

SOMMAIRE

Centre de jour Topaz

P. 2-3-4-5

**Wim Distelmans:
Une fin de vie digne**

P. 7

**Aider au-delà de sa
propre vie**

P. 7-8-9

**Formations,
colloques et séminaires**

P. 11-12

**Cinéma:
Le temps qui reste**

P. 12

Partenaires

P. 2-4-6-10

Les Soins Palliatifs
BELGIQUE

EDITORIAL



Nul n'ignore les difficultés actuelles que rencontre la Sécurité Sociale. Des économies sont recherchées tous azimuts et des choix de réaffectation des ressources sont envisagés. La suppression, par l'INAMI, du financement des Centres de Jour Palliatifs en est un premier exemple.

Les soins palliatifs à domicile, discipline encore jeune en Belgique et qui ne sont reconnus et financés par l'INAMI que depuis 1999 risquent de voir leur développement compromis par des restrictions budgétaires. Des évaluations sont actuellement en cours. Ce type d'accompagnement, qui permet au malade de finir son existence chez lui, accompagné et soutenu jusqu'au bout par une équipe de seconde ligne, nécessite beaucoup de

disponibilité, de compétence et de temps. Ces éléments et d'autres, comme la satisfaction du patient et de son entourage ou le deuil facilité par une prise en charge de qualité, sont difficilement chiffrables. Cela nous pose problème pour démontrer, chiffres à l'appui, l'utilité et la nécessité de ce type de soins.

Cette incertitude sur l'avenir nous incite à publier dans ce numéro une mise au point de la Fédération Royale du Notariat Belge sur les dons et les legs. Sans cette générosité du public qui nous soutient, nous ne pourrions pas accompagner gratuitement autant de patients, au delà du nombre financé par la convention qui nous lie à l'INAMI. Soyez remerciés pour ce « pacte de solidarité » avec Continuing Care.

Betty Servais
Présidente



CENTRE DE JOUR TOPAZ, UN SECOND « CHEZ SOI »

Le centre de jour Topaz à Wemmel a été créé en novembre 1997 à l'initiative de l'AZ-VUB et du Dr. Distelmans (oncologue). L'idée est née d'une volonté de créer une structure extra-hospitalière de soins palliatifs permettant d'accueillir les malades en fin de vie dans un cadre proche de celui du domicile afin d'opérer une transition douce entre l'hôpital et le domicile et d'évoluer lentement vers une logique palliative, dans un environnement peu « médicalisé ».

La philosophie de soins qui y est pratiquée est basée sur une approche palliative interdisciplinaire, dédiée au patient dans sa globalité. Elle vise la stabilisation de la maladie, le contrôle de la douleur et des symptômes ainsi qu'un renforcement de la qualité et du confort de vie des patients.

Rencontre avec l'équipe du centre de jour Topaz et visite des lieux avec Kris, (infirmier social), Magrit (infirmière) et le Dr. Distelmans.



Quelles est la spécificité du centre de jour? A quels besoins du patient et de son entourage répond-t-il?

Le centre de jour a un rôle important à jouer de par la fonction de transition qu'il exerce entre l'hôpital et le domicile. Il permet également d'alléger le travail des équipes du domicile, d'éviter les hospitalisations inutiles et de soulager la famille et l'entourage direct du patient au moins 3 jours par semaine.

Quant au patient, il est important qu'il puisse préserver une certaine autonomie et recréer des liens sociaux afin d'éviter l'isolement et le repli sur soi.

Quelle est la place d'un centre de jour tel que Topaz parmi les diverses structures de soins palliatifs existantes?

Le centre de jour remplit un rôle complémentaire par rapport aux services de soins palliatifs existants tels que les équipes de soins palliatifs à domicile, les équipes mobiles et les unités résidentielles. C'est dans ce contexte que le centre de jour tend à élargir les possibilités offertes aux patients désireux de terminer leurs jours à domicile, en leur permettant :

- d'y suivre certains traitements médicaux pour lesquels ils auraient normalement dû se rendre à l'hôpital
- de recréer des contacts sociaux et d'augmenter leur autonomie grâce à l'organisation d'activités diverses et de contribuer à leur bien-être psychologique.



L'équipe est composée en ce sens d'une psychologue (Sabine Bauwens), de personnel infirmier (Magrit De Maegd, Margriet Rooze et Kris Van de Gaer), de l'oncologue le Dr. Distelmans et de bénévoles.

Comment s'organise le travail de chacun au sein de l'équipe ?

- Le Dr. Distelmans s'occupe de la thérapie supportrice (transfusion, ponction d'ascite...) en accord avec le médecin traitant du patient. A la demande du patient et/ou du médecin traitant, il propose des consultations pour le contrôle de la douleur et des symptômes. La famille et les soignants peuvent aussi lui demander soutien et conseils.
- Le personnel infirmier se charge de l'accueil des nouveaux patients, collabore avec les équipes de 1ère ligne pour les soins infirmiers et apporte un soutien aux patients dans leurs démarches administratives (service social, CPAS, logement, ...).

GESTION ET MAINTENANCE D'INSTALLATIONS TECHNIQUES

DES SERVICES A LA MESURE DE VOS BESOINS:

- production de chaleur
- production de vapeur
- production de froid
- H.V.A.C.
- électricité basse et haute tension
- traitement des eaux
- équipements électromécaniques et électroniques
- air comprimé
- sécurité et détection incendie
- éclairage
- manutention



DANS : • l'industrie • les stations d'épuration • les ports et aéroports • les bases militaires • les immeubles de bureaux • les établissements de soins • les centres sportifs et les piscines • les centres informatiques • les centres commerciaux • le secteur HORECA



AXIMA
AXIMA SERVICES SA/NV

AXIMA s.a.
World Trade Center - Tower 1
30, Bld du Roi Albert II - bte 28
1000 BRUXELLES

Tél. 02/206 02 11 - Fax 02/206 03 20





- La psychologue est là pour apporter un soutien psychologique au patient. Elle se charge de la formation, du suivi et du recrutement des bénévoles.
- Les bénévoles se chargent de préparer les repas, du transport des patients au centre et participent aux activités afin d'enrichir les contacts sociaux

Qui sont les patients admis au centre de jour ?

Kris (infirmier social) : « Le centre est accessible 3 jours par semaine : les lundi, mercredi et vendredi de 9h à 17h. Nous accueillons les personnes atteintes d'une maladie à pronostic fatal c'est-à-dire les personnes souffrant d'une pathologie lourde, telle que cancer, sida, sclérose latérale amyotrophique et autres affections neurologique dégénératives.

