

# contact

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

N°153

TRIMESTRIEL • 39<sup>E</sup> ANNÉE • HIVER 2018

Édition de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile • Av. Adolphe Lacomblé 69-71, bte 7 • 1030 Bruxelles • N° d'agrégation : P. 304027 - Bureau de dépôt : Liège • photo couverture : Shutterstock



DOSSIER

## Soins palliatifs & communication

PREMIER ÉCHELON  
Le délégué  
à la protection  
des données



**AIDE & SOINS  
A DOMICILE**

Partenaire Mutualité chrétienne



## Être ou ne pas être un leader infirmier

Brice Many, ancien Directeur Général de la FASD

Aujourd'hui, les leaders dans le système de santé sont identifiés : les médecins au niveau des professions, les hôpitaux au niveau des institutions. Pourtant, la réalité du système de santé donne aujourd'hui le leadership aux infirmiers. C'est le moment de passer un cap, de prendre nos responsabilités. Dans l'histoire des 200 dernières années, les lois et donc les droits, ont suivi les évolutions de la société. L'exemple le plus évident de cela, c'est le droit de vote des femmes, qui a été légiféré en 1948, après la participation des femmes à la résistance pendant la guerre et parce qu'il était inimaginable de construire la société d'après-guerre sans la participation démocratique des femmes. Dans le système de santé, il est devenu impensable de confier un nombre inimaginable de responsabilités complexes et pointues à d'autres acteurs du système de santé qu'à des infirmières. Pour le pilotage par contre, il est clair que la place des médecins et des hôpitaux est centrale et première. Elle doit rester centrale mais nous gagnons à discuter de ce qui est premier, de qui prend la tête, de qui prend ou plutôt partage la tête, c'est-à-dire le leadership.

La question du leadership infirmier est une double question : la qualité des soins et l'apport des infirmiers à cette qualité. Et au sein d'Aide&Soins à Domicile, quand nous disons "soins", nous disons "prise en charge globale" ou encore "Aide & Soins". Chaque fois que nous faisons vivre un échange autour d'un bénéficiaire, nous faisons, à petite échelle, un peu de leadership infirmier. Nous cherchons à conduire les soins vers plus de qualité, grâce aux personnes qui les délivrent :

l'ensemble du personnel ASD, les prestataires partenaires, les médecins en particulier, les hôpitaux parfois.

Ce leadership infirmier vit sur le terrain. Nous gagnons à le reconnaître entre nous, à le valoriser toujours plus. Nous avons besoin de nous encourager. Nos infirmiers ASD peuvent prendre une place dans le réseau autour des patients. Ils peuvent guider, orienter les soins au bénéfice d'une personne, aider chaque prestataire à donner le meilleur de sa discipline et de lui-même. Ils sont les principaux détenteurs d'information. Non pas pour s'enfermer dans une relation de pouvoir qui détient l'information mais plutôt pour s'ouvrir à une relation de partage qui stimule l'échange d'informations afin de guider les soins et ce, selon la volonté du patient. Avec la force tranquille de la compétence, avec la volonté farouche de faire reconnaître la singularité de chaque personne, de chaque histoire.

Le leadership infirmier, c'est la mise au service des savoirs et procédures de soins au bénéfice du choix de vie du patient. Avec cette boussole-là, nous pouvons être des guides et donc des acteurs-clés sur le terrain de l'aide et des soins à domicile de demain. Et nous gagnons à cultiver cela tous les jours entre collègues. Cela nous fera vivre notre métier tel qu'il est aujourd'hui, avec toutes ses capacités à nous nourrir, cela nous permettra d'enrichir la vie de nos patients, de nos collègues et des prestataires partenaires sans oublier la famille et les aidants.

Soyons des leaders !

## contact

39<sup>e</sup> année • n°153 • Hiver 2018  
LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • communication@fasd.be

> Éditeur responsable : Julien Bunckens > Rédactrices en chef : Guillaîne Goosse et Maia Neira Caballero > Comité Scientifique : Elisabeth Darras, Serge Jacquinet, Dominique Lamy, Brice Many, Alexandra Tasiaux > Correspondants régionaux : Chloé Christiaens (ASD BW), Mathieu Dauginet (ASD Namur), Anne-Françoise Noël (ASD HO), Brigitte Ortmann (Familienhilfe), Karin Rongé (ASD Lux), Véronique Sturnack (ASD Verviers) > Contribution : Brice Many (FASD), Chloé Christiaens (ASD BW), Maia Neira Caballero (FASD), Vincent Bockstael (FASD), Isabelle Michel (ASD Lux), Christine Magnien (ASD Liège), Dr Philippe Cobut (médecin généraliste, ASPPN), Michel Dupuis (philosophe, UCL), Danielle Hons & Kathelyne Hargot (psychologues, Foyer Saint-François), Vanessa Somville (psychologue, ASPPN), Brigitte Vausort (AD BW), ASD Verviers > Photos : Shutterstock > Relecture : Inès Degembe, Bernard Delcour, Guillaîne Goosse, Maia Neira Caballero > Lectorat : Secteurs de l'aide et des soins à domicile, des soins de santé en général et de l'action sociale > Conception et mise en page : Olagil - Tél. : 02 375 65 15 - www.olagil.be > Abonnement : 12€ par an (20€ pour l'étranger) ou 3€ par numéro > À verser au compte : BE45 7995 7162 0089 (mention : abonnement Contact + mail et n° de tél). Les articles sont publiés sous la responsabilité de leur auteur. La reproduction, même partielle, à des fins non commerciales, des articles publiés dans Contact est autorisée à la seule condition d'indiquer la source et de nous envoyer un exemplaire de la publication. > Contact : communication@fasd.be > Contact nouvel abonnement : tarification@fasd.be

## Gare à la déprime hivernale

Chloé Christiaens, responsable communication ASD BW

**Le froid s'installe, il fait gris, les journées se raccourcissent... Il suffit parfois de peu pour que le moral soit en berne. Le passage à l'automne peut entraîner une baisse d'enthousiasme et une petite déprime se fait parfois ressentir. Pas de panique ! En prenant du temps pour soi, il est possible de la contourner. Comment ? L'équipe "A l'écoute du bien-être" d'Aide & Soins à Domicile en Brabant wallon (ASD BW) nous éclaire.**

Baisse d'enthousiasme, irritabilité, fatigue, mélancolie,... Notre corps est sensible à l'environnement extérieur et lorsque celui-ci devient plus morose, que le temps et la lumière déclinent, l'humeur fléchit parfois de concert.

### Un manque de luminosité

La déprime hivernale est liée au manque de lumière et, par conséquent, au manque de mélatonine, l'hormone du sommeil qui régule notre rythme, explique Sandrine, infirmière bien-être à l'ASD BW. La sérotonine qui, produite en journée, régule la sécrétion de mélatonine, est indispensable à notre bien-être. Elle est d'ailleurs appelée "hormone du bonheur". Elle permet, entre autres, de libérer, au moment du coucher, la mélatonine stockée durant la journée. Si notre corps manque de ces précieuses hormones, le moral et le sommeil en sont les premiers impactés.

### Rechargez vos batteries

D'abord, régulez votre rythme ! Comment ? En prenant la lumière. "Et ce, dès le matin ou dès que vous en avez l'occasion" suggère Sandrine. "Prenez le temps de vous aérer sur votre temps de midi par exemple. L'idéal étant de marcher vingt minutes, trois fois par semaine". Trop occupé ? Réservez-vous de grandes balades le week-end. "Il vaut mieux privilégier une marche dans les bois qu'une course sur tapis en salle". En gros, prenez l'air dès que possible. Le soir venu, diminuez les lumières artificielles et détachez-vous des écrans. "Je conseille même de s'éclairer avec quelques bougies pour créer un ambiance cocoon et naturelle".

### Et la lumière artificielle ?

Votre emploi du temps ne vous permet pas de prendre l'air ou vous travaillez de nuit ? Pour réguler ce manque, il existe des lampes ou des lunettes de luminothérapie. Celles-ci se trouvent d'ailleurs très facilement dans le commerce et sont disponibles dans les magasins Qualias. En les utilisant quotidiennement, elles offrent les bienfaits de la lumière du jour. Les lunettes ont l'avantage d'être peu encombrantes et permettent de continuer ses activités (travail, cuisine, petit déjeuner, ...). Le sommeil est amélioré et l'énergie reboostée !

### Chouchoutez-vous

Ensuite, prenez soin de vous. Il est important de mettre son corps au repos. "Notre société nous pousse à remplir notre agenda d'activités nocturnes. Or, lorsqu'il fait nuit, les sorties (théâtre, ciné, resto, etc.) demandent au corps de fournir de gros efforts. Pourquoi



© Istock

ne pas privilégier des activités de détente comme la lecture, le yoga ou le jeu de société ?"

Enfin, si cela ne suffit pas, prenez rendez-vous auprès d'un spécialiste. Il est toujours bon de parler avec un professionnel de la santé qui vous aidera à trouver des solutions adaptées à votre vie personnelle. ■

### QUESTION PSY - DÉPRESSION SAISONNIÈRE OU DÉPRIME HIVERNALE ?

"La diminution de la lumière naturelle influence certainement notre moral, celui-ci fluctue dans le temps et selon les circonstances. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il faut s'inquiéter" nous rassure Noémie, psychologue à l'ASD BW.

"En effet, il ne faut pas confondre dépression et déprime", ajoute Noémie. La dépression, qu'elle soit simple ou saisonnière, renvoie à la pathologie (ce qui n'est pas le cas de la déprime passagère). C'est un trouble de l'humeur avec d'autres symptômes associés qui s'inscrit dans la durée. La dépression doit être identifiée par un spécialiste qui établira un diagnostic selon les symptômes décrits par le patient.

## L'alcool : cette drogue dure et pourtant banalisée

© Shutterstock

La boisson alcoolisée accompagne bien souvent nos repas, la célébration d'évènements importants de notre vie, nos moments joyeux comme nos moments douloureux. La consommation d'alcool est donc très populaire dans notre société. Néanmoins, popularité ne rime pas toujours avec bienfait.

La substance chimique qui compose l'alcool est l'éthanol, substance produite par fermentation de céréales ou de fruits ou encore par distillation. Les effets de l'alcool sont nombreux mais dépendent principalement de la dose consommée et des caractéristiques personnelles de l'individu. A faible dose, l'alcool entraîne une sensation de détente et un effet stimulant. La confiance en soi et la sociabilité sont souvent renforcées. Cependant, un autre sentiment peut émerger suite à la prise d'alcool : celui de malaise préexistant, voire de déprime.

