commission Technique de l'Art Infirmier a créé un groupe « consultation & prescription infirmière » élargi à des experts infirmiers, médecins et pharmaciens.

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

4 CTAI 14/10/10 – Prescription & consultation infirmière – Thierry Lothaire

Minder gelijkwaardig is geen optie ...!! De gevangenis is geen plek waar iemand wil zijn !

In een niet nader genoemd etablissement (waar en wanneer doet er niet toe) ... word ik geïntroduceerd in het verborgene van de penitentiaire gezondheidszorg. Wie zijn de 'penitentiair technisch deskundigen (medisch)', wat dekt het zorgaanbod in een gevangenis (niet) en hoe krijg je het er georganiseerd !?



GEZONDHEIDSZORG IN DE GEVANGENIS ?

Jaarlijks worden 15.000 personen in een Belgische gevangenis opgesloten; de helft daarvan korter dan 2 maanden.

De gemiddelde dagpopulatie schommelt rond de 11.000 gedetineerden (1 per ± 10.000 inwoners).

Wie in een gevangenis opgesloten wordt valt uit de sociale zekerheid (geen recht op werkloosheidsuitkering en gewaarborgd inkomen) en uit de ziekteverzekering (geen terugbetaling van geneeskundige verzorging).

De Minister van Justitie, met de Penitentiaire Gezondheidsraad als adviserend orgaan, is de inrichtende macht van (kosteloze) medische zorg in de Belgische gevangenissen.

De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (Verenigde Naties, 1948) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (Raad van Europa, 1950) vormen de basis van het recht op lichamelijke en geestelijke integriteit: «HET RECHT VAN ELKEEN (DUS OOK VAN GEDETINEERDEN) OP DE HOOGST BEREIKBARE GEZONDHEIDSSTANDAARD».

Tijdens de detentie zal het leven zo normaal mogelijk verlopen. Het normalisatiebeginsel is de rode draad doorheen de Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (januari 2005): «HET VERBLIJF IN DE GEVANGENIS MAG GEEN (OF ZO WEINIG MOGELIJK) WEERSLAG HEBBEN OP HET FYSIEKE EN PSYCHISCH WELZIJN VAN DE GEDETINEERDEN».

Wat ...

In gevangenissen komen heel wat aandoeningen (veel) meer voor: tuberculose (x16), hepatitis C (x7), HIV (x5), alcohol en drugproblemen (x7), psychosen (x5), zelfmoord (x6). Steeds meer gevallen van obesitas en diabetes worden vast-gesteld als gevolg van het voorschrijven van atypische neuroleptica, als gevolg van de vergrijzing van de populatie en door immobiliteit (o.a. als gevolg van de overbevolking).

IN ELKE GEVANGENIS ORGANISEERT DE DIENST VOOR GEZONDHEIDSZORG GEVANGENISSEN BASISGEZONDHEIDSZORG.

De intramurale zorg omvat algemene geneeskunde, tandheelkunde en psychiatrie; in 'grotere' gevangenissen soms aan-ge-vuld met specialistische geneeskunde (gynaecologie in gevangenissen waar vrouwen verblijven, dermatologie, radiologie, ...).

In enkele gevangenissen zijn bijzondere afdelingen uitgebouwd voor specialistische en gespecialiseerde gezondheidszorg: psychiatrische afdelingen, medische centra (met hospitalisatie, operatiezaal en polikliniek voor specialisten), ver-zor-gings-afdelingen voor bejaarde gedetineerden en personen met een handicap.

De zorg in de psychiatrische afdeling (in 12 gevangenissen) wordt georganiseerd met multidisciplinaire zorgteams (een psychiater,

psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrische verpleegkundige, ergotherapeut en opvoeder / 40 gein-ter-neerden).

De gezondheidszorg in de gevangenis moet

- een voortzetting zijn van de gezondheidszorg van voor de detentie, gelijkwaardig zijn aan de gezondheidszorg in de vrije samenleving en bovendien aangepast aan de specifieke noden van de gedetineerde.
- de patiëntenrechten(wet), de medische ethiek en deontologie respecteren met bijzondere aandacht voor het medisch geheim en de professionele onafhankelijkheid van de zorgverleners.

In dringende gevallen of wanneer diagnose / behandeling binnen de gevangenis niet mogelijk zijn wordt op het 'externe' zorgaanbod beroep gedaan.

Wie ...

Een kwalitatieve gezondheidszorg voor de gedetineerden en geïnterneerden is door recente wetgeving de missie van de Dienst voor Gezondheidszorg Gevangenissen die instaat voor het beleid en beheer van de gezondheidszorg in de gevangenissen in overeenstemming met (inter)nationale standaarden en zoals bepaald in de artikelen 87 tot 99 van de Basiswet, alle daaruit volgende regelgeving en relevant wetenschappelijk onderzoek.

De ongeveer duizend aan de Dienst Gezondheidszorg van een gevangenis verbonden zorgverleners (benoemde niet statutaire, statutaire, contractuele, zelfstandige of aan een externe organisatie verbonden) en interim-verpleegkundigen hebben analoge rechten en plichten als personen met een opdracht van gezondheidszorg buiten de gevangenis.

De meeste verpleegkundigen evenals zorgverleners van de multidisciplinaire zorgteams hebben het statuut van het rijkspersoneel of een arbeidsovereenkomst met FOD Justitie. De Dienst voor Gezondheidszorg Gevangenissen doet daarnaast beroep op zelfstandige zorgverleners met een aannemingsovereenkomst (artsen, tandartsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, ...). Zelfstandige zorgverleners behouden hun eigen aansprakelijkheid en behandelen de gedetineerde patiënten onder eigen verantwoordelijkheid.