Le(la) partenaire, la famille proche et les amis ainsi que les équipes d'accompagnement et de soins sont les bienvenus au centre. La plupart des patients qui se rendent au centre habitent en région bruxelloise ou en brabant flamand mais le centre est évidemment accessible à tous ».

Concrètement, comment faire appel à Topaz et quelle est la marche à suivre ?

Kris : « Ici encore il n'y a pas de règles. Soit le patient se présente spontanément au centre, soit c'est le médecin traitant qui fait une demande d'admission. Le plus souvent ce sont les assistants sociaux des hôpitaux qui prennent contact avec le centre ».

La plupart des patients admis à Topaz émanent directement de l'AZ-VUB et dans ce cas –là, le dossier médical du patient est immédiatement accessible pour les médecins du centre et le personnel soignant. Pour chaque cas, l'accord du médecin traitant est indispensable et



une convention est établie avec lui afin d'organiser au mieux l'accueil et la prise en charge du patient. Les différents intervenants du domicile déjà en place (infirmiers, kinésithérapeutes, équipes de soins palliatifs...) peuvent bien entendu se rendre au centre pour examiner et soigner leurs patients et ainsi assurer la continuité des soins.

Quelles sont les commodités et activités proposées par le centre aux patients ?



Topaz se veut en quelque sorte un lieu de vie et de convivialité, un second « chez soi ». Sa principale préoccupation est de contribuer à une meilleure qualité de vie et au maintien de l'autonomie des personnes. Outre un lieu de rencontre dans une atmosphère familiale, les patients peuvent trouver au centre

Topaz un soutien amical auprès de leurs compagnons, des bénévoles et de l'équipe.

L'espace de vie se compose d'un salon, d'une salle à manger, d'une cuisine, d'une salle de bain et wc adapté, d'une salle de consultation, d'un espace multimédia avec accès à internet, d'une salle fumeur et d'un jardin.

Kris : « Dans la grande salle de séjour, les patients, que nous appelons d'ailleurs « les invités », peuvent soit regarder la télévision, soit se reposer dans les fauteuils, soit vaquer à leurs occupations (puzzle, lecture...) seuls ou en groupe. C'est là également que les patients nécessitant un traitement médical (transfusion, prise de sang, nourriture parentérale) se retrouvent. Ces traitements qui nécessitent normalement un passage à l'hôpital, se font ici en toute tranquillité et simplicité ».

Des activités sont proposées selon les besoins et les possibilités des patients présents. C'est en quelque sorte une formule sur mesure.

Kris : « Tout est possible, rien n'est obligatoire. Les activités varient de jour en jour et sont adaptées aux capacités des patients suivi au centre. Elles se font à la carte et en fonction des envies. Le lundi, ils peuvent suivre un cours de peinture et de réflexologie mais aucune activité n'est obligatoire. L'équipe est ouverte à toute suggestion d'activité. C'est ainsi, par exemple, qu'à la demande d'un patient, nous avons organisé une sortie chez Ikéa ».

Etes-vous confrontés à des demandes d'euthanasie ?

Kris : Oui bien sûr. Certains patients font une demande d'euthanasie auprès du Dr. Distelmans. Il les reçoit alors

Un avenir sain commence dès aujourd'hui



Nombreuses sont les régions du monde où la population vieillit rapidement. La cause? La prolongation de la longévité et la chute des taux de natalité. Ce phénomène démographique offre à la fois des défis sans précédent et de remarquables opportunités.

Nous pensons que Bien Vieillir la «Santé d'Age en Age» devrait être la priorité de tout un chacun à chaque étape de la vie – jeunesse, âge mur et vieillesse. Parvenir à concrétiser ce souhait dépendra de la collaboration entre les gouvernements, les représentants de la société civile et le secteur médical.

Par son action en partenariat avec d'autres parties prenantes, Pfizer s'efforce de créer un avenir productif et sain pour chacun d'entre nous.



Life is our life's work
www.pfizer.be

PFIZER S.A. • BRUXELLES • TEL. 02/554 62 11

pour une consultation au centre de jour afin d'en discuter. La discussion s'opère toujours de manière très ouverte et franche. On appelle un chat, un chat. Même les patients entre eux parlent librement de la question de l'euthanasie.

Parfois cette demande disparaît totalement parce qu'ils ont pu recréer une certaine forme de vie sociale et se faire des amis, parfois les patients mettent leur demande d'euthanasie en suspend jusqu'au moment où ils n'en peuvent plus (dégradation physique, dépendance presque totale pour les tâches journalières...). Nous respectons alors leurs convictions et leur choix.

A partir du moment où la demande est maintenue, l'équipe et les bénévoles sont mis au courant car on doit pouvoir en parler. Bien sûr, ce n'est pas simple.



Quelques questions au Dr. Distelmans:

Dans votre livre «Une fin de vie digne», vous portez un regard critique sur la pratique médicale et dénoncez les décisions tardives de certains médecins quant à reconnaître un patient comme «palliatif». Vous dites que les médecins ont du mal à lâcher leur patient...

Dr. Distelmans: oui lâcher le patient c'est bien de cela qu'il s'agit, mais avec les nombreuses possibilités offertes par les technologies médicales de pointe, on a toujours tendance à croire que parmi toutes ces possibilités il doit bien exister l'une ou l'autre technologie médicale que l'on puisse proposer à son patient indépendamment de savoir si cela a encore un sens. Le fait même que cette technologie est à portée de main suffit pour que l'on s'en serve. Cela signifie donc que le patient, passez-moi l'expression, se fait «larguer» en soins palliatifs ou est redirigé vers les équipes de soins palliatifs à domicile à la dernière minute. Ce n'est donc que lorsque la médecine a épuisé toutes ses cartouches que l'on se décide à «lâcher» le patient.

Quelles sont les conséquences de cet acharnement thérapeutique? Et que peut-on faire?

Dr. Distelmans: les équipes palliatives, aussi bien celles du domicile que celles des unités hospitalières, accueillent donc les patients que l'on a littéralement «lar-

gués » chez eux parce qu'il n'y a plus rien à faire et qu'ils ne sont plus en état d'aller dans un centre de jour par exemple.

Les patients qui pourraient bénéficier d'une structure telle que celle du centre de jour Topaz ne sont pas les patients que l'on a « largués » en dernier recours mais bien ceux qui peuvent être pris en charge plus tôt dans l'évolution de la maladie et qui peuvent également être suivis par les équipes de soins palliatifs à domicile.

Nous devons donc parfois presque arracher les patients à leurs médecins qui tentent encore des traitements.

