



AGORA

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

N°/Nr 8

Trimestriel : Juillet - Août - Septembre 2012
Driemaandelijks : Juli - Augustus - September 2012



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



réseau iris structuur

Institut Jules Bordet

*Ensemble,
faisons gagner la vie.*

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

L'institut Jules Bordet recrute (m/f):

Pour le Département Infirmier:

• Infirmiers bacheliers

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

• Infirmiers bacheliers SIAMU

pour les Soins Intensifs de Médecine et de Chirurgie.

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

Si vous souhaitez rejoindre nos équipes pour

Ensemble, faire gagner la vie

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



réseau iris structuur

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



*le logiciel du Nursing
de la gamme*



OmniPro

Care 4 Health
we care about your patients
www.Care4Health.be
info@Care4Health.be



mims
www.mims.be
info@mims.be



Agenda	4
Edito	
La Santé, un secteur d'avenir...	5
Rubrique internationale	
Le chômage et le sous-emploi des infirmières	6
Nouvelles publications du CII	6
New ICN publications	7
Début de la deuxième «vague» de l'initiative du CII contre les maladies non transmissibles et présentation de l'Arbre du bien-être	8
ICN launches the Wellness Tree & second wave of the NCD nursing initiative to lead the fight against noncommunicable diseases	9
Portrait	
Frère Jean Louis de Pourbaix	10
Nous avons lu pour vous ...	
Une exposition fréquente au gaz d'échappement de diesel augmente considérablement le risque de décès du cancer du poumon.	12
Rendre la vue à des personnes atteintes de cécité, on sait que c'est maintenant possible.	13
En Europe, les «boîtes à bébés» se multiplient	14
Rubrique juridique	
L'exposition au sang du personnel soignant : un risque trop souvent négligé	16
Statut aide soignant à domicile	22
Rubrique Partenaires	
La sécurité et la traçabilité dans le dossier patient informatisé.	24
De veiligheid en de traceerbaarheid in het elektronisch patiëntendossier.	25
Rubrique culinaire	31
Bulletin d'adhésion FNIB	34
Également dans ce numéro :	
Godefroid Danielle ou Doudou....	27
L'expérience avec le système Karl STORZ 3D/HD laparoscopique au bloc opératoire du CHU de Charleroi.	28
La sécurité des patients, la satisfaction et la qualité des soins hospitaliers	30
Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care	32
Congrès annuel FNIB 2012	18
Discours de Madame la Ministre Laurette	
ONKELINX	20

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

Agenda

12-14 septembre Vème Congrès International d'épidémiologie	http://www.adelf2012-bruxelles.be	Bruxelles, Flagey
14 septembre Ressources en personnel et qualité des soins	http://site.isaoi.be/node/187	Bâle
25 septembre Tables Rondes de l'AFISCEP.be - Soins Palliatifs	www.afiscep.be antonietta.gervasi@live.be	Ougrée
27 septembre L'erreur médicale : comment améliorer la prévention et la réparation ?	http://www.congres-prevention-medicale.org/information-et-reservation	Palais des Congrès, Porte Maillot-Paris
2 octobre Tables Rondes de l'AFISCEP.be - Soins Palliatifs	www.afiscep.be antonietta.gervasi@live.be	Charleroi
4 octobre Ouverture de la session spécialisation en endoscopie	http://www.endofic.be	Bruxelles CPSI-ENDOFIC
5-8 octobre 44th Congress of the Paediatric Oncology	http://www.siop2012.org/wp-content/uploads/2011/10/SIOP2012_Highlights.pdf	Barbican Centre, London, United Kingdom
18 octobre Congrès du BEFEWO - A chaque âge ses plaies	www.befewo.org	Centre Culturel d'Uccle
19 octobre Journée AIGP : «Allergie, intolérance alimentaire ?»	www.aigp.org	Anderlecht Bruxelles
25 octobre «La bienveillance dans les soins»	FNIB Bruxelles-Brabant nathalie.meily@erasme.ulb.ac.be	Campus Erasme Bruxelles
25 octobre 3ème congrès AB.PAI&AS-MR/MRS	karine.branche@gmail.com	Hotel Airpoort à Gosselies
6 novembre Tables Rondes de l'AFISCEP.be - Soins Palliatifs	www.afiscep.be antonietta.gervasi@live.be	Mouscron
8 novembre Soirée AIGP (GIPPL) : «L'enfant drépanocitaire»	www.aigp.org	Liège
10 novembre British Anaesthetic & Recovery Nurses Association Conference 2012	http://www.barna.co.uk	Londre



Antwerpen • Brussels • Charleroi • Gent • Kortrijk • Leuven • Liège



((Le spécialiste RH
dans le secteur médical))

((De HR specialist
voor de medische sector))

Express Medical

Place De Brouckèreplein 9-13

1000 Bruxelles/Brussel

T. 02 512 13 00

brussels-hd@expressmedical.be

intérim • emploi fixe • job étudiant • activité complémentaire • conseil carrière
uitzendwerk • vaste jobs • studentenjobs • bijwerken • loopbaanadvies

member of usg people

www.expressmedical.be

La Santé, un secteur d'avenir... Qui prendra soin de nous dans quelques années ?

La fin de l'année académique est arrivée et le choix crucial pour certains qui hésitent encore.

Nombre de jeunes sont déçus de l'idée de s'engager dans une voie, souvent par ignorance de l'existence de certains métiers et surtout des modalités pour y parvenir.

Selon la dernière publication de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), l'ensemble des professions de soins et d'aide aux personnes devrait bénéficier d'une forte dynamique de l'emploi à l'horizon 2020 nous déclare madame Franzin-Garrec (Directeur des soins à Massy – France) dans la revue SOINS n° 765 de mai 2012.

Ceci pourrait se révéler encourageant à l'heure où régulièrement les fédérations professionnelles, les organismes internationaux de santé ainsi que notre SPF Santé tirent la sonnette d'alarme sur une pénurie annoncée des professionnels de soins pour les années futures.

Or, il faut savoir que la Belgique est un des pays ayant une densité moyenne élevée de prestataires infirmiers en comparaison avec les autres pays européens et mondiaux. On compte, en effet, en Belgique, un ratio de 11 infirmiers actifs / 1000 habitants (selon les estimations du SPF Santé publique). Naturellement, les prestataires infirmiers ne sont pas répartis uniformément selon les lieux de pratiques et selon les régions. Dans certaines régions, des institutions de soins éprouvent des difficultés à recruter du personnel infirmier. De plus, notre pays présente la particularité (et c'est très positif pour la sécurité et la qualité des soins aux patients) de définir des normes (ou ratios) de qualification de niveau élevé. On compte ainsi, en unités de soins hospitalières, un ratio de qualification infirmière atteignant les 85% (voire, dans certains cas, les 90%).

Mais qu'en sera-t-il dans 10 ans ? Et surtout comment pouvons-nous pallier à une diminution d'intérêt pour notre profession d'infirmier ?

Dans une réflexion conjointe menée par la FNIB et d'autres partenaires (hôpitaux, réseaux de soins, universités, associations professionnelles, etc.) et en parfaite adéquation avec les recommandations européennes en matière d'enseignement, il est apparu qu'une clé de l'attractivité de la profession est le niveau de qualification obtenu (plus la qualification est importante, plus elle suscite de l'intérêt) ainsi que les possibilités offertes (License- Master-Doctorat) qui donnent des possibilités de carrières variées.

Un niveau de qualification élevé, une formation à l'université et un nombre important de prestataires de qualification élevée aux soins directs des patients, seraient, non seulement un gage d'attractivité pour les futurs étudiants mais aussi (argument non des moindres) un gage de

qualité et de sécurité pour les patients et les soins infirmiers prodigués.

Des études internationales et européennes ont démontré incontestablement que plus il y a de qualification au sein d'une structure moins il y a d'incidents /accidents (Aiken L., Clarke S., Sloane D., Sochalski J., Silber J. 2002 ; Needleman J, et al. 2006; Needleman J., Buerhaus P. et al. 2011)

D'autre part les exigences actuelles européennes en matière d'heures de cours et cursus rendent illusoire le fait de garder notre formation d'infirmier en 3 ans.

Il est impératif MAINTENANT de réagir.

La FNIB et ses collaborateurs –partenaires (universités, hautes écoles, promotion sociale, associations professionnelles) proposent une réflexion large de la profession concernant un projet de réforme des études infirmières en Belgique francophone : passage de 3 à 4 années d'études, un seul titre d'infirmier niveau Master universitaire, maintien des filières actuelles avec passerelles permettant à chacun d'obtenir le titre unique d'infirmier selon son rythme, ses capacités, et ses expériences professionnelles antérieures (soit en enseignement de plein exercice soit en enseignement de promotion sociale).

Cette réforme permet également d'asseoir une formation mieux répartie et de donner les clés de réussite aux étudiants qui se découragent et quittent la profession trop tôt car mal «informés, enseignés, considérés».

Mais la formation n'est pas seule capable d'assurer une pérennité dans la profession...il faut que nous professionnels, dans nos unités, et notre activité professionnelle respective, nous nous centrons sur l'accompagnement des élèves infirmiers.

Transmettre notre savoir avec courage, force, volonté, professionnalisme et empathie sera aussi garant de réussite.

Alors n'oublions pas, que nous avons été aussi un «étudiant» et que nous le restons toute notre vie...

Pensons à la relève et encourageons ces jeunes à venir vers notre profession et donnons leur aussi les moyens de réussir et d'être d'excellents professionnels responsables... Nous avons 2 mois pour réfléchir....profitez du soleil, du repos et faisons le bon choix.

Que vos vacances tant attendues vous ressource et que le soleil soit encore présent au retour.

Bonnes vacances.

Dalla Valle Alda
Présidente FNIB.



Alda Dalla Valle
Présidente FNIB.



References

Aiken L., Clarke S., Sloane D., Sochalski J., Silber J. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job satisfaction. JAMA, 288:1987-1993
Needleman J, et al. (2006) Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? Health Affairs, jan-feb, 25(1):204-11
Needleman J., Buerhaus P. et al. (2011) Nurse Staffing and inpatient hospital mortality, Nengl J Med 2011, 364:1037-45 -

Le chômage et le sous-emploi des infirmières

Maryse Dumas ; Chef du service de veille et de ressources documentaires et Gestionnaire de la Banque d'emplois à Montréal Canada.



Le chômage et le sous-emploi des infirmières / Joanne Spetz pour le Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers.

Genève, CII, 2011. 57 p.

Une grande partie de la littérature internationale consacrée à la pénurie de main-d'œuvre infirmière constate l'existence d'un double phénomène de chômage et de sous-emploi des infirmières (Dovlo 2005 ; Kingma 2006).

De nombreuses infirmières au chômage sont prêtes à travailler, mais pas aux conditions proposées (faute de volonté ou de capacité) (Buchan 2000) ; tandis que des infirmières en situation de sous-emploi dans le secteur infirmier ne sont pas en mesure d'exploiter toutes leurs compétences et connaissances professionnelles.

Le chômage et le sous-emploi peuvent résulter d'une demande limitée en infirmières, d'une décision de ne pas travailler au salaire

ou aux conditions offerts, ou de tout autre déséquilibre du marché (Little & Buchan 2007).

Les infirmières au chômage ou sous-employées pourraient constituer une ressource importante pour remédier aux pénuries et combler des lacunes dans les services de soins aux patients.

Mais, et cela importe peut être davantage encore, le chômage et le sous-emploi des infirmières entraînent des problèmes en termes de bien-être du personnel infirmier, étant donné que ces phénomènes compromettent tant les moyens d'existence et les revenus des infirmières que leur capacité d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles.

Copyright © 2011 CII - Conseil international des infirmières,
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Genève (Suisse)
ISBN : 978-92-95094-56-7

Nouvelles publications du CII

Genève, Suisse, 4 avril 2012

Le Conseil international des infirmières (CII) annonce la parution de quatre nouvelles études consacrées à des questions intéressantes la profession infirmière : le chômage et le sous-emploi des infirmières ; le problème épineux de la gestion des plaintes contre les comportements inacceptables dans la pratique infirmière ; le point de vue des infirmières sur la réforme des soins de santé primaires ; et l'entrepreneuriat des infirmières.



Chômage et sous-emploi des infirmières

La prévalence et la persistance des pénuries de personnel de santé sont préoccupantes au niveau mondial : à peine 40 % des pays atteignent la norme minimale de 2,5 agents de santé pour mille habitants. Dans le même temps, le chômage et le sous-emploi des infirmières sont au cœur de la pénurie mondiale de personnel infirmier et constituent un gaspillage de ressources qui pourraient apporter des améliorations de santé.

Ce document d'orientation comble une lacune dans la compréhension du chômage et du sous-emploi des infirmières. Il présente le problème dans son contexte, donne des statistiques sur l'ampleur du chômage et du sous-emploi et se penche sur leurs causes, citant des exemples tirés de nombreux pays.

Le chômage et le sous-emploi des infirmières est disponible à l'adresse suivante :

www.icn.ch/pillarsprograms/policy-a-research-papers/

Dossier Gestion des plaintes

L'une des responsabilités essentielles de la réglementation des soins infirmiers consiste à gérer les fautes professionnelles et les cas de pratique inacceptable, ainsi que les plaintes contre les praticiens en cause. Il est vital que la profession soit capable d'expliquer à la population qu'elle prendra des mesures contre toute infirmière dont la pratique compromet la sécurité publique. Le processus de vérification systématique et équitable de la validité d'une plainte, de choix des mesures à prendre et, si nécessaire,

d'imposition de sanctions ou de mesures disciplinaires, joue un rôle central dans la protection du public et du personnel soignant contre les effets d'une pratique ne répondant pas aux normes en vigueur.

La «boîte à outils» et les diapositives PowerPoint qui l'accompagnent décrivent le cadre conceptuel et les concepts y relatifs, les

principales parties prenantes et les processus inhérents à tout processus de traitement des plaintes.

La boîte à outils Gestion des plaintes sera bientôt disponible sur le magasin en ligne du CII: www.icn.ch



Réforme des soins de santé primaires : le point de vue des infirmières

Ce rapport porte sur :

- La description du rôle de la main-d'œuvre infirmière dans la conception et l'application de la réforme des soins de santé primaires aux niveaux mondial, régional et national.

New ICN publications



Geneva, Switzerland, 4 April 2012

The International Council of Nurses (ICN) is delighted to announce the availability of four new publications, highlighting critical issues impacting health and nursing today: the unemployment and underemployment of nurses; the critical issue of processing complaints about unacceptable nursing practice; the nursing perspective on reforming primary health care; and nurses' entrepreneurship.

Unemployed and Underemployed Nurses

The pervasiveness and persistence of health worker shortages remains the subject of worldwide concern, with just 40% of countries meeting the minimum standard of 2.5 health workers per 1,000 populations. At the same time, unemployment and underemployment of nurses is a critical factor in the worldwide nursing shortage, representing a waste of resources that could contribute to health improvements.

This policy paper fills the gap in understanding the unemployment and underemployment of nurses, providing background on the issue, data on the extent of the problem and an assessment of the causes of unemployment and underemployment, including examples from around the world.

