

La revue des soins palliatifs en Wallonie

Soins **Palliatifs**.be

Gérer la douleur



Fédération Wallonne
des Soins Palliatifs
asbl

Fédération Wallonne des

Soins Palliatifs, asbl

Rue des Brasseurs, 175

5000 Namur

Tél. : 081 22 68 37

Fax : 081 65 96 46

E-mail : fwsp@skynet.be

Site : www.soinspalliatifs.be



Wallonie

Edité avec le soutien
de la Wallonie

Sommaire

Edito	> 02
Le mot du médecin	> 03
Du côté des équipes de soutien	> 04
Du côté des plates-formes : <i>Spécial projets wallons en SP</i>	> 06
Focus : <i>Témoignages</i>	> 12
Dossier : <i>Gérer la douleur</i>	> 13
Focus : <i>On a lu pour vous « Le canard, la mort et la tulipe »</i>	> 42
Focus : <i>Témoignages</i>	> 44
Agenda	> 45
La formation continue en soins palliatifs	> 46
Opération « Vie en vol » : <i>Les photos</i>	> 50
Coordonnées des plates-formes et des équipes de soutien	> 52



Bonjour à toutes et tous.

Voici donc le dernier numéro pour cette année 2010 de notre bulletin de liaison régional. Vous y trouverez la suite du précédent quant à l'approche et le traitement de la douleur en soins palliatifs.

Le domaine est vaste et particulièrement complexe. Les différentes approches ici proposées sont souvent complémentaires. Je suis sûr que vous trouverez dans ce numéro des pistes à suivre, des renseignements précieux et scientifiques.

Vous découvrirez également, joint à cette revue, une nouvelle édition mise à jour de notre Annuaire des services de soins palliatifs en Wallonie.

Bien que la situation de la Belgique, et par là de notre système de santé, soit encore, au moment où j'écris ces lignes, suspendue aux décisions de nos politiciens, restons confiants en nos capacités à rebondir sur les événements. La FWSP s'engage à poursuivre son rôle fédérateur et à s'impliquer dans les diverses démarches vis-à-vis des multiples instances politiques en charge de la santé.

Je vous souhaite une excellente lecture, une heureuse fin d'année 2010, mais plus encore une année 2011 à la hauteur de vos espérances.

Vincent BARO, Président de la FWSP



Equipe :

- Direction :
Lorraine Fontaine
- Coordination :
Anne-Françoise Nollet
Francis Zadworny

Coordonnées :

Fédération Wallonne
des Soins Palliatifs, asbl
Rue des Brasseurs, 175
5000 Namur
Tél. : 081 22 68 37
Fax : 081 65 96 46
E-mail : fwsp@skynet.be
Site : www.soinspalliatifs.be

Comité de rédaction :

- Bénédicte De Beco,
Infirmière, Delta asbl
- Marianne Desmets, Médecin,
Cliniques universitaires St-Luc
- Chantal Doyen, Médecin, UCL
- Michel Dupuis, Philosophe,
UCL et ULg
- Dominique Jacquemin,
Ethicien, UCL
- Anne-Marie Etienne,
Psychologue, ULg
- Didier Giet, Professeur, ULg
- Jean-Michel Longneaux,
Philosophe, FUNDP
- Michel Marion,
Médecin généraliste
- Corinne Van Oost, Médecin

Credits photos :

- Reliance, Plate-forme de Mons
(p.6, 50-51)
- Plate-forme de Luxembourg
(p.50-51)
- Plate-forme de Liège (p.50-51)

Avec le soutien de



le mot du médecin

■ Ce numéro offre une remarquable synthèse des différents aspects de la gestion des douleurs en soins palliatifs. Pour certains, il sera la mise en forme de connaissances acquises sur le terrain et par des lectures, des formations. Pour la grande majorité des lecteurs - dans laquelle je me situe -, il apportera une actualisation concrète, qui semble bien nécessaire, au vu de ce qui se vit encore aujourd'hui dans notre pays. Je ne résiste pas à vous conter une situation à laquelle j'ai récemment été confronté. J'ai rencontré le personnel d'une maison de repos, dans laquelle les résidents sont suivis par leur médecin traitant. Devant les signes d'aggravation d'une personne très âgée, et à la demande de la famille présente, le médecin est appelé la nuit. Son remplaçant de garde se présente. La malade hurle de dou-

leurs abdominales. Elle transpire abondamment. Après une simple palpation de l'abdomen, le médecin prescrit... un lavement ! La soignante et la famille sont atterrées. Aucun analgésique, aucun sédatif, pas d'explication. Après beaucoup d'hésitation, la soignante exécute avec prudence le lavement prescrit, au cours duquel la patiente expire !

J'ai encore la faiblesse de croire qu'il s'agit d'un cas isolé, mais je ne doute pas qu'après avoir mis une étiquette sur la souffrance de leur patient et de ses proches, chaque soignant collabore à la contrôler avec compétence et compassion.

Docteur J-C.DEVOGHEL,
Président Honoraire du Comité Scientifique
de la PSPPL

Errata

Lors de la parution du précédent numéro de la revue, nous avons omis de citer les auteurs du dossier central « Evaluer la douleur » et de la rubrique « Du côté des équipes de soutien ».

Nous réparons immédiatement ces oublis en précisant que le dossier « Evaluer la douleur » est l'œuvre du **Docteur Catherine Dopchie**, oncologue, médecin responsable en unité résidentielle de soins palliatifs et en équipe mobile intra-hospitalière au Centre

Hospitalier de Wallonie picarde. L'article de la rubrique « **Du côté des équipes de soutien** » est le fruit du travail de l'**Equipe de soutien de l'Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental (ARCSPHO)**.

Nous tenons à leur présenter toutes nos excuses et veillerons à l'avenir à être plus attentifs encore.

L'équipe de la FWSP.

du côté des plates-formes



Dans le cadre de son **plan wallon en faveur des soins palliatifs**, la **Région wallonne** a invité les plates-formes à lancer en 2009-2010 des **projets** concernant des thématiques bien déterminées. Comme lors du précédent numéro, quelques plates-formes ont choisi de consacrer la rubrique « **du côté des plates-formes** » à la **présentation de ces projets**. Bonne lecture...

La Plate-forme de Charleroi

A propos des appels à projets, la plate-forme de Charleroi nous informe ...

Présentation des projets Aides familiales et Soutien psychologique

En ce qui concerne le domicile, deux grands axes ont été suivis.

Le premier est la formation de base gratuite à destination des aides familiales. Celle-ci a remporté un vif succès, toutes nos sessions étaient complètes. Nous avons ouvert de nouveaux partenariats et nous pensons prolonger cette initiative en 2011 vu le nombre important de personnes qui demandent à

la suivre et vu l'évaluation de la satisfaction des participants. Cela nous a permis d'établir une collaboration avec la Fondation contre le Cancer en ajoutant, à la formation de base, une journée axée sur la pratique telle que la diététique et l'esthétique.

Notre seconde priorité dans le secteur était le soutien psychologique des patients et des familles car cette initiative était encore méconnue sur notre territoire. Grâce à la collaboration avec notre Equipe de Soutien, Arémis, et à la diffusion de l'information lors de Lieux de parole et de Modules d'information, les demandes sont de plus en plus nombreuses et diversifiées. Toutefois, il reste encore des partenariats à établir et pour ce, la Plate-forme a

créé une brochure d'information s'intitulant « Rencontrer un psychologue au domicile dans le cadre des soins palliatifs » qui est en cours d'impression et qui sera largement diffusée auprès des médecins généralistes et des hôpitaux entre autres.

Plate-forme de Concertation en Soins palliatifs du Hainaut oriental
Espace Santé – Boulevard Zoé Drion, 1 – 6000 Charleroi
Tél/Fax : 071 92 55 40
E-mail : soins.palliatifs@skynet.be

RELIANCE - la Plate-forme de Mons

A propos des appels à projets, Reliance nous informe ...

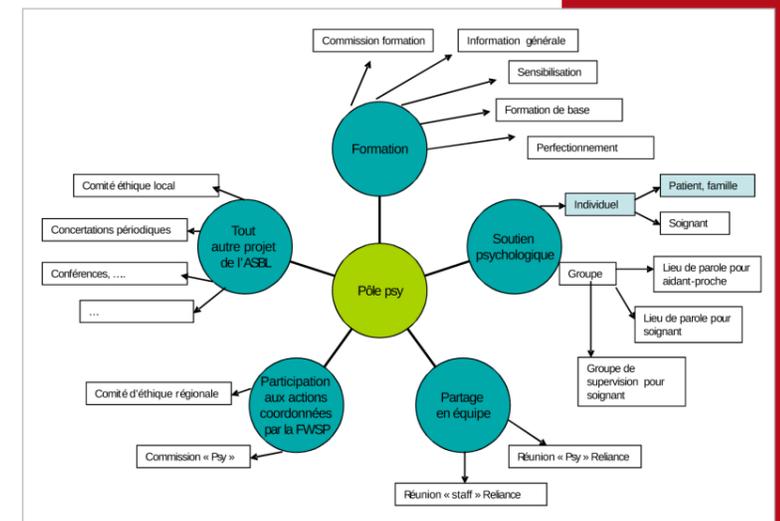
Aides familiales

Cet appel à projets a permis de financer la formation en soins palliatifs des aides familiales. Sur la période 2009-2010, 4 formations de base (4x40 heures) ont été organisées, afin de former une soixantaine d'aides familiales. Pour ce public cible en particulier, la gratuité a été de mise pour faciliter l'accès aux sensibilisations et formation de base. Cette dernière est constituée de 7 journées où sont abordés les sujets suivants : « Le travail en équipe », « Le cadre socio-légal », « Les rites et croyances autour de la mort selon différentes communautés », « Les soins de confort », « L'aspect relationnel ». Un groupe de 6 formateurs, 8 experts et un fil rouge viennent, tour à tour, animer et enrichir cette formation. Les évaluations de la part des participants sont très positives.

Cet appel à projets a ouvert « des portes » et créé de belles collaborations avec certains services. Nous n'avons pu honorer toutes les demandes de formation, voilà pourquoi l'action envers ce public cible se poursuit en 2011!

Psychologue APE

L'appel à projets « psychologue APE » a aidé l'asbl à étoffer l'équipe de psychologues. Notre asbl comptait, en effet, une psychologue au sein de l'équipe de soutien et une psychologue au sein de la plate-forme. Le travail de celles-ci au sein de notre asbl est assez varié. Il apporte des réponses à plusieurs besoins tant au niveau des soignants, des patients que de leurs proches. Voici un aperçu (non exhaustif) des rôles que peuvent jouer les psychologues au sein de notre asbl, sous forme schématique.



Grâce à l'engagement d'une psychologue APE, le soutien psychologique individuel des patients et de leurs proches a été intensifié.

Reliance annonce

A propos de 2011...

Vu le succès rencontré, l'asbl a voulu mettre l'accent sur la poursuite des actions 2010 : formation, sensibilisation, modules spécifiques, soutien... (Voir agenda des formations)

Voici déjà un aperçu des nouveautés pour l'année à venir :

- » Une journée de réflexion en soins palliatifs pour les travailleurs sociaux, tous secteurs de soins confondus ;
- » Une journée de formation en soins palliatifs pour les kinés (du domicile et des MRS) ;
- » Une journée de réflexion pour les aides familiales ;

» Trois concertations périodiques dont les thèmes principaux ont été définis en commission formation :

- « **Docteur, le patient a mal !** » – ou « Comment communiquer avec le médecin pour la gestion de la douleur d'un patient ? »
- « **L'infirmière-référente en soins palliatifs, une ressource souvent inexploitée** »
- « **Les fins de vie difficiles** ».

-> Le programme des activités sera bientôt envoyé aux membres de l'asbl et disponible sur le portail des soins palliatifs.

Reliance fête un double anniversaire!

Caroline Buisseret, psychologue, et **Danielle Mahieu**, infirmière-formatrice, ont fêté ce premier décembre 2010 leurs dix ans d'ancienneté au sein de l'ASBL !

C'est une première ! Nous les félicitons pour leur fidélité, leur enthousiasme et la qualité leur travail ! Nous leur souhaitons encore de belles années au sein de Reliance...

Renseignements et inscriptions auprès de Reliance ASBL par téléphone (065 36 57 37), fax (065 36 57 39) ou par mail (reliance@belgacom.net)

ASPPN – La Plate-forme de Namur

Plan wallon en faveur des soins palliatifs

Le Plan wallon en faveur des soins palliatifs a permis à l'ASPPN de s'investir dans plusieurs projets spécifiques en 2009 et 2010. A la clôture de ces projets, nous dressons un bilan des actions menées pour les publics suivants :

Trois formations de base pour les aides familiales et une étude concernant les gardes à domicile.

En plus des sensibilisations traditionnellement organisées par l'ASPPN, 42 aides familiales ont participé en 2010 à 3 formations de base en soins palliatifs. Ces modules de 40 heures de formation sont le moment d'approfondir les informations acquises en sensibilisation, et poussent les participants à s'impliquer davantage personnellement. L'ASPPN a, via ces trois formations de base, répondu à ¼ des demandes des services.

Aussi, l'ASPPN s'est investie (au même titre que les autres plates-formes) dans une étude en matière de gardes à domicile de patients palliatifs (en cherchant à identifier les difficultés, les besoins des professionnels, les demandes des familles...). Les résultats de cette enquête coordonnée par la FWSP et l'ULg seront prochainement disponibles à la fois dans les pages d'un prochain numéro de ce bulletin, et sur le portail www.soinspalliatifs.be

Le Réseau des soins palliatifs namurois

Depuis avril 2009, les membres du Réseau Palliatif namurois sont régulièrement sollicités par l'ASPPN pour travailler ensemble à des projets soutenant la collaboration des professionnels. Assistés et guidés par **Arnaud David** (Step2+ sprl), des groupes de travail et de formation se sont constitués pour aboutir aux résultats suivants :

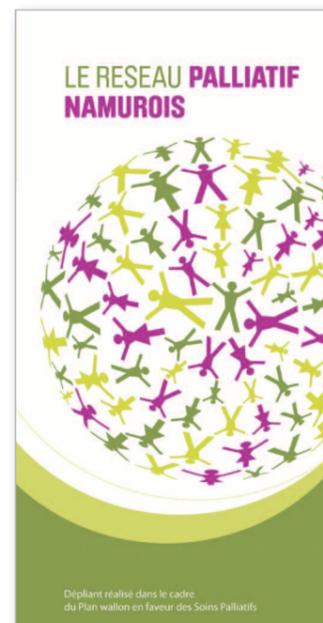
» Procédures de transfert d'un patient

Un outil réalisé par le réseau namurois, actuellement en phase test sur le terrain, dans l'objectif d'assurer au patient une continuité de suivi.

» «Le réseau palliatif namurois»

Un **dépliant** définissant clairement les rôles et les réalités de chacun et présentant chaque équipe individuellement. Disponible au sein des EMI, des UR et à l'ASPPN sur simple demande.

» Deux groupes de formation «Renforcer mes compétences en communication»



Formation visant à permettre aux membres du Réseau de disposer d'éléments concrets pour reconnaître les styles de ceux qui l'entourent et adapter sa communication de manière à faciliter une bonne compréhension mutuelle.

» Une Commission Réseau

Les membres du réseau se réunissent deux fois par an pour aborder des questions spécifiques de la pratique professionnelle en soins palliatifs, dans un souci de partage d'expériences.

D'autres appels à projet dans lesquels s'est investie l'ASPPN ont été détaillés dans de précédents numéros.

Les autres missions de l'ASPPN

Outre le Plan wallon en faveur des soins palliatifs, l'équipe de l'ASPPN poursuit les objectifs précédemment initiés. Parmi les nombreux

projets développés, penchons-nous brièvement sur ceux-ci :

» Le 3^{ème} colloque wallon des soins palliatifs «**Soins palliatifs pour tous : quels défis pour demain?**» les 6 & 7 octobre 2011 à Namur.

» Les psychologues de l'ASPPN sont à la fois intégrées dans l'équipe de soutien et dans la plate-forme. Elles assurent des **lieux de parole** pour les professionnels en institution et proposent également (soit à l'ASPPN soit au domicile) des **entretiens** individuels et/ou de famille aux **personnes endeuillées, aux aidants proches d'une personne en fin de vie ou au patient lui-même.**

ASPPN, Association des Soins Palliatifs en Province de Namur
Rue Charles Bouvier, 108 – 5004 BOUGE
Tél. : 081 43 56 58 – Fax : 081 43 56 27
E-mail : aspn@skynet.be

La plate-forme du Luxembourg

A propos des appels à projets, la plate-forme nous informe...

Dans le cadre du Plan wallon en faveur des soins palliatifs, la Plate-forme de concertation des Soins Palliatifs de la Province de Luxembourg met à votre disposition un nouvel outil: « **Guide à l'attention des proches d'une personne en fin de vie** ».

