

## Mobil'Art 2011 un premier bilan



Vous avez à nouveau été nombreux à vous investir pour aider le noyau dur de l'équipe Mobil'Art. Toutes ces affiches placées, tous ces flyers distribués ont contribué à un très beau succès global de l'exposition Mobil'Art qui s'est tenue du 29 avril au 22 mai à l'Espace Prémontreés.

Par rapport à l'édition 2009, Mobil'Art 2011 a encore connu un net accroissement du nombre de visiteurs et un très bon écho dans la presse qui s'est intéressée à la fois à l'exposition elle-même et aux problèmes que rencontrent les personnes atteintes de sclérose en plaques. Paris-Match ne s'y est pas trompé, consacrant une pleine page à une de nos stars maison alors que notre neurologue de charme troquait le stéthoscope et le dictaphone pour faire la programmation musicale et les commentaires à la RTBF.

Dans la foulée de la banque BNP Paribas Fortis, de nombreux sponsors ont soutenu l'exposition et le résultat final se solde par la vente de 74 des 304 œuvres exposées avec un bilan financier qui devrait nous permettre de continuer à prendre en charge les frais de déplacement des patients pour lesquels l'INAMI n'intervient pas.

- P. 1 Mobil'Art 2011
- P. 3 Une formation spécifique pour les logopèdes
- P. 4 Ouverture du nouveau guichet d'accueil de la polyclinique
- P. 5 Campagne pour la coordination de la Qualité et la Sécurité du patient
- P. 6 La prescription médicamenteuse informatisée
- P. 8 Projet Pilote de pharmacie clinique
- P. 10 Le dossier infirmier... un dossier en évolution

Pour cette édition, l'équipe Mobil'Art a reçu l'aide très sympathique et efficace de toute l'équipe de la bibliothèque du Séminaire de Liège. Pour le futur, il faudra encore probablement étoffer l'équipe et envisager de nouvelles actions. Nous relancerons très prochainement le système de vente aux enchères mensuelle d'une œuvre d'art qui sera présentée à la fois dans le hall du CNRF et sur Internet.

Toutes les bonnes volontés sont donc les bienvenues pour nous aider à faire encore grandir ce projet.

Le Comité Mobil'Art

Michel AUDRIT | Alain BRONCKART | Emmanuel CLOSSET |  
Mady DETHIER | Françoise GRESSE |  
Christine HUSTINX-de BROGNIEZ | Claire JODOGNE |  
Manon KOKOU | Benoît MAERTENS de NOORDHOUT |  
Lucien RAMACIOTTI | Régine REZNIK |  
Bernadette RYHON-NOVELLO.



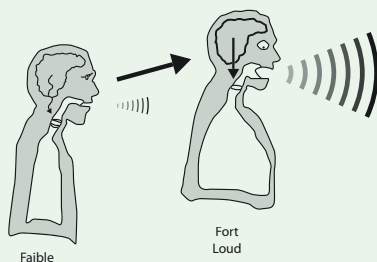
# Une formation spécifique pour les logopèdes

Le Dr. Lorraine Ramig (Denver, Colorado) et son équipe ont mis au point la méthode LSVT® (ou Lee Silverman Voice Treatment®) centrée sur la fonction respiratoire et la voix ([www.lsvtglobal.com](http://www.lsvtglobal.com)). L'expérience clinique de cette équipe repose sur le suivi de plusieurs centaines de patients. La justification physiologique et l'efficacité clinique de cette méthode ont été rapportées dans de nombreuses publications. Elle constitue actuellement une méthode particulièrement performante dans la prise en charge de la dysarthrie parkinsonienne et des bénéfices ont également été mis en évidence au niveau de la déglutition.

Au CNRF, nous utilisons cette méthode depuis plusieurs années et notre expérience professionnelle nous a convaincues, d'une part, que cette méthode a un réel impact sur les fonctions de phonation, d'articulation et de déglutition dans le cadre de la maladie de Parkinson et, d'autre part, que la rééducation précoce dans une optique de prévention permet de retarder l'installation des troubles sévères.

Actuellement, moins d'une dizaine de logopèdes sont formés à cette méthode en Belgique, dont 3 au CNRF. Les conditions de formation sont imposées par la LSVT® Foundation. La création d'un réseau de logopèdes spécialisés permettrait aux patients d'accéder à ce type de rééducation près de chez eux et favoriserait la poursuite du traitement à domicile à la sortie.

