



AGORA

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

N°/Nr 7

Trimestriel : Avril - Mai - Juin 2012
Driemaandelijks : April - Mei - Juni 2012



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



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

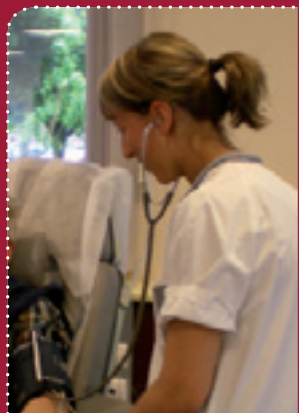


Trouvez LE job qui VOUS correspond !



Infos et candidatures ?

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



AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Agenda	4
Edito	
La Journée Internationale des Infirmières	5
Rubrique internationale	
La formation de la relève infirmière et la place de la profession dans les soins de santé	6
Rubrique juridique	
La présence des membres de la famille pendant les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire	8
Portrait	
Une infirmière chef d'entreprise	10
Nous avons lu pour vous ...	
Les métiers en pénurie	12
L'exposition globale du citoyen belge aux rayonnements ionisants est essentiellement d'origine naturelle et médicale.	16
Cahier de Recherche du Girsef n° 88	16
Rubrique culinaire	
RECETTES : «Le fromage, c'est si bon»	
Tatin de pommes de terre au camembert	
Soufflé à la mimolette	31
Bulletin d'adhésion FNIB	32
Également dans ce numéro :	
Le défi positif	20
ONS.be	20
Le soignant. Entre la vie et ses représentations.	21
Le fumeur abandonne la cigarette comme l'enfant le doudou de son enfance	22
Les stratégies de coping chez le personnel infirmier	23
Le 21 avril prochain, ACCOORD fête ses 25 ans !	27
L'insulinothérapie fonctionnelle (i.F)	28

AGORA est une revue destinée à tous les professionnels de la santé, qu'ils travaillent en milieu hospitalier général ou spécialisé, en hôpital psychiatrique, en maison de repos ou à domicile. Son objectif est d'actualiser l'information auprès des membres de la FNIB et de la FNBV. Le comité de rédaction sert cet objectif à l'aide des contacts pluridisciplinaires qui constituent le réseau de ces deux fédérations infirmières.

Les publications

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

Appel aux auteurs

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

Au nom de la rédaction, nous vous remercions pour votre précieuse collaboration. Toute reproduction, même partielle, des textes et photos publiés dans la présente revue est subordonnée à une autorisation écrite de l'auteur et de l'équipe de rédaction. Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Fiche technique

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

Het magazine voor de verpleegkundige

Agenda	4
Editoriaal	
Tekort aan verpleegkundigen?	
Welkom aan onze buitenlandse collega's!	5
Voor u gelezen	
Zorgmigratie ... een oplossing voor het personeelstekort in de zorgsector?	13
Care bundel: preventie van vocht- en drukletsels bij de geriatrische zorgvrager	14
Culinaire rubriek	
RECEPTEN: «I love cheese!»	
Tatin van aardappelen met camembert	
Soufflé met Mimolette	31
Inschrijvingsformulier FNBV	34

Ook in dit nummer :

Slaap en slaapstoornissen bij kinderen **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 FNIBV (www.FNBV.be). Elk lid van onze organisatie kan, bij het niet ontvangen van dit magazine, dit kenbaar maken via E-mail : info@fnbv.be

Publicatie oproep

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

Technische beschrijving

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



Agenda

19 avril Hôpital Erasme (auditoire Jaumotte)
Rue Louis Loiseau 39 – 5000 Namur
«Qualité de la vie vers sa finitude»
Droits des Patients, Soins Palliatifs et Euthanie
nathalie.meily@erasme.ulb.ac.be

20 avril Grand Hôpital de Charleroi - Grand Rue n°3 - 6000 Charleroi
Journée d'information consacrée aux personnes stomisées.
info@stomie.be - 070/ 66 66 80

21 avril Campus provincial de Namur
Rue Henry Blès 188-190 - 5000 Namur
«Soins ambulatoires : éthique et droits des professionnels de la 1ère ligne»
accoord@skynet.be

26 avril Hôpital Erasme (auditoire Jaumotte)
ECMO : Pourquoi, pour qui, comment ?
www.siznursing.be

26 avril Auditorium du CPAS - Bd Joseph II, 13 - 6000 Charleroi
INSTITUT EUROPEEN INTERUNIVERSITAIRE DE L'ACTION SOCIALE «EIAS»
Formation gériatologique : comment le cinéma reflète nos visions du vieillissement.
benjamin.schenkels@hainaut.be

27 avril - ISPPC Hôpital André Vésale
Rue de Gozée, 706 - 6110 MONTIGNY LE TILLEUL
Formation continuée Endoscopie l'ERCP
www.endofic.be

27 avril Clinique du Bois de La Pierre
Chaussée de Namur n°201 - 1300 Wavre
Journée d'information consacrée aux personnes stomisées.
info@stomie.be - 070/ 66 66 80

26 au 29 avril Lisbonne - Portugal
6th Congress of the European Operating Room Nurses Association
www.eornacongress.eu

30 avril 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
www.calendrier.umontreal.ca - fabie.duhamel@umontreal.ca

10 mai Cercle de Wallonie Namur
3th Congrès FNIB
Actualités Professionnelles et Règles de Bonnes Pratiques
www.fnib.eu

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

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

24 au 26 mai Sur le site de la Faculté de médecine
(Secteur des Sciences de la santé) - Bruxelles (Woluwe St Lambert)
4e congrès de la Société d'Education thérapeutique européenne (SETE)
«Education thérapeutique du patient : en pratique et en recherche, l'éthique»
http://sete2012.advenirs.org/

30 mai La marlagne -Cente Hicther - Wépion
30th Symposium Siz-Nursing Les tissus Du don à la greffe ...
www.siznursing.be

22 juin CHwapi Notre Dame de Tournai - Avenue Delmée n°9 - 7500 Tournai
Journée d'information consacrée aux person es stomisées.
info@stomie.be - 070/ 66 66 80

25 juin Ecole de Santé Publique de l'UCL
Clos Chapelle aux Champs 30.13 - 4ième étage, local 447
Groupe de résonance PRISCI
Les représentations des professionnels de santé sur l'éducation du patient.
info-prisci@uclouvain.be

25 septembre Ougrée
Tables Rondes de l'AFISCeP.be - Soins Palliatifs
www.afiscep.be - antonietta.gervasi@live.be

2 octobre Charleroi
Tables Rondes de l'AFISCeP.be - Soins Palliatifs
www.afiscep.be - antonietta.gervasi@live.be

18 octobre Centre Culturel d'Uccle
Congrès du BEFEWO - A chaque âge ses plaies
www.befewo.org

6 novembre Mouscron
Tables Rondes de l'AFISCeP.be - Soins Palliatifs
www.afiscep.be - antonietta.gervasi@live.be

**STOMA ILCO BELOQUE - BELGÉ asbl**
Association de patients stomisés, incontinents et faibles et aidés de soins de plaies

*séance d'informations
sur les thèmes spécifiques à la stomie*

INFO PRATIQUE : Inscription GRATUITE

DATES ET LIEUX :

- 📍 **20 avril 2012**
Grand Hôpital de Charleroi – Grand Rue n°3 à 6000 Charleroi
- 📍 **27 avril 2012**
Clinique du Bois de La Pierre – Chaussée de Namur n°201 à 1300 Wavre
- 📍 **22 juin 2012**
CHwapi Notre Dame de Tournai – Avenue Delmée n°9 à 7500 Tournai

www.stomie.be www.karol-dekoma.be www.be.loque-rcnib.be

**Congrès
FNIB
2012**

Journée internationale de l'Infirmière

**“Actualités Professionnelles
et
Règles de Bonnes Pratiques”**

le 10 mai 2012
au
Cercle de Wallonie de Namur
Avenue de la Vecquée, 21
5000 NAMUR

Personne de contact: Julien Stievenart
+32 (0)474/81.36.70 - stievenart.julien@gmail.com

Le paiement valide l'inscription. Nombre de places limité ! Clôture des inscriptions le 30 avril 2012 ou nombre de places atteintes.

Programme détaillé sera accessible sur le site www.fnib.be dès le mois de février 2012...



Alda Dalla Valle
Présidente FNIB.



La Journée Internationale des Infirmières

La Journée internationale de l'infirmière (JII) est célébrée dans le monde entier le 12 mai, jour anniversaire de la naissance de Florence Nightingale.

Ce jour célèbre les actes nobles accomplis par les infirmiers pour notre société.

Elle a été initiée en 1965 par le CII (conseil International Infirmier).

Cette année un thème commun porte sur l'amélioration de l'équité et de l'accès aux soins de santé partout dans le monde. Le kit de la JII contient du matériel éducatif et d'information publique, à l'usage des infirmières partout dans le monde. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2011_fr.pdf

Il explique comment lever les obstacles qui compromettent ces objectifs et souligne en outre l'importance des déterminants sociaux de la santé. Il montre aux infirmiers comment améliorer l'accès aux soins qu'ils prodiguent et comment œuvrer en faveur de l'équité en santé..... Lettre publiée par Rosemary Bryant, présidente du CII.

L'EQUITE en santé,
«L'Equité : notion de la justice naturelle dans l'appréciation de ce qui est dû à chacun» (dictionnaire Le Petit Robert)
Les politiques sociales progressistes prônent l'équité en santé et les concepts associés d'égalité mais la définition de l'équité ainsi que la manière de l'instaurer ne font pas l'unanimité. Surtout lorsqu'il s'agit des systèmes des soins de santé.

L'équité doit mettre l'accent sur la juste répartition des ressources et des tâches au profit de la population et sur la

réduction des inégalités à cet égard.

Il signifie la détermination d'un niveau minimal de services auxquels tout un chacun doit pouvoir accéder. Il s'agira par exemple de la capacité de pouvoir consulter un professionnel de la santé, de pouvoir obtenir des médicaments et des soins d'urgence ou encore de recevoir des soins et un soutien tout au long d'une grossesse... Et dans cette notion c'est le concept de l'accès qui rencontre celui de l'équité.

A nous, dès lors, d'œuvrer en nos fédérations pour promouvoir l'accessibilité aux soins de qualité et sécuritaires pour tous.

Chers collègues, vous savez que notre fédération, la FNIB, fête chaque année cette journée du 12 mai et en fait la journée de son Congrès annuel. Comme ce jour calendrier est un samedi, nous vous convions alors à venir commémorer la JII le jeudi 10 mai 2011. Nous aurons le privilège d'accueillir notre Ministre de la Santé, madame Onkelinx à cette occasion. Soucieuse de notre profession, elle débâtera de l'actualité belge en matière des soins de santé. Vous trouverez toutes les infos et modalités d'inscription sur le site www.FNIB.be.

Que les termes « ACCES-SOINS-EQUITE » soient une réalité au quotidien pour nous tous.

Excellente journée du 12 mai pour tous.

Tekort aan verpleegkundigen? Welkom aan onze buitenlandse collega's!

Al enkele jaren jaren worden in onze zorginstellingen de behoefte aan arbeidskrachten aangevuld met ervaren buitenlandse collega's. De tewerkstelling gebeurt dikwijls via de interim markt waar vooral de firma's Express Medical en Moving People zich op verschillende markten gespecialiseerd hebben.

Alhoewel in de Vlaamse ziekenhuizen het aantal buitenlandse zorgverleners nog eerder marginaal is moeten we ons een reflexie maken over de ethische en menselijke aspecten van deze evolutie.

Het probleem dat enkele kranten eind oktober vorig jaar aan de kaak stelden: «Buitenlandse verpleegkundigen kennen te weinig Nederlands» is mijns inziens nog het minste euvel. Mits een intensieve cursus en begeleiding zou dit kunnen opgelost worden, of niet?

Ethisch kunnen wij vragen stellen met de migratiestroom van ervaren verpleegkundigen, aangetrokken door onze betere vergoedingen, binnen de Europese unie. Deze migratiegolf heeft voor gevolg dat de zorg in de landen van herkomst van deze medewerkers devalueert. Voor het individu is er echter geen

belet om van België hun tweede thuisland te maken en zich te integreren in onze maatschappij.

Als we echter kijken naar de potentiële kandidaten van buiten de EU zie ik vooral een menselijk drama. We moeten ons ervan bewust zijn dat de grote drijfveer voor deze migranten het onderhoud van de familie ter plaatse is, voor hun is wel een visum nodig, gebaseerd op een tewerkstellingsattest. Het feit is dat zij have en goed achter laten om zich alleen in onze contreien te vestigen op soms gammele appartementen. Dit is een reden tot grote bezorgdheid. Zij hebben niet voldoende middelen over om in onze Westerse maatschappij mee te draaien, kunnen niet voldoende spenderen aan vrijetijdsbesteding en dreigen te vereenzamen. De West Europese cultuur is soms onbegrijpbaar waardoor zij lotgenoten opzoeken. Mede hierdoor zal hun intergratie nog trager verlopen. Door onvoldoende oefening van de gemeenschapstaal zullen de soms intensieve inspanningen van de zorginstellingen onvoldoende vruchten afwerpen. Of deze migratie op lange termijn succesvol zal zijn is valt ten eerste te betwijfelen.



Freddy Raymackers



GYSLAINE
DESROSIERS

La formation de la relève infirmière et la place de la profession dans les soins de santé

Éditorial de la présidente - Le Journal – janvier/février 2012

Il y a quatre décennies, on a fermé les écoles d'hôpital et modernisé la formation des infirmières en l'introduisant dans les cégeps pour en garantir l'accessibilité. Quarante ans plus tard, les cégeps contribuent toujours à former la relève, mais il n'y a eu aucun ajout d'heures ou rehaussement, contrairement à la formation des médecins, des pharmaciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychologues, des perfusionnistes cliniques et même des ambulanciers paramédicaux qui seront formés à l'université! Quarante ans plus tard, toutes les provinces au Canada donnent le permis d'infirmière au terme d'une formation universitaire et d'un total d'heures équivalant à deux ans de formation supplémentaire par rapport à celle du Québec. Peut-on s'illusionner un seul instant sur le fait que notre relève sera suffisamment outillée pour jouer les rôles anticipés? Ce qui a fait notre succès hier ne sera pas suffisant pour les enjeux de demain.

La répartition des rôles entre les professions : un enjeu de taille

Les délégués lors de notre assemblée générale se sont inquiétés du décalage de formation du Québec en comparaison des autres provinces. Pourquoi temporiser davantage? Pourquoi prétendre que le Québec est différent? On sait tous que les traitements médicaux reposent sur les mêmes données scientifiques. Le Québec ne soignera pas ses citoyens de façon différente des autres provinces. Cependant, la répartition des rôles entre les professions de la santé pourrait être fort différente si la profession infirmière ne peut démontrer sa crédibilité et sa capacité à innover. On ne peut à la fois réclamer de la reconnaissance et des rôles élargis, tout en étant les moins formées. Il y va de la place de la profession! L'OIIQ est continuellement confronté à cette dynamique de compétition entre les professions.

«Les infirmières ne peuvent être de simples exécutantes des décisions des autres professionnels; elles doivent être capables de participer aux décisions à la lumière de leur savoir scientifique et de leur jugement¹.»

«Alors que la profession infirmière est divisée sur le sujet de la formation universitaire, les autres professions vont de l'avant. Nos collègues rehaussent leurs activités et élargissent leurs rôles tandis que les infirmières s'enlisent dans l'immobilisme et le statu quo. Infirmières : unissons-nous, travaillons ensemble et toutes nous irons très loin...2»

Le baccalauréat pour soigner ou brasser des papiers?

Depuis la «Loi 90», plusieurs des actes antérieurement faits par les infirmières ont été confiés aux infirmières auxiliaires et même aux préposés en ressources intermédiaires. Certains d'entre nous ont la nostalgie de cette époque où les infirmières étaient les seules soignantes parce qu'elles avaient été formées pour les soins intégraux. Ces regrets mélancoliques du passé ne mènent nulle part. Les soins évoluent et les infirmières devront prodiguer des soins complexes et à hauts risques, tout en dirigeant une équipe d'aides-

soignants, ou encore œuvrer dans une équipe interdisciplinaire en soins ambulatoires et surtout prendre des décisions cliniques. On forme maintenant les médecins à œuvrer dans un contexte de pratiques dites collaboratives où l'infirmière doit être un partenaire. «... Dans ce nouveau programme (de formation des médecins à l'Université de Montréal), la collaboration avec d'autres professions de la santé devient majeure et nous appelons cela le leadership partagé... Dès la formation, les étudiants seront déjà en contact avec des étudiants en sciences infirmières, en psychologie, en ergothérapie, en physiothérapie. Le leadership partagé, c'est donc apprendre à travailler ensemble : le médecin devra prendre sa place, mais pas nécessairement décider de tout3.» La pratique des soins infirmiers change, la formation aussi devra suivre.

Le DEC-BAC, un acquis à préserver

En 1997, les états généraux de la profession ont permis de s'entendre sur le principe d'un continuum de compétences cliniques cégep-université. Ainsi, le DEC-BAC a-t-il vu le jour. Les compétences requises pour occuper l'ensemble du champ d'exercice ont été réparties sur cinq ans. Notamment, les soins intensifs, la santé communautaire et la santé mentale ont été déplacés dans la partie bac. Cela a incité un nombre considérable de jeunes à s'investir dans les études universitaires. Aujourd'hui, le baccalauréat est accessible dans toutes les régions du Québec et devient même un levier de rétention. Ceux qui prétendent que l'OIIQ veut fermer les cégeps font de la désinformation et veulent freiner l'élan de la profession. La prolongation de la formation de la relève au bac ne remet pas tout en question. Ce cheminement existe déjà.