Il s'agit d'un livret à destination des familles et aidants proches accompagnant une personne en fin de vie. Ce guide permet aux proches d'accéder le plus facilement possible aux informations dont ils ont besoin (Que sont les soins palliatifs ? Qui sont les équipes de soins palliatifs ? Quelles sont les aides pratiques et financières ? ... et de nombreuses autres questions sont abordées dans ce livret). C'est un outil de sensibilisation et d'information qui, nous le souhaitons, pourra permettre d'ouvrir le dialogue et les possibilités d'action du personnel soignant.

Pour rappel, la Plate-forme de concertation des Soins Palliatifs de la Province de Luxembourg, présidée par le Député provincial

Jean-Marie Carrier, a été créée en 1997 et est composée de représentants des différentes institutions de soins de la Province. Elle est agréée par la Région wallonne et a pour objet de promouvoir, coordonner et compléter les structures en soins palliatifs dans la province de Luxembourg, tant en milieu hospitalier qu'à domicile ou en maison de repos et maison de soins. La plate-forme vise aussi la sensibilisation et l'information de la population aux soins palliatifs.



Plate-forme de concertation en soins palliatifs de la Province du Luxembourg
Rue Victor Libert, 45 – 6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE
Tél. : 084 43 30 09 – Fax : 086 21 85 29
E-mail : denise.borzee@skynet.be

PSPPL – La Plate-forme de Liège

La PSPPL nous informe ...

Concertation périodique MR-MRS

La prochaine concertation périodique se tiendra le 14 décembre 2010 de 13h à 15h30 à la Maison St Joseph, Quai de Coronmeuse, 5 à 4000 Liège. Le thème abordé sera «la démarche qualité à la portée de tous», avec une présentation du court-métrage «Les 6 étoiles vers la qualité».

«Les 6 étoiles vers la qualité» arrive sur vos écrans

Comme nous vous l'annonçons dans notre dernière édition, le dvd «Les 6 étoiles vers la qualité» et son guide d'animation sont désormais disponibles. Si vous travaillez en institution d'hébergement pour personnes âgées, vous pouvez obtenir cet outil sur simple demande à liege@palliatifs.be.



Le court métrage «Les 6 étoiles vers la qualité» sera présenté, le 14 décembre prochain, lors d'une concertation intitulée «la démarche qualité à la portée de tous». Cette rencontre aura pour objectif de démystifier la démarche qualité et de rendre le concept accessible à tout un chacun.

Lors de cette concertation, nous aurons aussi l'occasion d'aborder des exemples plus pratiques avec Anne Jaumotte, sociologue à l'UCP, qui nous présentera le livre «Envie de vie! Produire de la qualité de vie en maison de repos... Ca ne s'improvise pas!».

Des tables de pairs et des sensibilisations

En vue d'encadrer les institutions d'hébergement désireuses de débiter une réflexion sur la démarche qualité, nous envisageons d'organiser des tables de pairs (rencontres mensuelles pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles) et des sensibilisations en intra muros.

N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire au 04 342 35 12 (contact : Nathalie Legaye).

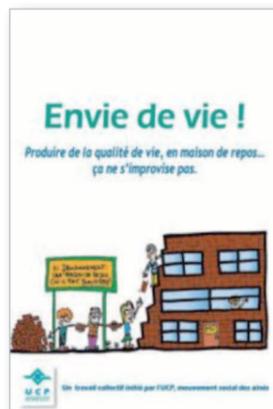


Plate-forme des soins palliatifs en Province de Liège
Bd de l'Ourthe, 10-12 – 4032 CHENEE
Tél. : 04 342 35 12 – Fax : 04 342 90 96
E-mail : liege@palliatifs.be

La plate-forme de Verviers

La plate-forme rappelle ...

Le lieu de parole, prendre soin de soi pour prendre soin des autres

Le lieu de parole peut être le bon endroit pour revoir ses vécus à la lumière d'un idéal, du possible, des limites :

C'est vraiment difficile d'entrer dans la chambre de...

Est-ce que j'ai bien fait de... ?

J'y repense souvent...

Je n'en peux plus de la voir souffrir...

Public :

Pour toutes les catégories professionnelles côtoyant, dans leur pratique, des personnes en fin de vie, quel que soit le lieu (domicile, maison de repos, tout lieu d'hébergement, hôpital).

Objectif :

1. Déposer son vécu dans un cadre sécurisant, soutenant et éclairant.
2. Partager entre collègues ses expériences, ses difficultés, ses questions, ses doutes. Sortir de l'isolement.
3. Prendre du recul par rapport à sa pratique.
4. Permettre une meilleure compréhension de ce que vit chacun, ce qui favorise la cohésion au sein du groupe.
5. Reconnaître et soutenir le personnel dans les difficultés du quotidien.
6. Prévenir la démotivation, la fatigue morale, la routine.
7. Améliorer l'accompagnement de la personne en fin de sa vie et de sa famille.

Pratiquement :

Le lieu de parole sera toujours précédé d'une analyse de la demande. Une convention précisant le cadre et les modalités de collaboration est conclue entre le partenaire demandeur et la Plate-forme.

Toute participation doit être décidée en toute liberté, condition pour un échange de qualité. Groupe **limité à 10 à 12 personnes maximum**.

Depuis 2006

Dexia Foundation Belgium ASBL soutient les soins palliatifs

- Connaissez-vous l'action de mécénat de Dexia Foundation au service des soins palliatifs ?
- Savez-vous que Dexia Foundation offre les fonds nécessaires à vos projets ?
- Vous avez au sein de l'unité un projet destiné au confort des patients ?

Nos critères

Votre projet doit :

- être abrité au sein d'une unité de soins palliatifs ;
 - être matériel (pas de frais de salaires, de formation, de factures d'énergie ou de transport...);
 - améliorer la qualité de vie des patients ou apporter une aide à leurs proches ;
 - s'élever à maximum 25.000 euros.
- Chaque unité peut refaire appel à notre aide tous les 3 ans.

Exemples

Matériel spécifique améliorant l'autonomie ou le confort des patients, aménagement d'un jardin attenant à l'unité, rénovation ou décoration d'un espace de détente, baignoire adaptée avec élévateur, sièges relax et chaises roulantes «extra-sensible», aromathérapie, mobilier médicalisé en bois pour les chambres, coin cocon-lecture pour les enfants venant visiter un proche, coffres de deuil, etc.

Renseignements :
info@dexiafoundation.be ou 02 222 14 42
www.dexiafoundation.be



Dexia Foundation soutient la solidarité en Belgique

Il peut être ponctuel, suivi d'une deuxième séance si nécessaire, en accord avec le groupe et le partenaire demandeur, ou régulier (par exemple une séance par trimestre pendant un an).

Animation :

Psychologues formées en soins palliatifs et à la dynamique de groupe,

Sophie VERCHEVAL et/ou Stéphanie RAHIER (de l'asbl C.R.I.S.).

Plate-forme de concertation de soins palliatifs de l'Est francophone

Rue Lucien Defays, 113 – 4800 VERVIERS
Tél. : 087 23 00 16 – Fax : 087 22 54 69
E-mail : verviers@palliatifs.be

Zen et douceur à La Maison Comtesses



Le 13 septembre dernier, l'unité de soins palliatifs du CHR de Mons, La Maison Comtesses, inaugurerait une nouvelle « salle thérapeutique alternative » dédiée aux médecines douces. Objectif : apporter des moments de bien-être au corps et à l'esprit des patients souffrants.

Le projet a fait l'objet d'une réflexion de deux ans au sein d'un groupe de soignants composé de médecins, d'infirmières, d'assistants sociaux et d'éthiciens : que pouvaient apporter les techniques médicales alternatives aux patients en souffrance ?

Mis au point début 2009, le projet a été introduit par le personnel soignant de l'Unité auprès de Dexia Foundation. Celle-ci a approuvé le projet et lui a accordé un mécénat de 12.800 euros permettant de financer tous les achats liés à l'installation de la salle.

Le Dr Marie-Jeanne Jacob, médecin chef de service au sein de l'Unité : « Chez les grands malades, polymédiqués, la douleur du corps génère la souffrance globale. Le toucher pour les soins reste souvent pénible. Notre objectif est d'apporter une détente du corps et de l'esprit par les médecines douces, en complémentarité avec la médecine traditionnelle. Les techniques expérimentées sont le massage ayurvédique, l'hypnose et l'utilisation d'huiles essentielles.

L'idée est venue des soignants, infirmiers et médecins de l'institution, convaincus du bien-être généré par les médecines alternatives dans les contextes difficiles de soins à prodiguer aux malades atteints dans leur corps (patients en soins palliatifs, mais aussi en dialyse, en consultation pour douleur chronique ...).

L'approche proposée est douce et non intrusive par rapport au corps. Elle apporte une part de soulagement des symptômes, un confort, mais aussi un mieux-être et une réhabilitation du corps « douloureux ». Cette approche inclut une formation continuée des soignants aux techniques pratiquées. Cette expérience pourrait par la suite être développée et affinée dans ses techniques, afin d'en faire bénéficier les grands malades situés hors de l'Unité. »

Le projet consistait en un aménagement de la salle avec du matériel et une décoration appropriée. Le matériel acquis consiste en une table de massage de la dernière génération et un siège de massage, un alambic diffuseur d'huiles essentielles, des essuies de bain doux, du matériel sonore pour CD, et divers éléments de mobilier et de décoration assurant une ambiance de cocon intimiste.

Gérer la douleur

- une approche intégrée -

La gestion de la douleur reste un défi au quotidien pour les soignants. La douleur est un problème enchevêtré dans des dimensions physiopathologiques, psychologiques et culturelles. C'est une expérience toujours subjective qui s'accompagne de souffrance. La traiter demande une prise en compte globale.

Dans le numéro précédent de la revue, le Docteur Catherine Dopchie a réalisé le dossier intitulé « Evaluer la douleur ». Dans la continuité de celui-ci, le dossier de ce numéro aborde la gestion de la douleur en soins palliatifs. Il se donne pour objectif d'appréhender les réactions diverses et les mécanismes multiformes de la douleur ainsi que les traitements possibles, médicamenteux et non médicamenteux, dans une approche intégrée qui repose avant tout sur le respect de la volonté du patient (droits du patients) et sa qualité de vie.

Introduction

« De la douleur à la souffrance »

Monique Triffaux-Bruyère, Psychologue

« L'homme est avant tout fondu en son corps »

- DESCARTES

La douleur est un problème fort complexe lié d'abord aux conditions précaires et limitées du vivant. Elle est **éprouvée** comme une agression inconnue jusque là et vis-à-vis de laquelle chacun réagit selon ses capacités. Il s'agit de perceptions sensorielles déterminées par des données anatomiques et physiologiques, mais aussi par la pensée et par des données psychologiques qui filtrent et agissent au travers d'un système nerveux intégré. La douleur se comprend dans la diversité à la fois des perceptions et des ressentis qui, eux, varient selon la personnalité, les différences sociales, culturelles et professionnelles. Elle s'inscrit de façon singulière et individuelle dans l'histoire d'une personne.

Nous savons aujourd'hui que la douleur ne se conçoit pas comme un phénomène impersonnel et strictement neurologique, mais plutôt comme un ensemble de mécanismes capables d'influencer le message douloureux et, dès lors, d'en nuancer le ressenti. C'est la personne tout entière qui ressent ce qui lui est pénible, qui mêle les messages de son corps et leur donne un sens. C'est pourquoi, pour agir contre la douleur, la chirurgie ou la pharmacologie ne peuvent être actives à elles seules.

Le degré de souffrance est modulé bien sûr par les interventions médicales, mais aussi par des procédures utilisant la parole ou les techniques du corps comme l'imagerie mentale, la sophrologie, l'hypnose, le yoga, la relaxation. Il s'agit de repérer et de mobiliser les ressources individuelles les mieux adaptées en cherchant celles qui soulagent le plus efficacement possible (usage raisonné de traitements conjoints, intervention pluridisciplinaire).



La douleur marque l'individu tout entier et déborde sur son rapport aux autres, au monde. Elle est donc **souffrance**. Elle est d'ordre émotionnel, du ressenti et agit comme une **effraction** ; c'est la mesure subjective de la douleur que le patient subit, avec des sentiments de perte de contrôle de soi, une brisure intérieure jusqu'au deuil de soi. La personne souffre du sens ou du non sens que sa douleur a pour elle et à laquelle elle consacre toute son énergie. Toute douleur mobilise une signification, une émotion ; la souffrance absorbe entièrement l'individu qui investit l'endroit du corps douloureux dans une tension qui est inappropriée et épuisante.

Dès que la douleur devient intolérable, que le malade n'arrive plus à la contrôler, qu'il n'est pas aidé par ses mécanismes de défense ou de protection, la souffrance apparaît, déborde et devient mutilante. Nous pouvons dire que la souffrance est de **l'ordre du subi**, de la perte et qu'elle étouffe les ressources ou les épuise en paralysant la pensée et en rendant pénibles les gestes quotidiens. De ce

fait, la personne souffrante perd confiance en son corps, en elle-même et dans le monde ; elle perd sa propre estime et s'enferme.

La souffrance entraîne des conséquences physiques : diminution de l'immunité, incapacités fonctionnelles telles que difficulté de concentration, perte de l'intérêt pour les autres, sensation de détresse et angoisses. Sur le plan social, la souffrance diminue les activités relationnelles, augmente la dépendance, amène un désinvestissement des occupations professionnelles et familiales, fait perdre la libido, le goût de vivre, jusqu'au désespoir et au suicide avec des sentiments de culpabilité. Du point de vue spirituel, on observe une perte du sens de la vie, une perte ou un accroissement des croyances et un sentiment d'impuissance. Le désir de mourir accompagne la souffrance qui semble ne jamais devoir finir et le sentiment d'y être verrouillé sans retour possible.

Le souci des soignants est de soulager, de juguler la souffrance et de l'accompagner, en sachant qu'elle peut échapper aux tentatives

de la cerner, de la dire, et qu'il demeure toujours une distance entre celui qui souffre et ceux qui ont accepté de prendre soin de lui. Nommer la douleur, lui donner une origine, une cause, expliquer un diagnostic peut aider le patient à penser son épreuve et, ainsi, la vivre comme moins insensée.

Evaluer la souffrance ne peut reposer que **sur le ressenti du patient**. Elle ne se prouve pas mais s'éprouve. Souffrir est un appel à l'autre et, si la communication est impossible, le toucher thérapeutique peut devenir un signal de solidarité dans une qualité de présence. En plus, le contact d'une personne signifiante ou affectivement investie peut restaurer une valeur personnelle au malade et désamorcer sa douleur.

Ecouter le malade et l'impliquer dans les soins peut lui donner le sentiment de pouvoir garder quelque chose de son autonomie. L'individu ne peut se réduire à une formule sociale ou culturelle, mais peut se comprendre à partir de ce qu'il fait, des influences qui pèsent sur lui. Chacun compose avec sa culture ambiante selon son propre style et son histoire personnelle.

Notons enfin que de nombreux comportements douloureux sont appris dans l'enfance et que, dès lors, il est important de laisser exprimer les souvenirs du climat affectif ayant régi l'enfance, ainsi que l'attitude des parents face aux soins donnés à l'enfant.

Bibliographie

- R. GUEIBE, L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique, in « Mais où sont passées nos valeurs ? », Weyrich, Neufchâteau, 2010.
- I. MOLEY-MASSOL, Le malade, la maladie et les proches, L'archipel, Paris, 2009.
- M-C. ANDRIAENSEN, La personne âgée face au deuil, De Boeck, Bruxelles, 2009.
- C. CHILAND, Sois sage ô ma douleur, Odile Jacob, Paris, 2007.
- I. MOLEY-MASSOL, Relation Médecin - Malade, Datebe, Courbevoie, 2007.

Traitement de la douleur en oncologie

Professeur Marie-Elisabeth Faymonville, Service d'Algologie - Soins Palliatifs, CHU Liège

Le traitement efficace d'une douleur cancéreuse doit d'abord s'appuyer sur une anamnèse détaillée de cette douleur (comportant l'évaluation de l'intensité, la description, la survenue...) et un examen clinique minutieux. La douleur cancéreuse est d'abord ce que le patient dit qu'elle est, et elle apparaît quand celui-ci dit qu'elle apparaît. Et, comme toute autre douleur, cette douleur est à la fois une sensation, une émotion, un comportement et une cognition.



La douleur cancéreuse peu ou mal contrôlée envahit progressivement les domaines affectifs, sociaux et spirituels, jusqu'à investir complètement le patient et ses proches. Chronique, elle ne laisse aucun répit, altère le sommeil et l'appétit, aggrave la fatigue et l'affaiblissement général. La douleur non contrôlée isole progressivement le patient et le fait glisser vers un véritable cercle vicieux où la douleur occupe une position

centrale et devient « douleur totale ». De multiples facteurs concourent alors à l'aggraver : l'anxiété où se mêlent, sans hiérarchie possible, la peur de l'avenir, la peur de perdre sa dignité et la colère – sentiment d'un sort injuste – mais aussi l'irritabilité de celui que la douleur épuise et le ressentiment ou la frustration que l'échec des thérapeutiques successives ne peut manquer de provoquer.

