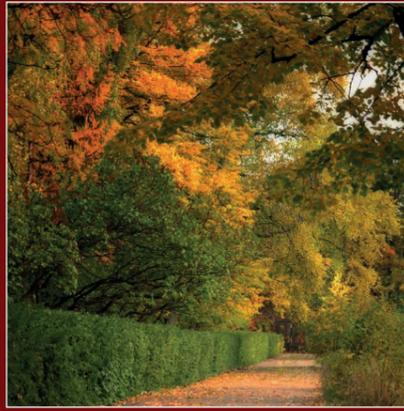


Soins **Palliatifs**.beLes limites entre les
soins palliatifs et la gériatrie :
quand l'un rencontre l'autre**Sommaire**

Edito	2
Du côté de la FWSP	3
Du côté des plates-formes	4
Dossier : <i>Les limites entre les soins palliatifs et la gériatrie : quand l'un rencontre l'autre</i>	11
<i>Accepter la mort d'une personne âgée au nom de «l'ordre naturel des choses» ?</i>	
<i>Faut-il se résigner à la mort d'une personne âgée ou au contraire, faut-il un accompagnement spécifique ?</i>	
<i>Vieillir n'est pas mourir : quelques réflexions sur l'avancée en âge et la fin de vie</i>	
<i>La spécificité des soins palliatifs chez le patient gériatrique... Mots du gériatre</i>	
<i>La spécificité des soins palliatifs chez le patient gériatrique...</i>	
<i>Mots du médecin en soins palliatifs</i>	
<i>Soins palliatifs et gériatrie : lorsque deux cultures se rencontrent</i>	
<i>Equipe mobile soins palliatifs et gériatrie, 2 cultures qui se rencontrent vers un projet commun pour occuper au mieux le temps qui reste</i>	
<i>Comprendre la fragilité, un baromètre essentiel dans l'approche palliative intégrée.</i>	
Journée mondiale des soins palliatifs	41
La formation continue en soins palliatifs	43
Agenda	50



Bonjour à Toutes et Tous,

Ce mois de septembre rayonnant clôture de belle façon notre été. Grâce à cette lumière bienvenue, nos esprits ont encore le loisir de prolonger quelque peu les vacances, le moral au zénith nous permettra « d'attaquer la rentrée » dans les meilleures conditions.

Parlons-en de cet été ! Le jour de la fête nationale, le Roi promulguait la loi modificative relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs. La parution au Moniteur Belge du 29 août permet à chacun de prendre connaissance du texte définitif, résultat des discussions intervenues précédemment en Commission de la Santé de la Chambre des Représentants. Pour information, une analyse succincte des « nouveautés » est disponible sur le site www.soinspalliatifs.be ainsi qu'en page 3 du présent numéro. La FWSP restera attentive à ce que cette nouvelle définition conduise à de réelles mesures concrètes au bénéfice du patient.

De patient, il en est encore question dans le dossier que nous vous proposons : une rencontre entre les soins palliatifs et la gériatrie. La personne âgée est au cœur de la réflexion et les questions fusent de toutes parts, notamment sur le sort que la société actuelle leur réserve. Philosophe, psychologue, infirmier, gériatre et bien d'autres vous exposeront leur point de vue, parfois singulier mais toujours riche en enseignement !

N'oublions pas, le 8 octobre accueillera la Journée mondiale des soins palliatifs. A cette occasion et durant la première quinzaine d'octobre, les plates-formes de soins palliatifs wallonnes vous proposeront diverses manifestations et activités sur le thème « Ouvrir le dialogue ».

Enfin, la rentrée est souvent un moment propice aux sages résolutions, n'hésitez donc pas à consulter nos habituelles rubriques « Du côté des plates-formes », « Agenda » et « Formation continue en soins palliatifs »...

Nous souhaitons à chacun une rentrée heureuse ainsi qu'une agréable lecture.

Vincent BARO, Président de la FWSP

Peut-être recevez-vous cette revue par erreur ?
Peut-être préféreriez-vous la consulter en ligne ?
Peut-être souhaitez-vous limiter son impact sur l'environnement ?

N'hésitez pas, contactez-nous (fwsp@skynet.be) ...

- si vous souhaitez recevoir cette revue directement par mail
- si vous souhaitez consulter cette revue sur notre site web www.soinspalliatifs.be/soinspalliatifsbe.html
- si vous ne souhaitez plus recevoir cette revue par courrier postal

Merci !



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

Credits photos :

- Reliance (p.4 et 5)
- Pascale Coppens – photos du dossier (p. 11 à 39)
- Tzido Sun – Shutterstock (p.8)



■ Conseil d'administration - Nouveaux administrateurs

Lors de l'Assemblée générale du 9 juin dernier, deux nouvelles administratrices ont été élues pour représenter la plate-forme de la Communauté germanophone sise à Eupen.

C'est avec grand plaisir que nous souhaitons la bienvenue à **Josiane Fagnoul** et **Petra Plumacher**. Elles reprennent les sièges de **Gerlinde Manderfeld**, partie pour d'autres horizons, et d'**Anna-Maria Kessler-Ernst** que nous remercions plus particulièrement pour ses nombreuses années au service de la FWSP. La pertinence et la sagacité de ses interventions manqueront assurément aux débats, nous lui souhaitons une heureuse retraite que nous devinons active !