Om voor de gedetineerden de hoogst bereikbare gezondheidstoestand te kunnen realiseren worden dagelijks gemiddeld 300 zorgverleners ingezet in 34 gevangenissen. In 26 van deze gevangenissen wordt voor ± 9500 gede-tineerden de verpleegkundige zorg verleend door statutaire of contractuele verpleegkundigen: in deze gevangenissen zijn er 216 (VTE) verpleegkundigen nodig; eind 2011 zijn er minder dan 150 VTE effectief inzetbaar!

Ondanks de in het Parlement goedgekeurde verhoging van de budgetten voor statutaire en contractuele zorgverleners in de gevangenissen (programma 51/3 verhoogde in en sinds 2009 van 8 naar 12 miljoen Euro) ter compensatie van de verruimde opdracht, de alsmat toenemende vraag naar zorg gerealiseerd dient te worden met steeds minder zorgverleners:

- het vanuit DG EPI voorzien aantal verpleegkundigen evolueerde van 206 VTE (in 2008) naar 185 VTE (in 2009) naar 152 VTE (in 2010); onder andere door de wervingsbeperkingen in 2010 zijn er actueel minstens 70 verpleeg-kundigen tekort.

- het huidig zorgaanbod met 70 VTE zorgverleners (psycholoog, maatschappelijk assistent, opvoeder, ergo-therapeut) voor in totaal om en bij de 1.100 geïnterneerden (die al veel te lang wachten op

>> vervolg op pagina 26



Creteur
ORTHESISTE • PROTHESISTE • BANDAGISTE
Fabricant applicateur agréé

Un savoir-faire
à la pointe de la technologie
au service de **votre** bien-être

Innovation
Prise de mesures 3D par scanner : orthèse, prothèse, corset, ...
Conception de prothèses par ordinateur
Analyse de marche ultra moderne
Prothèse assistée par micro-processeur ...

Département Fabrication
Conception personnalisée de prothèses, appareillage orthopédique, chaussures et semelles orthopédiques, lombostats ...

Nos Magasins
Bas médicaux, aérosols, lits médicaux, prothèses mammaires, stomie, genouillères, chevillères, corsets, sandales, incontinence ...

Aide à la Mobilité
Chaises roulantes, cadres de marche, aides techniques ...

www.creteur-orthopedie.com

Nouveauté : prise de mesures 3D



7000 MONS
Rue d'Havrè, 136
Tél: 065/34.77.00
Fax: 065/36.37.09
creteur.orthopedie@scarlet.be

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

7500 TOURNAI
(place verte)
Rue de l'Épinette, 22
Tél: 069/84.42.24

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





Dumonceau Medical Service

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

Bandagisterie spécialisée en matériel pour stoma et incontinence, urinesondes 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

een plaats in de reguliere psychiatrische sector of in de in aanbouw zijnde forensische psychiatrische centra) is niet meer dan een homeopathisch aftreksel van het therapeutisch model.

Het FNBV onderschrijft het streven van de zorgverleners.

(1) De gezondheidszorg voor gedetineerden wordt idealiter volledig geïntegreerd in de algemene gezondheidszorg (WHO Europe, 2003). Om professionele onafhankelijkheid van de zorgverstrekkers te kunnen waarborgen, hun vrijheid te vrijwaren om het zorgbeleid te kunnen bepalen en de noodzakelijke zorgprogramma's te organiseren

wordt de oprichting van een van een van DG E PI onafhankelijke Dienst voor Gezondheidszorg Gevangenen gevraagd.

(2) Plegers van delicten in een toestand van ernstige geestesstoornis horen eigenlijk niet thuis in een gevangenis en kunnen enkel in afwachting van de definitieve beslissing tot internering in de gevangenis opgesloten worden om daarna zo snel mogelijk door te stromen naar de reguliere psychiatrische sector.

(3) De Dienst voor Gezondheidszorg gevangenen moet dringend minstens 70 verpleegkundigen en evenveel zorgverleners (psycholoog, maatschappelijk assistent, opvoeder, ergo-therapeut) voor de zorgesquipes aanwerven.

Tekst: Freddy Raymackers

Interview overgenomen uit MUZE nr 19, het medisch magazine van het UZ Brussel - september 2011
Gesprek met prof. dr. Wim Distelmans

Over de hoge kost van therapeutische hardnekkigheid en de lage kost van palliatieve zorg

Op 15 juni 2011 werd aan de VUB door deMens.nu de leerstoel Waardig Levensende opgericht. De leerstoel wordt voorgezeten door prof. dr. Wim Distelmans, oncoloog aan het UZ Brussel. Naar aanleiding daarvan een gesprek over een andere visie op gezondheidszorg, over tijtekort en over zelfbeschikkingsrecht.



Prof. Wim Distelmans: Gezien de vergrijzing is het de logica zelf dat er iets moet gedaan worden voor ongeneeslijk zieke patiënten want dat zullen er steeds meer worden."vbw

In onze gezondheidszorg wordt het 'fee-for-service'-systeem toegepast waarbij een arts wordt vergoed op basis van prestaties; hoe meer diensten hij verleent, hoe meer hij verdient. Dit werkt de kwantiteit, maar niet automatisch ook de kwaliteit in de hand. De gezondheidszorg is vandaag opgesloten in een administratief keurslijf waar steeds minder ruimte is voor phronesis, de kennis die niet wetenschappelijk onderbouwd is, maar gestoeld is op ervaring. Een intellectuele akte wordt niet beloond door het RIZIV. Daarenboven is er het idee – de illusie – dat geneeskunde alle problemen kan oplossen en dat steeds alles gedaan moet worden wat maar mogelijk is. Socioloog Ivan Illich omschreef in 1975 al het fenomeen van de 'Medicalization' en stelde vast dat geneeskunde de neiging heeft om mensen ziek te maken.¹ Wim Distelmans klaagt al jaren de therapeutische hardnekkigheid aan die door dit ganse systeem in de hand wordt gewerkt. Als fervent pleitbezorger van een beter uitgebouwde palliatieve zorg, ervaart hij namelijk dagelijks de uitwassen van het systeem.