L'identification d'une douleur exige une véritable alliance thérapeutique, car certains patients (et même certains médecins) considèrent la douleur comme « accessoire » dans un tableau clinique qui met en jeu la survie du patient. Certains patients ne souhaitent pas « encombrer » les soignants de leurs plaintes et

préfèrent les laisser se concentrer sur les traitements curatifs (si possible) encore disponibles pour eux. Pourtant, une bonne gestion des symptômes douloureux participe largement à la qualité de vie des patients et peut même améliorer leur survie. Des questions ouvertes comme « Parlez-moi de ce que vous ressentez... », ou « Comment vous sentez-vous ?... » permettent aux patients de se sentir écoutés en confiance et sans jugement.

Approche de la douleur cancéreuse

Recueil des données :

- » Anamnèse de l'histoire clinique et de la douleur actuelle ;
- » Examen clinique ;
- » Vérification des examens complémentaires réalisés.

Elaboration du diagnostic :

d'autres investigations complémentaires (radios, scanners, IRM, biologies) seront réalisées si nécessaire.

Elaboration d'un plan thérapeutique :

- » Information du patient
- » Objectifs concrets :
 - amélioration du sommeil
 - amélioration des douleurs au repos

- amélioration des douleurs lors d'activités de base

Suivi thérapeutique - faire évaluer la douleur (VAS) :

Avant toute prescription pharmacologique, le médecin doit faire une anamnèse détaillée pour déterminer le type de douleur (douleurs par excès de nociception, douleurs viscérales, douleurs neuropathiques ou mixtes) et trouver la ou les causes des douleurs oncologiques.

Le tableau ci-dessous résume les causes les plus fréquentes d'une aggravation des symptômes chez le patient oncologique.

Un arbre décisionnel simplifié pour l'utilisation des antidouleurs dans le traitement de la douleur cancéreuse fut proposé par l'Organi-

Source de la douleur	Contribution ¹	Comprend
Douleur causée directement par la tumeur	62 à 78 %	Invasion osseuse Invasion des structures nerveuses Obstruction d'un viscère creux ou d'un système tubaire de sécrétion d'un viscère plein Obstruction ou invasion vasculaire Ulcération ou atteinte de la muqueuse
Syndromes induits par le cancer	<10 %	Syndromes paranéoplasiques – allodynie – hyperalgie Douleur associée à l'affaiblissement (p. ex : constipation, ulcères de décubitus) Neuropathie post-zostérienne
Interventions diagnostiques / thérapeutiques	19 à 25 %	Douleur liée aux interventions (p. ex : biopsie, aspiration de la moelle osseuse) Douleur postopératoire aiguë ou chronique (p. ex : syndrome post-mastectomie) Post-radiothérapie, inflammation des mucosités, extravasation d'agents dans les tissus Douleur indépendante du cancer ou du traitement
Douleur indépendante du cancer ou du traitement	3 à 10 %	Arthrose, ulcères gastriques, abcès...

1. La variation des pourcentages est due au sondage de patients cancéreux hospitalisés ou ambulatoires.

sation Mondiale de la Santé en 1986 et cette « échelle thérapeutique » est actuellement encore préconisée.

Le palier I propose des médicaments tels que les anti-inflammatoires et le paracétamol pour le traitement de douleurs par excès de nociception d'intensité faible à modérée.

Le palier II propose des médicaments ayant un effet opioïde faible sur les récepteurs tels que la codéine, le tramadol, le dextropropoxyphène, la tilidine et la pentozocine. Ces médicaments sont prescrits pour des douleurs modérées à fortes.

Le palier III est destiné aux opioïdes forts ayant, suivant les substances utilisées, des effets sur les récepteurs μ - δ - κ et des effets anti NMDA. Ces médicaments sont prescrits pour les douleurs sévères à très sévères.

On y distingue :

- Sulfate de morphine
- Oxycodone
- Hydromorphone
- Fentanyl
- Methadone
- Buprenorphine

La prescription des médicaments des **paliers II et III** se fait à horaire fixe suivant la forme administrée et sa durée d'action :

- » « Immediate release » agit plus ou moins 4 heures
- » Forme « retard » agit 12 heures
- » Forme « uno » agit 24 heures
- » Forme transdermique à changer tous les 3 jours (2 jours chez les patients maigres/cachectiques).

La titration d'un antalgique dépend non seulement de l'intensité de la douleur, mais aussi du type de douleur à traiter et des caractéristiques individuelles du patient. Trouver la posologie minimale efficace pour obtenir un soulagement continu de la douleur reste un défi pour tout clinicien qui travaille avec les patients oncologiques.

La titration de la morphine orale se base sur

1 mg/kg/jour, suivant la forme administrée. Ainsi, pour un patient de 60 kg, on administre 60 mg de morphine par 24 heures, c'est-à-dire que l'on propose 30 mg de MS Contin (durée d'action : 12 heures) matin et soir.

Chez un patient donné, une dose de 60 mg de sulfate de morphine équivaut à 25 μ g/heure de fentanyl (patch de fentanyl®, Durogésic® ou Matrifen®). Le patch se colle sur une peau saine et reste en place 3 jours. Si la douleur du patient est importante, en plus du patch, il faut donner un morphinique à résorption immédiate tel que MS Direct® 10 mg ou Oxynorm® 5 mg car l'efficacité du patch ne sera réelle que dans 6 à 8 heures après l'application.

UTILE POUR LE PRESCRIPTEUR

Oxycodone :

Agoniste des récepteurs μ , kappa et delta. Il est 2 fois plus puissant que la morphine.

- » Oxynorm® (4 heures d'action) : 5, 10 et 20 mg
- » Oxycontin® (12 heures d'action) : 5, 10, 20, 40 et 80 mg.

Hydromorphone :

Agoniste des récepteurs μ . Elle est 7,5 fois plus puissante que la morphine.

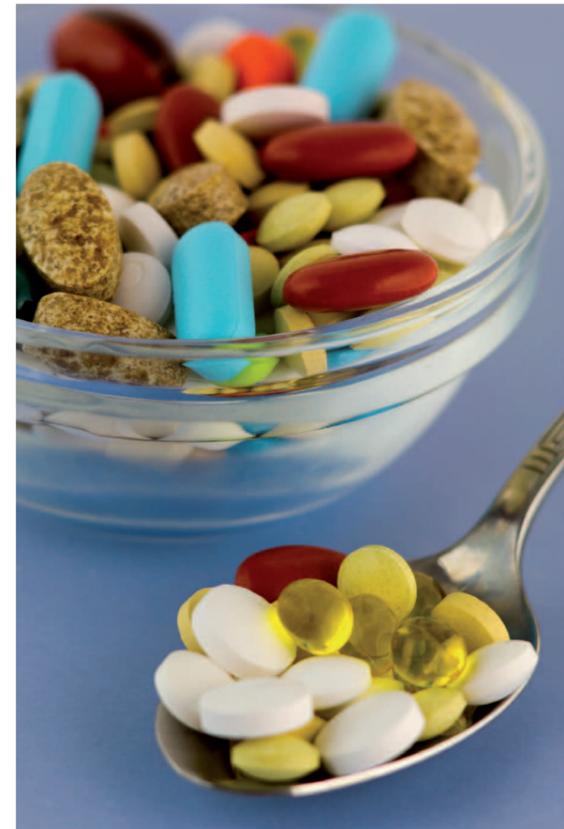
- » Palladone slow release® agit 12 heures (4mg - 8 mg - 16 mg - 24 mg)
- » Palladone Immediate release® agit 4 heures (1,3 et 2,6 mg).

Chez certains patients, cette médication est mieux supportée, car pas de métabolites actifs (moins de somnolence, moins de nausées et/ou vomissements).

Methadone :

Elle est 10 fois plus puissante que la morphine. La methadone est agoniste des récepteurs μ -delta et antagoniste des récepteurs NMDA.

- » Mephenon® (5 mg - 10 mg) : une dose 2 ou 3 fois par 24 heures
- » Méthadone sirop® ou suppositoire® à faire réaliser par le pharmacien, à une concentration mg/ml.



Ces médicaments sont intéressants chez les patients qui échappent aux thérapeutiques plus conventionnelles, mais le titrage nécessite une augmentation lente et peut durer une semaine.

Buprenorphine :

Agoniste des récepteurs μ - delta et ORL1.

Le traitement débute avec ½ patch de 35 μ g/heure chez un patient qui utilise déjà la dose maximale de médicaments palier II (exemple : 400 mg/24 heures de tramadol).

Si le patient est sous morphinique palier III, considérer alors que :

- » 25 μ g/heure de fentanyl® correspond à 35 μ g/heure de Transtec®
- » 50 μ g/heure de fentanyl® correspond à 52,5 μ g/heure de Transtec®
- » 75 μ g/heure de fentanyl® correspond à 70 μ g/heure de Transtec®.

D'après nos observations cliniques, une dose

de 140 μ g/heure de Transtec® (2 patchs de 70 μ g/heure) paraît être la dose maximale.

Fentanyl :

Agoniste des récepteurs μ .

Fentanyl transdermique en patch :

- » Durogesic® patchs de 25, 50, 75 et 100 μ g/heure
- » Matrifen® patchs de 25, 50, 75 et 100 μ g/heure
- » Fentanyl Sandoz® patchs de 25, 50, 75 et 100 μ g/heure.

60 à 90 mg de morphine/24 heures : patch 25 μ g/heure.

Ce que tout clinicien devrait appliquer en cas de douleur oncologique sévère :

- » *Le traitement de fond de la douleur cancéreuse se fait avec des médicaments à « effet prolongé », soit per os (Tramadol retard® ou uno®, MS-Contin®, Oxycontin®, Palladone slow release®), soit par la forme transcutanée patch : durée d'action de 72 heures ou 48 heures chez un patient cachectique.*
- » *Tous les patchs disponibles en Belgique sont des matrices (donc on peut les couper en deux ou plus).*
- » Les formes « retard » peuvent être administrées par voie rectale via des suppositoires. Il ne faut jamais broyer ou couper une forme « retard » (sauf si sécable). On associe au traitement de fond la possibilité de prendre une médication à action rapide (Immediate release®, début d'action dans l'heure et durée d'action de 4 heures). La dose est adaptée en fonction de la dose du traitement de fond : 1/6 de la dose de 24 heures) à répéter en cas de besoin toutes les 4 heures.
- » *Si plus de 5 interdoses de la forme rapide par 24 heures sont administrées, il faut réadapter la dose morphinique de fond sur 24 heures.*
- » *La rotation de morphinique s'impose si on doit fortement augmenter le dosage d'un*

morphinique en peu de temps pour obtenir un effet thérapeutique équivalent ou si 140 µg/heure de Transtec® ou 200-300 µg/heure de fentanyl ne soulagent plus efficacement le patient.

- » *La prise en charge de la douleur oncologique* peut devenir complexe et nécessiter une autre voie d'administration, par exemple la voie sous-cutanée ou intraveineuse, ou même une hospitalisation afin d'évaluer l'avancement de la maladie et parfois d'introduire des drogues par voie intraveineuse telles que dipidolor, ketamine, lidocaïne, sufentanil : en association avec des médicaments ciblant la douleur neuropathique tels que les antidépresseurs, les antiépileptiques et certaines benzodiazépines.

Une bonne gestion de la douleur oncologique nécessite un travail interdisciplinaire où les soignants discutent ensemble de la meilleure approche et mettent en balance les risques et bénéfices pour le patient.

Place de la radiothérapie en fin de vie

Docteur Nicole Barthelemy, Radio-oncologue, CHU Liège

Les patients, leurs familles, les soignants et ceux qui financent et organisent les soins de santé partagent les mêmes préoccupations : prévenir et traiter les symptômes d'une maladie devenue incurable, afin de maintenir la meilleure qualité de vie possible pour le patient, son entourage et les soignants. Ceci doit se faire dans le cadre d'une continuité des soins et après avoir obtenu l'accord avisé du patient. Dans ce cadre, la radiothérapie peut jouer un rôle essentiel.

Qu'est ce que la radiothérapie ?

La radiothérapie est une méthode de traitement anticancéreux locorégional utilisant des radiations pour détruire les cellules cancéreuses tout en épargnant les tissus sains les entourant. Elle peut être délivrée dans un but curatif, c'est-à-dire avec l'intention de guérir

le patient. Elle peut également être administrée dans un but palliatif ou symptomatique, par exemple pour soulager une douleur.

L'irradiation joue un rôle important et est fréquemment utilisée dans la prise en charge des patients présentant un cancer incurable. Dans un service de radiothérapie, environ 40% des patients sont traités dans un but palliatif.

Le temps est précieux quand la vie est courte ! La durée totale de la radiothérapie doit être adaptée à l'état général du patient et à son espérance de vie. En situation curative, les irradiations sont généralement délivrées pendant une période de 4 à 8 semaines à raison de 5 séances par semaine. En situation palliative, il est possible d'augmenter la dose administrée quotidiennement de façon à raccourcir le nombre de séances et la durée du traitement, tout en obtenant l'effet recherché. Le patient peut donc être soulagé en se présentant moins souvent dans le service de radiothérapie (entre 1 et 6 fois, suivant la situation). Toutefois, quelques jours à quelques semaines sont nécessaires pour obtenir un effet thérapeutique. Il faut donc que l'espé-

rance de vie du patient soit d'au moins 2 à 4 semaines pour justifier un tel traitement.

Quelles sont les indications d'une radiothérapie palliative ?

Il est difficile, voire impossible, de déterminer avec précision le moment de la fin de vie d'un patient. Il est cependant primordial d'intégrer la radiothérapie palliative dans le plan thérapeutique global de tout cancer. Ce traitement doit être fondé sur le type de cancer, les conditions propres à chaque patient, en se basant sur des informations objectives, sans ajouter un coût ou une souffrance excessive au patient et à sa famille. L'évaluation du rapport coût / bénéfices doit tenir compte du bien-être du patient, de ses choix, des effets secondaires à court terme. Les effets secondaires à long terme ont bien moins d'importance. Il faut également tenir compte du temps que le patient et sa famille devront consacrer à la réalisation de ce traitement.

La radiothérapie peut être délivrée en association avec d'autres traitements visant le soulagement du patient. Parmi eux, citons une ostéosynthèse de consolidation, la mise en place d'un stent de décompression, la chimiothérapie palliative. Au cours de la radiothérapie, les traitements médicamenteux symptomatiques tels que les antalgiques, les hémostatiques peuvent être poursuivis, adaptés ou initiés.

Dans un cadre palliatif, la radiothérapie peut être proposée dans diverses indications : soulager des douleurs, tarir une hémorragie, diminuer un symptôme...

En présence de douleurs secondaires à une métastase osseuse, à une compression d'une racine nerveuse ou d'un plexus, à l'infiltration métastatique de tissus mous, une irradiation peut être proposée si le patient n'est pas soulagé par un traitement antalgique adapté. Lors d'une hémoptysie secondaire à un cancer du poumon ou de l'œsophage, de métorragies secondaires à un cancer gynécologique, de rectorragies ou d'hématurie, il peut être justifié de suggérer une radiothérapie.



Une irradiation peut également être recommandée, entre autres, en cas d'obstruction bronchique ou oesophagienne, de syndrome de compression médiastinale supérieure, de compression médullaire, de métastases cérébrales ou encore de métastases cutanées.

Quelques exemples

Les douleurs osseuses associées au cancer sont dues à des métastases, localisées dans les os. L'irradiation est proposée pour diminuer la douleur et n'est délivrée que sur les métastases douloureuses. En général, une seule séance est suffisante pour obtenir l'effet recherché. Une seconde séance peut être administrée, ultérieurement, si nécessaire. En cas de métastase unique et d'espérance de vie plus longue, une irradiation à visée curative locale peut être proposée. Ceci permet d'en prolonger l'efficacité. Un effet antalgique est obtenu dans 70 à 80% des cas. Suivant les études, le soulagement est complet dans 30% à 60% des cas. S'il est complet, il dure plus d'un an dans 70% des cas. Les 2/3 des patients sont soulagés en 2 semaines. En cas de multiples métastases, ostéocondensantes, une irradiation métabolique constitue une bonne alternative à l'irradiation externe.

En présence de saignements associés à un cancer, l'irradiation à visée hémostatique peut être délivrée en 2, 4, 5, voire - mais rarement - 10 séances. Le choix du fractionnement et de la dose totale tient compte du patient, de la progression de sa maladie, de son état général, de la localisation à traiter ainsi que de son espérance de vie.

Les métastases cérébrales peuvent être responsables, entre autres, de céphalées, de nausées, de troubles du comportement. En cas de métastases cérébrales multiples, 5 séances de radiothérapie sont souvent suffisantes pour diminuer voire supprimer ces symptômes. En cas de métastase cérébrale unique, l'irradiation peut être délivrée avec une intention curative locale. La dose est alors plus élevée.

Quels sont les effets secondaires ?

Une fatigue est souvent associée à l'irradiation. Elle peut être due à l'irradiation elle-même, ou à l'énergie dépensée par le patient et son entourage pour se déplacer et recevoir le traitement. C'est pourquoi il est indispensable de privilégier les irradiations délivrées en peu de séances.

Une augmentation transitoire de la douleur peut être observée dans les heures qui suivent la séance. Elle est secondaire à une inflammation radioinduite, rapidement réversible. Il est parfois nécessaire d'augmenter les antalgiques et les anti-inflammatoires de façon transitoire.