■ Loi modificative relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs

Le 23 juin 2016, la Chambre entérinait la proposition de loi sur l'**élargissement de la définition des soins palliatifs** débattue précédemment en Commission de la Santé. La loi modificative était attendue impatiemment... Promulgué en date du 21 juillet, le texte est paru au Moniteur Belge du 29 août dernier.

Comme annoncé, les modifications de l'article 2 de la loi élargissent sensiblement la définition des soins palliatifs. Une première lecture permet une analyse succincte. Ainsi :

- » le **droit aux soins palliatifs** est clairement reconnu ("tout patient a droit...") tout en étant précisé. L'espérance de vie n'est plus un critère limitatif ("quelle que soit son espérance de vie");
- » à la notion d'égalité d'offre de soins pour tous, le texte adjoint la **suffisante disponibilité** de celle-ci ("offre suffisamment large"). Si la notion reste subjective, elle a le mérite d'être inscrite dans la loi ;
- » au "respectable" constat de l'importance de la multidisciplinarité des soins de l'ancien article se substitue la **garantie d'un ensemble multidisciplinaire de soins** ;
- » les soins palliatifs peuvent également être entamés alors que des **traitements sont encore en cours** ;

- » les **plans existentiel et spirituel de l'accompagnement** sont nommément cités et complètent l'approche physique, psychique, sociale et morale du patient ;
- » l'optimisation de la qualité de vie visée par les soins palliatifs s'élargit aujourd'hui **au patient, ses proches et aidants proches** (patient et sa famille précédemment) ;
- » le suivi de deuil est reconnu par la loi en ces termes "jusqu'aux soins liés pour les proches et les aidants proches jusqu'après le décès".
- » enfin, quelques précisions plus pratiques sont apportées.

La FWSP espère que les arrêtés de mise en œuvre ne tarderont pas et feront écho aux recommandations et demandes des professionnels du secteur palliatif.

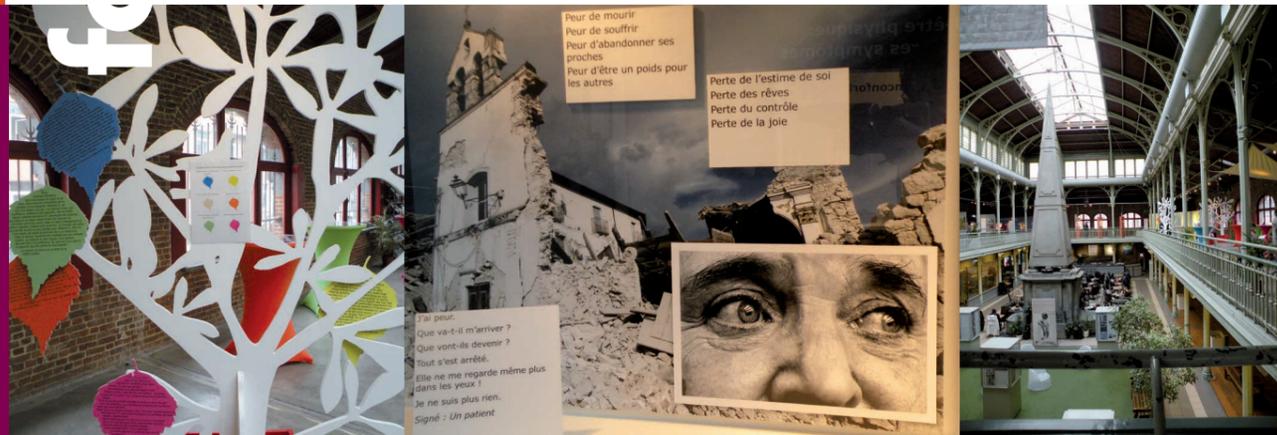
■ De la légalité du stockage et du transport des médicaments pour usage palliatif

Dans notre précédent numéro, nous vous informions du vote par la Commission Santé de la Chambre d'une **proposition de résolution concernant le stockage et le transport des médicaments**. Cette résolution a été **adoptée en séance plénière de la Chambre le jeudi 23 juin** dernier. Au lu des amendements qui avaient été déposés, le texte définitif (disponible sur www.soinspalliatifs.be) est plus concis et déçoit la Fédération wallonne. En effet, si le texte précise que la concertation a bien eu lieu avec les fédérations palliatives régionales et les différentes associations de pharmaciens, le contenu ne reprend tous les termes qui avaient été acceptés de part et d'autre et équilibraient les positions de chacun. La FWSP regrette que la réalité des équipes de soutien wallonnes n'ait pas trouvé une oreille attentive auprès d'une majorité de parlementaires.

Toutefois, il s'agit d'une résolution. Il reviendra donc au **gouvernement d'analyser la problématique**. La FWSP veillera à repréciser les difficultés propres aux équipes wallonnes et à relayer leurs légitimes demandes.

