



AGORA

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

N°/Nr 19

Trimestriel : Avril - Mai - Juin 2015
Driemaandelijks : April - Mei - Juni 2015



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



Le département infirmier du CHU de Charleroi

Tous en chœur au cœur des soins

Le CHU de Charleroi est le plus important établissement hospitalier public de la Région Wallonne avec cinq sites hospitaliers intégrés : l'Hôpital Civil (Charleroi), l'Hôpital A. Vésale et l'Hôpital Léonard de Vinci (Montigny-le-Tilleul), l'Hôpital V. Van Gogh (Marchienne) et la Clinique L. Neuens (Châtelet). Fin 2013, L'Hôpital Civil Marie Curie ouvrira ses portes tandis que l'Hôpital Civil fermera les siennes. Le CHU de Charleroi offre à ses patients toutes les spécialités médicales et chirurgicales et continue à se développer afin de prodiguer des soins de qualité.



EN REJOIGNANT NOS ÉQUIPES, VOUS CONTRIBUEREZ À RELEVER CES DÉFIS

Vos motivations à travailler au sein d'une équipe porteuse de projets ambitieux :

- contrat à durée indéterminée
- accueil parrainé
- reconnaissance des titres
- prime de fin d'année
- reprise des années d'ancienneté
- avantages sociaux : abonnements transports en commun, repas au self du personnel
- amicale du personnel (réductions dans certains magasins)
- crèche
- service social pour le personnel
- groupe "bien-être"

- plan de carrière, de formation
- perspectives d'avenir au sein du nouvel hôpital
- ergonomie du travail

NOS OBJECTIFS

Les objectifs du département infirmier sont :

- la satisfaction des patients, du personnel et des stagiaires
- le développement des valeurs humanistes
- le développement des compétences
- le déploiement d'un hôpital attractif en termes de résultats

NOS OFFRES D'EMPLOI

L'ISPPC recrute régulièrement pour son CHU de Charleroi (Hôpital Civil, A. Vésale, L. De Vinci, V. Van Gogh) et ses MR/MRS/MSP (h/f) des

bachelier(e)s en soins infirmiers et breveté(e)s, infirmier(e)s spécialisé(e)s en néonatalogie, SISU, psychiatrie, salle d'opération,...

Vous avez envie de travailler «**tous en chœur au cœur des soins**», merci de déposer votre candidature auprès d'A. Grard, Directrice des Ressources Humaines, Espace Santé-Boulevard Zoé Drion 1, 6000 Charleroi.

Plus d'information sur notre site internet :

www.chu-charleroi.be

EN REJOIGNANT LE DÉPARTEMENT INFIRMIER DU CHU DE CHARLEROI,

vous rejoignez un hôpital qui met l'accent sur :

- la disponibilité de technologies de pointe et d'un personnel médical de premier plan, grâce aux contacts étroits du CHU avec le monde universitaire
- le bien-être et le confort des patients et des accompagnants
- une éthique pluraliste fondée sur le respect des convictions de chacun

Edito

Le printemps et ses couleurs : la couleur du Renouveau **5**

Rubrique internationale

7 millions de décès prématurés sont liés à la pollution de l'air chaque année **6**

EFN BRIEFING NOTE on EFN input to DG CONNECT mHealth Public Consultation **9**

Rubrique juridique

Renforcement des mesures pour les infractions à l'interdiction de fumer dans l'HORECA **10**

Nous avons lu pour vous ...

Les soins infirmiers à domicile : évolution d'une profession de la religieuse visiteuse à l'infirmier(e) du XXI^e siècle **12**

Nos partenaires ...

Réduire le risque de complications chez les personnes diabétiques grâce à l'utilisation d'aiguilles à stylo court **16**
Comprendre et lutter contre les inégalités **20**

Portrait

Renée Lemaire : 1914-1944 **26**

Rubrique culinaire

Bulletin d'adhésion FNIB

Agenda

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.

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. (agora@fnib.eu)

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 : agora@fnib.eu. 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 par FRS Consulting :

Chaussée d'Haecht, 547 | B-1030 Bruxelles

T. 02 245 47 74 | F. 02 245 44 63

e-mail : paulmeyer@publiet.be - TVA : BE 0844 353 326

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



Clinique Saint-Luc



recrute des (h/f) :



> INFIRMIERS GRADUÉS/BACHELIERS EN SOINS INFIRMIERS OU DES INFIRMIERS BREVETÉS

> BACHELIERS EN SOINS INFIRMIERS SIAMU POUR LE SERVICE DES URGENCES OU DE RÉANIMATION

- Atout : détention du diplôme de spécialisation SIAMU (possibilité de réaliser la formation en cours d'emploi).

> BACHELIER EN SOINS INFIRMIERS POUR SON BLOC OPÉRATOIRE INSTRUMENTISTE CARDIAQUE

- Atout : détention du diplôme de spécialisation bloc op.

Nous vous offrons

- Un contrat à durée indéterminée à temps plein (37h30/sem.) ou à temps partiel
- Un environnement de travail enrichissant et en constante évolution

- Une rémunération en rapport avec votre niveau de responsabilité accompagnée d'avantages extra légaux
- Un treizième mois en fin d'année
- Une crèche agréée ONE et un accueil extra-scolaire.

Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès de Monsieur Dufour, chef du département infirmier et paramédical (081/209353).

Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae doivent être adressées à Monsieur Hubaux, Directeur des ressources humaines de préférence par mail : recrutement@slbo.be

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

Tél. : 081 20 93 62
Téléfax : 081 20 99 61
Courriel : recrutement@slbo.be

www.slbo.be

NOUS RECRUTONS !



Infos et candidatures

CH EpiCURA asbl
Martine Vanschoor
Directrice Dépt Infirmier
rue L. Caty 136, 7331 Baudour
martine.vanschoor@epicura.be

Le Centre Hospitalier EpiCURA regroupe plus de 2500 personnes et 400 médecins répartis sur cinq sites. Notre mission ? Conjuguer médecine de qualité, service de soins de proximité, équipement technologique de pointe et convivialité.

Disposant de 875 lits, EpiCURA est aujourd'hui en pleine expansion. Nous menons d'importants chantiers de rénovation pour offrir à notre équipe dynamique un cadre de soins toujours plus performant.

Nous sommes régulièrement à la recherche d'infirmiers aux profils divers :

INFIRMIER BACHELIER
INFIRMIER BREVETE
INFIRMIER SPECIALISE



Rejoignez nos unités de soins !

Site d'ATH
rue Maria Thomée 1
7800 Ath
Tél : +32 (0)68 26 21 11

Site de BAUDOUR
rue Louis Caty 136
7331 Baudour
Tél : +32 (0)65 76 81 11

Site de BELOEIL
rue d'Ath 19
7970 Beloeil
Tél : +32 (0)69 68 27 11

Site de FRAMERIES
rue de France 2
7080 Frameries
Tél : +32 (0)65 61 22 11

Site d'HORNU
route de Mons 63
7301 Hornu
Tél : +32 (0)65 71 31 11



Le printemps et ses couleurs : la couleur du Renouveau

Voir les **couleurs**.

« L'œil humain parvient à apercevoir quelques 400.000 couleurs différentes. La couleur est une propriété de la lumière qui est une onde électromagnétique, sa perception visuelle est subjective.

La couleur est déterminée par la sensation individuelle de l'œil humain et dépend de la sensibilité de chaque œil. Sans lumière, il n'y aurait pas les couleurs. » - article « quand les couleurs favorisent la guérison » paru dans Soins infirmiers 12/2014.

Le printemps est là avec le renouveau de la Nature.

Et notre printemps, celui du renouveau de la profession infirmière et de la formation infirmière en Belgique s'installe aussi semblerait-il.

Décret Marcourt, Directive sectorielle européenne 2013/55/UE, lecture et renouveau de l'AR 78 qui régit les professionnels de la santé dans notre royaume, tout est en travaux, un tourbillon printanier souffle sur le pays.

Imposée par une Europe qui défend la libre circulation des personnes à titre égal, qui prône une qualité de formation des infirmiers pour une meilleure qualité des soins, la réforme de notre enseignement est plus qu'engagée (les Ministres de l'enseignement et leurs cabinets y travaillent).

L'actualisation de l'AR 78, sous l'impulsion de La Ministre de la Santé publique, devra intégrer les notions de compétences, de différenciations de fonctions d'infirmiers, de délégations d'actes plus spécifiques, etc.

La quasi TOTALITE de l'activité des structures nationales (UGIB, CFAI, CTAI, KCE...) ainsi que celle des associations professionnelles est centrée sur la réforme de notre enseignement infirmier.

Depuis de nombreuses années, la FNIB ne lésine pas sur le temps consacré et sur les moyens déployés pour faire entendre le message européen aussi bien

au niveau des structures nationales qu'au niveau de l'échelon européen via l'EFN. En ce moment de nombreuses rencontres officielles, officieuses, des tables rondes se succèdent sans relâche.

Comme prôné depuis plusieurs années, votre association souhaite et demande une réforme structurelle.

Cette réforme se doit d'être un TOUT si elle veut rencontrer de manière efficiente les défis de santé publique qui nous attendent. Nous ne souhaitons « laisser pour compte » personne. Il faut étudier et réformer au même moment toute la chaîne des soins depuis l'ambulancier, l'aide-soignante et l'infirmier.

Refondre toute la formation pour augmenter celle de chaque intervenant en vue de garantir des prises en soins de qualité et de responsabilité citoyenne.

La couleur du renouveau quelle doit-elle être selon vous ?

Celle qui vous plaît...pourvu qu'elle soit gage de qualité, de performances, de libre circulation sans blesser ni oublier personne tout en tenant compte de la situation actuelle.

Nous vous invitons à participer à notre Congrès annuel du 12 mai prochain à Namur où ces thématiques seront abordées en matinée car il importe de garder à l'esprit que pour le 18 janvier 2016, notre pays doit être en conformité avec la Directive 2013/55/UE du parlement européen et du conseil du 20 novembre 2013.

J'aime les couleurs, j'adore les saisons... faisons un arc-en-ciel de notre profession.

A vous voir nombreux le 12 mai, je m'en réjouis déjà.