Unemployed and Underemployed Nurses is available online at www.icn.ch/pillarsprograms/policy-a-research-papers/

Toolkit on Complaints Management

A key responsibility in nursing regulation is to deal with incidences and complaints about unacceptable practice. It is vital that the profession clearly articulate to the public that it will take action when a nurse's practice puts the public at risk. The process of investigating the validity of complaints in a systematic and just manner, taking any appropriate action and, if deemed necessary, imposing sanctions or discipline, is fundamental in protecting the public and colleagues from practice that falls below standards.

The Toolkit on Complaints Management and the accompanying PowerPoint slides describes the policy framework, relevant concepts, key stakeholders and the processes fundamental to a complaints management process.

The Toolkit on Complaints Management will soon be available on the ICN eshop: www.icn.ch

Reforming Primary Health Care (PHC): A Nursing Perspective

This report focuses on:

- Describing the role of the nursing workforce in the developing and implementing primary health care reform at global, national and local levels.
- Reviewing the evidence base and identifying key factors in the practice environment which act to inhibit or facilitate the development of PHC reform.
- Developing an evidence-based policy brief which articulates the important contribution that nurses can make in future health sector reform, focused on primary health care enhancement and the delivery of health equity goals.

Reforming Primary Health Care: A Nursing Perspective is available on line at www.icn.ch/pillarsprograms/policy-a-research-papers/

Handbook on Entrepreneurial Practice

This handbook describes the characteristics and qualities primarily of nurses who discover and apply innovative mechanisms to deliver services to patients or clients, whether the nurse is self employed or employed by a health service. The focus is primarily on discovering what it takes to become a successful nurse entrepreneur or intrapreneur.

Handbook on Entrepreneurial Practice will soon be available on the ICN eshop: www.icn.ch

For further information contact media@icn.ch;

Tel: +41 22 908 0100 - Fax: +41 22 908 0101

- La recherche et l'analyse des preuves et facteurs clés relatifs à l'environnement de pratique qui facilitent ou, au contraire, freinent la réforme des SSP.
- La formulation d'un argumentaire basé sur des preuves, décrivant la contribution importante des infirmières à toute réforme à venir du secteur de la santé, et mettant l'accent sur le renforcement des soins de santé primaires et sur la réalisation d'objectifs liés à l'équité en santé.

Réforme des soins de santé primaires : le point de vue des infirmières est accessible en ligne à l'adresse suivante : www.icn.ch/pillarsprograms/policy-a-research-papers/.

Manuel du CII sur la pratique entrepreneuriale

Ce manuel décrit les caractéristiques et qualités des infirmières qui découvrent et appliquent des mécanismes innovants de prestation de services à leurs clients ou patients, que ces

infirmières soient indépendantes ou employées par un service de santé. L'accent est mis sur la définition des qualités nécessaires pour devenir une infirmière entrepreneur.

Le Manuel sera prochainement disponible sur le site Internet du CII : www.icn.ch

Note

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

Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec media@icn.ch

Téléphone : (+4122) 908 0100 - télécopie : (+4122) 908 0109 - www.icn.ch

Début de la deuxième «vague» de l'initiative du CII contre les maladies non transmissibles et présentation de l'Arbre du bien-être

Le centre de documentation www.GrowYourWellness.com propose aux infirmières outils et documentation relatifs aux maladies non transmissibles

Genève, Suisse, le 16 mai 2012

Le Conseil international des infirmières(CII) annonce le début de la deuxième phase d'une série d'initiatives visant à mobiliser les infirmières dans la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) au niveau mondial. Les maladies visées sont le diabète, les maladies cardio-vasculaires, certains cancers et les affections respiratoires chroniques.

Ces MNT sont la principale cause de mortalité dans le monde : elles entraînent 63 % des décès chaque année, dont 25 % de manière prématurée.

L'initiative se poursuit avec la collaboration de plusieurs associations nationales d'infirmières (ANI) membres du CII ainsi que de la société Pfizer.

L'Arbre du bien-être

La nouvelle phase est marquée par l'arrivée de nouvelles ANI partenaires et par l'ouverture d'un centre de documentation sur Internet, «l'Arbre du bien-être», à l'adresse suivante : www.GrowYourWellness.com. L'Arbre du bien-être est à la fois un concept pédagogique et un outil de sensibilisation. Il représente certains des facteurs qui déterminent notre santé et permettent de prévenir les maladies non transmissibles, sous une forme imagée : un arbre qui, avec ses racines, son environnement et ses branches, renvoie à nos choix de modes de vie. Conçu par le CII et Pfizer, l'Arbre du bien-être constitue le thème central du site www.GrowYourWellness.com.

www.GrowYourWellness.com : centre de documentation sur les maladies non transmissibles, destiné aux infirmières et autres professionnels de soins de santé

Actuellement en phase de test, le site www.GrowYourWellness.com proposera une gamme de ressources pratiques et faciles à utiliser dans l'éducation, l'évaluation, l'intervention et le plaidoyer. Elles aideront les infirmières et d'autres professionnels de santé à prévenir les MNT, et les patients et les communautés à prendre en charge leur propre santé et leur propre bien-être.

La lutte contre la crise des MNT doit être axée sur le bien-être et la prévention.

Les infirmières – qui sont plus de 15 millions de par le monde – maîtrisent les compétences et les comportements nécessaires à cette action déterminante.

Le livre parlant de l'Arbre du bien-être

Le livre parlant de l'Arbre du bien-être est destiné à sensibiliser les populations quant à leurs choix de santé. Il s'adresse en particulier aux personnes faiblement alphabétisées. Publié

d'abord en Afrique du Sud, le livre parlant est basé sur une puce sonore très moderne. L'actrice et militante sud-africaine Lilian Dube lui prête sa voix. Étape par étape, le livre guide les populations faiblement alphabétisées et vulnérables de l'Afrique du Sud vers davantage de bien-être.

Résultats et faits marquants de la Phase 1 du projet

La «Table-ronde de Washington» a marqué, en 2010, l'engagement officiel du CII dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

Depuis lors, les initiatives suivantes ont été menées :

- Réalisation, en 2011, d'une enquête de recherche CII / Pfizer : 95 % des 1600 infirmières interrogées dans huit pays veulent mettre à profit leurs compétences et leur temps pour sensibiliser les patients à la menace que représentent les MNT, ainsi qu'à la prévention de ces maladies. Pour lutter contre les MNT, les infirmières choisissent, en tout premier lieu, d'informer et de sensibiliser leurs patients.
- Suite à cette recherche, le CII a conduit une «Évaluation du bien-être et du risque de santé» lors de sa propre conférence internationale, en 2011.

L'évaluation s'appuyait sur un outil simple mesurant le facteur de risque général parmi les participants. Elle était complétée par un volet de sensibilisation aux facteurs de risques des MNT et à leur prévention.

- Le CII s'est associé au Dialogue sur le diabète et la dépression (DDD) et à l'Association pour l'amélioration des programmes de santé mentale, en vue d'appliquer le Programme africain de formation d'infirmières (ANTP) à la sensibilisation, à la reconnaissance et à la prise en charge de la comorbidité diabète

et dépression. L'ANTP a démarré en octobre 2011 par une formation de formateurs (FdF) dans les pays suivants : Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Swaziland et Ouganda ; la FdF devrait être lancée au Kenya en juillet 2012. Le programme devrait s'étendre à d'autres pays et régions.

- Dans le cadre de l'Alliance mondiale des professions de santé, le CII collabore à la réalisation d'un paquet d'outils comprenant, notamment, une

Carte de l'amélioration de la santé : il s'agit d'un outil convivial destiné à faciliter l'engagement des patients et des professionnels de santé dans la prévention et la prise en charge des MNT.

Le CII et Pfizer ont rejoint la DENOSA (l'association nationale d'infirmières de l'Afrique du Sud), elle-même associée au Ministère de la santé de l'Afrique du Sud et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de la Province du Nord-Ouest : les partenaires entendent démontrer l'efficacité des programmes de prévention dirigés par des infirmières dans une communauté rurale et parmi les infirmières elles-mêmes.

Note

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

Pour de plus amples renseignements : media@icn.ch

Téléphone : +41 22 908 0100 ;

télécopie : +41 22 908 0101

www.icn.ch.



ICN launches the Wellness Tree & second wave of the NCD nursing initiative to lead the fight against noncommunicable diseases

GrowYourWellness.com resource centre will offer tools and information addressing non-communicable diseases to nurses globally

Geneva, Switzerland 16 May 2012.... The International Council of Nurses (ICN) is delighted to announce the launch of a second phase of initiatives to address the global crisis of non-communicable diseases (NCDs), by mobilizing and equipping nurses to fight NCDs - namely diabetes, cardiovascular diseases, some cancers and chronic respiratory diseases. NCDs are the leading cause of mortality in the world, representing 63% of deaths annually, 25% of these premature. This work continues to be done in collaboration with member national nursing associations (NNAs) as well as Pfizer Inc.

The Wellness Tree

This latest development includes the introduction of the Wellness Tree web based resource center, GrowYourWellness.com. The Wellness Tree is a key awareness and education concept illustrating some of the components that can influence health and prevent NCDs: our roots...our environment...the branches of our lifestyle choices. Developed jointly by ICN and Pfizer, the Wellness Tree is the central theme for GrowYourWellness.com.

GrowYourWellness.com: A non-communicable diseases (NCDs) resource centre for nurses and other health care professionals

The GrowYourWellness.com resource centre, currently being beta tested, will provide a variety of practical and easy to use educational, assessment, intervention and advocacy resources to support nurses and other health professionals in prevention of NCDs and foster patients and communities to address their health and wellness. Addressing the NCD crisis requires a focus on wellness and disease prevention. Nurses in numbers exceeding 15 million globally have the right skills and knowledge to support this critical effort.

The Wellness Tree Speaking Book

The Wellness Tree Speaking Book aims to increase awareness about health choices and

is especially designed for use with individuals who have low literacy levels. The Wellness Tree Speaking Book is being launched first in South Africa, with an edition that uses the latest sound chip technology and features narration by South African actress and activist, Lillian Dube. The book takes the user on a step-by-step guide to wellness, aiming to provide access to essential information for low literacy and vulnerable populations within South Africa.

Results and Highlights - Phase One Activities

Highlights following the 2010 'Washington Roundtable' launch of ICN's work in the prevention and control of non-communicable diseases include:

- A 2011 global, joint ICN/Pfizer **research survey** of 1 600 nurses across eight countries found 95% of nurses polled want to use their skills and time to educate individuals on the threat and prevention of NCDs. The number one intervention nurses identified to combat NCDs was to arm people with increased knowledge and awareness.
- Following on this research outcome, the **Health Risk Assessment** and Wellness intervention was implemented at ICN's global conference in 2011. This on-site, simple assessment tool which measured the overall health risk of conference participants and raised awareness of NCD risk factors and prevention.

- ICN partnered with the **Dialogue on Diabetes and Depression** to implement the African Nurse Training Programme (ANTP) to improve awareness, recognition and management of co-morbid diabetes and depression. In 2011, the ANTP staged Training of Trainers activities in Botswana, Lesotho, South Africa, Swaziland and Uganda, with Kenya planned for July 2012. It is anticipated the programme will be extended to other countries and regions.
- Working as part of the World Health Professions Alliance (WHPA), ICN collaborated on development of a toolkit and Health Improvement Card – a user-friendly resource to help engage patients and health professionals in preventing and managing NCDs.
- ICN and Pfizer have joined forces with DENOSA, the South African nursing association, who is partnering with the South African Department of Health and the University of North West Province nursing school to demonstrate the effectiveness of nurse led prevention programmes within a rural community and amongst nurses themselves.

For further information contact:
media@icn.ch
 Tel: +41 22 908 0100;
 Fax: +41 22 908 0101
www.icn.ch.

Frère Jean Louis de Pourbaix

Le frère Jean Louis de Pourbaix est diplômé infirmier gradué à l'école provinciale de nursing de Montignies sur Sambre en 1982.

Ensuite pour s'engager dans la voie humanitaire il a suivi un enseignement post graduat à Anvers, à l'institut de médecine tropicale. Il a également entre deux voyages suivi les études d'«accoucheuse».



Jean Louis est devenu très vite après son graduat frère franciscain et est resté une quinzaine d'année au Ruanda. Il a connu l'époque des génocides avec toutes ses horreurs. Il a quitté ce pays, son dispensaire, ses amis.

Frère de la Province des Trois Compagnons il vit alors en communauté à Haïti.

Nous qui le croyions alors à l'abri, le drame du tremblement de terre et de ses conséquences a ébranlé sa communauté.

Voici quelques extraits de lettres échangées :

12-01-10, à 16 h 40

«J'étais en train de consulter la 45ème patiente, bien content de terminer, tout en sachant qu'encore deux indisciplinés attendent devant la porte.

Tout à coup, tout le sol, tous les murs se mettent à se secouer, trembler, se lever.

Mon réflexe fut immédiat de crier à tous les malades de sortir dans la cour et ne pas rester à l'intérieur. La patiente est sortie avant moi par derrière et y a laissé ses deux sandales qu'elle récupérera 2 semaines plus tard...»

20-06-10

«... Voici déjà 5 mois. On se rend compte plus que ce pays est un vrai chaos. Je ne suis allé au centre de la ville que 2 fois. Je suis allé voir dans quel état étaient les 3 pharmacies et la librairie où je me fournis normalement pour la consultation. Les 3 pharmacies complètement fissurées et ébranlées, la librairie, presque centenaire écrasée.

Des bâtiments qui paraissaient solides, bien bâtis de 3 ou 4 étages sont complètement ratatinés sur eux-mêmes. Tous les édifices sont fissurés s'ils ne sont écrasés. Des monticules de gravas jonchent sur les routes et bloquent la circulation.

Des hommes cassent à la masse petit à petit les murs, dalles et poutres de béton pour récupérer les fers et faire un peu d'argent. Ils

travaillent sous un soleil de plomb. Depuis 2 mois la chaleur est élevée. Le moindre mouvement nous fait transpirer : le front est à essuyer, la chemise trempée, la diurèse est quasi nulle et de nombreux boutons apparaissent sur la peau. C'est d'ordinaire pendant les mois de juillet et août, cette situation. Si cela commence déjà en avril que ferons-nous en juillet et août?...»

28-11-10

«Déjà 6 mois depuis ma précédente missive où je commençais en disant que Haïti n'est plus à la une des médias. Maintenant, c'est le contraire, Haïti est encore bien mentionné dans les médias en ce moment et pour plusieurs motifs. Le premier : l'épidémie de choléra, le second : l'ouragan Thomas, et le tertio : les élections présidentielles de fin novembre...»

Nous sommes la première église de la capitale touchée par le séisme qui commence à relever ses murs et c'est grâce à ses paroissiens.

Au niveau du travail médical, c'est la routine. Plus de 55 patients chaque jour avec quelques vagues plus fortes de paludisme. Les diabétiques et hypertendus sont souvent décompensés depuis le séisme et ce n'est pas toujours facile de les rééquilibrer.