Dans ce but, le service de logopédie du CNRF organise, en collaboration avec le Pr. Dominique Morsonne (ULg), une formation en LSVT® à Liège les **7, 8 et 9 octobre 2011**. (Auditoire de Méan, ULg, Sart-Tilman)



L'après midi du 7 octobre sera consacré à divers exposés informatifs sur la maladie de Parkinson et sa prise en charge pluridisciplinaire en Belgique.

Les Professeurs C. Finck (phoniatre, UMonS-CHU Lg) et G. Garraux (neurologue, ULg-CHU Lg) et le Docteur L. Pirnay (physiothérapeute, CNRF-CHU Esneux), exposeront chacun leur point de vue médical. Marianne Dhem (ergothérapeute, CNRF), Hélène Mathy et Véronique LOCHT (logopèdes, CNRF) partageront leur expérience avec les patients parkinsoniens. Cette demi-journée est accessible aux médecins, aux paramédicaux et aux étudiants.

Les journées de formation du samedi 8 et du dimanche 9 seront assurées par Lorraine Ramig (Ph.D., CCC-SLP) et Cynthia Fox (Ph.D., CCC-SLP). Elles seront traduites simultanément en français afin de les rendre accessibles à un maximum de logopèdes désireux de développer leurs compétences dans la rééducation de la dysarthrie parkinsonienne.

Un certificat permettant d'utiliser la méthode sera délivré à chaque logopède participant.

Nous espérons réunir un grand nombre de praticiens à ces journées qui représentent pour nous une avancée importante dans la prise en charge des patients parkinsoniens et la formation spécialisée des logopèdes dans ce domaine.

Véronique LOCHT et Hélène MATHY

Contact : [formationlogoparkinson@hotmail.be](mailto:formationlogoparkinson@hotmail.be) ou Service de logopédie du CNRF.

# Ouverture du nouveau guichet d'accueil de la polyclinique



Le nouveau guichet d'accueil de la polyclinique est ouvert depuis ce 20 mai 2011.

Complètement reconstruit et repensé en utilisant l'ancien local de neurophysiologie, ce nouvel espace au design contemporain et aux couleurs apaisantes est un lieu d'accueil très agréable et convivial pour les patients et visiteurs externes. Il est bien sûr adapté et étudié pour le travail d'accueil des secrétaires médicales.

Ce nouveau guichet a également été conçu pour deux postes de secrétaires afin d'accueillir plus sereinement les patients externes lors des moments de forte affluence en polyclinique (parfois plus de cinq consultations simultanées).

Les deux anciens bureaux de consultation de l'espace guichet polyclinique ont été rafraîchis et adaptés. L'un est le bureau de consultation de neurologie, en connexion directe maintenant avec le deuxième local dédié à la neurophysiologie (examens EEG et potentiels évoqués).

Ce nouveau local de neurophysiologie a également été complètement rénové et adapté afin d'accueillir facilement les patients hospitalisés sur brancard pour réaliser leurs examens neurophysiologiques.

L'accès du nouveau guichet polyclinique aux autres bureaux de consultation ainsi qu'à l'hôpital se fait maintenant par un petit couloir aménagé à la place de l'ancien guichet.

Le rafraîchissement et réaménagement de certains bureaux de consultation dans le couloir d'accès vers l'arrière de l'hôpital sont en phase de finalisation, ils seront opérationnels très prochainement.

Au plaisir de vous rencontrer dans ce nouvel espace de travail et d'accueil.

Marie-France Maréchal  
Responsable Secrétariat Médical.

# Campagne pour la coordination de la Qualité et la Sécurité du patient

## Événements indésirables

Dans le cadre de notre système de Gestion de la Sécurité, nous avons enregistré depuis janvier 72 déclarations de chute, 29 incidents divers, 13 vols et 13 incidents liés à la trajectoire du médicament. La grande majorité des incidents est toujours déclarée par le personnel infirmier et celui de la pharmacie : ils concernent tant la prescription médicale, que la préparation et la délivrance de la pharmacie ou du département infirmier. Pour rappel, un événement indésirable est un événement qui survient de manière **involontaire** durant le processus de soins, qui soit a **engendré, aurait pu** ou **pourrait encore** engendrer un **dommage** pour le patient.