Rubrique internationale

CENTRE DES MÉDIAS

7 millions de décès prématurés sont liés à la pollution de l'air chaque année

25 MARS 2014 | GENEVE - Dans de nouvelles estimations publiées aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) indique que près de 7 millions de personnes sont décédées prématurément en 2012 – une sur huit au niveau mondial – du fait de l'exposition à la pollution de l'air. Ces chiffres représentent plus du double des estimations précédentes et confirment que la pollution de l'air est désormais le principal risque environnemental pour la santé dans le monde. On pourrait sauver des millions de vies en luttant contre la pollution de l'air.

Maladies cardio-vasculaires, AVC et cancer

Les nouvelles données mettent en évidence en particulier un lien plus fort entre la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et de l'air l'extérieur et les maladies cardio-vasculaires comme les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques, ainsi qu'entre la pollution de l'air et le cancer. Cela vient s'ajouter au rôle de la pollution de l'air dans l'apparition de maladies respiratoires et notamment d'infections respiratoires aiguës et de broncho-pneumopathies chroniques obstructives.

Les nouvelles estimations ne reposent pas uniquement sur une meilleure connaissance des maladies provoquées par la pollution atmosphérique mais aussi sur une meilleure évaluation de l'exposition humaine aux polluants présents dans l'air grâce à l'utilisation de mesures et de technologies améliorées. Cela a permis aux chercheurs de procéder à une analyse plus approfondie des risques sanitaires dans un éventail démographique plus large qui comprend désormais des zones rurales aussi bien que des zones urbaines.

Au niveau régional, les pays à revenu faible ou intermédiaire des Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidentale sont ceux qui ont enregistré la charge la plus lourde liée à la pollution de l'air en 2012, avec un total de 3,3 millions de décès prématurés liés à la pollution inté-

rieure et 2,6 millions de décès prématurés liés à la pollution extérieure.

Prévenir des maladies non transmissibles

«Un air plus propre permet de prévenir des maladies non transmissibles et de réduire les risques chez les femmes et les groupes vulnérables, y compris les enfants et les personnes âgées», déclare le Dr Flavia Bustreo, Sous-Directeur général de l'OMS chargé de la santé de la famille, de la femme et de l'enfant. «Les femmes et les enfants pauvres paient un lourd tribut à la pollution de l'air intérieur, car ils passent plus de temps à la maison à respirer les fumées et la suie que dégagent les fourneaux à bois ou à charbon mal ventilés.»

L'évaluation comporte une ventilation des décès attribués à ces maladies, indiquant que la grande majorité des décès liés à la pollution atmosphérique sont dus aux maladies cardiovasculaires, à savoir:

Décès dus à la pollution extérieure

- 40% – cardiopathies ischémiques;
- 40% – accident vasculaire cérébral;
- 11% – bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO);
- 6% - cancer du poumon; et
- 3% – infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'enfant.

« Un air plus propre permet de prévenir des maladies non transmissibles et de réduire les risques chez les femmes et les groupes vulnérables, y compris les enfants et les personnes âgées »

Dr Flavia Bustreo, Sous-Directeur général de l'OMS chargé de la santé de la famille, de la femme et de l'enfant



Organisation mondiale de la Santé



Décès dus à la pollution intérieure

- 34% - accident vasculaire cérébral;
- 26% - cardiopathies ischémiques;
- 22% - bronchopneumopathies chroniques obstructives;
- 12% - infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'enfant; et
- 6% - cancer du poumon.

Les nouvelles estimations reposent sur les données de mortalité les plus récentes établies par l'OMS pour 2012 ainsi que sur des données factuelles établissant les risques sanitaires dus à l'exposition à la pollution de l'air. Les estimations de l'exposition à la pollution extérieure dans différentes parties du monde ont été élaborées au moyen d'une nouvelle cartographie mondiale des données comportant des données obtenues par satellite, des mesures de surveil-

>> Suite page 8

lance au sol et des données sur les émissions polluantes à partir de sources clés, ainsi que sur une modélisation des déplacements de la pollution dans l'air.

Des risques plus importants qu'attendus

Pour le Dr Maria Neira, Directeur du Département OMS Santé publique, déterminants sociaux et environnementaux de la santé, «les risques dus à la pollution de l'air sont désormais plus importants qu'on ne le pensait, en particulier en ce qui concerne les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux. Peu de risques ont un impact supérieur sur la santé mondiale à l'heure actuelle que la pollution de l'air; les données factuelles indiquent la nécessité d'une action concertée pour rendre l'air que nous respirons plus propre.»

Après avoir analysé les facteurs de risque et pris en compte les révisions de la méthodologie, l'OMS estime que la pollution de l'air intérieur a été liée à 4,3 millions de décès prématurés en 2012 dans les ménages cuisinant sur des réchauds à charbon, à bois ou à combustibles de la biomasse. Les nouvelles estimations s'expliquent par une meilleure information sur les expositions à la pollution parmi les 2,9 milliards de personnes que l'on estime utiliser des réchauds rudimentaires, ainsi que par les données factuelles concernant le rôle de la pollution de l'air dans l'apparition des maladies cardiovasculaires et respiratoires, et des cancers.

Dans le cas de la pollution extérieure, l'OMS estime que 3,7 millions de décès prématurés ont été dus à des sources urbaines et rurales en 2012 dans le monde.

La conséquence de politiques non durables menées dans de multiples secteurs

De nombreuses personnes sont exposées à la fois à la pollution intérieure et extérieure. En raison de ce chevauchement, il ne suffit pas d'ajouter l'une à l'autre la mortalité attribuée à ces deux sources, d'où l'estimation totale d'environ 7 millions de décès prématurés en 2012.

«Une pollution atmosphérique excessive est souvent la conséquence des politiques non durables menées dans les secteurs comme le transport, l'énergie, la gestion des déchets et l'industrie. Dans bien des cas, des stratégies plus saines seraient également plus économiques à long terme en raison des économies en dépenses de santé, mais aussi des bénéfices pour le climat», affirme le Dr Carlos Dora, Coordinateur OMS pour la santé publique et les détermi-

nants sociaux et environnementaux de la santé. «L'OMS et le secteur de la santé ont un rôle unique à jouer en traduisant les données scientifiques sur la pollution de l'air en politiques susceptibles d'apporter des améliorations et de sauver des vies.»

La publication de ces données aujourd'hui est un pas important sur la feuille de route de l'OMS pour la prévention des maladies liées à la pollution de l'air. Elle implique la mise en place d'une plate-forme mondiale hébergée par l'OMS sur la qualité de l'air et la santé afin de produire de meilleures données sur les maladies liées à la pollution de l'air et de fournir un appui renforcé aux pays et aux villes sous forme de recommandations, d'informations et de données factuelles concernant les bénéfices pour la santé des principales interventions recommandées.

Dans le courant de l'année, l'OMS publiera des lignes directrices sur la qualité de l'air intérieur en rapport avec les combustibles domestiques ainsi que des données de pays sur les expositions à la pollution intérieure et extérieure et la mortalité connexe, outre une actualisation des mesures de la qualité de l'air dans 1600 villes de toutes les régions du monde.

Pour plus d'informations, veuillez prendre contact avec:

Tarik Jasarevic

Chargé de communication, OMS
Portable: +41 79 367 6214
Téléphone: +41 22 791 5099
Courriel: jasarevict@who.int

Glenn Thomas

Chargé de communication, OMS
Téléphone: +41 22 791 3983
Portable: +41 79 509 0677
Courriel: thomasg@who.int

Nada Osseiran

Chargée de communication, Département Santé publique, déterminants sociaux et environnementaux de la santé, OMS.
Téléphone: +41 22 791 4475
Portable: +41 79 445 1624
Courriel: osseirann@who.int

EFN BRIEFING NOTE on EFN input to DG CONNECT mHealth Public Consultation

EFN Briefing Note – EFN input to the EC Public Consultation on the Green Paper on Mobile Health – 26 January 2015

The European Commission launched a public consultation in order to prepare the ground for mobile Health (mHealth) in the form of a Green Paper on 10th of April 2014. Mobile Health constitutes part of eHealth, and refers to health practices that are supported by mobile devices. A mobile device is used to support health and well-being services, information purposes and mobile health applications. Over 211 stakeholders from industry, national and regional authorities, health professionals, the research community, non-governmental organisations and patient associations answered the 23 questions on the topics of data protection, legal framework, patient safety and transparency of information, mHealth role in healthcare systems and equal access, interoperability, reimbursement models, liability, research & innovation, international cooperation and web entrepreneurs' market access. The answers of the stakeholders were published in a Summary Report.

The Commission has taken quite some points from the EFN input into their Public Consultation on the Green Paper on Mobile Health on board: the data protection topic identifies strong privacy and security principles, a code of conduct concerning health apps and the importance of secured network settings. The "Big Data" design necessitates security standards, interoperability of different and separate information systems which leads to standardising the way information is stored. However, the "Big Data" discussion relates for EFN to the complexity of the healthcare ecosystem, the criticality of care and the need for efficiency gains requiring the integration of clinical pathway data (patient records, treatment and care plans, pharmaceutical therapy, etc.) with traditional logistical information. The interoperability between mHealth application and Electronic Health Records is therefore key. The Commission agrees with EFN, that the current EU legal framework does not adequately cover currently safety and performance requirements and certification scheme for apps are necessary. In relation to patient safety and transparency of information, the need for certification, development of guidelines, is underlined in the consultation. One of the main challenges of using mHealth apps concern the lack of competent contact in case problems or questions arise. With this regard, the EFN is developing evidence-based guidelines for nurses and social workers on the use

of eHealth services (ENS4Care project, DG CONNECT). Part of this project relates to the use of mHealth applications as tools to enhance healthy lifestyles, boosting prevention from a life circle approach. Concerning the role of mHealth in the healthcare system, the Commission took up the concrete example of EFN, on the uptake of mHealth solutions, on tele-monitoring services for chronic heart failure patients and furthermore agreed with EFN, that there should be a modernisation of the reimbursement systems, including the reimbursement for mHealth solutions while stressing the importance of health literacy, education and "patient" outcomes. Moreover, concerning liability, there is a need for the installation of reporting mechanisms in case of problems. The EU should support evidence gathering on the role of mHealth and its use and impact on innovation in health systems. Concerning the International Cooperation, the adoption of International standards on data protection and patient safety are key. Finally, the access of web entrepreneurs to the mHealth market, the Commission acknowledged the concerns of a third of the respondents (including EFN) that web entrepreneurs do not have any problems accessing the market but that in contrary, they are dominating the market. In 2015, the Commission will discuss with the stakeholders the options for policy actions regarding mHealth. Hence, EFN will continue to engage in shaping the EU policy by continuing the dialogue with DG CONNECT. EFN has the opportunity to bring concrete examples to the eHealth Week 2015 in Riga, where a dedicated stakeholder event on mobile Health will take place to discuss in-depth the key policy actions that were identified in the context of the consultation and on which we could move forward. The Commission has foreseen a number of actions for mHealth under the Horizon 2020 Program.