Le combat commun que nous devons mener, aussi bien les équipes du domicile que les centres de jour, est celui d'obtenir des médecins qu'ils « libèrent » leurs patients plus tôt afin que nous puissions travailler plus spécifiquement à la qualité de vie de ces patients et que nous ne soyons pas uniquement obligés de placer une pompe avec de la morphine.

Parfois, malgré une prise en charge palliative, les patients font une demande d'euthanasie. Peut-on dire que la médecine palliative tout comme la médecine dite curative, doit faire face à ses limites et accepter ces demandes comme un processus naturel et pas comme un échec ?

Dr. Distelmans: je considère les soins palliatifs et l'euthanasie comme complémentaires dans ce sens que ce sont deux formes d'humanisation de la mort. C'est la même erreur de pensée qui est commise tant par la médecine curative que par la médecine palliative que de croire qu'il y a une notion d' échec. Le médecin qui fait de l'acharnement thérapeutique ne peut « laisser aller » son patient vers une médecine palliative de même que la médecine palliative a du mal à accepter la demande d'euthanasie d'un patient. C'est la raison pour laquelle j'ai intitulé mon livre « une fin de vie digne ». Les soins palliatifs conviennent à certaines personnes et l'euthanasie à d'autres et les deux doivent ou devraient garantir une fin de vie digne.

Je ne peux pas comprendre que certains soignants aient tellement de problèmes avec cela car la plupart des patients n'en ont pas !

Il y a des gens qui, dès le début disent vouloir une euthanasie et il y en a d'autres qui sont disposés à être pris en charge par une équipe palliative pendant un certain laps de temps et qui, à un moment disent « maintenant j'en ai assez, même si je ne ressens aucune douleur, même si je suis confortable car je n'en peux plus de rester alité et de devoir demander de l'aide pour toutes les tâches du quotidien, je n'ai plus de perspective et je sais que je n'ai plus que deux semaines à vivre... ».

Le « kit euthanasie » a suscité des réactions assez vives lors de son introduction. Pourtant il permet au médecin traitant de pratiquer une euthanasie dans les règles fixées par la loi. Quel est votre opinion à ce sujet ?

Dr. Distelmans: Ce kit n'existe pas à proprement parlé. L'idée est que, si un médecin a besoin des produits et du matériel (baxter, seringues...) nécessaires pour pra-

tiquer une euthanasie, qu'il peut en disposer assez rapidement. Dans une pharmacie classique ce ne serait pas possible car il faut souvent attendre plus d'une semaine afin de les obtenir.

Notre objectif était donc de trouver un arrangement avec des pharmacies. Nous l'avons trouvée avec Multipharma car ils possèdent entre 300 et 400 enseignes à travers le pays et ils peuvent fournir le nécessaire sous 24h. Nous avons donc réfléchi aux produits dont un médecin pourrait avoir besoin. Nous avons repris un large éventail de ces produits et nous les avons mis dans une mallette en plastique. Le médecin n'utilise donc que les produits qui lui sont nécessaires. Dans la foulée on a appelé cela le « kit euthanasie » mais c'est simplement une mesure qui permet d'avoir tout le nécessaire en temps utile pour pratiquer l'acte. La confusion vient des médias car on a cru, à tort, que n'importe qui pouvait se rendre dans une pharmacie et demander un « kit euthanasie » alors que c'est exclusivement le médecin qui passe la commande et qui doit lui-même aller chercher les produits.

Qu'en est-il exactement du financement du centre de jour Topaz ?

Dr. Distelmans: Le RIZIV(INAMI) arrête le financement à partir du 31 décembre 2005. Je ne comprends pas encore bien pourquoi. C'est une mauvaise décision de la part du ministre Rudy Demotte et je pense qu'il n'a pas été suffisamment bien informé. La plupart des centres de jour ont ouvert leurs portes en 2002 et ne sont donc actifs que depuis 2 ans. Comme je l'ai signalé en début d'interview, il est difficile de « recruter » des patients car certains médecins s'obstinent à maintenir leurs traitements et font de l'acharnement thérapeutique. Cela demande donc du temps et deux ans c'est bien trop peu pour pouvoir évaluer l'efficacité et le taux d'occupation (de fréquentation) des centres de jour. Comme vous le constatez ce n'est plus un problème chez Topaz mais le centre de jour existe depuis 1997. Il me semble donc important de lancer un signal social fort vers les médecins en rappelant qu'il existe une autre alternative à l'hospitalisation. Les patients peuvent rester à domicile grâce à des équipes comme Continuing Care et grâce aux centres de jour où ils ont également le loisir de faire autre chose que de rester toute la journée enfermés dans leur chambre tout en bénéficiant de certains traitements médicaux pour lesquels ils auraient normalement dû se rendre à l'hôpital. De plus, le centre de jour est beaucoup moins cher que l'hôpital et bien plus agréable !

En Angleterre, il y a plus ou moins 250 centres de jour avec des listes d'attente. Si on traduit cela à l'échelle de la Belgique cela signifierait que nous devrions en avoir 50. Il n'y en a actuellement plus que 5 pour toute la Belgique !

Nous espérons donc que la Communauté flamande prendra le relais du RIZIV (INAMI) et que du côté francophone la COCOF nous soutiendra.