## Suite aux déclarations

Un projet visant à la diminution des **chutes** a été intégré aux objectifs du département infirmier pour les années 2012-13. Si des audits sur le processus sont toujours en cours, l'amélioration de la **gestion des médicaments** a été entamée avec le projet de pharmacie clinique, effectif depuis plusieurs mois et la mise en service prochaine de la prescription informatisée (voir les articles ci-après) Enfin, suite au constat de la recrudescence des **vols**, une campagne de sensibilisation a eu lieu en juin.

## Deuxième mesure de la culture sécurité

En 2008, nous avons obtenu un taux de réponse de 79%, dont 3% estimaient insuffisant le niveau global de sécurité des patients. Par ailleurs, 29%

des membres des équipes avaient l'impression que l'erreur était utilisée contre eux, 26% pensaient qu'en cas d'incident, le coupable était recherché, plus que la cause et 53% craignaient que l'erreur figure dans leur dossier personnel.

Depuis lors, les hôpitaux sont passés progressivement d'une culture de « sanction » vers une culture d'apprentissage, d'une recherche monocausale de l'accident à une recherche multicausale et d'une approche centrée sur le travailleur à une approche orientée vers l'organisation ; des études montrent en effet que seulement 15% des erreurs seraient liées aux individus.

En 2011, le Service Public Fédéral a relancé une seconde mesure de la culture, relayée par le CNRF au cours du mois de mai. Bien entendu, chaque questionnaire est anonyme et aucune donnée ne sera diffusée sur des groupes de moins de 10 répondants. Avec un taux de participation dépassant les 60% au moment de rédiger cet article, nous pouvons espérer que les résultats offriront une image fidèle de **l'évolution des perceptions** des collaborateurs du Centre.

## Idee géniale

Votre expérience, votre regard peut nous être utile ; si vous avez des idées susceptibles d'améliorer la sécurité des patients, n'hésitez pas à me les faire parvenir.

La qualité vient quant on s'en occupe, la mauvaise qualité vient toute seule.

P. Détrie

# La prescription médicamenteuse informatisée

un nouvel outil pour améliorer la sécurité du patient



Dans le cadre du contrat qualité-sécurité signé en 2007 entre le SPF Santé Publique et les hôpitaux, le CNRF de Fraiture a choisi de développer, parmi d'autres projets, la prescription médicamenteuse informatisée.

Il apparaît en effet, d'après plusieurs enquêtes internationales, qu'entre 3 et 16% des séjours hospitaliers s'accompagnent d'effets indésirables graves, dont une vingtaine de pourcents sont liés à l'usage du médicament. Améliorer le circuit du médicament apparaît donc une nécessité dans la plupart des hôpitaux.

Il s'agit en effet d'un des processus de soins les plus transversaux et structurants dans les établissements de santé. Chaque étape du circuit (prescription, dispensation, administration) est source d'erreurs potentielles pouvant mettre en jeu la sécurité des patients. La prescription informatisée est une solution importante pour améliorer ce circuit médicamenteux.

Les avantages de la prescription informatisée sont nombreux : elle permet une optimisation de la prescription individuelle, une sécurisation du circuit médicamenteux, une plus grande rapidité et qualité en terme de communication, une amélioration de l'accès aux données sur le médicament (alerte en cas d'interactions, de contre-indications, informations réglementaires et scientifiques sur le médicament), une visualisation rapide des changements de traitement, une visualisation des administrations, un lien avec le dossier propre du patient (allergie, intolérance), une optimisation économique et organisationnelle.

Cette prescription informatisée constitue également un outil de gestion permettant d'obtenir des statistiques de consommation, une tarification plus directe, une gestion des autorisations de remboursement auprès des mutuelles. Le développement de la prescription informatisée a nécessité la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire (pharmacie, médecins, nursing, service informatique et facturation).

Elle va nécessiter des formations sur la gestion de l'outil informatique aux différentes étapes. Cette prescription sera mise en place progressivement dans les différentes unités de soins. Elle débutera par le 1<sup>er</sup> étage sous forme d'une phase test sur quelques patients, rapidement suivie dans l'ensemble de l'unité (1<sup>er</sup> étage), puis dans un 2<sup>ème</sup> temps aux 4 unités de soins.