La formation de la relève au terme des études universitaires constitue-t-elle une menace pour les infirmières et infirmiers de formation collégiale? Certains demandent pourquoi l'Ordre abandonne les techniciennes. Au contraire, toute la profession se verra reconnue et valorisée et on cessera à jamais de demander à une infirmière quel est son diplôme. On n'entendra plus jamais cette phrase crève-cœur : «Je suis une simple technicienne!» La distinction entre les techniciennes et les bachelières n'existe nulle part au Canada ni même ailleurs dans le monde. Partout, il y a des infirmières auxiliaires et des infirmières!!! Point! Auxquelles s'ajoutent les infirmières spécialisées et les infirmières praticiennes.

Unifier les infirmières dans une seule classe

Dans toutes les professions au Québec qui ont vu leur diplôme rehaussé, les droits acquis ont été protégés et personne ne fut obligé de retourner sur les bancs de l'école. On peut anticiper que les syndicats voudront en profiter pour regrouper les infirmières au sein d'une seule classe et favoriser l'accès aux postes en fonction de l'expertise. Cela pourrait également favoriser un déflaponnement salarial. Bien planifier les mesures de transition et protéger les infirmières en poste sont les clés du succès.

Il ne faut pas que j'oublie l'anxiété de la pénurie. On peut envisager qu'un statut d'interne-infirmière après le DEC rendrait possibles les



Creteur
ORTHESISTE • PROTHESISTE • BANDAGISTE
Fabricant applicateur agréé

Un savoir-faire
à la pointe de la technologie
au service de **vos**tr**e** 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 ...

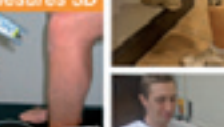
www.creteur-orthopedie.com

Nouveauté : prise de mesures 3D





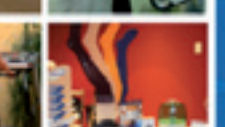
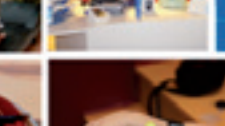


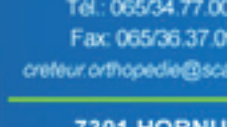















7000 MONS
Rue d'Havrè, 136
Tél.: 065/34.77.00
Fax: 065/36.37.09
creteur.orthopedie@scarlet.be

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

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

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



études universitaires à demi-temps. Cette possibilité de revenus en cours d'études consoliderait le caractère attractif du programme DEC-BAC, qui ne serait pas freiné par les frais de scolarité. De plus, comme le baccalauréat permet d'escompter des revenus de carrière supérieurs, il n'intéressera peut-être pas le même bassin de clientèle, mais ce bassin croîtra. En Ontario, il y a eu une augmentation de 28 % des inscriptions dans les quatre premières années de l'introduction du baccalauréat obligatoire, et ailleurs au Canada, 23 % au cours des trois premières années.

Assurer notre relève, notre responsabilité collective

Le temps presse. Même si le bac est obligatoire en 2015, les premiers diplômés n'arriveront sur le marché qu'en 2020, alors que plus de 20 000 des infirmières actuellement sur le marché auront déjà pris leur retraite. Ces nouveaux diplômés ne bénéficieront pas du même encadrement ni de la même intégration qui prévalaient, il y a 30 ou 40 ans. Cette relève devra «être armée»! Pourquoi fermer les yeux sur leur sort? En 2020, on aura 20 ans de retard sur le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique et 15 ans de retard sur l'Ontario.

Dans un grand élan de fierté, les quelque 900 délégués de l'assemblée générale ont quasi unanimement voté en faveur d'un rehaussement de la formation de la relève. Une explosion de joie irrépressible m'a laissée sans voix sur la scène, les cartons de vote virevoltaient dans les airs, les uns embrassaient les autres, certains pleuraient. Debout devant cette assemblée, j'avais le vertige... Le temps presse tant... Ne nous perdons pas en palabres inutiles et, fondamentalement, pensons à notre relève et concentrons-nous sur cet objectif.

La présidente,
Gyslaine Desrosiers



Module de formation continue de la Société
des Infirmier(e)s de Soins Intensifs

ECMO : Pourquoi ? Pour quels patients ? Comment ?

PROGRAMME

L'ECMO comment ça fonctionne ? *Pr De Backer CUB Hôpital Erasme*

Mise en place de l'ECMO *Pr Rondelet & Dr Belhaj CUB Hôpital Erasme*

L'ECMO au quotidien *Mr De Ryckere CUB Hôpital Erasme*

L'expérience de l'équipe du CHU de Mont-Godinne à propos de la mise en place et du transport extra-hospitalier de patients sous ECMO *Equipe CHU Mont-Godinne*

Quiz

26 AVRIL 2012
DE 13H30 à 17H30
CUB Hôpital Erasme (auditoire Jaumotte)

Frais d'inscription
Membres SIZ-Nursing : Gratuit
Non-membres : 15 € à verser sur le compte : 068-2293310-63 en indiquant en communication : NOM et PRÉNOM + 26/04/2012

Inscription
En ligne via <http://www.siznursing.be>

Renseignement
Monsieur Canipel Sébastien : 0498 50 16 54 Mail : secretariat@siznursing.be
Monsieur Maetens Yves : 02 555 5429
Monsieur De Ryckere Mathieu : 02 555 4929

La Présence des Membres de la Famille Pendant les Manœuvres de Réanimation Cardio-Pulmonaire

Déclaration Conjointe

European Federation of Critical Care Nursing Associations
La Société Européenne de Soins Intensifs en Pédiatrie et en Néonatalogie European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care
La Société Européenne du Conseil en Cardiologie d'Infirmiers Cardiovasculaire et Profession Associé
European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions



Groupe de Travail

Paul Fullbrook RN; PHD, MSc, PGDipEd, BSc (Hons), Professor of Nursing, Australian Catholic University, Brisbane, Australia,
Jos Latour RN; MSc, Clinical Researcher, Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, Rotterdam, The Netherlands,
John Albarran RN; MSc, BSc (Hon), NFESC, Principal Lecturer in Critical Care, University of the West of England, Bristol, UK,
Wouter de Graaf RN, RCCN, President EFCCNa,
Fiona Lynch RN; MSc, BSc, President, Scientific Committee, ESPNIC Nursing,
Denis Devictor MD; PhD, President ESPNIC,
Tone Norkval, RH; NFESC, Chair, Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions

Droit d'auteur

Cette déclaration conjointe est la propriété de la Fédération Européenne des Associations d'Infirmiers en Soins Intensifs, de la Société Européenne de Soins Intensifs en Pédiatrie et en Néonatalogie, et de la Société Européenne du Conseil en Cardiologie d'Infirmiers Cardiovasculaire et Profession Associé.
Toute reproduction et traduction dans en autre langue sont autorisée, à condition que les textes reste inchangés et les sources originales de la publication sont cités.

Citation d'auteur

Fullbrook P, Latour J, Albarran J, Graaf de W, Lynch F, Devictor D, Norkval T;
The Presence of Family Members during Cardiopulmonary Resuscitation

Working Group (2007). The Presence of Family Members during Cardiopulmonary Resuscitation: European Federation of Critical Care Nursing Associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. Connect: The World of Critical Care Nursing 5 (4), 86-88

Preamble

La Fédération Européenne des Associations des Infirmiers en Soins Intensifs (EfCCNa), la Société Européenne de Soins Intensifs en Pédiatrie et en Néonatalogie (ESPNIC) et la Société Européenne du Conseil en Cardiologie d'Infirmiers Cardiovasculaire et de la Profession Associé ont formulé la déclaration conjointe suivante. Il a été ratifié le 28 avril 2007 par l'EFCCNa, le 10 février 2007 par l'ESPNIC et le 16 juin 2007 par l'CCNAP.

Cette déclaration conjointe, lorsqu'elle est possible, est basée sur des témoignages et des opinions d'experts formulés dans la littérature infirmière et médicale. Il est admis qu'il existe un manque de preuves de qualité concernant la présence de la famille lors de la réanimation cardio-pulmonaire et que les témoignages à ce sujet sont particulièrement rares en Europe.

Déclaration

La déclaration de l'EfCCNa, l'ESPNIC et l'CCNAP est mentionnée ci-dessous. Elle est constituée d'une série d'affirmation concernant la présence de la famille lors du RCP. La déclaration est basée sur la conviction que les membres des familles sont essentiels pour la santé et le bien être du patient.

- Dans le cadre de cette déclaration, les termes suivants sont utilisés :
- Réanimation cardio-pulmonaire : manœuvre de réanimations entreprises lors d'un arrêt cardio-pulmonaire ou respiratoire.
 - Situations de soins intensifs et de réanimation: tous les secteurs hospitaliers de soins aigus où sont soignés les patients en situation critique (enfants et adultes de tout âge).
 - Membre de la famille : les personnes les plus importantes pour le patient. Ce terme inclus les membres de la famille, les êtres chers et les amis proches. Pour les nouveau-nés et les enfants, ce sont les parents ou tout autre proche.
 - Présence de la famille : présence de la famille lors de la pratique de la RCP, incluant la présence pendant toute la durée des manœuvres de réanimation.

Déclaration de l'EfCCNa, l'ESPNIC et l'CCNAP

1. Tous les patients ont le droit d'avoir les membres de leur famille présents lors de la réanimation cardio-pulmonaire. (voir Note 1)

>> Suite page 9

2. Les membres de la famille du patient doivent avoir la possibilité d'être présents lors de la réanimation cardio-pulmonaire d'un de leur proche. (voir Note 2)
3. Un soutien doit être apporté par un professionnel de santé formé dont la responsabilité est de prendre soin des membres de la famille qui assistent à une réanimation cardio-pulmonaire. (Voir Note 3)
4. Un soutien psychologique doit être offert aux membres de la famille qui ont assisté à une situation de réanimation.
5. Tous les membres de l'équipe de réanimation qui ont participé à une tentative de réanimation en présence de la famille doivent participer à l'équipe de débriefing.
6. La présence de la famille pendant la réanimation doit être intégrée au programme de formation sur la réanimation cardio-pulmonaire.

7. Toutes les unités de soins intensifs et de réanimation doivent avoir des directives pluridisciplinaires écrites concernant la présence des membres de la famille durant la réanimation cardio-pulmonaire.

NOTES

Note 1

La décision d'autoriser la présence des membres de la famille lors de la réanimation cardio-pulmonaire doit être faite dans l'intérêt de la personne qui est réanimée. Dans ce but, une discussion doit être facilitée par des professionnels de santé expérimentés. Dans certains cas, les leaders spirituels ou d'autres membres de l'équipe de soins peuvent assurer ce rôle. Si le patient, sur qui la réanimation cardio-pulmonaire est pratiquée, a exprimé des souhaits antérieurs, ceux-ci doivent être respectés.

Note 2

Si la personne réanimée n'est pas capable d'exprimer ses désirs, ou ne s'était pas exprimée à ce sujet antérieurement, le choix des personnes devant être présentes durant la réanimation doit être fait conjointement entre les membres de l'équipe médicale et des membres de la famille.

Le choix des membres de la famille d'être présents ou pas durant le RCP doit être fait librement sans coercition ni pression.

Les membres de la famille doivent savoir qu'il peut leur être demandé de quitter la pièce si c'est dans le meilleur intérêt du patient, par exemple, dans le but de faire des radios ou pour ne pas déranger l'équipe de réanimation.
L'Europe est composée de diverses cultures et l'équipe médicale doit prendre en compte les croyances, les valeurs et les rituels du patient et de sa famille. Des soins individualisés appropriés doivent être effectués en respectant l'environnement culturel du patient et de sa famille.

Note 3

Bien que dans certaines occasions, il ne soit pas possible d'avoir un professionnel de santé pour s'occuper uniquement de la famille, on ne doit pas exclure les membres de la famille lors de la réanimation. Un membre expérimenté de l'équipe

de réanimation, ne tenant pas un rôle majeur, doit être désigné afin de prendre en charge les membres de la famille.

Le rôle de la personne désignée est :

- De leur expliquer brièvement à quoi ils doivent s'attendre avant de pénétrer dans la zone de réanimation,
- De leur fournir des commentaires continus en donnant des explications appropriées,
- De les aider à communiquer leur présence à leur proche,
- De répondre aux questions sincèrement et de façon réaliste,
- De maintenir un environnement sûr,
- D'évaluer leur état émotionnel et physique,
- Si possible, d'accompagner un membre de la famille qui désire quitter la scène, et de continuer à faire la liaison avec l'équipe de réanimation.



ALPHAC & MEDIPHAR-SERVICE

Votre partenaire Santé & Bien-être

Distributeur officiel des produits **EAKIN** pour la Belgique et le Grand-Duché du Luxembourg

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.



alphac

MédiPhar

Service

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

p - 8 | AGORA n°7

AGORA n°7 | p - 9

Une infirmière chef d’entreprise



De formation paramédicale (master en gestion hospitalière), j’ai pratiqué pendant plusieurs années en tant qu’infirmière hospitalière à l’hôpital dans différents services (USI, cardiologie, HJ) puis en salle d’opération, (instrumentiste et assistante opératoire).

J’ai également œuvré énormément de temps dans le monde associatif. Pendant 10 ans, j’ai exercé en parallèle un autre métier : la direction et la gestion d’une entreprise de gestion immobilière avec aménagement des intérieurs. Depuis toujours, je me bats pour la prévention de la maladie, et je suis adepte des méthodes naturelles. Durant 29 ans, je me suis formée dans différents domaines concernant l’amélioration de la santé et le bien-être. J’ai étudié la médecine homéopathique, la philosophie chinoise, la géobiologie. J’ai suivi des formations à la gestion du stress, la PNL, la gestion des conflits, l’assertivité, l’aromathérapie. J’ai aussi fréquenté les centres de thermalisme où j’y aie découvert les vertus du hammam, des jacuzzis et surtout les effets bénéfiques du sauna. ...

J’ai découvert, au cours de ces études, une véritable passion : la pratique du sauna en famille.

J’ai ressenti dans cet art l’existence d’un lien très fort entre mon intérêt pour la santé et celui du bien-être de la personne ainsi que de l’harmonisation du couple ou de la relation parent-enfant. Actuellement, mon objectif est de vous proposer la possibilité d’obtenir gratuitement un forfait détente dans un centre de bien-être afin que vous puissiez apprécier le bonheur de la chaleur.

Des formations complètes, structurées et sérieuses dans différents domaines touchant au bien-être de la personne seront proposées par la suite.

Je vous livre ci-après mes recettes pour la pratique du sauna thérapeutique....

«Bien dans sa tête»et le «Bien dans son corps» grâce aux techniques du sauna - style BANIA - que l’on peut associer avec le massage, et l’aromathérapie

Si nous nous référons à la philosophie chinoise, celle-ci est basée sur les 5 éléments : le feu, la terre, le métal, l’eau et le bois, ainsi que sur le principe de l’équilibre du yin et du yang.

Nous retrouvons ces 5 éléments dans le sauna, le feu pour la chaleur, la terre pour les pierres, le métal pour les grilles du foyer, l’eau pour humidifier les pierres, le bois, la structure du sauna, les bancs où nous nous allongeons pour nous reposer.

Pour le yin et le yang, l’homme et la femme, le couple parfait.

L’approche du sauna, doit se faire progressivement et pas uniquement par une séance à la va vite dans un salon d’esthétique.

Il s’agit d’une pratique unique pour remettre à l’heure sa pendule horaire interne, je me sens mieux et peux développer ensuite mon potentiel enfui. Il faut associer une technique de respiration qui ressemble à de la sophrologie :

La sophrologie participe à développer la conscience de soi au moyen de nos propres ressources, telles que la respiration et la relaxation dynamique et, par la même, accroître tout le positif que nous portons et que nous sommes aussi !

Elle permet d’éveiller une meilleure qualité de présence et d’être, plus centré sur nos objectifs, avec plus de confiance et d’estime de soi.

De la sophrologie au sauna... un pas vers un must de détente...

La pratique du sauna conscient, c’est se détendre en profondeur : chacun de nos soulèvements de notre thorax, nous apporte l’air dans

nos poumons et nous conduit vers ce que nous sommes vraiment, l’être humain qui a besoin d’oxygène pour vivre.

Le sauna nous révèle petit à petit que nous avons besoin de cet air pour vivre.

Au cours d’une séance, nous déposons nos bagages, nos masques pour retrouver notre vraie nature.

Expérimenter cette nouvelle façon de respirer, entrer dans une relation consciente avec nous-mêmes et tout ce qui nous entoure. (L’eau, le bois, le feu, le métal, la terre)

Grâce au sauna, nous nous rapprochons des techniques de la sophrologie et nous mettons plus de conscience dans l’action, et sublimons notre conscience éveillée. Stop aux douleurs, stops aux idées négatives, nous avançons.

Lorsqu’une personne souhaite mettre un projet en route, elle pourra s’aider des différents moyens mis à sa disposition à l’intérieur du sauna : Comment ?

La relaxation, le calme, la sérénité, la décoration, apporteront le bien-être voulu.

La détente sera optimale si elle est associée à la massothérapie et les huiles essentielles pour tonifier son énergie vitale et renforcer sa volonté. Mais, il ne faut pas oublier que le coaching en situations de vie, sera nécessaire pour préciser, dans son projet et dans sa personnalité les points forts et les points à travailler. Pour cela qui d’autre que son partenaire où sa meilleure amie, ou ami pourra mieux la guider sur son chemin de l’existence terrestre. C’est pourquoi je conseille toujours d’être accompagné pour se rendre au sauna.