Une doctoresse espagnole de Saragosse est venue 3 semaines m'aider de façon efficace, malgré les obstacles linguistiques. Mais c'est un bel témoignage de disponibilité. Elle a pris cela sur son temps de vacances. A ce moment, nous recevions plus de 80 patients sur la journée. On parle beaucoup du choléra, je crois. On incrimine les soldats népalais d'être à l'origine de la contamination, suite à des latrines se déversant dans la rivière...»

18-12-11

«... Nous faisons 75 consultations de moyenne, mais le lundi, c'est plus lourd, on arrive facilement à 100. Nous terminons à 16h00, mais je dois encore enregistrer tous les dossiers et faire la comptabilité



>> Suite page 11

et la stérilisation, donc j'essaie de terminer pour 19h00. Cela ne me donne pas de temps suffisant pour aller jusqu'à Lilavois qui devrait être mon nouveau lieu de résidence. J'ai carte blanche et vois que pour le moment, c'est irréalisable physiquement. Les prix des médicaments ont bien monté. Je n'ai pas changé mes prix et favorisent spécialement les malades chroniques qui nécessitent des médicaments plus nombreux et plus onéreux.

En ces mois d'hiver, la température de 32°C, plus fraîche engendre des rhumes infections respiratoires et des toux. Mais la malaria est toujours bien présente. Les verminoses chez les enfants la pluie étant absente, la gale est plus fréquente dans les familles, même aisées...»

05-04-12

«Les gens ont toujours plus faim et la vie est plus chère et difficile. Le gouvernement est de nouveau en stand by. Le premier ministre a démissionné par mauvaise entente avec le président ou autre conflit qu'on ne connaît pas. Le président Martelly a du prouver sa nationalité bien haïtienne et non américaine. Il est apparu sous les yeux de la camera sous expertise de l'ambassade américaine qui a vérifié tous ses déplacements dans les 8 passeports qu'il possède.

On essaie de mettre en place un nouveau 1er ministre qui doit encore être entériné par la chambre et le sénat. Donc le pays ne progresse plus.

Les malades chroniques sont plus nombreux et plus fideles car c'est ici qu'ils trouvent un traitement plus efficace et a prix plus modeste, ainsi qu'une petite accalmie ou un équilibre de leur pathologie. Des rhumatisants sévères qui ne trouvent de solution dans aucun centre, sont soulages pour un moment ici, les diabétiques aussi sont toujours plus nombreux. Seulement, les épileptiques, je n'arrive pas à leur trouver les médicaments adaptés pour leur crise car le ministère de la santé exige des autorisations spéciales difficiles à obtenir. Les demandeurs d'avulsion dentaire ont aussi augmenté. Je refuse autant que je peux accepter. J'arrive à prendre 15 patients pour avulsion, chaque jour. Depuis, jeudi passé, j'ai 4 nouveaux éleveurs et peut recevoir 19 personnes au maximum. Le plus difficile n'est pas d'arracher la dent mais de gérer le stress du patient, c'est cela qui rend le travail épuisant. D'octobre à février, ce furent les maladies respiratoires qui ont eu le dessus à cause des températures plus fraîches (30 degrés Celsius). Depuis fin janvier, c'est le paludisme qui prédomine.

>> Suite page 12



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.**



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



Les pluies de ces deux dernières semaines vont faire proliférer les moustiques et nous apporter plus de cas de malaria.

Je dois acheter de plus grandes quantités de médicaments et me rendre plus souvent dans les grandes pharmacies, d'accès pas toujours facile au centre ville encombrées de marchands dans la rue. Le labo n'est pas encore ouvert. J'ai fini les peintures sauf des portes. Les meubles viennent juste d'être placés. Il manque un bon laborantin, si possible car mon équipe est encore trop féminine.

Depuis deux semaines, la saison des pluies s'est installée. Il pleut chaque jour, en général, la nuit. Les plantes avaient bien soif et le terre sèche. Mais les gens qui sont sous tentes souffrent davantage. Depuis janvier, le gouvernement essaie de nettoyer les places de la ville qui furent occupées par des tentes de plastic pour abriter les sinistrés du tremblement de terre. Ils les chassent mais leur cherchent un autre logement plus durable, en général une petite maison en bois et leur donnent 20 à 30000 gourdes de dédommagement (1 euro = 55 gourdes). Le petit camp qui s'était installé en face de l'église a donc été vidé en une journée et un gros commerçant a acheté le terrain pour construire un supermarché.

L'église n'est toujours pas terminée, le toit est placé, le carrelage vient de se terminer et quelques portes sont placées. Mais pas encore le grand portail de l'église. Les mois prochains devraient voir la construction du clocher sis à côté de l'édifice de l'église...

18-06-12

«Aujourd'hui nous essayons de nous échanger quelques mots mais la pièce jointe ne s'ouvre pas...son Word doit avoir des soucis...»

Lu pour vous

Une exposition fréquente au gaz d'échappement de diesel augmente considérablement le risque de décès du cancer du poumon.

(05/03/2012 Médical News Today)

Des mineurs qui ont été exposés à des niveaux élevés de gaz d'échappement du diesel semblent avoir un risque considérablement plus élevé de développer et de mourir du cancer du poumon par rapport à d'autres personnes, selon un nouveau rapport publié dans le JNCI (Journal de l'Institut national du cancer). L'étude, « Diesel Exhaust in Miners Study » a été faite par des scientifiques de NCI (National Cancer Institute) et de NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health).



Debra T. Silverman et l'équipe ont cherché à déterminer que l'exposition au gaz d'échappement du diesel comportait des risques de développer un cancer, avec un accent sur le cancer du poumon. Leur étude a porté sur des données sur 12.315 mineurs de huit mines. Il y avait une mine

de sel dans l'Ohio, trois mines de potasse au Nouveau-Mexique, trois mines d'uranium dans le Wyoming, et une mine de calcaire dans le Missouri.

Les chercheurs ont recueilli des données sur les seules mines souterraines, parce que leur équipement lourd fonctionne au diesel, et les niveaux de fumées d'échappement s'accumulent à des niveaux plus élevés que dans d'autres milieux professionnels, comme les chantiers navals ou des dépôts de camionnage. Les auteurs ajoutent que les mineurs qui travaillent dans les mines souterraines sont exposés à des niveaux de fumée d'échappement plusieurs fois supérieurs à l'exposition subie par la population en général.

Les résultats ont été signalés dans deux documents complémentaires:

- Document 1 (étude de cohortes) - risque de décès toutes causes confondues, avec un accent sur le cancer du poumon.
- Document 2 (étude cas-témoins) - plus de détails sur les décès par cancer du poumon que dans l'étude de cohortes. Les chercheurs ont recueilli des données sur les facteurs de risque liés au cancer du poumon, tels que le tabagisme présent et ancien, les emplois antérieurs présentant un risque élevé de cancer du poumon, et les maladies respiratoires.

Dans les deux rapports, il y avait une relation exposition-réponse avec un risque plus élevé à des niveaux d'exposition plus élevés.

Silverman:

«Il était extrêmement important d'entreprendre une vaste étude sur les gaz d'échappement du diesel et le cancer du poumon basée sur une évaluation quantitative de l'exposition, en tenant compte du tabagisme et d'autres facteurs pertinents.»

Les enquêteurs ont combiné les données sur les habitudes individuelles avec des milliers de mesures des constituants des gaz d'échappement du diesel dans l'atmosphère de chaque mine. Ils ont quantifié les niveaux d'échappement du diesel par la mesure du carbone élémentaire respirable, considéré comme le meilleur indice lors de la surveillance dans les mines souterraines.

Le responsable de l'étude de cohortes, Michael D. Attfield, Ph.D., a écrit que pour les



travailleurs clandestins qui ont été les plus fortement exposés au gaz d'échappement du diesel, le risque de cancer du poumon était de cinq fois plus élevé que pour les travailleurs ayant la plus faible exposition.

Après prise en compte des facteurs de risque du cancer du poumon, comme le tabagisme, etc, ils ont constaté que pour les mineurs de fond fortement exposés, le risque de développer un cancer du poumon était de trois fois plus élevé.

Le risque des mineurs non-fumeurs de développer un cancer du poumon augmente en fonction de leur niveau d'exposition au gaz d'échappement du diesel.

Silverman:

«Ces données sont particulièrement révélatrices car elles montrent l'effet des gaz d'échappement du diesel, en l'absence de tabagisme.»

Un mineur non-fumeur avec un niveau d'exposition aux fumées de diesel très élevé avait un risque sept fois plus grand de développer un cancer du poumon, qu'un non-fumeur avec un niveau d'exposition la plus faible, écrivent les chercheurs.

Joseph F. Feaumeni Jr. MD, directeur, Division de l'épidémiologie du cancer et de génétique (DCEG) au NCI, a déclaré:

«Cette étude historique informe sur les risques de cancer du poumon chez les travailleurs des mines souterraines, mais les résultats suggèrent que les risques peuvent s'étendre à d'autres travailleurs exposés à des gaz d'échappement du diesel aux États-Unis et à l'étranger, et aux personnes vivant dans les zones urbaines où les niveaux de gaz d'échappement du diesel sont élevées.»

Christian Nordqvist

Diesel cancérigène : enfin le coup de grâce ?

mercredi 13 juin 2012

L'OMS vient de classer le diesel parmi les produits certainement cancérigènes. Et ce n'est pas la seule tare du gasoil. Il est grand temps de cesser de privilégier ce carburant par rapport à l'essence.

<http://trends.levif.be/economie/actualite/entreprises/diesel-cancerigene-enfin-le-coup-de-grace/article-4000115958275.htm>

Rendre la vue à des personnes atteintes de cécité, on sait que c'est maintenant possible.

Deux britanniques viennent de retrouver la vue.

Vingt-cinq ans après être devenus aveugles, Chris James et Robin Millar parviennent maintenant à distinguer la lumière et les formes. Dans leurs cas, la cécité provient d'une rétinite pigmentaire. C'est une altération progressive des cellules qui reçoivent la lumière. Pour y remédier, les docteurs ont installé une puce microélectronique derrière la rétine des patients. Cette puce envoie des informations au cerveau via le nerf optique.

« Une fois la puce activée, elle va permettre aux patients de discerner la lumière. C'est une vision assez basique, mais qui les réhabitue aux images... Alors le patient est déjà capable de voir des objets sur la table et de repérer partiellement leur forme ». C'est ce qu'indique Tim Jackson, un des chirurgiens, au journal Euronews.

Robin Millar, patient numéro un, témoigne de son expérience. « Depuis que le dispositif fonctionne, je suis capable de détecter la lumière et de distinguer les contours de certains objets, ce qui est encourageant. J'ai même rêvé de couleurs très éclatantes pour la première fois depuis 25 ans, donc une partie de mon cerveau qui s'est endormie, s'est maintenant réveillée. Je pense que c'est incroyablement



prometteur pour les futurs recherches et je suis contente de contribuer à ces

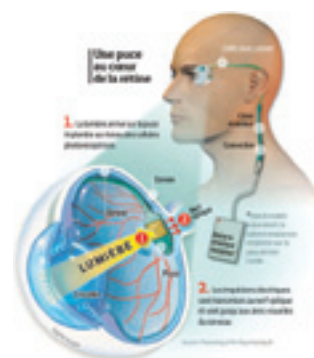
travaux ».

Chris James, patient numéro deux, est allé encore plus loin. Il affirme être capable de reconnaître des formes placées pas trop loin de ses yeux.

Ces implants rétiniens développés par Retina Implant AG en Allemagne pour traiter les personnes avec une rétinite pigmentaire comportent une puce contenant 1.500 minuscules détecteurs de lumière électroniques. Au cours de l'intervention, l'implant a été placé sous la rétine à l'arrière de l'œil du patient. Le nerf optique du patient a pu alors de nouveau capter les signaux électroniques en provenance de la puce. Le dispositif comprend une alimentation implantée sous la peau derrière l'oreille et la rétine électronique cousue dans le fond de l'œil et reliée à l'alimentation. Le professeur Robert MacLaren, qui mène cet essai explique que toutes les fonctions de la rétine ont pu être intégrées dans la puce, 1.500 diodes de détection ainsi que de petites électrodes qui stimulent les nerfs pour créer une image pixellisée.

Aujourd'hui, la maladie de la rétinite pigmentaire touche une personne sur 4.000 en Belgique.

Ce nouveau traitement pourrait révolutionner le quotidien de toutes ces personnes. Il pourrait même s'étendre à la guérison d'autres types de cécité comme la dégénérescence maculaire !



En Europe, les «boîtes à bébés» se multiplient

(12/06/2012)

La multiplication des «boîtes à bébés» dans de nombreux pays européens inquiète les Nations Unies, qui tirent la sonnette d'alarme.



BRUXELLES

Dès que la boîte est ouverte, le système d'alarme sonne chez la concierge. Si celle-ci est absente, une cascade téléphonique se met en marche, pour avertir quatre personnes endéans la demi-heure que la boîte a été ouverte. L'une d'elles doit alors se rendre sur place pour voir si un bébé a effectivement été déposé. Voilà comment

fonctionnent les «boîtes à bébés». De loin, elles ressemblent à de larges coffres-forts vitrés. A l'intérieur, tout est mis en place pour accueillir un nouveau-né abandonné.

Ces boîtes, destinées aux parents en détresse désirant abandonner leur enfant dans l'anonymat, sont en recrudescence en Europe. Jugées par certains comme des «pratiques moyenâgeuses», ces «tours d'abandon» modernes soulèvent la polémique. Certains, souvent ceux-là mêmes qui militent contre le droit à l'avortement, arguent qu'un tel dispositif «protège le droit d'un enfant à la vie» et sauve «des centaines de nourrissons». Un avis que ne partagent pas les Nations Unies.

L'ONU tire la sonnette d'alarme

Le Comité des droits de l'enfant de l'ONU s'est penché sur le nombre croissant de «boîtes à bébés» en Europe. Selon les 18 experts des droits de l'homme le composant, elles «contreviennent au droit fondamental de l'enfant de connaître ses parents et d'être pris en charge par eux».

Pourtant, depuis une dizaine d'années, 200 nouvelles boîtes ont été installées à travers le vieux continent, Allemagne et République Tchèque, et y ont recueilli plus de 400 nouveau-nés.

Un système aux nombreuses interrogations

Selon un chercheur de l'université de Nottingham, Kevin Browne, qui a étudié pendant deux ans le phénomène, «ce sont fréquemment des hommes ou des proches qui abandonnent l'enfant, ce qui pose des questions sur la situation de la mère, et sur son consentement à cet abandon», relaye The Guardian. Par ailleurs, l'anonymat réduit à peau de chagrin les chances de l'enfant d'être élevé par d'autres membres de sa famille.

Alors que la Belgique a connu, ces dernières années, quelques cas d'infanticides, de telle boîtes, en nombre accru pourraient-elles les éviter ? L'ONU bat en brèche cet argument. «Il n'y a aucune preuve de cela. C'est un retour à l'âge médiéval», défend Maria Herczog, membre du comité. Cette psychologue bulgare s'est exprimée dans les colonnes du Guardian. Selon elle, il est préférable de mettre en place une meilleure version du planning familial et des lieux de supports et de conseil pour les femmes ainsi que pour les grossesses non-souhaitées.