Le déploiement de ce nouvel outil est prévu au CNRF pour l'année 2011. La base de données concernant les médicaments sera effectuée par la pharmacie en juin 2011. Les premiers essais de prescription médicamenteuse par le médecin responsable sont prévus pour fin octobre-début novembre 2011.

Nous espérons que l'outil sera opérationnel dans l'ensemble de l'hôpital début 2012.

Dr. D. GUILLAUME - Médecin Directeur.



## PROJET PILOTE de pharmacie clinique

**Le CNRF bénéficie depuis septembre 2010 d'un financement du ministère pour un mi- temps de pharmacie clinique.**

La pharmacie clinique est une discipline axée sur le patient, sur l'analyse du traitement médicamenteux par le pharmacien. Il veille à déceler l'éventuelle présence d'interactions médicamenteuses ou d'effets indésirables. Il vérifie que pour les médicaments le nécessitant, le monitoring thérapeutique est adapté, que la manière et le moment d'administration sont adéquats etc. Elle vise à assurer une thérapie médicamenteuse sûre, efficace et d'un bon rapport coût-bénéfice.

Le but principal est donc l'optimisation du traitement médicamenteux.

**Cette discipline est très présente dans les pays anglophones** (Etas-Unis, Canada, Royaume-Uni) depuis une trentaine d'années. Ils ont une très bonne expérience en la matière. Un pharmacien clinicien au minimum est présent dans chaque unité de soins de l'hôpital. Bon nombre d'études réalisées dans ces pays ont montré l'importance de l'impact de la présence d'un pharmacien clinicien dans une unité de soins (impact positif pour la sécurité du patient, impact sur la qualité des soins).

**En pratique au CNRF:** Le projet a débuté au 4<sup>e</sup> étage et récemment s'est élargi au 3<sup>e</sup> étage.

Le pharmacien participe à un tour de salle avec le médecin et l'infirmier(e) en chef par semaine. Un dossier pharmaceutique est créé et le traitement médicamenteux est analysé pour chaque patient de l'étage.

Dans le projet de pharmacie clinique, nous envisageons de créer des dossiers d'entrée et de sortie des patients. En effet, plusieurs études ont montré qu'il arrivait régulièrement que des médicaments étaient « oubliés » dans le traitement du patient : que cela soit (et dans la plupart des cas) lors du transfert d'un hôpital à un autre ou vers une autre institution, ou l'oubli par rapport au traitement au domicile du patient. L'efficacité de l'anamnèse médicamenteuse obtenue par le pharmacien stimule la sécurité du patient à ce niveau. Des lettres de sorties seraient réalisées pour le pharmacien d'officine ouverte au public et pour le médecin traitant afin d'optimiser au mieux le suivi du traitement (et des changements de traitement) au sortir du centre.

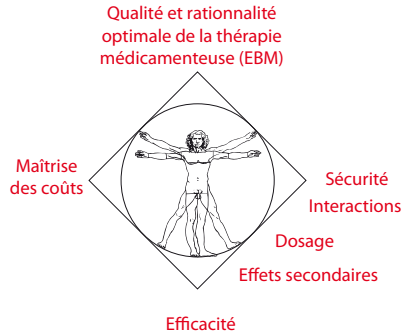
Quant au financement, une analyse d'un cas de pharmacie clinique ainsi qu'un enregistrement des activités sur une semaine doivent être envoyés 4 fois par an au ministère afin d'évaluer année par année la poursuite, l'arrêt ou l'élargissement du financement.

Reynkens Gaëlle.