Seul, vous ne faites que la moitié du chemin, puis un grand vide s’installe et c’est le néant...

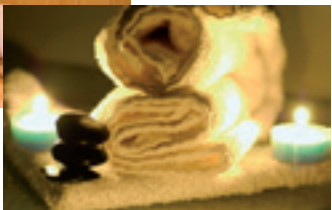
En famille, entre amis c’est tellement mieux.

Le sauna est chauffé par un poêle à bois, électrique ou au gaz appelé KIWAS.

Le poêle chauffe des pierres à sauna (KIWASKIVI) dans un réceptacle situé à l’intérieur du sauna.

Les pierres accumulent la chaleur, ces pierres sont souvent d’origine volcanique car elles restent intactes sous les chocs thermiques, il s’agit de pierre : diabase, gabbro, olivine, péridotite, pierre oliaire.

On trouve même des pierres synthétiques en céramique et certains poêles modernes sont constitués d’une dalle sur laquelle on fait ruisseler l’eau.



>> Suite page 11

Voici la recette d’un bon sauna

Premier Passage :

- La température de la cabine doit être au minimum de 75°C (mais les habitués préfèrent en général 85-95°C; les femmes se trouvent mieux entre 75-85°C).
- Il faut être sec pour rentrer dans le sauna la première fois.
- Placer une serviette sur le banc, s’allonger avec la tête sur l’élévée sur un appui tête prévu à cet effet.
- La tête doit être couverte d’un bonnet pour éviter de chauffer le crâne et les cellules cérébrales.

Durée :

- Rester dans la cabine selon votre capacité, oublier le temps et éviter de regarder le sablier (7 à 15 mn n’est pas une donnée universelle), chaque individu réagit à sa façon, à son état.
- Allongez-vous sur la banquette recouverte d’une serviette de bain.
- La transpiration apparaît normalement après 5 minutes de chaleur sèche.

Quand la sueur apparaît :

- Sur les pierres surchauffées, une louche d’eau est versée dessus, produisant une bouffée de vapeur (löyly).
- L’opération peut être répétée plusieurs fois.

Il est préférable de s’asseoir au cours des deux dernières minutes la sortie.

Intermède urgent ...

- S’il vous est impossible de rester jusque l’apparition de la transpiration (sueur) : Sortir et se rafraîchir à l’air et à l’eau pendant une dizaine de minutes : douche froide uniquement sur le corps.
- Se reposer pendant au moins 5 minutes, à l’air de préférence s’il ne fait pas froid, afin de jouir pleinement de la détente provoquée.

La chaleur dense peut s’avérer oppressante lors des premières séances. Les places hautes étant celles où l’air est le plus chaud, préférer des places plus basses si la chaleur semble trop étouffante.

Comment se refroidir :

- Sortir du sauna afin de prendre un bol d’air frais à l’extérieur ou prendre un bain d’eau froide (sauf la tête si aucune contre-indication médicale ne l’interdit) ou une douche fraîche ou froide ; un seau d’eau froide versé sur le corps est très bénéfique.

Éviter de verser l’eau sur la tête.

- Se sécher, puis obligatoirement s’accorder au moins une quinzaine de minutes de détente, c’est bien souvent après le premier sauna que l’on plonge dans un état de torpeur et que le sommeil vient rapidement.
- Le cœur s’accélère à tout rompre et c’est normal, concentrez vous sur votre respiration et fermez les yeux... la tête peut tourner...

N’ayez pas peur : Au contraire, laissez-vous aller.

Votre cœur ne va pas s’arrêter de battre, il est là et vous le dit.

Les battements peuvent résonner dans vos oreilles, le décor autour de vous peut bouger...

- Fermez les yeux et le sommeil vient spontanément. Ces effets sont normaux.

A votre réveil, il faut boire un peu d’eau (de préférence une eau minérale).

Second sauna :

- Entrer à nouveau dans la cabine de sauna pendant une quinzaine de minutes, éviter de regarder le sablier cela risque de vous stresser, essayer de vous détendre le plus possible, concentrer votre esprit sur votre respiration et reposer vous. Éviter de parler, le calme est propice à la détente.
- Durant le 2 passage : La sueur dégagée est entièrement «propre».

Ajouter un peu d’eau sur les pierres chaudes avec quelques gouttes d’huiles essentielles.

Préférez du naturel : Eucalyptus, pin, citron, lavande ou autres...

- Faites vous effectuer un massage Où Faites vous-même un massage : Avec un vihta (ou encore vasta) réalisés avec des branches de bouleau ou de chêne. Frappez le corps avec des rameaux de bouleau ou de chêne.

Sortir du sauna afin de prendre un bol d’air frais à l’extérieur (s’il y a de la neige, frotter votre corps pendant quelques instants avec une boule de neige, ou prendre un bain d’eau froide), éviter l’eau sur la tête.

Se sécher et s’allonger pour profiter de l’effet de récupération du corps et de l’élimination des toxines,

- s’accorder au moins une quinzaine de minutes de détente et plus si nécessaire,
- Un petit endormissement permettra la relaxation complète de tous les organismes du corps.
- Si vous n’arrivez pas : regardez le paysage, admirer la nature, imprégnez-vous de la vue.

Troisième et dernier sauna :

Le corps doit être refroidi avant d’entrer à nouveau dans la cabine de sauna. Pour le dernier passage préférez un sauna naturel pour le dégagement des odeurs du bois ou du sel ou de la pierre. Quand la sueur est dégagée :

- Ressortir pour se doucher ou se baigner puis se reposer environ vingt minutes.

Un petit endormissement est de nouveau conseillé. Comme une fleur qui a soif, vous devez impérativement boire de l’eau après votre dernier sauna.

- Il ne faut pas consommer de : boissons alcoolisées, de drogue au sauna à cause du risque d’hypotension.

L’impression de bien-être de légèreté et de propreté à la sortie d’un sauna est très particulière, et même une température de 80 ou 90°C ou encore l’immersion dans une eau proche du 0°C est supportable voire très agréable, bien qu’il soit difficile de le croire avant d’avoir essayé.

- Après la détente : Vous pouvez envisager un nouveau départ...

- Se ressourcer, c’est positiver.
- C’est envisager la vie sous un angle meilleur.

Je vous souhaite un agréable séjour dans notre centre et surtout un très bon concours...

sauna salle de détente

massages hammam

resto jardin suspendu

PORTES
OUVERTES

Quelques heures dans un centre de bien-être :

Entrée gratuite

Bar à disposition

Petite restauration possible toute la journée

Concert de musique douce prévue
Le Duo de guitares Anido

Les 29 et 30 septembre 2012, de 10h30 à 24h

Vous pourrez visiter toutes les installations. La boutique, le bar, les buffets froid et chaud (produits régionaux) seront ouverts.

Un cadeau de bienvenue vous attend.

Email : otheka@gmail.com

Rue de la Clef, 47 à MONS • Tél. 0476/539722

www.facebook.com/OTheKa.Sauna

CONCOURS

- Question 1 : Qu'est-ce qu'un Bannik ?

Réponse :

- Question 2 : Qu'est-ce qu'un vihta (ou encore easta) ?

Réponse :

Combien de réponses exactes recevrons-nous à la date du 9 octobre 2012, clôture du concours à minuit ?

Votre nom et prénom :

Votre adresse complète :

Votre e-mail : Votre téléphone :

A déposer dans l'urne prévue à cet effet, ou à renvoyer à O'TheKa Sauna, rue de la Clef 47, 7000 MONS ou par e-mail (otheka@gmail.com).

A GAGNER :

Un forfait détente pour 2 personnes avec accès à toutes les installations, un soin particulier adapté à la personne et deux boissons ad.

Les métiers en pénurie

Le cas particulier des infirmiers(ères) en Région wallonne et bruxelloise.

Nous avons d'abord interrogé des infirmières qui occupaient des fonctions diverses dans les hôpitaux, allant d'une infirmière dans un service à des directrices de département infirmier, en passant par des infirmières chef de service. Après les infirmières, il nous a semblé utile de connaître la position des partenaires sociaux sur la profession d'infirmière que l'on qualifie de métier en pénurie. Nous avons pour ce faire pris contact avec un ex-secrétaire fédéral du syndicat des employés, techniciens et cadres de la FGTB (SETCa) ainsi qu'avec une conseillère auprès d'une association patronale (Santhea). Enfin, au cours de nos recherches, il nous a également semblé opportun de contacter une agence d'intérim et une agence qui fait du recrutement d'infirmière à l'étranger afin qu'elles nous expliquent leur activité professionnelle.

L'expression «métier en pénurie» est ambiguë et rend l'analyse de ce sujet complexe. En effet, contrairement à ce que l'on pourrait penser, elle ne signifie pas nécessairement qu'il y a pénurie de personnes pouvant et voulant exercer cette profession.

Les métiers en pénurie font en fait référence à des professions qui connaissent des difficultés de recrutement, en d'autres termes, des professions dont les postes d'emploi offerts restent vacants. Ces postes restant vacants peuvent s'expliquer par trois raisons. Tout d'abord, une pénurie de professionnels pouvant et voulant exercer ce métier. Ensuite, une pénurie qualitative, c'est-à-dire un manque de personnes possédant les qualifications et les compétences requises pour exercer correctement cette fonction. Enfin, ces postes peuvent rester vacants car les professionnels qui ont les qualifications et les compétences nécessaires pour les occuper, refusent de le faire ou s'ils acceptant d'occuper les postes en question, ils les quittent partiellement (temps partiel) ou totalement bien avant l'âge de la retraite.

C'est cette dernière explication des métiers en pénurie qui s'applique à la profession d'infirmière. En d'autres termes, la profession d'infirmière est bien un métier en pénurie car les infirmières se retirent rapidement de la profession de manière partielle ou totale créant la vacance de postes. Toutefois, il n'y a pas de pénurie d'infirmières en Belgique, selon les personnes ressources que nous avons interviewées. L'absence, à ce jour, de cadastre infirmier ne nous permet pas d'étayer cette affirmation par des chiffres.



Quoi qu'il en soit nos informateurs étaient tous d'avis qu'il y a suffisamment d'infirmières qui possèdent les qualifications et les compétences nécessaires pour occuper les postes de travail vacants mais qu'elles ne le font pas et si elles les occupent, elles n'y restent pas longtemps ou réduisent leur temps de travail. Ce retrait partiel ou total de la profession de la part des infirmières semblent s'expliquer par plusieurs facteurs souvent entendus à l'égard de cette profession. Tout d'abord, les horaires de travail qui rendent difficile la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle. Ensuite, la charge de travail très lourde tant au niveau physique qu'au niveau psychologique

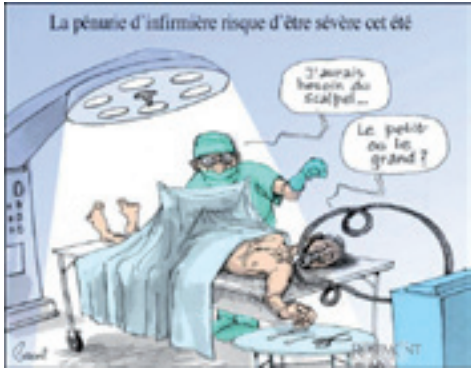
et émotionnel. Mais également le salaire dont le niveau n'est pas en rapport avec les horaires qu'elles prestent et les responsabilités qu'elles assument. Enfin, la gestion des ressources humaines qui ne parvient pas encore à gérer de manière optimale toutes les difficultés inhérentes à l'exercice de cette profession. L'ensemble de ces éléments poussent les infirmières, qui pourtant aiment leur métier, à ne pas accepter les postes de travail vacants, à travailler à temps partiel ou à quitter de manière prématurée l'emploi ou la profession.

En plus du retrait partiel ou total de la profession, on constate également moins de diplômés en soins infirmiers qu'auparavant non pas en raison d'un plus faible nombre d'inscriptions mais à cause d'un taux de réussite actuel nettement moins élevé. Nous n'avons trouvé aucune explication à ce faible taux de réussite mais le phénomène mériterait une analyse plus fouillée. Le retrait partiel ou total de la profession et la diminution du nombre de diplômés réduisent sensiblement l'offre en personnel infirmier, alors que dans le même temps, la demande en personnel infirmier s'accroît considérablement. Cette évolution résulte notamment des avancées médicales et technologiques ainsi que du vieillissement de la population.

Bien qu'il n'y ait pas, comme nous venons de le dire, une pénurie de personnel infirmier en Belgique, l'écart entre l'offre en personnel infirmier qui a tendance à diminuer et la demande en soins infirmiers qui a tendance à augmenter conduit à des manques et ce, notamment dans les hôpitaux. Les hôpitaux sont donc contraints de combler ces manques s'ils veulent garantir une qualité et une continuité des soins. Les solutions mises en place pour pallier ces manques sont moins connues que les causes à l'origine du phénomène. Au cours de nos entretiens, nous avons pu observer qu'il existait deux types de solutions. D'une part, les hôpitaux mettent en place des réponses à long terme telles que la promotion de la flexibilité du temps de travail, la promotion de la mobilité entre les services, l'encadrement des nouvelles infirmières, l'encadrement des stagiaires, etc. D'autre part, comme ces solutions à long terme n'empêchent pas la présence de manques persistants, les hôpitaux sont obligés d'opter pour des formules de court terme, comme le recours à des infirmières intérimaires ou le recrutement d'infirmières étrangères. Ces deux dernières solutions font l'objet de vives polémiques et ont chacune leurs défenseurs et détracteurs. En ce qui concerne les infirmières étrangères, ce sujet pourrait constituer, à lui seul, un excellent sujet de mémoire, tant de choses sont à découvrir et à développer sur cette question.

Ce manque d'infirmières, notamment dans les hôpitaux, est évoqué depuis au moins trente ans. Nous n'avons donc pas, comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, pour ambition de trouver une solution miracle à un problème sur lequel de nombreux auteurs se sont déjà penchés et auquel de nombreuses solutions ont déjà été apportées sans pour autant résoudre totalement et de façon définitive la question. Nous voulions simplement faire un état des lieux de cette question et des solutions qui y sont apportées. Cet état des lieux nous a permis de mieux comprendre ce problème qui, si rien n'est fait, ira sans doute en s'aggravant dans le courant des prochaines années et ce, en raison du papy boom qui se profile à un horizon tout proche.

Mémoire pour l'obtention du grade de Master en sciences du travail d'Alice Flahaut à la faculté des sciences sociales et politiques de l'ULB.





réseau iris structuur

Institut Jules Bordet

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

Pour le Département Infirmier:

- Infirmiers bacheliers**
 pour l'Unité de Chimiothérapie, l'Unité des Sois Supportifs, le Quartier Opératoire, la Salle de Réveil, l'Unité de Médecine, le Service de Radiothérapie.
- Infirmiers bacheliers SIAMU**
 pour les Soins Intensifs de Médecine et de Chirurgie.

L'Institut s'appuie sur près de 800 collaborateurs. Si vous souhaitez rejoindre nos équipes pour **Ensemble, faire gagner la vie** envoyez-nous votre candidature à la Direction des Ressources Humaines, rue Héger-Bordet 1 à 1000 Bruxelles ou par e-mail rh@bordet.be

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



réseau iris structuur

Zorgmigratie ... een oplossing voor het personeelstekort in de zorgsector?



Vanryckeghem Marc
RvB FNVB

Migratie is van alle tijden en alle streken. In onze samenleving is er alsmaar méér polarisering over migratie en het hiermee samenhangend belang van integratie. Het probleem leeft bij de burger en is politiek gevoelig. Elke migratie over dezelfde kam scheren is onjuist. Naast economische, politieke en medische migratie is er ook arbeid gerelateerde migratie, zoals bij voorbeeld zorgmigratie. Met zorgmigratie bedoelen we het migreren van zorgverleners naar een ander land. In België is zorgmigratie nog een eerder marginaal fenomeen, maar binnen de EU manifesteert het zich in alle landen. In UK bijvoorbeeld is 1 op de 3 zorgverleners afkomstig uit een ander land. In onze contreien geeft de migratiebalans doorgaans een overwicht aan immigratie tegenover emigratie, terwijl voor de zorgsector dit omgekeerd blijkt. Met andere woorden, we verliezen meer zorgverleners aan het buitenland, dan we er uit het buitenland aantrekken. Niettegenstaande studies (denk aan de Pacolet studie) aantonen dat er geen tekort is aan zorgverleners, zijn het aantal openstaande vacatures in de zorgsector gigantisch en zijn tekorten voor sommige diensten bestaansbedreigend. Ongeveer 9% van de actieve bevolking werkt als gezondheidszorgwerker. De zorgsector is in zijn totaliteit een knelpuntsector geworden. Naast het feit dat er ook bij de artsen gelijkaardige problemen zijn, focussen wij ons tot het schrijnend tekort aan verpleegkundigen in de acute zorg, de thuiszorg en de ouderenzorg.