Des symptômes viscéraux tels que de la dysphagie, des nausées, des vomissements, de la diarrhée peuvent survenir. Les techniques d'irradiation utilisées visent à diminuer la fréquence, l'intensité et la durée de ces symptômes au maximum. Des traitements symptomatiques sont alors proposés en prévention.

Il est essentiel d'informer le patient de ces possibles effets secondaires et d'obtenir son consentement éclairé avant d'entamer une radiothérapie.

Conclusion

La radiothérapie palliative, symptomatique s'avère utile. Elle s'intègre dans une prise en charge globale du patient. Elle peut être proposée après avoir comparé le plus « honnêtement » possible, avec le patient, son entourage et les soignants de 1^{ère} ligne les bénéfices espérés par rapport aux difficultés rencontrées pour recevoir ce traitement.

Bibliographie

- O. GALLOCHER, BACAHAUD J.M., Place de la radiothérapie dans la prise en charge palliative des patients cancéreux, Med. Pal., 2003, 2 : 307-319.
- FINE P-J., Palliative radiation therapy in end-of-life care : Evidence-based utilization. American Journal of Hospice & Palliative Care Volume 19, Number 3, May/June 2002.

Douleur et anesthésiants

Docteur François Damas, Anesthésiste, CHR La Citadelle

L'emploi d'agents anesthésiques pour soulager les douleurs ou les souffrances réfractaires est une possibilité offerte aux équipes soignantes pour traiter les patients qui traversent des phases particulièrement pénibles ou qui sont arrivés au terme de leur maladie. Ces agents anesthésiques sont utiles pour induire de la sédation. La sédation peut être plus ou moins prononcée, selon les circonstances, jusqu'à un état d'inconscience profonde semblable à une anesthésie générale.

Ce type de traitement auquel on a largement recours dans les services de soins intensifs et dans beaucoup d'unités de soins palliatifs reste encore méconnu ou sous-utilisé dans certains secteurs.

Certains patients cancéreux peuvent souffrir

de douleurs majeures pour lesquelles les traitements antidouleur deviennent insuffisants. Ces douleurs sont souvent associées à d'autres souffrances (dyspnée, faiblesse générale) qui rendent insupportable la situation du malade. Le patient peut alors souhaiter être endormi pour ne plus avoir à souffrir de manière prolongée. Les agents anesthésiques peuvent être utilisés pour induire un état d'inconscience.

Mais il s'agit, pour l'équipe soignante, de bien comprendre la demande du patient :

1. Veut-il être endormi doucement pour être réveillé quelques heures par jour pour lui permettre encore de communiquer avec les siens et pour s'alimenter un tant soit peu ? On appelle sédation contrôlée cette possibilité d'administrer les anesthésiques de manière prolongée mais intermittente.
2. Est-il arrivé à un stade où tout n'est plus que souffrance et désire-t-il être endormi sans plus être éveillé en arrêtant toute ali-



mentation et toute hydratation? La sédation peut être utilisée dans la phase terminale d'une maladie fatale, de sorte que le patient ne reprenne plus conscience. On parle alors de sédation terminale quand on laisse le processus morbide suivre son cours inéluctable, en assurant un confort maximal au patient. Sous anesthésie, il ne souffre plus.

3. Souhaite-t-il une euthanasie vraie : le choix conscient du moment de sa mort ?

Le soignant doit aborder le malade avec ces questions en tête, avec tact, conscience et honnêteté. Ce sont ces questions qui démontrent la complexité de la tâche du soignant face à un malade en grande détresse. Elles constituent néanmoins la base indispensable de la réflexion du médecin pour orienter la stratégie thérapeutique en fonction de la volonté du patient. Et, depuis 2002, le médecin a la possibilité d'y répondre en pleine concertation avec le patient ainsi qu'avec son entourage.

Dans une grande proportion de cas, le dialogue entre le médecin et son malade n'est plus guère possible ou ne peut être que très partiel. Dès lors, la décision d'administrer des agents anesthésiques pour supprimer la conscience d'un patient ne peut être prise à la légère. Elle impose une concertation entre l'équipe soignante et les proches du malade. Cette décision thérapeutique se base toujours sur la nécessité impérieuse de soulager la souffrance réfractaire du patient. Dans ce contexte, le traitement est prescrit clairement et en quantité adéquate pour atteindre le but poursuivi: le confort du malade. Il y a donc une adaptation posologique continue selon la réponse clinique, comme cela se pratique dans les sédations prolongées en unité de soins intensifs.

Il apparaît alors essentiel que chaque intervenant soit au courant des décisions thérapeutiques et des arguments qui ont conduit les responsables à les prendre. Car il faut adapter les prescriptions en fonction de l'évolution parfois rapide de la situation du patient. Et l'équipe infirmière et médicale, qui change au cours du jour, doit assurer la continuité et la

cohérence des soins. Il faut aussi que ces décisions thérapeutiques soient parfaitement comprises par l'entourage dont la présence sera encouragée auprès du malade.

En effet, un autre point essentiel dans la pratique de la sédation terminale, quand le choix en a été fait, est la prise en compte de la souffrance de la famille. L'équipe soignante ne peut pas ignorer le point de vue des témoins qui accompagnent le malade dans sa dernière étape. Pour la famille, le travail de deuil qui fera suite au décès sera influencé par la qualité de la prise en charge de la phase terminale traversée par le patient. C'est pourquoi les soignants doivent aussi être à l'écoute de la famille. La souffrance du patient agonisant, perçue comme telle par la famille, doit recevoir une réponse adéquate. Dans certains cas, il faudra augmenter les quantités de médications prescrites de manière à contrôler des symptômes très mal supportés par l'entourage.

Ce point fait l'objet de nombreuses controverses. La base éthique de cette manière d'agir reste pourtant fondamentale : le soulagement de la souffrance du patient qui ne meurt pas seul mais entouré par des proches. Il n'y a pas d'autre intention qui vaille. La controverse sur l'accélération du processus morbide par des médicaments, dans un contexte de phase terminale, n'a pas lieu d'être.

En pratique, le médecin a plusieurs médications à sa disposition. Elles appartiennent aux différentes catégories d'agents anesthésiants :

1. Dormicum : benzodiazépine administrée par voie IV,IM,SC, en bolus ou en perfusion continue. Profil thérapeutique large. Sédatif, hypnotique, myorelaxant, anticonvulsivant. Doses à administrer selon la réponse individuelle et selon le but poursuivi. Aucune limite posologique (commencer à 0,05 mg/kg/h à augmenter selon réponse)
2. Phénobarbital : barbiturique administré par voie orale ou IV. Sédatif, hypnotique, anticonvulsivant. Utile mais moins maniable que le dormicum. Durée d'action prolongée (Charge 10 à 20 mg/kg à répéter jusqu'à réponse; maintenance toutes les 6 à 12h)

3. Propofol : agent anesthésiant uniquement par voie iv en perfusion. Profil d'action intéressant : sédatif, hypnotique, antiémétique, anticonvulsivant. Très maniable car durée d'action courte sans effet cumulatif. Très coûteux (0,5mg/kg/h à 4 mg/kg/h voire davantage)

4. Thiopental : barbiturique. Agent d'induction d'anesthésie, de référence. Peut être utile malgré une maniabilité nettement moindre. Indication : convulsions réfractaires. Administré en perfusion continue (5mg/kg/h à 10 mg/kg/h)

On voit encore utiliser à tort les morphiniques à doses élevées pour induire une sédation. Ceux-ci sont des agents analgésiques et doivent être utilisés pour contrôler la douleur. Ce sont de mauvais agents sédatifs, car il faut les prescrire alors à des doses parfois invraisemblables et en induisant des effets secondaires désagréables (hallucinations, agitation paradoxale). La qualité de la sédation induite est en outre médiocre. Néanmoins, quand il s'agit de contrôler des douleurs réfractaires en prescrivant des agents anesthésiants, ce n'est pas le moment d'arrêter les antalgiques. L'association dormicum – morphine ou propofol – morphine (ou dérivés) est une association classique et recommandée.

La prescription est écrite clairement dans le dossier infirmier avec la mention explicite du but thérapeutique poursuivi (ex : induction d'un état de confort au prix d'une inconscience). La posologie doit être précise avec indication des paliers posologiques en fonction de l'évolution de la situation clinique ou de l'apparition ou non de symptômes de souffrance (ex : commencer une perfusion de morphine et de dormicum à la dose de 10 mg/h chacun, en intraveineuse continue. Augmenter par palier de 25% si signe de souffrance, précédé d'un bolus équivalent à la quantité de chaque substance administrée par heure. Evaluation pouvant donner lieu à un changement posologique toutes les 10 ou 15 minutes).

Il est parfois utile de prescrire les anesthésiants de manière anticipée au cas où une

situation clinique se dégraderait de manière brutale mais prévisible. Cette façon d'agir permet de préparer l'équipe soignante à une réaction rapide et proportionnée quel que soit le moment où l'événement survient. L'anticipation peut diminuer l'angoisse des familles, celle du malade aussi bien que celles des soignants.

On comprend que la sédation en soins palliatifs soit une décision lourde de conséquences. Elle doit être précédée d'une réflexion et d'une concertation dont la formalité et la transparence suffisent à prévenir les dérives reprochées aux fameux « cocktails lytiques » d'autrefois. Le rôle des soignants est donc d'accompagner activement les malades en détresse, de manière professionnelle, afin de soulager les patients et leurs familles de la phase si critique à laquelle arrive un trop grand nombre de malades.

Soigner la douleur à domicile en fin de vie

Docteur Henri Triffaux, Equipe de soutien à domicile DELTA

Le plus souvent, au sortir de l'hôpital, les soignants ambulatoires de première ligne ont la mission de prendre en soin la douleur et la souffrance au domicile du patient. Dans le cadre de ce travail, il s'agit de malades arrivés en phase terminale de leur vie. Ces soins sont souhaités, désirés, choisis par le patient dans le cadre de son domicile ; il est ainsi chez lui, avec les repères où sa vie s'est déroulée, dans le lieu de ses souvenirs et entouré de ses proches.

Le « domicile » a pourtant des limites : la disponibilité, la souffrance des proches, leur impuissance, leur épuisement dans le parcours d'une maladie létale. Alors que tout devrait être en harmonie, la douleur va altérer la qualité de vie du patient : il devra assumer cet hiatus entre le rêve d'être le mieux possible chez lui et la réalité d'endurer une souffrance qui le tenaille. La mission des soignants de première ligne est de travailler en équipe (on ne peut faire seul des soins palliatifs !) et de cibler, d'évaluer au quotidien, de prévenir, d'observer, d'écouter la douleur exprimée par le patient, personnage central, tout en étant attentifs à l'attitude des proches et en accompagnant tout ce monde souffrant.

La douleur est une des plus grandes peurs de l'homme ; il a mal et il est mal. Elle altère la qualité de vie et est souvent exacerbée par l'anxiété qui l'accompagne. Complexe, elle atteint à la fois le sensoriel, l'émotionnel et l'affectif ; il faut en tenir compte lorsqu'on la traite. Une douleur sans justification, une douleur non comprise est intolérable voire scandaleuse ; elle imprègne la mémoire du patient et envahit toute sa vie.

Les soignants de première ligne élaborent avec le patient un projet thérapeutique et s'attachent à comprendre, expliquer, accompagner, soulager, voire supprimer la douleur.

Elle n'est pas un « signe » à traiter ; c'est une véritable maladie avec des conséquences physiques, émotionnelles, sociales, familiales, financières, spirituelles... c'est un tout, et sa prise en soin doit être globale. Elle est aussi considérée différemment selon les cultures, les croyances et les religions. Pour ces raisons, son approche sera interdisciplinaire et imposera une communication entre les soignants. Elle sera écoutée, entendue ; son évaluation sera répétée et le traitement médicamenteux sera spécifique : le bon médicament, à la bonne dose, au bon moment.

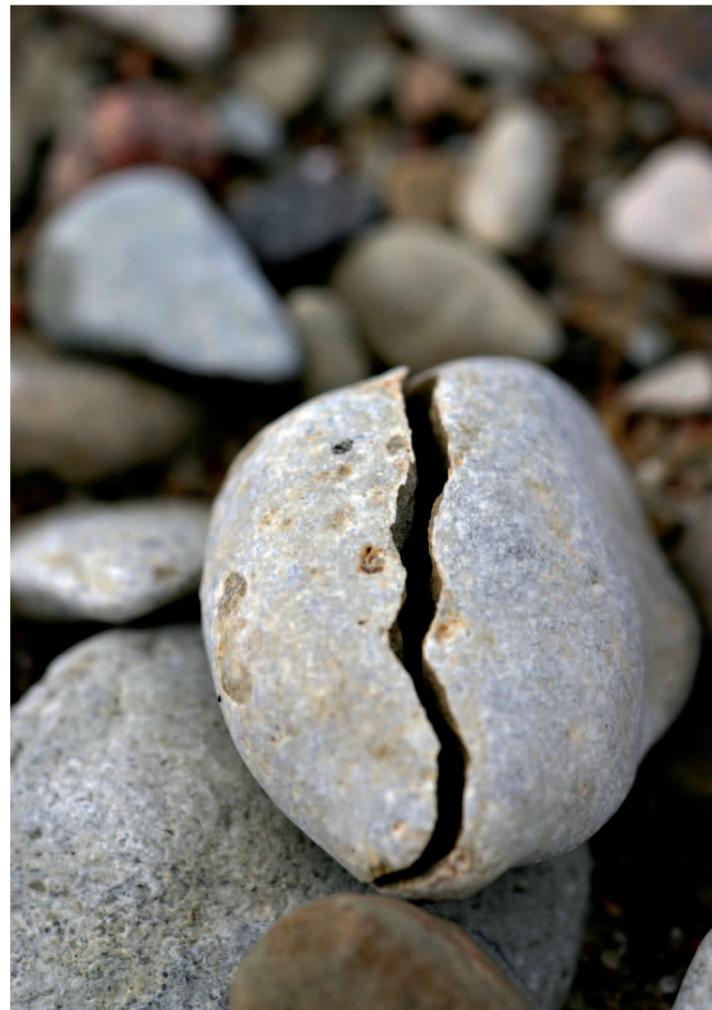
Lors du transfert de l'hôpital au domicile, le médecin traitant aura à calculer l'équivalence entre les analgésiques, car il a rarement pour mission d'initier un tel traitement ; mais tout allait bien à l'hôpital et maintenant rien ne va plus ! Pourquoi ? Administration inadéquate des médicaments ? Mauvaise compliance du patient ? Aggravation de l'affection ?... d'où la nécessité d'ajustements. Il sera aussi fait appel à des thérapies non médicamenteuses ; il en est question dans ce numéro.

En première ligne, dans ce travail d'équipe, chacun a sa place et la réflexion se fait à partir du rôle et de l'opinion de chacun. Mais tout ne va pas toujours au mieux et une équipe de soutien de seconde ligne peut alors être sollicitée pour animer une réunion d'intervenants ou simplement y participer, permettant à tout un chacun de s'exprimer.

L'intervention d'une équipe de soutien est gratuite. Cette équipe ne donne pas de soins, mais ses membres peuvent échanger sur une situation précise. L'équipe de soutien envisage en « tiers », avec un recul nécessaire. Elle est composée de médecins référents, d'infirmiers (parfois aussi de psychologues, de kinés...). Un membre de l'équipe, à la demande, rend visite au patient, à la famille, aux soignants choisis ; un soutien est assuré, des propositions techniques sont échangées. L'équipe de soutien est un outil ; chaque intervenant a sa mission. Les infirmiers apportent un soutien humain et technique, par exemple vis-à-vis des plaies, de la douleur spécifique à ces plaies (traitements locaux), de la prévention

des douleurs occasionnées par les soins...

Les médecins traitants en contact avec les médecins référents livrent, s'ils le souhaitent, leurs incertitudes, leurs doutes, leur anxiété, les pressions qu'ils doivent supporter de la part des familles, leur questionnement éthique... Ils peuvent être aidés pour certains actes techniques qu'ils pratiquent rarement (ponction d'ascite...). Ils peuvent échanger leur expérience. « Reculer l'instant de la mort ... sans pouvoir la supprimer » (J-P. Lebrun), quelle gageure pour un médecin ! Le kiné viendra aussi en aide à la première ligne en préconisant des soins de confort, plutôt qu'une revalidation qui n'est plus de mise à ce moment. Le psychologue apportera un support psychologique approprié.



L'aspect éthique ne sera pas négligé. Vis-à-vis de son entourage et des soignants, le patient reste central : c'est une personne, autre, singulière, avec un projet thérapeutique compris, partagé, qui s'inscrit dans son propre trajet de vie ; un projet thérapeutique de la douleur qui s'élabore avec le patient et lui garde sa part de liberté, de responsabilité et lui préserve encore l'exercice de son autonomie.

Dans chaque situation douloureuse, pour optimiser les soins, il est capital que chaque soignant réfléchisse à ses valeurs personnelles et aux valeurs qui l'engagent professionnellement (elles sont parfois différentes). Le soignant doit jouer son rôle avec ses valeurs personnelles et dans le respect de celles du malade ; cette clarification reste un défi permanent.