## Objectifs

Le patient : au centre de la pharmacie clinique



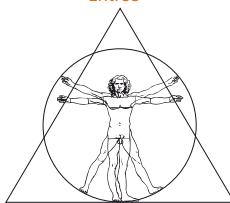
## Activités

Le suivi de l'hospitalisation du patient en terme de soins pharmaceutiques

### Accompagnement du patient concernant la thérapie Med.

- soutien du médecin lors de l'établissement du dossier de sortie + suivi administratif des formulaires de remboursement
- remise d'informations complémentaires pour le traitement en ambulatoire

Sortie



### Anamnèse pharmaceutique

- historique de la médication à domicile
- Analyse de la thérapie médicamenteuse en cours
- prise de connaissance du dossier médical et du dossier de soins
- analyser des valeurs biologiques

Séjour

### Suivi de la thérapie médicamenteuse

- discussion autour des adaptations de thérapie avec le médecin responsable
- remise d'informations supplémentaires à l'infirmière et au patient

# Le dossier infirmier...

## un dossier en évolution



L'aventure du dossier infirmier débute de façon officielle en Belgique avec la publication de l'Arrêté Royal (A.R.) du 10 novembre 1967. Cet arrêté stipule que «les prestations de soins infirmiers sont consignées dans un dossier infirmier.» Ce n'est pas très précis, mais c'est déjà un début. En effet, jusque là l'infirmière travaillait avec un cahier qui était commun à tous les patients de la salle... voire même pas de cahier du tout.

Par la suite, les A.R. et les lois se suivent, sans vraiment préciser le contenu du dossier. C'est l'époque où chaque hôpital développe un dossier sur base de l'une ou l'autre théorie en soins infirmiers.

- L'A.R. du 10 novembre 1967. «Les prestations de soins infirmiers, sont consignées dans un dossier infirmier.»
- Loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 «L'activité infirmière doit faire l'objet d'une évaluation qualitative aussi bien interne qu'externe; à cet effet, il faut entre autres, ...tenir à jour, pour chaque patient, un dossier infirmier qui constitue avec le dossier médical, le dossier unique du patient.»
- L'A.R. du 18 juin 1990 fixe la liste des prestations techniques de soins infirmiers et la liste des actes pouvant être confiés ... «Ces soins englobent la planification, l'exécution et l'évaluation, ... Un dossier infirmier, ... constitué et tenu à jour par un praticien de l'art infirmier, doit attester qu'il a été satisfait aux prescriptions du présent article». «Des prestations techniques infirmières et les actes médicaux confiés sont réalisés par le praticien de l'art infirmier sur base de plans de soins de référence ou des procédures. ...»

L'A.R. du 28 décembre 2006 va mettre de l'ordre dans tout ça. Pour la première fois, le contenu du dossier est défini légalement. «Le dossier infirmier est le reflet de la démarche en soins infirmiers et est un outil permettant d'assurer la continuité des soins infirmiers. Le dossier infirmier comporte au moins les documents et renseignements suivants :

- l'identité du patient,
- l'anamnèse infirmière,
- l'information médicale et paramédicale ... pour assurer la qualité et la continuité des soins infirmiers,
- les traitements médicaux prescrits, les examens, les prestations techniques et les actes confiés,
- le plan de soins, ... le jugement clinique de l'infirmière),
- la programmation des soins qui est la liste des soins planifiés,
- les notes d'observations structurées,
- une copie du rapport de sortie infirmier.»

L'enregistrement du DI-RHM (Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum) va se calquer sur cette définition du dossier infirmier. A partir de cet instant, les hôpitaux n'ont plus le choix: il faut développer un dossier qui réponde aux exigences légales et qui permet l'enregistrement du DI-RHM.

«Le dossier infirmier forme la base de l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum...»

## Le dossier infirmier... en chantier au CNRF

La démarche de soins infirmiers (méthode de résolution de problème) que nous avons choisie est celle de la théorie de Virginia Henderson qui se base sur l'observation des 14 besoins fondamentaux de l'individu.

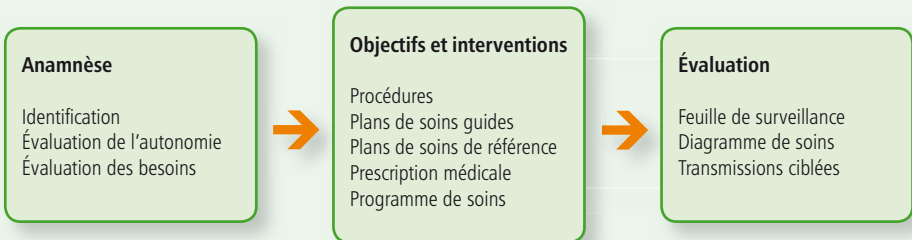
Les étapes de cette démarche sont :

- > Le recueil de données (anamnèse),
- > L'analyse de la situation,
- > L'élaboration du plan de soin,
- > Les actions et leurs planifications (programme de soins),
- > L'évaluation (quantifiée, qualifiée, critériée...) et les réajustements éventuels au regard des nouvelles données recueillies.