Door de ontgroening (minder jongeren – dus minder instroom), door de vergrijzing (méér 65+ pensioengerechtigden – dus méér uitstroom) en door de verwitting (méér 80+ - dus méér nood aan zorg), neemt het probleem alsmaar grotere proporties aan. De babyboomgeneratie wordt precies pensioengerechtigd op een ogenblik dat de “zorgnood” sterk toeneemt. Het verpleegkundig beroep lijdt aan een multi-problematiek. De oorzaken hiervan moeten dringend grondig worden aangepakt, zoals niveauonduidelijkheid, opleidingschaos, daling van het competentieniveau, instroom / doorstroom en retentieproblematiek, jobuitholling, attractiviteits- en imago problemen, ... Er is in de eerste plaats dringende nood aan maatschappelijke herwaardering van het beroep (erkenning – respect – waardering), niet met woorden, maar met daden. Zowel de studies als het beroep dienen aantrekkelijker te worden gemaakt. Daarnaast is een beperkte en ethisch verantwoorde buitenlandse recrutering aanvaardbaar mits een doorgedreven voorbereiding en opvolging, waarbij de materiële, de jobinhoudelijke en de emotionele problemen op een gestructureerde wijze worden aangepakt. De belangrijkste problemen waarmee deze gemotiveerde zorgverleners te kampen hebben zijn de taalproblematiek en emotionele problemen. Vaak worden buitenlandse werkrachten in de voorzieningen aangeworven mits bemiddeling van gespecialiseerde recruiteringsbedrijven. Abroad recruitment in de zorgsector is niet alleen zaligmakend. Het is zoals bij vele zaken, dat de waarheid in het midden ligt en dat het geen of / of verhaal is, maar een en / en verhaal.

Care bundel: preventie van vocht- en drukletsels bij de geriatrische zorgvrager

Samenvatting van het eindwerk beloond met de FNBV prijs in de Provinciale Hogeschool te Hasselt.

Coenen Lore en Gielissen Dries, intussen gediplomeerde Bachelor verpleegkundigen, werkten gedurende een volledig academiejaar, in het kader van hun afstudeerproject, aan een zorgbundel oftewel care bundle betreffende de preventie van vocht en drukletsels bij de geriatrische zorgvrager (binnen de ziekenhuissetting). De titel beschrijft preventie van VOCHT en decubitusletsels. Wij hebben enkel het verschil aangehaald tussen decubitus en vochtletsels in het eindwerk. Er staat dus niet in hoe vochtletsel voorkomen kunnen worden. Er werd vnl. gekeken naar de preventie van decubitus



INHOUD

Ondanks de aanwezigheid van voldoende kennis m.b.t. deze problematiek blijkt dat decubitus ook de laatste jaren nog veel voorkomt binnen de meeste zorginstellingen. Dit blijkt vnl. zo te zijn op verpleegafdelingen waar veel immobiele en bedlegerige patiënten verblijven.

Aangezien dit eindwerk handelt omtrent het onderwerp preventie van druk- en vochtletsels bij de geriatrische zorgvrager, werd dan ook beslist om beide metingen uit te voeren op twee geriatrische verpleegafdelingen (T1 en A5) binnen het Jessa ziekenhuis; campus Virga Jesse.

Dit project spreidt zich over drie academiejaren. Er werd van start gegaan met het toetsen van een reeds bestaande, Amerikaanse care bundle aan de wijze van zorgverlening binnen het Jessa ziekenhuis. Dit door twee meetinstrumenten te ontwikkelen. In het academiejaar 2011 – 2012 zal een E-learning pakket opgesteld worden om aan het personeel van de zorginstelling concreet duidelijk te maken op welke wijze men het best handelt in de preventie van vocht- en drukletsels. Na de implementatie van dat pakket zal men in het daaropvolgende academiejaar (2012 – 2013) opnieuw de care bundle toetsen aan de wijze van zorgverlening, met het oog op preventieve van vocht- en drukletsels bij de geriatrische zorgvrager, binnen het Jessa ziekenhuis.

Decubitus

Decubitus is een degeneratieve verandering van het weefsel veroorzaakt door een zuurstoftekort ten gevolge van het collaberen van bloedvaten door weefselvorming. Deze vervorming van het weefsel wordt veroorzaakt door een combinatie van druk en schuifkrachten.

Naast het ongemak en de pijn dewelke het veroorzaakt bij de patiënt, leidt de problematiek ook tot grote kosten voor de gezondheidszorg. Daarom is het van belang dat verpleegkundigen bekend zijn met de factoren, de indicatoren en de symptomen van decubitus zodanig dat een adequate preventie opgestart kan worden bij risicopatiënten. Eveneens blijkt kennis omtrent efficiënte preventiemethoden en preventiematerialen onontbeerlijk.

In 2008 werd er in België voor de eerste keer een decubitusprevalentiemeting volgens de laatste EPUAP- richtlijnen (European Pressure Ulcer Advisory Panel) in verband met decubitusclassificatie en registratie doorgevoerd. In die steekproef had 30% van de patiënten risico op het ontwikkelen van decubitus (Bradenscore lager of gelijk aan 17 en/of aanwezige decubitus) en was er bij 5,7% sprake van een vochtletsel (prevalentie). Het optimaliseren van de preventieve maatregelen zou dan ook kunnen leiden tot een belangrijke daling van de decubitusprevalentie. Prevalentiecijfers zijn geschikt om de omvang van het probleem vast te stellen en om het effect van kwaliteitsprogramma's te evalueren.

De decubitusincidentie daarentegen geeft het percentage van het aantal nieuwe gevallen van decubitus aan binnen een gemeenschap of gebied en dit gedurende een omschreven periode. Omtrent de incidentie van decubitus binnen Belgische zorginstellingen werd nog geen literatuur ter beschikking gesteld. De gerapporteerde incidentie van decubitus in Nederlandse ziekenhuizen varieert van 2,7% tot 29,5% (2008).

Care bundle

Een care bundle is een samenwerkingsverband van verschillende zorgelementen voor een bepaald symptoom, een bepaalde procedure of behandeling (Fulbrook & Mooney, 2003). Het is dus de groepering van een aantal praktische toepassingen die gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek. Het idee dat hier achter schuilt, is dat meerdere praktische toepassingen, bij gebruik in combinatie met elkaar of als een cluster, een groter effect hebben op de (uiteindelijke) patiëntensituatie

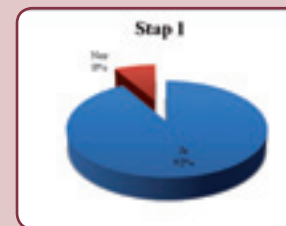
Volgens de oorspronkelijke Amerikaanse care bundle, zijn er zes essentiële elementen. In dit onderzoek werden deze 6 elementen behouden maar herleid tot 5 stappen. Slechts als alle 5 stappen uitgevoerd worden kan er gesproken worden van een optimale preventie van decubitusletsels. **Uit de resultaten bleek dat slechts bij 9% een optimale preventie werd toegepast.**

RESULTATEN

Er werden twee onderzoeksvragen voorop gesteld. Er werd enerzijds nagegaan in welke mate de maatregelen ter preventie van decubitus, toegepast worden binnen de zorgverlening in het Jessa ziekenhuis; campus Virga Jesse? (procesmeting). Anderzijds werd onderzocht wat de decubitusincidentie is op de geriatrische afdelingen T1 en A5 binnen het Jessa ziekenhuis; campus Virga Jesse? (incidentiëmeting)

Onderstaande resultaten hebben betrekking op de procesmeting

Stap 1: risico-evaluatie & huidbeoordeling



De uitgevoerde metingen toonden aan dat bij 92 % van de totale patiëntenpopulatie zowel op regelmatige basis een risico-evaluatie (Nortonscore) als een dagelijkse huidbeoordeling op basis van wegdrukbaar en niet-wegdrukbaar roodheid werd uitgevoerd. Daarnaast bleek uit dat 55 % van de totale patiëntenpopulatie risicopatiënt (Nortonscore $\leq$ 14) is.

Stap 2: dagelijkse controle t.h.v. drukpunten



Uit deze resultaten bleek dat er bij 92 % van de risicopatiënten dagelijks een controle t.h.v. van volgende drukpunten werd uitgevoerd: hielen, sacrum, oren, ellebogen en rug.

Stap 3: huid beschermen tegen vocht & droge huid hydrateren

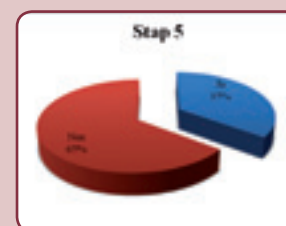


Slechts bij 15 % van het totale aantal risicopatiënten werd enerzijds de huid van de zorgvrager op een zachte wijze gereinigd wanneer deze zichtbaar bevuild was. Anderzijds werd bij hen ook gebruik gemaakt van vochtinbrengende crèmes op een droge huid en barrièresprays op een vochtige huid.

Stap 4: Optimaliseren van voeding & hydratatie

Het onderzoek toont aan dat bij 99,8 % van het totaal aantal risicopatiënten minstens één van de volgende 3 items toegepast werd: het besteden van voldoende aandacht aan de voeding- en vochtinname van de zorgvrager, het contacteren van een diëtist(e) en tot slot het opstarten van eiwitrijke voeding of bijvoeding

Stap 5(deel 1) : Minimaliseren van druk (en schuifkrachten) & correcte positionering van patiënt



Slechts bij 35 % van het totaal aantal risicopatiënten bleken zowel de druk als de positionering in acht genomen te worden. Het grootste probleem bevond zich bij het correct positioneren van de zorgvrager. Het minimaliseren van druk (en schuifkrachten) gebeurde door het gebruik van preventiemateriaal en het toepassen van wisselhouding. Bij de positionering werd een onderscheid gemaakt tussen verschillende houdingen en hun bijhorende aandachtspunten (rugligging, zijligging en zithouding)

Care bundle: alle stappen samen; optimale preventie?



Uit het onderzoek blijkt dat **slechts bij 9 %** van de risicopatiënten rekening werd gehouden met elk van de 5 preventie-items die de (oorspronkelijke) care bundle voorschrijft.

Het percentage van het aantal zorgvragers, waarbij alle items in de praktijksituatie werden toegepast, zou na de implementatie van het E-learning pakket in 2011-2012 verhoogd moeten zijn. We kunnen nu enkel besluiten dat slechts bij een gering aantal zorgvragers de preventie van decubitus optimaal was.

Onderstaande resultaten hebben betrekking op de incidentiëmeting

Naast bovenstaande proces meting werd er ook een incidentiëmeting gedaan met volgende resultaten.

De geanalyseerde risicopatiënten bleken voornamelijk van het vrouwelijke geslacht te zijn (46%). Onder de totale populatie bleek 59 % te lijden aan enige vorm van incontinentie. De gemiddelde Nortonscore onder de risicopatiënten bleek 12,78 te zijn en de mediaan 13.

Van de 76 risicopatiënten bleken 18 zorgvragers ergens op hun lichaam te beschikken over een decubitusletsel gaande van categorie 1 tot 4. Bij de risicopopulatie bleek decubitus t.h.v. de rechter hiel of enkel (27 % = 5 patiënten) het meest voor te komen

CONCLUSIE

De problematiek van decubitus blijkt ook de laatste jaren nog veel voor te komen binnen zorginstellingen. Verondersteld wordt dat zorginstellingen en hun verpleegkundig personeel dan ook weten hoe op correcte wijze met deze problematiek om te gaan. Toch blijkt uit ons onderzoek dat dit niet het geval is.

Het onderzoek binnen deze verhandeling toonde aan dat slechts in geringe patiëntensituaties sprake is van een optimale en adequate preventie van doorligwonden. We kunnen dan ook concluderen dat de implementatie van het anti-decubitus beleid op bepaalde vlakken tekort schiet waardoor een correcte toepassing van de preventieve maatregelen, gebaseerd op de items van de care bundle, uitblijven.

Dit onderzoek vestigt de aandacht op de problematiek van decubitus, die in de huidige situatie dus nog steeds een actueel probleem vormt. Na implementatie van een E-learning pakket (2011-2012) op de geanalyseerde verpleegeenheden, hoopt men dan ook te komen tot een aanpak die zich vertaalt in een procentuele toename van het aantal risicopatiënten waarbij rekening werd gehouden met elk van de 5 preventie-items van de (oorspronkelijke) care bundle.

Dit project kwam tot stand door nauwe samenwerkingsverbanden tussen het Jessa Ziekenhuis; Campus Virga Jesse en de Provinciale Hogeschool Limburg (PHL).

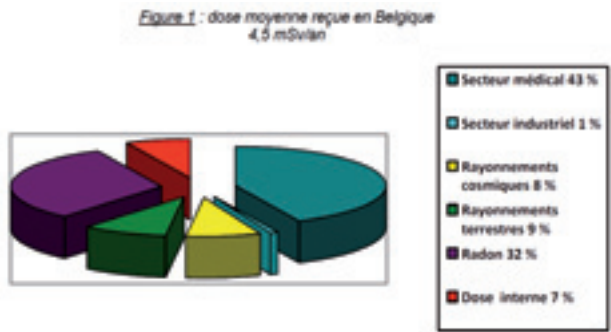
Het eindwerkproject valt online te raadplegen op het onderstaande adres <http://doks.phl.be/doks/do/record/Get?dispatch=view&recordId=SEtd2c90492130c119850130dac6fd3127b>

Bijkomende informatie ter verduidelijking van de titel (enkel als toelichting voor AGORA)

De titel beschrijft preventie van VOCHT en decubitusletsels. Wij hebben enkel het verschil aangehaald tussen decubitus en vochtletsels in het eindwerk. Er staat dus niet in hoe vochtletsel voorkomen kunnen worden. Er werd vnl. gekeken naar de preventie van decubitus

L'exposition globale du citoyen belge aux rayonnements ionisants est essentiellement d'origine naturelle et médicale.

Deux expositions aux rayonnements ionisants se démarquent, l'une artificielle, l'autre naturelle.



Le secteur médical :

Il représente la principale source de rayonnement subit par la population belge. L'imagerie médicale représente la plus grande part de cette exposition. L'utilisation du scanner s'est fortement développée au prix de doses importantes (57% des examens diagnostiques). Nous avons plus recours aux scanners que nos voisins, français, allemands ou suisses. (159/100)

Le radon :

C'est un gaz radioactif d'origine naturelle, inerte, incolore et inodore. Il provient de la désintégration radioactive naturelle de l'uranium 238 issu du sol terrestre. Il a une durée de vie très courte mais est généré par nos sols en permanence. L'exposition au radon est plus importante au sud de la Belgique de part la nature du sol riche en grès, en granit et en schiste matériaux riches en uranium 238. Dans les régions de Bastogne, Neufchâteau et Verviers des taux élevés sont mesurés dans plus de 5% des habitations.

Les effets sur la santé :

Les rayonnements ionisants augmentent le risque de cancer. Le radon augmente le risque de contracter un cancer des poumons selon la dose d'exposition habituelle.

Comment mesurer son exposition au radon ?

Il est facile et peu coûteux de mesurer le radon dans son habitation. (30€) Le taux de radon tend à augmenter en hiver à cause d'une aération moindre des habitations. Le test s'effectue donc sur une durée d'au moins trois mois.

La médecine du travail et le radon :

Dans les arrondissements de Verviers, Bastogne, Neufchâteau, Marche et Dinant, la médecine du travail est sensibilisée et surveille les locaux et zones de travail susceptibles de poser problème.

Pour compléter ces informations :

www.stmp.be - www.ibes.be

Dr Cécile Surleraux
Conseiller en prévention – Médecin du travail



Cahier de Recherche du Girsef n° 88

«Etre infirmière et parent : une approche compréhensive des engagements et des parcours professionnels en Belgique francophone»

De Bernard Fusulier et Thibault Moulart

Voici un résumé : En Belgique, le groupe professionnel des infirmières est non seulement important d'un point de vue quantitatif, mais est également stratégique dans la politique et la pratique des soins de santé. Il n'est dès lors guère étonnant qu'il soit souvent présent dans les débats publics en lien avec la question de la pénibilité du métier et la problématique des pénuries de main-d'oeuvre. Dans cet article, à côté d'une contextualisation de ce groupe professionnel, les auteurs proposent une approche de l'expérience professionnelle des infirmières, tenant compte de différents moments clés du parcours professionnel et de ses interférences avec le parcours de vie dans son ensemble. Ainsi, sur la base d'une soixantaine d'entretiens à caractère biographique, ils analysent les motivations de l'entrée dans cette profession et leur confrontation au réel après quelques années de pratique ; le vécu de l'engagement professionnel et de l'articulation du travail avec la vie familiale ; et le maintien dans l'emploi et l'aménagement de la fin de carrière pour les infirmières de 45 ans et plus. Ce groupe professionnel étant fortement traversé par la logique de

genre, la question des différences entre les hommes et les femmes est posée, sous l'angle original des logiques masculines dans un domaine «féminin». Ce regard sociologique sur la profession infirmière tenant compte de l'articulation de la vie professionnelle avec la vie familiale et du genre permet non seulement de mieux la comprendre, mais aussi de mieux saisir la possibilité de contrer ce qui est politiquement qualifié de pénurie ou d'hémorragie, en agissant sur le système de travail et son organisation pour le rendre plus soutenable.