En revanche, une consommation d'alcool à forte dose provoque une désinhibition. On se sent euphorique, on perd le sens des limites mais on peut également devenir violent ou adopter des comportements à risques dus au fait qu'on ne mesure plus adéquatement les situations. En raison des modifications de l'état de conscience et des perceptions de l'individu, l'alcool est donc classé parmi les produits "psychotropes", au même titre que le cannabis, l'héroïne, le tabac, le LSD,.... Toutes ces drogues sont illicites, ce qui n'est pas le cas de l'alcool qui, lui, est licite et pourtant pas moins dangereux.

EN RAISON DES MODIFICATIONS DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE ET DES PERCEPTIONS DE L'INDIVIDU, L'ALCOOL EST DONC CLASSÉ PARMIS LES PRODUITS "PSYCHOTROPES", AU MÊME TITRE QUE LE CANNABIS, L'HÉROÏNE, LE TABAC, LE LSD,...

La dépendance est donc bien réelle pour ces drogues, y compris pour l'alcool. Elle relève de deux types :

- La dépendance **psychologique** se traduit par une incapacité à se sentir bien si le consommateur n'a pas bu d'alcool. L'ingestion de l'alcool devient alors une nécessité ou une habitude.
- La dépendance **physique**, quant à elle, se traduit par une incapacité à vivre une journée sans alcool. Le corps s'est accoutumé à l'alcool au point d'en ressentir un besoin permanent pour fonctionner. Le consommateur doit alors boire quotidiennement et perd, la plupart du temps, le contrôle de la quantité ingérée. Un manque est ressenti en cas de privation d'alcool et des signes de sevrage apparaissent.

Rappelons que l'alcool a une certaine toxicité et qu'en cas de consommation régulière ou chronique, de nombreux organes sont affectés. Citons par exemple, les lésions du foie, du système nerveux, un risque accru d'hypertension, d'accident vasculaire, des carences nutritionnelles telle que la vitamine B1,...

### RÉAGIR FACE À CETTE DÉPENDANCE

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'alcool est une **drogue** très populaire au sein des sociétés occidentales où les hommes en consomment plus que les femmes. Selon les résultats de la dernière recherche menée en Belgique en médecine générale, dirigée par la SSMG (La Société Scientifique de Médecine Générale), 25 à 30% des hommes et 10% des femmes ont un problème de consommation d'alcool à risque ou de dépendance.

Avoir un problème avec l'alcool peut se manifester à différents degrés : on peut, par exemple, se rendre compte qu'on a une consommation

### CONTACTS POUR SE FAIRE AIDER EN CAS DE DÉPENDANCE :

- L'Association "Les Alcooliques Anonymes" : <https://alcooliquesanonymes.be/>
- L'Association "Vie Libre" : <https://www.vie-libre.be/>
- Les Groupes Familiaux Al-Anon proposent un soutien aux parents et amis de personnes dépendantes : <http://www.al-anon.be>

(source : <http://www.mongeneraliste.be/nos-dossiers/alcool>)



© Shutterstock

à risques car on dépasse les quantités recommandées par l'OMS, développer un problème de santé lié à une consommation excessive d'alcool ou se rendre compte qu'on est entré dans la dépendance.

La première étape pour une personne dépendante est d'accepter qu'elle a un problème, ce qui, généralement, prend du temps. En effet, une personne qui boit démesurément nie complètement sa situation. On parle donc de **déni**, ce qui est d'ailleurs au cœur du comportement qui mène à l'addiction. Dès la prise de conscience d'une consommation excessive d'alcool, il est nécessaire d'en parler régulièrement avec son médecin généraliste ou un autre intervenant professionnel. Le plus important, à ce stade, est de **réagir** : les démarches à entamer seront adaptées selon la personne et son type de consommation problématique.

Une fois que le stade de la prise de conscience est atteint, deux possibilités s'offrent à la personne dépendante : soit elle **contrôle sa consommation**, soit elle opte pour l'**abstinence**. Il est conseillé d'être accompagné pour la suite du processus de guérison : soit par son médecin généraliste, soit par un psychologue et/ou en participant à un groupe d'entraide. ■

## BIENTÔT LA TOURNÉE MINÉRALE. ALLEZ-VOUS RELEVER LE DÉFI ?

Le mois de février rime évidemment avec le mois de la tournée minérale... pas pour vous ? Et bien tentez de relever le défi ! Un défi sain, dont les résultats vous surprendront, et dont vous sortirez gagnant(e) sur de nombreux plans. Cette initiative lancée par la Fondation contre le Cancer (en collaboration avec l'asbl flamande De DrugLijn) avait déjà rencontré un franc succès lors de sa première édition en 2017 : plus de 120 000 belges étaient parvenus à se passer d'alcool pendant un mois. Les raisons de leur participation sont multiples : veiller à une meilleure santé, surmonter un défi personnel, soutenir la recherche contre le cancer... Alors on se motive et on tente l'expérience ! Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site [www.tourneeminerale.be](http://www.tourneeminerale.be)

### COMMENT ÉVALUER SA CONSOMMATION ?

L'Organisation Mondiale de la Santé, l'OMS, recommande pour une consommation d'alcool à moindre risque :

#### Consommations régulières :

- > Femmes : pas plus de 2 unités d'alcool en moyenne, par jour (moins de 14/semaine).
- > Hommes : pas plus de 3 unités d'alcool en moyenne, par jour (moins de 21/semaine).
- > Au moins un jour par semaine sans boissons alcoolisées.

#### Consommations occasionnelles :

- > Pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion.
- > A savoir qu'une unité correspond à une dose de 10g d'alcool ou un verre standard.
- > Un verre standard correspond à :
  - 1 verre de vin (10cl à 12°)
  - 1 verre de bière (25cl à 5°)
  - 1 flûte de champagne (10cl à 12°)
  - 1 verre d'apéritif (7cl à 18°)
  - 3cl de whisky à 40°
  - 2,5 cl de Pastis à 45°

PREMIER  
ÉCHELON



## La fonction stratégique du Délégué à la protection des données

Vincent Bockstael - DPO FASD

**Dans une volonté d'adaptation à l'ère numérique et d'unification au niveau de l'Union Européenne, le Règlement Général sur la Protection des Données ("RGPD" ou "GDPR" en anglais pour "General Data Protection Regulation") est en application depuis le 25 mai 2018. Il s'applique à toutes les entreprises qui détiennent ou traitent des données personnelles de citoyens européens. Parmi ses mesures majeures : la nomination d'un DPO. Qui est-il? Que fait-il?**

La première chose à clarifier quand on parle du DPO est déjà son vrai nom : le "délégué à la protection des données" en français. Il est toutefois mieux connu sous le nom de "Data Protection Officer" dans la version anglaise du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Le DPO est une des mesures phare du RGPD. Pas moins de trois articles issus du RGPD lui sont consacrés.

La seconde est que - contrairement à ce que l'on peut lire - désigner un DPO n'est pas obligatoire pour la majorité des organisations. Il l'est cependant dans trois cas :

1. si vous êtes un organisme public ou une autorité publique ;
2. si vous procédez à un suivi à grande échelle de personnes ;
3. si vous traitez des données sensibles (ex : santé) à grande échelle.

Dans le cas des ASD, la nomination d'un DPO est donc nécessaire puisque nous traitons les données personnelles de milliers de bénéficiaires (cas n°2) et des données au sein des ASD.

Je suis principalement chargé de :

- Conseiller et informer les directions et les employés des ASD ; afin de se conformer au mieux au RGPD et aux autres lois de protection des données ;
- Contrôler le respect du RGPD au sein des ASD ;
- Gérer les processus de protection des données en interne ;
- Former le personnel concerné ;
- Réaliser des audits ;

- Réaliser une analyse d'impact sur la protection des données ;
- Coopérer avec l'autorité de contrôle. En Belgique il s'agit de l'APD (Autorité de protection des données, ex commission vie privée) ;
- Gérer les demandes individuelles concernant la protection des données, le retrait de consentement, le droit à l'oubli et autres.

**Pour être conforme, nous devons veiller à ce que les données à caractère personnel soient :**

- traitées de manière légale et transparente ;
- collectées dans un but déterminé, explicite et légal ;
- pertinentes et limitées à l'objectif poursuivi ;
- exactes et tenues à jour ;
- conservées uniquement durant le délai nécessaire ;
- gardées dans des mesures de sécurité informatique adéquates.

Tout ceci, prendra du temps et se fera en différentes étapes :

**1) Cartographier les traitements de données à caractère personnel**

Nous allons devoir recenser précisément :

- les différents traitements de données personnelles ;
- les catégories de données personnelles traitées ;
- les objectifs poursuivis par les opérations de traitement de données ;
- les acteurs (internes ou externes) qui traitent ces données ;
- les flux en indiquant l'origine et la destination des données.

Dans le cas des ASD,  
la nomination  
d'un DPO est donc  
nécessaire puisque nous  
traitons les données  
personnelles de milliers  
de bénéficiaires...

## 2) Prioriser les actions

Une fois les traitements identifiés, nous allons déterminer les actions à mener. Cette priorisation se fera, bien sûr, en fonction des risques sur les droits des personnes concernées. Il est évident que nous nous attèlerons d'abord aux traitements des données sensibles.

## 3) Gérer les risques

Pour tout traitement de données personnelles susceptibles d'engendrer des risques élevés pour les droits et libertés des personnes concernées, nous allons réaliser une étude d'impact sur la protection des données.

Cette étude d'impact permet :

- de bâtir un processus de traitement respectueux de la vie privée ;
- d'apprécier les impacts sur la vie privée des personnes concernées;
- de démontrer que les principes fondamentaux du règlement sont respectés.



## 4) Organiser les processus internes

Pour garantir un haut niveau de protection des données personnelles en permanence, nous devons mettre en place des procédures internes qui garantissent la protection des données à tout moment, en prenant en compte l'ensemble des événements qui peuvent survenir au cours de la vie d'un traitement de données personnelles (par exemple : faille de sécurité, gestion des demandes de rectification ou d'accès, modification des données collectées, changement de prestataire etc.).

## 5) Documenter la conformité

Cette documentation devra comprendre :

- le registre des traitements
- les analyses d'impact sur la protection des données
- les modèles de recueil de consentement
- les procédures mises en place pour l'exercice des droits des personnes concernées
- les contrats avec les sous-traitants
- les procédures internes en cas de violation de données
- les preuves des consentements

Nous devons absolument garder en tête que le RGPD n'est pas un règlement de plus, des contraintes supplémentaires que l'EU nous impose. Il s'agit d'une réelle opportunité :

- Opportunité de conserver la confiance des bénéficiaires en mettant tout en oeuvre pour protéger leurs données;
- Opportunité car toutes les étapes nécessaires pour arriver à la conformité nous permettront d'optimiser notre manière de fonctionner;
- Opportunité de créer et de diffuser une politique de protection des données au sein des ASD. Et cela passera par le travail de tous. ■

Le RGPD n'est pas un  
règlement de plus,  
des contraintes  
supplémentaires que l'EU  
nous impose.  
Il s'agit d'une réelle  
opportunité.