Centre de Jour TOPAZ

Vander Vekenstraat 158 - 1780 Wemmel

Tél/Fax : 02/456.82.02

Durogesic®

fentanyl transdermal system

MATRIX



41,30 € 5 p. 25 µg/h

72,90 € 10 p. 25 µg/h

NOUVEAU!
BOÎTE DE
10 **PATCHES**

NOM DU MÉDICAMENT - DUROGESIC 25 µg/h patches à usage transdermique - DUROGESIC 50 µg/h patches à usage transdermique - DUROGESIC 75 µg/h patches à usage transdermique - DUROGESIC 100 µg/h patches à usage transdermique Titulaire de l'Enregistrement Janssen-Cilag S.A. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Durogesic 25 microgrammes/heure: Composant actif: fentanyl 4,2 mg. La surface est de 10,5 cm². Le système délivre environ 25 microgrammes/heure de fentanyl dans la circulation systémique (c.-à-d. 0,6 mg/24 heures). Durogesic 50 microgrammes/heure: Composant actif: fentanyl 8,4 mg. La surface est de 21,0 cm². Le système délivre environ 50 microgrammes/heure de fentanyl dans la circulation systémique (c.-à-d. 1,2 mg/24 heures). Durogesic 75 microgrammes/heure: Composant actif: fentanyl 12,6 mg. La surface est de 31,5 cm². Le système délivre environ 75 microgrammes/heure de fentanyl dans la circulation systémique (c.-à-d. 1,8 mg/24 heures). Durogesic 100 microgrammes/heure: Composant actif: fentanyl 16,8 mg. La surface est de 42,0 cm². Le système délivre environ 100 microgrammes/heure de fentanyl dans la circulation systémique (c.-à-d. 2,4 mg/24 heures). En dehors du fentanyl, le patch ne contient aucun autre principe actif. Pour les excipients, voir la rubrique 6.1 **FORME PHARMACEUTIQUE** Durogesic est un système transdermique qui libère de manière continue durant 72 heures et par voie systémique du fentanyl, un analgésique opioïde puissant. Durogesic est un patch transparent rectangulaire comportant une couche de protection et 2 couches fonctionnelles. De la surface externe à la surface qui adhère à la peau, ces couches consistent en: 1. Une couche de support de polyester. 2. Une couche adhésive: polyacrylate avec le fentanyl - Couche de support: polyester. - Couche adhésive: polyacrylate avec fentanyl - Couche de protection: film de polyester - Durogesic est disponible en quatre dosages différents dont la composition par unité de surface est identique. Le dosage est imprimé sur le patch en rose, vert, bleu et gris, respectivement pour les patches de 25, 50, 75 et 100 µg/h. **Indications thérapeutiques** Durogesic est indiqué dans le traitement de la douleur chronique due à un cancer et de la douleur rebelle qui requiert un traitement par des analgésiques opioïdes. **Posologie et mode d'emploi** Durogesic est dosé individuellement, en fonction de l'état du patient. Le traitement doit être réévalué à des intervalles réguliers après administration. Durogesic doit être appliqué sur une peau non irritée et non irradiée au niveau du thorax ou de la partie supérieure du bras. A l'endroit de l'application, les poils (si aucune surface glabre ne peut être trouvée) doivent être coupés (pas rasés) avant d'appliquer le patch. Si l'endroit de l'application doit être nettoyé avant d'appliquer Durogesic, il est préférable de le faire à l'eau claire. Le savon, l'huile, les lotions ou tout autre produit qui peut irriter ou modifier les propriétés de la peau doivent de préférence être évités. La peau doit être complètement sèche avant que le système soit appliqué. Durogesic doit être appliqué immédiatement après son retrait du sachet. Le système transdermique doit être maintenu fermement avec la paume de la main contre la peau pendant environ 30 secondes pour assurer un contact total, particulièrement sur les bords. Durogesic peut être porté pendant 72 heures. Un nouveau patch ne peut être appliqué qu'après retrait du patch précédent et toujours à un autre endroit sur la peau. Un système transdermique ne peut être appliqué sur la même surface cutanée qu'au bout de quelques jours. **Mode d'emploi: Ouverture du sachet:** 1. Coupez le sachet au niveau de l'entaille (indiquée par une flèche). 2. Déchirez ensuite le sachet pour l'ouvrir. Si vous continuez à ouvrir le sachet avec des ciseaux, il est conseillé de le découper le plus près possible du bord pour éviter d'endommager le patch qui se trouve à l'intérieur. 3. Ouvrez complètement le sachet en décollant les bords. 4. Retirez le patch du sachet. Application du patch: 3. Le patch adhère à une feuille de protection plus grande constituée de deux parties en forme de S. 4. Tenez le patch entre le pouce et l'index avec la feuille de protection en forme de S face à vous. Pliez légèrement le patch pour pouvoir enlever une moitié de la feuille de protection. 5. Tenez le patch par la moitié de la feuille de protection qui adhère encore au patch et appliquez la première moitié du patch sur la zone de peau choisie. Enlevez ensuite la deuxième moitié de la feuille de protection puis collez la totalité du patch sur la peau. Appuyez sur le patch fermement avec la paume de la main contre la peau pendant 30 secondes pour assurer une bonne adhésion du patch. 6. Lavez ensuite vos mains soigneusement. A partir de ce moment, vous pouvez laisser le patch en place pendant 3 jours (72 h). Vous pouvez prendre un bain, une douche ou nager tout en portant un ou plusieurs patches. Notez sur la boîte la date à laquelle vous avez appliqué le(s) patch(s). Cette indication vous aidera à vous rappeler le jour où le patch devra être remplacé. **Retrait du patch:** Après 3 jours, enlevez le patch en le décollant précautionneusement de la peau. Pliez le patch usagé en deux avec la face adhésive à l'intérieur. Jetez ensuite le patch avec les déchets ménagers. Garder les patches hors de la portée et de la vue des enfants. **Application d'un nouveau patch:** Après le retrait du patch usagé, appliquez immédiatement un nouveau patch. Les patches ne doivent jamais être appliqués deux fois de suite au même endroit. Suivez à nouveau les instructions d'emploi ci-dessus. **Sélection de la dose initiale:** La dose initiale de Durogesic doit être déterminée à partir de l'utilisation en cours d'opioïdes par le patient, et compte tenu du degré de tolérance aux opioïdes (s'il y a tolérance) et de l'état médical général du patient. Chez les patients exposés pour la première fois aux opioïdes, il faut utiliser la dose de départ la plus faible (à savoir 25 microgrammes/heure). Chez les patients utilisant déjà des opioïdes, pour substituer Durogesic à des opioïdes oraux ou parentéraux, il est recommandé de suivre la procédure suivante: 1. Calculez les besoins dose équianalgésique de morphine à l'aide du tableau 1. Toutes les doses I.M. et orales - conversion en chaque dose de Durogesic. Utilisez ce tableau pour déduire la dose de analgésique préexistant doit donc être diminué progressivement après l'administration de vue analgésique. Tant chez les patients qui sont exposés pour la première fois au ne peut pas être évalué avant que le système ait été porté pendant 24 heures. Ce délai premières 24 heures après la première administration. Pour des motifs cliniques, les patients icaments non morphinomimétiques suivants peuvent alors être pris en considération (p.ex. ainsi que les médicaments morphinomimétiques (éviter de préférence les médicaments dose et traitement d'entretien: Le système transdermique Durogesic doit être remplacé efficacité analgésique suffisante soit atteinte. Si l'analgésie est insuffisante après l'administration initiale, la dose peut être augmentée au bout de 3 jours. Dans ce cas aussi, un analgésique à courte durée d'action peut s'avérer nécessaire (voir plus haut). L'ajustement de la dose est normalement effectué par augmentations de 25 microgrammes/h, mais il faut tenir compte des besoins analgésiques supplémentaires (morphine orale 90 mg/jour @ Durogesic 25 microgrammes/h) et du niveau de douleur du patient. Plusieurs systèmes Durogesic peuvent être utilisés en même temps pour atteindre des doses supérieures à 100 microgrammes/h. Pour des motifs cliniques, des patients peuvent parfois avoir besoin de doses supplémentaires (entredoses) périodiques d'un analgésique à courte durée d'action pour lutter contre une "poussée de douleur" (voir plus haut). Certains patients peuvent avoir besoin de méthodes additionnelles ou alternatives d'administration d'opioïde lorsque la dose de Durogesic dépasse 300 microgrammes/h. Arrêt de Durogesic: Si l'arrêt de Durogesic s'avère nécessaire, le remplacement par d'autres opioïdes doit se faire progressivement, en commençant par une faible dose qui est lentement augmentée. Les taux de fentanyl diminuent en effet progressivement après le retrait de Durogesic. Il faut 17 heures ou plus pour que la concentration sérique du fentanyl diminue de 50%. D'une manière générale, un traitement par un analgésique opioïde doit être arrêté progressivement pour éviter l'apparition de symptômes de sevrage. Contre-indications l'emploi chez les enfants de moins de 12 ans ou chez les enfants de moins de 50 kg est contre-indiqué. Durogesic est également contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité connue au fentanyl ou aux substances adhésives du système. **Effets indésirables** Comme c'est le cas pour tous les opioïdes puissants, l'effet indésirable le plus grave est la dépression respiratoire. Les autres effets indésirables apparentés aux opioïdes comprennent: nausées, vomissements, constipation, hypotension, bradycardie, somnolence, maux de tête, confusion, hallucinations, euphorie, sudation et rétention urinaire. Des réactions cutanées telles que rash, érythème et prurit ont été rapportées dans certains cas. Ces réactions disparaissent généralement spontanément dans les 24 heures qui suivent le retrait du système transdermique. Dépendance aux narcotiques: Le fentanyl peut, en cas d'administration répétée, comme tous les morphiniques et leurs dérivés, provoquer une dépendance physique et psychique (respectivement assuétude et toxicomanie). Généralement, plus la durée du traitement et la dose administrée augmentent, plus l'assuétude augmente. On constate également qu'au cours du temps, il est nécessaire d'utiliser de plus en plus de médicament pour obtenir un même effet analgésique (tolérance ou accoutumance). Cependant, chez les patients cancéreux, il s'avère que la tolérance n'est pas un problème significatif, étant donné que la progression de la maladie constitue alors la cause principale de l'augmentation de la dose. Dans le cas de l'arrêt progressif du médicament, de son remplacement par un autre morphinomimétique moins puissant ou de l'administration d'un antagoniste, il peut apparaître un syndrome de sevrage avec entre autres des troubles de l'équilibre, des tremblements et de l'angoisse, des vomissements, de la diarrhée et une augmentation de la tension artérielle. Des symptômes de manque sont également possibles chez certains patients après le passage de leur analgésique opioïde antérieur à Durogesic. **Nature et contenu des emballages** Durogesic est un système thérapeutique transdermique destiné à être utilisé sur la peau intacte. Durogesic est disponible en quatre dosages différents: Durogesic 25 microgrammes/heure: Emballage contenant 5 patches à usage transdermique imprimés en rose. Durogesic 50 microgrammes/heure: Emballage contenant 5 patches à usage transdermique imprimés en vert. Durogesic 75 microgrammes/heure: Emballage contenant 5 patches à usage transdermique imprimés en bleu. Durogesic 100 microgrammes/heure: Emballage contenant 5 patches à usage transdermique imprimés en gris. **Dosage** 1,0/8,4 - Durogesic 75 31,5/12,6 - Durogesic 100 42,0/16,8 - Il se peut que les présentations ne soient pas toutes commercialisées. **NUMÉRIQUE** d'enregistrement DUROGESIC 25 µg/h patch 2 S 434 F 15 - DUROGESIC 50 µg/h patch 2 S 435 F 15 - DUROGESIC 75 µg/h patch 2 S 436 F 15 - DUROGESIC 100 µg/h patch 2 S 437 F 15 **MODE DE DÉLIVRANCE** La prescription obligatoire doit satisfaire aux modalités légales requises en matière de stupéfiants. **DATE DE LA DERNIÈRE RÉVISION DU TEXTE** Date de la dernière révision du RCP: Mai 2004 - Date de la dernière approbation du RCP: Septembre 2004. Des informations complémentaires sont disponibles sur demande.