Mots clés : groupe professionnel - infirmière - genre - articulation travail famille - aménagement fins de carrière

Nous vous rappelons que tous nos cahiers de recherche sont téléchargeables gratuitement sur le site www.ifdoc.com (rubrique «catalogue») et peuvent également être consultés sur notre site www.uclouvain.be/girsef (rubrique «publications»).



le logiciel du Nursing de la gamme







www.Care4Health.be
info@Care4Health.be



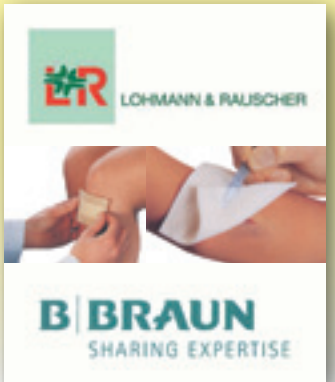
www.mims.be
info@mims.be



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

XIème Congrès européen

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



BRUXELLES 2011
XIème Congrès européen
des infirmières cliniciennes &
des infirmières spécialistes clinique

Le 16 et 17 décembre 2011

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

Campus ERASME - HELB
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
BELGIQUE

Inscription:
1 jour: € 60
2 jours: € 100
IBAN: BE62 0016 3342 7961
BIC: GEBABEBB

Plus d'informations sur
www.fnib.eu
stievenart.julien@gmail.com

En partenariat avec:



Avec le soutien des infirmières françaises, luxembourgeoises et suisses:

Congrès européen des infirmières cliniciennes et infirmières spécialistes cliniques

Ces 16 et 17 décembre, la Belgique a accueilli le 11ème congrès européen des infirmières cliniciennes et infirmières spécialistes cliniques” sur le site de l’hôpital universitaire “Erasmus”. La F.N.I.B. fut l’organisateur de cet événement en partenariat avec diverses associations françaises, luxembourgeoises et suisses. Elle fut également soutenue par l’université catholique de Louvain (U.C.L.), l’université libre de Bruxelles (U.L.B.) et l’ACIBELL dans sa réalisation.

Ces deux journées de travail avaient pour thème : “Infirmière clinicienne, spécialiste clinique et pratique clinique avancée : ensemble vers un consensus francophone (européen) ...”

L’objectif de ce congrès était d’obtenir un certain consensus sur les différentes visions posant régulièrement questions dans le monde infirmier relatives aux infirmières cliniciennes, aux infirmières spécialistes cliniques et à la pratique clinique avancée. Cette recherche de consensus a réuni en moyenne 152 participants venant d’horizons différents (France, Belgique, Suisse, Luxembourg et Canada).

Pratiquement, le congrès se subdivisa en des sessions plénières entrecoupées d’ateliers de discussions permettant d’approfondir ces divers rôles au travers de différents sujets : l’Evidence- Based Nursing, le trajet de soins, la consultation infirmière et l’éducation thérapeutique. Lors des sessions plénières, les intervenants débutèrent par un bilan sur le développement de ces rôles et les formations requises dans leur pays respectif afin d’aboutir à des exposés plus spécifiques et axé sur la pratique avancée infirmière. Des orateurs prestigieux tels que Mesdames Diane Morin et Andréanne Tanguay ou encore Messieurs Paul De Raeve et Christophe Debout éclairèrent, par leurs présentations, certaines zones d’ombres concernant ce sujet.

Lors des ateliers, la plus value apportée par l’infirmière clinicienne ou par la spécialiste clinique fut recherchée constamment au fil des différentes discussions et confrontations de points de vue. Dès lors, des points de convergences et divergences d’opinions se dégagèrent pour permettre l’élaboration d’un consensus.

A ce stade, il est important de souligner que cette problématique est infiniment complexe car elle dépend généralement de l’histoire sanitaire du pays, des choix de politiques sanitaires et du fonctionnement du système de santé comme le souligne la synthèse de ce congrès.

Dès lors, un des problèmes récurrent lors de ce congrès fut un problème de “définition”. Cette variabilité internationale dans la définition des différents rôles, des champs de pratiques et des champs responsabilités ainsi que les problèmes de reconnaissances officielles au sein des différents pays entraîna souvent perplexité, interrogations et discussions au sein des participants.

En effet, pour l’ensemble du monde infirmier, les frontières entre l’infirmière généraliste, l’infirmière clinicienne et l’infirmière spécialiste clinique sont souvent floues comme le démontre le schéma suivant. De plus, la méconnaissance des concepts liés à la pratique avancée infirmière renforce cette incompréhension et complexifie cette problématique.

Dès lors, il existe un constat unanime pour dire que cette variabilité des définitions empoisonne la compréhension des personnes désireuses de comprendre cette problématique.



La conclusion de ce congrès amena à deux constats importants : Comme cité précédemment, le premier constat fut une incapacité à obtenir un consensus sur des aspects spécifiques concernant ce thème vu la variabilité des définitions, des contextes sanitaires et de leurs spécificités. Un second constat fut l’émergence d’un certain consensus sur différents aspects généraux caractérisant le rôle des infirmières cliniciennes et des infirmières spécialistes cliniques. Un des ces aspects est la particularité de ces rôles à placer la discipline infirmière au-delà des pratiques de base (infirmière généraliste). En effet, ces infirmières participent ou développent les connaissances scientifiques de la discipline infirmière tout en se référant aux données probantes. Elles recherchent une complémentarité tant intra-professionnelle (infirmière généraliste, ...) qu’interprofessionnelle (médecins, chirurgiens kinésithérapeute, diététiciens, ...) dans l’exercice de leur fonction afin d’assurer une prise en charge optimale des patients. Pour assurer une meilleure compréhension de cette problématique par le monde infirmier, la F.N.I.B. a mis en ligne, sur son site internet, les différentes présentations et les résultats obtenus lors de ce congrès. En finalité, nous pouvons dire que ce congrès fut riche d’enseignements, d’expériences et de rencontres. Ces divers échanges ont permis d’améliorer les perceptions des participants au sujet de ces différentes fonctions infirmières afin d’en délimiter plus précisément les frontières dans un avenir proche.

Jonathan Elias.

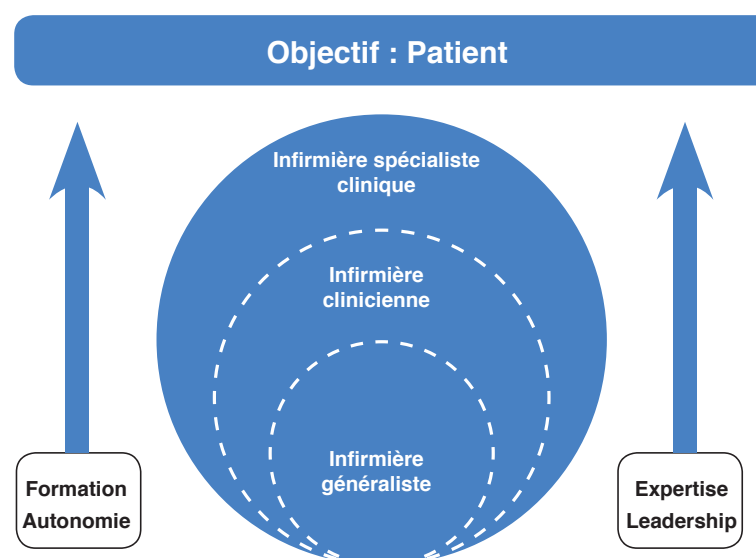


Figure 1 : Schéma de l’évolution du rôle clinique infirmier



Le défi positif

Thierry Janssen



«Au lieu de ne voir en l'être humain que des manques et des défauts, il paraît urgent de rappeler que nous sommes les détenteurs d'un potentiel extrêmement positif. Le défi est de prendre conscience de ce potentiel et de le manifester à travers nos actions. Car, de toute évidence, c'est le meilleur moyen d'être heureux et de rester en bonne santé.»

Après nous avoir invités à élargir notre conception de la médecine (La Solution intérieure) et de la maladie (La maladie a-t-elle un sens ?), Thierry Janssen poursuit sa réflexion, ici, au sujet du bonheur et de la bonne santé. Soucieux, comme toujours, de l'inscrire dans un contexte scientifique, il s'appuie sur les récents travaux de la biologie, des neurosciences et de la psychologie. Nous découvrons alors que la véritable félicité dépend de notre capacité non seulement à éprouver du plaisir, mais aussi à nous engager dans des expériences enrichissantes et à donner un sens à notre existence.

«Chacun devrait tenter de trouver la proportion idéale entre ces différents ingrédients. Les recherches sur le bonheur montrent que notre vie n'est

réellement heureuse que si nous pouvons actualiser le meilleur de nous-mêmes, en lien avec les autres. Les émotions agréables qui naissent de cet épanouissement vertueux participent à notre bien-être physique, psychique et social. Elles sont un gage de bonne santé individuelle et collective.»

Le Défi positif est un livre de vie profondément humaniste. Thierry Janssen y parle d'optimisme et d'altruisme, d'intégrité et de créativité, de discernement et d'humilité, d'humour et de gratitude. Dans un langage accessible à tous, il nous révèle les secrets de ce que les philosophes de l'Antiquité appelaient une «bonne vie», une vie à la fois éthique et esthétique.

Chirurgien devenu psychothérapeute, Thierry Janssen est l'auteur de six livres traduits dans plusieurs langues. Le Défi positif est le dernier opus d'une trilogie commencée avec La Solution intérieure et La maladie a-t-elle un sens ?, deux ouvrages qui ont rencontré un vif succès auprès d'un large public.

ONS.be

Depuis plusieurs années, la FNIB essaye d'être la plus représentative de la profession infirmière ; tout en défendant les intérêts de l'infirmier ayant une formation de base et ce sur l'ensemble du territoire francophone du pays (Bruxelles – Brabants, Charleroi, Tournai – Mons, Namur – Luxembourg et Liège), elle s'adjoint les services des associations spécialisées (Stomathérapie, Urgences, Domicile, Endoscopie, Soins intensifs, Soins en santé mentale, Pédiatrie et Gériatrie) pour ne former qu'une seule et même grande famille. Ne trouvez vous pas qu'il y a, dans cette liste, un grand absent ?

En effet, aucune trace d'une quelconque représentativité de l'oncologie ! Et pourtant, derrière ce mot « oncologie » se cache un grand nombre de spécificités :

- Prise en charge du patient au trajet de soins complexe et sur une période indéterminée
 - o Du « début » à la « fin »
 - Phase diagnostique
 - Phase curative
 - Phase palliative
 - Décès
 - o Ce qui demande aux prestataires de soins un grand sens de :
 - Accompagnement
 - Relation d'aide
 - Écoute active
 - Prise en charge du patient qui devient « chronique »
 - o Hospitalisation classique
 - o Hospitalisation de jour
 - o Soins ambulatoires
 - o Consultations
 - Diversités dans les pathologies
 - o Pathologies oncologiques
 - Tumeurs solides

- o Pathologies hématologiques
 - Lymphomes
 - Leucémie
 - Myélome
- Diversités dans les prises en charge thérapeutique
 - o Chirurgie
 - o Hormonothérapie
 - o Radiothérapie
 - Externe
 - Interne
 - Isotopique
 - o Chimiothérapie
 - Prise en charge spécifique (manipulation – administration – élimination - ...)
 - Gestion des effets secondaires
 - Éducation du patient
 - o Immunothérapie
 - o Gestion de la douleur et de l'inconfort
 - o Gestion des soins de plaies oncologiques
 - o Greffe de cellules souches hématopoïétiques
- Évolution et révolution thérapeutique
 - o Facteurs de croissance
 - o Thérapie ciblée
- Diversité et connaissance d'actes techniques spécifiques
 - o Ponction
 - Moelle osseuse
 - Biopsie osseuse
 - Pleurale
 - Ascite
 - Lombaire
 - Accès veineux spécifiques
 - o Isolement

Cette haute spécificité fait que le législateur a besoin d'un interlocuteur privilégié. En effet, bien que nous constatons que l'oncologie n'ait pas été oubliée par le législateur, nous remarquons plusieurs

incohérences dans les différents arrêtés royaux et ministériels qui se sont succédés :

- o Programme de soins en oncologie
- o Programme de soins en oncologie spécialisé pour le cancer du sein
- o Titre et qualification professionnelle particulière
 - AM 28 janvier 2009
 - AM 08 septembre 2009
- o Plans d'attractivité

Plusieurs questions ont d'ailleurs été posées en ce sens à Madame Fontaine, conseillère de la Ministre de la Santé Publique, Madame Onkelinx.

Si elle nous a déjà répondu à cette première salve, beaucoup de questions restent encore en suspend :

- o Y aura-t-il des programmes de soins en oncologie spécialisés pour d'autres cancers ?
 - Colorectal
 - ORL
 - ...
- o Comment définir la qualification en soins palliatifs ?
- o Devons-nous définir notre propre liste d'acte à l'image des infirmiers porteurs du titre particulier des soins intensifs ?
- o Quel est l'avenir du plan cancer ?
 - Faut-il statuer sur les nouvelles fonctions qui s'en dégagent (coordinateur de soins en oncologie) ?
- o ...

beONS doit être le porte parole des soins infirmiers en oncologie dans la politique belge (communautaire, régionale et fédérale) et européenne de la santé en devenant un organe de référence pouvant influencer stratégiquement

pour la recherche et le développement des soins infirmiers en oncologie.

Si l'aspect législatif est important, un autre aspect l'est tout autant : la formation.

En effet, nous constatons dans la quasi-totalité des institutions hospitalières et extrahospitalières, la difficulté d'assurer la relève des infirmiers spécialisés en oncologie qui quittent pour diverses raisons légitimes la fonction.

- o Comment assurer cette relève ?
 - o Quelles actions pouvons-nous mettre en place pour attirer un nouveau public à cette spécialisation ?

De plus, la haute spécificité de l'oncologie, l'actualité dans les progrès scientifiques, les révisions des guidelines de bonnes pratiques ainsi que les exigences législatives pour le maintien du titre font que l'infirmier spécialisé doit continuellement se former pour mettre ses connaissances à jour et ainsi fournir au patient les meilleurs soins.

- o Que faut-il organiser ?
 - Des congrès
 - Du e-learning
 - Des modules de formations
 - Des groupes de travail
- o Comment faut-il organiser ?
 - Via les institutions scolaires
 - Via les associations professionnelles
- o Comment éviter les travers trop souvent rencontrés ?
 - Manque de pertinence de l'information
 - Manque de spécificité de la formation
 - Lobbying exercé par les firmes pharmaceutiques

Un dernier point, et non le moindre est la communication.

Le premier élément de cette communication vise bien entendu les infirmiers spécialisés en oncologie. Trop souvent, on reproche aux associations d'être trop peu visible, trop peu démonstrative dans leurs actions au point que certains se posent la question : « une association professionnelle ? à quoi ça sert ? ». Nous souhaitons que, en communiquant efficacement, les infirmières spécialisées soient en mesure d'accéder à une information pertinente et de qualité mais aussi qu'elles puissent exprimer leurs préoccupations et faire part de leurs réalisations.

Mais nous ne souhaitons pas être autocentré et ne communiquer que pour et par nous... En conséquence, beONS s'efforcera d'avoir de nombreux interlocuteurs...

Si il est vrai que l'oncologie est hautement spécifique, nous ne pouvons perdre de vue la raison de notre action en tant que professionnel de la santé et membre d'une association qui défend cette profession. Les personnes qui restent au centre de notre action sont bien entendu les patients et leurs familles puisque

nous souhaitons leur prodiguer des soins de qualités. Il est donc indispensable que beONS soit proche des associations de patients afin de connaître leurs attentes, leurs besoins, leurs projets et d'y prendre une part active.

Il est également indispensable que beONS crée des ponts entre les différentes associations qui composent la FNIB afin de mener des actions communes et d'être le garant d'une communication et d'une collaboration entre les différentes spécialisations. En effet, serait-il logique que l'oncologie soit indifférente à la pédiatrie, à la gériatrie, ou encore aux soins intensifs, aux soins de plaies ?

Enfin, beONS se doit d'être en lien avec les associations « sœurs » qui occupent une position au sein de la Belgique et de l'Europe. Je pense à la SIO, au BHS, ... et bien entendu à EONS.

Proposition

Dès lors, afin de répondre à ces trois grands axes (législation – formation – communication), nous souhaitons mettre en place une association professionnelle en lien direct avec la FNIB. Elle porterait le nom de beONS qui est l'acronyme de Belgian Oncology Nursing Society. Cet acronyme a été choisi par analogie avec l'association européenne des soins infirmiers on oncologie EONS.

L'objectif principal de beONS serait de développer et promouvoir l'art infirmier en oncologie pour atteindre une haute qualité de soins et une politique d'accompagnement des patients atteints du cancer et de leurs proches.

Les objectifs spécifiques sont :

- Réunir les infirmiers qui, dans les services généraux, d'oncologie, en hospitalisation classique, en hospitalisation de jour, soins palliatifs, domicile, ... travaillent auprès du patient atteint d'une pathologie onco-hématologique.
- Au même titre, regrouper les infirmiers qui souhaitent continuer, entreprendre leur formation en oncologie.
- Au même titre, regrouper les praticiens de soins sous supervision légale d'un praticien de l'art infirmier.
- Représenter et défendre la profession et l'exercice de praticien de l'art infirmier tant du point de vue de leurs intérêts professionnels que dans l'intérêt des bénéficiaires de soins qui leur sont confiés en particulier et du public en général. Par son statut juridique en association sans but lucratif, le groupe d'infirmier en oncologie de la fédération Wallonie – Bruxelles et de la région Wallonne pourra exercer cette représentation aux différents niveaux de pouvoir et dans divers domaines d'activités, de formation, de partenariat, de défense professionnelle.
- Etre acteur dans les différents organes de décisions officiels afin de promouvoir, améliorer les soins de santé prodigués aux patients souffrant d'une affection onco-hématologique.
- Promouvoir la compétence des praticiens de

l'art infirmier en oncologie tant par la formation spécialisée (année de spécialisation) que continuée, la réalisation et/ou la participation à la réalisation de recherches scientifiques et la diffusion de leurs résultats.