The European Federation of Nurses Associations (EFN)
Registration Number 476.356.013
Clos du Parnasse 11A, 1050 Brussels, Belgium
Tel: +32 2 512 74 19 Fax: +32 2 512 35 50
Email: efn@efn.be - Website: www.efnweb.eu

Rubrique juridique

Renforcement des mesures pour les infractions à l'interdiction de fumer dans l'HORECA

Depuis le 10 mai 2014, les amendes pour les infractions à l'interdiction de fumer ont été fortement augmentées. Le tribunal dispose aussi désormais de l'option de fermer temporairement un établissement HORECA. Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement publie un dépliant reprenant les nouvelles règles à côté des règles existantes, à destination du secteur.

Les amendes maximales pour les infractions à l'interdiction de fumer sont passées de 1.800 euros à 6.000 euros. Cette majoration vise principalement à lutter contre les récidives. Les contrôles révèlent en effet qu'un petit groupe de cafetiers continue à s'opposer obstinément à l'interdiction de fumer.

En cas d'infractions graves à la législation sur le tabac, le SPF Santé publique transmet le dossier au parquet en vue de poursuites judiciaires. La législation prévoit maintenant la possibilité pour un tribunal de fermer un établissement HORECA pour une durée d'un à six mois.

Le service de contrôle Tabac du SPF peut aussi dorénavant apposer des scellés sur des distributeurs automatiques de tabac non conformes à la loi.

Enfin, les contrôleurs peuvent dresser un procès-verbal en cas

d'agression verbale. Ces faits peuvent eux aussi faire l'objet de poursuites judiciaires.

Dans le dépliant "HORECA sans tabac, c'est la loi", le SPF Santé publique passe une nouvelle fois en revue l'ensemble des règles. Le dépliant est disponible sur le site du SPF et sera distribué lors des prochains contrôles.

L'interdiction de fumer dans l'HORECA s'applique en permanence, même lors de fêtes privées et en dehors des heures d'ouverture. Les exploitants sont en tout temps responsables des infractions commises dans leur établissement. Le fumeur est lui aussi responsable. Tous les produits du tabac et assimilés, comme la chicha et la cigarette électronique, sont concernés par l'interdiction de fumer et ne peuvent donc être fumés qu'au fumoir ou à l'extérieur.

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 bacheliers spécialisés en salle d'opération**
- **Infirmiers bacheliers spécialisés SIAMU**
- **Infirmiers bacheliers spécialisation en gériatrie et psychogériatrie**

Nous offrons CDI et
nombreuses possibilités
de formation continue

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

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

www.chwapi.be

Siège social Av.Delmée 9 à 7500 Tournai



Le CHU Tivoli recrute

des infirmiers bacheliers et spécialisés

*pour tous les secteurs d'hospitalisation
et l'Unité des Soins Intensifs,
ainsi qu'un(e)*

une infirmière en chef
pour l'Unité de Gastro-entérologie

**Veuillez adresser votre CV
et lettre de motivation
à Madame Françoise HAPPART,
Directrice du Département Infirmier.**

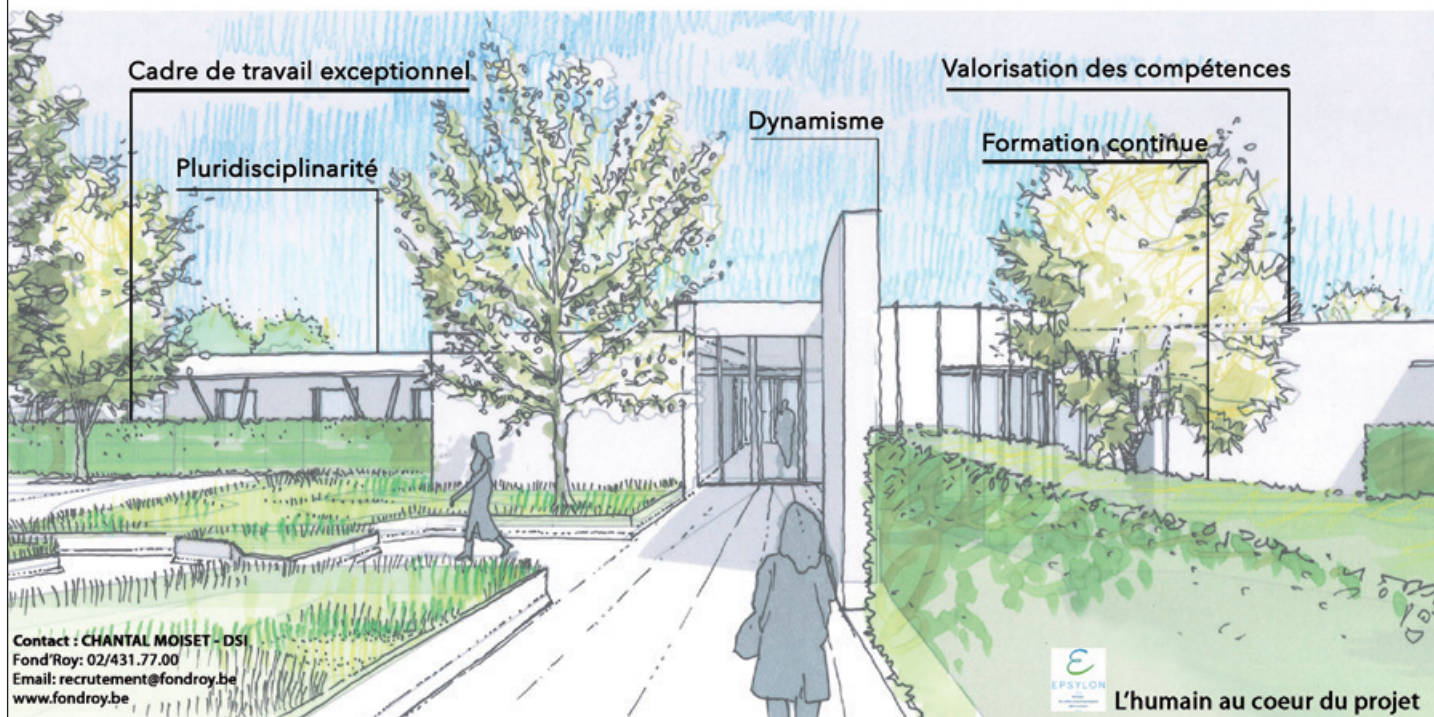
CHU Tivoli
Avenue Max Buset, 34
7100 La Louvière
francoise.happart@chu-tivoli.be
Infos: 064/27.66.54
www.chu-tivoli.be



EPHYLON RESEAU DE SOINS PSYCHIATRIQUES BRUXELLES RECRUTE

Des infirmier(e)s bachelier(e)s - gradué(e)s - spécialisé(e)s pour différents services de ses cliniques
et en particulier pour la MAISON D'ADOS AREA +

un nouveau concept de soins au coeur d'un projet innovant et différencié



SUD ASSISTANCE:
la référence en transports sanitaires.



Sud Assistance est une des seules sociétés spécialisées dans les transports médicalisés en Belgique et à l'étranger par tous types de moyens.

- Elle est la référence en matière de transports médico-sanitaires.
- Nous effectuons annuellement des centaines de missions de tous types dans le monde entier pour la majorité des assureurs-voyage.

Dans le cadre de notre expansion, nous recherchons des **collaborateurs infirmiers SISU** à temps partiel pour accompagner nos ambulances paramédicalisées et médicalisées lors des transferts interhospitaliers en Belgique ainsi qu'en rapatriement international par ambulance et par voie aérienne.

- Conditions : Travailler dans un service hospitalier aigu (Urgences ou USI)
- Parler les langues est un avantage.
- Conditions et candidatures via info@sudassistance.be

LES SOINS INFIRMIERS A DOMICILE : EVOLUTION DE LA RELIGIEUSE VISITEUSE A L'INFIRMIER (E) D

EXTRAIT (SUITE)

EVOLUTION DU STATUT D'INFIRMIERE VISITEUSE

Après la seconde guerre mondiale, les premières mesures prises par le gouvernement concernant la réorganisation des études d'infirmière. Elles sont toujours de trois ans pour les hospitalières; l'infirmière d'hygiène sociale remplace la visiteuse moyennant une année d'étude et dix mois de stages supplémentaires. Une réforme dans le domaine médico-social est souhaitée car il s'avère que l'infirmière d'hygiène sociale manque parfois encore d'envergure sociale alors que l'assistante sociale est pratiquement dépourvue du bagage médical. Des professionnels se demandent si la solution ne serait pas de réunir ces deux branches pour atteindre en dernier ressort un même but.

Une bonne partie des infirmières hospitalières s'efforcent de continuer la quatrième année sociale, attirées par les services médico-sociaux qui leur apportent des horaires réguliers, des week-ends protégés, une vie familiale et professionnelle conciliables.

Babeth, infirmière sociale

Babeth accomplit ses études d'infirmière à la fin des années 40. Elle travaille ensuite à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, dans le service de pédiatrie. Elle obtient aussi, sur le conseil de ses parents, son diplôme d'infirmière visiteuse et devient assistante médico-sociale. Ce travail consiste à être en salle le matin auprès des enfants et des médecins et l'après-midi à rencontrer le milieu familial pour préparer le retour des jeunes malades au domicile. Evaluation du logement et éducation sanitaire des parents vont de pair ; présenter les dossiers sociaux des petits patients auprès des instances de la C.A.P. ou d'organismes privés pour obtenir des subsides : achat d'un aspirateur nécessaire pour le retour d'un petit asthmatique, prise en charge d'un abonnement à la S.N.C.B. pour permettre la visite des parents à l'hôpital, prise en charge des études, etc.