made in Belgium

LA NOUVELLE GÉNÉRATION DE
TECHNOLOGIE DE PATCH

WIM DISTELMANS - “EEN WAARDIG LEVENSEINDE” (« UNE FIN DE VIE DIGNE »)



Le débat social autour des soins palliatifs et des décisions prises en fin de vie, ce incluant l'euthanasie, n'est pas le fruit du hasard. C'est la synthèse logique d'un demi siècle d'expérience avec la technologie médicale qui permet d'éviter de nombreuses souffrances mais qui, à la fois lorsqu'on en abuse, peut en engendrer d'autres. On ne traite plus, on maltraite!

Ce livre offre une meilleure compréhension des soins prodigués en fin de vie. Il a pour objectif d'émanciper chaque citoyen face au monde médical. Il est également destiné aux prestataires de soins qui désirent entretenir des rapports empathiques avec leurs patients. Une fin de vie digne retrace le développement laborieux des soins palliatifs en Belgique, qui entre-temps figurent parmi les meilleurs au monde, et le non moins pénible débat concernant la légalisation de l'euthanasie. Les conseils apportés en matière de soutien aux malades en fin de vie sont tirés de la pratique. Les informations techniques et les considérations éthiques ont été formulées dans un langage intelligible pour tous. Le livre est un plaidoyer en faveur d'un changement d'attitude envers tous les patients en fin de vie, auprès desquels, éviter l'acharnement thérapeutique doit devenir une priorité majeure.

Prix: € 19,95 – Edité chez Houtekiet, Antwerpen, 2005, 280 pages
Texte paru sur le site et traduit du néerlandais

AIDER AU-DELA DE SA PROPRE VIE ...

Faire un don ou consentir un legs en faveur d'une association est toujours un acte mûrement réfléchi et qui répond bien souvent à un besoin de voir défendues des valeurs qui nous sont chères.

Continuing Care, active depuis 20 ans dans l'accompagnement à domicile de patients palliatifs, a contribué à sensibiliser le public et les professionnels de la santé à l'importance du développement d'une médecine palliative de qualité plaçant le patient au centre de ses préoccupations. Notre association est, depuis sa fondation, dédiée au patient dans sa globalité et vise la stabilisation de la maladie, le contrôle de la douleur (tant physique que psychique) et des symptômes, le confort et la qualité de vie du patient.