- Favoriser le questionnaire scientifique, éthique, déontologique de l'infirmier en oncologie concernant sa pratique de soins et ses compétences.
- Favoriser les échanges intra professionnels, interprofessionnels au sein de sa structure fédérée tant au niveau régional que national.
- Favoriser les échanges intra professionnels au sein des associations européennes spécialisées en oncologie.
- Transmettre à ses membres les connaissances scientifiques et humaines les plus actualisées en matière d'oncologie
- Permettre l'accès aux sources d'informations scientifiques.
- Susciter et permettre la formation permanente et la mise à niveau du personnel infirmier spécialisé.
- ...

La structure de l'association beONS a déjà été pensée en termes de statut, puisqu'elle va être organisée en associations sans but lucratif.

Par contre, la structure de travail effective doit encore être réfléchie ; il semble toutefois opportun d'avoir un organe décisionnel fort à la tête de cette organisation (avec un bureau officiel) et de trois groupes de travail coordonnés par un membre pour chaque matière décrite ci-dessus (Législation – Formation – Communication).

Pour ce faire, nous avons besoin de personnes motivées à s'inscrire et à développer ce projet ambitieux.

Si vous êtes intéressé de participer à cette aventure, pouvons-nous vous demander de vous faire connaître auprès de Mr Eric Wathelet, soit par mail eric.wathelet@gmail.com, soit par courrier au 53 rue de Faron, 4180 Comblain-la-Tour, soit par téléphone +32(0)478 805 990.

Toutes les personnes qui ont laissé leurs coordonnées lors des Tables Rondes seront automatiquement recontactées.

Date de création

La première assemblée générale sera proposée le 10 mai 2012 lors de la conférence de la FNIB à Namur. Un groupe satellite à cette conférence se réunira afin de valider les statuts et le règlement d'ordre intérieur afin de créer officiellement beONS.

Ce même groupe sera invité à mener une réflexion sur l'organisation de l'association.



Le soignant. Entre la vie et ses représentations.

Marc MAYER

Avec le soutien de la FNIB asbl et de la Famille de l'Infirmière asbl

Cet ouvrage sera en vente lors du congrès national de la FNIB le 10 mai prochain.

Le fumeur abandonne la cigarette comme l'enfant le doudou de son enfance

INTRODUCTION.

La cigarette est la drogue (légale), la plus largement consommée à travers le monde. **A l'instar de ce qu'on appelle les drogues illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne) et autres** drogues licites à usage réglementé (alcool, somnifères, antidépresseurs), l'usage du tabac entraîne rapidement une dépendance physique et psychique chez son consommateur. Le tabagisme est un fléau et une pandémie affectant les cinq continents, à des niveaux différents, il est devenu un problème majeur de santé publique. Il détient aussi le triste record d'être la première cause de tous les décès évitables dans les pays riches (1). Le nombre de décès dus au tabac passera de 3,5 millions en 2000 à 10 millions en 2020. Le tabac tue plus que le sida, la tuberculose, les accidents de la route, l'alcool, la drogue, les suicides, les meurtres réunis !!!! Depuis les années 1950-1960, la cigarette est un symbole de séduction, d'émancipation, de distinction porté par l'univers de la mode et des stars. Avec la «révolution sexuelle» des années 70, cette tendance s'est confirmée, faisant de la cigarette un attribut de liberté et d'égalité. On pourrait penser que ce stéréotype est dépassé, pourtant le tabagisme commence chez les jeunes entre 12 et 17 ans, âge auquel ils sont plus réceptifs à l'installation de la dépendance nicotinique. Chez l'adolescent, le tabagisme est aussi répandu chez les filles que chez les garçons. Outre les méfaits bien connus sur l'organisme des fumeurs actifs, il y a aussi des effets sur l'organisme des non fumeurs, d'où l'application des arrêtés royaux d'interdiction de fumer pour protéger les non-fumeurs.

EFFETS NEFASTES SUR L'ORGANISME.

Un fumeur régulier d'un paquet de cigarettes par jour a une «chance» sur deux de mourir d'une maladie liée au tabac. Le tabagisme est responsable de plus de 4 millions de décès chaque année au niveau mondial.

La cardiologie et la pneumologie sont les deux spécialités les plus confrontées aux maladies dues au tabac et au premier rang par leur mortalité. Le tabac provoque : des affections cardio-vasculaires (artérites, AVC, ...). Des affections respiratoires (BPCO, emphysème, ...). Mais les effets nocifs du tabac touchent aussi les autres systèmes de l'organisme. Cancer du pancréas, du rein et de la vessie, ulcère gastroduodénal, gingivites, caries, ostéoporose, trouble du sommeil, vieillissement de la peau, diminution du goût de l'odorat, trouble de la fertilité, etc.

Le rôle du tabacologue.

Le tabacologue assez mal connu du grand public, a plusieurs missions : Rôle de prévention auprès des jeunes (présentation et sensibilisation dans les écoles), auprès de tout public (entreprise). Rôle de formation auprès des autres intervenants (infirmières, kiné du service) Rôle de conseil, de guidance auprès des fumeurs qui tentent d'échapper de leur dépendance tabagique.

LES CONSULTATIONS D'AIDE A L'ARRET DU TABAC.

Chaque fumeur est un cas particulier. Au travers de différents tests, le tabacologue dresse le profil tabagique de la personne et dresse un tableau des stratégies à mettre en place. La qualité de la relation patient/tabacologue est essentielle pour mettre en place les stratégies adaptées au cas par cas.

La première consultation, a pour but de dresser un bilan, de renforcer la motivation et de préparer à l'arrêt. Il peut s'écouler des années avant qu'un fumeur satisfait passe le cap du fumeur insatisfait. Le fumeur minimise bien souvent la composition d'une cigarette. Celle-ci explicitée sur le paquet (tabac, nicotine, goudrons, agent de saveur, ...) occulte un certains nombres de composants. En effet plus de 4000 composants entrent dans la composition d'une cigarette telle que :
- Des gaz toxiques (monoxyde de carbone, oxyde d'azote, acide cyanhydrique, Ammoniac)
- Des goudrons
- Des métaux lourds (plomb, mercure, cadmium, chrome...)
- Acétone, méthanol, naphthalène, arsenic, chlorure de vinyle.
- Plus de 40 substances cancérigènes

Un statut tabagique est dressé :

- L'âge de la première cigarette
- La consommation moyenne.
- Le type de consommation (cigarette manufacturée, roulée, cigare, pipe, chicha, joint)
- Autres addictions : café, coca, drogue, alcool.
- Les tentatives d'arrêt.
- Les ATCD médicaux et chirurgicaux.
- Les allergies, le traitement médicamenteux actuel.
- Etc.

Prise des paramètres (TA, RC).

Calcul du BMI (taille et poids), périmètre abdominal.

Mesure du CO expiré, qui indique le taux d'intoxication au monoxyde de carbone.

La stratégie des 5A est primordiale dans les consultations de tabacologies :

1° ASK : demandé, pour connaître le stade de maturation, trois questions suffisent.

**FUMEZ-VOUS ?
SOUHAITEZ-VOUS ARRÊTER ?
QUAND ?**

2° ADVISE : informer le patient sans le culpabiliser des risques liés au tabagisme actif et passif, expliquer les mécanismes de dépendance physique et psychologique ;

3° ASSES : évaluer et renforcer la volonté du fumeur à l'arrêt tabagique.

4° ASSIST : aider le patient durant son sevrage.

5° FOLLOW-UP : le suivi du patient durant son sevrage, ainsi que durant les mois suivant son arrêt.

On procède à une série de tests afin d'évaluer le degré de dépendance au tabac, le degré de motivation à l'arrêt de la personne. Comment interpréter une dépendance au tabac, le test de Fagerström est incontournable.

Au vu des résultats, on se dirigera vers un type de sevrage soit par :

- Substituts nicotiniques en combinaison (patch, chewing-gum, inhalateur), permettent l'apport de nicotine en fonction des besoins du fumeur.
- Aide médicamenteuse, deux molécules à notre disposition, le Bupropion et la Varénicline.
- La thérapie comportementale est très importante également, la personne doit changer ses habitudes, sa façon de réagir face au tabac.
- Séances de relaxation et de sophrologie.
- Soutien diététique si nécessaire.
- Il existe d'autres méthodes comme l'acupuncture, le laser, l'hypnose, etc.

Le but de la consultation est de trouver la méthode de sevrage la mieux adaptée à chaque fumeur, de le conseiller, de le guider, de fixer des objectifs

>> Suite page 23



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

simples et réalisables, de travailler sur la motivation à l'arrêt du tabac, d'accompagner et de suivre ses progrès, de soutenir et de féliciter les efforts fournis. Pour qu'un sevrage tabagique porte ses fruits, il est important que la personne soit motivée dans sa démarche.

Sources :
° Site du Fonds des Affections Respiratoires : www.fares.be
° Site Hôpital sans tabac : <http://www.hopitalsanstabac.be>
° Site Fume et Défume : <http://fume-et-defume.asso.fr/Role-et-mission-du-tabacologue.html>
° Lagrue G. Arrêter de fumer ? Ed.O.Jacob. 2è édition. 2000. 284p.
° Étude LOUVAIN MED. 118: 555-562, 1999.
Prignot J. Approches thérapeutiques de la cessation tabagique.



Mme Oumaziz Pascale
Service pneumologie du CHU André Vésale de Montigny-Le-Tilleul (ISPPC).
Infirmière-tabacologue.
Study nurse, Education du patient pour l'inhalothérapie.
Vice-présidente de la SBIP-BVPV (Société Belge des infirmier(e)s de pneumologie).
Tél : 071/92 25 56
Pascale.oumaziz@chu-charleroi.be

Les stratégies de coping chez le personnel infirmier

Infirmière Coordinatrice de projets infirmiers et paramédicaux au Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage, site : Le Chêne aux Haies.

Le stress associé à la profession infirmière est un sujet d'actualité dans le domaine des sciences infirmières et reçoit de plus en plus l'attention des chercheurs du fait que la profession infirmière est particulièrement stressante.

De par leurs activités et leurs responsabilités, les soignants subissent une forte pression dans leur travail qui peut se traduire par une plus forte tension perçue ou subie.

En effet, la situation d'urgence impose une grande maîtrise des compétences professionnelles : les erreurs peuvent avoir des répercussions plus graves que dans la plupart des autres professions.

Delmas P., Mayrand Leclercq M., Pronost A.M., expliquent dans leur article que «l'exigence d'un niveau élevé de compétences, la pression des familles et amis pour améliorer la qualité

des soins, la nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire avec la possibilité de conflits, des horaires qui vont parfois à l'encontre d'une vie familiale et sociale, une profession orientée vers la relation d'aide, tout cela dans un environnement où la tristesse peut devenir le climat organisationnel dominant, sont autant de facteurs de stress potentiels»(1).



Nassira BELGHEZLI,

>> Suite page 24

Afin d'explorer le concept de stress au travail en milieu infirmier, Gray-Toft et Anderson ont présenté une échelle de mesure permettant d'estimer les différentes dimensions du stress en lien avec la profession infirmière. 1981 (2) Ces auteurs ont identifié sept sources majeures de stress qui sont associées aux environnements physiques, psychologiques et sociaux. En ce qui concerne l'**environnement physique**, les auteurs mettent en évidence une source principale de stress : la surcharge de travail. Au regard de l'**environnement psychologique**, ils décrivent quatre sources de stress : la mort et la morbidité des patients, la préparation insuffisante de l'infirmier(e) pour faire face aux demandes émotionnelles, le manque d'appui, et l'incertitude face au traitement. Quant à l'**environnement social**, il apparaît deux sources de stress : les conflits avec les médecins et les conflits intra professionnels.

Le stress occupationnel en soins infirmiers peut être mesuré à l'aide de l'Echelle des Stresseurs en Soins Infirmiers (ESSI), traduction française de l'échelle du Nursing Stress Scale (NSS) de Gray-Toft et Anderson (2). Cette échelle permet d'explorer dans le contexte francophone à la fois la fréquence et l'intensité des stresseurs les plus fréquemment rencontrés par les infirmiers. Dans les événements générateurs de stress, il est admis aujourd'hui que ce n'est pas tant l'événement objectif en tant que tel mais bien la façon dont l'individu le perçoit qui est déterminante (Bruchon-Schweitzer M.L.-Quintard B., 2001) (3).

Conséquences du stress sur la santé

Dans une situation stressante intense et prolongée, l'apparition de divers symptômes peut être constatée chez l'individu et cela, suite au déséquilibre physiologique qui s'opère au niveau de son organisme suite au stress.

Les infirmier(e)s dans les différents services de l'hôpital ne vivent pas le stress de la même manière ou de la même intensité. Ces sources de stress ont des conséquences sur les infirmier(e)s de diverses natures : physique, psychique, sociale, intellectuelle et organisationnelle (4). Physiquement, les infirmier(e)s souffrent de céphalées, de dorsalgies, de migraines, de problèmes digestifs et présentent une insomnie et de la fatigue. Les conséquences psychiques sont plus remarquables et elles se présentent sous forme d'anxiété et de dépression (sensibilité et nervosité accrue) pouvant être la cause d'abus d'alcool, de tabac ou de médicaments. Sur le plan social, le stress se manifeste par des difficultés relationnelles telles que l'irritabilité, isolement social et par des conflits avec les collègues. Du point de vue intellectuel et organisationnel, le stress a une influence directe sur l'organisation du travail car il accroît l'insatisfaction des infirmières au travail, le turnover et l'absentéisme (Matrunola, 1996) (5). De plus, il affecte le niveau de performance de l'infirmier(e) (perturbation de la concentration

nécessaire à la tâche entraînant des erreurs et des oublis, difficultés à prendre des initiatives ou des décisions,..) et agit négativement sur sa motivation et sur sa productivité. Par conséquent, ceci retentit sur la qualité des soins.

Stress et coping

Devant le stress chronique généré dans les différents milieux de travail, les infirmières en général, réagissent pour gérer le stress afin d'en minimiser l'impact.

Elles tentent d'y faire face par l'utilisation des stratégies de coping telles que l'organisation du travail, la discussion du problème avec les autres, la délégation des responsabilités et l'expression des sentiments (Mauranges, 1998) (6).

Il existe un modèle théorique sur le stress et le coping élaboré par Lazarus & Folkman, 1984 (7). Les auteurs de ce modèle considèrent le stress comme une transaction entre l'individu et l'environnement qui excède les ressources de la personne, met en danger son bien-être et qui nécessite des efforts d'adaptation. Dans ce cadre, la réponse à un agent de stress passe par une évaluation cognitive initiale qui permet de préciser l'enjeu de la situation puis par le choix du mode de réponse ou coping.

Le coping est défini comme étant l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant (dépassant ses ressources adaptatives), pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (Lazarus & Folkman, 1984) (7).

Les stratégies de coping développées par la personne pour lutter contre un événement stressant, ont fait l'objet de nombreuses classifications. Celle proposée par Lazarus et Folkman (1984) (7) distingue : le coping centré sur le problème (action : tenter de faire quelque chose); le coping centré sur l'émotion (réflexion : modifier l'attitude à travers la réflexion); et la recherche de soutien social (aller vers : implique des efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui).

De façon générale, le coping centré sur l'émotion est pertinent pour réduire l'anxiété si l'événement est réellement incontrôlable, rarement si il est contrôlable. Le coping centré sur le problème est pertinent pour réduire l'anxiété si l'événement est réellement contrôlable, mais l'augmente dans le cas contraire. (7)

L'humour comme régulateur de stress

E. Spitz(8), décrit l'humour comme une stratégie cognitive d'évitement (en la détournant de la source du stress) qui consiste « à faire de l'humour», mot anglais venant de l'ancien français «humor» qui voulait dire «humeur».

La théorie des humeurs est l'une des bases de la médecine antique, d'Hippocrate à Galien, pour laquelle la santé (celle de l'esprit comme celle du corps) dépend du jeu de quatre humeurs. Actuellement, c'est un terme presque abandonné qui désigne tout liquide du corps. Au cours des siècles, du mot «humeur» a découlé le mot «humour», forme d'esprit qui cherche à mettre en valeur avec drôlerie le caractère ridicule, insolite ou absurde de certains aspects de la réalité.

Dans cet article, c'est la pratique de l'humour et sa compréhension qui nous intéresse comme stratégie de coping. Ainsi, la pratique de l'humour est une façon de ne pas prendre au sérieux la situation afin d'éviter d'être submergé par les émotions. Castro et al. se sont intéressés plus spécifiquement à l'utilisation de l'humour comme stratégie de coping pour réduire le stress et améliorer les relations sur le lieu de travail. Les auteurs montrent que dans une grande partie de la population d'infirmières, la pratique de l'humour a permis de réduire l'agressivité entre collègues, de renforcer les échanges, d'améliorer les négociations et la résolution des problèmes.

Ainsi, ils concluent que les bénéfices engendrés par l'humour se ressentent aussi bien dans la vie personnelle que professionnelle, en améliorant la communication.

L'efficacité des stratégies de coping ou l'épuisement professionnel

L'efficacité d'une stratégie de coping du sujet s'évalue par l'effet et donc les conséquences fonctionnelles ou non des réponses de coping du sujet sur des critères bien définis tels que le bien-être émotionnel, la santé physique (Piquemal-Vieu, 2001) (9).