Wim Distelmans: "Ik ben ook palliatief".

Prof. Distelmans: "Gezien de vergrijzing is het de logica zelf dat er iets moet gedaan worden voor ongeneeslijk zieke patiënten want dat zullen er steeds meer worden. Therapeutische hardnekkigheid kost geld en dus moet meer aandacht worden besteed aan palliatieve zorg. Palliatieve zorg zou veel vroeger in het ziekteproces mogelijk moeten

¹ Illich, I., Het medisch bedrijf - Een bedreiging voor de gezondheid? 1975, Baarn: Het Wereldvenster.

zijn en gelden als alternatief voor dure slepende behandelingen. Dit is dan meteen een antwoord op therapeutische hardnekkigheid. Daarvoor moet de wet echter worden aangepast. Palliatieve zorg bestaat uit een supportieve en een terminale zorgfase. De wettelijke definitie beperkt zich tot de terminale zorgfase waardoor het woord tegelijk onterecht een negatieve connotatie heeft. Ik zeg altijd dat ik ook palliatief ben. Ik heb namelijk artrose in mijn rug en dus ben ik ongeneeslijk ziek. Iemand die palliatief is, kan nog lang leven en dat vraagt om een ander denkpatroon".

Overheid niet klaar voor nieuw model

Dit principe wordt nu al in Topaz² toegepast, het eerste zorgcentrum in België in zijn soort. Prof. Distelmans: "Topaz heet niet voor niets een supportief centrum te zijn, het is een plaats waar ongeneeslijk zieke patiënten – maar wij noemen ze gasten – worden begeleid in de fase voor de terminale fase. In ons dagcentrum trachten we juist zo weinig mogelijk te doen en dat in schrille tegenstelling tot de prestatiegerichte geneeskunde. Dan voel je dat het systeem daar niet is op afgestemd. Het is hallucinant dat ik zoveel dure onderzoeken kan aanvragen als ik wil en dat daar geen controle op is, maar dat ik bij wijze van spreken wél elk telefoongesprek vanuit Topaz in een logboek moet registreren. Topaz moet 'pensenkermis' organiseren om voldoende financiële middelen te krijgen omdat 'het systeem' niet klaar is voor dit nieuwe model. Terwijl ondertussen onbetwistbaar is aangetoond dat ziekenhuiszorg veel meer kost dan thuiszorg en dan de begeleiding zoals wij die aanbieden. Maar bij het RIZIV weten ze niet hoe ze met die niet-op-prestatie-gerichte zorg moeten omgaan. We verdienen in Topaz eigenlijk geld door niets te doen, namelijk door dure behandelingen te stoppen."

² Topaz is een ondersteunend dagcentrum in Wemmel waar mensen met een levensbedreigende ziekte overdag terecht kunnen. Het dagcentrum werd 13 jaar geleden opgericht door het UZ Brussel op initiatief van Wim Distelmans en was het eerste dagcentrum van die aard. Meer info: www.dagcentrum-topaz.be

p - 26

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 en FNBV: € 73,67 - rechtsbijstand inbegrepen

**€ 73,67
ALL-IN**

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

Gebeurt dat in overleg met de patiënt? Prof. Distelmans: "We gaan van een zorgconcept naar een beslissingsconcept. Wij beoordelen in overleg met de patiënt wat best voor hem is en we beslissen niet in zijn plaats. Uiteraard is niet iedereen in staat om zelf te beslissen en niet elke patiënt wil dat ook, maar het uitgangspunt is dat elk individu zelf een keuze kan maken. We moeten stoppen met het bevoogden, en geen eigen waarden opdringen aan de patiënt."

"Elke specialist zou even als huisarts moeten werken."

Het is niet verwonderlijk dat de eerste initiatieven rond een waardig levenseinde van het UZ Brussel en van de Vrije Universiteit Brussel komen. Hier heerst immers een klimaat van onbevooroordeeldheid en het zelfbeschikkingsrecht van elke patiënt is voor ons fundamenteel. De communicatie met de patiënt krijgt alle aandacht en ook daar speelt de phronesis een grote rol. Die staat in tegenstelling tot de 'evidence based-mantra'. Phronesis is echter heel belangrijk om bijvoorbeeld in te schatten of een vraag naar euthanasie al dan niet terecht is. Maar overleg vraagt tijd, en tijd is iets waar in de

gezondheidszorg doorlopend een tekort aan is. Het huidige systeem vergoedt een arts niet voor de tijd die hij besteedt aan een patiënt. In gans dat verhaal spelen de huisartsen een grote rol die vaak zeer onterecht ondergewaardeerd worden. Ik ben ooit huisarts geweest gedurende één jaar. Dat was een bewuste keuze om te ervaren wat het is om in de eerste lijn met algemene geneeskunde bezig te zijn. Elke specialist zou even als huisarts moeten werken. Er moet meer aandacht gaan naar de thuiszorg en de huisarts zou het geheel moeten coördineren. Bovendien zou dit in belangrijke mate bijdragen om het zinloos medisch handelen - de therapeutische hardnekkigheid - terug te dringen."