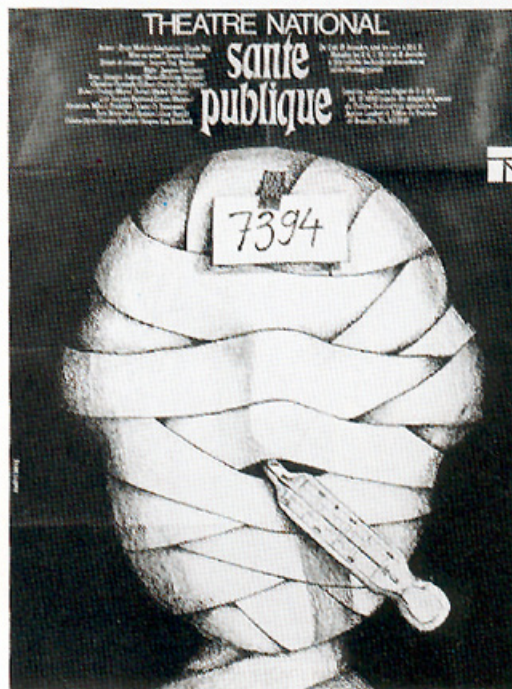
Mère de trois enfants, elle arrête de travailler pour les élever. Dès qu'ils entrent à l'école, elle devient infirmière sociale, en 1963, à l'O.N.E. de Cuesmes, près de Mons. Babeth suit alors une formation à l'approche systémique pour être plus sensibilisée aux problèmes des familles rencontrées. Avec son mari, le gynécologue Jo Boute, elle anime le centre de planning familial La Famille heureuse.

« Babeth s'est impliquée quotidiennement dans la vie sociale et politique » de sa région, dès 1957.

Texte rédigé à partir de Travailleurs de la santé. Babeth et Jo Boute, coll. Archives de Wallonie, Charleroi, 1998, pp.54-63.

Par **Arlette JOIRIS**
Historienne

D'UNE PROFESSION DU XXI^e SIECLE



En 1954, elles prennent le titre d'infirmière hygiéniste sociale. 1957 voit la réorganisation des études en soins infirmiers et la création de nouvelles spécialités : pédiatrie et psychiatrie. Les deux premières années sont communes à toutes les spécialités. L'infirmière sociale, nouveau titre, doit alors suivre deux années spécifiques, ce qui fait qu'elle ne reçoit plus qu'un seul diplôme. En 1960, il devient possible d'obtenir, complémentirement au brevet d'hospitalière, un brevet d'infirmière sociale en deux ans, heureusement rapidement supprimé.

Au fil du temps, les grands organismes socio-sanitaires vont disparaître avec l'éradication de certaines maladies sociales -mortalité infantile, tuberculose (vaccin 1921), syphilis- et l'infirmière sociale va être peu à peu remplacée par l'auxiliaire sociale devenue l'assistante sociale. La résurgence de certaines de ces maladies n'auront plus l'ampleur d'épidémies et seront soignées à l'hôpital ou au cabinet médical grâce à la mise au point de médicaments adéquats.

A partir de 1947, en relation avec la mise en place de la sécurité sociale, le Ministère de la Santé publique et de la Famille prend différentes dispositions pour encourager « l'activité des services à domicile, non seulement dans le domaine médico-social mais également dans le domaine familial ». Malheureusement, malgré la réduction du nombre de lits hospitaliers excédentaires qui devait libérer des moyens financiers, en ce qui concerne les soins à domicile, très peu de mesures opérationnelles sont concrétisées. C'est toujours l'hospitalo-centrisme qui prévaut.

SERVICES ET SOINS A DOMICILE

Dans les années 80, l'hôpital change : la restructuration des lits hospitaliers dégage une marge budgétaire qui permet

l'apparition de structures complémentaires : MR, MRS, Maisons médicales. Les séjours des malades deviennent de plus en plus courts et l'hôpital de jour se développe.

Outre l'approche budgétaire –quels coûts devra assumer la collectivité pour de nouvelles structures ?- la société doit aussi se fixer des choix politiques et éthiques : redéfinir les valeurs fondamentales qu'elle souhaite en terme de santé.

« Un mot est à la bouche de tous les politiques et des managers : la rentabilité. Dans ce que l'on appelle le secteur commercial ou marchand, on peut bien comprendre cette exigence et cette finalité. Mais lorsqu'on se situe dans le secteur non marchand, c'est-à-dire dans le secteur censé assurer des réponses collectives et solidaires aux besoins fondamentaux des êtres humains comme l'éducation ou l'aide et les soins de santé, le service offert prime sur le profit. En tout cas, le profit n'est pas de la nature de l'argent mais plutôt de la qualité de la réponse faite à la demande de l'être souffrant ».

A. SCHIFFINO, G. LEMAIRE, V. VERCHEVAL, Soins à domicile. Images et paroles, Editions Vista, Bruxelles, 2003, p.66.

Le concept de santé ne se réduit plus au domaine strictement médical et intègre la notion de perte d'autonomie. La population « aidée » à domicile est hétérogène, de multiples réalités sont présentes : « le troisième âge et le quatrième âge sont une réalité différente des malades qui peuvent ne pas être âgés ».

En 1989, le secteur ambulatoire naît d'une part de sa prise en charge par la Communauté française, d'autre part par la Communauté flamande l'année suivante, en réponse à

>> Suite page 14

différents facteurs: vieillissement de la population, réduction du nombre de lits et de la durée des hospitalisations, maladies ou fin de vie souhaitées au domicile ; médicaments, matériel et techniques de soins innovants... Il ne s'agit pas du reflet de quelques crises passagères mais bien d'une représentation de mutations sociétales : une logique culturelle nouvelle croît dans la solution locale [du maintien à domicile] car il y a « reliance » entre les professionnels, entre eux et avec leurs clients.

La coordination de différents services se met, lentement, en place : soins infirmiers, aides à la vie journalière –aides familiales, repas à domicile, biotélégilance, prêt de matériel-, service social, médecins traitants, services de garde.

Le rôle de l'infirmière à domicile est double : effectuer les actes prescrits par le médecin, accomplir ceux relevant de l'art infirmier –prestations techniques autonomes et actes médicaux pouvant lui être confiés.

« Contrairement à ce qui se passe à l'hôpital, [l'infirmière à domicile] doit s'adapter au patient et à son entourage. Elle veille à maintenir ou à instaurer l'autonomie du patient. » La prise en charge d'un malade « lourd » se fait au sein d'une équipe pluridisciplinaire où elle a très souvent un rôle de coordination centré sur le malade, rôle souvent reconnu par les patients. L'infirmière exerce un certain contrôle sur l'hygiène du ménage et remplit aussi un rôle d'éducation sanitaire par sa présence plusieurs fois par jour auprès du malade. Les tâches de l'infirmière débordent largement d'une activité de soins strictement définie ; elle est souvent sollicitée par le patient ou la famille ce qui l'entraîne à être une multi-conseillère.

« Si l'aspect technique de la profession est important, l'aspect relationnel l'est tout autant quand il s'agit de patients confrontés à la souffrance, à la douleur, à la maladie, à la mort. »

« L'intrusion au domicile d'autrui, l'apprentissage des bons gestes, de la « bonne distance », tant envers les personnes dépendantes et leurs proches qu'envers les enfants gardés et leurs parents, tout cela ne s'improvise pas et peut faire l'objet d'apprentissage précis.»

A. FOUQUET, « Le travail domestique: du travail invisible au " gisement " d'emplois », in J. LAUFER, C. MARRY, M. MARUANI, Masculin-féminin, questions pour les sciences de l'homme, PUF, coll. Sciences sociales et sociétés, Paris, 2002, p.122.

La complexité et la technicité des soins sont de plus en plus pointues. Des formations particulières deviennent accessibles, notamment les trajets de soins et d'éducation en diabétologie, ainsi que la spécificité de soins de plaies.

La singularité de la prise en charge du malade à domicile, formation à peu près inexistante pendant les études, postulerait qu'une spécialisation en soins de santé primaire soit rapidement organisée pour satisfaire les besoins accrus de la population en ce domaine.

Car si la santé n'a pas de prix, elle a un coût et des choix doivent s'opérer, notamment dans la formation des acteurs de terrain.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

Conférence donnée à l'hôpital André Vésale de Charleroi dans le cadre de l'exposition « Un siècle d'histoire, un siècle de soins infirmiers 1914-2014 », oct-nov 2013 et de la journée nationale de la F.N.I.B.

Présentés à cette conférence, les posters sur LES SOINS INFIRMIER A DOMICILE sont la réflexion d'Aurore DEWILDE, Infirmière à domicile, avec la participation de Sébastien NINITE, Infirmier chef de service.

Olgierd KUTY, « Les soins et services à domicile », in Wallonie. Conseil économique et social de la région wallonne, n°6, 1988.

O. KUTY (Dir), Les soins à domicile, Contrat conclu avec la Communauté française de Belgique, ULg, Service de sociologie de la santé, 1988. - G. MANCUSO, « Le vécu familial », in O. KUTY (Dir), Les soins à domicile...

A. SCHIFFINO et G. LEMAIRE, Les soins à domicile, éd Vie Ouvrière, Bruxelles, 1991.

Serge. JACQUINET, « Aide et soins à domicile, un secteur au cœur des mutations », in L'Observatoire, n°17, Liège, 1997-98.

Gérard LEMAIRE, « Soins ambulatoires : qu'est-ce qui bouge ? Histoire des services et soins à domicile », in La Revue nouvelle, n°10, 2003 ;

Jean DE MUNCK, « Quel avenir pour le secteur ambulatoire ? », in La Revue nouvelle, n°10, 2003.

Yves MENGAL, « Postface : les voies de l'avenir », in Arlette JOIRIS, De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique. Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle, Socrate Editions Promarex, 2009.



Formation, Recherche, Service
Haute École de Namur-Liège-Luxembourg



- kinésithérapeutes
- infirmiers bacheliers ou gradués
- médecins
- sages-femmes

Depuis 10 ans
**Formation Post-Bachelor en
Acupuncture**
légalisée prochainement dans le cadre de la
reconnaissance de l'acupuncture.
Toutes les infos sur notre site web
Accueil et premiers cours: 28/09/15



ACUPUNCTURE

Haute École de Namur-Liège-Luxembourg **HENALLUX**

Département paramédical Ste Élisabeth
rue Louis Loiseau, 39 5000 Namur

Portes Ouvertes

**Samedi 6 juin 2015 de 14h à 16h
et samedi 5 septembre 2015 de 9h à 12h**

Formation de 950 heures = +/- 2400 heures (volume d'étude) - 60 crédits
en trois ans.