Comme vous le savez, notre association travaille dans un esprit pluraliste c'est-à-dire dans le respect de la volonté, du rythme et des convictions de chacun. L'équipe de soins palliatifs de Continuing Care prend en charge, à domicile, le patient et sa famille, dans les 19 communes de Bruxelles et offre une disponibilité de 24h sur 24, 7 jours sur 7. Le système de garde permet, en effet, de répondre en direct et rapidement aux interrogations et inquiétudes du patient ou de sa famille.

Les interventions de Continuing Care sont gratuites. Le patient pris en charge ne paie rien mais nous facturons un forfait à sa mutuelle. Notre association est donc en partie subsidiée par l'INAMI et par la COCOF. A cette aide s'ajoute la générosité de nombreux particuliers qui, sous forme de dons réguliers, soutiennent notre action au quotidien. Malgré une gestion rigoureuse, les besoins financiers sont lourds, tant pour la prise en

charge à domicile que pour nos actions d'information et de sensibilisation.

Faire un legs ou une donation...

Si vous partagez nos convictions et que vous souhaitez poursuivre votre engagement au-delà de votre propre vie et faire perdurer ces valeurs auxquelles vous tenez, vous pouvez dès maintenant envisager d'effectuer une donation de votre vivant, ou, par testament, nous léguer une partie de vos biens. Par ce geste, vous contribuerez concrètement et à long terme à la poursuite de nos objectifs.

Comment procéder ?

Afin de vous entourer de toutes les garanties nécessaires, nous vous conseillons de faire appel à **un notaire** qui vous aidera dans le choix de la formule la plus adaptée à votre situation.

Léguer ou donner ?

Lorsque je lègue par testament une somme à une personne ou une institution, je reste maître de mon avoir jusqu'à mon décès. Je peux toujours modifier la disposition. Je ne me suis donc pas appauvri personnellement. Je fais des dispositions uniquement pour le moment de mon décès.

Lorsque je donne à une institution ou à une personne, je m'appauvris immédiatement. Un don est définitif.

Le legs est ainsi la voie généralement choisie pour laisser mes biens à des œuvres philanthropiques.

Comment léguer par testament ?

Il y a plusieurs manières de rédiger un testament et donc de faire un legs.

Le testament le plus fréquent est le testament olographe. Vous pouvez le faire vous-même.

Trois règles sont à suivre. Le testament doit être :

1. écrit à la main par la personne même qui veut disposer (pas à la machine);
2. daté de la main de la personne qui le rédige;
3. signé de la main de la personne qui l'a rédigé.
Il peut donc être écrit sur n'importe quelle feuille de papier et avec n'importe quel moyen d'écriture. Mais il faut aussi tenir compte des règles suivantes :
4. deux personnes ne peuvent rédiger ensemble le même testament.
Ainsi, le mari et la femme ne peuvent rédiger un testament unique. Cette interdiction provient de ce que chacun doit être libre de pouvoir modifier son testament indépendamment de l'autre.
5. la désignation du bénéficiaire doit être claire et précise : pas question de laisser vos biens aux pauvres du Congo, ni aux chats de Bruxelles.
Par testament vous pouvez disposer de tous vos biens librement.

Que puis-je léguer ?

En fait, vous pouvez léguer ce que vous voulez à qui vous voulez. C'est vous qui décidez librement de disposer de vos biens.

Il existe néanmoins une limite : vos enfants et éventuellement votre conjoint auront, si les dispositions prises dans votre testament ne leur laissent pas le minimum exigé par la loi, le droit de contester l'exécution de votre testament pour partie. Et ils pourront, s'ils le souhaitent, demander que le montant des legs que vous avez faits, soit réduit de manière à ce qu'ils disposent d'un minimum que la loi leur garantit et que l'on appelle la réserve héréditaire.

Faire un legs universel ou léguer une somme ?

Le legs universel

C'est la disposition par laquelle on dispose en faveur d'un ou plusieurs bénéficiaires de l'ensemble du patrimoine.

Si vous désirez qu'une ou plusieurs personnes se partagent vos biens, il suffit de désigner ces personnes, institution ou association, comme bénéficiaire de votre succession à titre de légataire universel.

Le ou les légataires universels se partageront l'ensemble de vos biens mais ils devront aussi payer les legs particuliers que vous feriez.

Si vous désignez plusieurs légataires universels, ils se partageront en autant de parts que de personnes dé-

signées (vous pouvez toujours prévoir la manière par laquelle elles se répartiront les biens entre elles).

Le legs particulier

Vous pouvez vouloir laisser une somme ou un objet déterminé à une association, une institution ou un particulier. Dans ce cas, cette personne ne recevra que le bien que vous lui laissez de manière précise.

Que peut apporter le conseil du notaire ?

Le notaire et les dons.

En principe, deux catégories de dons ne peuvent être faites que par acte notarié. Ces dons posent des problèmes techniques difficiles.

Il s'agit :

- des donations d'immeubles,
- des dons portant sur des valeurs nominatives telles que les parts dans une SPRL ou les actions nominatives d'une société anonyme ou encore les parts d'une société coopérative.
Donc, peuvent faire l'objet d'un don manuel, d'une transmission directe sans grandes formalités:
- les objets mobiliers
- les valeurs mobilières considérées comme de même nature que les objets mobiliers, c'est-à-dire les billets de banque, les titres au porteur, les bons de caisse au porteur et plus généralement toutes les valeurs incorporées dans un titre au porteur librement cessible.

Depuis quelques années, les établissements financiers ont proposé à leurs clients de réaliser les dons manuels à leurs guichets. Ces établissements veilleront à ce qu'au moment du don les formalités minimums, certes plus nombreuses mais obligatoires, soient respectées et à ce qu'il n'y ait pas de risques de nullité du don manuel.

Les notaires s'occupent également de telles formalités.

Il est souvent utile pour la personne, qui n'a pas une connaissance juridique précise des règles obligatoires en la matière, de prendre conseil auprès d'un juriste compétent avant d'effectuer un don important. Par la nature de ses fonctions, le notaire est généralement le mieux placé pour fournir un conseil sur la manière de réaliser un don, même si ce don n'est pas réalisé par acte notarié. Il donnera une information claire sur la manière de réaliser le don. Le notaire donnera également une information sur tous les effets et les problèmes que le don peut engendrer.

On observe cependant que la majorité des dons qui sont effectués quotidiennement, en particulier les dons faits en faveur d'associations, n'est réalisée ni par donation officielle ni par don manuel.



Ils sont réalisés par virement d'un compte bancaire vers un autre compte bancaire.

En langage juridique, on parle alors de donation indirecte. Il s'agit de la donation que l'on trouve de manière quotidienne au sein des institutions et associations.