Fédération Wallonne des Soins Palliatifs asbl
Rue des Brasseurs, 175 – 5000 Namur
Tél. 081 22 68 37 – Email fwsp@skynet.be

du côté des plates-formes



ARCSPHO - La plate-forme de Tournai

Ethique

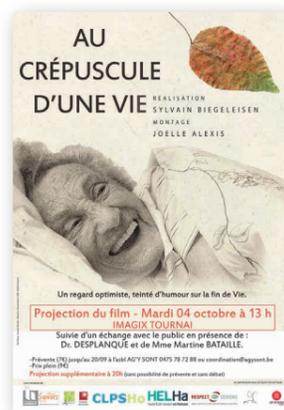
La Plate-forme vous rappelle qu'il est possible d'organiser des groupes de réflexion éthique au sein de vos institutions.

Ces réunions permettent de réfléchir et s'interroger sur sa pratique, structurer une réflexion éthique et être une aide à la prise de décision dans des situations difficiles liées aux soins palliatifs.

Pour connaître les modalités, contactez **Marie Fivet**, psychologue à la plate-forme.

Lieux de parole

L'occasion nous est ici donnée de vous rappeler l'opportunité qui vous est offerte de mettre en place des lieux de parole au sein de votre institution. Les renseignements peuvent être pris auprès de **Greet Moresco**, psychologue à la plate-forme, au 069 22 62 86.



Crépuscule d'une vie

A l'occasion de la Journée mondiale des soins palliatifs, la plate-forme de Tournai (en collaboration avec Ag'Y Sont, Respect Seniors, HELHA, CLPS Ho, Espace Seniors, Art et Essai Tournai, Hainaut Senior Tournai) vous invite à la projection du film « **Crépuscule d'une vie** », retraçant le quotidien de Diane, 94 ans et de son fils. Un témoignage lumineux, plein d'espoir, sur la manière d'aborder la fin d'une vie, et sur l'amour entre une mère et son fils. Cette projection qui aura lieu à Imagix Tournai le 4 octobre est ouverte aux professionnels, aux étudiants, aux seniors et d'une manière générale au grand public.

RELIANCE - La plate-forme de La Louvière

Assemblées générales électorales

Cette année, les assemblées générales de juin étaient électorales. Nous sommes heureux de vous dévoiler la nouvelle composition de notre Conseil d'Administration définie pour une période de quatre années : **Louis Guns**, Centre hospitalier régional de la Haute Senne ; **Dr Enriq Schils**, Centre hospitalier Universitaire de Tivoli ; **Dominique Gainvorste** du Centre hospitalier EPICURA ; **Philippe Demeuter** de L'Entraide jolimontoise ; **Karin Nechelput** de L'Entraide Protestante ; **Ingrid Roucloux** du Centre psychiatrique St Bernard ; **Catherine Branquart** de l'ASD Hainaut oriental ; **Stéphane Renard** de la CSD Centre et Soignies ; **Aurélien Saro** de l'ASD Mons-Borinage ; **Dr Isabelle Notebaert** de la Fédération des médecins généralistes du centre et de Binche ; **Marie Gilmont** de l'UPHOC ; **Dr Jacques Theuwissen** de l'association des Médecins Généralistes de Mons et environ ; **Dominique Thibaut** de Maison Comtesses, CHR Mons-Hainaut ; Docteur **Geneviève Docq** du Service Saint-Alexis ; **Marlène De Greef** du Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons Borinage.

Voici la nouvelle composition de notre Comité d'Ethique, toujours sous le regard du philosophe **Jean-Michel Longneaux** et la co-animation de **Sophie Derval** et **Véronique De Muynck** :

- » **Dr Luc Lammers**, AMGM
- » **Sabrina Iannuzzo**, CSD, assistante sociale
- » **Céline Lahaise**, CSD, coordinatrice et ergothérapeute
- » **Vincenza Gallo**, Centre hospitalier EPICURA, infirmière de référence en soins palliatifs
- » **Marie-Louise Braida**, Entraide jolimontoise, administrateur



- » **Dr Geneviève Docq**, CHU Jolimont, médecin
- » **Cathy Laurent**, Entraide Protestante, Home La Bienvenue, infirmière responsable

Une belle grande salle de formation

En déménageant, Reliance a joué la carte du bien-être pour le personnel, mais aussi pour les participants. C'est avec beaucoup de plaisir que nous vous accueillerons très prochainement dans cette belle grande salle de formation située au troisième étage du 30, rue de La Loi à 7100 La Louvière.

Rendez-vous le 15 octobre

Le 15 octobre, nous célébrerons la Journée mondiale des soins palliatifs dans nos nouveaux locaux. L'occasion pour vous de nous rendre une petite visite et de découvrir nos espaces ! Au menu, ateliers et conférences autour du thème « Ouvrir le dialogue avec les soins palliatifs ».

Renseignements et inscriptions auprès de **Reliance ASBL** par téléphone (064 57 09 68) et de fax (064 57 09 69) ou par mail (reliance@belgacom.net)



Pallium - La plate-forme du Brabant wallon

Pour les kinésithérapeutes...

Pallium organise une journée de sensibilisation aux soins palliatifs en kinésithérapie sur le thème de "La gestion de la douleur". Celle-ci se déroulera le 19 novembre 2016 de 8h30

à 17h30 à l'UCL-FSM, Place Pierre de Couberlin à Louvain-la-Neuve.