Informations et inscriptions aux cours

www.ettc-acu.be ou 0488/949.929

Nos partenaires

Réduire le risque de complications chez les personnes diabétiques grâce à l'utilisation d'aiguilles

Dr Kenneth Strauss, endocrinologue, directeur de la sécurité en médecine de l'European Medical Association et directeur médical mondial BD



Que le patient effectue lui-même ses injections d'insuline ou que l'injection soit pratiquée par un tiers, l'administration de la dose prescrite fait partie intégrante du contrôle de la glycémie chez les patients diabétiques recourant au traitement par injection. Chaque dose d'insuline doit être administrée de manière fiable dans la

couche adipeuse sous-cutanée, et non dans le muscle, afin que le taux d'absorption soit homogène. Cette couche adipeuse est connue sous le nom de tissu sous-cutané (SC). En veillant à ce que l'injection soit pratiquée dans cette couche de tissus et non dans le muscle, on contribue à maintenir une glycémie stable et à limiter

[>> Suite page 17](#)

aiguilles à stylo court

les variations du contrôle glycémique qui peuvent conduire à une hypoglycémie¹. L'hypoglycémie (taux de glucose sanguin anormalement faible) est très dangereuse, en particulier pour les personnes âgées diabétiques, et peut entraîner l'hospitalisation, l'apparition de crises convulsives, voire le décès du patient. L'utilisation d'aiguilles à stylo courtes de bonne qualité, associée à une technique d'injection adéquate, est la meilleure garantie de l'administration d'une dose fiable d'insuline dans le tissu SC.

Une technique d'injection adéquate a pour effet de réduire les épisodes d'hypoglycémie et d'encourager la stabilité glycémique. Elle inclut notamment l'utilisation d'aiguilles à stylo courtes, comme les aiguilles à stylo de 4mm. En effet, il a été démontré que ces dernières réduisent le risque d'administration intramusculaire (IM), atténuent l'angoisse liée à l'injection, délivrent une dose d'insuline fiable et représentent une expérience moins douloureuse pour les patients ayant recours au traitement par injection pour la prise en charge de leur diabète². L'épaisseur de la peau est en moyenne de 2 mm quels que soient l'âge, le sexe, l'IMC et la race du patient³. En revanche, l'épaisseur du tissu SC est très variable et tributaire de facteurs tels que l'âge, le sexe et l'IMC⁴.

Les patients âgés sont confrontés à des transformations physiques telles que la perte de masse et de force musculaire, et la diminution de l'élasticité de la peau⁵. Chez les personnes âgées qui présentent un tissu SC plus réduit, le soulèvement de la peau nécessite la plus grande attention⁶, le tissu sous-cutané dans lequel l'injection est pratiquée ayant tendance à être plus fin⁷ ; les aiguilles à stylo de 4 mm (la plus petite longueur disponible) présentent donc le risque le plus faible d'injection intramusculaire (IM) et réduisent sensiblement la nécessité de pli cutané. Des

études ont indiqué que les aiguilles de 4 mm pénètrent systématiquement dans la peau et dans le tissu sous-cutané⁸ et, ce faisant, délivrent l'insuline de manière fiable et réduisent nettement le risque d'injection IM (confirmé par IRM)⁹.

Les avantages des aiguilles à stylo courtes sont optimaux lorsque leur utilisation est conjuguée à une technique d'injection adéquate, incluant en particulier l'utilisation d'une aiguille neuve à chaque injection. En laissant l'aiguille en place sur le stylo, de l'air risque de s'infiltrer dans la cartouche ou l'insuline risque de fuir et, dans le cas de l'insuline prémélangée, la proportion risque d'être altérée ; une utilisation répétée peut également causer l'obstruction de l'aiguille, l'ensemble de ces facteurs pouvant résulter en l'administration de doses incorrectes¹⁰. L'utilisation d'aiguilles de mauvaise qualité peut également augmenter le risque de traumatisme tissulaire et s'accompagner ainsi de douleurs pour le patient. De plus, en cas de traitement par injection, il est préconisé d'injecter en suivant le schéma de rotation des sites recommandé par le professionnel de santé. Des injections répétées au même endroit peuvent entraîner la formation de lipohypertrophie (amas adipeux dur) qui peut nuire à la bonne absorption de la dose d'insuline¹¹. Si un patient diabétique présente ce type d'amas aux sites d'injection, il doit en faire part (immédiatement) à son infirmière en diabétologie. Les aiguilles à stylo courtes améliorent le confort de l'injection, et lorsqu'elles sont fabriquées par des entreprises expertes dans les technologies médicales, sont compatibles avec l'ensemble des stylos de traitement du diabète pour garantir un bon ajustement. D'autre part, des études ont montré que les aiguilles à stylo de 4 mm sont aussi synonymes d'expérience moins douloureuse à l'injection¹², ce qui peut être déterminant pour les patients âgés.

>> Suite page 18

Réduire le risque de complications chez les personnes diabétiques grâce à l'utilisation d'aiguilles à stylo court

Étant donné que les injections chez les personnes âgées sont souvent réalisées par un tiers, en général une infirmière, les bonnes pratiques et la législation recommandent d'utiliser une aiguille à stylo sécurisée (intégrant un mécanisme de sécurité). Ce type d'aiguille contribue à réduire les blessures accidentelles par piqûres chez le patient ou le prestataire de soins pratiquant l'injection. Il est également essentiel d'éliminer toutes les aiguilles selon des procédés adéquats et sûrs (et non pas avec les ordures ménagères ordinaires) pour éviter toute blessure accidentelle d'un tiers, comme les agents de propreté et les techniciens de surface.

Les patients diabétiques ayant recours au traitement par injection doivent également être conscients de l'importance d'utiliser des aiguilles à stylo de bonne qualité pour ne pas compromettre la technique d'injection ni les avantages de l'utilisation d'une aiguille courte. Des dispositifs médicaux bien conçus et de qualité supérieure sont indispensables pour dispenser des soins cliniques sûrs et efficaces¹³ ; des aiguilles de mauvaise qualité peuvent potentiellement causer des effets indésirables tels que des douleurs, une gêne ou des difficultés à fixer l'aiguille au stylo injecteur¹⁴. Un contrôle glycémique optimal représente l'objectif ultime des patients diabétiques, et une technique d'injection adéquate, associée à l'utilisation d'aiguilles optimisées, œuvre dans ce sens.



¹ De Coninck C, Frid A, Gaspar R et al., (2010) Results and analysis of the 2008-2009 Insulin Injection Technique Questionnaire survey, *Journal of Diabetes*, 2 (3):168-179

² Hirsch LJ, Gibney MA, Albanese J et al. (2010) Comparative glycemic control, safety and patient ratings for a new 4mm x 32G insulin pen needle in adults with diabetes, *Current Medical Research & Opinion*, Vol. 26, No.

³ Gibney MA, Arce CH, Byron KJ, Hirsch LJ (2010) Skin and subcutaneous adipose layer thickness in adults with diabetes at sites used for insulin injections: implications for needle length recommendations, *Current Medical Research & Opinion*, Vol. 26, No. 6: 1519-1530

⁴ Gibney MA, Arce CH, Byron KJ, Hirsch LJ (2010) Skin and subcutaneous adipose layer thickness in adults with diabetes at sites used for insulin injections: implications for needle length recommendations, *Current Medical Research & Opinion*, Vol. 26, No. 6: 1519-1530

⁵ Huang ES, John P, Munshi M (2009) Multidisciplinary approach for the treatment of diabetes in the elderly. *Aging health*; 5:2:207-216

⁶ Bantle JP, Neal L, Frankamp LM (2003) Effects of the anatomical region used for insulin injections on glycaemia in type 1 diabetes subjects. *Diabetes Care*, 16:12:1592-97

⁷ Petrofsky S, Prowse M, Lohman E (2008) The Influence of Ageing and Diabetes on Skin and Subcutaneous Fat Thickness in Different Regions of the Body, *The Journal of Applied Research*, Vol. 8, No. 1: 55-61

⁸ Frid A, Hirsch L, Gaspar R et al. (2010) New injection recommendations for patients with diabetes, *Diabetes & Metabolism* 36: S3-S18

⁹ Gibney MA, Arce CH, Byron KJ, Hirsch LJ (2010) Skin and subcutaneous adipose layer thickness in adults with diabetes at sites used for insulin injections: implications for needle length recommendations, *Current Medical Research & Opinion*, Vol. 26, No. 6: 1519-1530

¹⁰ Misnikova IV, Dreval AV, Gubkina VA, Rusanova EV (2011) The Risks of Repeated Use of Insulin Pen Needles in Patients with Diabetes Mellitus, *Journal of Diabetology*, février 2011, 1:1

¹¹ Blanco M, Hernandez MT, Strauss KW and Amaya M. (2013) Prevalence and risk factors of lipohypertrophy in insulin-injecting patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism* Oct;39 (5): 445-53

¹² Hirsch LJ, Gibney MA, Albanese J, et al. Comparative glycemic control, safety and patient ratings for a new 4 mm x 32G insulin pen needle in adults with diabetes. *Curr Med Res Opin*. 2010; 26 (6): 1531–1541.

¹³ Jennifer L. Martina, Beverley J. Norrisb, Elizabeth Murphyc, John A. Crowea. Medical device development: The challenge for ergonomics. *Applied Ergonomics*. Volume 39, Issue 3, mai 2008: 271–283

¹⁴ The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) 'Urgent warning for diabetics about counterfeit insulin pen needles' Available at: www.mhra.gov.uk/NewsCentre/Pressreleases/CON041472

**Medical Select
vous conseille
pour faire
évoluer votre
carrière
professionnelle.**



Photo : AZ Groeninge | Pres. Kennedylaan 4 | 8500 Kortrijk

Vous êtes un professionnel récemment diplômé, faites preuve d'une grande motivation et cherchez l'emploi qui vous permettra de vous épanouir et de développer votre expérience professionnelle. Êtes-vous désireux d'acquérir de nouvelles expériences et de vous constituer un CV impressionnant ? Travailler davantage tout en postulant moins pour trouver l'emploi de vos rêves vous tente également. Enfin, vous êtes flexible et vous intégrez facilement.

Express Medical est et reste l'expert en gestion de la flexibilité. La nouvelle spécialisation Medical Select vous offre des opportunités complémentaires.