Dans la plupart des pays européens où elles ont été mises en place, ces boîtes à bébés viennent «pallier une absence ou un flou dans la législation sur le droit d'abandonner un enfant», analyse pour sa part Le Monde.

V. Van Vyve

© La Dernière Heure 2012



Vivalia regroupe, en une Intercommunale unique, sept sites hospitaliers, une polyclinique, quatre Maisons de Repos/Maisons de Repos et de Soins, des Habitations Protégées et une Maison de Soins Psychiatriques, situés en Province de Luxembourg (Belgique). Cette nouvelle entité compte plus de 1400 lits, emploie 3600 personnes et s'adjoint les services d'environ 400 médecins spécialisés.

www.vivalia.be

VIVALIA recrute (M/F) des :

INFIRMIERS & INFIRMIERS SPECIALISES

- Pour l'ensemble des services de ses différents sites hospitaliers
- Pour ses Maisons de Repos/Maisons de Repos et de Soins

Profil recherché :

- Être titulaire d'un brevet d'infirmier, d'un baccalauréat (graduat), d'une spécialisation ou d'un diplôme d'Etat français

Nous vous offrons :

- Un contrat de travail à durée indéterminée à temps plein ou temps partiel avec entrée immédiate
- Un accueil personnalisé et un accompagnement privilégié par un « infirmier accompagnateur du nouveau personnel »
- Une affectation répondant à votre projet de carrière dans une unité de soins dynamique, en constante recherche de perfectionnement
- Un partenariat afin de vous accompagner dans votre formation continue
- De nouveaux locaux et équipements de soins étudiés pour le confort du patient et du personnel
- Des primes de garde et de rappel

Vivalia offre :

- Des tickets restaurant et une intervention dans les frais de déplacement
- Le maintien du statut fiscal spécifique pour les travailleurs français résidant en France
- Des congés extra-légaux

Intéressé(e)?

Envoyez votre candidature (lettre de motivation, curriculum vitae et formulaire d'emploi téléchargeable sur notre site Internet www.vivalia.be) au Directeur des Ressources Humaines **VIVALIA, Chaussée de Houffalize 1, B-6600 Bastogne (BELGIQUE)** ou par e-mail: candidature.vivalia@ifac.be

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'Havre, 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



Bienvenue au CHIREC

Nous recherchons



STE-ANNE ST-REMI

- infirmiers pour les services de médecine, de chirurgie et labo du sommeil,
- infirmiers bacheliers siamu pour les services de soins intensifs et d'urgences,
- infirmiers pour le quartier opératoire,
- infirmier bachelier pédiatrique pour l'hôpital de jour chirurgical,
- infirmiers pour la stérilisation centrale,
- sage - femmes maternité,
- infirmier bachelier en oncologie pour l'hôpital de jour,
- infirmier bachelier chef d'unité pour un service médico-chirurgical, diplôme de cadre ou master,
- infirmier bachelier siamu chef d'unité pour le service des urgences, diplôme de cadre ou master.

BRAINE-L'ALLEUD

- infirmier bachelier siamu pour le service des urgences,
- infirmier pour la stérilisation centrale,
- infirmiers pour le service de gériatrie, titre ou qualification en gériatrie,
- infirmiers pour les services de chirurgie.

EDITH CAVELL

- infirmiers bacheliers siamu pour le service des urgences,
- infirmier bachelier chef d'unité, pour un service médico chirurgical, d'oncologie, diplôme de cadre ou master et titre professionnel en oncologie.

BASILIQUE

- infirmier bachelier pédiatrique pour l'hôpital de jour.

PARC LÉOPOLD

- infirmiers pour les services de médecine et de chirurgie,
- infirmiers pour le quartier opératoire,
- infirmiers pour le service de gériatrie, titre ou qualification en gériatrie.

INTÉRESSÉ(E) ?



Adressez votre candidature
accompagnée de votre CV
et lettre de motivation



Isabelle CAMBIER
Direction du département
Infirmier CHIREC :
Rue Jules Cockx, 8-10
1160 Bruxelles



isabelle.cambier@chirec.be

Consultez nos offres
sur notre site Web :
www.chirec.be

L'exposition au sang du personnel soignant : un risque trop souvent négligé

Wim de Jong, Site Leader, BD Benelux

Le secteur des soins de santé s'est efforcé de réduire le risque d'exposition accidentelle au sang et ses dangers potentiels. La directive européenne (Directive du Conseil 2010/32/EU¹) a été spécifiquement conçue pour empêcher que le personnel soignant ne soit blessé par des objets tranchants tels que des aiguilles hypodermiques et des dispositifs pour le prélèvement de sang, pouvant conduire à une infection par des pathogènes transmissibles par le sang, comme l'hépatite et le VIH. La directive et les premiers conseils de mise en application d'institutions éminentes citent spécifiquement l'utilisation de dispositifs médicaux «dotés de mécanismes de protection intégrés»^{2 3}.

Des études diverses montrent que l'adoption de dispositifs de sécurité réduit sensiblement le niveau d'exposition accidentelle au sang due à des piqûres accidentelles⁴ et, malgré la pression sur les budgets de la santé en Europe, de nombreux établissements de soins de santé ont déjà constitué un solide dossier en faveur du passage aux dispositifs de sécurité. Cependant, aucune initiative n'a vraiment été lancée pour améliorer la sécurité au-delà du problème des piqûres accidentelles et de l'exposition muco-cutanée au sang (muqueuses et peau non intacte). Cette voie d'exposition accidentelle au sang est peu connue, parce que l'exposition quotidienne à de petites quantités de sang est tolérée et considérée comme un risque professionnel acceptable par de nombreux travailleurs de la santé.

L'utilisation d'objets tranchants est connotée de danger de manière assez visible, et le rapportage plus fréquent de cas de piqûres accidentelles par rapport à ceux d'exposition muco-cutanée peut sans doute s'expliquer par le caractère évident d'une blessure par piqûre accidentelle. Il y a néanmoins une part certaine d'indifférence dans le chef du personnel soignant vis-à-vis de l'exposition muco-cutanée, parce qu'il s' imagine que l'absence de lésion physique implique un moindre risque. La transmission d'une infection peut survenir par une exposition percutanée (piqûre, injection, coupure), mais aussi par une exposition muco-cutanée de la bouche, du nez, des yeux ou par une exposition d'une peau non intacte (par ex. les plaies ou la dermatite).

Le port d'un équipement de protection individuelle (EPI) est recommandé pour une intraveineuse, mais les lunettes de protection ne sont pas incluses dans les recommandations professionnelles standard et les études ont démontré que le contact avec le sang, en particulier des yeux, est courant malgré l'usage de lunettes protectrices⁵. Les gants ne couvrent que les mains et ne sont portés que dans les cas où on s'attend à un contact avec du sang et/ou des liquides organiques. Les gants ne permettent donc pas d'éviter le sang résiduel sur des zones non couvertes de la peau, sur du linge ou du matériel clinique, ou encore projeté par un mouvement inattendu du patient au moment de son traitement. Dans le contexte médical surchargé d'aujourd'hui, les professionnels de la santé doivent travailler rapidement. La précipitation de procédures déjà risquées ne peut qu'en augmenter le danger.

Des problèmes peuvent se poser lorsque les patients bougent, sont récalcitrants ou combattifs. Cheryll Collins, une infirmière de Nashville, dans le Tennessee, revient sur les conséquences qu'une exposition au sang a eues sur sa vie après avoir traité une patiente aux soins intensifs : «Je soignais une patiente agressive. Je prélevais un échantillon de sang au moyen d'un cathéter périphérique standard, en exerçant une pression digitale... tout se passait bien jusqu'à ce que la patiente retire son bras et que le sang qui restait dans le raccord soit projeté sur mon visage et dans mon œil. La veille, j'avais subi une opération chirurgicale de l'œil et l'incision n'était pas totalement cicatrisée. Vu les antécédents de la patiente - séropositive pour le VIH et l'hépatite C - je me suis rendue directement en salle d'urgence et j'ai suivi une cure d'antiviraux pendant trois mois. Je n'ai jamais été aussi malade. J'ai manqué 15 jours de travail, j'ai dû rentrer chez moi et dire à mon partenaire que notre relation allait changer. J'étais anéantie.» Heureusement pour Cheryll, six mois plus tard, le résultat de son test pour le VIH fut négatif, mais l'expérience l'a rendue plus vulnérable.

Une collègue d'Edie, une infirmière de l'Indiana, n'a pas connu de dénouement aussi heureux suite à sa contamination par le sang, car elle s'est découverte positive pour le virus du SIDA. Après avoir soigné un

patient dans un centre de traumatologie, la collègue d'Edie remarqua qu'une éponge près du point de perfusion ne se trouvait pas à sa place et la ramassa alors qu'elle ne portait pas de gants. La veille au soir, elle s'était coupé la main en préparant à manger pour sa famille. Le patient avait le SIDA. Deux semaines plus tard, la collègue d'Edie présentait des symptômes de type grippal et, neuf mois plus tard, une importante perte de poids et de la fièvre. Elle vit à présent avec une maladie très invalidante et incurable.

Pourquoi les cas d'exposition muco-cutanée sont-ils sous-déclarés ? Les membres du personnel soignant, craignent de perdre leur emploi ou d'être écartés de la pratique des soins directs en les signalant. Cheryll Collins remarque : « Il était pénible de faire face à toutes les questions du bureau de gestion des risques à propos de mes actes pendant cette soirée. D'aller chercher les antiviraux à la pharmacie en sachant que la préposée connaissait les indications de ces médicaments, mais pas pourquoi je les prenais... Qu'allait-elle penser de moi ? Prendre tant de congés-maladie en m'inquiétant de ce que mes collègues penseraient à mon sujet. Mon département serait-il encore disposé à m'offrir une promotion si je contractais une maladie potentiellement mortelle ? Quelles seraient les conséquences de cette exposition sur ma famille, ma carrière... ma vie ? Chaque fois que j'avais de la fièvre, je me mettais à paniquer... mes ganglions lymphatiques sont-ils gonflés ? Ai-je été en contact avec une personne enrhumée ? ».

Ces exemples mettent en évidence les risques graves pour la santé et l'impact émotionnel et psychologique que l'exposition au sang peut avoir sur le personnel soignant. Les traitements post-exposition pour l'hépatite C et le VIH en particulier, ont des effets secondaires allant du bénin au potentiellement mortel et, de manière encore plus critique, n'offrent pas de guérison au final. Un grand nombre d'études démontrent que l'adoption de dispositifs à mécanismes de sécurité intégrés, comme des cathéters et des seringues, réduisent de façon spectaculaire les occurrences de blessures⁶. Edie, quant à elle, pense aussi qu'avec un dispositif médical pourvu de mécanismes de sécurité intégrés, ces gouttelettes de sang

n'auraient sans doute pas atteint sa collègue, et celle-ci aurait pu voir grandir ses enfants et petits-enfants et poursuivrait aujourd'hui une carrière qu'elle aimait et dont elle était fière.

Les établissements de soins de santé qui ont déjà adopté les dispositifs médicaux de sécurité⁷ reconnaissent que cette décision fait partie intégrante de leurs efforts visant à offrir un environnement de travail plus sûr à leur personnel, à limiter les traumatismes émotionnels, à réduire les coûts de soins et d'absence du personnel ainsi qu'à éviter des procès coûteux et préjudiciables.

La contamination par des pathogènes transmissibles par le sang (hépatite B, hépatite C, VIH, etc.) du patient au personnel soignant est un risque professionnel sérieux pour ce dernier. Les hôpitaux doivent tenir compte de ce danger dans leur politique de gestion intégrée des risques et devraient inclure un cours spécifique dans les programmes de formation et d'initiation pour couvrir les risques liés à l'exposition au sang, l'équipement de protection individuelle, l'emploi et la mise au rebut appropriés des aiguilles, de même que l'utilisation de dispositifs médicaux pourvus de mécanismes de protection contre les objets tranchants.

La Directive européenne confirme la responsabilité des employeurs de protéger leurs employés des piqûres accidentelles et d'une exposition muco-cutanée dues à des dispositifs médicaux. La conformité à la Directive sera obligatoire au plus tard en mai 2013, mais de nombreux établissements de soins reconnaissent les avantages irréfutables d'une conversion précoce à des dispositifs médicaux de sécurité, qu'ils soient liés à des facteurs économiques, de gestion des risques ou éthiques. Il ne fait pas de doute que les établissements de soins voudront créer un environnement offrant aux cliniciens une protection appropriée contre des blessures qui, en définitive, sont déstabilisantes, peuvent mettre en danger leur carrière et, dans le pire des cas, leur vie. Les coûts financiers et humains résultant d'une contamination peuvent être élevés et, si l'adoption de dispositifs médicaux de sécurité a un certain poids en termes d'investissement, celui-ci est largement compensé par les économies réalisées sur le plan des soins à prodiguer suite à une piqûre accidentelle ou une exposition muco-cutanée⁸.



**Conseil
Supérieur de la Santé**

PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8429

Recommandations en matière de prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques dans les institutions de soins

Mai 2011

http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19070417_fr.pdf

- 1 Directive portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'HOSPEEM et la FSES ; Journal officiel de l'Union européenne ; 1er juin 2010.
<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:134:0066:0072:FR:PDF>
- 2 NHS Employers, Implementation advice on sharps agreement, 12 octobre 2010
http://www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/HealthAndSafety_new/sharpsinjuriesframework/Pages/PreventionofSharpsInjuriesintheEuropeanHospitalandHealthcareSector.aspx
- 3 Réseau européen sur la biosécurité, Orientation pour la mise en application de l'Accord-cadre UE, de la Directive du Conseil et de la législation nationale associée,
<http://www.europeanbiosafetynetwork.eu/EU%20Sharps%20Injuries%20Implementation%20Guidance.pdf>
- 4 International Council of Nurses, Nursing Matters Fact Sheet, ICN on selecting safer needle devices
http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentoacao/ICN_FolhasInformativas_vslNGePT/Fl_versao_ING/Patient_Safety/o_FS-Selecting_Safe_Needle_Device.pdf
- 5 Bentley M; Blood and Body Fluid Exposures to Health Care Workers' Eyes While Wearing Faceshields or Goggles; Advances in exposure prevention, Vol. 2, n° 4, 1996. (données EPINet)
<http://www.healthsystem.virginia.edu/pub/safetycenter/internetsafetycenterwebpages/trainingeducationalresources/bbf-exposure-to-eyes-with-goggles.pdf>
- 6 International Council of Nurses, Nursing Matters Fact Sheet, ICN on selecting safer needle devices
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19j_FS-Selecting_Safe_Needle_Device.pdf
- 7 Par exemple : Saint-Jean Clinic, Medisch Centrum Haaglanden, Atrium Medisch Centrum Heerlen, University Hospital Antwerpen, Laboratoire GEN-BIO, Winchester et Eastleigh NHS Trust, Harrogate and District NHS Foundation Trust.
- 8 Armadans Gil L, Fernandez Cano MI, Alberro Andres I, Angles Mellado ML, Sanchez Garcia JM, Campins Marti M, Vague Rafart J. [Safety-engineered devices to prevent percutaneous injuries: cost-effectiveness analysis on prevention of high-risk exposure] Gac Sanit Sep-oct. 2006 ; 20(5):374-81.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17040646>
Anna H. Glennard ; Ulf Persson, Costs associated with sharps injuries in the Swedish health care setting and potential cost savings from needle-stick prevention devices with needle and syringe Scandinavian Journal of Infectious Diseases, Volume 41, numéro 4 2009 , pages 296 à 302.
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/00365540902780232>
El Consejo General de Enfermería de España y la Fundación Española de Riesgos Laborales Salud e Higiene, Estudio Epinetac 1996 – 2002
<http://www.anecorm.org/congresooviedo2008/descargas/ponencias/pfernandez.pdf>



*Centre Hospitalier
de Wallonie picarde*

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

- **Infirmiers spécialisés en salle d'opération**
- **Infirmiers spécialisés SIAMU**
- **Infirmiers spécialisés
gériatrie**
- **Infirmier chef
des stérilisations**



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 SENTÉ, Directrice des Ressources Humaines,
par mail à vinciane.sente@chwapi.be

www.chwapi.be

Siège social Av. Delmée 9 à 7500 Tournai

Changement du cathéter périphérique



- En routine, cathéter à changer au maximum toutes les 96 heures.
- Changement de KT au maximum dans les 48 heures si le placement initial s'est fait en urgence, dans de mauvaises conditions d'asepsie (rec., grade I).
- Changement de KT si manifestations de thrombophlébite ou signes d'une infection locale (rec., grade I).
- Enfant: pas de changement en routine (rec., grade I).