DOSSIER

## Soins palliatifs & communication



Dans ce numéro, nous souhaitons vous proposer un dossier assez sensible mais pas moins nécessaire : celui des soins palliatifs et plus particulièrement de la communication entre le personnel soignant et les familles de patients palliatifs.

Selon la loi du 21 juillet 2016, il faut entendre par soins palliatifs *l'ensemble des soins apportés au patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce, quel que soit son espérance de vie.*

Comment, dès lors, assurer un accompagnement adéquat pour les patients en fin de vie ? Comment communiquer avec eux, mais surtout avec leurs familles, qui vivent également cette situation douloureuse ? Nous tenterons d'apporter certains éclairages dans ce numéro de Contact.

© Shutterstock

## SOMMAIRE DU DOSSIER

LA COMMUNICATION ENTRE LE PERSONNEL SOIGNANT ET LA FAMILLE DE PATIENTS PALLIATIFS	10-11
LE MÉTIER D'INFIRMIÈRE RÉFÉRENTE EN SOINS PALLIATIFS	12-13
LE CENTRE COORDINATION AU SERVICE DES PATIENTS PALLIATIFS	14-15
SUIVI D'UN PATIENT PALLIATIF : LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT	16-17
UNE COMMUNICATION SOIGNANTE ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LA FAMILLE DE PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS	18-19
LE FOYER SAINT-FRANÇOIS : UN CENTRE POUR PATIENTS EN FIN DE VIE ET LEURS PROCHES	20-21
ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE : DIALOGUER AUSSI AVEC LES FAMILLES	22-23

## La communication entre le personnel soignant et la famille de patients palliatifs

Maia Neira Caballero,  
chargée de communication FASD

Devoir accompagner un membre de sa famille, un proche ou un ami en fin de vie est une étape douloureuse que l'on doit parfois affronter dans sa vie. On peut se sentir perdu, affaibli, ne sachant vers qui se tourner. Un encadrement par le service des soins palliatifs peut, dans ce cas, être envisagé. Une bonne communication entre les professionnels de la santé et l'entourage du patient est élémentaire pour mener à bien l'accompagnement. Parler de la mort, aider la famille à percevoir la fin de vie, informer sur les modalités de la prise en charge complète du patient sont des questions qui méritent d'être abordées.

Les soins palliatifs sont destinés à la personne en fin de vie, considérée comme vivante jusqu'aux derniers instants. Ils tendent à assurer un accompagnement global du patient et de son entourage, tant au niveau de la gestion des symptômes physiques et de la douleur que d'un soutien psychologique ou spirituel. Le terme "palliatif" provient du latin pallium signifiant le manteau, celui qui protège et réconforte. Les soins palliatifs sont la combinaison de multiples facettes de soins, tenant compte de la souffrance globale du patient.

### Historique des soins palliatifs

Les soins palliatifs ont commencé à émerger au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, d'abord en Angleterre, ensuite aux Etats-Unis et au Canada. Chez nous, il faudra attendre les années 80 pour que les premières initiatives en soins palliatifs fassent leur apparition, résultat du travail de professionnels de la santé sensibilisés à la question. À partir de ce moment, on voit naître des équipes au domicile, des unités résidentielles et des équipes mobiles intrahospitalières.

A cette époque, les soins palliatifs sont soutenus majoritairement par des médecins et des infirmiers, convaincus de la nécessité de leur action. Par ailleurs, il n'existait aucun appui financier de la part des pouvoirs publics pour soutenir ce type d'initiative.

Ces acteurs de soins palliatifs décident de se regrouper en 1989 pour former la **Fédération belge des soins palliatifs**. Entre 1992 et 1995, la Fédération belge des soins palliatifs se scinde en 3 fédérations : flamande, wallonne et bruxelloise.

Ce n'est qu'en 1991 que sont débloqués les premiers financements : l'arrêté royal du 19 août 1991 fixe les conditions dans lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire "soins de santé et indemnités" peut être accordée dans le coût des expériences de soins palliatifs.

Dans la seconde moitié des années 90, plusieurs mesures favorisant les soins palliatifs sont prises : nous citerons notamment l'adoption de congé palliatif pour assurer

l'accompagnement d'un proche en fin de vie, la reconnaissance des plateformes en soins palliatifs qui visent à diffuser l'information de la culture palliative, ou encore la reconnaissance des équipes de soutien (également appelées équipes d'accompagnement multidisciplinaires en soins palliatifs) au domicile.

L'année 2002 marquera un tournant décisif pour les soins palliatifs : en effet, ils sont **officiellement reconnus au travers de la loi du 14 juin 2002**. Cette loi définit les soins palliatifs et en fait un **droit accessible à tous**.

Elle connaîtra cependant un élargissement de sa définition, qui aboutira à une nouvelle loi, celle du 21 juillet 2016.

### ARTICLE 2 DE LA LOI DU 21 JUILLET 2016

Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre : l'ensemble des soins apportés aux patients qui se trouvent à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie. Un ensemble multidisciplinaire de soins est garanti pour assurer l'accompagnement de ces patients, et ce sur les plans physique, psychique, social, moral, existentiel et, le cas échéant, spirituel. Les soins palliatifs offrent au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser aussi longtemps que possible la qualité de vie pour le patient et pour ses proches et aidants proches.



© Shutterstock

**Pour les patients en fin de vie et à l'hôpital, une équipe mobile en soins palliatifs est accessible. Elle intervient à la demande de l'infirmière de soins, du médecin ou de la famille.**

### Où se pratiquent les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont proposés à toute personne en fin de vie qu'elle soit à l'hôpital, en maison de repos ou au domicile.

- Pour les patients en fin de vie et qui séjournent à l'hôpital, une équipe mobile en soins palliatifs est accessible. Elle intervient auprès du patient à la demande de l'infirmière, du médecin ou de la famille. Les équipes mobiles, composées d'au moins un médecin spécialiste ou un médecin généra-

liste à mi-temps, un infirmier gradué à mi-temps et un psychologue à mi-temps, ont été créées en vue d'assurer la fonction palliative. Ils assurent la sensibilisation, les conseils, la formation et le soutien pour toutes les personnes associées aux soins palliatifs. Ces équipes permettent aux malades de rester dans le même service et de garder les mêmes soignants.

- Quant aux patients en fin de vie qui séjournent dans les unités résidentielles, un service permanent en soins palliatifs leur est offert. Les unités résidentielles de soins palliatifs sont des structures hospitalières avec un nombre limité de lits, disposant d'une équipe d'infirmier(e)s, de médecins et de psychologues. Les unités résidentielles ont trois missions principales : le soulagement des symptômes pénibles, l'amélioration de la qualité de vie et l'accompagnement.
- Et enfin, pour les patients palliatifs qui désirent rester au domicile ou en maison de repos, ils peuvent bénéficier, avec l'accord du médecin traitant, de l'intervention de l'équipe de soutien de 2<sup>ème</sup> ligne, spécialisée en soins palliatifs. L'équipe de soutien suggère des pistes quant à la

gestion de la douleur et à la qualité de vie, et peut apporter un soutien psychologique au patient, à son entourage et aux soignants. Elle assure également le lien entre les soignants, le patient et son entourage.

Pour ce dernier cas de figure, le patient a droit deux fois à l'octroi d'un forfait financier – le forfait palliatif – de **663,49€** indexé annuellement. Ce forfait lui est attribué sur base d'une demande complétée par son médecin traitant qui atteste que son patient est effectivement en soins palliatifs et réunit différentes conditions. Ce formulaire doit être envoyé au médecin conseil de la mutuelle du patient. Une fois la demande acceptée par la mutuelle, elle ouvre également le droit au remboursement des frais médicaux et de kinésithérapie. Lorsque le forfait palliatif est accordé, le patient peut également obtenir le remboursement des soins infirmiers. ■

(Source : [www.soinspalliatifs.be](http://www.soinspalliatifs.be))

## Le métier d'infirmière référente en soins palliatifs

Interview d'Isabelle Michel, infirmière référente à l'ASD d'Etalle (province du Luxembourg).  
Propos recueillis par Maia Neira Caballero.

**Isabelle Michel travaille depuis plus de 20 ans à l'ASD d'Etalle. Elle se confie sur son travail quotidien avec des patients palliatifs.**

### 1. Comment s'organise votre travail en tant qu'infirmière en soins palliatifs ?

*Dans le centre où je travaille, nos patients palliatifs sont intégrés dans nos tournées, les demandes et les patients sont donc variés. Mais ce n'est pas le cas de tous les centres ASD où des tournées sont prévues uniquement avec des patients palliatifs. Je considère que ce n'est ni évident, ni vraiment bénéfique pour les infirmières car elles finissent par manquer d'énergie. De plus, je trouve cela dommage car travailler avec des patients palliatifs devrait être une expérience pour chacune de nous. Ainsi, en changeant de patients, nous multiplions les expériences et surtout les points de vue. Ce ne sont pas des situations évidentes,*

*mais quand nous passons par-là, nous ne pouvons en retirer que du bon pour les prochains patients.*

*En ce qui concerne l'accompagnement en fin de vie, nous travaillons quotidiennement avec les médecins et avec une équipe de seconde ligne (personnel en plus des soignants habituels du patient, comme des psychologues) qui est indépendante du centre ASD. C'est une vraie collaboration qui intervient ici car nous sommes constamment en contact avec ces acteurs, du matin au soir. Il arrive que nous nous retrouvions même directement chez le patient palliatif : on s'échange alors les informations, les signes extérieurs observés, on vérifie les médicaments ou la toilette.*

*Les tablettes facilitent d'ailleurs bien la communication entre tous les acteurs, mais pas que : des réunions d'équipe sont prévues une fois par mois, les lieux de paroles sont également organisés tous les 15 jours. Une réunion d'équipe "en urgence" peut même également être prévue dans certains cas. On communique avec la famille au moyen d'un carnet de liaison, qui leur offre la possibilité d'exprimer leurs ressentis ou leurs douleurs.*

*Les difficultés que l'on peut rencontrer dans notre profession se situent plutôt au niveau des familles de patients palliatifs. C'est normal, il y a beaucoup d'émotions, de ressentis. Et il arrive qu'il y ait des conflits familiaux, des enfants qui ne viennent plus visiter leur parent malade ou alors parfois les familles se déchargent même sur nous, les infirmières, et ça, c'est assez dur.*