Pour tout savoir sur les emplois disponibles, les conditions salariales et l'accompagnement sur mesure que nous vous offrons, venez à la rencontre des consultantes de Medical Select dans l'une de nos agences ou contactez-nous par mail.

- ▶ Bd. A. Max 21 | 1000 Bruxelles | T 02 512 13 00 | brussels-hd@expressmedical.be
- ▶ Rue du Pont Neuf 38 | 6000 Charleroi | T 071 53 52 86 | charleroi-hd@expressmedical.be
- ▶ Bd d'Avroy 31 | 4000 Liège | T 04 220 97 50 | liege-hd@expressmedical.be

Votre partenaire en soins de santé.

www.expressmedical.be



LA DIMENSION DU GENRE DANS LE MONDE DU TRAVAIL :

Comprendre et lutter contre les inégalités

« Le secteur des soins infirmiers est majoritairement féminin donc il n'y a aucun problème d'égalité entre les hommes et les femmes. »

Voilà un cliché qu'on entend trop souvent et qu'il convient de battre en brèche. En effet, la présence, même majoritaire, de femmes ne garantit pas l'égalité.

Il existe toujours des différences liées au sexe dans les conditions d'emploi. Ces différences ne sont pas sans conséquence sur la carrière des femmes, notamment dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Quelles sont ces différences persistantes liées au genre dans les conditions d'emploi ?

Sans prétendre être à l'exhaustivité, voici quelques exemples.

Premièrement, il convient de citer la ségrégation professionnelle horizontale et verticale.

La ségrégation horizontale vise l'absence de mixité, la concentration de femmes ou de hommes dans certains secteurs et types d'activités et de tâches.

La ségrégation verticale vise la répartition inégale des femmes et des hommes entre les différents niveaux hiérarchiques. Les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes opportunités d'évolution professionnelle. Les expressions de « plafond de verre » ou de « plancher collant » sont utilisées pour désigner les difficultés d'accès des femmes aux postes supérieurs.

La concentration des femmes dans le domaine des soins de santé est évidente. L'analyse des bilans sociaux des entreprises a ainsi montré que la branche de la santé et de l'action sociale rassemble à elle seule 42,5% des femmes actives dans les entreprises. Au total, 86,6% des femmes sont occupées dans une des branches des services, tandis que les travailleurs masculins sont répartis plus égalitairement entre les branches indus-

trielles (45,5%) et celles des services (54,3%).¹

Deuxièmement, en ce qui concerne le bien-être au travail, les femmes et les hommes ne sont pas confrontés aux mêmes risques et mêmes facteurs de pénibilité.² Par exemple, si l'on compare les femmes et les hommes de la même catégorie socioprofessionnelle, être une femme augmente de 22% l'exposition à des facteurs de TMS (Troubles musculo squelettiques).³

Enfin, la conciliation des temps est différente : les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes horaires de travail, ni la même durée de travail, ni les mêmes activités hors du travail. D'une part, les femmes travaillent plus souvent à temps partiel et ce de manière imposée. D'autre part, la prise en charge de la conciliation entre la vie familiale et le travail revient généralement aux femmes.⁴

Selon l'étude « Genre et emploi du temps » de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, les femmes

1 « Le bilan social 2012 » de Pierrette Heuse, BNB Revue économique, décembre 2013

2 « La dimension de genre dans la sécurité et la santé au travail », rapport de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, <http://www.osha.europa.eu/fr/publications/reports/209>

3 Genres et conditions de travail, Anact, 09/2009

4 « Genre et emploi du temps » de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, http://igvm-iefh.belgium.be/fr/binaries/36%20-%20GenreEmploiDuTemps_FR_tcm337-82688.pdf



consacrent en moyennent 8h25 de plus par semaine aux tâches ménagères que les hommes et 1h23 de plus aux soins et à l'éducation des enfants.

Quelles sont les conséquences de ces différences dans les conditions d'emploi ?

Les différences dans les conditions d'emploi créent des inégalités et ont des conséquences sur les carrières des femmes.

L'inégalité la plus connue est certainement l'écart salarial qui persiste entre les hommes et les femmes. Les métiers « typiquement féminins » sont généralement moins bien rémunérés, comme l'explique malheureusement chaque année le rapport annuel de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes sur l'écart salarial entre les femmes et les hommes en Belgique.⁵ Le temps partiel, souvent l'apanage des femmes, en est également une cause.

On peut aussi pointer du doigt des inégalités en matière de bien-être et de santé au travail. Les risques professionnels encourus par les femmes en matière de sécurité et de santé au travail sont sous-estimés et négligés comparés aux risques professionnels rencontrés par les hommes. À cause de stéréotypes ancrés dans la société, pour un cer-

tain nombre d'emplois à prédominance féminine, il existe une invisibilité des conditions de travail, des risques professionnels et de la pénibilité. Les métiers dits « masculins » comme ceux de la construction sont plus facilement reconnus comme métiers lourds ou à risque que les métiers dans les secteurs dits « féminins » comme les soins de santé alors que ceux-ci peuvent aussi être contraignants, notamment sur le plan psychologique.

A cela s'ajoute un manque de reconnaissance des compétences. Par exemple, l'empathie est souvent considérée comme une qualité naturelle pour une femme et non comme une compétence à valoriser.

La gestion de la carrière est également affectée car les femmes n'auront pas les mêmes possibilités en termes d'octroi de promotion ou d'avantages extra-légaux ou dans l'accès aux formations. L'analyse des bilans sociaux 2012 a montré que le personnel féminin a en moyenne accès à des modules plus courts et moins coûteux que ceux suivis par la main d'œuvre masculine. En 2012, la dépense moyenne par femme s'est élevée à 1169 euros pour la formation formelle et à 718 euros pour la formation informelle, soit des niveaux inférieurs de respectivement près de 40 et 50% à ceux recensés pour les hommes.⁶

⁵ http://igvm-iefh.belgium.be/fr/binaries/78%20-%20Rapport%20Ecart%20salarial%202014_FR_tcm337-255408.pdf

⁶ « Le bilan social 2012 » de Pierrette Heuse, BNB Revue économique, décembre 2013

Ces inégalités se répercutent même au-delà de la carrière. Pensons par exemple à l'écart du niveau des pensions.

Face à ce constat, comment agir ?

Il est essentiel d'agir contre les stéréotypes, en particulier dans le monde du travail. L'idéal est de pouvoir mener une analyse des conditions de travail sur le plan du genre afin d'identifier les inégalités potentielles et tenter d'améliorer les conditions de travail de manière adaptée. Certains stéréotypes sont fortement ancrés dans la société et le plus difficile est souvent de parvenir à poser un diagnostic.

Les femmes doivent déjouer ses stéréotypes, trop souvent assimiler, oser demander une promotion, faire valoir leurs droits, se tourner aussi vers les métiers dits « masculins » et postuler aux postes à hautes responsabilités.

Les hommes quant à eux ont aussi un rôle à jouer dans l'égalité de genre professionnelle, et doivent notamment s'investir plus dans la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle.

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes est l'institution publique fédérale chargée, depuis 2002, de garantir et de promouvoir l'égalité des femmes et des hommes et de combattre toute forme de discrimination et d'inégalité basée sur le sexe.

Toute personne victime d'une discrimination fondée sur le sexe, la grossesse, l'accouchement, la maternité, le changement de sexe, l'identité de genre ou l'expression de genre peut déposer plainte, gratuitement et en toute confidentialité, à l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes au numéro vert 0800/12.800, via l'adresse e-mail egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be ou via le site Internet <http://igvm-iefh.belgium.be>.



Engage :

Infirmier bloc opératoire (H/F) Site Dinant/Godinne

Recrutement externe et/ou interne

Le CHU Dinant Godinne compte 640 lits justifiés et représente, grâce à ses 2300 travailleurs et ses 350 médecins, le premier employeur privé de la Province de Namur & du Luxembourg.

La mission de notre Institution est de dispenser des soins d'excellente qualité pour tous, tant sur le plan humain que médical et développer la recherche, l'enseignement et les services qui les optimisent.

De plus, le CHU compte également deux crèches et un accueil extrascolaire, des lits MR-MRS et est impliqué dans plusieurs ASBL périphériques.

Renseignements :

- C. PLOMPTEUX, Directeur adjoint du Département Infirmier 0499/948606
- B. ROGGERI, Chef du Département Interventionnel 0490/582788

Modalités d'introduction des candidatures :

Lettre de motivation et CV à adresser au plus tard le 31/12/2014 à : recrutement-chu@uclouvain.be

Conditions du poste :

- Contrats à durée indéterminée
- Temps plein ou temps partiel
- Valorisation de l'année de spécialisation par une année d'ancienneté
- Valorisation des prestations de garde
- Horaires : prestations de 8h ou 6h entre 7h et 20h30 avec prestations de Garde (semaine et week-end) et de nuit
- Entrée en fonction : immédiate

Missions :

- Prise en charge péri-opératoire du patient dès son arrivée au bloc opératoire jusqu'à sa sortie vers la salle de réveil.
- Préparation, manipulation d'instruments et/ou d'appareils spécifiques au bloc opératoire.
- Assistance opératoire et anesthésie.
- Participation à la gestion administrative du bloc opératoire.

Profil recherché :

- Diplôme d'infirmier bachelier ou hospitalier
- Expérience au bloc opératoire et/ou instrumentation
- Spécialisation en bloc opératoire est un atout
- Contribution à un travail au sein d'une équipe multidisciplinaire
- Bonne maîtrise des mesures d'hygiène et d'asepsie
- Tropisme pour les aspects techniques

Compétences :

- Grande capacité d'adaptation et de polyvalence
- Sens de l'organisation et rigueur de travail
- Qualité relationnelle, maîtrise de soi et capacité de gestion du stress
- Esprit d'initiative



concept by dfib.net

Coopération

Respect

Qualité & Excellence

Ouverture au changement

Responsabilité

Capacités relationnelle et d'écoute, professionnalisme, autonomie et disponibilité...

Si vous vous reconnaissez dans les critères recherchés pour nos collaborateurs, alors nous vous convions à construire un projet professionnel avec nous.

Les Cliniques universitaires Saint-Luc sont un lieu de dispensation de soins cliniques, d'enseignement et de recherche occupant plus de 5000 professionnels issus de disciplines variées.

Envie d'en savoir plus sur les postes infirmiers vacants et les avantages offerts?

www.saintluc.be/jobs

Comment postuler?