Lorsqu'il s'agit de sommes à faible montant, il n'y a pas de difficultés ni de règles particulières à respecter.

La nouvelle législation sur les associations et fondations prévoit cependant qu'une autorisation, délivrée par le Service Public Fédéral de la Justice, est nécessaire pour tout don supérieur à 100.000 euros.

Le notaire et les legs.

Rédiger un testament paraît une chose simple, cependant, dans la vie quotidienne, les situations ne sont jamais semblables.

Certes, lorsque la personne, qui rédige son testament, n'a pas d'enfants ni de conjoint, ni d'ascendants, elle dispose d'une liberté totale pour rédiger son testament, mais cette situation n'est pas la plus fréquente.

Il faut cependant veiller à ce que les volontés soient claires et compréhensibles: qui sont les bénéficiaires? Sont-ils désignés clairement et précisément? Comment se répartiront-ils les biens? Les responsabilités de chacun sont-elles claires? Etc. L'intervention du notaire se placera généralement à trois niveaux:

- Le notaire informera tout d'abord la personne sur ce qu'elle peut faire compte tenu de sa situation familiale particulière et éventuellement des limites à sa liberté de rédiger un testament.
- Ensuite et surtout, le notaire aidera à rédiger le testament en utilisant les mots justes et en veillant à ce

que tous les pièges juridiques soient évités, de manière à ce que toutes les obligations qui paraissent simples, soient remplies.

Et si l'on ne sait pas écrire son testament...

Le testament olographe doit être écrit par le testateur. Il ne peut être tapé à la machine ni écrit par un ami. Il doit être écrit par vous-même. Mais c'est parfois difficile à réaliser lorsque la personne, qui veut le faire, est handicapée de la main ou éprouve des difficultés à écrire pour quelques raisons que ce soit.

Il faut recourir alors au notaire qui proposera de rédiger un testament authentique. Le testament est alors dicté au notaire en présence de deux témoins (ou à deux notaires). Une copie vous en est remise.

- Le notaire veillera encore à la conservation du testament, de manière à ce qu'en cas de décès, il puisse apparaître de façon certaine et soit réellement mis à exécution.

A cet égard, il existe en Belgique un fichier central des testaments (CRT) qui, tout en assurant la confidentialité des testaments, permet d'assurer, lors du décès de la personne, une mise en circulation sûre et correcte des testaments.

Ce fichier central est géré par la Fédération Royale du Notariat belge. Il n'est cependant accessible que par l'intermédiaire d'un notaire et dans le respect de critères de confidentialité fixés par la loi.

Le notaire est la personne qualifiée pour vous aider et vous guider dans ces matières difficiles et complexes.

Fédération Royale du Notariat belge

Rue de la Montagne 30-34

1000 Bruxelles

www.notaire.be



Afin de mieux connaître vos besoins en matière de **prise en charge nutritionnelle** et ainsi améliorer notre proposition de produits et de services; nous vous demandons de répondre aux questions ci-dessous et de nous les retourner avec vos coordonnées à : Nestlé HealthCare Nutrition , Rue de Birmingham 221 à 1070 Bruxelles

Un kit «Outil d'évaluation nutritionnelle» sera offert aux 20 premières réponses reçues (date de la poste faisant foi).

OFFRE RESERVEE AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Questionnaire sur l'état nutritionnel de vos patients...

Veillez entourer la case de votre choix et/ou compléter en majuscules pour la case «.....»

Comment analysez-vous l'état nutritionnel de vos patients ?

- POIDS
- BMI
- MNA
- _____

Quels conseils donnez-vous à vos patients pour enrichir leur alimentation ?

- Enrichir les repas
- Augmenter le nombre de repas
- Utiliser des compléments nutritionnels
- _____

**Si vous proposez des compléments nutritionnels à vos patients;
Comment les choisissez-vous ?**

- Riches en calories
- Riches en protéines
- Avec des nutriments spécifiques
- _____

A compléter en majuscules

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Adresse professionnelle : _____

Conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, Nestlé Belgilux informe les participants de l'enregistrement des données personnelles les concernant dans un fichier informatique à l'usage exclusif de Nestlé Belgilux. Les participants bénéficient d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant.

ACTUALITÉ FORMATIONS

- **«Soins Palliatifs et grand âge»**

cycle de formation en 6 journées en janvier 2006.
Formation animée par Emmanuelle Charlier (psychologue, psychothérapeute).

- Les souffrances du vieillir. Les deuils au grand âge
- La philosophie des soins palliatifs
- L'accompagnement des familles
- L'importance de l'équipe
- Prendre soin de soi en tant que soignant
- Douleur et soins de confort : sensibilisation à la prise en charge de la douleur et des symptômes.

- **«Le deuil»**

cycle de perfectionnement en 3 journées (pré requis: cycle de sensibilisation), les 16/01, 30/01 et 13/02/2006.

Formation animée par Dominique Pinchart (professionnelle de la relation d'aide).

- A l'écoute des deuils vécus dans l'enfance: prévention et accompagnement
- Accompagner le deuil après la mort d'un enfant
- Les deuils compliqués et les deuils marginalisés

- **«Quelle décision en fin de vie?»**

1 journée en 2006 pour le personnel soignant.

Animé par Bernadette Wouters (infirmière formée en soins palliatifs).

- Quels repères suivre? Le droit? La déontologie?, L'éthique?
- Quelle décision prendre? Les soins palliatifs? L'euthanasie?
- Comment s'y retrouver?

- **«La place et la fonction du personnel soignant et de la famille dans l'accompagnement»**

1 journée en mars 2006.

Formation animée par Claire Swaeles (infirmière, psychothérapeute).

- Importance de la famille dans la dimension pluridisciplinaire des soins palliatifs
- Définir les fonctions de chacun et trouver la «juste place» auprès du patient
- Développer ses capacités d'empathie et de communication
- Mieux s'entendre dans un travail de pluridisciplinarité.

Formations organisées par l'asbl SARAH

Espace Santé, Boulevard Zoé Drion 1 à 6000 Charleroi. Renseignements et inscriptions: 071/37.49.32 ou e-mail asbl.sarah@skynet.be

- **«Les bases de l'accompagnement»**

3 journées - les 21, 22 et 29 janvier 2006.

Formation animée par Danièle Michaux.

Se sensibiliser au vécu du patient et des proches confrontés à la maladie grave

- Identifier les besoins, demandes et attentes de la personne accompagnée
- Reconnaître les mécanismes de défense du patient, des proches et des accompagnants
- Prendre conscience de sa façon d'être comme accompagnant

- **«Accompagnement des enfants en deuil»**

3 journées - les 11, 13 et 18 mars 2006.