"Hémorragie des sens, la douleur provoque une perte de confiance en soi, abaisse considérablement le seuil de tolérance et réduit

l'existence à peu de chagrin, anéantissant le moindre projet de vie. À la douleur physique s'ajoute la douleur psychologique, qui provient souvent du passé... En tant que kinésithérapeutes, comment agir ? De nombreuses questions se bousculent...

La plate-forme de Charleroi

UNE RENTRÉE EN SALONS !

Une première à Charleroi...

La Ville de Charleroi, la Province du Hainaut et le CPAS de Charleroi collaborent pour la première fois cette année pour organiser le Salon Seniors, qui aura lieu les 23 et 24 septembre 2016 au Palais des Expositions de Charleroi (Hall 3). La Plate-Forme a le plaisir de se joindre à cet événement à caractère «inter-générationnel» en y tenant un stand. L'objectif de ce salon, outre de présenter aux aînés différents types d'activités et de loisirs, est de faire connaître diverses associations du territoire.

Des animations, ateliers, conférences et démonstrations sont également au programme des deux journées.

Toutes les infos sont disponibles via www.hainaut-seniors.be

La Plate-Forme a le plaisir...



de participer pour la quatrième fois au Salon de l'Education qui se déroulera sur le site de Charleroi Expo du 12 au 16 octobre 2016. Une série d'outils pédagogiques en lien avec la thématique des soins palliatifs y seront présentés. Nous vous y donnons rendez-vous et serons ravis de vous y rencontrer !!!

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à visiter le site : www.saloneduc.be

Pallium, Plate-forme de concertation en Soins Palliatifs du Brabant wallon
Avenue Henri Lepage, 5 – 1300 WAVRE
Tél. : 010 84 39 61 – Fax : 010 81 84 08
E-mail : pallium@palliatifs.be

Fil rouge 2016 : l'Alimentation et l'hydratation en fin de vie

<http://alimentation-sante.org/category/alimentation-sante/>

La question de l'alimentation en fin de vie est fréquemment soulevée lors de nos modules d'information et de formation. Il nous a paru utile d'organiser cette année certaines activités publiques en lien avec cette thématique. La première action a consisté en l'élaboration du dossier n°33 de décembre 2016 de la présente revue. Dans cette lignée, suite aux interpellations des diététiciennes au cours de la formation animée par Monsieur **Michel Dupuis** les 26/02 et 25/03/2016, la Plate-forme a choisi de poursuivre cette réflexion par le biais de sa concertation périodique et de son séminaire éthique.

La prochaine rencontre de Concertation Périodique à destination des Maisons de repos et Maisons de repos et de soins se tiendra le jeudi 6 octobre 2016 à l'Auditorium de l'Espace Santé (1 Boulevard Zoé Drion à 6000 Charleroi) de 13h à 16h30. Le sujet abordé sera « **Repères éthiques pour le soin nutritionnel en MR et MRS** », pensé et développé par Monsieur Michel Dupuis. Participation gratuite mais réservation indispensable !

Plate-Forme de Concertation en Soins Palliatifs du Hainaut oriental
Espace Santé – Boulevard Zoé Drion, 1 – 6000 CHARLEROI
Tél. 071 92 55 40 – Fax 071 70 15 31
E-mail : soins.palliatifs@skynet.be

ASPPN – La plate-forme de Namur

Table ronde domicile

Nous l'évoquions déjà dans le Bulletin de Liaison précédent, cet automne, l'ASPPN propose à tous les professionnels de la santé intervenant au domicile et concernés par le retour à la maison d'un patient en fin de vie une opportunité de rencontres et d'échanges inédite et originale.

Pourquoi une « **Table ronde domicile** » ? Parce que le transfert d'un patient palliatif de l'hôpital ou de l'institution de soins vers le domicile est une étape cruciale, qui demande à tous les acteurs concernés de se mobiliser en vue de favoriser la bonne collaboration et la prise en charge optimale. Pourtant, entre les modes de fonctionnement propres à chaque métier, les charges de travail respectives, la disponibilité de chacun et la difficulté souvent de pouvoir se rendre disponibles au même moment, cette bonne collaboration peut quelque fois sembler inatteignable ...

Cette Table ronde aura donc pour but de permettre aux professionnels de la santé œuvrant au domicile (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinés, services d'aide à domicile...) de se rencontrer et d'échanger à propos des difficultés éprouvées dans le contexte bien circonscrit du retour du patient palliatif à la maison. Mais elle permettra également de mettre en lumière les ajustements envisageables, les ressources possibles et les solutions créatives permettant de contourner ces difficultés et pouvant être exploitées par tous.

L'ASPPN soutient et encourage d'autant plus cette initiative qu'elle s'inscrit en parfaite cohérence avec l'instauration dès le 1er janvier 2017 en Wallonie de l'assurance autonomie obligatoire. Permettant à toute personne confrontée à une perte d'autonomie de bénéficier de multiples services à domicile pour pouvoir rester plus longtemps chez elle, cette assurance mobilisera assurément l'ensemble des acteurs concernés par notre Table ronde. Le moment est donc particulièrement bien choisi pour leur permettre de se rencontrer, d'échanger, et d'œuvrer à une mise en réseau efficace de leurs expertises et compétences !