Que d'évaluations, d'ajustements en perspective... et quelle satisfaction dans le travail !

Bibliographie

- C. BOLLY – Aux sources de l'instant – Weyrich – Neufchâteau – 2004
- C. BOLLY – L'éthique en chemin – Weyrich – Neufchâteau – 2003
- BRASSEUR – CHAUVIN – GUILBAUD – Douleur – Maloigne – Paris 1997
- J M GOMAS – Soigner à domicile les patients en fin de vie – Paris – 1992
- HOWARD L. FIELDS – Pain – MEDSI / GRAW Hill - 1989
- D. LE BRETON – Expérience de la douleur - Métaillié – Paris - 2010
- I. MOLEY – MASSOL – Le malade, la maladie et les proches - Archipel – Sables d'OL. – 2009
- I. MOLEY – MASSOL – La relation médecin – malade – DaTeBe – Courbevoie – 2007.

Les traitements kinésithérapiques et alternatifs dans le soulagement de la douleur

Rosalie Giambone, Kinésithérapeute, Equipe de soutien à domicile Delta

Dans l'approche de la douleur chez le patient palliatif, le kinésithérapeute dispose d'une large palette de techniques adaptables selon l'état physique et psychique du patient, qui peut parfois changer rapidement.

La technique de base est celle du **massage**. Le toucher est un besoin fondamental de l'être humain. Il est aussi un outil de communication qui persiste en toute fin de vie. Il permet d'établir une relation de confiance avec le patient. Le massage peut contribuer à rendre au patient, qui se sent parfois morcelé, une sensation d'unité corporelle. Il permet de diminuer la douleur, tant physique que morale, et de briser l'isolement. Le toucher « juste » doit s'adresser à l'humain dans sa globalité. Du point de vue de son effet antalgique, le massage prend une place importante. On lui reconnaît différents effets mécaniques locaux sur les adhérences cutanées et sous-cutanées, sur les contractures musculaires ou circulatoires. Mais l'effet antalgique principal paraît lié à son action sur les fibres nerveuses, les manœuvres étendues, peu appuyées, dont le rythme et la fréquence varient, déclenchant des influx dans les fibres de gros calibre Aβ, mettant en jeu alors le « gate control system » avec effet inhibiteur sur les nocicepteurs. Associé aux huiles essentielles, son effet sera sublimé.

Une autre technique est le **drainage lymphatique manuel** (associé ou pas à la pressothérapie). Il permet de diminuer dans une certaine mesure certains œdèmes et donc de diminuer la douleur qui en découle.

Le mouvement « **infra-douleur** » est souvent introduit après le massage. Les mobilisations douces actives ou passives peuvent soulager les douleurs circulatoires ainsi que celles liées à l'ankylose des articulations. Cette technique peut aider le patient à garder une certaine autonomie dans la vie quotidienne, dans le respect de ses limites, en termes de douleur et fatigue.

La dyspnée, définie comme une respiration difficile, très inconfortable, responsable d'anxiété et de stress, est un symptôme difficile à gérer. La dyspnée et l'angoisse sont souvent liées, elles s'exacerbent mutuellement. On parle aussi de cercle vicieux entre douleur – angoisse – dyspnée.

Le rôle du kiné sera d'aider à se détendre, induire une « transfusion de calme », c'est-à-dire offrir une présence calme et sereine, rassurante et réconfortante. Il s'agira aussi d'aider à désencombrer au niveau respiratoire par les techniques les moins agressives (par ex. l'accélération du flux expiratoire). Une éducation préventive à la proprioception respiratoire et à la (auto) relaxation peut permettre au patient de mieux réagir et de passer le cap d'une crise de dyspnée.

La **relaxation** et, à brève échéance, l'apprentissage de l'auto-relaxation va permettre de diminuer la douleur en réduisant le niveau de stress et d'angoisse. Différentes techniques de relaxation existent : la décontraction neu-

romusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique. Par exemple : le training autogène de Schultz permet d'atteindre un état de détente et d'obtenir une « déconnexion générale de tout l'organisme ».

Les **électrostimulations transcutanées (TENS)**, encore appelées neurostimulations transcutanées, consistent en une méthode fréquemment utilisée chez le patient douloureux « chronique », mais moins en soins palliatifs, peut-être par l'aspect de la sensation désagréable que peut provoquer la stimulation électrique. Il existe plusieurs modes de stimulation en fonction des mécanismes inhibiteurs de la douleur que l'on souhaite mettre en jeu.

Le kiné peut aussi avoir recours à la **thermothérapie**. La chaleur a un effet antalgique lié à la réduction des contractures musculaires, à l'amélioration de la circulation sanguine, mais aussi à son action sur les mécanismes de contrôle de la douleur, en augmentant le seuil de perception de la douleur. Le réchauffement cutané et profond met en jeu le « gate control system » et favoriserait la sécrétion des substances endogènes morphino-mimétiques. Le froid agit de façon indirecte en réduisant l'œdème et les réactions inflammatoires.

Bien sûr, cette liste de techniques n'est pas exhaustive. En effet, il en existe d'autres que le kiné pourra proposer au patient en fonction de ses affinités et de ses spécialisations, comme la réflexothérapie, la fascia-thérapie, le massage californien, le thai shiatsu, l'haptonomie, l'acupression, l'aromathérapie... qui peuvent aussi être efficaces pour combattre la douleur.

Bibliographie

- E. BONAVENTURE, « Le toucher, considérations théoriques et pratiques en unité de soins palliatifs », Mémoire, UCL, 1998.
- J. NOEL, « Soins continus, soins palliatifs, la place du kinésithérapeute » et F. VERBIST, « Les symptômes respiratoires en fin de vie », in *Continuing Care*, n°65, 2ème trim. 2007.
- A. Jadaud, J. Nizard, C. Danglot, M. Fourneau, Youenn Lajat, « Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur », CHU de Nantes.

Témoignage de pratique kiné en équipe mobile de soins palliatifs au CHU de Liège, dans le cadre de lutte contre la douleur

Véronique Clajot, Kinésithérapeute, CHU Liège

Il est difficile d'isoler la douleur des autres symptômes rencontrés chez les patients, tels que l'anxiété, le « mal-être » général, la souffrance globale. Gardons à l'esprit en lisant ces lignes que notre prise en charge est (heureusement) plus globale et va toucher plusieurs sphères à la fois.

Aromathérapie

Les huiles essentielles sont utilisées en application locale sans massage en cas de douleur localisée sur un point bien précis, lorsque le massage est contre-indiqué ou accentue les douleurs. En cas de bonne tolérance cutanée des huiles choisies, elles pourront être utilisées pures, sinon elles seront diluées dans une huile végétale de base qui permet une pénétration rapide telle que l'huile de noisette.

Lorsque le massage est indiqué, les huiles essentielles sont diluées dans de l'huile végétale d'avocat qui permet une bonne pénétration percutanée des principes actifs des huiles essentielles ainsi qu'un massage assez long.

La dilution fait l'objet de beaucoup de divergences selon les parutions. Notre stratégie pour obtenir un effet antalgique consiste, la plupart du temps, à réaliser un mélange entre 2 et 5% en un premier temps, évaluer les effets après 24 à 48h (à raison de 3-4 applications par jour) et augmenter la concentration si nécessaire. Nous ne dépassons pas 10% pour deux raisons principales : d'une part, l'odeur devient assez forte et peut être dérangeante dans l'atmosphère parfois confinée des chambres d'hospitalisation et, d'autre part, s'il doit y avoir un effet antalgique, il est bien souvent



rencontré à des concentrations inférieures.

Une présélection des huiles essentielles est faite par nos soins en fonction de la nature ou de l'origine de la douleur (spasme, inflammation, oedèmes). Elles sont ensuite proposées au patient qui choisit celles qui lui plaisent au niveau olfactif. Il est clair que l'application de cette huile doit être en elle-même un soin agréable et non pas un traitement antalgique au sens strict du terme.

LES HUILES ESSENTIELLES FRÉQUEMMENT UTILISÉES

Pour leur effet antalgique et anti-inflammatoire (notamment) :

Laurier noble, Gaulthérie couchée (wintergreen), Genévrier des montagnes, Eucalyptus citronné, Lavande vraie, Litsée citronnée, Verveine citronnée

Pour leur effet analgésique, anesthésiant :

Camomille noble, Menthe poivrée, Giroflier

Pour leur effet anti-spasmodique :

Estragon, Basilic exotique

Pour leur effet sur les crampes et les contractures :

Encens, Ylang-Ylang, Marjolaine à coquille

Pour leur effet décongestionnant drainant :

Hélichryse italienne, Lentsique pistachier, Cyprès toujours vert

Pour leur effet sur les douleurs d'origine nerveuse :

Achillée millefeuille, Laurier noble

Cette liste n'est certainement pas exhaustive. Elle donne une petite idée du nombre de combinaisons possibles pour soulager la douleur.

Relaxation et douleur

La relaxation peut être obtenue par différentes techniques : massage, réflexologie plantaire, Schultz...

La détente permet une respiration plus profonde, plus efficace, ainsi qu'un relâchement musculaire favorisant la diminution de la douleur.

D'autre part, le patient peut cesser de se focaliser sur la douleur et profiter de sensations agréables que le corps peut encore procurer.

Toucher relationnel

Nous sommes parfois confrontés à des patients souffrant de douleurs très aiguës, pour ne pas dire violentes, où le massage n'a pas toujours sa place. Le délai d'action des substances pharmacologiques destinées à soulager le patient peut sembler durer une éternité pour lui mais aussi pour son entourage.

Il existe là un espace où l'on peut accompagner le patient par une présence calme et bienveillante, en posant simplement les mains sur lui au niveau de la zone douloureuse (ou ailleurs). Il ne s'agit plus de faire quelque chose, d'appliquer une technique, mais simplement d'être avec la personne pour traverser ces moments pénibles. Ne plus se sentir seul face à sa douleur peut alors lui permettre de s'apaiser de manière parfois instantanée (parfois pas). On peut alors observer que la respiration devient plus calme et plus ample, la crispation diminue, les gémissements s'arrêtent... Afin de maintenir cet état de présence consciente à l'autre et de non-intervention (il ne s'agit pas de vouloir ôter la douleur), nous appliquons notamment des principes de l'haptonomie ou encore du Reiki traditionnel Usui pour ne citer qu'eux.

Nous n'oublierons pas d'associer les proches qui montrent le désir d'accompagner eux-mêmes le patient à travers le toucher.

L'approche cognitivo-comportementale peut-elle aider dans la gestion de la douleur du patient en soins palliatifs ?

Thierry Joiris, Neuropsychologue
EMSPA, Cliniques de soins spécialisés ISO SL (Valdor - Pèri)
Consultation DOME (Douleur & Mémoire), Liège

La douleur, associée à une pathologie pouvant compromettre la survie et nécessitant le recours à des soins palliatifs, reste un **phénomène complexe** justifiant la mise en place de stratégies antalgiques non médicamenteuses telles que le **suivi psychologique** de type cognitivo-comportemental ⁽¹⁾.

Le modèle multidimensionnel de la douleur souligne l'**intrication** plurielle de différentes **variables** (sensori-discriminative, affective, cognitive, comportementale) dont il est parfois difficile de saisir la contribution respective dans le **retentissement** d'une douleur. Celle-ci peut entraîner des **répercussions** multiples et parfois plus **spécifiques** lorsqu'elle est associée à un cancer :

- » une **attribution erronée** de la douleur comme étant systématiquement le signe de l'évolution de la maladie (ce qui peut induire une perturbation de l'humeur plus importante que si la douleur est reliée à d'autres causes) ;
- » une **focalisation sur la plainte de douleur**, seul élément verbalisable et acceptable pour le patient servant à évoquer tout à la fois détresse et souffrance ;
- » une **difficulté à discriminer** la douleur de l'anxiété, de la tristesse, de l'inconfort dû à la maladie et/ou à ses traitements ;
- » une **réticence** à un soulagement correct de la douleur par crainte des effets secondaires de certains traitements médicamenteux et/ou de certaines procédures.

Toute douleur, quelle que soit son étiologie, renvoie donc à un vécu émotionnel, cognitif et comportemental qui constitue la cible thérapeutique et que l'on va appeler « **comportement-douleur** ». Celui-ci peut encore tendre à s'exprimer différemment selon que le patient se trouve au domicile ou en milieu hospitalier. La logique qui va alors être déclinée est une logique de comment gérer ce comportement-douleur et non pas une tentative d'abolir toute douleur. Apprendre à mieux contrôler la douleur, et identifier les situations spécifiques où des accès douloureux peuvent survenir, peut contribuer à réduire les **répercussions affectives** éprouvées face à une douleur persistante.

Cette perspective dicte d'emblée d'inclure dans l'évaluation de la douleur la façon dont le patient vit sa maladie et les traitements qui y sont associés (médicamenteux et non médicamenteux), le sens attribué à l'expérience de la douleur, l'attitude et la compliance aux stratégies antalgiques, les manifestations observables en réaction à la douleur ou pour tenter de soulager cette douleur, les interactions avec les proches et le personnel soignant, les stratégies de coping privilégiées. Ces éléments sont appréhendés au moyen de **l'analyse fonctionnelle**.

L'approche cognitivo-comportementale met l'accent sur une **explication multifactorielle** et ne postule pas qu'une douleur rebelle persistante résulte de la contribution unique de facteurs psychologiques ⁽²⁾. Il s'agit au contraire d'éviter de stigmatiser le patient par une causalité univoque et de réinstaurer la possibilité d'une **implication personnelle** dans un parcours de soins qu'il peut parfois avoir l'impression de subir. Ceci permet en outre de renforcer le **sentiment d'efficacité personnelle**.

Cet accompagnement du patient ne fait pas l'impasse sur la contribution des **soignants** et des **proches** en leur permettant une proximité forte avec le projet thérapeutique. Les soignants deviennent détenteurs d'une explication acceptable sur la persistance d'une douleur pourtant médicalement prise en charge et vont pouvoir se doter de compétences alternatives (techniques de relaxation, stratégies de distraction de l'attention) par-

participant au soulagement. Il existe également une tendance visant à doter les infirmiers travaillant en soins palliatifs de compétences et d'outils issus de l'approche cognitivo-comportementale ⁽³⁾.

L'implication des proches, par l'information et l'éducation à certains soins et/ou procédures ainsi qu'aux besoins psychosociaux du patient selon les différentes phases de la maladie, peut contribuer à atténuer leur sentiment d'impuissance.

Conclusion

L'approche cognitivo-comportementale est largement plébiscitée et étayée dans le contexte de la douleur chronique non cancéreuse. Le contexte de soins palliatifs ne doit toutefois pas conduire à rejeter l'apport d'une approche psychologique de type cognitivo-comportemental dans l'évaluation et le traitement de la douleur. Le pari pris est celui d'impliquer activement les patients, les proches et les soignants, tout en individualisant la prise en charge.

Bibliographie

1. Mannix KA., Blackburn IM., et coll. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine* 20 (6) : 579-84.
2. Routier CP., Serra E., et coll. (2003). Le modèle comportemental et ses implications dans l'analyse de la douleur chronique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 13 (1) : 24-33
3. Cort E., Moorey S., et coll. (2009). Palliative care nurses' experiences of training in cognitive behaviour therapy and taking part in a randomized controlled trial. *International Journal of Palliative Nursing* 15 (6) : 290-8.

Autohypnose et « faim » de vie

Sébastien Baccus, Psychologue, CH Peltzer La-Tourelle et CHR Citadelle

L'hypnose comme méthode de gestion de la douleur est aujourd'hui de plus en plus utilisée : ses bienfaits ne sont plus à démontrer. Comme tout Liégeois qui se respecte, nous pensons immédiatement aux travaux sur l'hypnose et l'hypnosédation réalisés par le Docteur Faymonville. Bien que nous aborderons la thématique des douleurs liées à la fin de vie, nous n'approfondirons pas ici ce chapitre.

Avant d'aller plus loin, j'ai pour habitude de rappeler que l'hypnose n'existe pas ; il n'y a que de l'autohypnose ! L'hypnose est un phénomène naturel « aussi vieux que le monde » que nous utilisons tous quotidiennement. Par l'apprentissage de techniques d'induction hypnotiques et d'autosuggestions, l'hypnothérapeute aide le patient à tirer la quintessence de cet état modifié de conscience. Son rôle et ses qualités sont essentiels pour un enseignement et des résultats optimaux.

En « faim » de vie, les patients peuvent souvent se sentir démunis, douloureux ou sans

espoir. Au sein de cet état d'impuissance, il est important de leur rendre le contrôle de certains mécanismes. C'est dans ce sens, en complémentarité et dans le respect des modalités thérapeutiques déjà en cours, que l'apprentissage de l'autohypnose peut prendre sa place.