Formation animée par Martine Hennuy.

S'ouvrir à ses propres expériences d'attachement et de perte au cours de la vie

- Réfléchir aux spécificités du deuil chez l'enfant
- Comprendre les réactions des enfants face à la perte d'un proche
- Développer ses ressources dans l'accompagnement d'enfants en deuil

Formations organisées par Cancer et Psychologie asbl

centre de formation à la relation et à l'accompagnement. Renseignements et inscriptions: 02/735.16.97 ou via www.canceretpsy.be

- **«Le métier de soignant, entre stress et satisfaction»**

2 journées - le 2 et le 16 février 2006.

Partagé entre le temps « gagné » et le temps passé avec le patient, entre motivation et désillusion, entre efficacité et impuissance, entre attachement, distance thérapeutique et deuil, entre projet personnel et fonctionnement en équipe, le soignant est chaque jour aux prises avec des stress multiples et des émotions fortes et diverses.

- **«Formation pour les gardes-malades à domicile»**

4 journées - les 21 et 28 mars et les 18 et 25 avril 2006.

Les gardes malades occupent une place importante auprès des personnes âgées et des malades.

- Etre à l'écoute et accompagner la personne malade et ses proches.
 - Expérimenter la communication verbale et non verbale.
 - Aborder les vécus spécifiques à la nuit: anxiété, angoisse, sentiment de solitude et d'abandon.
 - Reconnaître et accepter la fatigue, les souffrances et difficultés des proches.
 - Identifier ses propres ressources, ses limites et ses compétences.
 - Gérer la place de ses émotions et de ses valeurs personnelles.
 - Prendre conscience de notre mortalité.
 - Tenir compte de ses propres réactions face à la maladie, à la mort, au deuil.
 - Evaluer les différentes dimensions de la douleur.
-

- Apprécier la qualité de vie du patient et identifier les symptômes altérant cette qualité de vie...

Formations organisées par l'asbl CEFEM

centre de formation à l'écoute du malade. Renseignements et inscriptions: 02/345.69.02 ou via www.cefem.be

- «**Accompagnement en soins palliatifs**»
6 journées - les 7, 14, 21, 28 mars, le 18 avril 2006 + 6ème journée.
Formation se donne à Chastre.
- «**L'écoute: attitude de base de toute relation d'aide**»
3 journées - les 10 et 17 mars et le 21 avril 2006.
Formation est donnée à Ottignies.

Formations organisées par l'asbl RIVAGES

Renseignements et inscriptions au 081/62.27.40

COLLOQUES & SÉMINAIRES

- «**Bien-être et travail infirmier? C'est compatible!**»
Congrès organisé par l'ACN le jeudi 16 mars 2006, de 8h30 à 16h30 à Woluwé-St-Pierre.
Renseignements et inscriptions : 02/762.56.18
- «**Les soins palliatifs existent-ils?**»
Séminaire organisé par l'asbl SARAH le samedi 25 mars 2006, de 8h30 à 16h30 au Novotel Namur Wépion.
Renseignements et inscriptions au 071/37.49.32 ou via e-mail asbl.sarah@skynet.be

CINÉMA

- «**Le Temps qui reste**»
de François Ozon
Sortie le 30/11/2005

Interprétation: Melvil Poupaud, Jeanne Moreau, Valeria Bruni-Tedeschi, Daniel Duval, Marie Rivière, Christian Sengewald, Louise-Anne Hippeau...

Synopsis: Romain, un jeune photographe de 30 ans, apprend brutalement qu'il n'a plus que quelques mois à vivre.

Extraits de l'entretien avec François Ozon publié sur le site www.francois-ozon.com

Pourquoi l'envie de raconter le trajet d'un jeune homme, vers la mort ?

«À l'origine, il y a l'idée d'une trilogie sur le deuil, commencée avec SOUS LE SABLE, «mélodrame sec» qui posait la question de comment vivre la mort de l'autre. LE TEMPS QUI RESTE pose celle de sa propre mort à soi. Et le troisième volet, que je ferai peut-être un jour, racontera



la mort d'un enfant. Dans SOUS LE SABLE, la mort est abordée sur le mode de la croyance. Dans LE TEMPS QUI RESTE, il n'y a aucune échappatoire. Le film avance en ligne droite vers la mort de Romain...

...la mort est une réalité, une certitude, je ne voulais pas qu'il y ait une ambiguïté sur l'inéluctabilité de la maladie, une possibilité

d'en réchapper. C'est pour ça que j'ai choisi un cancer généralisé. Et le fait que le personnage soit jeune rend la maladie encore plus inexorable. Elle ne fait l'objet d'aucun suspense ou mystère. Ce qui m'intéressait c'était justement le trajet du corps de Romain qui va mourir et traverser plusieurs épreuves, passer par plusieurs stades: de la

VOUS SOUTENEZ NOTRE ASSOCIATION

En versant un don au compte
ING 310-1217134-64 de Continuing Care.

Depuis le 1er janvier 2002, tous les dons d'au moins **30 euros** donnent droit à une exonération fiscale, envoyée en fin d'exercice.

Les dons par des sociétés :

Les dons effectués par les sociétés à titre de mécénat sont également déductibles de leur base imposable. Chaque don doit atteindre un minimum de **30€** par an et doit faire l'objet d'un reçu de donation. Le total des dons effectués ne peut dépasser, par exercice social, 5% des revenus imposables ou un montant total maximum de 500.000€. Seuls les dons en argent sont déductibles.

Espace sponsors :

Si vous souhaitez soutenir notre association tout en communiquant avec votre public cible, vous pouvez faire une insertion publicitaire dans notre journal trimestriel «Les Soins Palliatifs - Belgique». Comment? En prenant contact avec Natacha Fouyon au 02/743.45.90 ou par e-mail natachacc@skynet.be

Publication: septembre, décembre, mars et juin.

Tirages: 6.400 exemplaires

Public: médecins traitants, infirmier(e)s, kinésithérapeutes et autres professionnels de la santé. Notre revue est également distribuée aux institutions hospitalières de la Région de Bruxelles-Capitale et à nos donateurs.

Tarifs: impression noir & blanc ou 1 couleur (bleu)

	4 parutions	1 parution
1 page A4	750€	350€
1/2 page	500€	250€
1/4 page	375€	150€
Encart 5 x 10 cm	250€	100€

CONTINUING CARE ASBL

479 Chaussée de Louvain
1030 Bruxelles
Tél : 02/743.45.90

Fax : 02/743.45.91

e-mail : info@continuingcare.be

site web: www.continuingcare.be