Cette Table ronde se tiendra le jeudi 27 octobre 2016 dès 19h30 au CHR de Namur.

Conférence d'automne

L'automne, c'est aussi la saison de notre désormais traditionnelle Conférence annuelle.

La thématique que nous avons retenue cette année est « **S'aider des accords toltèques pour aborder les questions relatives à la fin de vie** ».

Car en effet, si la mort est une réalité qui nous concerne tous, dans le dialogue, la communication entre deux êtres singuliers, les interlocuteurs peuvent se trouver à des endroits différents. La mort étant un sujet parfois délicat à aborder, éminemment sensible et personnel, la qualité de l'écoute et de présence dans la discussion seront des éléments d'autant plus essentiels. A ce titre, les accords toltèques sont de précieux outils qui peuvent résolument faciliter la communication et la mise en relation.

L'intervenant du jour sera **Patrice RAS**, formateur et auteur de nombreux ouvrages, dont « **Les 4 accords du bonheur** », « **Les fabuleux pouvoirs des accords toltèques** », et le « **Petit cahier d'exercices des accords toltèques** ».

Nous vous attendons nombreux le 7 octobre 2016 à l'Université de Namur dès 20h00

Un nouveau cycle de conférences sur le deuil : « Apprivoiser nos deuils. Six leçons philosophiques sur le deuil »

Après le succès rencontré par l'événement organisé à Libramont (par le Centre de Formation de la Haute Ecole Robert Schuman) et à Namur (par la Maison de l'écologie), l'ASPPN est heureuse de vous proposer dès janvier 2017 un nouveau cycle de 6 conférences sur le deuil animées par **Jean-Michel LON-GNEAUX**, professeur de philosophie à l'Uni-



versité de Namur, et bien connu du monde de la santé dans lequel il intervient fréquemment en tant que conseiller en éthique.

Dans ce langage qui lui est propre, érudit tout en étant clair et accessible à tous, **Jean-Michel LONGNEAUX** abordera avec le public tous les deuils de la vie (de la perte d'un être cher à la séparation, en passant par la maladie, l'échec d'un projet ou le départ des enfants du foyer), et s'attachera surtout à nous montrer en quoi ces épreuves traversées peuvent souvent en fin de compte nous révéler à nous-mêmes.

- » **25 janvier 2017** : De quoi fait-on le deuil ?
- » **22 février 2017** : Quelle place pour les émotions ?
- » **29 mars 2017** : Un deuil ne se vit jamais seul
- » **26 avril 2017** : Ce que révèle le deuil : notre finitude
- » **17 mai 2017** : Ce que révèle le deuil : notre solitude
- » **14 juin 2017** : Ce que révèle le deuil : l'incertitude de l'existence

Cycle de conférences ouvertes à tous
Amphithéâtre Aula Maior, rue Grafé, 1 à NAMUR

APPRIVOISER NOS DEUILS
6 leçons philosophiques sur le deuil

DRATEUR
JEAN-MICHEL LONGNEAUX, philosophe

LES MERCREDIS À 20h
25 janvier 2017 - 22 février 2017
29 mars 2017 - 26 avril 2017
17 mai 2017 - 14 juin 2017

50€ / 10€

ORGANISATION ET RÉSERVATIONS
Association des Soins Palliatifs en Province de Namur asbl
081 43 56 58 - info@asppn.be

Bienvenue à notre nouvelle collègue

En cette rentrée, nous sommes très heureuses d'accueillir **Kamilia Ouali** au sein de l'Équipe de Soutien. Déjà riche d'une longue expérience infirmière, tant à l'hôpital qu'au domicile, et par ailleurs spécialisée en soins palliatifs, Kamilia a rejoint l'ASPPN le 1er septembre. Nul doute que notre équipe infirmière toute entière profitera durablement

de la dynamique stimulante induite par cette arrivée. Bienvenue, Kamilia !



Du théâtre pour le dire

En 2002, la Belgique devenait le deuxième pays après les Pays-Bas à légaliser l'euthanasie. En 2014, elle allait plus loin encore, et au terme de nombreux débats, elle élargissait l'accès à l'euthanasie aux mineurs. Entre théâtre, musique et projection, le spectacle « **En attendant le jour** » de **François Sauveur** aborde avec pudeur, respect et empathie cette question de la mort choisie, de la mort libératrice. Pour ce faire, le spectacle laisse se déployer la parole de trois personnes : **Marco**, 35 ans, paralysé suite à un accident de la route, **Jo**, 70 ans, atteint de la maladie d'Alzheimer et **Marie-Rose**, 65 ans, atteinte d'un cancer généralisé. Leur médecin, **Luc Sauveur**, oncologue au CHR de Namur et Président de l'ASPPN, témoignera lui aussi de l'incroyable leçon de vie que chacun d'eux, en affirmant son choix, aura eu l'occasion de lui donner.