Connecteurs sans aiguille



Valves mécaniques à pression positive ?
Split septum ?

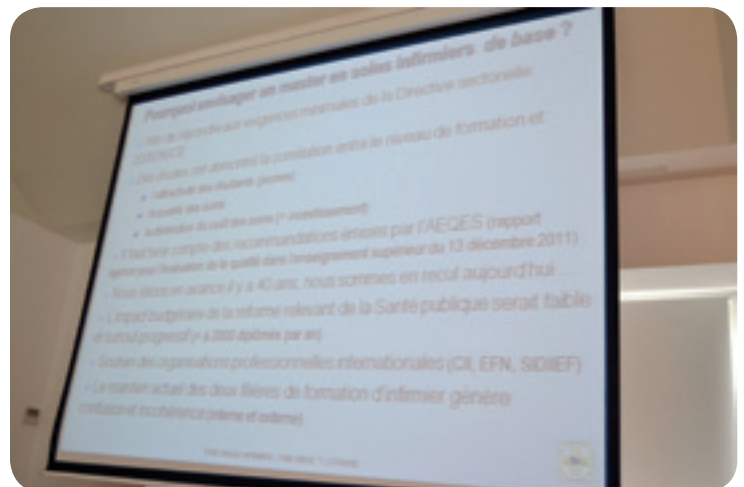
CDC (2011): préférer split septum (rec., grade II).

WIP: pas de choix, tenir compte du prix et du risque d'AES pour le personnel.

Le plus important : désinfection de l'accès avec une solution alcoolique avant injection (rec., grade I).



A changer en même temps que les sets d'administration.



Belgique et Ordre Infirmier

■ Avenir belge – propositions et recherche de consensus ... ?

- Ordre « à minima » à la « sauce belge » couvrant la déontologie (positive et sanctions) et établissant un tableau annuel des prestataires actifs – financement SPF ? Contribution à minima des prestataires ?
- Ordre « à maxima » à la « sauce québécoise » reprenant de vastes prérogatives des structures actuelles SPF -CNAI-CTAI – financement SPF + professionnels
- Solution intermédiaire ?
- Séparation claire des responsabilités – en collaboration
 - Déontologiques - Associatives - Syndicales



Salon FNIB 2012

et Règles de Bonnes Pratiques”



«Le Gouvernement privilégie les emplois, qui permettent d'alléger les conditions de travail. En matière d'emplois, le gouvernement a prévu d'y consacrer le budget de 40 millions, soit 800 ETP. Vous êtes le seul secteur qui se verra attribuer des moyens complémentaires dès 2013 : ceci est un signal fort de reconnaissance, qui doit pouvoir être compris.»



La journée internationale des infirmiers est une occasion annuelle de mettre votre profession à l'honneur : vous savez que je tiens à ce qu'il en soit ainsi le plus souvent possible. C'est pourquoi je m'associe toujours avec plaisir aux événements qui me permettent de vous manifester mon soutien et mon intérêt.

Mon agenda ne me permettra pas de participer à la Table Ronde que vous organisez ce midi. J'y serai représentée par ma collaboratrice Cécile Fontaine.

Notre pays est à un moment charnière de son histoire : une importante réforme de l'Etat est entamée et la crise économique a une incidence forte sur les options adoptées par l'Europe et le Gouvernement belge.

Vous vous interrogez certainement sur les conséquences prévisibles pour la profession infirmière.

Commençons par l'impact de la crise économique.

Vous aurez déjà pu constater que le financement des infirmiers, qu'il s'agisse des hôpitaux, des MR/MRS ou du domicile n'est pas affecté : il

n'y a pas d'économies sur ces secteurs. Vous ne pouvez pas imaginer à quel point j'ai dû me battre pour obtenir ce résultat.

Les mesures de fin de carrière des infirmiers sont maintenues.

En matière d'emplois, le gouvernement a prévu d'y consacrer le budget de l'Accord social 2013 : 40 millions, soit 800 ETP.

Les secteurs des hôpitaux et des MR/MRS devraient être privilégiés lors de l'octroi de ces emplois supplémentaires.

Tout en comprenant les attentes des personnels du non marchand en termes de rémunérations, en ces temps de crise, le Gouvernement privilégie les emplois, qui permettent aussi d'alléger les conditions de travail.

Je me dois d'insister sur le fait que vous êtes le seul secteur qui se verra attribuer des moyens complémentaires dès 2013 : ceci est un signal fort de reconnaissance, qui doit pouvoir être compris.

... Même s'il ne rencontre pas, loin s'en faut, les attentes exprimées, quelle que soit leur légitimité.

En outre, la reconnaissance de nouveaux Titres et Qualifications professionnels particuliers se poursuit, après une longue période de gestion en affaires courantes : les primes y associées continueront à être accordées aux infirmiers concernés.

Vous savez que le Titre en pédiatrie – néonatalogie ainsi que la Qualification en diabétologie ont été publiés en mars dernier ; la prolongation des mesures transitoires des spécialisations en Gériatrie (jusqu'en septembre, soit de 2 années) ainsi que la valorisation de l'expérience en MRS seront publiées incessamment : l'avis du Conseil d'Etat, dernière étape, vient de me parvenir.

Les spécialisations en psychiatrie – santé mentale (Titre et Qualification) sont prévus pour la fin de cette année.

Pour ce qui est des soins infirmiers à domicile, la Commission de convention soins infirmiers de l'INAMI était chargée de proposer une adaptation de l'échelle de Katz : une réunion est prévue à ce sujet le 25 mai.

L'étude sur l'intégration des aides-soignants à domicile est terminée : les propositions d'adaptation structurelle seront préparées avec la Commission de convention, pour exécution dès le 1^{er} janvier 2013.

Cette intégration sera réalisée en tenant compte des objectifs énoncés dans mon Plan pour l'attractivité de la profession infirmière :

- Analyser les transferts de compétences et délégations possibles entre professionnels, en termes d'impacts pour les professionnels concernés et pour les patients, d'impacts financiers et d'impacts organisationnels (y compris sur l'enseignement)
- Revoir la structure des remboursements pour favoriser les prises en charges globales et spécialisées par les infirmiers et soutenir les alternatives à l'hospitalisation.
- Valoriser les pratiques de groupes, y compris entre infirmiers indépendants. Soutenir les collaborations interprofessionnelles.

Je vois dans cette évolution une occasion unique de renforcer le rôle professionnel des infirmiers.

Qu'en est-il des **transferts de compétences** ?

L'autorité fédérale conserve la tutelle sur l'INAMI, c'est-à-dire sur le financement. C'est important pour assurer la solidarité interpersonnelle et l'égalité d'accès aux soins.

La politique de crise reste également une compétence fédérale (en cas de pandémie par exemple).

Toutes les mesures relatives à la prévention seront du ressort des entités fédérées.

Il en est de même des plateformes de santé mentale, des maisons de soins psychiatriques et des initiatives d'habitation protégée.

En matière de politique hospitalière, il y a aussi du changement : les Communautés seront compétentes pour fixer les normes d'agrément, mais le financement et la programmation restent une compétence fédérale.

Cela signifie que les normes pourront être différentes en Flandre et en Wallonie ; mais si une norme décidée par une Communauté a un impact financier, il faut un accord avec le fédéral. Les soins aux personnes âgées et les soins de longue durée deviennent une compétence des Communautés : cela a pour conséquence

que les MR/MRS, les centres de soins de jour, les services G et Sp isolés, les activités liées à certaines conventions de revalidation avec l'INAMI relèveront des Communautés.

Il faut noter dans ce contexte la particularité de la Région bruxelloise : les deux Communautés y sont compétentes ensemble, au travers de la Commission communautaire commune.

Pour ce qui est des soins de santé de première ligne, leur organisation est transférée : on entend par là les Services de soins intégrés à domicile (SISD), les cercles de médecins généralistes, les Réseaux locaux multidisciplinaires (RLM), les réseaux palliatifs et les équipes multidisciplinaires palliatives.

En ce qui concerne l'**AR n° 78 et l'agrément des professionnels de la santé**, vous vous posez certainement de nombreuses questions.

Les conditions d'agrément, c'est à dire les critères à respecter pour pouvoir être agréé comme infirmier, comme aide-soignant, comme médecin, ... etc., restent une compétence fédérale : c'est donc toujours le Ministre de la Santé fédéral qui adoptera les Arrêtés relatifs à ces qualifications, de base et spécialisés.

Mais les Communautés, qui sont déjà compétentes en matière de formation, le deviendront aussi pour agréer les professionnels.

Une concertation entre l'Etat fédéral et les entités fédérées sera organisée pour évaluer l'AR n° 78 et les modalités de son adaptation. Vous devez savoir que cette concertation existe déjà au sein de la Conférence Interministérielle Santé.

Enfin, un **Institut** sera créé dans le but de garantir des réponses concertées aux grands défis à rencontrer en ce qui concerne l'avenir des soins de santé : le vieillissement, les métiers en pénurie, les maladies environnementales, le financement, ...etc.

La préparation de ces transferts est en cours : aucune date ni modalité précise ne sont encore décidées. La fin de la législature en 2014 est un objectif.

Vous abordez aujourd'hui le sujet du **Titre unique infirmier**.

Mon Plan pour l'attractivité de la profession infirmière indique qu'« il y a lieu de redéfinir le profil des compétences attendues de l'infirmier, compte tenu des caractéristiques actuelles et prévisibles des soins et prises en charge à assumer. »

Il relevait également les effets non souhaités de plusieurs niveaux de formation pour accéder à une même profession.

J'ai veillé à ce que l'étude sur le profil des compétences de l'infirmier soit relancée : elle est en cours.

L'étude sur les données du DI-RHM (données infirmières enregistrées dans tous les hôpitaux) analyse également le minimum de compétences requis pour assurer la prise en charge des patients, compte tenu de leur profil. Cette étude proposera aussi un financement remanié des structures hospitalières.

Je sais que les instances européennes poursuivent leur révision des exigences minimales de formation pour l'Infirmier responsable des soins généraux. Les Communautés sont aussi attentives à suivre ce processus.

En tant que Ministre de la Santé, je veux assurer

que la qualité des soins et la sécurité des patients sont assurées au travers, notamment, des compétences acquises lors de la formation de base, mais aussi au travers de la formation continue. Je soutiens les spécialisations avec le même objectif.

Je tiens toutefois à rassurer toutes les personnes qui ont suivi un cursus de formation qui se verrait adapté voire supprimé : les mesures de protection des droits acquis sont la règle et seront d'application, ces infirmiers n'ont pas de souci à se faire. Mais il est normal que la formation s'adapte, dans un contexte d'évolution générale des patients, des connaissances et des technologies.

Je vous souhaite une journée de congrès fructueuse et de riches échanges interpersonnels.

Laurette ONKELINX



Statut aide soignant à domicile



Quels sont les services de soins infirmiers à domicile pouvant employer des aides soignants ?

Ceux qui peuvent prétendre à l'intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé pour le coût spécifique de ces services infirmiers.

¹Quels sont les services de soins infirmiers à domicile pouvant prétendre à cette intervention ?

Pour prétendre à l'intervention forfaitaire, les services de soins infirmiers à domicile doivent répondre de manière permanente aux conditions suivantes :

1. Être dirigés par des infirmiers salariés ou statutaires responsables de l'organisation du service, de la coordination, de la programmation, de la continuité, de la qualité et de l'évaluation des soins ;
2. Faire appel au moins à 7 équivalents temps plein (ETP) praticiens de l'art infirmier ;
3. Faire exclusivement appel à du personnel salarié ou statutaire (pour le justifier, ces services doivent transmettre à l'I.N.A.M.I. une copie de la déclaration O.N.S.S. ainsi qu'une copie du contrat d'emploi et le nom des responsables de service) ;
4. Garantir la formation permanente des praticiens de l'art infirmier avec un minimum de 20 heures de formation par an par ETP ;
5. Garantir 25 heures par an par ETP de réunion de concertation et peer review au sujet des patients ;

Par trimestre :

- un infirmier responsable ne peut prester qu'un nombre limité de prestations ;
- l'activité moyenne journalière par ETP praticien de l'art infirmier doit se situer entre 13 et 23 prestations de base par jour ;
- les noms et numéros d'identification I.N.A.M.I. des membres du personnel infirmier et des infirmiers responsables et une ventilation de leurs activités (nombre de prestations, d'heures de formation...) doivent être communiqués aux services de contrôle du Service Soins de Santé de l'I.N.A.M.I.

L'activité des aides soignants au sein des services de soins à domicile est un projet pilote qui se terminera le 31 décembre 2012.

La base légale de ce projet expérimental est l'article 56§5 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans le cadre de ce projet, outre les conditions déjà prévues dans l'arrêté royal du 16 avril 2002, il est encore prévu que :

Les aides soignants ne peuvent travailler :

- que sous le contrôle et l'autorité effectifs du responsable infirmier
- qu'avec les dispensateurs de soins repris sur la liste comportant l'effectif du personnel repris à l'article de l'arrêté royal du 16 avril 2002

Le nombre maximal d'ETP d'aides soignants ne peut être supérieur à la moitié du nombre d'ETP infirmier.

Dans le cadre de la délégation prévue dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006, les infirmiers effectuent des passages de contrôle, où l'infirmier doit effectuer les soins lui-même, en présence si nécessaire de l'aide soignant.

Le nombre de passages de contrôle minimum par l'infirmier est fixé comme suit :

- Toilette 2x semaine.....1x/mois
- Toilette 7x semaine.....2x/mois
- Thérapies de compression.....2x/mois
- Forfaits A.....1x/semaine
- Forfait B.....2x/semaine
- Forfait C.....1x/jour, l'aide soignant ne peut effectuer que la deuxième visite du soir
- Forfait palliatif.....uniquement en présence et en collaboration avec l'infirmier

Condition de participation des aides soignants au projet pilote

Les aides soignants doivent :

- être en possession de l'attestation délivrée par la SPF Santé publique
- disposer d'un numéro d'identification attribué par l'I.N.A.M.I.