Adresser un courrier à: Joelle Durbecq Direction du département infirmier Cliniques universitaires Saint-Luc Direction du Département Infirmier Avenue Hippocrate, 10 - 1200 Bruxelles
ou par e-mail: **recrut-ddi-saintluc@uclouvain.be**



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

fête ses 10 ans

L'Acupuncture est l'une et la plus importante des cinq branches de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC), avec la diététique, la pharmacopée (herbes médicinales), le Tuina (massage-gymnastique) et les exercices énergétiques (Qi Gong et Tai Ji Quan).

Fondée sur une approche énergétique et holistique, l'acupuncture agit sur le Qi (prononcé tchi) qui circule dans le corps par la voie des méridiens, dans les Organes et les Viscères. Des aiguilles insérées à la surface de la peau permettent de stimuler des points d'acupuncture spécifiques situés le long des méridiens, de régulariser le Qi et d'avoir une action sur les fonctions physiologiques et organiques correspondantes. Il existe une cartographie détaillée des points d'acupuncture, des méridiens et de leurs liens avec les Organes et Viscères et les fonctions du corps.

Selon la MTC, l'acupuncture, en activant les mécanismes de régulation de l'organisme, permet d'optimiser les processus de prise en charge et d'auto-guérison. Elle peut donc avoir également une importante fonction de prévention. L'acupuncture permet aussi de traiter, souvent en complémentarité avec d'autres pratiques, une variété de « déséquilibres » liés, entre autres, aux systèmes musculo-squelettique (arthrite, tendinite, bursite), respiratoire (bronchite, asthme), gastro-intestinal (calculs, diarrhée), nerveux (dépression, stress), etc... Elle contribue aussi à améliorer divers maux courants (mal de tête, rhume, nausées), mais elle ne saurait guérir certaines maladies graves ou pallier des déficiences génétiques.

Sur quoi l'acupuncture va-t-elle agir pour pouvoir aider l'organisme à s'auto-régulariser, ou à se prémunir des maladies ? Toute la MTC s'appuie sur deux notions capitales qui sont la source de la santé, de la vie de l'être humain et même de la vie en général.

Il s'agit de la notion de l'énergie appelée « Qi » et de la notion du « Yin » et du « Yang ».

A partir du moment où un thérapeute devient acupuncteur, celui-ci ne raisonnera plus que par le Qi et le Yin-Yang. C'est dire à quel point il est important de comprendre et de bien connaître ces deux notions. En tant qu'acupuncteur, lorsque l'on parle de Yin et de Yang ainsi que du Qi, on ne peut dissocier ces deux notions qui sont intimement liées l'une à l'autre.

Monsieur Francis Lorette, directeur de l'ETTC, a lui même été formé il y a 35 ans par un grand nom de l'acupuncture, Monsieur Borsarello. Monsieur Lorette insiste beaucoup sur le sérieux de la formation et sur le fait que la pratique des différentes disciplines de la MTC (Médecine

Traditionnelle Chinoise) doit être effectuée par des professionnels certifiés, soucieux d'actualiser leurs connaissances.

L'acupuncture est plus qu'une thérapie. C'est un art de se soigner, de respecter et d'écouter son corps. C'est une philosophie qui déborde du cadre médical. C'est un art de vie. C'est une passion...

L'ETTC - FoRS HENALLUX, dispense la formation d'acupuncteur en trois ans dans le cadre de la Formation Continue de la Haute École de Namur Liège Luxembourg département paramédical à la rue Louis Loiseau, 39 à Namur.

Son enseignement répond au référentiel de compétences pédagogiques de l'enseignement en région francophone.

L'E.T.T.C. est reconnu en Chine par plusieurs instances officielles dont la « Shandong University of Traditional Chinese Medicine ».

L'enseignement de l'E.T.T.C. répond aux normes de la B.A.F (Belgian Acupunctors Federation), association professionnelle légalement reconnue par le Conseil d'État le 14 septembre 1998 et par l'arrêté royal du 10 février 2003, et membre au niveau européen de EUOTCM. www.euro-tcm.org

La rentrée académique 2014-2015 était très internationale, avec des étudiants belges, luxembourgeois, suisses, français, allemands et portugais. La dizaine de professeurs qui enseigne à l'ETTC sont tous des acupuncteurs chevronnés qui partagent leurs compétences et leur expérience en acupuncture. Les cours se dispensent deux jours par semaine toutes les deux à trois semaines de septembre à juin. Tous les étudiants de l'ETTC pratiquent déjà l'acupuncture dès la deuxième ou troisième année avec une couverture d'assurance RC professionnelle en acupuncture.

Pour avoir accès à la formation il faut être détenteur d'un diplôme de médecin, kinésithérapeute, infirmier bachelier ou gradué, sage-femme ou dentiste ou d'un diplôme étranger équivalent.

L'acupuncteur est un professionnel du secteur de la santé. Actuellement ce métier est protégé par la loi Colla de 1999, qui régit la pratique de l'acupuncture aux professionnels de la santé, telle que définie dans l'Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967, relatif à l'exercice des professions de Soins de Santé (Moniteur Belge du 14/11/1967).

Cette année, l'ETTC fête ses 10 ans et la réputation de l'école ne cesse de grandir au niveau national et international

INTÉRESSÉ PAR LE MÉTIER D'ACUPUNCTEUR ?

Pour tout renseignement sur la formation ou l'école, vous êtes invités à consulter le site web www.ettc-acu.be ou contacter directement le secrétariat au 0488/949.929.

Vous êtes également invités aux portes ouvertes
le samedi 6 juin 2015 de 14 heures à 16 heures
ou le samedi 5 septembre 2015 de 10 heures à 13 heures.



Rue Louis Loiseau, 39 - 5000 Namur | 0488/949.929



Avenue des Arts 39/1 Kunstlaan
Bruxelles 1040 Brussel

Tel. 02 737 53 35 • Fax 02 218 50 32

info@amma.be
www.amma.be

AMMA ASSURANCES
entreprise d'assurance mutuelle créée en 1944
et agréée sous le code 0126
N.N. 0409.003.270

AMMA VERZEKERINGEN
onderlinge verzekeringsonderneming
opgericht in 1944 en toegelaten onder code-
nummer 0126
N.N. 0409.003.270

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

amma

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



Faites confiance à AMMA, l'assureur clé pour les collectivités et les prestataires de soins

- Pour et par le secteur des soins de santé
- 70 ans d'expérience
- Plus de 40.000 membres du corps (para)médical et des centaines de collectivités, institutions de soins et cliniques
- Organisation non commerciale et indépendante
- Connaissance approfondie des besoins du secteur des soins en matière de prévention
- Leader du marché pour l'assurance RC professionnelle
- Spécialiste pour toutes vos autres assurances (RC exploitation, RC vie privée, auto, revenu garanti, hospitalisation, incendie,...)

Vertrouw op AMMA, de verzekeraar voor de collectiviteiten en de zorgverleners

- Voor én door de zorgverleners
- 70 jaar ervaring
- Meer dan 40.000 leden van het (para)medisch korps, evenals honderden instellingen, ziekenhuizen en verenigingen
- Niet-commerciële en onafhankelijke organisatie
- Grondige kennis van de preventiebehoeften van de medische sector
- Marktleider medische beroepsaansprakelijkheid
- Specialist voor al uw andere verzekeringen (uitbating, familiale, auto, gewaarborgd inkomen, hospi, brand,...)

**Pour votre assurance RC professionnelle et pour toutes vos autres
assurances, surfez sur notre site web**

**Voor uw verzekering medische beroepsaansprakelijkheid en uw andere
verzekeringen, bezoek onze website**

www.amma.be

Portrait

- Renée Bernadette Emilie Lemaire d'origine Belge, est née à Bastogne le 10 avril 1914. Ses parents avaient un magasin de matériel sur la place principale de Bastogne.

Elle était infirmière et vivait à Bruxelles pendant la guerre 1940 - 1945. En Décembre 1944, elle revient à Bastogne rendre visite à sa famille.

- Le 16 Décembre Adolf Hitler a lancé sa contre-offensive dans les Ardennes et le 19 décembre 1944, l'hôpital de campagne mis en place par la 326 e Compagnie médicale a été envahi par les officiers Allemand. Un grand nombre de médecins et d'infirmières ont été tués ou brutalement exécutés.

- Le 21 Décembre 1944, la ville de Bastogne a été complètement entourée par les forces allemandes et il était impossible d'évacuer les blessés.

- En raison de ce massacre, Renée Lemaire ne pouvait pas revenir à Bruxelles car un manque important de médecins et d'infirmières s'était fait sentir. Les Américains ont commencé à recruter des civils au sein et autour de Bastogne pour venir les aider dans les stations et les hôpitaux.

- Renée Lemaire toujours volontaire quand il s'agit d'aider autrui et son amie Augusta Chiwi, infirmière du Congo, ont commencé à soigner les soldats américains blessés. Le poste de secours avait déménagé deux fois depuis les derniers jours suite aux attaques des forces allemandes.

- Le 23 décembre, l'artillerie allemande a commencé à bombarder le centre de la ville pendant trois jours de suite.

- Le 24 Décembre, deux bombes ont frappé le poste de secours où se trouvaient Renée Lemaire et son amie Augusta Chiwi.

- Renée Lemaire décéda sur le coup et Augusta Chiwi survécut et rentra ensuite à Bruxelles.

- Le Capitaine Jack T. récupéra son corps, l'enveloppa d'un parachute et le ramena à ses parents.

- Une plaque commémorative en son honneur a été placée sur le bâtiment qui se dresse maintenant où le poste de secours se trouvait à l'époque.



Le Capitaine Jack T. a écrit la recommandation suivante concernant Renée Lemaire et l'a transmise au commandant général:

« Comme bataillon Chirurgical, 20e Bataillon d'infanterie blindée, je Saluant une mention élogieuse pour Renée Lemaire sur les éléments suivants:

Cette jeune fille, une infirmière dans le pays de Belgique, offert ses services bénévolement à la station de l'aide, 20 Armored Infantry Battalion à Bastogne, Belgique, le 21 Décembre 1944. A cette époque, la station tenait environ 150 patients depuis la ville était encerclée par les forces de l'ennemi et l'évacuation était impossible. Beaucoup de ces patients ont été grièvement blessés et un grand besoin d'attention immédiate de soins infirmiers. Cette fille a spontanément accepté la tâche herculéenne qui l'attendait et a travaillé sans repos ni nourriture suffisante jusqu'à la nuit de sa mort prématurée, le 24 Décembre 1944. Elle a changé les pansements, aidé les patients incapables de se nourrir, a distribué des médicaments, elle a été d'une grande aide dans l'administration de plasma et d'autres obligations professionnelles. Sa présence parmi ces blessés semblait être une inspiration pour ceux dont le moral baissait, durant ces longues heures de souffrances. Dans la nuit du 24 Décembre, le bâtiment dans lequel Renée Lemaire travaillait a été frappé par un coup direct par un bombardier ennemi. Elle, et ceux qu'elle soignait avec tant de diligence, ont été tués sur le coup.