« *Les patients qui demandent l'euthanasie sont des personnes qui sont dans la vie, pas dans la mort... qui veulent rester en contact... dans le partage, et être entourés jusqu'à la dernière seconde... c'est une manière de ne pas mourir seul.* » — **Luc Sauveur**

Dans un espace épuré et baigné de couleurs chaudes, les acteurs en scène seront tout à la fois le fils, la fille, le frère... du malade et malgré la mort présente, c'est à une véritable célébration de la vie que nous serons conviés, en même temps qu'à une formidable occasion de célébrer la tolérance, l'empathie et l'ouverture d'esprit.

« **En attendant le jour** », dans la Grande Salle du Théâtre de Namur, du 23 au 25 novembre 2016.

Infos et réservations : <https://www.theatrede-namur.be/en-attendant-le-jour/>

Le calendrier 2017 des plates-formes, déjà !

Une sympathique nouvelle pour terminer : nous savons que vous êtes nombreux à l'attendre avec impatience, et cette année encore, les Plates-formes de Soins palliatifs et la Fédération wallonne des Soins palliatifs ont travaillé de concert à la conception de leur Calendrier 2017 ! C'est à nouveau la talentueuse illustratrice **Alice de Page** qui s'est chargée d'interpréter en images et en couleurs 12 variations autour du « **vivre ensemble** », à mettre en pratique au quotidien, en famille, au travail, au sein de nos institutions de soins, et nécessairement partout où sont accompagnées des personnes en fin de vie.

Comme les années précédentes, il sera possible d'acheter ce calendrier auprès de votre plate-forme régionale, ainsi que lors de manifestations et d'événements ponctuels organisés par le réseau wallon des soins palliatifs. Ne tardez pas à réserver votre exemplaire, le nombre de calendriers est limité !



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 : info@asppn.be

PSPPL – La plate-forme de Liège

Diffusion du Projet de Soins Personnalisé et Anticipé

La PSPPL continue à soutenir activement la diffusion du PSPA sur le territoire liégeois. Afin d'aider au mieux les institutions et les soignants désireux de s'inscrire dans cette démarche, une formation de trois matinées est programmée en novembre (voir agenda des formations).

Vous avez envie de découvrir l'outil, d'obtenir un soutien personnalisé, d'informer le conseil des résidents de votre maison ? Tout est possible !

La PSPPL est à la page !

facebook

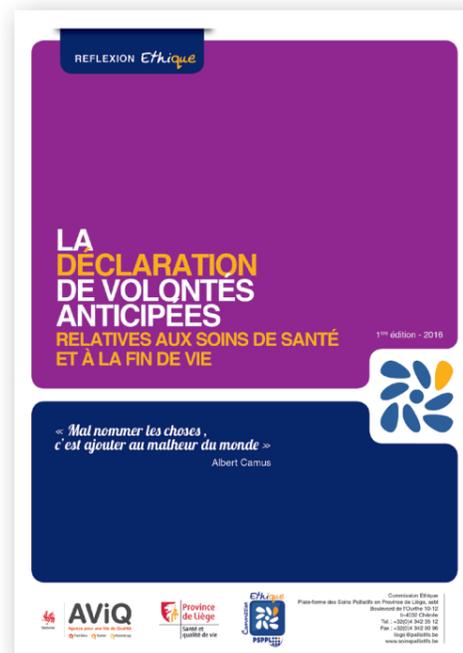
Depuis quelques mois, nous avons pris place sur facebook. Nous le savons tous, l'intérêt des réseaux sociaux, c'est leur énorme potentiel de diffusion. Nous comptons sur vous pour partager nos news et les vôtres.

A la rencontre des citoyens

Dans le cadre de la semaine des aidants proches (du 3 au 9 octobre) et de la Journée mondiale des soins palliatifs (11 octobre), trois matinées de réflexion seront organisées à Liège, Wanze et Waremme. Par des activités très ludiques, les participants auront l'occasion de découvrir les fondements de la culture palliative, la définition des soins palliatifs, la législation de la fin de vie et les aides disponibles. Ces rencontres interactives permettront de recueillir les questions et les besoins de la population. Infos et réservations au 04 342 35 12.

La déclaration de volontés anticipés relatives aux soins de santé et à la fin de vie, un folder pour y voir clair

Après la sédation et l'euthanasie en fin de vie, la Commission d'éthique de l'associa-



tion vient d'éditer un troisième folder sur les volontés anticipées. Cette matière difficile à appréhender par la population a été vulgarisée, simplifiée, pour être mieux comprise. Le folder rappelle aussi qu'ouvrir la parole sur ce qu'on souhaiterait pour soi, c'est avant tout ouvrir un dialogue avec autrui (médecin, famille, proche...). Le folder est téléchargeable sur www.soinspalliatifs.be.

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

PFSPEF – La plate-forme de Verviers

Formations en collaboration avec la Promotion Sociale

Suite au décret « Titres et fonctions » de la Communauté Française, la Plate-forme de Verviers ne pourra malheureusement pas continuer sa collaboration avec l'Enseignement de Promotion Sociale, Don Bosco. Nous regrettons cette situation et remercions vivement les membres du personnel de l'école, notamment la directrice, Madame **Carine Gohy**, avec laquelle les relations sont excellentes.