Foto TOPAZ

Le monde des maisons de repos en mouvement



Le monde des maisons de repos sort enfin de sa torpeur après des années d'état végétatif. Une lourde et ancienne croyance qui considérait les maisons de repos comme étant des mouroirs s'estompe.

Ce temps est révolu. De nos jours avec le passage des lits hospitaliers « G » en lits « MRS » nous sommes confrontés à de plus en plus de défis et de difficultés techniques.

A mi-chemin entre l'hôpital et le domicile, nos résidents arrivent dans un état de santé nécessitant des soins appropriés.

Nous devons travailler tant au niveau « social » en synergie avec nos résidents et leurs familles, qu'au niveau « technique » en dispensant des soins de plus en plus pointus. Nous ne négligeons pas d'équilibrer l'état de santé de nos résidents, et d'essayer de leur conserver un maximum d'autonomie.

Nous devons pouvoir « toucher à tout ». Des soins de plaies aux soins de gastro-entérologie en passant par les soins aux diabétiques,..... sans oublier la diététique et la faculté de juger de l'état de santé des personnes qui nous sont confiées, par des diagnostics infirmiers.

Nous avons un champ d'action étendu sans avoir été formés au préalable et le monde des « spécialisés » ne nous est pas forcément

accessible. Nombreuses spécialisations ne sont pas ressenties comme utiles dans notre secteur et, si vous en suivez une par bonheur, vous exercerez votre talent après avoir réalisé le même quota de travail que vos collègues sans rémunération salariale supplémentaire.

Il est vrai que chaque institution a l'obligation de nous former. Mais, une fois les heures de formations obligatoires en « soins de palliatifs » et « démence » écoulees, il ne reste plus guère d'heure pour les formations libres de choix.

Nous n'avons d'autre possibilité que de nous former dans le milieu hospitalier qui n'est pas adapté à notre secteur. Il nous serait profitable de travailler de concert pour adapter le savoir-faire hospitalier à notre secteur.

C'est là un de nos défis.

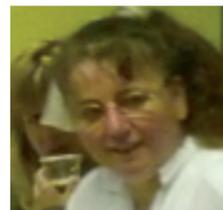
Nous existons depuis deux ans et continuons à travailler dans le but d'améliorer sans cesse notre profession.

Nous sommes fiers de pouvoir dire que nos trois premiers objectifs sont réalisés :

- Rendre visible le secteur « maison de repos » pour nos pairs d'autres secteurs.
- Regrouper infirmier(e)s de tous niveaux hiérarchiques et aides-soignant(e)s dans un même objectif : faire évoluer ce secteur, ensemble, pour notre bien et celui des résidents.
- Organiser une formation de qualité sur des sujets pertinents chaque année en octobre. Cette année nous sommes passés de 65 à 230 auditeurs.

Aujourd'hui de nouveaux objectifs sont en cours d'élaboration.

Rejoignez-nous, votre dynamisme et vos idées nous aideront.



Karine Branche
Présidente de l'ASSOCIATION BELGE
DES PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER
ET DE L'ART DE SOIGNER
DES MAISONS DE REPOS POUR
PERSONNES AGEES ET DES MAISONS
DE REPOS ET DE SOINS.
karine.branche@gmail.com



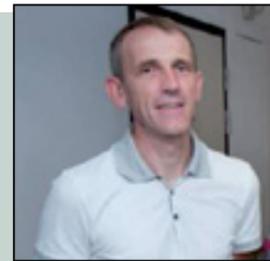
OmniPro

Your Future in Action...

Lancement réussi d'OP'Drug à Bruxelles

Les Cliniques de l'Europe forment une entité performante de 716 lits, née de la fusion des Cliniques Ste-Élisabeth à Uccle, Les 2 Alice à Uccle et St-Michel à Etterbeek. Les activités sont réparties sur 3 sites géographiques.

En octobre dernier, les Cliniques de l'Europe ont commencé à utiliser le module de prescription des médicaments d'OmniPro : OP'Drug.



Hugo Peumans : Responsable
DPI aux Cliniques de l'Europe.

Nous avons demandé à Hugo Peumans, gestionnaire des applications, de nous parler du projet.

Quelles ont été vos motivations pour rechercher une solution électronique pour votre gestion des médicaments ?

« Avec la collaboration étroite de MIMS, nous avons des facteurs de succès complémentaires. »

Premièrement, il n'est pas évident d'appliquer les dispositions légales dans la réalité.

En deuxième lieu, l'introduction de la prescription informatisée des médicaments assure une plus grande sécurité du patient. Elle réduit le nombre de prescriptions et d'administrations erronées.

Enfin, avec un tel module, nous faisons un premier pas vers une automatisation complète de la préparation des médicaments.

Comment avez-vous choisi la prescription des médicaments OP'Drug ?

Dans une première phase, nous avons regardé 4 fournisseurs potentiels. Après une analyse approfondie, la solution OP'Drug a fait l'unanimité.

Tant du côté des fonctionnalités que du côté de l'interface utilisateur, OP'Drug se rapprochait le plus de la solution souhaitée. Avec la collaboration étroite de MIMS, nous avions des facteurs de succès complémentaires.

Quels ont été vos premiers pas dans le projet d'implémentation ?

En premier lieu, il faut bien sûr s'attacher à la configuration de base. La totalité du flux des médicaments se trouve dans OP'Drug. Seule la configuration des médicaments est gérée par le module pharmacie, qui est synchronisé en permanence avec OP'Drug.