Cette démarche détermine des problèmes de santé ou de dépendance pour lesquels l'infirmière va identifier des actions infirmières, conjointement ou non avec les démarches soignantes d'autres professionnels médicaux et paramédicaux.

Cette démarche est complétée par le raisonnement diagnostic (identification de problèmes relevant uniquement du rôle propre de l'infirmière) de Marjorie Gordon (Carpenito et autres). Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique (... lié à..., se manifestant par...) sur les réactions d'une personne.

Le dossier infirmier tel que nous le concevons se présente comme suit



**Pour mener à bien ce projet, plusieurs groupes ont été constitués**

### Groupe 1

Révision de l'anamnèse en la structurant suivant 3 axes: données administratives, évaluation de l'autonomie et évaluation des besoins.

### Groupe 2

Rédaction des procédures pour l'ensemble des prestations techniques de soins infirmiers mises en pratique au CNRF.

### Groupe 3

Rédaction des plans de soins guides et des plans de soins de référence.

### Groupe 4

Implémentation des transmissions ciblées dans les unités de soins (4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> étages)

Parallèlement à tous ces groupes, l'ensemble du département infirmier mène une réflexion constante sur le programme de soins. Celui-ci est complété et affiné au fur et à mesure de notre démarche et de notre réflexion. Le benchmarking issu de l'analyse du DI-RHM nous aide énormément dans ce travail.



## Le dossier infirmier... informatisé

Le personnel soignant du 1<sup>er</sup> étage travaille depuis quelques années avec un dossier infirmier en grande partie informatisé. Il s'agit d'un dossier de base qu'il faut adapter à nos besoins.

Quand le dossier infirmier papier, tel que nous le concevons aujourd'hui, sera terminé, il faudra le paramétrer et le transformer en dossier infirmier informatisé. L'informatique aidera l'infirmière dans la retranscription de sa démarche en soins. Lors de la paramétrisation, nous créerons des règles de déduction entre les données et les diagnostics, entre les diagnostics et les activités... Le logiciel sera alors capable de proposer des hypothèses diagnostiques qui seront analysées par l'infirmière et validées ou non en fonction du degré de pertinence. Sur base des hypothèses retenues, le logiciel proposera des activités infirmières qui à leur tour seront analysées par l'infirmière et seront retenues ou pas. Ces activités alimenteront le programme de soins.

Mais ça c'est encore une autre aventure...

Théodora Giagoultsis

## Entrées au CNRF

Baltus Maxime	administration
Bilanovic Silvia	nursing
Bouchat Christine	nursing
Bourdeaux Fabienne	nursing
Chastreux Jessica	nettoyage
COPPENOLLE Aline	diététique
Cremers Marie-Pierre	nursing
Delli GATTI Tamara	psychologie
Godefroid Sylvain	brancardage
Guillaume Isabelle	administration
Herens Régine	nursing
Joly Angélique	nursing
Kalenga BUKASA Francisca	nursing
KAYE Bart	nursing
Keppenne Vanessa	nursing
Kinable Ludwig	cuisine
Lardinois Vinciane	nursing
Malmedier Mélanie	psychologie
Masset Etienne	sécurité

## Naissances

<b>Diego</b>	Bollinne Nathalie
<b>Emilien</b>	Bustin Olivier
<b>Mahe</b>	Jaajouai Nadia
<b>Mila</b>	Ponet Nathalie
<b>Sacha</b>	Wolff Audrey

[www.cnrf.be](http://www.cnrf.be)



**Siège social:** CNRF, rue Champ des Alouettes 30, 4557 Fraiture

**Éditeur responsable:** Chantal Colard

**Comité de rédaction:** Chantal Colard, Michel Devillers, Daniel Guillaume, Claire Jodogne, Manon Kokou, Chantal Lallement, Emmanuel Legrand, Benoît Maertens, Bernadette Novello, Louis Scaffé, Irène Zyla