Les formations sur trois niveaux continueront d'être données en interne, par le personnel de la plate-forme : sensibilisation, formation de base et approfondissement. Elles ne donneront plus lieu à l'évaluation certificative de la Promotion Sociale mais à une attestation de participation, comme par le passé. (voir rubrique formations)

Nouvelles collègues...

Nous sommes heureux d'accueillir **Claire Degée** au sein de la coordination et **Catherine Guns** au sein de l'équipe de soutien. Nous leur souhaitons la bienvenue et nous réjouissons de les compter parmi nos collègues.

L'équipe de volontaires s'agrandit également, nous accueillons **Aïcha, Arlène, Jean, Karine,**

Marie-José et Michèle ! Notre équipe compte actuellement 30 personnes, nous stoppons donc le recrutement pour permettre à chacune et chacun de bénéficier d'un encadrement de qualité.

La plate-forme fête ses 20 ans !

En octobre 2016, la Plate-forme de soins palliatifs de l'Est francophone fête ses 20 années d'existence. L'équipe souhaite saluer, comme il se doit, le travail fourni par les précurseurs des soins palliatifs à Verviers et toutes les personnes qui ont soutenu les soins palliatifs au cours des 20 dernières années. Ce sera l'occasion de partager un moment à la fois réflexif et convivial, le **vendredi 14 octobre** à 19h30 au « Clair Obscur », Place Albert 1er, 5 à 4800 Verviers.

La Ville de Verviers désire elle aussi souligner cet événement de l'histoire de la Plate-forme de soins palliatifs de l'Est francophone et organise une cérémonie protocolaire à l'Hôtel de Ville le **mardi 11 octobre** à 18h30.

Plate-forme de soins palliatifs de l'Est francophone
Rue de la Marne, 4 – 4800 VERVIERS
Tél. : 087 23 00 16 – Fax : 087 22 54 69
E-mail : verviers@palliatifs.be

Les limites entre les soins palliatifs et la gériatrie : quand l'un rencontre l'autre



Avant-propos

La population belge vieillit. En effet, au sein de la population, le nombre de personnes âgées augmente. L'espérance de vie s'allonge également. Il y a de plus en plus de personnes âgées qui vivent de plus en plus longtemps. Nous parlons d'intensification du vieillissement. La vieillesse est donc devenue un enjeu de société.

Face à cette évolution générale de la société, les pratiques de soins palliatifs se questionnent. Les expériences de terrain relèvent en effet une nouvelle réalité, l'accompagnement des personnes très âgées. La présence de poly-pathologies, fréquentes dans le grand âge, et d'un déclin de l'état général viennent compliquer l'identification du processus de fin de vie. Il y a une différence dans le prendre soin d'un adulte et le prendre soin d'une personne âgée. Cette prise en charge s'appuiera sur des signes plus vagues et flous que dans une pathologie unique et identifiable. Il est souvent difficile de poser un pronostic en termes de temps vu l'évolution imprévisible. Néanmoins, c'est une réalité dont il faut s'occuper.

Dès lors, il n'est pas étonnant que les équipes soignantes se posent les questions suivantes: qu'est-ce qui relève de la prise en charge gériatrique ? Qu'est-ce qui relève de la prise

en charge palliative ? Existe-t-il une frontière entre les deux ? Doit-on marquer cette frontière ? Pouvons-nous parler de soins « palliatifs » lorsque la personne âgée n'a pas de pathologie grave identifiable ?

Toutes ces réflexions viennent interroger la place laissée à la personne âgée, aussi bien au niveau de la société au travers d'idées préconçues qu'au niveau de la pratique quotidienne au travers du projet de vie.

Dès lors, l'écriture a été donnée aux acteurs de terrain afin qu'ils partagent leurs expériences et leurs vécus. À l'instar de ces témoignages, ce dossier propose de nouveaux concepts et de nouvelles approches. Nous espérons que ces apports vous donneront l'occasion d'enrichir vos réflexions face à la question initiale, « les limites entre la gériatrie et les soins palliatifs ».

Il est évident que toutes les questions soulevées ne trouveront pas réponse. En effet, notre souci premier était avant tout de susciter le doute. Un doute qui permettrait de questionner sa pratique quotidienne pour, in fine, interroger la place de la personne très âgée... contrecarrer l'oubli de celle-ci.

Par **Kee Sung CAILTEUX**, coordinatrice, plate-forme de concertation des soins palliatifs de la Province de Luxembourg

Accepter la mort d'une personne âgée au nom de « l'ordre naturel des choses » ?

Depuis toujours la question de la mort suscite un intérêt qui traverse le temps et les cultures.

A la fois condition de la vie et conséquence inéluctable de celle-ci, elle nous rappelle notre finitude.

Le temps nous invite sur l'échiquier de l'existence et, en fonction de son déroulement, se terminera à des moments différents. Sous prétexte d'une vie longue et ponctuée par de beaux moments, la société doit-elle se résigner à l'idée de la mort d'une personne âgée ?