Une fois la configuration de base en place, quelle a été l'étape suivante ?

Après la configuration de base, nous avons choisi un service pilote. Ensemble, nous avons encodé des prescriptions existantes pendant quelques semaines. Nous avons alors demandé à MIMS de prévoir la configuration des médicaments supplémentaires (après importation), et de pouvoir faire des recherches plus fines, basées sur les codes ATC.

Après la prescription vient la distribution et l'administration par l'infirmier. Comment vous y êtes-vous attaqués ?

Le personnel soignant a reçu une formation et a bénéficié d'un accompagnement les premiers jours suivant le démarrage. Un poste de travail était disponible pour la formation du personnel.

« Les médecins estiment que la prescription informatisée de médicaments leur offre plus de confort. »



Cliniques de l'Europe : site de Sainte Elisabeth.

Quel regard ont les différents intervenants sur le module ?

Les médecins estiment que la prescription de médicaments informatisée ne leur offre pas de gain de temps, mais plus de confort. Plus besoin de contacter les unités de soins pour changer les traitements.

Le contrôle des doses maximales est aussi considéré comme une plus-value importante pour la sécurité du patient.

♦ **Les infirmières sont les grandes gagnantes.**

Avant l'introduction de cette solution, les infirmières avaient un travail important de retranscription des prescriptions dans le dossier infirmier. Elles ne doivent évidemment plus le faire. Elles devaient aussi faire les commandes pour la pharmacie, et donc pas mal de calculs. Maintenant, tout cela se fait automatiquement.

♦ **Importance d'un médecin pilote.**

Nous soutenons ainsi la vision du médecin pilote de ce projet, le Dr. Kessler, qui est d'avoir l'infirmier plus souvent au chevet du patient.

♦ **On réduit aussi les coûts !**

Quant aux pharmaciens, ils accèdent maintenant aux traitements administrés aux patients en temps réel. Ceci leur permet d'adapter plus rapidement les traitements. En particulier, les traitements antibiotiques en intraveineuse, très coûteux, sont abandonnés plus tôt au profit de médicaments par voie orale. Cela génère d'importantes économies.

Propos recueillis par Eddy Boonen

Rue du Montys, 63
4557 Tinlot (Belgique)
Tel : +32 (0) 85/27.33.90
Fax : +32 (0) 85/21.33.46

www.mims.be

La solution pour Hôpitaux et Cabinets Privés

Mesure de polluants chez l'enfant et sa mère

Mesure de polluants chez l'enfant et sa mère: étude pilote européenne visant à une approche harmonisée en matière de biosurveillance humaine. Une campagne destinée à mesurer la présence de substances polluantes chez des enfants scolarisés et leurs mères débutera en octobre et se poursuivra jusque fin 2012.

Cette campagne s'inscrit dans le cadre de l'étude pilote européenne DEMOCOPHES, organisée simultanément dans 17 pays européens. En Belgique, tous les ministres en charge de l'environnement et/ou de la santé soutiennent ce projet. Le but consiste à dynamiser l'éventuel développement futur d'un programme de biosurveillance humaine en appui de la politique environnementale et de santé belge.

Concrètement, 120 enfants (de 6 à 11 ans) et leurs mères (≤ 45 ans) fourniront, sur une base volontaire, des échantillons d'urine et de cheveux et répondront à des questions sur leurs modes de vie. Des laboratoires sélectionnés mesureront le mercure dans les échantillons de cheveux et le cadmium, la cotinine, les phtalates, le bisphénol A et le triclosan dans les échantillons urinaires.

Le dosage du mercure dans les cheveux se fera au sein du service de Toxicologie du CHU de Liège.

Le mercure et le cadmium sont des métaux lourds présents dans l'environnement. La cotinine provient de la fumée de tabac inhalée, notamment aussi chez les non-fumeurs. Les phtalates sont des plastifiants utilisés en grandes quantités par exemple dans les matériaux d'emballage, les revêtements de sols et les meubles.

Le bisphénol A peut être relargué de certains matériaux plastiques.

Le triclosan quant à lui est un conservateur dans les produits cosmétiques, textiles et plastiques.

Dans des écoles de deux entités rurales avoisinantes en Wallonie et en Flandre (Flobecq et Brakel) et de l'entité urbaine de Forêt à Bruxelles, des enfants recevront une invitation à participer à ladite étude. En plus de la collecte d'échantillons, une enquête sera réalisée au moyen d'un questionnaire, dans le but de sonder les modes de vie susceptibles d'influencer les teneurs mesurées dans les échantillons urinaires et capillaires.

Les résultats de cette étude pilote sont attendus à l'automne 2012.

L'étude pilote européenne a pour objectif d'explorer les possibilités d'approche cohérente de la biosurveillance humaine en Europe. Il s'agit d'appliquer autant que possible les mêmes procédures dans tous les pays participants, de sorte à obtenir des données de biosurveillance humaine comparables. Ces informations, combinées aux données environnementales et de santé, permettront de donner une idée de l'exposition de la population aux polluants et, parfois aussi, du lien avec les effets sur la santé.

DEMOCOPHES (LIFE09 ENV/BE/000410 - www.eu-hbm.info) est réalisé en Belgique grâce à un co-financement de 50% du programme LIFE+ de la Commission européenne et de 50% de la Conférence Interministérielle Mixte Environnement Santé belge (www.nehap.be).

Pour de plus amples informations : toxclimedileg@chu.ulg.ac.be

RECETTES/ RECEPTEN

«Vive le vent d'hiver...»