Ainsi, une stratégie de coping est efficace ou fonctionnelle si elle permet à la personne, de maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique. Ceci implique qu'elle arrive non seulement à contrôler ou à résoudre le problème, mais aussi qu'elle parvienne à réguler ses émotions négatives notamment sa détresse psychologique (Lazarus & Folkman, 1984) (7). Sinon, la stratégie de coping devient inefficace ou dysfonctionnelle, elle se manifeste alors par des réactions comportementales et physiologiques perturbées chez le sujet (Bruchon-Schweitzer, 2001 (10) ; Pronost, 2001 (11)). L'état de souffrance extrême du soignant, favorisé par des stratégies de coping dysfonctionnelles et inefficaces correspond à l'épuisement professionnel, la conséquence la plus redoutable du stress chronique (Pronost, 2001(9)).

Maslach et Jackson, 1981 (12) ont repéré dans le développement de l'épuisement professionnel trois phases : l'épuisement émotionnel, qui correspond à un manque d'énergie avec apathie et méfiance et au sentiment que les ressources personnelles sont épuisées ; la déshumanisation de la relation

interpersonnelle ou perte d'empathie ; et la perte d'accomplissement personnel avec un moral bas, un retrait et une baisse de la productivité (Maslach, Jackson & Leiter (13)). Le degré d'épuisement professionnel des infirmier(e)s varie en fonction du lieu de travail. Il est plus élevé aux soins intensifs, notamment dans sa composante de déshumanisation (Canoui & Mauranges, 2001) (14). Si le stress est trop intense, l'organisme s'épuise, ne pouvant maintenir sur le long terme ses fonctions adaptatives. Apparaissent alors des réactions pathologiques et inadaptées que L. Crocq, 1994 désigne sous le terme de «stress dépassé» (15). Celui-ci se manifeste par des réactions de sidération, d'agitation, de fuite panique ou d'activité automatique.

Dominique Serrýn (16), dans son article sur «Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie», nous dit que les soignants qui côtoient la mort, ne sont pas pour autant « *des super-soignants tout puissants*». S'ils ont, de par leur pratique, conscience de leurs limites et qu'ils possèdent des outils pour les accepter (modérant ainsi la culpabilité qu'elles engendrent) peuvent-ils s'autoriser à faire le «deuil finalement pas impossible» de ces limites ?

De nombreuses recherches se sont intéressées au coping et à l'épuisement professionnel des infirmier(e)s. L'ensemble des résultats suggère que l'utilisation du coping centré sur le problème peut prévenir l'épuisement professionnel alors que le coping centré sur l'émotion contribue à l'épuisement professionnel (Boyle, Grap, Younger & Thornby, 1991 (17) ; Ceslowitz, 1989 (18); Pronost & Tap, 1996) (19).

Un consensus s'observe pour considérer les stratégies de coping centrées sur le problème comme plus efficaces que celles centrées sur l'émotion. Globalement, les sujets qui utilisent des stratégies d'approche du problème s'adaptent mieux aux événements stressants de la vie et présentent moins de symptômes psychologiques ou psychiatriques que les sujets utilisant des stratégies d'évitement centrées sur une gestion émotionnelle (Holahan & al.1996) (20).

Réflexion

Devant toutes ces données, il s'avère indispensable de favoriser, chez les infirmier(e) s en général, une bonne gestion du stress donc une prévention de l'épuisement professionnel par l'utilisation des stratégies de coping adéquates. Ceci pourrait être possible par l'intermédiaire de la formation en cours d'emploi sur les stratégies de coping notamment que le caractère modifiable ou malléable de ces stratégies permet d'envisager leur apprentissage.

BIBLIOGRAPHIE

(1) DELMAS P., MAYRAND LECLERCQ M., PRONOST A.M., «Le travail, est-ce encore la santé pour les infirmières et les cadres gestionnaires infirmiers», in : Sortie du management panique, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 2006.
(2) GRAY-TOFT A., ANDERSON J.G.,

«The Nursing Stress Scale: development of an instrument», in : Journal of Behavioural Assesment, vol.3, n°1, 1981.
(3) BRUCHON-SCHWEITZER M.L.-QUINTARD B., «Personnalités et maladies: stress, ajustement», Paris, Dunod, 2001.
(4) «Le stress au travail, une menace de plus en plus grande», Revue Soins, n°663, Edition Masson, mars 2002, p15-17
(5) MATRUNOLA, «Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers», 1996
(6) MAURANGES, «Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses», 1998
(7) LAZARUS & FOLKMAN, «Stress, apparaisal, and coping», 1984
(8) SPITZ E., Les stratégies de coping face à la violence au travail, Revue Francophone du Stress et du Trauma, la violence au travail, Tome 4, août 2004, p155-162.
(9) PIQUEMAL-VIEU, «Le coping, une ressource à identifier dans le soin infirmier», 2001
(10) BRUCHON-SCHWEITZER M.L., «Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress» in : Recherche en soins infirmiers n°67, 2001. P. 72 ;
(11) PRONOST, «La prévention du burn out et ses incidences sur les stratégies de coping», 2001

(12) MASLACH et JACKSON, « burn out inventory : Manual», Palo Alto», 1981
(13) MASLACH, JACKSON & LEITER, «The Truth About Burnout : How organizations cause personal stress and what to do about it», 1996
(14) CANOUI & MAURANGES, «Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants», 2001).
(15) CROcq L., «La psychologie des catastrophes et des blessés psychiques»,1994
(16) SERRYN D., Documentaliste, «Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie», Centre de Ressources National François-xavier Bagnoud, internet ;
(17) BOYLE, GRAP, YOUNGER & THORNBÝ, « Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses», 1991 ;
(18) CESLOWITZ, «Burnout and coping stratégies among hospital staff nurses", 1989;
(19) PRONOST & TAP, " Stress, coping, épuisement professionnel (burnout), 1996
(20) HOLAHAN&AL., "Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning", 1996.

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

Slaap en slaapstoornissen bij kinderen



Slaap is een toestand waarin we ons zomaar eventjes een derde van ons leven in bevinden. Toch is er pas de laatste decennia interesse in dit toch wel bijzonder fenomeen. Wetenschappers en artsen onderzoeken reeds veel langer onze “actieve” functionele toestand overdag. Men dacht vroeger ook dat slaap een eerder passief gebeuren was, een soort pseudo-comateuze toestand zonder verlies van bewustzijn.

Slaap is een complex fenomeen, net zoals gedrag en emoties dat zijn. Het veronderstelt een geheel van intacte hersenfuncties en het vrijkomen van stoffen die harmonisch op elkaar inspelen, maar zich niet geheel onafhankelijk van omgevingsfactoren manifesteren. Slaap is een biologisch proces dat bepaald wordt door de ontwikkelingsfase van het individu, genetische factoren én conditionering. Het is een voorbeeld van een **biologisch-psychologisch-sociaal** bepaalde activiteit. Dit houdt in dat wanneer je slaapmoeilijkheden ondervindt, deze drie pijlers samen belangrijk zijn om ze aan te pakken.

- Symptomen van verstoorde slaap of slaapttekort bij kinderen
- slaperigheid overdag uit zich bij kinderen in
 - o lage frustratie
 - o woedeuitbarstingen
 - o hyperactiviteit
 - o concentratieproblemen

De invloed van slaapstoornissen bij kinderen is vaak ondermijnend voor het ganse gezin

- Slaapstoornissen bij kinderen worden ingedeeld door middel van een **classificatiesysteem**.
- In- en doorslaapstoornissen
 - Obstructief apnoe syndroom
 - Parasomnie
 - Restless legsyndroom
 - Bedplassen/nocturie
 - Narcolepsie

Onderzoeken van slaapstoornissen

Een uitgebreid gesprek is cruciaal. Andere onderzoekstechnieken kunnen hulp bieden bij het Stellen van een diagnose:

- Logboek
- Polysomnografie

Het voorkomen van specifieke slaapstoornissen is soms leeftijdsgebonden.

Behandeling van slaapstoornissen

- Afhankelijk van de onderliggende oorzaak zijn verschillende behandel mogelijkheden voorhanden.
- Herstel van een goede slaaphygiëne
 - Chirurgie
 - Psychotherapeutische aanpak
 - Relaxatietechnieken -
 - Medicatie:
 - o Dopamine-agonist
 - o Ijzer supplementen
 - o Melatonine
 - o Antidepressiva

Obstructief Slaapapnoe Syndroom

Luchtstroom in onze bovenste luchtwegen kan hier en daar wat hindernissen ondervinden. Grote neuspoliepen, dikke tong, grote amandelen, kunnen aanleiding geven tot snurken en plots verminderde luchtstroom of zelfs ademstop (apnoe). Uiteraard zal men op dat ogenblik wakker worden, waardoor de slaap gefragmenteerd wordt en de slaapkwaliteit ondermaats is. Dit leidt tot vermoeidheid, slaperigheid overdag, niettegenstaande men voldoende uren in bed doorbrengt. Behandeling zal in eerste instantie door de neus-keel-oorarts mee bepaald worden. Indien neuspoliepen

en amandelen groot zijn worden deze meestal chirurgisch verwijderd.

Paraomnieën in link ?

1/slaapwandelen, praten in de slaap: dit komt voor in NonREM slaapfase (niet-droom slaap). Dit kan in principe de ganse nacht door voorkomen.

2/nachtmerries: dit komt vooral in de ochtend voor, omdat het zich voordoet in de droomslaap of REM (rapid eye movement) fase. Kinderen herinneren zich het gebeuren heel goed en zijn meestal angstig. Je kan op het moment zelf goed contact met ze maken. Dit laatste is een belangrijk verschil is met een night terror.

3/night terrors: dit ziet er vooral voor de omgeving angstaanjagend uit. Kinderen kunnen roepen, schreeuwen, ronddolen, ogen wijd openhouden zonder dat je contact met hen kan maken. Dit ontstaat vanuit de diepe slaap en komt vaak in de eerste helft van de nacht voor. Kinderen herinneren zich in de ochtend niets meer.

De behandeling van deze slaapstoornis is vooral een goede slaapstructuur behouden. Deze parasomnieën zullen frequenter voorkomen bij kinderen met slaapttekort of kinderen bij wie het ritme plots veranderd. Andere middelen zijn het voorkomen van plotse veranderingen op school, thuis enz... Nieuwe, spannende prikkels voor het slapengaan zijn beter te vermijden. Dit gedrag verdwijnt meestal spontaan met de leeftijd en is vermoedelijk een rijpingsfenomeen dat frequenter voorkomt bij kinderen die prikkelgevoelig zijn. Vaak is er ook een erfelijke aanleg.

Restless Leg- Syndroom

Volwassenen kennen dit als “rusteloze benen”. Je benen “zinderen” wanneer je gaat liggen, iets wat over gaat wanneer je ze gaat bewegen. Kinderen benoemen dit echter eerder als “pijn”, waardoor dit vaak verkeerd geïnterpreteerd wordt als “groeipijnen”. Ouders moeten vaak de benen masseren of pijnstillende middelen geven. Het komt vaak in het begin van de nacht voor, of in de ochtend, soms ook overdag. Het kan de slaap erg fragmenteren (bij elke beenbeweging wordt de slaap onderbroken). Soms is er sprake van ijzertekort. Je kan dit gedurende een bepaalde tijd medicamenteus behandelen. Meestal is er een erfelijke aanleg en is er wel iemand in de familie die hetzelfde heeft (gehad). Deze slaapstoornis is goed te behandelen. In eerste instantie kan een ijzerkuur geprobeerd worden. Dit geeft niet altijd het gewenste resultaat. Medicamenteuze therapie (dopamine-agonist) is aangewezen indien dit probleem leidt tot ernstige slaperigheid overdag.

Insomnia ofwel het niet kunnen inslapen of wakker worden ’s nachts en niet meer kunnen doorslapen, komt frequent bij kinderen voor. Hier is het belangrijk het bio-psycho-sociaal model goed te analyseren. Het is belangrijk te weten welke het natuurlijk “slaapritme” is en in welke leeftijdsfase het kind zich bevindt.

In- en doorslaapproblemen bij peuters/baby's zijn voor het grootste deel toe te schrijven aan **verkeerde associatiegewoontes en/of ortopedagogische onmacht**. Gastro-oesofagale reflux of andere medische oorzaken moeten uiteraard uitgesloten worden. Behandeling van dit probleem is een gedragsmatige aanpak/training. De ‘5-minuten’methode is zeer efficiënt, maar dient het best uitgevoerd te worden in samenspraak met een kinderpsychologe omdat doorzetten hierin cruciaal blijkt en vele ouders meestal ondersteuning hierin kunnen waarden.

Tot de insomnieën behoort ook de groep slaapstoornissen die we kunnen omschrijven als **circadiane slaap/waak ritme stoornis**. Deze kinderen hebben een ander slaap/waakritme waardoor in- doorslapen problematisch is en zij overdag ook vaak slaperig zijn. We kunnen deze groep verder indelen in

- Delayed sleep phase syndrome (uitgesteld slaap/waakritme)
- Advanced sleep phase syndrome (vervroegd slaap/waakritme)
- Free running rhythm
- Irregular rhythm

Een aantal ontwikkelingsstoornissen vormen een risico op deze slaapstoornis vermoedelijk omwille van de genetische/neurologische afwijkingen.

Autisme spectrum stoornis
Bipolaire stoornis
ADHD
Angelmansyndroom
Aicardi syndroom
Mowatt Wilson syndroom
Fragiel X syndroom
Smith-Magenis syndroom

Behandeling van deze slaap/waakritmestoornis is naast het behouden van een goede slaapstructuur vaak medicamenteus. Melatonine is een natuurlijk hormoon dat kan gegeven worden net voor het slapengaat. Het bioritme wordt zodoende verschoven naar een vroeger tijdstip.

Psychofysiologische insomnia.

Leerproblemen kunnen eveneens een onderliggende oorzaak zijn van in- en doorslaapproblemen, maar ook spanningen thuis of op school (gepest worden, echtscheiding...) Bij de analyse dient men al deze facetten goed te kennen om een juiste behandeling te kunnen starten. Zoveel mogelijk trachten een goede slaaphygiëne door te voeren blijft echter altijd een noodzakelijke opdracht. De behandeling zal individueel psychotherapeutisch zijn, dan wel contextgebonden (school/gezin) afhankelijk van het probleem. In geval van ernstige inslaapstoornis met bv schoolverzuim waarbij we niet op korte termijn oplossingen kunnen bieden omwille van de problematiek, kan een antidepressivum zinvol zijn. Dit zorgt voor een kortere inslaaptijd en tegelijkertijd een intensere slaap.

Gouden regels voor slaaphygiëne bij kinderen met inslaapproblemen.

- Donkere, goed verluchte en STILLE kamer
- Rituelen inbouwen en doorvoeren, ook in WE!
- Koele ruimte (18°)
- Niet met hongergevoel naar bed
- Drinken beperken (volle blaas= wakker)
- Kinderen moeten leren ALLEEN in te slapen
- Geen “actie” meer voor bedtijd
- Beperk activeren net voor slapen: spannend boek, TV, PC, ...
- Enkel slapen in bed (geen TV, niet lezen, ...)
- Bad is vaak stimulerend voor kinderen i.p.v. relaxerend
- Caffeïne, chocolade vermijden
- Medicatie: sommige kunnen inslapen bemoeilijken
- Dutjes: leeftijdsadekwaat

- VOLHOUDEN VOLHOUDEN VOLHOUDEN VOLHOUDEN

2- 4jaar	in- en doorslaapprobleem door verkeerde associatiegewoonte, specifieke leeftijdskenmerken (scheidingsangst, koppigheidsfase...)
3-8 jaar	night terrors/nachtmerries
6-12 jaar	bedplassen
8-12 jaar	slaapwandelen/praten in slaap
Adolescentie	circadiane stoornis in slaap/waakritme
Alle leeftijden	Obstructief apnoe-syndroom nachtmerrie

Le 21 avril prochain, ACCOORD fêtera ses 25 ans !

C’est un anniversaire qui se mérite et qui ne peut pas passer inaperçu...

La fédération ACCOORD, association subsidiée par la Région Wallonne, regroupe 12 centres pluralistes de coordination de soins et d’aides à domicile, d’initiatives privées et publiques. Bien que créée au début des années 1980, en étroite collaboration avec le Groupement des Fédérations et Associations de médecins généralistes, elle a été constituée juridiquement en 1987. Fidèle à sa charte (pluralisme, multidisciplinarité, libre choix du patient pour ses prestataires et indépendance du coordinateur), elle a une quadruple mission : apporter un soutien logistique à ses centres, les informer régulièrement sur la réglementation, veiller à l’organisation de la formation continue de leur personnel d’accueil et de coordination et assurer leur représentation politique. ACCOORD, c’est aussi une concertation permanente entre acteurs multidisciplinaires proches de la réalité médico-sociale locale dans un souci de qualité et d’évolutivité de la première ligne.

L’avenir des soins de santé est un sujet qui nous préoccupe tous et nous nous réjouissons de voir

l’énergie déployée pour préparer des solutions de qualité. Ces soins et services ont malheureusement un coût qui nécessite réflexion. Le gaspillage n’est plus de mise, que ce soit financier ou en temps. Cependant, toutes ces considérations financières et pratico-pratiques ne peuvent pas nous éloigner de notre but ultime qui est le patient ! Pour ce faire, nous souhaitons nous pencher davantage sur les besoins réels du terrain, les difficultés rencontrées pour répondre à ceux-ci et les solutions disponibles ou à développer. Puisque tous les intervenants ont un rôle essentiel à jouer, chacun représentant un maillon de la chaîne, il nous semble important de mieux comprendre chaque prestataire de soins ou de service.