C'est pour ces raisons que je vous recommande la plus haute distinction possible pour honorer sa mémoire. Bien que pas un membre des forces armées des États-Unis, elle a été d'une aide précieuse pour nous.

Jack T. Avant

Capitaine, MC

Commandant

Renée Bernadette Emilie Lemaire

Place du Carré 30

Bastogne, Belgique »



CONGRES ANNUEL Co-organisé par la FNIB et l'ACN.

Journée internationale des infirmières et infirmiers

Le 12 mai 2015

au Cercle de Wallonie à Namur

Actualités... A ne pas manquer

Avec la présence des ministres:

Jean-Claude Marcourt, Maxime Prévot, Didier Gosuin, ...

- Présentation des objectifs de législature des Ministres de la santé
- Réforme de la formation professionnelle
- Ce qu'induit la réforme de l'Etat sur les compétences de la Région au niveau de la Santé
- Table ronde avec les ministres présents
- Nouveau financement des hôpitaux
- 10 ans de recherche en sciences infirmières
- Intervention des infirmières de rue
- Les bienfaits du vin
- Le bien-être et la reconnaissance au travail



Journée valorisée en 8 heures pour les titres et qualifications particuliers ainsi que pour les ICS et ICUs

Agenda

A l'étranger

13-15.05.2015 EWMA, Congrès européen de soins de plaies	Londres, Royaume Uni	http://www.ewma2015.org/
31.05-04.06.2015 6e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones 2015. « Défi des maladies chroniques : un appel à l'expertise infirmière »	Montréal, QC Canada	www.sidiief.org
19-23.06.2015 Conférence et CRN du CIL. « Infirmières et citoyens du monde »	Séoul, République de Corée	www.icn2015.ch
04-05.09.2015 3rd International APN & ANP Congress : « Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice "To Be or not to Be" Development and Establishment of Advanced Practice Nursing in German speaking countries and internationally »	Munich, Allemagne	www.icn.ch/fr/details/143-3rd-international-apn-a-anp-congress.html
25-29.09.2015 WUWHS, Congrès mondial de soins de plaies	Florence, Italie	www.wuwhs2016.com/
1-2.10.2015 13e Congrès Européen des infirmier(e)s clinicien(ne)s consultant(e)s et de pratique avancée . « Qualité des soins, qualité de vie : quelle place pour l'expertise dans la pratique infirmière ? »	Avignon, France	www.anfiide.com

En Belgique

22-24.04.2015 « Recyclage stomathérapie et soins de plaies pour les personnes ayant fait une formation reconnue d'au moins 150 h dans l'un des 2 domaines d'expertise »	Charleroi	www.afiscep.be
28.04.2015 « Le choc dans tous ses états » - Symposium SIZ 2015	Centre Marcel Hicter, La Marlagne Wépion	www.siznursing.be
12.05.2015 Journée internationale des infirmières et infirmiers – Congrès co-organisé par l'ACN et la FNIB	Cercle de Wallonie, Namur	www.fnib.be
18-21.05.2015 3e Université de printemps francophone en Santé Publique dont un module consacré au « patient-partenaire »	Ecole de santé publique de l'ULB, route de Lennik, 808 – 1070 Bruxelles	www.ulb.ac.be/esp/univ-printemps/
20.11.2015 « Endoscopie en lien avec la radiologie » – formation continue Endo F.I.C.	Non communiqué	www.endofic.be

Rubrique culinaire

LE MAGHREB GOURMAND ...



TAJINE D'AGNEAU AUX FRUITS SECS



Ingrédients pour 8 personnes :

2 kg. d' épaule d'agneau sur os - 200 gr. d'abricots déshydratés - 200 gr. de pruneaux déshydratés - 200 gr. de figues déshydratées coupées en 4 - 100 gr. de gros raisins secs - 100 gr. de dattes confites - 1 càs. d'amandes mondées - 2 oignons hachés - 5 càs. de miel liquide - Epices : 2 càc. de gingembre en poudre, 2 càc. de cannelle en poudre + 3 bâtons de cannelle, sel & poivre - 4 càs. d'huile d'olive - Coriandre fraîche.

Au fourneau :

- > Dans une grande cocotte ou mieux dans un grand tajine (cfr. photo ci-dessus), faire revenir les oignons dans l'huile d'olive, déposer la viande, ajouter les épices à l'exception de la cannelle en poudre et verser 1 grand verre d'eau.
- > Faire cuire à feu moyen pendant 1h 30 en veillant à ce que le fond ne colle pas (ajouter de l'eau si nécessaire.)
- > Puis ajouter les fruits secs, les amandes, le miel, saupoudrer de cannelle moulue et poursuivre la cuisson jusqu'à ce que la viande soit bien tendre.
- > Rectifier l'assaisonnement, déposer de la coriandre hachée et servir avec de la semoule.
- > Bon appétit.

PASTILLA AUX PIGEONS



Ingrédients pour 6 personnes :

4 gros pigeonneaux parés - 500gr. d'oignons hachés - ½ bouquet de persil plat haché - ½ bouquet de coriandre fraîche haché - Epices : 3 càc de cannelle en poudre, 5 càc de ras al-hanout (mélange d'épices orientales), 2 doses de safran, sel & poivre - 100gr. d'amandes mondées - 100gr de raisins secs - 3 càs d'huile d'olive - 150gr. de beurre - 5 œufs entiers + 1 jaune - 3 càs de sucre cristallisé - 2 càs de sucre impalpable - 15 feuilles de brick

Au travail :

- > Dans une cocotte, colorer les pigeonneaux dans 2 càs d'huile d'olive + 50gr de beurre.
- > Retirer les pigeonneaux et faire blondir les oignons, ajouter les herbes hachées et les épices à l'exception de la cannelle. Verser 1 verre d'eau pour éviter que ça n'attache.
- > Remettre les pigeonneaux dans la cocotte, recouvrir et poursuivre la cuisson à feu moyen et remuant de temps en temps.
- > Dans une poêle, faire dorer dans l'huile restante les amandes puis les hacher finement, ajouter les raisins secs, le sucre cristallisé et la cannelle moulue. Réserver.
- > Lorsque les pigeonneaux sont bien tendres, les désosser et couper la viande en morceaux. Remettre celle-ci dans la cocotte hors du feu, casser les œufs, ajouter le contenu de la poêle et bien remuer le tout. Remettre la préparation quelques minutes sur un feu doux.
- > Préchauffer le four à 200°.
- > Faire fondre les 100gr de beurre restant et beurrer sur une face 8 feuilles de brick. Les superposer dans un moule en relevant les bords. Garnir le moule avec la moitié de la préparation. Poser 3 feuilles de brick beurrées et badigeonner de jaune d'œuf battu le pourtour, appuyer légèrement pour sceller les bords. Déposer le reste de préparation et recouvrir avec les 4 dernières feuilles de brick beurrées.
- > Mettre au four et cuire la pastilla jusqu'à ce qu'elle soit bien dorée (+/- 30').
- > Retirer du four, saupoudrer de sucre impalpable et déguster.

Les conseils du père « Effainibet »

Yalil yalil abibi yalil yalil yalil abibi yalil...bon d'accord j'arrête de chanter. Pour accompagner ces saveurs orientales, tentons un vin du Maghreb mais je vous invite à l'acheter chez un caviste car le meilleur côtoie le pire. Si vous n'êtes pas aventurier, misez sur un bon Pinot noir alsacien qui apportera sa fraîcheur aux plats. Yalil yalil abibi yalil....



Bulletin d'adhésion

à compléter et à nous faire parvenir par mail : dallavalle.alda@gmail.com
ou par courrier postal : 27 rue de HORIA - 7040 Genly



Nom :
Prénom :
N° national (obligatoire) :
Adresse :
.....Bte
Code PostalLocalité.....
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
Site web: www.fnib.be
E-mail: dallavalle.alda@gmail.com

> 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)
- ☐ **AFITER** (Association Francophone Infirmiers et Technologues en Radiothérapie)
- ☐ **AFIU** (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)
- ☐ **AISPNI** (Association des Infirmiers Spécialisés en Pédiatrie et Néonatalogie)
- ☐ **CID** (Coordination des Infirmières à Domicile)
- ☐ **ENDO-F.I.C.** (Endoscopie - Formation Infirmière Continuée)
- ☐ **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)
- ☐ **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)
- ☐ **FIIB** (Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique) **Attention !!!! Pour tous les infirmiers indépendants, veuillez en premier choix opter pour la FIIB puis une autre association en 2° choix... Sinon vous ne serez pas comptabilisés pour l'INAMI.**

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.

€

Profitez de la vie, Vitatel veille sur vous !

Vous vivez seul(e) à la maison ou votre conjoint(e) doit s'absenter ?

De jour comme de nuit, nous sommes à vos côtés. Malaise, chute, intrusion, prise de médicaments ou tout simplement besoin d'un contact ?

Vitatel est là quand vous en avez besoin car la télé-assistance, c'est notre métier.



Contactez-nous !

078 15 12 12
www.vitatel.be

Découvrez les avantages exclusifs de l'Employee Privilege Programme de Proximus!

10% de réduction
sur vos abonnements



Profitez maintenant de **10% de réduction** sur les abonnements Proximus, pour vous et les membres de votre famille !

- Une **réduction** mensuelle
- Un **système d'inscription** en ligne super simple
- Des **avantages** pour toute la famille
- Que vous soyez **nouveau client** ou **client existant** chez Proximus

Rendez-vous sur la rubrique avantage du site www.FNIB.eu où vous trouverez les informations relatives au programme EPP.



E.R. : Ariane Marchant, Belgacom SA de droit public,
qui exerce ses activités sous le nom commercial Proximus,
située Bd du Roi Albert II, 27, B-1030 Bruxelles,
T.V.A. BE 0202.239.951

proximus