Pavé de saumon et sa déclinaison d'amandes

Ingrédients pour 4 personnes :

500 gr de filet de saumon de première qualité - 2 dl de fond de veau - 400gr d'épinards en branche - 50gr de beurre - ½ l d'huile d'amandes grillées - ¾ l de lait demi-écrémé - 500 gr de poudre d'amandes - 2 càs. d'amandées effilées



Passons au fourneau :

1. Faire infuser à feu très doux et à couvert le lait et la poudre d'amandes durant 3 heures. Après ce délai, passer le mélange dans une étamine afin de séparer la purée et le jus obtenu. Mixer la purée d'amandes jusqu'à ce qu'elle soit bien onctueuse. Rectifier l'assaisonnement et réserver au chaud.
2. Pour la sauce, mélanger le jus d'amandes et le fond de veau. Faire réduire jusqu'à l'obtention de la quantité de sauce souhaitée. Lier, éventuellement, la sauce avec un peu de féculé de pdt. délayée dans un peu de lait. Rectifier l'assaisonnement et terminer en ajoutant 2 càs. d'huile d'amandes. Réserver au chaud.
3. Placer dans un plat les pavés de saumon salés et poivrés, recouvrir avec l'huile d'amandes et cuire au four à 60° pendant 1h30 au minimum.
4. Colorer dans une poêle les amandes effilées
5. Cuire les épinards dans le beurre bien chaud durant 1 min. Rectifier l'assaisonnement. Réserver au chaud.
6. Pour le service, placer dans l'assiette un fond d'épinards bien égouttés, disposer par-dessus le pavé de saumon. Ajouter une quenelle de purée d'amandes. Parsemer le tout d'amandes grillées et verser au dernier moment la sauce.
7. Déguster sans attendre.

Homard grillé au beurre d'épices

Ingrédients pour 4 personnes :

2 beaux homards vivants - 250gr de beurre de ferme - Un tronçon de gingembre frais de +/- 4 cm - 1càc. de paprika - 1càc. de mélange «4 épices» (cannelle-gingembre-girofle- muscade) - 1càc. de poivre noir moulu - 4 branches de persil plat - 4 branches de coriandre fraîche - Fleur de sel



Et maintenant au fourneau :

1. Saisir le homard par le coffre (thorax), placer un grand couteau bien affûté au niveau de la tête et d'un geste assuré, fendre la bête en deux dans le sens de la longueur. Retirer la poche à graviers située au niveau de la tête. A l'aide d'un objet contondant, briser les pinces du homard et réserver dans un plat.
2. Peler le gingembre de le découper en très fins morceaux (2 à 3 mm).
3. Faire fondre le beurre dans un poêlon, y verser le gingembre émincé, le paprika, le mélange «4 épices» et le poivre moulu. Porter le tout jusqu'à ébullition et retirer du feu. Ajouter le persil et la coriandre, préalablement hachés.
4. Verser, généreusement, le beurre aux épices sur la chair du homard ainsi que sur les pinces brisées.
5. Placer dans le four en position «grill» et cuire une dizaine de minutes.
6. Déguster avec du pain croustillant. C'est divin...

Les conseils du père «Effainibet»

Pour déguster c'est deux plats de fêtes, je vous propose de les accompagner par un champagne brut de qualité. Vous m'en donnerez des nouvelles...

Je vous laisse sans omettre de vous souhaiter de très belles et très heureuses fêtes de fin d'année.



Michel Tremon

«Jingle Bells»

Zalmfilet met verse spinazie en amandelen

Benodigdheden voor 4 personen:

500 gr zalmfilet - 2 dl kalfsfond - 400 gr verse spinazie - 50 gr boter - ½ l amandelolie - ¾ l halfvolle melk - 500 gr amandelpoeder - 2 spl. amandelschilfers - peper en zout

Werkwijze

1. Laat het amandelpoeder op een zeer laag vuur met gesloten deksel gedurende 3 uur trekken in de melk. Zeef de massa hierna en mix de puree tot een smeuge massa en breng op smaak.
2. Meng de overgebleven melkfractie met de kalfsfond en laat inkoken tot sausdikte, eventueel met een weinig aardappelzetmeel aandikken en op smaak brengen met peper en zout en tot slot 2 spl. amandelolie toevoegen. Warm houden.
3. Bak de zalmfilets (eerst kruiden met peper en zout) met de amandelolie gedurende minimum 1.30u in een oven van 60°
4. Bruin de amandelschilfers in een pan
5. Stoof de spinazie gedurende 1' in hete boter, kruiden en warm houden
6. Dresseer op een plat bord een laagje spinazie, leg hierop de zalmfilet. Vorm enkele bolletjes amandelpuree en werk dit alles af met de gegrilde amandelschilfers en de saus.

Gegrilde kreeft met kruidenboter

Benodigdheden voor 4 personen

2 levende kreeften - 250 gr hoeveboter - 4 cm verse gember - 1kfl. paprika - 1kfl. 4 kruidenpoeder (kaneel, gember, kruidnagel en muskaat) - 1kfl. gemalen zwarte peper - 4 takjes peterselie - 4 takjes verse koriander - Fleur du sel

Werkwijze

1. Coupeer de kreeft in 2 delen in de lengterichting met een zeer scherp mes. Maak de insnede vanaf de kop, verwijder het «zakje» thv. de kop (fig. 1). Breek de scharen.
2. Schil de gemberwortel en verdeel in kleine schijfjes (2 à 3 mm)
3. Smelt de boter en breng samen met de gember en de kruiden aan de kook, haal van het vuur en voeg de gehakte peterselie en de verse koriander toe
4. Breng deze kruidenboter aan op de kreeft en de scharen
5. Grill gedurende een tiental minuten

ALPHAC & MEDIPHAR-SERVICE

Votre partenaire Santé & Bien-être

Distributeur officiel des produits EAKIN pour le Benelux.