Tout commence par une rencontre entre deux personnes et par une anamnèse fouillée. Cette étape primordiale se doit d'être la plus complète possible et nécessite d'y consacrer du temps. Comme aimait le dire André Delchambre, l'un de mes formateurs : « Le thérapeute travaille avec ce qu'on lui apporte à manger ! », et je compléterai en affirmant que la gourmandise n'est pas toujours un vilain défaut ! Cette anamnèse constitue le moment idéal pour expliquer les phénomènes hypnotiques et aborder les (fausses) croyances qui y sont liées. C'est également le moment où le thérapeute repère les ressources et les résistances du patient, où il fixe des objectifs réalistes et où l'alliance thérapeutique prend racine. C'est ainsi qu'il est important d'expliquer que les symptômes, douloureux ou non, existeront toujours, car ils ont un rôle physiologique et une place dans l'histoire et le parcours du patient. C'est en acceptant la réalité du patient et en lui en faisant apercevoir d'autres que nous l'aiderons le mieux.

Lors de la première séance d'hypnose, le prin-



cipal effet recherché sera la détente musculaire. En effet, notre corps a souvent tendance à répondre aux agressions par une tension musculaire excessive et parfois constante. La simple (re)découverte de cette capacité de détente peut être, à elle seule, thérapeutique. C'est également lors de cette séance que nous demanderons au patient d'être particulièrement attentif à son déroulement afin qu'il puisse, par la suite, réaliser l'exercice seul. D'ailleurs, par l'analyse de ses essais et erreurs, nous l'aiderons à trouver le moyen d'induction adéquat et le meilleur chemin vers l'état modifié de conscience recherché.

Plus cet apprentissage commence « tôt » et est bien stimulé, plus les résultats pourront être intéressants. C'est un peu comme l'apprentissage de la marche chez l'enfant : il est long et bardé d'embûches, mais, surtout, il ouvre de multiples possibilités insoupçonnées une fois maîtrisé. Néanmoins, avant d'en arriver là, l'enfant doit prendre conscience de son corps, de ses possibilités et de ses limites.

À ce stade, il nous est déjà possible de placer différentes suggestions posthypnotiques. Celles-ci peuvent prendre la forme de métaphores ou de suggestions, ouvertes et indirectes, adaptées à la demande et au bien-être du patient. Elles peuvent être simplement illustrées par cette proposition : « Quand vous en aurez besoin... de manière consciente ou inconsciente... vous serez peut-être capable... de retrouver cet état de bien-être... ou une partie de celui-ci... pour réagir à l'une ou l'autre stimulation... ».

Nous serons également amenés à travailler plus spécifiquement sur l'un ou l'autre symptôme. Bien que le symptôme le plus souvent utilisé pour faire appel à l'hypnose soit la douleur, il serait utopique de croire que l'on ne travaille « que sur elle » ! En effet, comme nous le savons, la douleur a toujours des composantes affectives, sociales, psychologiques et sensorielles. Dans l'optique d'une réponse la plus personnalisée possible, ces composantes seront toujours intégrées au travail ; travail qui est perpétuellement adapté et en accord avec la demande, l'état physique et psychologique du patient. Pour qu'il soit

le meilleur possible, il est important qu'il se fasse aussi bien grâce à de l'autohypnose ou des autosuggestions que par l'intermédiaire de techniques thérapeutiques.

Le thérapeute plante de petites graines et l'éclosion de celles-ci peut amener de grandes et magnifiques choses. En effet, grâce à l'hypnose conversationnelle ou non, il n'est pas rare de constater des effets surprenants sans avoir à prononcer de longs discours. C'est ainsi que la diminution de l'anxiété, de la douleur ou l'augmentation du sentiment de contrôle, de même qu'une meilleure estime de soi et de ses capacités peuvent aider le patient et son entourage.

Toute maladie grave entraîne son lot de désagréments plus ou moins invalidants ou simplement désagréables. Cette période de la vie, la fin de vie, en ajoute de nouvelles ! Pour presque toutes les manifestations physiques (dyspnées, douleurs, nausées, insomnie...) et psychologiques (colère, agressivité, culpabilité, isolement...) qui l'accompagnent, l'hypnose peut apporter l'une des réponses opportunes ou une partie de celles-ci.

Dans le cheminement des soins palliatifs, l'hypnose peut permettre au patient de sortir d'une certaine fixation - sur la mort, ses douleurs ou ses craintes, de remettre en mouvement ce qui est figé, de se permettre de se surprendre, de faire des choix, de se sentir vivant, de faire face à l'inéluctable... Elle lui permet ainsi de (re)prendre un certain contrôle sur son physique et son psychique. Néanmoins, ceci passe assurément par la qualité du travail du thérapeute, du contexte psychosocio-culturel, mais surtout de la motivation et de l'assiduité du patient.

L'hypnose n'est jamais la panacée, mais toujours un panaché !

La gestion de la douleur dans les soins palliatifs pédiatriques

Docteur Nadine Francotte, Pédiatre, Onco-hématologue pédiatrique, et Mme Marie-Claire Schommer, Infirmière, CHC Espérance

Que ce soit brutalement ou après de longues années de maladie incurable, les enfants ne sont pas épargnés par la mort. Avec son cortège de souffrances indicibles pour les parents et leurs proches, la mort de l'enfant est au sommet de l'échelle de stress. A la différence du secteur adulte, les équipes pédiatriques ont préféré assurer la prise en charge de la maladie d'un bout à l'autre, via l'intervention d'infirmiers de liaison hospitaliers assurant la continuité entre l'hôpital et les services à domicile.

C'est dès le diagnostic que doivent se tisser la relation de confiance et le partenariat trian-



gulaire parents - enfants - soignants, base d'un accompagnement de qualité de l'enfant malade.

Qu'il s'agisse d'une évolution vers la guérison ou vers une fin de vie incluant dès lors des soins terminaux, les soins palliatifs pédiatriques se caractérisent par des soins continus, qui garantissent le fil conducteur et la qualité de prise en charge tout au long du parcours, quel que soit l'endroit où l'enfant est soigné. Cette philosophie semble d'autant plus importante que la frontière curative - palliative est floue chez l'enfant.

La souffrance physique et morale des enfants gravement malades est importante et se déverse sur leurs proches comme si eux-mêmes étaient atteints dans leur corps et dans leur moral.

Face à cette souffrance, que pouvons-nous faire ?

Au niveau de la souffrance physique, nous pouvons tenter de gérer les symptômes. Le plus important d'entre eux est la douleur. Sa prise en charge efficace implique trois étapes essentielles : un diagnostic rapide par une évaluation efficace / un soulagement par des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques / l'évaluation de l'efficacité et des effets secondaires du traitement et son adaptation continue.

Nous allons particulièrement insister sur l'évaluation, sans laquelle il n'y a pas de prise en charge de la douleur efficace. Elle consiste à dépasser les impressions et à rendre le plus objectif possible un phénomène subjectif.

Evaluer et communiquer permet :

- » de reconnaître précocement et de prendre en charge plus rapidement et plus efficacement la douleur,
- » d'évaluer l'efficacité du traitement antalgique mis en place et de l'adapter,
- » d'améliorer la qualité de la communication entre les professionnels de santé, les parents et l'enfant autour de la douleur,
- » d'engendrer une remise en question permanente de nos pratiques au quotidien.

L'évaluation de la douleur est un rôle spécifiquement infirmier. Les données récoltées par l'infirmier, par l'écoute des parents et de l'enfant, complétées par l'évaluation de la douleur au moyen d'une échelle et la discussion avec le médecin permettront une prescription d'un traitement antalgique en toute connaissance de cause.

Il est primordial d'intégrer les parents et l'enfant - s'il en a l'âge - dans le processus d'évaluation. Ils doivent être informés de notre philosophie de prise en charge et convaincus que leur avis sera entendu. Un climat de confiance doit être instauré pour permettre à chacun de s'exprimer sereinement. En effet, une bonne évaluation relève d'une communication de qualité entre les professionnels de la santé, l'enfant et ses parents.

L'utilisation d'échelles de douleur validées et fiables augmente l'objectivité de l'évaluation. L'enfant de 6 ans et plus est capable d'évaluer l'intensité de la douleur, et des échelles d'auto-évaluation, telles que l'EVA (échelle d'évaluation analogique) ou l'échelle des visages peuvent l'y aider. Soulignons que la maladie grave augmente souvent la maturité cognitive de l'enfant et qu'on peut envisager l'auto-évaluation chez des enfants plus jeunes (+/- 4ans).

Pour les enfants plus petits ou dont les capacités cognitives ne sont pas suffisantes, c'est aux soignants et aux parents de lire les signes qui indiquent qu'il y a une probabilité plus ou moins importante qu'une douleur est présente. Des échelles d'hétéro-évaluation fiables et validées ont été créées à cet effet. Quelques exemples : l'échelle EDIN (évaluation de la douleur du nouveau-né de 0 à 3 mois), EVENDOL (évaluation enfant douleur) de 0 à 7 ans au niveau des urgences, DEGR douleur en oncologie...

L'évaluation qualitative de la douleur pourra être réalisée par l'utilisation de schéma ou de différents questionnaires.

Au niveau du traitement pharmacologique, comme chez l'adulte, le fameux escalier de la douleur publié voici 20 ans par l'OMS demeure le point de départ de toute interven-

tion à visée analgésique : utilisation en paliers des analgésiques non opiacés (paracétamol, anti-inflammatoires ou stéroïdiens) suivis des analgésiques opiacés mineurs (tramadol, codéine) puis des opiacés majeurs (morphine, fentanyl, méthadone). Leur administration s'est trouvée simplifiée et améliorée par l'utilisation de pompes PCA (Patient Control Analgesia) et NCA (Nurse Control Analgesia).

De plus, les traitements adjuvants peuvent représenter un appoint : kétamine, benzodiazépines, clonidine, antispasmodiques. Enfin, les douleurs neuropathiques, importantes à détecter et parfois difficiles à traiter, seront soulagées par certains antidépresseurs et certains anticonvulsivants (Rivotril, Neurontin, Lamictal,...). Il est aussi souvent utile d'utiliser plusieurs antalgiques, étant donné que les douleurs de fin de vie sont souvent mixtes.

A côté du traitement pharmacologique, des moyens non-médicamenteux doivent compléter la prise en charge. Ces méthodes peuvent soulager à la fois la douleur et la souffrance morale (relaxation, hypnose, intervention des clowns relationnels, projets de vie au quotidien, positionnement...).

D'autres symptômes que la douleur sont susceptibles d'apparaître dans les dernières semaines de vie de l'enfant. En voici une liste non exhaustive accompagnée de pistes thérapeutiques :

- » anxiété : benzodiazépines, propofol, clonidine
- » dyspnée : O₂, aspirations, morphine, benzodiazépines, anti cholinergiques, bronchodilatateurs, diurétiques
- » faim, soif : gavage, solutés
- » nausées : métoclopramide, ondansétron
- » constipation : laxatifs, lavement
- » saignements : transfusions
- » convulsions : benzodiazépines, phénytoïne, barbituriques
- » fièvre : paracétamol, antibiotiques
- » confusion : neuroleptiques, midazolam, morphine.

Les souffrances ne sont pas seulement physiques, elles sont aussi morales ; les accompagner, c'est apprivoiser, être proche, à l'écoute, ouvrir un espace de disponibilité pour l'enfant et sa famille.

La question « faut-il parler de sa mort imminente ? » mériterait tout un chapitre. Disons seulement que le silence et le mensonge sont susceptibles d'ajouter de l'angoisse. L'enfant mourant se retrouve alors seul avec la mort qu'il sait là, près de lui, sans pouvoir en parler. C'est certainement, de tout ce qui peut arriver, ce qu'il y a de pire pour lui.

Les souffrances morales des parents, des frères et sœurs, des grands-parents, des compagnons de l'adolescent méritent notre vigilance et attention tout au long de la maladie, y compris après le décès de l'enfant malade.

En conclusion

Les soins et l'attention apportés par les équipes au symptôme « douleur » permettent d'optimiser la prise en charge de la douleur, et ce même avant qu'un diagnostic précis ne soit posé. L'évaluation systématique permet de montrer aux parents et aux enfants l'écoute des soignants par rapport à ce symptôme.

La collaboration pluridisciplinaire associant les nombreux partenaires de soins que sont les infirmiers, les kinésithérapeutes, les diététiciens, les éducateurs, les brancardiers, les bénévoles, les pharmaciens, les médecins et la famille permet une efficacité suffisante et quotidienne des attitudes antalgiques tout au long de la maladie.

Cette collaboration devient plus importante encore et prend davantage de sens dans l'accompagnement d'un enfant en fin de vie où il ne peut y avoir de prise en charge palliative correcte sans écoute, évaluation et traitement des douleurs.

Bibliographie

- « Les soins palliatifs pédiatriques sous la direction de Nago Humbert », édition de l'hôpital Sainte Justine 2004.
- Thiollier A.F et Wood c IMPACCT : « Recommandations pour les soins palliatifs pédiatriques en Europe » - Groupe de travail sur les soins palliatifs pédiatriques de l'association européenne de soins palliatifs (EAPC) Journal of palliative care 2007 vol 14, n° 3 : 109-114
- Collins JJ et al : « The measurement of Symptoms in Children with cancer » J Pain symptom manage 2000, 19 :363-373

La gestion de la douleur chez le patient âgé en soins palliatifs

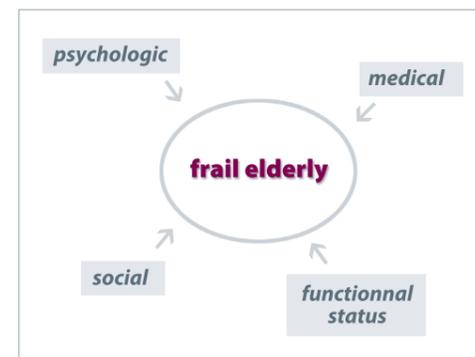
Docteur Nicolas Berg, Gériatre
Service de Gériatrie du Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye

Cet article est rédigé pour les lecteurs de cette revue : les techniques et bienfaits des soins palliatifs leur sont familiers. Les soins palliatifs et gériatriques ont plusieurs points communs, dont le plus important est l'accompagnement « global » du patient dans toutes ses dimensions. Il n'est donc mentionné ici que quelques éléments particuliers ou dont l'importance est grande chez les patients âgés.

Contexte des patients gériatriques : la fragilité

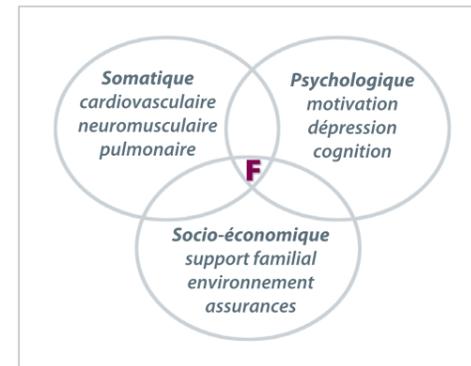
Lors de l'avancée en âge, l'une des caractéristiques majeures est l'apparition, variable selon les individus, d'une fragilité « gériatrique » qui peut se définir comme un syndrome observé chez les sujets âgés, non lié à une pathologie, mais dû à une réduction multisystémique des aptitudes physiologiques, limitant les capacités d'adaptation et d'anticipation au stress ou au changement d'environnement.

Une évaluation globale systématique s'avère indispensable dès lors chez tous les patients âgés à la recherche de signes d'éventuelle fragilité. Si un premier dépistage en montre, une évaluation spécifique des différentes sphères s'avère indispensable, en analysant



les contextes somatiques, psychiques et socio-environnementaux.

C'est la conjonction de ces trois éléments qui permet de déterminer le statut fonctionnel préalable et concomitant aux affections requérant des soins palliatifs.



Une autre particularité des patients âgés en phase « terminale » est l'origine de l'affection. Même si environ 25% des patients décèdent d'un cancer, la majorité meurent dans le décours d'affections chroniques cardiaques, pulmonaires, cérébrales, rénales... souvent intriquées. De nombreux patients décèdent avec des troubles de la communication et/ou souffrant de pathologies cognitives. Le grand âge implique une perception différente des symptômes tels que la douleur.

Déjà évoqué dans le numéro précédent de la revue « SoinsPalliatifs.be », il est évident qu'un raisonnement comparable est possible pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur. De multiples échelles d'évaluation de la douleur ont été précédemment détaillées et nous ne reviendrons pas sur cet aspect.

Accompagnement en fin de vie

L'accompagnement de personnes âgées en fin de vie est influencé par différentes particularités :

» L'avancée en âge n'entraîne pas de dégradation globale de l'état général ni des déficits spécifiques, et encore moins de la douleur. Bien entendu, les pathologies sont plus fréquentes au grand âge, mais



la normale reste d'être en bonne santé et sans douleur.

- » Plus spécifiquement, quand la douleur apparaît, les causes doivent toujours être recherchées et traitées au niveau de l'étiologie quand c'est possible.
- » Vu l'interférence constante des sphères somatiques, environnementales et psychiques, le traitement doit être global. La part des choses n'est pas toujours facile à déterminer.
- » L'évaluation gériatrique globale comporte de multiples échelles qui ne peuvent être détaillées ici. Cela permet d'aboutir à une meilleure prise en considération des différentes caractéristiques de la personne âgée, en intégrant aptitudes pour les actes de la vie quotidienne, capacités instrumentales, risque de chute, nutrition, algies, mobilité, fonctions cognitives... Toutefois, malgré un suivi médical aussi précis soit-il et une évaluation la plus exhaustive possible, établir des pronostics quant à la durée de vie d'un patient est souvent aléatoire. Il est alors quelque peu difficile

de déterminer une prise en charge ou un traitement qui serait spécifique aux derniers mois de la vie. Dans le cadre de patients âgés de type gériatrique, il n'y a pas toujours un signal net déterminant l'approche de la fin de vie.