Quelles sont les démarches à effectuer pour participer à ce projet pilote ?

Si le service de soins à domicile répond à toutes ces conditions, il doit remplir et signer une convention avec l'État belge.

Le remboursement des prestations dans le cadre du projet pilote ne peut-être octroyé que dans la mesure où les services de soins infirmiers à domicile participent à l'évaluation globale du projet, c'est-à-dire de l'ensemble des expériences-pilotes qui seront initiées.

En ce qui concerne la facturation des prestations effectuées par les aides soignants

Toutes les prestations effectuées par les aides soignants doivent être identifiables.

Les prestations effectuées par des infirmiers sont mentionnées par la valeur 1 ou 9, dès qu'une prestation a été effectuée par un aide soignant, alors la valeur mentionnée doit être 2 et le numéro I.N.A.M.I. de l'aide soignant doit apparaître sur l'attestation de soins donnés, mais c'est l'infirmier qui signe l'attestation de soins et engage sa responsabilité par rapport à l'exécution de ce soin.

Comment identifier les services qui ont signé une convention avec l'État belge pour participer à ce projet pilote ?

La liste des services de soins à domicile participant à ce projet et pouvant employer des aides soignants pour le travail à domicile est téléchargeable sur le site de l'I.N.A.M.I.

Actuellement, seules 14 structures dans tout le pays ont obtenu l'accord de l'I.N.A.M.I. pour participer à ce projet.

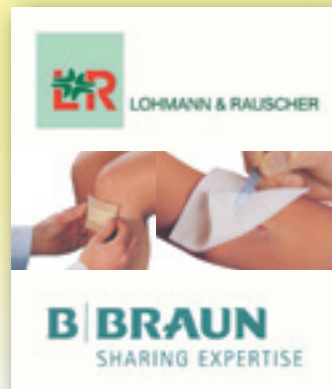
Toutes les autres structures, associations de soins ou société de soins à domicile qui emploient des aides soignants le font en toute illégalité et s'exposent à de sévères condamnations et de lourdes amendes.

Carine Philippe
Enseignante à l'IPSM
Infirmière indépendante (Courcelles)

¹ 16 AVRIL 2002-Arrêté royal fixant l'intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d'octroi de cette intervention.

Nous distribuons nos produits aux :

- Maisons de repos
- Hôpitaux
- Magasins
- Infirmières

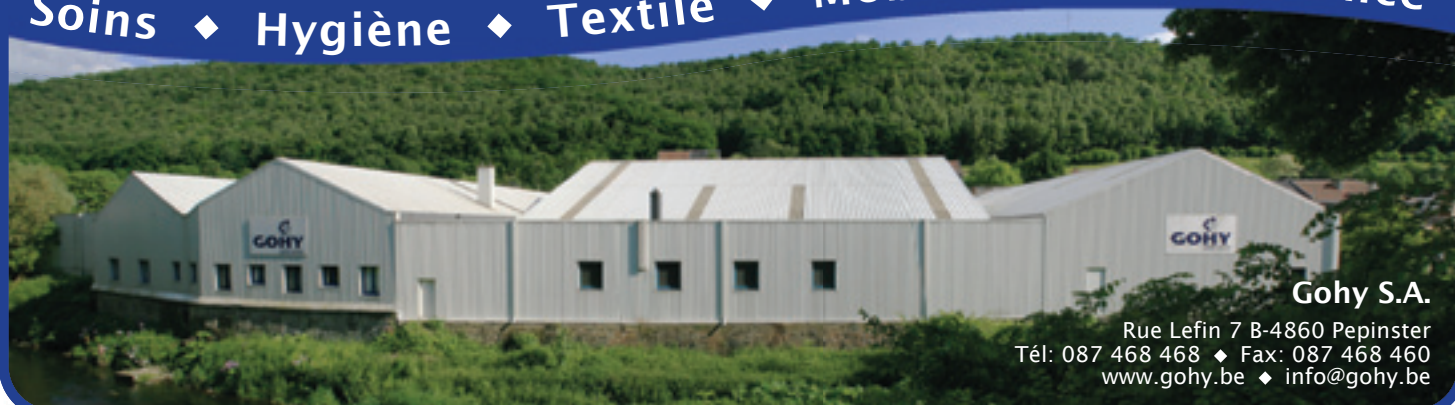


Plus de 1 000 références en stock

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

La clinique **Saint-Luc** recrute des...

INFIRMIERS (H/F)

Profil :

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

Régime de travail :

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

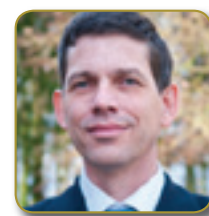
Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae doivent être adressées à Madame Pirard, Directrice du Département infirmier et des services paramédicaux.



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

La sécurité et la traçabilité dans le dossier patient informatisé.

BASTILLE, Dominique - Directeur Général - Tinlot



Quels sont les avantages d'un dossier patient informatisé en termes de sécurité ?

Commençons d'abord par comparer ce qu'était la sécurité avant l'informatisation et ce vers quoi elle tend aujourd'hui.

Auparavant, tout était retranscrit sur papier. Accéder à l'information du patient consistait à obtenir le dossier papier venant des archives. Si au niveau médical, l'accès était fréquent, au niveau infirmier, on se contentait souvent d'avoir un dossier créé pour

l'hospitalisation en cours. Parfois, le dossier était même morcelé dans différents services. Au niveau de la sécurité, cette situation comportait des avantages. L'accès aux archives était en effet difficile à obtenir : il fallait montrer patte blanche auprès du personnel responsable. Il était également difficile de falsifier les écrits. Quant à la signature manuscrite, elle s'avérait relativement sûre.

Mais la situation comptait aussi des désavantages majeurs. N'importe quelle

personne qui passait à côté d'un dossier pouvait le lire discrètement sans qu'on ne le sache jamais. On pouvait aussi supprimer une page du dossier sans laisser de trace, et il arrivait qu'on égare un dossier et qu'on perde du coup toute l'histoire du patient. Aujourd'hui, la plupart des dossiers des patients sont informatisés.

Qu'est-ce que cela change dans notre vie quotidienne ?

En premier lieu, le prestataire bénéficie d'un accès beaucoup plus aisé à l'information, et, en général, plus complet. L'infirmière peut, par exemple, accéder à des informations médicales et paramédicales des précédentes hospitalisations. Elle a accès à ses antécédents, ses allergies, etc.

Est-ce déroutant ?

Non, bien sûr. La loi lui octroie ce droit d'accès. De plus, au même titre que les médecins et de n'importe quelle autre profession qui permet d'accéder aux données personnelles des personnes, elle est soumise au secret professionnel.

En second lieu, le prestataire dispose maintenant d'un haut degré de sécurité. Pour accéder à cette information, mais aussi pour en produire, nous devons utiliser un login et un mot de passe. Et là, j'attire votre attention sur le fait qu'ils sont aussi importants que notre signature manuscrite. Utiliser le login et mot de passe d'une autre personne revient à falsifier un document en imitant une signature. Nous devons donc les garder précieusement et ne pas les divulguer. Noteriez-vous votre code pin sur votre carte de banque ? Donc ne mettez pas un post-it avec votre mot de passe sur l'écran. De même, n'acceptez jamais les login et mot de passe ni d'un collègue, ni d'un supérieur hiérarchique, même si cette personne vous le demande comme un service.

Que représente cette clef d'accès et à quoi sert-elle ?

En premier lieu, elle vous donne des droits d'accès aux données médicales des patients. Deuxièmement, elle va tracer votre accès à une table. Cela permettra, en cas de conflit, de retrouver qui a accédé à quelle information. Mais le plus important, c'est qu'elle sert de signature et qu'elle va vous responsabiliser dans vos actes.



Tous les produits pour l'allaitement et les bébés



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



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



Produits 100% naturelles

>> Suite page 25

Cela sous-entendrait-il que nos faits et gestes sont tracés en permanence ?

Eh bien oui, et heureusement ! Combien de fois n'y a-t-il pas eu des énervements, voire des cris dans une unité de soins suite à un problème arrivé à un patient. Tout le monde se renvoie la balle. L'infirmière a reçu des instructions orales du médecin, mais rien n'a été noté. Au bout du compte, c'est l'exécutant qui se fait taper sur les doigts. La traçabilité et la signature électronique permettent de résoudre tout cela. Aujourd'hui, par exemple, une infirmière n'a plus le droit d'encoder une prescription médicale. Au mieux, elle peut signaler une seule administration non prévue à la fois, dans laquelle elle aura signalé le nom, le moyen de communication et l'heure

de la demande.

De plus, nous sommes également patients dans cet hôpital, ou dans un autre. C'est extrêmement rassurant de savoir que personne ne peut consulter notre dossier sans que cela soit totalement tracé, que cette personne soit secrétaire ou directeur médical.

Quels sont les moyens de traçabilité les plus courants ?

D'abord, simplement, l'accès au dossier. Quand vous accédez à quelque information que ce soit, une série de données sont mémorisées : votre nom, l'heure de consultation et le PC sur lequel vous avez consulté les données. Ensuite, chaque fois

que vous faites une action dans le dossier, on trace votre nom et l'heure à laquelle vous avez encodé l'information. Inutile d'essayer de changer l'heure du PC : c'est celle du serveur qui est utilisée.

Ainsi, si un médecin change le traitement médical, on peut retrouver son identité, à quelle heure le changement a eu lieu mais aussi ce qui a changé. De même, si une infirmière reporte une administration, on retrouvera qui l'a fait, à quelle heure et aussi pour quel motif.

Au lieu d'être un espion de notre travail, la traçabilité, c'est la garantie que jamais on ne vous rendra responsable de quelque chose que vous n'avez pas fait !

De veiligheid en de traceerbaarheid in het elektronisch patiëntendossier.

Wat zijn de voordelen van een elektronisch patiëntendossier betreffende de veiligheid?

Laat ons eerst vergelijken wat de beveiliging inhield voor de informatisering en waar we op de dag van vandaag naartoe gaan.

Vroeger, werd alles opgeschreven op papier. Toegang krijgen tot de informatie over een patiënt hield in dat men het dossier te pakken kreeg via het archief. Terwijl op medisch niveau, het dossier vaak werd ingekeken, hield men op verpleegkundig niveau enkel een dossier bij over de lopende hospitalisatie. Soms was het dossier zelfs opgesplitst over verschillende afdelingen.

Op het niveau van veiligheid, had deze situatie enkele voordelen. Toegang tot het archief was moeilijk te verkrijgen: men moest een legitimatie kunnen voorleggen aan het verantwoordelijk personeel. Het was ook moeilijk om de geschriften te vervalsen. De manueel toegebrachte handtekening was ook wel tamelijk veilig.

Maar de situatie had ook grote nadelen. Iedereen die langst een dossier kwam kon het discreet inkijken zonder dat iemand dat ooit zou weten. Er kon een pagina worden weggelaten zonder dat er een haan naar kraaide, en het kon gebeuren dat een dossier werd kwijtgespeeld, en dan waren we in een keer de volledige geschiedenis van de patiënt kwijt.

Vandaag de dag zijn de meeste patiëntendossiers geïnformatiseerd.

Wat verandert dit in ons dagelijkse leven?

Ten eerste, heeft de dienstverlener een veel eenvoudigere toegang tot de informatie, die in de meeste gevallen ook vollediger is. De verpleger kan, bijvoorbeeld, medische of paramedische informatie van voorbijge hospitalisaties raadplegen. Hij heeft een toegang tot de antecedenten, allergieën, enz

Is dit een probleem?

Nee, natuurlijk niet. De wetgeving laat deze toegang toe. Daar komt nog bij, dat een dokter, maar ook alle anderen die in contact komt met de persoonlijke gegevens van mensen, men beroepsgeheim heeft.

Ten tweede, de dienstverlener beschikt nu over een verhoogde beveiliging. Om toegang te krijgen tot de informatie, maar ook om informatie in te voegen, moet men gebruikt maken van een login en paswoord. Opgelet, je login en paswoord, zijn even belangrijk als je handgeschreven handtekening. Het gebruiken van de login en het paswoord van een ander komt er op neer dat iemand anders zijn handtekening vervalst. Het is dus iets zeer persoonlijk dat niet met andere gedeeld mag worden. Zou je je pin code op je bankkaart plakken? Plak dus ook nooit een post-it met je login en paswoord op je computer! Aanvaard ook nooit de login en het paswoord van een collega, ook niet van je verantwoordelijke, ook al vraagt deze persoon je het als een dienst.

Wat stelt deze sleutel voor, en waar dient ze voor?

Ten eerste geeft ze je toegang tot de medische gegevens van de patiënten. Ten tweede, traceert hij jouw toegang tot een tafel. Dit laat toe om, in geval van een conflict, na te gaan wie welke informatie heeft bekeken. Maar het belangrijkste is dat ze jouw handtekening vervangt en dat het je verantwoordelijk maakt van je handelingen.

Dit houdt in dat dus al ons doen en laten continu wordt getraceerd?

Ja, en gelukkig maar! Hoe vaak is het al niet gebeurd dat er irritaties zijn, of conflicten, op een dienst na problemen met een patiënt. Iedereen kaatst de bal terug. De verpleger kreeg een mondeling order van een dokter, maar deze werden niet genoteerd. Tenslotte, is het de uitvoerder die op de vingers

wordt getikt. De traceerbaarheid en de elektronische handtekening lossen dit op. Bijvoorbeeld, vandaag heeft een verpleger niet meer het recht om een medisch voorschrift in te geven. In het beste geval, kan hij een enkele, niet voorziene, toediening aangeven, waarin hij aangeeft wie de aanvraag heeft gedaan, om hoe laat en via welk type van communicatie.

Daar komt nog bij, wij zijn ook patiënten in dit, of een ander, ziekenhuis. Het is enorm geruststellend te weten dat niemand, of het nu gaat over de medische secretaresse of de medische directeur, zo maar ons dossier kan inkijken, zonder dat dit getraceerd wordt.

Welk zijn de meest bekende middelen om te traceren?

Eerst, eenvoudig, de toegang tot het dossier. Wanneer je toegang hebt tot bepaalde informatie, worden een deel gegevens opgeslagen: uw naam, het uur van de toegang en de pc van waarop de informatie werd geraadpleegd. Daarna, elke keer wanneer je een actie uitvoert in het dossier, wordt je naam en het uur waarop de informatie werd ingegeven, getraceerd. Onnodig om te proberen om het uur van je pc aan te passen: het is het uur van de server dat wordt opgeslagen.

Dus, indien een dokter een medische behandeling wijzigt, kennen we zijn identiteit, wanneer precies de wijziging plaatsvond, maar ook wat er werd gewijzigd. Daar komt bij, indien een verpleegster een toediening ingeeft, we gaan weten wie het heeft gedaan, om hoe laat, een wat de reden van de toediening is.

In plaats van een spion te zijn van ons werk, is de traceerbaarheid van de gegevens, een garantie dat men ons nooit verantwoordelijk kan stellen van iets dat we niet gedaan hebben!