**On communique avec la famille au moyen d'un carnet de liaison qui leur offre la possibilité d'exprimer leurs ressentis et douleurs.**

## 2. Comment abordez-vous le sujet de la fin de vie et de l'accompagnement en fin de vie avec la famille ?

*C'est un sujet toujours très compliqué à aborder. Il existe différents scénarios : soit la famille est totalement au courant de la situation du patient palliatif, soit elle l'est mais pas le patient ou la famille n'est tout simplement pas au courant. Il est évident que c'est plus facile d'en parler quand tout le monde est au courant, et quand chacun est au clair avec la maladie. Dans ce cas-ci, un vrai échange entre tous les acteurs présents peut être établi. Il arrive même que la famille aide pour la toilette du patient.*

***Le plus important je dirais, c'est de ne pas trahir la demande du patient.***

*Quand les relations et les contacts sont compliqués avec la famille du patient palliatif, on essaie de mettre en place la venue de gardes malades pour que les aidants proches puissent discuter, sortir pour prendre l'air ou vaquer à leurs occupations. Un autre volet que l'on doit aborder avec la famille concerne la toilette mortuaire : normalement, elle n'est pas reprise par les infirmières des ASD sauf en cas de demande spécifique de la famille. Finalement, c'est à nous d'accepter ou non si on exécute cette demande.*

*Aborder ce sujet revient aussi à aborder la question du forfait palliatif. Pour bénéficier du forfait, il faut que le décès soit attendu dans un délai assez bref, avec une espérance de vie de plus de 24h et de moins de trois mois. C'est très délicat à évaluer, c'est vraiment au*

*cas par cas. De plus, ce n'est pas toujours simple car parfois le médecin n'octroie pas ce forfait palliatif en raison d'un délai plus long qu'évoqué ci-dessus. Parfois, la famille ne veut pas recevoir ce forfait car cela impliquerait un investissement en matériel de soins palliatifs. D'autres fois, elle le refuse car cela induirait de devoir accueillir beaucoup de personnel au sein de leur domicile. En tant qu'infirmières, nous tentons de convaincre la famille d'accepter ce forfait pour bénéficier d'une collaboration sur place.*

## 3. Comment informez-vous la famille du patient palliatif quand vous sentez que la fin approche ?

*Il y a des signes qui ne trompent pas concernant la fin de vie : les apnées, les articulations au niveau des doigts et genoux sont difficiles et deviennent bleues, le teint est cireux, jaune et le patient palliatif n'urine plus. Les infirmières, dans ces cas-là, préviennent directement la famille que la mort est imminente.*

## 4. Les soins palliatifs à domicile ont-ils connu une évolution ?

*C'est indéniable, les soins palliatifs à domicile ont connu une nette évolution depuis ces 10 dernières années. L'instauration du forfait palliatif a apporté de réels changements, dont un meilleur encadrement, avec du matériel adapté, comme par exemple un lit électrique pour les toilettes.*

*La communication et la collaboration entre tous les acteurs de première et deuxième lignes sont également meilleures : nous sommes constamment en contact avec tous les acteurs pour assurer un meilleur suivi et s'échanger les informations et les feedbacks sur les patients palliatifs. Nous collaborons également avec des hôpitaux : il arrive que des patients doivent refaire un séjour à l'hôpital pour stabiliser le traitement et demandent par la suite un retour au domicile. ■*



© Shutterstock

## LE PROTOCOLE DE DÉTRESSE, QU'EST-CE DONC ?

Certains symptômes, comme une dyspnée aiguë ou un saignement cataclysmique, entraînent un état de souffrance brutale, insoutenable et conduisent dans la plupart des cas au décès. Ils demandent alors d'être soulagés dans l'urgence et nécessitent l'application d'un protocole de détresse.

Le but du protocole est de parvenir à une sédation la plus rapide possible et, si possible, à un contrôle du symptôme causal. Il consistera en l'administration ponctuelle d'un sédatif, combiné éventuellement avec un opioïde et un anticholinergique.

La posologie des médicaments doit être ajustée à l'état clinique du patient et au traitement en cours. La voie intraveineuse (lente) sera privilégiée. La voie sous cutanée est possible mais avec un délai d'action plus long (10 à 15 min).

## Le centre de coordination au service des patients palliatifs

Christine Magnien,  
responsable coordination ASD Liège

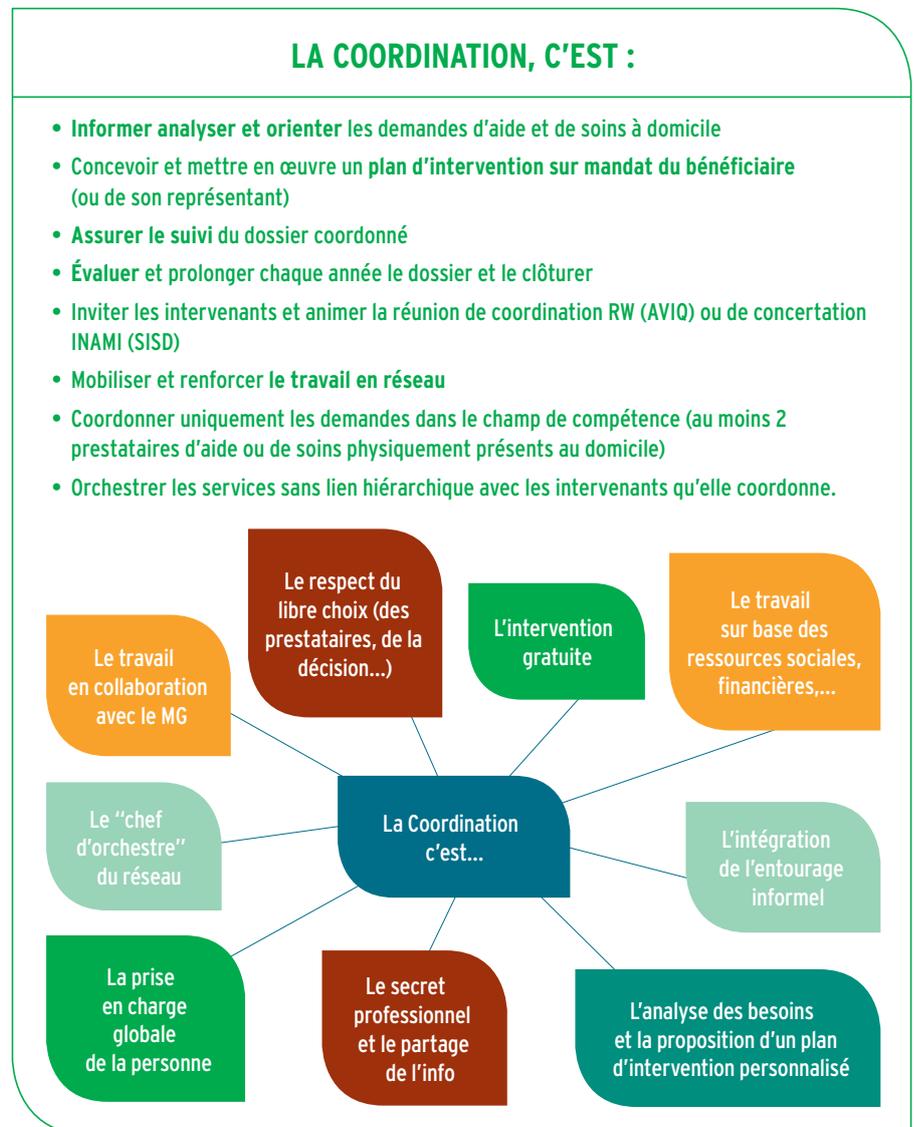
Les prises en charge par les Centres de Coordination<sup>1</sup> sont courantes. Ce qui explique l'importance de travailler en réseau. La bonne connaissance de celui-ci permet une adéquation entre les besoins et les services mis en place.

Nous devons constamment veiller à entretenir les relations avec tous les services : des hôpitaux et médecins généralistes aux prestataires d'aides et de soins en passant par les institutions de convalescence ou de réhabilitation. C'est un trajet de vie qui doit être facilité au patient, éviter la rupture entre le domicile et les lieux par lesquels il peut transiter... voici une des missions de la coordination des services d'aides et de soins à domicile.

**Pour illustrer notre question de départ, voici une situation concrète.**

À Liège, vendredi 14 décembre 2018 à 15h, le service social de l'hôpital nous demande la prise en charge de Monsieur L. 59 ans. Ce patient souffre d'un cancer des poumons avec métastases au cerveau. Il est hospitalisé depuis 12 jours et sort de l'hôpital demain, samedi. Il vit seul, ses deux enfants sont présents mais habitent et travaillent à une quarantaine de kilomètres.

Je fais une première analyse de la situation par téléphone avec l'assistant social de l'hôpital afin d'évaluer le degré d'urgence ainsi que les premières aides à mettre en place. Il se déplace avec difficultés, est incontinent. Depuis 2 mois, le traitement en cours est une chimiothérapie de confort. Les médecins



ont expliqué au patient et à ses 2 enfants qu'il pouvait rentrer chez lui ce samedi. Le patient est conscient et informé de l'évolution rapide de la maladie, il est reconnu en

"soins palliatifs" et a d'assez bons contacts avec son oncologue.

Afin que le retour au domicile soit optimal, des services sont nécessaires pour que ce

**C'est par ses qualités d'écoute et sa bonne connaissance du réseau d'aide et soins local que le coordinateur va pouvoir être une interface efficace.**

patient vive ses derniers moments avec un maximum de sécurité et de confort. A la demande des services hospitaliers, les prestataires devront idéalement s'organiser comme suit :

- Des soins infirmiers réalisés 2x/jour (injection, pansement et vérification de la sonde vésicale) ;
- Des repas livrés à domicile quotidiennement (sans régime particulier) ;
- Des aides familiales trois fois par semaine pendant 2 heures pour voir si Monsieur L. va bien, faire quelques courses, vérifier la prise de médicaments et le cas échéant, l'aider ou l'accompagner dans ses démarches ;
- De la kiné 5 fois par semaine pour maintenir un maximum de mobilisation ;
- Des séances de chimio ambulatoires avec le service d'accompagnement des malades de la mutuelle, suivant les indications de l'équipe médicale ;
- Un lit médicalisé installé au rez-de-chaussée, car il habite une maison "bel étage" (risques de chutes, réorganisation des pièces de vie) ;
- La visite d'une infirmière du service de seconde ligne en soins palliatifs, avec l'accord du médecin généraliste. Son rôle est de soutenir le patient, la famille et les soignants de 1<sup>ère</sup> ligne, mais aussi d'envisager avec le médecin généraliste le suivi de la douleur et de proposer un protocole de fin de vie si nécessaire.