25 ans est une belle étape et la fédération souhaiterait la marquer par un colloque ayant pour thème « Soins ambulatoires : éthique et droits des professionnels de la 1ère ligne ». Il a pour but d’amener à la réflexion, en apportant une petite pierre dans cette construction de notre futur à tous. La “première ligne” se dessine bien, les outils se mettent progressivement en place. En toute logique, nous avons opté pour débattre à un autre niveau : la valorisation de tous les acteurs de la première ligne. Nous aurons, en effet, besoin de prestataires motivés et conscients de leur rôle pour

relever nos défis !

Au programme, suite à une introduction du sujet par Madame la Ministre Tillieux, le Dr. Cécile Bolly (médecin généraliste, professeur à la Faculté de Médecine de l’UCL et à la Haute Ecole Robert Schuman) nous proposera un outil pour développer l’éthique dans la pratique des prestataires. L’après-midi, Mr. Jean-Michel Longneaux (philosophe, professeur aux FUNDP, conseiller en éthique dans le monde de la santé, rédacteur en chef de la revue Ethica Clinica) nous parlera de l’éthique et des droits des prestataires. Quant au Dr. Didier Giet (Président du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine - Université de Liège), il nous décrira sa perception de l’avenir des soins ambulatoires.

Enfin, un anniversaire ne se conçoit pas sans gâteau et nous serions très heureux de le partager avec vous !

Samedi 21 avril 2012 de 10h à 16h
au Campus Provincial de Namur, Rue Henry Blès, 188-190, Namur

Renseignements et réservations :
071/33.11.55 - accoord@skynet.be



N. Chique
Infirmière en chef
Polyclinique
C.H.U de Charleroi
Hopital A. Vésale
Infirmière spécialisée en diabétologie

L'insulinothérapie fonctionnelle (I.F) De la théorie à la pratique à l'hôpital a. Vésale

INTRODUCTION

Infirmière en éducation du patient diabétique depuis 2001, je n'ai pu que constater l'augmentation du nombre de patients pris en charge au sein de la convention diabétique à l'hôpital A. Vésale.

Chaque patient est différent. Il a la même maladie mais pas le même type de « diabète ». Notre rôle est de procurer des soins de qualité, d'adopter un matériel performant, d'éduquer le patient afin qu'il soit le plus autonome possible dans la gestion de cette maladie chronique contraignante et sérieuse. La difficulté la plus fréquemment rencontrée par l'infirmière est:

« Comment adapter au mieux la gestion de la maladie, le quotidien du patient et d'assurer le suivi de celui-ci afin d'éviter les multiples complications liées au diabète ? »

Les priorités des patients ne sont pas en corrélation avec les recommandations du médecin diabétologue. La principale priorité du patient est de conserver une vie dite « normale » en dépit de la gestion de sa pathologie. N'est-ce pas une demande légitime ?

Vu la complexité des réactions du patient vis-à-vis de son traitement, nous ne pouvons bien souvent que leur donner des réponses incomplètes. Une multitude de facteurs interfèrent avec les résultats des tests de glycémie (l'alimentation (qualité et quantité), l'activité physique et le traitement, . . .) Ceci rend souvent nos réponses insatisfaisantes et renforcent la perplexité du patient face à son traitement.

A partir de ce constat, il nous manquait une approche plus pratique pour nous aider à mieux éduquer nos patients. L'insulinothérapie fonctionnelle nous a ouvert une nouvelle approche thérapeutique et éducative.

Au niveau de l'équipe éducative, la principale innovation était l'indissociabilité de l'équipe pluridisciplinaire qui lie

étroitement le médical, la diététique et le nursing. « Pour faire de l'éducation à l'I.F, il ne faut pas agir seul(e) dans son coin ! »

OBJECTIF

L'objectif principal était la création d'un module ambulatoire d'éducation à l'insulinothérapie fonctionnelle à l'hôpital A. Vésale et la validation de l'impact de cette méthode sur le comportement des patients et leur prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

Tout était à construire...

Pour l'élaboration de ce projet, nous avons suivi plusieurs étapes :

- formation théorique de l'équipe avec recherche de l'existant en Belgique et à l'étranger
- formation pratique de l'équipe (stage du diabétologue référent, de la diététicienne et de l'infirmière à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris ; nous étions la première équipe belge en formation dans le service du Pr Grimaldi et du Dr Sachon)
- élaboration du module d'éducation (5 séances et structure du programme éducatif)
- création des différents outils utilisés (anamnèse infirmière et diététique, questionnaire de connaissances distribué aux patients, documents éducatifs, ...)
- mise en place des modules d'éducation
- évaluation de l'éducation au moyen du questionnaire de connaissances
- relevés des paramètres de l'HbA1c et du poids des patients avant module et 6 mois après module

L'évaluation a eu lieu sur l'hôpital A. Vésale, 34 patients ont participé à l'étude. Celle-ci s'est déroulée du 30 mai 2008 au 31 décembre 2009 soit 8 modules d'éducation. C'est sur base volontaire que les patients sont entrés dans la recherche. Ils devaient être sous 4 injections d'insuline analogues.

Le questionnaire de connaissances était distribué à chaque patient en début et en fin du module éducatif. Il comportait 20 questions relatives à l'éducation diététique et infirmière. Un test statistique a été effectué afin de comparer les réponses des patients et pouvoir ainsi analyser et interpréter les résultats.

Lors de la première séance, les patients répondaient sans l'aide d'outils et seulement sur base des connaissances acquises au cours de leur prise en charge individuelle au moment de la découverte et prise en charge de leur diabète. A la dernière séance, un deuxième questionnaire identique au

premier leur était proposé. Ils pouvaient utiliser tous les outils didactiques reçus pendant la formation y compris le livret : « Les glucides n'ont plus de secret pour moi ! ».

RESULTATS ET DISCUSSION

L'analyse des résultats a démontré une modification du comportement des patients dans leur façon de gérer la maladie (plus de liberté alimentaire, meilleure prise en charge des hypoglycémies, moins d'incidents hypoglycémiques sévères), grâce à l'amélioration du niveau de leurs connaissances.

Les domaines de l'éducation sont très larges (matériel, résultats biologiques, complications liées au diabète, alimentation, activité physique, vie sociale et professionnelle du patient, adaptation des doses d'insuline, ...). La création du module nous a aidés à aborder tous ces points d'une autre manière. Grâce à cette méthode, il est possible de relier l'éducation diététique, infirmière et le suivi médical. L'éducation en groupe a apporté une nouvelle dynamique. Les échanges entre patients sont bénéfiques pour le groupe de patients et des professionnels.

La participation active des patients (ateliers pratiques) a grandement favorisé ces échanges. Les patients ont amélioré le niveau de leurs connaissances sur :

- les groupes alimentaires
- la représentation visuelle des aliments en « carrés de sucre et carrés de beurre »
- le calcul des glucides ingérés
- les proportions d'aliments consommés
- la lecture des étiquettes des produits
- la gestion des resucrages
- l'adaptation des doses d'insuline par rapport aux glucides des repas, les situations particulières telles que le sport, le jeûne, l'alcool et les repas gras, ...

Au niveau des résultats de l'HbA1c, on a pu observer en moyenne une diminution de 0,7%, 6 mois après la fin des modules. Une prise de poids chez les patients a pu être observée, expliquée par un relâchement alimentaire. Les écarts n'ont pas eu d'influence directe sur les résultats des tests de glycémie l'HbA1c. Le patient a plus de liberté et il n'adapte plus son alimentation à l'insuline mais l'insuline à son alimentation. On peut donc dire que cela est bénéfique aux patients en termes de qualité de vie.

CONCLUSION

La création de ce projet et la mise en place des séances d'éducation ont été un véritable défi pour l'équipe d'éducation à l'insulinothérapie fonctionnelle. Changer les habitudes d'éducation en passant de l'entretien individuel à une animation de groupe ne fut pas simple. Il a fallu gérer les groupes de patients, gérer les émotions, bien maîtriser la méthode et l'enseigner.

L'amélioration des modules reste notre principal objectif. Le travail n'est pas figé et est en constant perfectionnement (au niveau du matériel, de la formation de l'équipe, ...). De nombreuses pistes de travail sont encore à explorer. L'objectif est de continuer à développer les modules d'éducation en les adaptant à d'autres types de patients (diabète de type 2) et ainsi améliorer la prise en charge de tous nos patients diabétiques.

Le Collectif de Santé de Charleroi Nord recrute un(e) infirmier(ère) A1 salarié

Le Collectif est une maison médicale au forfait ayant pour mission principale de dispenser des soins de première ligne en proposant une approche globale des soins et de la prévention pour la santé, dans un cadre pluridisciplinaire et proche de la population dont la maison médicale connaît les spécificités et les problèmes.

Fonction de l'infirmier

- Organiser et réaliser les soins
- Participer à la réalisation des projets de promotion de la santé
- Assurer la logistique du matériel médical et la tenue des dossiers infirmiers
- S'inscrire dans le réseau des soins infirmiers carolols

Profil

- Baccalauréat en soins infirmiers
- être familiarisé avec l'outil informatique
- Posséder les connaissances de base dans le développement de projets en promotion de la santé
- s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire
- prendre des initiatives
- avoir le sens de l'écoute et faire preuve d'empathie
- s'adapter au contexte de vie du patient
- être pédagogue
- être flexible
- pouvoir prendre du recul
- s'intéresser aux nouvelles pratiques dans l'art infirmier
- gérer le stress

Offre

- Temps de travail : 1/2 tps
- Contrat CDD dans un premier temps, suivi d'un CDI
- Horaire de travail de jour, variable, avec prestations 1WE/3 et présence exigée le mardi de 13h à 15h pour la réunion d'équipe
- Salaire : barèmes CP 330, chèques-repas, 13ème mois, assurance-groupe, voiture de fonction pour les déplacements au domicile des patients, budget formation.
- Entrée en fonction souhaitée : 1er mai 2012

Postuler

Cv et lettre de motivation uniquement par mail à coordination@mmchnord.be
Pour toute information : Aurore Deneffe, coordinatrice au **071/41.53.24**
Date limite : 10 avril 2012

Direction des affaires sociales



chu uvc brugmann

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

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

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

Secrétariat Département Infirmier Paramédical : tél: N. Driesen 02477-39-14 ou 02477-39-13 C.Jockin
Directrice van Verpleegkundig et Paramedisch Departement : anita.clemens@chu-brugmann.be

Medical Essentials

Tous les produits pour l'allaitement et les bébés

Amēda
MOM INSPIRED. HOSPITAL TRUSTED

- Tire-lait électrique
- Téterelles en plusieurs tailles
- Flacons de conservation
- Baby cup
- Coquilles forme mamelons
- Gel pads
- Sachets de congélation avec adaptateur

Lansinoh

- Crème protectrice lanoline
- Tire-lait manuel
- Coussinets absorbants jetables
- Flacons de conservation
- Latch'Assist
- Baby wipes
- Sachets de congélation

mOmma

earth friendly baby

Produits 100% naturelles

RECETTES/ RECEPTEN

«Le fromage, c'est si bon»

«I love cheese!»

Tatin de pommes de terre au camembert

Ingrédients pour 6 personnes :

1 kg de pommes de terre à chair ferme - 2 échalotes hachées - 4 à 5 gousses d'ail hachées - 4 càs. de persil plat finement coupé - 100gr. de lardons fumés - 1 camembert - 2 œufs frais - 20 cl. de crème fraîche - 1 càs. d'huile d'olive - 1 càc. de beurre - Sel & poivre - 1 fond de pâte feuilletée

Passons au fourneau :

1. Eplucher les pommes de terre et les faire cuire dans de l'eau bouillante salée.
2. Faire revenir rapidement dans l'huile d'olive, les échalotes, l'ail, le persil et les lardons.
3. Beurrer un moule à bord haut ou des petits moules individuels (de préférence en silicone).
4. Découper le camembert en lamelles et les pommes de terre en rondelles.
5. Disposer en alternance dans le(s) moule(s) les pommes de terre, la préparation à base d'échalotes et les lamelles de camembert.
6. Battre les œufs avec la crème fraîche. Saler et poivrer.
7. Verser cette préparation dans le(s) moule(s) et le(s) mettre dans un four préchauffé à 180° pendant une dizaine de minutes.
8. Sortir le(s) moule(s) du four et disposer la pâte sur le dessus des pommes de terres en l'appliquant bien sur les bords.
9. Remettre au four pendant. 20 à 30' jusqu'à ce la pâte soit bien colorée.
10. Au sortir du four, démouler en retournant le «Tatin» en décollant les bords avec la pointe d'un couteau.
11. Servir avec en accompagnement une belle salade «iceberg» assaisonnée.
12. Bon appétit.



Werkwijze

1. Schil de aardappelen en kook ze
2. Bak de sjalotten, de knoflook, de peterselie samen met de spekblokjes in de olijfolie
3. Vet een hoge bakvorm in (of enkele kleine vormpjes)
4. Snij de camembert in plakjes en de gekookte aardappelen in schijfjes
5. Leg alternerend de aardappelen, het baksel met de sjalotten en de camembert in de bakvorm(en)
6. Klop de eieren met de slagroom, voeg peper en zout naar smaak toe
7. Giet het mengsel in de bakvorm(en) en bak gedurende een 10-tal min. in een oven van 180°
8. Bedek nu de vormen met het bladerdeeg en druk goed vast thv. de randen
9. Zet terug in de oven gedurende 20 à 30 min tot het bladerdeeg mooi bruin is
10. Draai nu de «tatin» om op een bord (dus eerst deeg op het bord)
11. Serveer met ijsbergsla op smaak gebracht met een lekkere dressing
12. Smakelijk!

Soufflé à la mimolette

Ingrédients pour 4 personnes :

50gr. de beurre demi-sel + 30 gr afin de beurrer les moules - 50gr. de farine - ½ l de lait entier - 5 jaunes d'œufs - 8 blancs d'œufs - 100gr. de mimolette râpée - 1 pincée de cumin - 2 càs. de chapelure - 1 càc. de maïzena

Et maintenant au fourneau :

L'appareil à soufflé : Faire fondre 50 gr. de beurre demi-sel et ajouter 50 gr. de farine. Mélanger et faire cuire à feu doux au moins 20 min. Verser ½ l. de lait en fouettant pour monter en béchamel. La faire cuire à feu doux pendant 2 à 3 min. en remuant. Laisser refroidir durant quelques min. Ajouter 5 jaunes d'œufs bien battus et 100 gr. de mimolette râpée. Assaisonner et ajouter une pincée de cumin. Placer le mélange à température ambiante.

La préparation des moules : Beurrer les moules avec du beurre fondu puis les placer dans le réfrigérateur. Lorsque le beurre est figé, beurrer à nouveau et répéter l'opération à 2 reprises. Ensuite recouvrir l'intérieur des moules de chapelure. Préchauffer le four à 180°C.

La cuisson des soufflés : Monter 8 blancs d'œufs en neige pas trop ferme avec 1 càc. de maïzena. Incorporer les blancs en neige à l'appareil. Remplir les moules au ¾ de leur hauteur. Faire cuire au four pendant 11 min. Servir les soufflés accompagnés d'une petite salade.



Souffle met Mimolette

Benodigdheden voor 4 personen

80gr. gezouten boter - 50gr. bloem - ½ l volle melk - 5 eierdooiers - 8 eiwitten - 100gr. geraspte mimolette kaas - 1 snuifje komijn - 2 eetl. broodkruimels - 1 kfl. maïzena

Werkwijze

1. Smelt 50 gr. gezouten boter en voeg 50 gr. bloem toe. Roer en kook op laag vuur minstens 20 minuten.
2. Giet langzaam al kloppend ½ l. melk in het mengsel om een mooie bechamel te bekomen, laat nog een 2-tal minuten verder koken, laat daarna even afkoelen
3. Voeg 5 losgeslagen eierdooiers en 100 gr. geraspte kaas toe.
4. Kruiden met peper en zout en een snuifje komijnpoeder
5. Boter de bakvormen in met gesmolten boter en plaats ze even in de diepvriezer. Als de boter bevroren is, boter ze nogmaals in en herhaal dit nog 2 keer.
6. Bedek daarna de boter met broodkruim
7. Verwarm de oven voor op 180 ° C.
8. Klop de eiwitten, samen met de maïzena licht stijf en meng onder de bechamel
9. Vul nu de bakvormen (max tot ¾)
10. Bak gedurende 11 min.
11. Serveer met salade
12. Smakelijk!

Les conseils du père «Effainibet»

Pour accompagner ces plats débordants de saveurs et de simplicité, je vous propose un vin frais et léger issu du beaujolais tel qu'un Juliéas ou un agréable pinot noir d'Alsace.

Assez parlé, mon «assiette» va refroidir !

Bon appétit et à votre santé...



Om deze gerechten vol van smaak en eenvoud te begeleiden, stel ik een lichte, frisse wijn uit de Beaujolais, zoals een Julienas of een mooie Pinot Noir uit de Elzas voor.

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.

€

**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

Federale Neutrale Beroepsorganisatie voor Verpleegkundigen vzw

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



FNBV.

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

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

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

Express médical

Amonis

Partenaire de la FNIB
Partner van NFBV

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

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

Revenu garanti

→ une couverture sur mesure

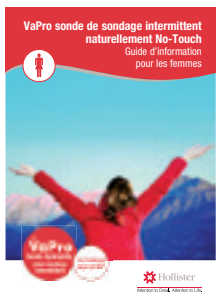
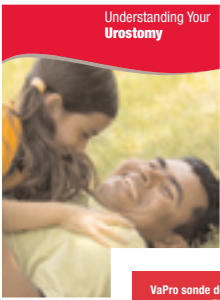
Gewaarborgd inkomen

→ een dekking op maat

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



Attention to Detail. Attention to Life