ATH AMBU

0495/285.286

24h/24 - 7J/7

info@athambu.be

www.athambu.be



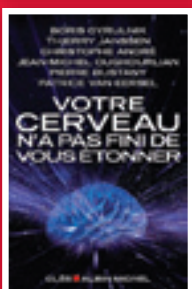
Transport non urgent
Transfert médicalisé
Retour à domicile
Prévention événement



Bonjour,

De retour de ma retraite dans la campagne égyptienne avec le texte des "Confidences" que je m'étais promis d'y écrire (à paraître le 3 octobre 2012), j'ai le plaisir de vous informer de la parution de deux ouvrages auxquels j'ai contribué.

Le premier, intitulé "(R)ÉVOLUTIONS - POUR UNE POLITIQUE EN ACTES" est édité par Lionel Astruc et publié chez Actes Sud.



Le second, intitulé "VOTRE CERVEAU N'A PAS FINI DE VOUS ÉTONNER", est édité par Patrice Van Eersel et publié chez Albin Michel.

Je vous souhaite un beau printemps, étonnant et révolutionnaire.
 Très cordialement.

Thierry Janssen
www.thierryjanssen.com



Godefroid Danielle ou Doudou....

Une carrière de 36 années au bloc opératoire, et puis l'accident vasculaire cérébral rapide et fatal, l'âme du corps est libérée...

Mais quels souvenirs, Danielle tu as laissés derrière toi !



Ton plus cher désir c'était de continuer à travailler avec un SALAIRE décent et surtout en évitant les pauses de nuit (gardes rappelables) qui te minaient depuis plusieurs années.

Auparavant, à 50 ans, les gardes de nuit étaient réservées aux nouveaux (aux jeunes) mais la venue d'un nouveau cadre infirmier à la direction a changé le concept et c'était tout autre : « Toutes les infirmières travaillant au bloc opératoire doivent prêter les gardes de nuit ». C'est-à-dire qu'à n'importe quelle heure de la nuit, le téléphone sonne et l'infirmière se rend à l'hôpital dans les 15 minutes.

Il est vrai que tu avais déjà bien donné de ta vie et, à 58 ans, « l'âge y est », comme l'on dit dans le Borinage...

Même si le Borinage est souvent montré comme une zone de chômage et de personnes traînant la patte, on peut dire que tu as toujours répondu présente au travail sauf... le jour de ta mort cérébrale.

Ce n'est que parce que tu n'étais pas à ton poste le lundi matin que l'on s'est aperçu que tu existais...

Il était bien temps de courir pour comprendre la cause de ton absence alors que quand tu œuvrais au bloc, la pression du « va vite » était souvent sur les lèvres quand on t'appelait.

Fidèle au poste tu étais toujours disponible même quand tu étais en congé, quand on te rappelait, tu revenais pour l'hôpital mais surtout aussi pour les malades car comme tu le disais : « ils n'en peuvent rien eux, si quelqu'un est malade, on ne va pas quand même pas leur imposer de reporter leur intervention ».

Au poste, tu étais l'infirmière ressource,

tu voyais l'embarras d'une nouvelle et tu lui portais aide bien volontiers. Tu étais là aussi pour apaiser les tensions au sein du bloc car dès que tu rentrais dans une salle : tu recevais de tous les chirurgiens : 'Ah, attention, voilà DouDou ». ce n'est pas pour rien ton surnom, il t'allait si bien ! Très calme et très douce, tu mettais tout de suite les patients en confiance.

Quand une nouvelle infirmière arrivait au bloc, tu servais d'infirmière -relais et, très bonne formatrice, tu étais là pour les aiguiller sans élever la voix, toujours dans le calme et le respect de l'autre.

Excellente instrumentiste, tu restais calme auprès des nombreux chirurgiens excités (comme tu les appelais parfois avec un clin d'œil).

Pendant, tu prenais leur défense, en disant que c'était la façon qu'ils avaient trouvée pour libérer leur stress.

Stoïque tu restais jusqu'au bout de l'intervention et ta table était toujours très propre et bien montée dans les règles de l'art car tu avais été à la bonne école comme tu le disais si bien (Ottignies- Louvain-la-Neuve).

Ton parcours d'infirmière est simple, un temps au bloc puis Infirmière chef de la stérilisation centrale et ensuite tu es redevenue infirmière de bloc opératoire et devenue instrumentiste surtout en chirurgie vasculaire que tu aimais beaucoup.

Tu as contribué à l'expansion de l'hôpital et du quartier opératoire. Quelquefois tu nous racontais comment tu devais préparer la stérilisation du matériel en même temps que la gestion du bloc opératoire : tes allées et venues le long du boulevard le soir pour porter le matériel à la stérili quand c'était en construction, la descente au sous sol la nuit pour aller chercher le matériel dans le four quand une intervention urgente arrivait. Tes anecdotes lors de la gestion du réveil la nuit quand tous les chirurgiens sont repartis chez eux et que tu te trouvais seule au bloc opératoire... les bruits lugubres, les craquements, le vent, les SDF qui trouvaient refuge dans l'ancien bloc....

Tu as connu la fusion de l'hôpital, les tensions au sein des chirurgiens qui devaient

se rendre d'un bloc à l'autre avec un timing parfois serré entre deux interventions. Tu as aussi voyagé entre les deux hôpitaux où tu t'y rendais bien volontiers pour répondre à un manque d'infirmier(e) ; toujours pour le bien-être du patient.

Tu as aussi connu l'agrandissement de l'hôpital et par la suite la construction du bloc opératoire qui a amené plus de déplacements du personnel infirmier et plus de fatigue.

Toujours courir pour chercher le matériel qui se trouve à l'autre bout du bloc... et la perte de temps...

Tu as connu aussi les interventions sous caméra digitalisée avec robot à l'appui et toujours tu t'es formée pour répondre aux besoins. Tu aimais aussi te rendre aux conférences et tu assistais à la réunion de service avec cœur pour apaiser les tensions et surtout pour apporter une pierre à l'édifice dans le respect de la direction et du bien-être du patient.

Mais ces derniers temps, la crise financière, (la possible faillite de l'hôpital ou la reprise par un autre), le mal être au sein de l'hôpital, les tensions entre les chirurgiens et la compression du personnel soignant, ont altéré ta santé et ta tension s'est élevée anormalement, ton médecin voulait que tu lèves le pied... mais ton travail tu l'avais à cœur.

Tu as simplement demandé à ne plus faire les nuits mais à Noël tu étais de garde après de si longues années passées au bloc. Ce n'était pas un cadeau ! Surtout que ton mari était gravement malade et que tu le laissais seul chez toi quand tu revenais la nuit au bloc.

Tu avais dit qu'il n'y avait pas de politique pour les aînés au sein de l'hôpital... et que nous devions nous unir pour trouver un arrangement....

Heureusement, un infirmier a eu pitié de toi quand il a vu la neige et qu'il a su que tu allais passer la nuit à l'hôpital, il a repris ta garde mais tu t'en faisais car ton travail était primordial et jamais tu n'aurais abandonné ton poste de travail.

En février de nouveau à l'horaire tu étais de garde et tu as presté, tu es revenue la nuit pour aider un chirurgien à sauver une vie.

Tu voulais un peu alléger ton travail et tu es allée à la direction, mais le seul remède que l'on te proposait c'était la prépension avec 845 euros par mois pour vivre car au bloc pour tenir la cadence, tu as du travailler à $\frac{3}{4}$ temps.

Tu devais recevoir ta médaille vendredi mais, c'était le jour de tes funérailles.

Ton travail, tu l'aimais. Au bloc de l'hôpital de jour, tu rayonnais, les tensions étaient moindres même si la besogne était répétitive et cadencée. Tu effectuais toujours

calmement ta prestation dans le respect du patient. Tu as toujours presté avec le sourire aux lèvres. Nous retiendrons ton petit rouge à lèvres que tu déposais si rapidement sur tes lèvres et qui chaque jour te permettait de repartir dans la vie quotidienne, incognito. Quand nous, les infirmières, avions besoin d'un renseignement ou d'un réconfort, c'était auprès de toi que nous allions. Tu nous aidais à surmonter les épreuves de la vie.

Nous te racontions nos difficultés et nos angoisses au sein du bloc et toi tu nous

comprenais et nous aidais à passer le cap. Aujourd'hui, nous pouvons dire que nous avons perdu quelqu'un de cher et d'honnête. Les chirurgiens reconnaissent tes capacités et, eux aussi, c'était auprès de toi qu'ils se renseignaient.

Tu étais la maman du bloc et nous, nous étions les enfants que tu n'as pas eus.

Danielle, tu restes dans nos cœurs, aussi indispensable qu'un doudou pour un bébé... Repose en paix.

Ginette Saussez

L'expérience avec le système Karl STORZ 3D/HD laparoscopique au bloc opératoire du CHU de Charleroi.



C'est en mai dernier que le service de chirurgie digestive de l'ISPPC a inauguré une nouvelle technique en chirurgie laparoscopique.

L'objectif de ce dispositif est d'utiliser un système non-robotique de vision 3D/HD qui améliore la perception de profondeur stéréoscopique et l'orientation spatiale avec une qualité d'image supérieure qui améliore les performances tout en préservant un contrôle tactile des préhensions d'organes au cours des procédures minimalement invasives.

Les chirurgiens doivent seulement porter des discrètes lunettes polarisées circulaires lors de la chirurgie laparoscopique et faire l'expérience de l'image 3D/HD. Une formation complémentaire n'est pas nécessaire car les techniques chirurgicales sont inchangées.

Lorsque le chirurgien travaille en 2 dimensions au travers de l'écran vidéo en lieu et place de la vision en 3 dimensions (3D) de la chirurgie ouverte, supprimant la notion de profondeur, les gestes de sutures répétées sont lents et fatigants.

Le laparoscope vidéo autoclavable est en titane, ne fait que 10mm de

diamètre et ne pèse que 240 gr.

La vision 3D/HD en cours de la chirurgie mini-invasive, fournit une perception de la profondeur stéréoscopique et offre une visualisation des structures anatomiques critiques. Ce système 3D/HD a le potentiel d'améliorer la performance, de réduire le temps de procédure et même de minimiser l'équipement en diminuant ainsi les coûts d'exploitation globaux.

Charlotteau Nicole

Quartier opératoire

Infirmière en chef

CHU Charleroi

Boulevard Paul Janson, 92

6000 Charleroi

Email: nicole.charlotteau@chu-charleroi.be



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).

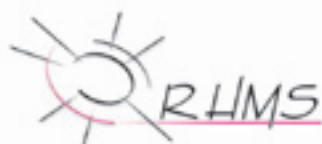
Ces nouveaux collaborateurs évolueront au sein d'un environnement de travail convivial, moderne et dynamique et bénéficieront d'une formation continue, d'une rémunération attrayante et d'une crèche de jour. Les fonctions proposées seront exercées à temps plein ou partiel selon leurs convenances et l'organisation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



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

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

Infos et candidatures ?

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



La sécurité des patients, la satisfaction et la qualité des soins hospitaliers

Enquêtes transversales des infirmières et des patients dans 12 pays en Europe et aux États-Unis.

Objectif

Déterminer si les hôpitaux ont une bonne organisation des soins. (Telles que l'amélioration en dotation de personnel infirmier et l'amélioration des environnements de travail)
Influence sur les soins prodigués aux patients et sur la stabilité de la main-d'œuvre infirmière dans les pays européens.

Méthode

Enquêtes transversales auprès des patients et des infirmières.

Champ d'étude

Des cadres en soins de santé ont été interrogés dans les hôpitaux généraux de soins aigus.

(488 dans 12 pays européens; 617 aux États-Unis)

Des patients ont été interrogés dans 210 hôpitaux européens et 430 hôpitaux aux États-Unis.

Participants

33 659 infirmières et 11 318 patients en Europe;

27 509 infirmières et plus de 120 000 patients aux États-Unis.

Résultats principaux

Résultats Infirmiers (épuisement professionnel, insatisfaction, intention de quitter leur emploi dans la prochaine année, insécurité des soins aux patients, qualité des soins médiocres)

Résultats Patients (satisfaction globale concernant les soins infirmiers, volonté de recommander certains hôpitaux).

Résultats

Le pourcentage d'infirmières ayant déclaré une mauvaise qualité des soins prodigués aux patients variait considérablement selon les pays (de 11% (Irlande) à 47% (Grèce)), tout comme les taux infirmières ayant donné à leur hôpital une note faible au niveau de la sécurité ou, à défaut (4% (Suisse) à 18% (Pologne)).

Nous avons trouvé des taux élevés d'épuisement infirmière (10% (Pays-Bas) à 78% (Grèce)), insatisfaction au travail (11% (Pays-Bas) à 56% (Grèce)), et l'intention de quitter leur profession (14% (Etats-Unis) à 49% (Finlande, Grèce)).

Évaluations des patients favorables à leurs hôpitaux variaient aussi considérablement (35% (Espagne) à 61% (Finlande, Irlande)), les taux des patients disposés à recommander leur hôpital (53% (Grèce) à 78% (Suisse)).

Les environnements de travail améliorés et les ratios de réduction de patients par infirmières ont été associés à la qualité des soins accrue et la satisfaction des patients.

Dans les hôpitaux européens, les infirmières avec un milieu de travail correct étaient deux fois moins susceptibles de déclarer des soins de qualité médiocre ou passable (ratio ajusté = 0,56, intervalle de confiance de 95% 0,51 à 0,61) et de donner de mauvaises notes sur la sécurité des patients (0,50, 0,44 à 0,56).

Chaque patient supplémentaire par infirmière a augmenté les chances d'infirmières ayant déclaré des soins de qualité médiocre ou passable (1,11, 1,07 à 1,15) et les grades de sécurité pauvres ou, à défaut (1,10, 1,5 à 1,16).

Les patients dans les hôpitaux avec de meilleurs environnements de travail étaient plus susceptibles de juger leur hôpital valablement (1,16, 1,03 à 1,32) et recommandent leurs hôpitaux (1,20, 1,05 à 1,37), tandis que ceux avec des ratios plus élevés de patients par infirmières étaient moins susceptibles de les coter correctement (0,94, 0,91 à 0,97) ou de les recommander (0,95, 0,91 à 0,98).