La rencontre au domicile est planifiée le lundi avec le patient et ses enfants. C'est à ce moment que je fais le tour complet de la situation et évalue les besoins avec le patient et son entourage. Le médecin est présent lors de la visite, c'est un atout évident et un partenaire important pour la coordination des services à domicile car il connaît l'histoire des personnes et peut amener un éclairage différent.

Monsieur L. marque son accord pour le plan d'intervention (mise en place des différents prestataires) et nous programmons ensuite une seconde visite dans les 2 semaines afin d'évaluer les besoins et d'adapter l'organisation mise en place si nécessaire.

Une semaine après mon passage, l'aîné des enfants me demande de revoir les heures de passage du kiné et de l'infirmière qui se chevauchent, ce qui n'est confortable pour personne. Après consultation des prestataires, il apparaît qu'il faut changer de kiné car les horaires ne sont pas compatibles. Grâce à des échanges clairs et constructifs, le passage à un autre prestataire se fait en toute confiance et bienveillance. Ce qui me semble essentiel pour tous les patients surtout dans les situations de fin de vie.

Lors de ma seconde visite, il est apparu nécessaire d'augmenter les prestations des aides familiales et d'ajouter un service de garde malade. Plusieurs passages quotidiens

sont indispensables car la santé de Mr se dégrade rapidement. Monsieur L. est alité 20h/24 et cela devient de plus en plus lourd, tant physiquement que moralement, pour la famille qui s'est mobilisée.

Monsieur L. est décédé 5 jours plus tard sereinement et entouré de ses proches.

Les aléas de la vie font que certaines personnes peuvent à un moment donné, de manière temporaire ou définitive comme c'est le cas ici, connaître une perte d'autonomie qui impose de l'aide pour rester à domicile. Si dans le passé c'était principalement l'entourage familial qui se mobilisait pour apporter le soutien nécessaire, ce n'est plus toujours le cas aujourd'hui. C'est pourquoi des services d'aide aux familles ou de soins à domicile tentent de pallier cela dans de très nombreuses situations de plus en plus complexes et précaires. C'est par ses qualités d'écoute et sa bonne connaissance du réseau d'aide et soins local que le coordinateur va pouvoir jouer le rôle d'interface efficace. Il n'exerce pas d'autorité hiérarchique sur les services ou prestataires mais réalise la coordination selon des règles de consensus et de concertation, dans l'intérêt du bénéficiaire. Il est la "courroie de transmission" des besoins du bénéficiaire et de son entourage desquels il veille à maintenir le bien-être. ■



© Shutterstock

1 Le décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément des Centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subvention : <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&link-pdf=14717-16974-1851>

## Suivi d'un patient palliatif : le rôle du médecin traitant

Docteur Philippe Cobut : Médecin généraliste, Médecin référent de l'équipe de soutien palliatif (ASPPN) et Médecin chef de service de l'unité palliative l'ACACIA (CHRVS Fosses-la-Ville)

Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du patient palliatif dépasse largement les aspects purement techniques tels que les prescriptions adaptées aux différents symptômes négatifs qui accablent le patient en situation palliative.

Le médecin traitant occupe une place centrale dans l'organisation et la prise en charge adaptée de son patient.

Premièrement, il se doit d'être le garant du projet thérapeutique du malade. On entend par projet thérapeutique personnalisé l'ensemble des dispositions plus ou moins interventionnistes qu'il est encore raisonnable d'envisager pour le malade en fin de vie et qui respecteront sa volonté, l'éthique et le bon sens.

Pour cela, le médecin traitant devra être parfaitement informé de la situation médicale et des possibilités thérapeutiques encore disponibles (pour autant qu'elles aient un sens) mais aussi du désir du malade (ou ce qu'il a pu en dire auparavant) et de sa famille ainsi que des ressources effectivement disponibles (financières, logistiques, psychologiques...).

Il ne devra pas craindre d'interpeller les spécialistes (oncologues, gériatres) pour éviter tout acharnement irrationnel qui proviendrait d'une absence de vision globale du malade à moins qu'il ne s'agisse d'un choix par facilité pour éviter les questions qui fâchent et les remises en question (poursuite de chimiothérapies au-delà de toute utilité, alimentation artificielle, gastrostomie...)

Il veillera à ne pas être exclu de la situation en demandant au spécialiste de ne pas se substituer à lui (prescriptions chroniques réalisées durant les consultations oncolo-



giques réalisées par facilité pour le malade mais qui le conduisent à ne plus appeler son médecin traitant...)

Complémentairement, le médecin de famille sera celui qui informera à son tour, dans un langage compréhensible et sans ambiguïté, le malade et son entourage pour s'assurer qu'ils puissent à leur tour décider en toute connaissance de cause du meilleur projet de fin de vie. Il se fera **l'interprète, le vulgarisateur du discours spécialisé, celui qui saura prendre du recul avec toute la bienveillance nécessaire.**

Il ne craindra pas de s'opposer aux ten-

tations de l'hospitalo-centrisme et de ses dérives en assurant son rôle de garant.

Une fois le projet établi et décidée la meilleure orientation pour son patient palliatif (**le plus souvent au domicile dans la mesure du possible**), il conviendra alors au médecin traitant d'assurer la coordination de la prise en charge au domicile dans le respect de ce qui a été réfléchi.

Cette coordination peut s'avérer complexe quand il s'agit de faire se rencontrer les actions des différents acteurs qui concourent au succès de la prise en charge.

## Complémentaire, le médecin de famille sera celui qui informera à son tour, dans un langage compréhensible et sans ambiguïté, le malade et son entourage pour s'assurer qu'ils puissent à leur tour décider en toute connaissance de cause du meilleur projet.

Cela est d'autant plus nécessaire quand il est fait appel à une équipe palliative de seconde ligne. Le rôle de la seconde ligne consiste en une fonction de soutien et de conseil au bénéfice du malade et de sa famille mais ainsi qu'à l'équipe de soins choisie par le patient et au médecin traitant (avec l'avis, si besoin, du médecin référent de l'équipe de soutien).

En aucun cas, l'action de 2<sup>ème</sup> ligne ne se substituera à l'action de la 1<sup>ère</sup> ligne dont celle du médecin traitant qui reste notamment responsable des prescriptions médicamenteuses même si le traitement a été construit en collaboration avec l'équipe de soutien.

Pour le médecin traitant, son implication et ses capacités de bien communiquer avec le malade ainsi qu'avec tous les acteurs

qui assurent son suivi sont des éléments indispensables sous peine de déboucher sur des conflits de territoire et d'induire de la confusion dans ce que chacun peut apporter et attendre des autres.

Entre la fuite de ses responsabilités et l'imposition sans concertation de son point de vue, il devra tracer une voie médiane faite d'écoute, de respect et de pédagogie.

Le médecin généraliste endosse donc un rôle d'équilibriste car le suivi d'un patient palliatif nécessite de nombreuses adaptations qui sollicitent l'imagination et la créativité de chacun. Adapter le projet, pouvoir changer d'avis, pour autant que les consignes aux soignants soient parfaitement formulées, s'avère une nécessité dans ce domaine particulier de la médecine.

Tout cela ne peut se concevoir que si le

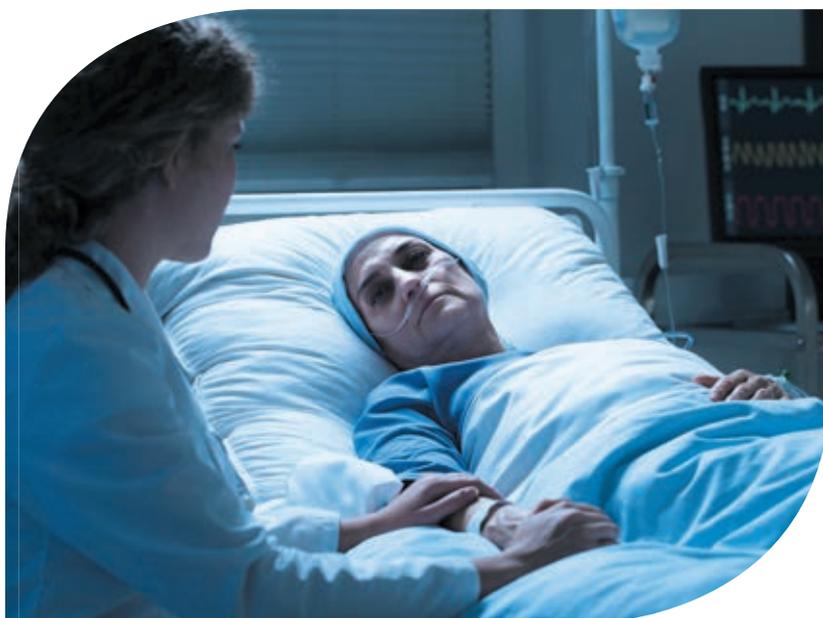
médecin traitant s'engage à pouvoir être contacté sans délai, ne fût-ce que par téléphone.

En cas d'indisponibilité totale, il est du devoir du médecin traitant d'avertir le médecin de garde des risques qu'il soit appelé et lui laisser toutes les informations nécessaires au suivi.

Accepter la prise en charge palliative d'un patient implique le respect de ces obligations.

Une bonne capacité d'écoute, de synthèse, un sens de la créativité et des talents de communicateur sont donc indispensables à l'exercice de la médecine générale et plus encore dans le cadre d'une prise en charge palliative. ■

**Le médecin généraliste a un rôle d'équilibriste car le suivi d'un patient palliatif nécessite de nombreuses adaptations qui sollicitent l'imagination et la créativité de chacun.**



© shutterstock

## Une communication soignante entre les professionnels et la famille de patients en soins palliatifs.

Michel Dupuis, philosophe (UCL) et président du Comité consultatif de bioéthique de Belgique

Parmi les découvertes et les progrès que la pratique des soins palliatifs a permis de faire à l'ensemble des professionnels des soins en général, il y a sans conteste une double idée : les familles ont un rôle soignant majeur et elles doivent être prises en considération dans leurs demandes spécifiques.

Cela suppose une communication d'un type particulier – peut-être un mode de communication qui pourrait servir de modèle dans l'univers des soins. Qu'est-ce qui doit caractériser cette communication entre les soignants que sont, chacun à sa place et avec son propre "mandat", les professionnels et les membres de la famille du patient ?