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

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



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

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

Nom :
Prénom :
N° national (obligatoire) :
Adresse :
..... Bte
Code Postal Localité.....
Pays :
E-mail :
E-mail prof. :
Tél. :
GSM :
Fonction :
Lieu de travail :

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

- ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
 AFISCeP.be (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
 AFIU (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)
 AIGP (Association des Infirmier(e)s Gradué(e)s de Pédiatrie)
 BANA (Belgian Association of Nurse Anaesthesia)
 CID (Coordination des Infirmières à Domicile)
 ENDO-F.I.C. (Endoscopie - Formation Infirmière Continué)
 FIIB (Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique)
 FNIB Bruxelles – Brabant
 FNIB 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)
 ISAOI (Association des infirmiers spécialisés en assistance opératoire et instrumentation)
 AB PAI&AS MR/MRS (Association Belge des Praticiens de l'Art Infirmier et de l'Art de Soigner des Maisons de Repos
pour Personnes Agées et des Maisons de Repos et de Soins)

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

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

€

L'accompagnement des nouveaux engagés peut-il être un gage d'attractivité et de fidélisation ?

Ca y est, je suis infirmier !

Nous sommes tous un jour entrés dans la vie professionnelle soulagés et fiers d'avoir clôturé avec brio notre cursus de formation et emplis d'idéaux, d'enthousiasme mais également emprunts d'incertitudes, de doutes et d'interrogations : Vais-je me plaire dans cette entreprise ? Comment vais-je être accueilli ? L'équipe que je rejoins va-t-elle m'accepter ? Vais-je être à la hauteur pour répondre aux exigences de l'employeur, aux responsabilités qui seront les miennes ?

De son côté, l'hôpital va tenter par tous les moyens d'accélérer l'acquisition d'une certaine autonomie de l'agent tout en maintenant des conditions de sécurité maximale. D'autres questions se posent : Quand l'accueil du nouvel engagé doit-il débiter ? Que mettre en place afin d'être à l'écoute des interrogations bien légitimes du personnel entrant ? Comment tisser la relation de confiance indispensable qui permettra à l'infirmier non seulement d'évoluer favorablement mais également d'apporter une plus-value à l'entreprise ?

Depuis une vingtaine d'années, la direction générale et les membres de la direction du département infirmier et paramédical de la clinique Saint Luc de Bouge essayent de répondre à ces différents questionnements en veillant à mettre en place une dynamique particulière relative à l'accueil du nouveau personnel.

De son côté, la direction générale organise une fois par an une demi-journée d'information permettant à chaque chef de département de présenter son pôle d'activité. Quant à la direction du département infirmier et paramédical en association avec le département des ressources humaines, elle programme plusieurs fois par an plusieurs journées d'information et de formation.

Afin de mieux comprendre le processus mis en place actuellement, il est bon de prendre connaissance de l'historique de cette démarche. De l'organisation d'une demi-journée d'accueil à une journée complète planifiée en fonction des entrées du nouveau personnel, et après maintes évaluations plutôt mitigées et mûres réflexions, nous avons construit tout un programme d'intégration du nouvel agent dans notre département. Ce programme répond d'une part à une demande des infirmières en chef pour les aider dans l'intégration de ce personnel et d'autre part à l'évolution des procédures organisationnelles et fonctionnelles de l'entreprise, des processus de soins et de l'introduction de nouvelles technologies.

Ces journées, au nombre de quatre, sont organisées, autant que puisse se faire, dès la prise de fonction du nouvel agent. Les objectifs poursuivis sont multiples.

Tout d'abord, rassembler tous les nouveaux permet de créer un premier réseau professionnel au sein de l'entreprise ; cela apaise les craintes de chacun.

Ensuite, les points abordés lors de ces journées permettent aux agents d'acquiescer des informations précieuses et spécifiques à l'institution ainsi que des compétences non abordées lors des études qui sont autant de points de repère leur permettant de trouver rapidement leurs marques au sein de l'unité de soins.

Les points abordés sont les suivants:

- La philosophie et les objectifs du département
- La présentation de diverses procédures institutionnelles (soins et organisation)
- La rencontre et les échanges avec différentes personnes clés de l'institution (infirmière hygiéniste, responsable des ressources humaines, ...)

- L'expérimentation des logiciels informatiques quotidiennement utilisés hors du contexte de soins ou en relation avec celui-ci
- La visite de certains secteurs ciblés de l'hôpital

A côté de cette prise en charge collective, une attention individualisée est offerte à chaque agent.

Celle-ci commence par le fait de donner une réponse rapide à l'agent une fois que la décision d'engagement a été prise et de lui proposer une nouvelle entrevue avec une personne spécifiquement dédiée à son accueil.

En effet, depuis 2000, le législateur a mis en place la fonction d'ICANE, personnel spécifiquement chargé de l'accompagnement du nouveau personnel, du personnel rentrant et de l'encadrement des étudiants.

Chaque candidat retenu est reçu en particulier par l'ICANE afin de traiter les démarches administratives (signature du contrat), logistiques (clé et carte d'accès, mise à disposition des tenues de travail, d'un vestiaire, visite des lieux, ...) et de présentation (à l'équipe, à l'infirmière en chef et au superviseur d'unité).