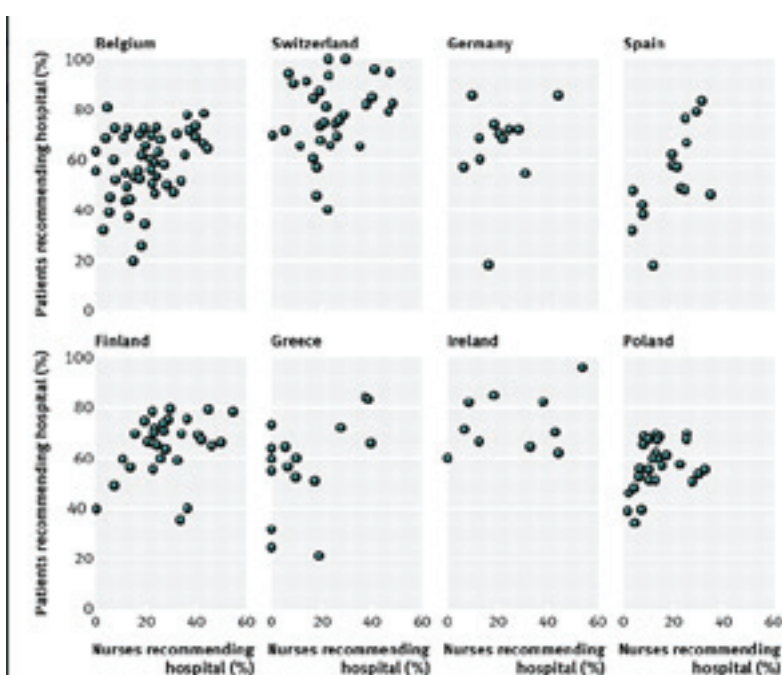
Les infirmières et les patients sont d'accord sur les hôpitaux où sont fournis des soins de qualité et qui pourraient être recommandés.

Conclusions

Les soins hospitaliers qualitatifs étaient monnaie courante dans tous les pays.

L'amélioration du milieu de travail dans les hôpitaux pourrait être une stratégie avec un coût relativement faible pour améliorer la sécurité et la qualité des soins hospitaliers et ainsi accroître la satisfaction des patients.

<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>



Rubrique culinaire

Recevoir sans stress

Mini cakes au crabe



Préparation : 15 mn
Cuisson : 20 mn
Repos : 0 mn
Temps total : 35 mn

Ingrédients pour 6 personnes :

300 g de crabe en boîte - 2 gousses d'ail - 3 oeufs - 130 g de farine - 90 g d'emmental râpé - 50 g de beurre - 10 cl de lait - 1 sachet de levure chimique - Sel - Poivre

Passons au fourneau :

Chauffez le four à 200°C (thermostat 7). Faites fondre le beurre. Dans un saladier, mélangez la farine et la levure. Faites un puits, versez-y les oeufs, le beurre et le lait. Salez, poivrez et mélangez. Ajoutez le fromage râpé, l'ail haché et le crabe émietté. Beurrez et farinez des petits moules à cake ou à brioches. Répartissez-y la préparation, enfournez et faites cuire de 15 à 20 minutes.

Poêlée de Saint-Jacques à l'orange



Préparation : 15 mn
Cuisson : 5 mn
Repos : 0 mn
Temps total : 20 mn

Ingrédients pour 4 personnes :

12 grosses noix de Saint-Jacques - 500 g d'épinards - 1 échalote très finement hachée - 2 oranges - 20 cl de crème liquide - 1 cuillère à café de Grand Marnier - 1 cuillère à soupe de ciboulette fraîche hachée - sel et poivre blanc - beurre - 1 gousse d'ail haché - 1 sachet de purée de pommes de terre instantanée

Et maintenant au fourneau :

- 1 Presser l'une des oranges, et couper l'autre en fines rondelles. Préparer la purée comme indiqué sur l'emballage et réserver au chaud.
- 2 Nettoyer les épinards en ne gardant que les feuilles. Les ébouillanter dans de l'eau salée pendant 3 minutes. Egoutter, rincer à l'eau froide et bien égoutter de nouveau. Faire fondre une noix de beurre dans une poêle et ajouter l'ail. Faire revenir pendant 1 minutes, et ajouter les épinards. Faire sauter pendant 3 minutes. Réserver au chaud.
- 3 Laver les Saint-Jacques et les sécher. Les faire dorer dans 30 g de beurre chaud pendant 3 minutes, à feu vif. Saler, poivrer et réserver au chaud.
- 4 Faire suer l'échalotte finement hachée dans la poêle. Ajouter le jus d'orange, le Grand Marnier et la crème. Laisser réduire de moitié. Incorporer une noix de beurre en remuant au fouet.
- 5 Mettre un peu de sauce dans les assiettes chauffées. Dresser un peu d'épinards au milieu. Disposer un peu de purée sur les épinards. Disposer les noix de Saint-Jacques autour et les saupoudrer de ciboulette. Décorer avec des rondelles d'orange et des coquilles vides.

Timbales de poireaux crémeux en crumble de noix



Préparation : 15 mn
Cuisson : 30 mn
Repos : 0 mn
Temps total : 45 mn

Ingrédients pour 4 personnes :

1 kg de blancs de poireaux - 250 g de Ricotta (1 pot) - 50 g de Gorgonzola (ou autre fromage à pâte persillée) - noix de muscade râpée - poivre, sel - 50 g de pancetta ou de poitrine fumée en fines tranches - 50 g de biscuits apéritifs nature ou parfumés au fromage (type TUC) - 3 cuillères à soupe rases de farine - 4 à 5 cerneaux de noix - 50

g de beurre froid

Et maintenant au fourneau :

- 1 Faire blanchir les poireaux taillés dans la longueur puis en tronçons de 2 cm pendant 5 minutes. Egoutter très soigneusement puis ajouter la Ricotta et le Gorgonzola écrasés à la fourchette. Préchauffer le four à 180°C.
- 2 Faire dorer les tranches de pancetta dans une poêle à feu très vif, à sec. Egoutter, couper en petits morceaux et mélanger aux poireaux. Ajouter de la noix de muscade, du poivre et un peu de sel si nécessaire (attention le fromage et la pancetta sont déjà salés).
- 3 Confectionner la pâte à crumble en broyant grossièrement les noix avec les biscuits apéritifs qu'on mélangera ensuite au beurre bien froid et à la farine. Ajuster les proportions de farine et de beurre au besoin, afin d'obtenir la bonne consistance : une pâte grumeleuse mais pas trop sèche quand même.
- 4 Disposer la crème aux poireaux dans des ramequins à bords hauts, répartir les miettes de crumble par-dessus et enfourner pour 20 à 30 minutes à 180°C, jusqu'à ce que les timbales soient bien dorées.

Pour finir... Servir tiède avec une salade verte assaisonnée à l'huile de noix.

Poulet aux spéculoos



Préparation : 2 mn
Cuisson : 10 mn
Repos : 0 mn
Temps total : 12 mn

Ingrédients pour 2 personnes :

2 escalopes de poulet (ou de dinde) - 2 échalotes - un peu de beurre pour la cuisson (5g) - 4 spéculoos - 25 cl de crème fraîche - sel et poivre

Et maintenant au fourneau :

- 1 Émincer les échalotes et les faire légèrement colorer dans une sauteuse.
- 2 Une fois les échalotes colorées et la poêle bien chaude, ajouter les escalopes. Saler et poivrer. Vous pouvez également ajouter un peu de cannelle en poudre.
- 3 Quand les escalopes sont cuites (le temps de cuisson dépend de l'épaisseur de la viande), ajouter la crème liquide et porter à feu doux pour faire légèrement réduire la crème.
- 4 Réduire les spéculoos en poudre (au mixeur ou avec le fond d'un verre) et les ajouter à la préparation toujours à feu doux, la crème va alors épaissir.
- 5 Laissez quelques instants (2 minutes) et stopper la cuisson quand la sauce est assez épaisse mais crémeuse.

Pour finir... A servir avec des pommes de terre cuites à l'eau ou des frites et une bonne bière de garde.

Sablés hollandais



Préparation : 20 mn
Cuisson : 10 mn
Repos : 60 mn
Temps total : 90 mn

Ingrédients pour 4 personnes :

300 g de farine - 200 g de beurre - 120 g de sucre - 50 g de poudre de cacao - 1 jaune d'œuf - 1 cuillère à café d'arôme vanille - 1 pincée de sel

Passons au fourneau :

- 1 Battre le beurre avec le sucre, ajouter le jaune d'œuf, le sel et bien mélanger. Incorporer la farine sans trop travailler la pâte.
- 2 Prélever 1/3 de cette pâte et y ajouter la poudre de cacao. Ajouter l'arôme vanille dans l'autre. Mettre au réfrigérateur les deux boules de pâte obtenues sous film plastique pendant 30 minutes.
- 3 Étaler les pâtons pour former deux grands rectangles de même taille, badigeonner le dessus avec un peu de beurre fondu, puis les superposer et les rouler ensemble. Remettre le boudin ainsi façonné au réfrigérateur.
- 4 Après 30 minutes, couper des tranches d'1 cm d'épaisseur et les poser sur la plaque du four. Faire cuire 10 minutes à 180°C (thermostat 6).

Pour finir... Servir avec des fruits de saison ou une boisson fraîche.

AQUACEL[®] EXTRA

EXTRA

RÉSISTANCE • ABSORPTION • CONFIANCE
STERK • ABSORBEREND • VERTROUWD

Le pansement AQUACEL[®] EXTRA[™]:

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

AQUACEL[®] EXTRA[™] verband:

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

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

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

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

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

Reference : 1. Preliminary assessment of the physical properties of AQUACEL[®] EXTRA vs AQUACEL[®] & DURA FIBER[™]. Scientific Background Report. WHRI3461 TA214. 2011, Data on File, Convatec Inc.

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

^a En comparaison avec le pansement AQUACEL[®]. / ^a In vergelijking met AQUACEL[®] verband.



AQUACEL[®] dessins
TRIED. TRUE. TRUSTED.™



Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care

Cross sectional surveys of nurses and patients in
12 countries in Europe and the United States

Objective

To determine whether hospitals with a good organisation of care (such as improved nurse staffing and work environments) can affect patient care and nurse workforce stability in European countries.

Design

Cross sectional surveys of patients and nurses.

Setting

Nurses were surveyed in general acute care hospitals (488 in 12 European countries; 617 in the United States); patients were surveyed in 210 European hospitals and 430 US hospitals.

Participants

33 659 nurses and 11 318 patients in Europe; 27 509 nurses and more than 120 000 patients in the US.

Main outcome measures

Nurse outcomes (hospital staffing, work environments, burnout, dissatisfaction, intention to leave job in the next year, patient safety, quality of care), patient outcomes (satisfaction overall and with nursing care, willingness to recommend hospitals).

Results

The percentage of nurses reporting poor or fair quality of patient care varied substantially by country (from 11% (Ireland) to 47% (Greece)), as did rates for nurses who gave their hospital a poor or failing safety grade (4% (Switzerland) to 18% (Poland)). We found high rates of nurse burnout (10% (Netherlands) to 78% (Greece)), job dissatisfaction (11% (Netherlands) to 56% (Greece)), and intention to leave (14% (US) to 49% (Finland, Greece)). Patients' high ratings of their hospitals also varied considerably (35% (Spain) to 61% (Finland, Ireland)), as did rates of patients willing to recommend their hospital (53% (Greece) to 78% (Switzerland)). Improved work environments and reduced ratios of patients to nurses were associated with increased care quality and patient satisfaction. In European hospitals, after adjusting for hospital and nurse characteristics, nurses with better work environments were half as likely to report poor or fair care quality (adjusted odds ratio 0.56, 95% confidence interval 0.51 to 0.61) and give their hospitals poor or failing grades on patient safety (0.50, 0.44 to 0.56). Each additional patient per nurse increased the odds of nurses reporting poor or fair quality care (1.11, 1.07 to 1.15) and poor or failing safety grades (1.10, 1.05 to 1.16). Patients in hospitals with better work environments were more likely to rate their hospital highly (1.16, 1.03 to 1.32) and recommend their hospitals (1.20, 1.05 to 1.37), whereas those with higher ratios of patients to nurses were less likely to rate them highly (0.94, 0.91 to 0.97) or recommend them (0.95, 0.91 to 0.98). Results were similar in the US. Nurses and patients agreed on which hospitals provided good care and could be recommended.

Conclusions

Deficits in hospital care quality were common in all countries. Improvement of hospital work environments might be a relatively low cost strategy to improve safety and quality in hospital care and to increase patient satisfaction

PATRICIA SABOTS

Sabots Médicaux Certifiés pour les Professionnels de la Santé.
Nombreuses Références !!!

Avec attaches 39,90€
ou sans attaches 35,90€

0475 37 15 40
Achat également sur le site EBAY

GSM: 0475/37.15.40

"Chez Patricia Sabots"
Tu trouves les Sabots que tu souhaites
Ergonomiques et certifiés
pour les professionnels de la santé
Sabots utiles, Sabots relax
Chez Patricia Sabots le mug! !!!

- 268, Rue de Beaulieuart - 6140 Fontaine-l'Évêque
TEL: 071/52 86 31
- 13, Avenue Général Michel - 6000 Charleroi
TEL: 071/ 30 65 50
- 65, Chaussée de Châtelet - 6060 Gilly
TEL: 071/42 28 10

E-mail: chez-patricia-sabots@hotmail.com - Tva: be 0808 518 061
Site web: www.patriciasabots.be - Site ebay: <http://stores.befr.ebay.be/patriciasabots>

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
PRÉSENCE SOIN À DOMICILE

Bulletin d'adhésion

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



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

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

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

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

- ☐ **ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
- ☐ **AFISCeP.be** (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
- ☐ **AFIU** (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)
- ☐ **AIGP** (Association des Infirmier(e)s Gradué(e)s de Pédiatrie)
- ☐ **BANA** (Belgian Association of Nurse Anaesthesia)
- ☐ **CID** (Coordination des Infirmières à Domicile)
- ☐ **ENDO-F.I.C.** (Endoscopie - Formation Infirmière Continué)
- ☐ **FIIB** (Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique)
- ☐ **FNIB Bruxelles – Brabant**
- ☐ **FNIB Régionale de Charleroi et du Hainaut oriental**
- ☐ **FNIB Liège – Verviers – Eupen** (UPRIL)
- ☐ **FNIB Namur – Luxembourg** (AINL)
- ☐ **SIZ-Nursing** (Société des Infirmier(e)s de Soins Intensifs)
- ☐ **FNIB Tournai-Mons-Centre**
- ☐ **ASBG** (Association des soignants belges en gériatrie)
- ☐ **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)
- ☐ **be ONS** (Belgian Oncology Nursing Society)

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.

€

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

Revenu garanti

→ une couverture sur mesure

Gewaarborgd inkomen

→ een dekking op maat

Assurance groupe et EIP

(Engagement Individuel de Pension)

→ des solutions flexibles
pour les indépendants en société

Groepsverzekering en IPT

(Individuele Pensioentoezegging)

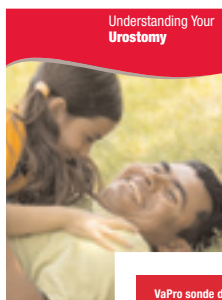
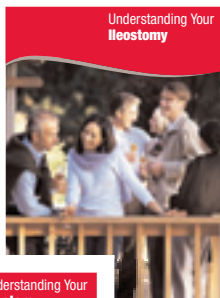
→ flexibele oplossingen voor
zelfstandigen in vennootschap

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

www.amonis.be • info@amonis.be

Avec vous à chaque instant!

Wij zijn er steeds voor u!



FormaFlex
Nouveau - Nieuw!



...plus
que des produits!

...meer
dan producten alleen!

Hollister
Contact
Ostomy & Continence Care

Avec vous à chaque instant
Wij zijn er steeds voor u

0800 90626 hollistercontact@hollister.com

www.hollister.be



Attention to Detail. Attention to Life