### Deux visions de la communication

Une vision courante, sans aucun doute importante mais tout de même assez superficielle, envisage la communication comme une simple transmission d'informations. Naturellement, cette transmission doit obéir à plusieurs critères de qualité : elle doit être adéquate, loyale, adaptée aux interlocuteurs, patiente, répétée si nécessaire, etc. Cette première vision de la communication est largement encouragée dans la littérature d'éthique biomédicale, et elle est particulièrement soutenue comme un droit par les diverses législations qui consacrent les droits du patient. On notera que les textes juridiques indiquent plutôt que le patient a un droit à l'information, c'est-à-dire qu'il a le droit de recevoir, de consulter et de posséder l'information qui le concerne, de sorte à pouvoir prendre les décisions qui sont les siennes et qui correspondent, on l'espère, à son propre projet de santé et de vie. On ne parlera donc pas de droit à la communication, cette dernière étant considérée comme le moyen au service de la finalité qui est d'avoir une véritable auto-

nomie, une véritable capacité de décision en connaissance de cause.

Qui pourrait remettre en question tout cela ? Et qui pourrait nier que nous avons là sous les yeux, un progrès remarquable par rapport à d'autres manières de considérer le patient – par exemple dans un univers de paternalisme médical ou soignant ? On ne compte plus aujourd'hui les modèles professionnels qui ciblent des patients en tant qu'experts, en tant que partenaires, ou tout simplement en tant qu'être humain, le plus souvent compétents pour prendre un cer-

tain nombre de décisions qui les concernent (même quand l'âge de majorité légale n'est pas atteint ou bien hors de propos). Ces divers statuts du patient ont en commun de reposer sur une bonne transmission de l'information.

Fort bien donc, mais il me semble qu'il faut aller plus loin et développer une deuxième vision de la communication, plus riche, plus fine, plus complexe aussi et certainement beaucoup plus exigeante. Je la nommerai vision *anthropologique* de la communication.



© shutterstock

Selon ce point de vue, la communication est bien autre chose que la transmission fidèle d'informations. Bien sûr, cette transmission est essentielle et nous ne la perdons pas de vue, mais elle est soumise à plusieurs conditions plus fondamentales. Je les évoque brièvement.

Avant tout, la communication est une forme de reconnaissance de la présence des uns et des autres. Comme ce qui nous intéresse ici, c'est la communication entre les soignants professionnels et les "soignants naturels" en soins palliatifs, je me bornerai à cette situation. **La reconnaissance de la présence est un élément fondamental** : le soignant 1 qui communique avec un membre de la famille "se fait présent" à celui-ci, c'est-à-dire qu'il s'arrête, il est bien là et pas ailleurs en même temps, et de plus, ce soignant 1 reconnaît la présence de ce membre de la famille. Ce n'est pas un détail : la communication commence par cette espèce de "pause", une forme de comportement silencieux, un regard peut-être. Il est indispensable d'être bien là, l'un et l'autre, pour qu'une communication s'installe. Faute de cette reconnaissance de la présence, il y aura peut-être passage d'informations, et même d'informations exactes, mais pas d'échange. Les outils modernes de communication sont en fait des outils de transmission, pratiques, rapides, efficaces mais pas sûrs.

Sur la base de la reconnaissance et de cette présence effective de l'un à l'autre, se constitue un **deuxième élément fondamental** qui doit garantir la transmission de l'information et que je nomme, en me laissant inspirer de P. Ricoeur, une "sollicitude de compréhension". Mais je tente de désigner **le souci et l'attention spécifiques** que le soignant 1 va porter à la singularité du membre de la famille qui se trouve en présence, et à la singularité de ses capacités cognitives, émotionnelles, etc. On le sait bien, les soignants et les membres des familles sont des individus, apparentés

mais différents. Eh bien, il s'agit d'adapter à ces différences, à ces singularités, ce qu'on a à dire. Sans tromper, ni mentir, mais en traduisant en quelque sorte dans le langage (largement émotionnel) de l'autre. C'est dire que la communication n'est pas un discours objectif, neutre, qui vaut pour tous, et qui n'aurait pas de voix. La communication, c'est justement la personnalisation maximale : un soignant 1 (qui n'est pas le soignant 2) s'adresse à une personne en particulier. Un partage de voix, qui conditionne un partage de données.

Et puis, un troisième élément qui s'enracine dans les deux premiers. Personnalisation, singularisation, attention à qui est l'autre (pour ce qu'on en sait), à ses capacités propres, à son lien avec le patient. Tout cela était déjà souligné au temps du paternalisme, après tout. Alors, quelle est la différence ? Elle est immense et c'est là que se niche **le troisième élément : la confiance raisonnable et le respect des capacités de chacun**. Le soignant 1 sait très bien que c'est lui, le professionnel qui a une expertise professionnelle de la situation, mais il sait très bien aussi que le

**En matière de soins palliatifs, et en matière de soins en général, les soignants et les membres des familles sont appelés à une alliance subtile avec le patient et en sa présence – et jamais contre ou derrière lui.**

patient a de son côté l'expertise existentielle, et de même, à leur place, les membres de la famille qui l'entourent au quotidien (ou moins régulièrement). Au cœur de cette confiance et de ce respect, l'essentiel de la communication n'est peut-être pas dans ce qui est dit, mais dans le fait de dire, de faire rencontre, parfois pour accepter un indicible.

En matière de soins palliatifs, et en matière de soins en général, les soignants et les membres des familles sont appelés à une **alliance subtile avec le patient et en sa présence** – et jamais contre ou derrière lui. Communiquer, certes, mais pas comme des machines informatiques qui se transmettent des masses d'informations. Communiquer, une affaire de sensibilité, de toucher, de tact. Un devoir éthique aussi. ■



## Le Foyer Saint-François : un centre pour patients en fin de vie et leurs proches.

Danielle Hons et Kathelyne Hargot,  
psychologues au Foyer Saint-François.

**Le Foyer Saint-François est un centre de soins palliatifs. Créé en 1989 par la congrégation des Sœurs de la Charité de Namur, il évolue actuellement au sein du CHU UCL Namur. Il a été conçu pour accueillir des patients en fin de vie et leurs proches.**

La question de la fin de vie se voit abordée en amont de l'admission au Foyer Saint-François:

- Au moment où l'oncologue, ou le médecin spécialiste de toute autre discipline, ne propose plus de nouveau traitement;
- Au moment où il évoque des soins palliatifs ou, plus pudiquement, des soins de confort;
- Au moment où le patient, complètement épuisé, demande lui-même à arrêter ses traitements;
- Au moment où il refuse une xième hospitalisation;
- Ou encore, au moment où le patient doit sortir de l'hôpital et où sa famille, affolée, ne peut imaginer comment organiser une prise en soins adéquate au domicile.

A ces divers moments, l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital ou l'équipe de soutien au domicile peuvent intervenir pour évaluer avec le médecin la situation

médicale du patient et envisager avec ses proches le lieu le plus approprié pour une fin de vie la plus confortable possible.

S'il s'avère à la suite de ces échanges que le Foyer Saint-François pourrait être ce lieu d'accueil et de soins adaptés, le médecin spécialiste ou le médecin traitant prend contact avec le médecin du Foyer en vue d'une éventuelle admission.

Ce moment du passage d'une unité de soins curatifs ou du cadre connu et rassurant du domicile vers une autre structure est un moment délicat. L'admission, au Foyer Saint-François ou dans tout autre unité de soins palliatifs, est riche en émotions diverses: peur, angoisse, soulagement, culpabilité. C'est donc l'attitude du personnel soignant et bénévole, faite d'attention, de respect, de bienveillance qui va être déterminante et permettre de détendre l'atmosphère. Une tasse de café, un verre d'eau,

un petit biscuit et un sourire... Chacun est accompagné là où il en est, en fonction de ses besoins. La priorité est accordée au patient qui souffre. Le soulagement de la douleur, l'attention à un positionnement confortable dans le lit ou au fauteuil, une anamnèse fouillée, l'écoute des plaintes et des besoins seront les premiers éléments d'une relation de confiance à établir. L'accueil des proches, souvent envahis par une multitude de sentiments les plus divers, est essentielle pour aider le patient à accepter cette transition. Il se sentira d'autant plus en confiance qu'il sent ses proches accueillis, soutenus. La famille partage souvent des sentiments bien lourds. Elle est parfois culpabilisée : *"je lui avais promis de le garder à la maison"*, parfois complètement épuisée: *"je dois me lever 4-5 fois chaque nuit"*, démunie: *"il souffre tellement !"*. Plutôt que de beaux discours, c'est l'efficacité de la prise en charge, l'adaptation du traitement, le soulagement obtenu ou, au minimum, l'acharnement à chercher une amélioration symptomatique qui créent les liens. Une rencontre avec la psychologue ou un massage détente proposé par un bénévole peuvent également soutenir le proche du patient.

Un dialogue se noue ainsi, au fil du quotidien. Il va s'étoffer au fil des rencontres et des explications données sur l'évolution de l'état du patient. **Patients et familles sont partenaires de soins.** Aucun traitement ne sera proposé sans en informer le patient. Des questions naissent souvent au sujet de l'alimentation, de l'hydratation: *"mon papa n'avale plus, vous n'allez quand même pas*

**C'est donc l'attitude du personnel soignant et bénévole, faite d'attention, de respect, de bienveillance qui va être déterminante et permettre de détendre l'atmosphère.**



**Comme les proches, les soignants tentent alors de se placer au plus près des besoins de ce patient particulier, différent de tous les autres. Car nous soignons des personnes, chaque fois uniques, et nous ne possédons pas de recettes universelles.**



*le laisser mourir de faim!*” La réponse doit laisser le temps d’appréhender une réalité parfois trop difficile à accepter. Souvent, le patient ne mange plus parce qu’il ne le peut plus, il n’a plus faim, il est parfois dégoûté par la nourriture ou présente des troubles de déglutition. Une alimentation artificielle pourrait constituer une surcharge pour son organisme affaibli et entraîner des effets néfastes plutôt que bénéfiques.

De même, une famille pourra comprendre plus facilement l’arrêt d’une perfusion, d’une hydratation artificielle quand son proche est noyé par des sécrétions excessives ou que son corps est gonflé d’œdèmes si nous prenons le temps de le leur expliquer. Des soins de bouche, fréquents et attentifs, réalisés avec des boissons appréciées par la personne malade (bains de bouche plaisirs) sont alors un relais indispensable.