- » Le traitement médicamenteux ne peut pas toujours faire disparaître toute douleur. En effet, il est toujours possible d'accroître au niveau médicamenteux l'intensité des soins et, si nécessaire, de monter dans les différentes classes thérapeutiques, mais vu la fragilité extrême des patients, les effets secondaires sont extrêmement fréquents et, parfois, les inconvénients de ceux-ci l'emportent sur le fait d'avoir mal. Parfois, un patient âgé préférera continuer à avoir quelques douleurs, même importantes, plutôt que d'avoir des nausées ou souhaitera rester plus éveillé et lucide, quitte à avoir un peu mal, plutôt que d'être endormi par une dose suffisante de morphine du point de vue antalgique. Ces données sont bien entendu vraies à tout âge, mais étant donné la plus

grande fragilité des personnes âgées, ces effets secondaires sont beaucoup plus vite atteints.

Traitement

CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES CONCERNANT L'USAGE DES MÉDICAMENTS

- » Les principes généraux du suivi médicamenteux des patients restent les mêmes. Bien entendu, il y a toujours les trois paliers classiques de l'OMS.
- » Le premier médicament de choix reste le paracétamol et, dans ce cas, il ne faut pas hésiter à prévenir un maximum de douleurs en donnant rapidement de hautes doses de paracétamol.
- » Un traitement anti-inflammatoire stéroïdien peut bien entendu aider à l'analgésie, mais est à manipuler avec prudence vu le risque de dégradation rapide de la fonction rénale ou du risque hémorragique.
- » Les opioïdes de faible intensité sont un complément intéressant mais induisent déjà très rapidement des effets secondaires dont la confusion est souvent le premier signe.
- » Au niveau des opioïdes forts, un traitement plus spécifique doit bien entendu être apporté en fonction de la nature précise de la douleur et, pour rappel, un traitement étiologique de la douleur doit toujours être privilégié dans la mesure du possible.

ANTALGIE PAR TECHNIQUES SPÉCIFIQUES ET SUIVI NON MÉDICAMENTEUX

Il existe différents traitements et accompagnements de personnes âgées en fin de vie qui permettent d'améliorer le confort et le bien-être du patient.

Toute technique à visée antalgique mérite d'être envisagée, réfléchi et mise en place en fonction du patient : infiltration péri-rachidienne ou bloc d'anesthésie radiculaire périphérique, soins de physiothérapie (massage, ultra-sons, fango...), application de patch de lidocaïne...

Un soutien particulièrement intensif de l'en-

tourage, familial ou professionnel, s'avère être une aide efficace non seulement pour cet accompagnant mais également, indirectement et de manière significative, pour la personne âgée prise en charge. Lors du suivi de patients du quatrième âge, les membres de l'entourage familial sont souvent déjà eux-mêmes âgés et fragiles.

Conclusions

Le but de cet article n'est évidemment pas de passer en revue tous les acquis et techniques antalgiques applicables en soins palliatifs, mais plutôt de montrer quelques spécificités du patient fort âgé.

Comme toute personne, un patient âgé en fin de vie a droit à des soins de qualité. L'avancée en âge induit des difficultés complémentaires, à savoir une fragilité, des antécédents variables et souvent une poly-pathologie. Cela donne un tableau souvent complexe rendant tout pronostic sur la durée exacte de vie résiduelle assez impossible. Très souvent, des patients décèdent sans qu'on ait pu déceler trois mois auparavant qu'ils allaient entrer dans leur phase dite « terminale ». L'inverse est également vrai : des patients réputés comme « cas désespérés » sortent souvent vivants de l'hôpital et en marchant. Il est donc parfois difficile et périlleux de se dire que l'on se trouve face à des patients en fin de vie.

Sur le plan médicamenteux, il n'y a pas d'étude scientifiquement tout-à-fait irréprochable et, bien entendu, on se trouve en dehors des cadres de l'Evidence Based Medicine. Réaliser des études en double aveugle dans cette population est évidemment fort difficile et éthiquement discutable.

La médecine doit apporter toutes ses compétences à la gestion de la douleur des patients âgés en fin de vie, mais elle a aussi ses limites tant sur le plan du pronostic que sur le plan thérapeutique. Reconnaître les limites est une sagesse qui permet d'ouvrir d'autres horizons.

Chez ces patients âgés fragilisés, la douleur peut également être partiellement amendée

en cas d'un environnement adapté à l'ensemble de la multi-pathologie. La prise en charge des facteurs diminuant ou augmentant la tolérance à la douleur mérite également d'être considérée.

C'est dans ce contexte que, en fonction de l'historique du patient, quelques éléments de base peuvent être proposés et adaptés à ses souhaits et à son état.

Bibliographie

- Kuehm B.M. : New Pain Guideline for Older Patients. *Jama* July 1, 2009 Vol 302, N°1 19
- Formul R info année 16 N°4 septembre 2009 29-36
- Arcand M. Soins de fin de vie. Précis pratique de gériatrie. 3^e édition (2008) Edisem Maloigne 1233-1252
- Haond P. Soins en fin de vie chez les patients âgés. Gériatrie. 2^e édition Masson 725-729



GESKINé
ELITE mobile.
Classic.
ELITE*
Basé sur le GESKINé ELITE et développé spécialement pour les institutions de soins
Hospi

Programme labellisé *

permet l'obtention du subsidé annuel à l'informatisation.

Version client-serveur couvrant tous les soins dispensés en 'M' et en 'K'

Passerelles possibles depuis les données saisies à l'accueil (données patients) mais aussi vers le service comptable de l'institution (tarification centralisée)

Gestion agenda du service physio avec gestion de présence effective des "médecins tarificateurs"

...

Tous nos programmes répondent aux normes des registres informatiques sur CD

ON A LU POUR VOUS

La Plate-forme de Charleroi est heureuse de vous faire découvrir un jeune artiste jongleur. Son oeuvre se réalise, entre autres, au travers la mise en scène artistique d'un livre pour enfants «Le canard, la mort et la tulipe» de Wolf Erlbruch.

Étant donné la motivation et l'enthousiasme de cet artiste, nous voulions partager avec vous son projet. Qui mieux que lui peut susciter l'envie chez le lecteur. Nous vous laissons découvrir...

Le canard, la mort et la tulipe

» de Wolf Erlbruch (traduit de l'allemand par Danièle Ball) - Editions La Joie de Lire, 2007.

Il n'avait rien d'extraordinaire. Il avait des ailes, des plumes, un long cou, un bec, des petites pattes palmées. C'était un canard, ni col vert, ni front blanc, ni sif-flour, un canard, c'était tout, et ce n'était déjà pas rien. Une vie de canard, ça n'avait pas l'air très rock'n'roll : tantôt marcher au milieu des herbes et contem-pler les fleurs, tantôt nager à l'étang, le bec sous l'eau, tantôt dormir, et puis manger. C'était plutôt calme, comme un nénuphar. Même si sa vie n'était pas très spectaculaire, le canard y tenait. Il tenait aussi à son bec, à ses plumes, aux fleurs et à l'étang.

On aurait dit une grand-mère. Ou une petite fille. Ou une institutrice ; avec sa robe à carreaux, son manteau à carreaux et ses gants noirs. Sa grosse tête était un peu effrayante, surtout ses yeux et son nez, qui étaient des trous. Sa bouche ? Étrangement souriante. Elle était plus petite que le canard. En taille. Elle portait une tulipe noire dans ses mains, très belle. Elle était là depuis longtemps, mais le canard ne l'avait pas encore remarquée.

Après un étrange pressentiment, il tourna la tête : « Qui es-tu ? »

Elle dit : « Je suis la mort ».

Le canard n'en douta pas une seconde.

Une fois dissipé l'effroi, il la questionna (elle ne savait pas grand chose), l'em-mena à l'étang (un peu trop humide pour elle), la suivit dans un arbre (on a de drôles d'idées, en hauteur). Il s'accommoda de son étrange présence. Il vécut ... avec elle dans les parages.

Quand il frissonna pour la première fois, elle lui prit les mains. Il voulait qu'elle le réchauffe.

Avec 'Le canard, la mort et la tulipe', Wolf Erlbruch met en scène une vision se-reine de la mort, qui prend le contre-pied d'un discours classique volontiers dramatisant. Le canard, la mort et la tulipe n'est en rien une oeuvre angoissante. Pour autant, elle n'évite pas les questions complexes liées à la mort - que ce soit celle de l'absence, de la permanence, de l'immanence, ou celle d'un éventuel au-delà.

Une combinaison entre un style d'une grande sobriété et un propos d'une grande profondeur font de 'Le canard, la mort et la tulipe' un album de référé-rence, tant pour les libraires que pour les pédagogues ou les psychologues.



Nous signalons la création de 'Tout est qui finit', spectacle à destination du jeune public (à partir de 8 ans), adaptation de 'Le canard, la mort et la tulipe', par La compagnie du talon (Liège - Belgique) et La Nef du Fou (Montrouge - France).

La force du livre de Wolf Erlbruch est d'évoquer le sujet sensible qu'est la mort avec une grande simplicité, sans tabou ni pathos, en rappelant que la mort est inséparable de la vie et qu'il est plus sage d'en apprivoiser l'idée que d'en dénier l'évidence.

Le jongleur Pierre-Nicolas Bourcier, le musicien Clovis Ferdeus et la metteuse en scène Claire Nanty ont souhaité créer dans le même esprit un spectacle sans parole, destiné à nourrir à la fois l'imaginaire et la réflexion des jeunes specta-teurs - et des adultes qui les accompagnent - à l'égard d'une réalité qui nous trouve trop souvent démunis.

«Tout est qui finit» est en cours de création, et sera diffusé, à partir de l'au-tomme 2010, en Belgique et en France, aussi bien dans les réseaux théâtraux que médico-sociaux, socio-culturels, dans les écoles, les bibliothèques et dans tout lieu donnant sens à la représentation d'une pièce sur le thème de la mort.

Informations :

» POUR LA BELGIQUE

La compagnie du talon

Pierre-Nicolas Bourcier

Rue du Snapeux, 71 - 4000 LIEGE

Tél. : 0032 (0)4 93 66 92 67

E-mail : lacompagniedutalon@gmail.com

» POUR LA FRANCE

La Nef du Fou

Ludovic Fresse

7, rue de Saisset

92120 MONTROUGE

Tél. : 0033 (0)9 53 60 95 96

La communication : un enjeu pour tous !



Lors de son colloque du 17/11, l'ARCSPHO a présenté un dossier de liaison informatisé, qui servira à informer les soignants de la situation du patient au moment de son transfert (hôpital=>domicile), et que vous trouverez bientôt sur www.soinspalliatifs.be. Cette journée aura vu différents orateurs se succéder : les personnes ayant collaboré au projet, mais aussi des personnalités extérieures.

« Communiquer pour une collaboration harmonieuse »

Jean-Michel Longneaux, philosophe chargé de cours au FUNDP, conseiller en éthique dans le monde de la santé et rédacteur en chef de la revue *Ethica Clinica*, a expliqué que communiquer pour viser l'harmonie, cela ne va pas forcément de soi. D'une part, la communication dans le champ professionnel risque d'avoir aujourd'hui d'autres motivations que celle de l'harmonie. D'autre part, parfois, même à grands renforts de communication, l'harmonie n'est jamais atteinte ! Durant une heure, le philosophe ouvrira des pistes en développant sa réflexion en ce qui concerne la communication et l'harmonie dans le monde médical. Il énoncera les obstacles à une bonne communication, comme les discours technique, économique et juridique, qui ne laissent que peu de place à la dimension émotionnelle vécue par les soignants, et qui brident la communication. Jean-Michel Longneaux abordera également sa manière de tendre vers l'harmonie, en développant le concept de la solitude assumée. C'est sous de vifs applaudissements et face à un public conquis que M. Longneaux quittera l'estrade.

« Communiquer pour mieux soigner »

Le docteur Hélène Sarramagnan, médecin de l'unité de soins palliatifs des Cliniques du Sud Luxembourg, a expliqué, à travers toute une série d'anecdotes, la difficulté de relater la réalité du terrain via un logiciel. « *Les encodages ne tiennent pas compte du facteur bonheur : à quand l'unité de mesure « litre de bonheur distribué » ?* », explique-t-elle avec humour. Le docteur a aussi affirmé que les statistiques issues de ce logiciel n'étaient pas forcément exactes tant il est compliqué de catégoriser certaines activités. Elle a également montré son enthousiasme par rapport au dossier de liaison : elle espère qu'il pourra faciliter la communication et économiser de très nombreuses minutes passées au téléphone entre les différents soignants. Le docteur Sarramagnan, spontanée et visiblement passionnée par son métier, aura réussi à conquérir son auditoire par son exposé étonnant, étayé de cas concrets.

Une journée qui, à travers des orateurs de qualité, aura permis à l'auditoire de comprendre le fonctionnement du dossier de liaison, mais aussi d'en saisir les enjeux.

Manon Le Boulengé pour l'Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental

FEVRIER 2011

05/02/2011

SYMPOSIUM

Vivre à domicile : les limites du possible

- » Lieu : IPES de Huy
- » Organisé par l'ACH – Aide coordonnée en Hesbaye
- » Renseignements : tél. 085 71 44 87 ou Email : ach.coordination@skynet.be

10/02/2011

JOURNÉE D'ÉTUDE

La douleur

3^{ème} journée d'algologie organisée par l'ACN (Association belge des praticiens de l'art infirmier) et la Belgian Pain Society.

- » Lieu : Centre Espace Meeting Européen, rue des Français, 147 à 6020 Charleroi
- » Horaire : de 8h30 à 16h30
- » Renseignements et inscriptions : ACN, avenue Hippocrate, 91 à 1200 Bruxelles – tél. 02 762 56 18 – Fax 02 772 52 19 - Email : formations@infirmieres.be
- » Site Internet : <http://www.infirmieres.be>

MARS 2011

11 et 12/03/2011

CONFÉRENCE

Continuous sedation at the end of life : ethical perspectives

Conférence organisée par le 'Bioethics Institute Ghent' et l'Université de Gand, parrainée par l'EAPC

- » Lieu : Ghent Marriott Hotel à Gand
- » Renseignements et inscriptions : Kasper Raus – tél. 00329 264 39 72 – Email : Kasper.Raus@UGent.be
- » Site Internet : <http://www.cs.ugent.be/>

MAI 2011

05/05/2011

JOURNÉE D'ÉTUDE

Accompagner l'enfant malade et sa fratrie

Journée d'étude organisée par l'ACN (Association belge des praticiens de l'art infirmier).

- » Lieu : Centre Culturel d'Ottignies, avenue des Combattants, 41 à 1340 Ottignies
- » Horaire : de 8h30 à 16h30
- » Renseignements et inscriptions : ACN, avenue Hippocrate, 91 à 1200 Bruxelles – tél. 02 762 56 18 – Fax 02 772 52 19 - Email : formations@infirmieres.be
- » Site Internet : <http://www.infirmieres.be>

18 -> 21/05/2011

CONGRES EAPC

Palliative care reaching out – 12^{ème} Congrès de l'EAPC – Association européenne de soins palliatifs

- » Lieu : Lisbonne
- » Renseignements : European Association for Palliative Care, EAPC Onlus – Istituto Nazionale dei Tumori – 21133 Milano – Italy
- » Personnes de contact : Heidi.Blumhuber@istitutotori.mi.it et Amelia.Giordano@istitutotori.mi.it
- » Site Internet : <http://www.eapcnet.org>

JUIN 2011

28 -> 30/06/2011

CONGRES

A la rencontre de nos diversités – 1^{er} congrès international francophone d'accompagnement et de soins palliatifs

Le thème choisi pour ce congrès « A la rencontre de nos diversités » s'impose naturellement pour ce premier rendez-vous francophone, il fait également suite aux réflexions des congrès nationaux français récents : Acquis défis, Du concept aux réalités.

La diversité des cultures, des organisations et des pratiques sera source d'échanges et d'enrichissement mutuel tant au niveau scientifique que culturel.

- » Lieu : Centre de Congrès de Lyon
- » Programme et renseignements pratiques dans le prochain numéro

La formation continue en soins palliatifs

Cursus proposé par les Plates-formes de soins palliatifs de Wallonie

L'agenda des formations

INFORMATION

■ Les Plates-formes de Charleroi, Mons, Wavre, Namur, Luxembourg et Verviers

organisent à votre demande (avec possibilité au sein de votre institution), une **séance d'information générale en soins palliatifs** (durée : 2h).

Rens. et inscriptions auprès de la plate-forme : coordonnées au dos de la revue.

SENSIBILISATION

■ Les Plates-formes de Charleroi, Mons, Luxembourg et Verviers

organisent des **modules de sensibilisation** en fonction de la demande.