Cette prise en charge individuelle se poursuivra ultérieurement dans le processus d'intégration par le biais d'un accompagnement sur le terrain. L'ICANE joue alors le rôle de tuteur auprès du nouvel agent.

Le tutorat a pour objectif d'accélérer le processus naturel d'apprentissage « sur le tas » tout en garantissant un niveau maximal de sécurité. Sans entrer dans les détails, nous souhaitons mettre en avant la complexité du rôle de l'ICANE qui doit à la fois cadrer, initier et approfondir les pratiques, soutenir et développer un panel de processus d'apprentissage varié à l'attention du nouvel agent.

Dans plusieurs unités, cette activité de tutorat se poursuit par la prise en charge des nouveaux engagés par plusieurs personnes volontaires au sein même des unités de soins. La difficulté majeure pour ces dernières réside dans le fait qu'elles sont à la fois formatrices et dispensatrices de soins, contraintes à certains moments de laisser le rôle de producteur de soins prendre le dessus sur celui de formateur. La direction a bien compris l'importance de valoriser cette tâche exigeante mais oh combien enrichissante tant pour le nouvel agent que pour celui qui l'exerce.

Soulignons à présent l'importance de l'implication de la hiérarchie dans ce processus d'intégration.

L'approche préconisée requiert la mise à disposition de ressources humaines au travers de la disponibilité de différents formateurs et financières par le fait de détacher le personnel entrant de sa tâche de production de soins et de consacrer une partie du budget du département à cette formation initiale. La hiérarchie du département, de la direction aux infirmiers en chef, est convaincue que cet investissement est un mal nécessaire si l'on souhaite une intégration rapide du nouvel agent et ceci, dans un souci également de bien-être au travail.

La démarche qui vient de vous être présentée est certes perfectible et doit faire l'objet d'ajustements réguliers afin de répondre à l'évolution de la dynamique organisationnelle et fonctionnelle de l'entreprise, de ses procédures et protocoles de soins, des exigences liées à la législation en vigueur. Une fois par mois, les infirmières accompagnatrices du nouveau personnel font rapport aux membres de la direction du département infirmier et paramédical des éléments positifs ou perturbateurs empêchant l'intégration harmonieuse du nouveau personnel.

Ce programme est-il un gage de fidélisation du personnel ou encore, est-il source d'attractivité pour du personnel en recherche d'emploi ? Actuellement, il est encore trop prématuré de répondre à ces questions, une recherche rétrospective et prospective en la matière est nécessaire afin de pouvoir affirmer que nous avons, au travers de cette dynamique d'intégration, répondu à ces deux questions.

**Angeline Pirard, directrice du Département Infirmier et Paramédical
Isabelle Bellet, adjointe à la Direction du Département Infirmier et Paramédical
CLINIQUE SAINT- LUC BOUGE**

Federale Neutrale Beroepsorganisatie voor Verpleegkundigen vzw

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



FNBBV

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

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

Naam :

Voornaam :

Adres :

..... Bus :

Postcode : Plaats :

Land :

E-mail :

E-mail werk :

Tél. / Tel :

GSM :

Functie :

Waar :

Amonis

Partenaire de la FNBBV
Partner van FNBBV

SenSura® Mio



Pour se sentir
en sécurité

Voor een zeker
gevoel

NOUVEAU
NIEUW

SenSura® Mio est un appareillage pour colostomie pourvu d'un nouveau protecteur cutané qui s'adapte parfaitement à la morphologie et offre une étanchéité fiable parce qu'il suit parfaitement les mouvements du corps.

SenSura® Mio is een colostoma zakje met een nieuwe elastische huidplaat die zich vormt naar het individuele lichaam en biedt een betrouwbare aansluiting doordat het zich aan de lichaamsbewegingen aanpast.



Distomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Coloplast

Coloplast NV/SA
Humaniteitslaan 65
B-1601 Ruisbroek

www.coloplast.be

The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2011-07
All rights reserved. R.E.: - V. Burge - Coloplast Belgium NV/SA, Humaniteitslaan 65, B-1601 Ruisbroek.

PLCI
(Pension Libre Complémentaire pour Indépendants)
→ 5,44% de rendement annuel moyen sur 15 ans
→ jusqu'à 70% d'avantages fiscaux

VAPZ
(Vrij Aanvullend Pensioen voor Zelfstandigen)
→ 5,44% jaarlijks gemiddeld rendement over 15 jaar
→ tot 70% fiscale voordelen

Revenu garanti
→ une couverture sur mesure

Gewaarborgd inkomen
→ een dekking op maat

Assurance groupe et EIP
(Engagement Individuel de Pension)
→ des solutions flexibles pour les indépendants en société

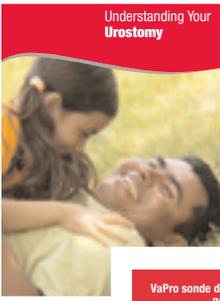
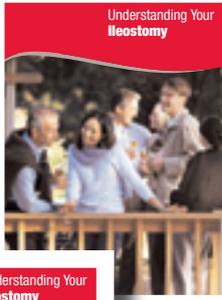
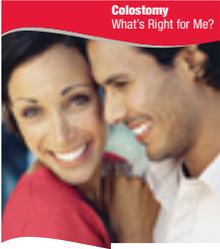
Groepsverzekering en IPT
(Individuele Pensioentoezegging)
→ flexibele oplossingen voor zelfstandigen in vennootschap

tél.: **0800/96.113** (FR) • tel.: **0800/96.119** (NL)

www.amonis.be • 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