Parfois vient encore cette réflexion: “vous ne lui direz pas qu’il va mourir!” Sans peut-être que leurs proches le réalisent, beaucoup de patients comprennent d’eux-mêmes que leur vie touche à son terme. Ils préfèrent protéger les êtres aimés en leur évitant ce sujet de conversation. Certains en parlent

au médecin, aux soignants. Ils expriment le plus souvent la peur du “comment” ils vont mourir, avec la demande sous-jacente d’être soulagés si cela s’avère nécessaire. Certains le vivent calmement, comme partie intégrante de la vie. D’autres sont angoissés et le traduisent en appels incessants, en plaintes de douleur et en besoin de présence. Comme les proches, les soignants tentent alors de se placer au plus près des besoins de ce patient particulier, différent de tous les autres. Car nous soignons des personnes, chaque fois uniques, et nous ne possédons pas de recettes universelles.

Une attention toute particulière sera donnée au temps qui précède, qui entoure le décès.

Une présence plus vigilante encore, un passage dans la chambre, furtif pour laisser la famille dans l’intimité de ce moment, ou répété, allongé si les symptômes du patient ou si l’angoisse de la famille le nécessitent. L’infirmière, le médecin, la psychologue, le bénévole restent particulièrement dis-

ponibles à tout un chacun.

Lorsque la personne s’éteint, du temps est laissé à la famille pour apprivoiser cet instant, pour permettre d’appréhender la réalité du départ et pouvoir l’intégrer tout doucement.

Un temps “*d’au-revoir*” est alors proposé à la famille, occasion offerte de passer quelques minutes tous ensemble, famille et personnel, pour saluer ce que fut leur proche.

Une cérémonie d’hommage, des groupes de soutien sont organisés au Foyer dans les semaines suivantes afin de soutenir les personnes touchées par un deuil, au Foyer ou ailleurs.

C’est dans ce moment charnière, entre “*vie et mort*” que se noue le dialogue entre le patient, ses proches et l’équipe soignante. Ces relations teintées d’émotion, cette attention à la singularité de chacun nécessitent une vigilance constante. ■

## Accompagnement en fin de vie : dialoguer aussi avec les familles.

Vanessa Somville, psychologue et psychothérapeute à l'ASPPN (Association des Soins Palliatifs en Province de Namur).

**Le moment du passage en soins palliatifs mobilise à la fois les soignants et les familles dans une période intense. S'imposent alors les questions du temps qui reste, de sa qualité et de la parole à dire ou à taire.**

Dans ce contexte, le partenariat entre les soignants, le patient et ses proches est primordial et parfois mis à rude épreuve. Les émotions affluent et guident la réflexion, les craintes invitent parfois à une surprotection au sein du système familial ou font remonter des représentations de la mort douce ou difficile. Le rôle des soignants est alors de pouvoir communiquer avec les proches en les rejoignant dans ce qu'ils vivent sans les heurter.

### Soins palliatifs : qu'est-ce que cela signifie ?

Les soins palliatifs sont les soins apportés à un personne atteinte d'une maladie incurable, évolutive ou terminale, dont la mort est attendue à brève échéance. L'objectif des soins palliatifs n'est ni de prolonger ni

de raccourcir la vie, mais d'accompagner le patient, là où il est, dans ce processus naturel qu'est la fin de vie. Il est impossible de donner une réponse claire quant à l'espérance de vie du patient : elle est variable d'une situation à l'autre sans règle absolue. Les soins palliatifs sont centrés sur la qualité de vie et le confort du patient (physique, psychologique, social et spirituel/moral). Par ailleurs, une attention particulière est donnée à l'entourage du patient.

Les équipes de soutien spécialisées en soins palliatifs se placent en seconde ligne lors des accompagnements de fin de vie. Elles sont disponibles pour collaborer avec la première ligne, en faisant des propositions pour la prise en charge globale du patient, notamment pour le contrôle des symptômes inconfortables liés à la fin de vie.

### Comment intervenir auprès des familles, comment les équipes de soutien y prennent-elles leur place ?

Durant la période des soins palliatifs, les équipes soignantes et les familles sont régulièrement en présence l'une de l'autre. Dès lors, comment communiquer en respectant les besoins de chacun, tout en gardant au centre de nos préoccupations le confort du patient ? Immanquablement, le système familial est pris en considération. La pratique palliative prend en considération tout le système dont fait partie le patient. Cécile Bolly, médecin et écrivaine, nous rappelle à ce sujet : *"A aucun moment, le soignant ne doit se positionner entre le patient et sa famille. Au contraire, il doit "triangler", et s'offrir de la sorte une perspective élargie sur la situation, qui permet*



*de mieux appréhender la façon dont fonctionne la famille”.<sup>1</sup>*

Comprendre ce que la famille est prête à entendre est primordial afin de respecter son équilibre. Pour certains, l'évocation du mot “palliatif” est insupportable parce qu'il renvoie à une mort imminente alors qu'ils sont encore dans l'espoir et la recherche de nouveaux traitements. C'est parfois le cas lorsque la maladie évolue plus vite qu'attendu ou quand le malade est très jeune. Pourtant, nous constatons que parler de soins palliatifs permet d'ouvrir la réflexion à propos du confort physique et psychologique, de la gestion de la douleur et du contrôle des symptômes. Nous rappelons aux familles notre rôle de les accompagner selon leurs besoins et là où elles se trouvent dans leur parcours d'acceptation.

Trouver une place dans le système familial n'est pas chose aisée et demande une adaptation continue au cheminement du patient et de sa famille. Certains sont prêts à parler de la mort et de ce que cela implique, d'autres pas et ne le seront peut-être jamais. Le soignant aura à se détacher de son propre idéal, à soutenir sans s'imposer, à être présent sans vouloir sauver.

**Comprendre ce que la famille est prête à entendre est primordial afin de respecter son équilibre.**



© shutterstock

L'accompagnement prendra en compte aussi les liens familiaux. Il peut être utile de faire circuler la parole lorsque chacun veut protéger l'autre. Il arrive que les soignants soient tiraillés entre des demandes contradictoires : un patient demande de ne rien dire de l'aggravation de ses symptômes à sa famille et celle-ci demande de ne pas inquiéter le patient en évitant de l'informer de son état de santé. Tant que faire se peut, la tâche du soignant sera d'enlever le poids qui pèse sur la relation : mettre en évidence des secrets qui n'en sont pas mais qui entravent la communication dans les derniers instants.

L'équipe de soutien offre un espace pour faire le point sur les accomplissements d'une vie, mais aussi sur certains regrets ou sur ce que l'on veut transmettre pour la suite. La fin de vie génère des émotions que nous tentons d'apaiser. Par exemple, le soignant sera appelé à rassurer sur la façon dont la douleur peut être gérée, sur la peur de mourir étouffé. La disponibilité offerte par l'équipe de soutien ouvre un temps pour dire la souffrance, la tristesse ou l'épuisement: je n'en peux plus, c'est long et en même temps je ne suis pas prêt à ce que cela s'arrête. C'est une situation si particulière

que d'espérer la mort de l'autre tout en la redoutant. Elle amène son lot d'ambivalence et de questionnement sur l'après. *Que vais-je faire sans lui/elle, comment je vais occuper mes journées, avec qui ? Va-t-on encore s'occuper de moi après ?*

Pour les soignants, être face à la souffrance du patient amène parfois un sentiment d'impuissance et la sensation de ne pas être adéquat. La seconde ligne, infirmière ou psychologue, occupe un rôle de tiers, et permet de prendre du recul sur les situations complexes. En ce sens, elle peut soutenir les professionnels dans le lien avec le patient et sa famille.

Pour accompagner les familles et leur proche malade, l'équipe de soutien doit activer toutes ses compétences professionnelles mais aussi faire preuve de disponibilité, d'humilité, d'écoute, d'adaptation ... Elle rassemble les différents intervenants en restant centrée sur le confort et le bien-être, malgré le bouleversement du quotidien, des valeurs et des croyances. C'est tout le schéma relationnel qui est touché en fin de vie et dont il faut aussi prendre soin : accompagner la vie qui est là, envisager la séparation prochaine et préserver le lien. ■

<sup>1</sup> "Soignants au cœur d'une prise en charge palliative : trouver sa juste place, savoir se préserver" (2014, septembre) Entretien avec Cécile Bolly, médecin et Michèle Mabilie, infirmière. Propos recueillis par Sandra HASTIR. La revue des soins palliatifs en Wallonie, pp 34-40.

ARRÊT  
SUR IMAGE



**“Pour ce qui est de l’avenir,  
il ne s’agit pas de le prévoir mais de le rendre possible”**

Antoine de Saint-Exupéry

## La dernière leçon de Mitch Albom

Edition Pocket

Commentaire écrit  
par Brigitte Vausort, aide familiale  
à l'ASD du Brabant wallon.)

### EXTRAIT

*"(...) Ils parlent aussi de ce que cela représente d'être de plus en plus dépendant des autres. Morrie a besoin d'aide pour manger, s'asseoir, et se déplacer. Koppel lui demande ce qu'il redoute le plus dans cette lente et insidieuse détérioration.*

*Il y a un silence. Morrie demande s'il peut dire cela à la télévision. Koppel l'encourage.*

*Les yeux plantés droit dans ceux du plus célèbre interviewer d'Amérique, Morrie dit alors :*

*- Oui Ted, bientôt il faudra que quelqu'un m'essuie le derrière."*

### EN RÉSUMÉ

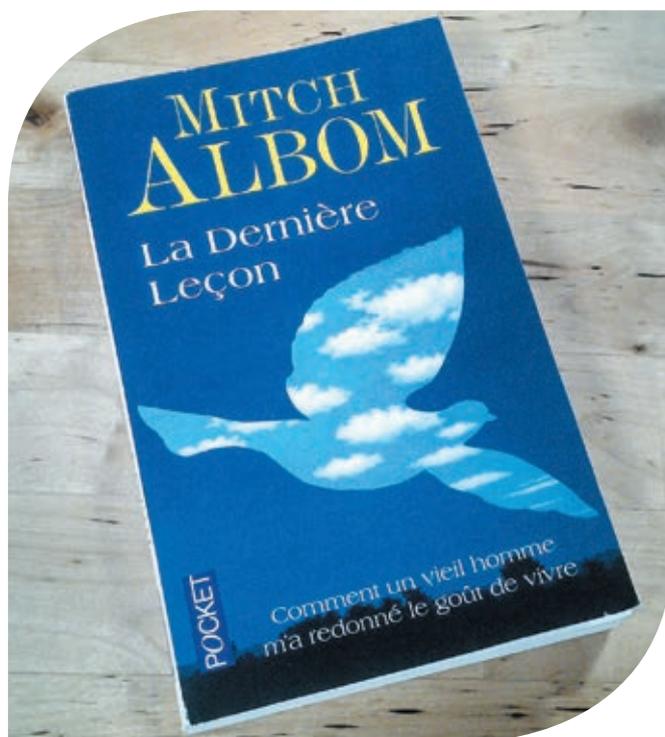
Un maître. Un disciple.