Rens. et inscriptions auprès de la plate-forme : coordonnées au dos de la revue.

■ Reliance ASBL – Plate-forme de Mons

organise des **sensibilisations aux soins palliatifs**

« Sensibilisation 2011/n°1 »

- » Public cible : infirmier domicile ou institution
- » Dates : les lundis 02/05, 23/05, 30/05, 20/06,

27/06 et 10/10/2011

- » Horaire : de 13h à 16h
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy

« Sensibilisation 2011/n°2 »

- » Public cible : aide familiale / aide soignante
- » Dates : les jeudis 19/05, 26/05, 09/06, 16/06, 23/06 et 06/10/2011
- » Horaire : de 13h à 16h
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Gratuit pour l'aide familiale

« Sensibilisation 2011/n°3 » - NOUVEAUTE

- » Public cible : agent d'entretien et de nettoyage – MRS/MRPA
- » Dates : les vendredis 04/02, 11/02, 18/02 et 25/02/2011
- » Horaire : de 14h à 16h
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy

Rens. et inscriptions par tél. (065 36 57 37), fax (065 36 57 39) ou mail (reliance@belgacom.net)

■ ARCSPHO – Plate-forme de Tournai

organise un module de sensibilisation à l'approche palliative

« Sensibilisation code 11.1 »

- » Public cible : aides soignants, aides familiales et gardes à domicile
- » Durée : 4 modules de 4 heures, soit 16 heures

- » Dates : à partir d'avril 2011
- » Lieu : Tournai

Cette sensibilisation donne accès à une formation de base en soins palliatifs de 40 heures.

Rens. et inscriptions par tél. (069 22 62 86), fax (069 84 72 90) ou mail (arcspho@skynet.be)

■ Pallium – Plate-forme du Brabant wallon

organise, à la demande, des **modules de sensibilisation** (de 3 à 5 après-midi durant 3 heures) à destination du personnel soignant des maisons de repos de la province (groupe de 10 à 15 personnes).

Rens. et inscriptions par tél. (010 84 39 61) ou mail (bruno.darms@palliatifs.be)

■ L'ASPPN – Plate-forme de Namur

organise des **sensibilisations aux soins palliatifs** pour le personnel des MR-MRS

« SB-MR-I »

- » Public cible : pluridisciplinaire (personnel des MR-MRS)
- » Durée : 6 modules de 3 heures, soit 18 heures
- » Intervenants : E. Vermeer, infirmier spécialisé en SP, Dr A.-F. Chapelle, P. De Bontridder, psychologue, un(e) infirmier(ière) de l'Equipe de soutien
- » Dates : les jeudis 13/01, 20/01 et 27/01 et les mardis 01/02, 08/02 et 15/02/2011 – Dates à confirmer. Contacter l'ASPPN
- » Lieu : Foyer Sainte Anne, rue du Belvédère, 44 à 5000 Namur

« SB-MR-II »

- » Public cible : pluridisciplinaire (personnel des MR-MRS)
- » Durée : 6 modules de 3 heures, soit 18 heures
- » Intervenants : E. Vermeer, infirmier spécialisé en SP, Dr A.-F. Chapelle, P. De Bontridder, psychologue, un(e) infirmier(ière) de l'Equipe de soutien
- » Dates : les jeudis 17/02, 24/02 et 03/03 et les mardis 08/03, 15/03 et 22/03/2011 – Dates à confirmer. Contacter l'ASPPN
- » Lieu : Foyer Sainte Anne, rue du Belvédère, 44 à 5000 Namur

organise une **sensibilisation aux soins palliatifs** pour les aides familiales

« SB-AF-IV »

- » Public cible : aides familiales
- » Durée : 4 modules de 4 heures, soit 16 heures
- » Intervenants : E. Vermeer, infirmier spécialisé en SP, P. De Bontridder, psychologue, un(e) infirmier(ière) de l'Equipe de soutien
- » Dates : jeudi 20/01, lundi 24/01, jeudi 03/02 et lundi 07/02/2011 – Dates à confirmer – Contacter l'ASPPN
- » Lieu : à déterminer.

Rens. et inscriptions par tél. (081 43 56 58), fax (081 43 56 27) ou mail (aspn@skynet.be).

■ La Plate-forme de Liège

organise une **sensibilisation aux soins palliatifs** pour le personnel des MR-MRS

« Sensibilisation 11.1 »

- » Durée : 4x3 heures soit 12 heures
- » Opérateur : Cancer et Psychologie asbl
- » Dates : 17/02, 24/02, 03/03 et 17/03/2011
- » Lieu : Résidence N-D de Huy (ACIS), Avenue de la Croix-Rouge, 1 à 4500 Huy

Rens. et inscriptions par tél. (04 342 35 12), courrier ou mail (liege@palliatifs.be).

FORMATION DE BASE

■ La Plate-forme de Charleroi

organise des **formations de base** en soins palliatifs

« Formation de base AF – session 1 »

- » Public cible : aides familiales du domicile
- » Durée : 6 journées + 1 journée douleur et confort
- » Dates : 18/01, 25/01, 03/02, 08/02, 15/02 et 22/02/2011

« Formation de base AF – session 2 »

- » Public cible : aides familiales du domicile
- » Durée : 6 journées + 1 journée douleur et confort
- » Dates : 01/03, 15/03, 22/03, 29/03, 05/04 et 28/04/2011

« Formation de base MR/MRS »

- » Public cible : intervenants des MR/MRS
- » Durée : 6 journées + 1 journée douleur et confort
- » Dates: 08/02, 28/02, 24/03, 05/04, 12/05 et 26/05/2011

Rens. et inscriptions par tél./fax 071 92 55 40, courrier ou mail (soinspalliatifs@skynet.be)

■ Reliance ASBL – Plate-forme de Mons

organise des **formations de base en soins palliatifs**

« Formation de base 2011/1 »

- » Public cible : infirmier domicile ou institution
- » Pré-requis nécessaire : avoir participé à une sensibilisation en soins palliatifs
- » Dates : les mercredis 12/01, 09/02, 02/03, 23/03, 06/04, 04/05 et 18/05/2011
- » Horaire : de 9h à 16h
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy

« Formation de base 2011/2 »

- » Public cible : aide familiale ou aide soignante
- » Pré-requis nécessaire : avoir participé à une sensibilisation en soins palliatifs
- » Dates : les mercredis 23/02, 16/03, 30/03, 27/04, 11/05, 25/05 et 08/06/2011
- » Horaire : de 9h à 16h
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Gratuit pour l'aide familiale (maximum 15 personnes)

« L'approfondissement en soins palliatifs 2011 »

- » Public cible : aide familiale du domicile ou aide soignante des MRPA/MRS
- » Pré-requis nécessaire : avoir participé à une sensibilisation en soins palliatifs
- » Dates : les jeudis 24/03, 07/04, 28/04 et 12/05/2011
- » Horaire : de 13h à 16h30
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Gratuit pour l'aide familiale

Rens. et inscriptions par tél. (065 36 57 37), fax (065 36 57 39) ou mail (reliance@belgacom.net)

■ L'ASPPN – Plate-forme de Namur

organise une **formation de base tout public**

« FB-MOD 1 à 7 »

- » Public cible : Tout public
- » Durée : 7 modules de 8 heures, un module tous les quinze jours
- » Intervenants : P. Mathieu, juriste, P. De Bontridder, I. Houbart, K. Hargot, psychologues, A.-F. Chapelle, médecin spécialisé en soins palliatifs, F. Dachelet, infirmière EMSP...
- » Dates : Les mardis 11/01, 25/01, 08/02, le jeudi 24/02 et les mardis 08/03, 22/03 et 05/04/2011
- » Lieu : CHR de Namur

Rens. et inscriptions par tél. (081 43 56 58), fax (081 43 56 27) ou mail (aspn@skynet.be).

■ Les Plates-formes de Liège et Verviers

organisent des **formations de base**

« Base 11.1 »

- » Public cible : infirmier(ère)s
- » Durée : 5 journées de 8 heures soit 40 heures
- » Opérateur : CPSE asbl (Cours de promotion sociale)
- » Dates : les 13/01, 20/01, 27/01, 03/02 et 10/02/2011
- » Lieu : CPSE, Rue des Fortifications, 25 à 4030 Grivegnée

« Formation de base en soins palliatifs en maison de repos, un travail en équipe pour l'accompagnement du résident en fin de vie »

- » Public cible : personnel des MR-MRS
- » Durée : 7 journées de 6 heures soit 42 heures
- » Horaire : de 9 à 12h et de 13 à 16h
- » Dates : 04/03, 18/03, 21/03, 01/04, 08/04, 29/04 et 16/06/2011
- » Lieu : Plate-forme de Verviers, rue Lucien Defays, 113 à 4800 Verviers
- » Coordonnées : 087 23 00 16 – verviers@palliatifs.be

Rens. et inscriptions par tél. (04 342 35 12), courrier, ou mail (liege@palliatifs.be).

FORMATION SPECIFIQUE

■ Reliance ASBL – Plate-forme de Mons

organise des **formations spécifiques**

- » Public cible : soignants du domicile ou personnel des MRPA/MRS

Module 2011/1 - « L'annonce d'une mauvaise nouvelle »

- » Date : le lundi 21/02/2011
- » Horaire : de 13h45 à 16h15
- » Formatrice : Sophie Derval, psychologue
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Maximum 15 personnes

Module 2011/2 - « Morphine et antidouleurs »

- » Date : le mardi 22/03/2011
- » Horaire : de 8h45 à 12h15
- » Formatrices : Danielle Mahieu, infirmière-formatrice et Dr Phuong Vien Nguyen, médecin
- » Lieu : Observatoire de la Santé, Rue Saint-Antoine, 1 à 7021 Havré
- » Maximum 30 personnes

Module 2011/3 - « Famille, aidant proche ... une ressource naturelle dans le contexte des soins palliatifs »

- » Date : le lundi 04/04/2011
- » Horaire : de 13h45 à 16h15
- » Formatrice : Sophie Derval, psychologue
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Maximum 15 personnes

Module 2011/4 - « En tant que soignant, comment faire face à l'agressivité du patient et de sa famille ? »

- » Date : le jeudi 05/05/2011
- » Horaire : de 13h45 à 16h15
- » Formatrice : Sophie Derval, psychologue
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Maximum 15 personnes

Module 2011/5 - « Le rite funéraire, une nécessité pour le soignant »

- » Date : le mercredi 15/06/2011
- » Horaire : de 13h45 à 16h15
- » Formatrice : Sophie Derval, psychologue
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Maximum 15 personnes

Module 2011/6 - « Connaître la personne démentement pour mieux la comprendre »

- » Date : le jeudi 29/09/2011

- » Horaire : de 13h45 à 16h15
- » Formatrice : Sophie Derval, psychologue et Danielle Mahieu
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Maximum 15 personnes

Module 2011/7 - « Comment déceler la douleur chez une personne démentement ? »

- » Date : le jeudi 27/10/2011
- » Horaire : de 13h45 à 16h15
- » Formatrice : Sophie Derval, psychologue et Danielle Mahieu
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Maximum 15 personnes

Module 2011/8 - « Mieux comprendre les démarches à réaliser lors d'un décès »

- » Date : le mardi 22/11/2011
- » Horaire : de 14h à 16h30
- » Formatrice : Murielle Konen, assistante sociale
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Maximum 15 personnes

Module 2011/9 - « Le travail en équipe en soins palliatifs ou comment mieux communiquer pour mieux travailler ensemble ? »

- » Date : le jeudi 16/12/2011
- » Horaire : de 13h45 à 16h15
- » Formatrice : Sophie Derval, psychologue et Danielle Mahieu
- » Lieu : Reliance, Rue des Viaducs, 137 A à 7020 Nimy
- » Maximum 15 personnes

organise **à la demande** une **information spécifique pour le résident - NOUVEAUTE**

- » Public cible : le résident des MRPA/MRS

Module d'information spécifique (Info-Loi) pour le résident des MRPA et MRS

- » Durée : 2 heures
- » Date : à convenir avec la formatrice en fonction des disponibilités
- » Formatrices : assistante sociale et psychologue
- » Lieu : au sein de votre institution

Rens. et inscriptions par tél. (065 36 57 37), fax (065 36 57 39) ou mail (reliance@belgacom.net)

■ Des milliers de ballons pour soutenir les soins palliatifs !

Le samedi 9 octobre s'est déroulée la Journée mondiale des soins palliatifs sur le thème du partage du soin. Votre présence, celle de nombreuses associations et le soleil ont fait de cette journée une merveilleuse réussite !

Quelques photographies prises à Bastogne, Liège et Mons illustrent la convivialité et la bonne humeur qui régnaient lors de cette manifestation.

Toutes les photos sont disponibles sur le site de la FWSP à l'adresse suivante : <http://www.soinspalliatifs.be/journee-mondiale-2010-vie-en-vol.html>



Coordonnées des plates-formes et des équipes de soutien

Hainaut

- ARCSPHO - Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental**
Chaussée de Renaix, 140 • 7500 Tournai •
☎ 069 22 62 86 - ☎ 069 84 72 90 • arcspho@skynet.be

Equipe de soutien - ARCSPHO

Chaussée de Renaix, 140 • 7500 Tournai •
☎ 069 22 62 86 - ☎ 069 84 72 90 • arcspho@skynet.be

- Reliance - Association régionale des soins palliatifs de Mons-Borinage, la Louvière, Soignies**
Rue des Viaducs, 137 A • 7020 Nimy • ☎ 065 36 57 37
- ☎ 065 36 57 39 • reliance@belgacom.net

Equipe de soutien - Reliance

Rue des Viaducs, 137 A • 7020 Nimy • ☎ 065 36 57 37
- ☎ 065 36 57 39 • reliance@belgacom.net

- Plate-Forme de Concertation en Soins Palliatifs du Hainaut oriental**
Espace Santé • Boulevard Zoé Drion, 1 • 6000 Charleroi
• ☎ 071 92 55 40 - ☎ 071 92 55 40 •
soins.palliatifs@skynet.be

Equipe de soutien - Aremis Charleroi - Sud Hainaut

Espace Santé • Boulevard Zoé Drion, 1 • 6000 Charleroi
• ☎ 071 48 95 63 - ☎ 071 48 60 67 •
aremis.charleroi@freeworld.be



Equipe de soutien - Au fil des Jours

Avenue Nestor Martin, 59 • 6870 St Hubert •
☎ 061 28 04 66 - ☎ 061 23 12 11 •
valerie.vandingenen@mutsoc.be

Equipe de soutien - Accompagner

Route de Houffalize, 1 • 6600 Bastogne •
☎ 061 21 26 54 - ☎ 061 21 75 59 •
accompagner@swing.be

Brabant wallon

- Pallium - Plate-forme de Concertation en Soins Palliatifs du Brabant wallon**
Av. Henri Lepage, 5 • 1300 Wavre • ☎ 010 84 39 61 -
☎ 010 81 84 09 • pallium@palliatifs.be

Equipe de soutien - Domus

Av. Henri Lepage, 5 • 1300 Wavre • ☎ 010 84 15 55 -
☎ 010 81 84 09 • info@domusasbl.be

Namur

- Association des Soins Palliatifs en Province de Namur**
Rue Charles Bouvier, 108 • 5004 Bouge •
☎ 081 43 56 58 - ☎ 081 43 56 27 • aspn@skynet.be

Equipe de soutien - l'Association des Soins Palliatifs en Province de Namur

Rue Charles Bouvier, 108 • 5004 Bouge •
☎ 081 43 56 58 - ☎ 0496 21 41 42 - ☎ 081 43 56 27 •
es.aspn@skynet.be

Luxembourg

- Plate-forme de Concertation en Soins Palliatifs de la Province du Luxembourg**
Rue Victor Libert, 45 • 6900 Marche-en-Famenne •
☎ 084 43 30 09 - ☎ 086 21 85 29 •
denise.borzee@skynet.be

Liège

- Plate-forme des Soins Palliatifs en Province de Liège**
Boulevard de l'Ourthe, 10-12 • 4032 Chênée •
☎ 04 342 35 12 - ☎ 04 342 90 96 • liege@palliatifs.be

Equipe de soutien - Delta

Boulevard de l'Ourthe, 10-12 • 4032 Chênée •
☎ 04 342 25 90 - ☎ 04 342 57 78 • info@asbldelta.be

- Plate-forme de Soins Palliatifs de l'Est francophone**
Rue Lucien Defays, 113 • 4800 Verviers •
☎ 087 23 00 16 - ☎ 087 22 54 69 •
verviers@palliatifs.be

Equipe de soutien - Plate-forme de Soins Palliatifs de l'Est francophone

Rue Lucien Defays, 113 • 4800 Verviers •
☎ 087 23 00 10 - ☎ 087 22 54 69 •
verviers.equipesoutien@palliatifs.be

- Palliativpflegeverband - der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Hufengasse, 65 • 4700 Eupen • ☎ 087 56 97 47 -
☎ 087 56 97 48 • palliativ.dg@skynet.be

Equipe de soutien - Palliativpflegeverband - Der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Hufengasse, 65 • 4700 Eupen • ☎ 087 56 97 47 -
☎ 087 56 97 48