Le premier, Morrie Schwartz, professeur de sociologie à l'université, est atteint de la maladie de Charcot (SLA).

Le second, Mitch Albom, son élève 16 ans plus tôt, journaliste renommé, entend l'interview au "hasard" d'un zapping. Il en reste pétrifié.

Cela le décide à renouer avec ce professeur qu'il appréciait tant. Pendant plusieurs mois, les mardis, Mitch rencontre Morrie, qui a décidé de continuer à vivre et donc à donner ce qu'il peut : les réflexions en vue de la rédaction d'une dernière thèse.

Alors qu'en filigrane, on découvre ce que peut être un accompagnement palliatif et les ressentis du bénéficiaire, en exergue, nous est présenté le don, la transmission (peut-être devrait-on



dire transfusion !) de cette dernière leçon de philosophie :  
"Comment vivre ? Quel sens donner à sa vie ?"

**MÉDITATION : NOUS RENDONS-NOUS COMPTE DE CE  
QUE NOS BÉNÉFICIAIRES NOUS APPRENNENT ? CELA VAUT  
LE COUP DE S'Y ARRÊTER UN INSTANT ...**

## L'ASD Verviers a déménagé et a inauguré son nouveau bâtiment

ASD Verviers

Alors que nous nous partageons en deux entités distinctes, de part et d'autre de la ville, voici tous nos travailleurs actifs sur la grande périphérie verviétoise et l'ensemble de nos activités réunis sous le même toit depuis cette mi-septembre 2018.

Ne pouvant plus occuper le dépôt utilisé jusqu'alors pour le stationnement de nos minibus PMR, nous nous sommes mis en quête, au printemps 2017, d'un nouvel espace pouvant les accueillir. Suite à de nombreux contacts avec les agents immobiliers et décrivant au fur et à mesure notre activité et le souhait futur de nous voir réunis en un lieu unique sans pouvoir envisager une nouvelle construction, l'opportunité est venue frapper à notre porte par l'intermédiaire de l'un d'entre eux. Nous avons pu, grâce à cela, maintenir notre siège social à Verviers, dans un quartier multiculturel au sein duquel nos prestataires interviennent au quotidien.

Pas de garage pour les bus (juste un vaste parking) mais un espace et des locaux pour TOUS.

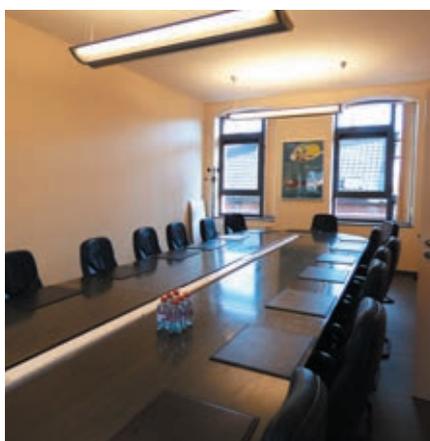
Une bonne année plus tard, la passation des actes, les démarches d'aménagement et la gestion de notre transfert commencent tout doucement à être derrière nous.

Si un environnement approprié concourt à la motivation du personnel, nous sommes néanmoins conscients que ce n'est pas une fin en soi. Nous restons vigilants aux remarques et ajustements nécessaires relayés par nos travailleurs au fur et à mesure de la vie commune et réfléchissons aux

différentes actions à mener pour y apporter convivialité et interactions pluridisciplinaires.

C'est dans cette démarche de qualité que nous avons voulu aussi penser notre inauguration de ce 12 octobre dernier. Après une séance académique relatant notre parcours et nos enjeux ainsi qu'une visite des locaux, partagées avec les partenaires du tissu social verviétois, du paysage politique et du secteur, c'est à nos travailleurs que nous avons souhaité dédier la seconde partie pour une rencontre autour d'un cocktail dinatoire accompagné d'une musique d'ambiance, en toute décontraction.

**Nouvelle adresse :**  
**ASD Verviers**  
**175, Rue de Dison**  
**4800 Verviers**



Nous avons pu, maintenir notre siège social à Verviers, dans un quartier multiculturel au sein duquel nos prestataires interviennent au quotidien.



## Woman Race L'ASD BW se mobilise contre le cancer

Chloé Christiaens - Responsable communication ASD BW

Et si nous mettions nos compétences au service de la solidarité ? Les 23 septembre et 10 octobre dernier, l'ASD en Brabant wallon s'est jointe aux éditions des célèbres courses WOMAN RACE. L'ASD a souhaité prendre soin des participantes en proposant des massages gratuits après les courses.

L'ASD s'est associée aux magasins Qualias pour offrir une vraie pause détente aux coureuses. Crème apaisante au Ginseng, table de massage, tout était prévu pour soulager les mollets fatigués. Sandrine, infirmière en soins esthétiques, et Olivia, ergothérapeute, se sont, occupées des dames qui, après avoir parcouru 3, 6 ou 9 km, étaient ravies de pouvoir se faire chouchouter. En tant que membres de l'équipe "A l'écoute du bien-être à domicile", Sandrine et Olivia étaient dans leur élément.

### Une arrivée tout en douceur

Ces courses, exclusivement féminines, ont pour objectif de récolter des fonds au profit de la lutte contre les cancers qui touchent les femmes. Echauffement musical, ravitaillements en fruits et boissons, encouragements... L'énergie était positive et contagieuse. Peu importe la pluie et le froid, le mauvais temps, n'a pas découragé les participantes qui ont toutes franchi la ligne d'arrivée avec le sourire.

A l'arrivée, la Mutualité chrétienne, partenaire de l'évènement, offrait des biscuits et une photo souvenir instantanée. C'est d'ailleurs la MC qui a invité l'ASD et Qualias à partager son stand. Sous la tente, une file d'intéressées s'est rapidement

formée pour se faire dorloter. "Après l'effort, le réconfort ! J'ai failli m'endormir !", confie une des coureuses en descendant de la table de massage. Après 9km pour la bonne cause, le moment de relaxation fût bien mérité.

### Qualias et ASD, un duo gagnant

Qualias et ASD, qui sont d'étroits partenaires au quotidien, ont voulu saisir cette opportunité pour, une fois de plus, allier leurs compétences en faveur du bien-être. En combinant le savoir-faire de chacun, l'un avec ses prestataires et l'autre avec ses produits de soin, l'ASD et Qualias ont pu créer un vrai moment de confort à toutes celles qui, un dimanche, se sont mobilisées pour la bonne cause. Merci à toutes celles qui se sont déplacées, aux familles qui sont venues les encourager, et à notre partenaire, la Mutualité chrétienne, pour cette belle collaboration ! Peu importe que les participantes aient marché, couru ou papoté. Ce ne sont pas les km, ni les temps obtenus qui ont comptés. L'essentiel se situe dans cet élan de solidarité qui a rassemblé chacune en faveur de la lutte contre le cancer. Parce que, finalement, la solidarité, c'est bon pour la santé.

### LES WOMAN RACE, DES COURSES SOLIDAIRES DEPUIS 2011

Organisées par l'ASBL 361 degrés, les Woman Race sont, comme leur nom l'indique, des courses à pied exclusivement réservées aux femmes. L'objectif premier est de récolter des fonds pour favoriser les actions positives contre les cancers féminins.

#### Mais aussi ...

- Faire connaître ces actions positives.
- Communiquer sur le sport, vecteur de lutte contre le cancer et de bien-être.
- Favoriser l'intégration des femmes dans le sport.
- Susciter la (re)mise au sport.

#### Plus d'infos ?

[www.womanrace.dhnet.be](http://www.womanrace.dhnet.be)





**9 TERRITOIRES ASD :  
À BRUXELLES,  
EN WALLONIE  
ET EN COMMUNAUTÉ  
GERMANOPHONE**

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

**ASD  
HAINAUT-  
PICARDIE**

**Mouscron**

Rue Saint-Joseph 8,  
7700 Mouscron  
056/85.92.92

**Tournai**

Chaussée de Renaix 192,  
7500 Tournai  
069/25.30.00

**Ath**

chemin des  
Primevères 36,  
7800 Ath  
068/28.79.79

**Mons-Borinage**

Rue des Canonniers 1,  
7000 Mons  
065/40.31.31

**ASD  
BRUXELLES**

Rue Malibran 53,  
1050 Bruxelles  
02/647.03.66

**ASD  
HAINAUT-  
ORIENTAL**

**071/59.96.66**

**Lobbes**

Rue Albert 1<sup>er</sup> 28,  
6540 Lobbes

**Charleroi**

Boulevard Tirou 163/7,  
6000 Charleroi

**La Louvière**

Rue du Marché 2,  
7100 La Louvière

**Anderlues**

Rue du Douaire 40/1,  
6150 Anderlues

**ASD  
BRABANT WALLON**

**Jodoigne**

3, Place du Major Boine  
1370 Jodoigne  
010/81.21.98

**Nivelles**

Avenue Robert  
Schuman 72,  
1401 Baulers  
067/89.39.49

**ASD  
NAMUR**

**Namur-Eghezée**

Avenue de la Dame 93,  
5100 Jambes  
081/25.74.57

**Dinant-Ciney**

Rue Edouard Dinot 21,  
5590 Ciney  
083/21.41.08

**Gedinne**

Rue Raymond Gridlet 8,  
5575 Gedinne  
061/58.95.08

**Philippeville**

Rue de l'Arsenal 7, bte2  
5600 Philippeville  
071/61.10.88

**ASD  
OSTBELGIEN**

**Familienhilfe**

Aachenerstraße 11-13,  
4700 Eupen  
087/59.07.80

**ASD  
LUXEMBOURG**

**Arlon**

Rue de Rédange 8,  
6700 Arlon  
063/23.04.04

**Etalle**

Rue de la Gare 86,  
6740 Etalle  
063/45.00.75

**Libramont-Bertrix**

Rue des Alliés 2,  
6800 Libramont  
061/23.04.10

**Bastogne**

Rue Pierre Thomas 10,  
6600 Bastogne  
061/28.02.10

**Marche-Hotton**

Allée du Monument 8A,  
bte3  
6900 Marche-en-Famenne  
084/46.02.10

**ASD  
LIÈGE-HUY-  
WAREMME**

**043/42.84.28**

**Liège**

Rue d'Amerscoeur 55,  
4020 Liège

**Aywaille**

Avenue de la République  
Française 11,  
4920 Aywaille

**Huy**

Rue de la Paix 3,  
4500 Tihange (Huy)

**ASD  
VERVIERS**

Rue de Dison 175,  
4800 Verviers  
087/32.90.90