Indépendamment de sa volonté, l'individu est prisonnier de l'espace et du temps qui régulent et organisent la vie. En effet, aucune action, aucun ressenti, aucune expérience ne peuvent échapper à ce que, dans *La critique de la Raison pure*, Kant nomme les conditions a priori de l'expérience à savoir l'espace et le temps. Dans son rapport au monde et à la mort, l'homme est plus affecté par le temps qui passe et contre lequel il court que par l'espace dans lequel il évolue. Sans doute que, hormis le fait que le temps soit structurel, il marque les corps de son passage et affecte l'individu dans son être. Quant à l'espace, il est perçu comme configurant nos actions avec un effet de réciprocité mais, au sein de notre perception de fondamentalement mortel, il n'est pas intimement lié à notre finitude. Ainsi, nous ne pouvons nier que la mort et le temps vont entretenir une relation particulière qui affecte directement l'individu et qui, heureusement ou malheureusement, échappe au contrôle de celui-ci car le temps lui préexiste. Dès lors, nous pouvons penser que cette étrange cohabitation laisse à la société une certaine marge d'appréciation

sur le lien qui légitimerait la mort non pas en fonction du temps objectif mais par rapport au temps du vécu.

C'est pourquoi, il est courant d'entendre « il aura bien vécu » ou « il aura eu une belle vie » comme si la longueur et la qualité de celle-ci venaient à justifier la mort de l'individu. Le problème réside dans la subjectivité qui entoure ces représentations. Hormis les paramètres individuels qui les configurent interviennent aussi des variables de société. De manière générale, la mort affecte l'individu mais le décès d'un enfant aura davantage d'impact sur le ressenti collectif que celui d'une personne âgée. Nous avons tous en mémoire l'accident de car à Sierre en 2012 mais peut-être moins celui du club du troisième âge qui s'est produit à Puisseguin en 2015. En France, le nombre de victimes est deux fois plus élevé qu'en Suisse... Pourtant, l'accident de Sierre, parce qu'il concerne majoritairement des enfants, a été ressenti différemment. Bien que les circonstances soient différentes, ceci pré-supposerait que, de ce côté-ci du monde, la conscience collective admette qu'une vie n'est pas égale à une autre. C'est alors qu'un certain calcul de « l'ordre naturel des choses » apparaît comme allant de soi. De ce fait, si la quantification du temps vécu est satisfaisante et qu'il en est de même pour la qualité de vie alors la mort d'une personne âgée semble acceptable. Dans ce cas, l'individu devient inévitablement conditionné par la mort et banalise celle-ci.

Cette vision semble le fruit d'une tradition très occidentale qui, depuis les Grecs jusqu'aux penseurs modernes, définit l'humain par sa finitude. Depuis près de trois millénaires, la tradition identifie l'essence de l'homme comme un être fondamentalement mortel. Dans l'Odyssée, Ulysse refuse son amour à la douce Calypso qui lui promet l'immortalité et la jeunesse éternelle; il choisit de rentrer à Ithaque, de revoir Pénélope et d'y mourir. Dans la philosophie existentialiste allemande de Martin Heidegger, le *dasein* occupe une place non né-

gligeable et est le fondement de sa pensée. Néanmoins, à contre-courant, quelques intellectuels français explorent d'autres pistes qui sont largement répandues aux États-Unis mais qui demeurent encore minoritaires en Europe. Dans la conférence intitulée *L'homme transgénique : des possibilités infinies*, Jean-Claude Weill explique que l'individu n'est peut-être pas programmé à mourir mais que celui-ci meurt à cause de suites de catastrophes biologiques, biochimiques dont on est en train de comprendre les mécanismes et sur lesquels nous avons peut-être prise. Dans la même perspective, François Villa établit une autre lecture possible de l'essence de l'homme en disant que mourir n'est pas la conséquence de vieillir mais que la mort met un frein au vieillissement bien que l'allongement de la vie elle-même amène diverses pathologies du vieillissement qui complexifient celle-ci. Ces deux auteurs rejoignent l'idée américaine qui présuppose qu'il est possible de redéfinir l'homme autrement qu'à partir de ses considérations liées à la finitude et que ce dernier pourrait se moderniser au même titre que les évolutions engendrées par la société. En philosophie contemporaine, le courant du transhumanisme est généralement considéré comme celui qui postule l'extension de la vie par la modification de l'être humain lui-même. Ce courant philosophique est apparu au milieu des années '60' dans l'Etat de la Caroline et demeure encore aujourd'hui un phénomène très anglo-saxon. L'ignorance volontaire de ce courant dans la civilisation gréco-romaine suscite bon nombre de questions... Sommes-nous moins enclins ou tout simplement pas prêts culturellement à accepter l'homme de demain?

Aujourd'hui, Nick Bostrom est le représentant le plus académique de ce mouvement. Le professeur d'Oxford définit le transhumanisme comme un courant intellectuel et culturel qui vise l'amélioration de l'individu. Schématiquement, l'idée développée par le Suédois est celle d'une évolution par étapes. Ainsi,

l'Homme dans sa condition physique actuelle n'est qu'à un stade de son développement. Selon lui, ces stades futurs seront possibles par l'utilisation de toutes les techniques et technologies disponibles qui se centreront sur deux objectifs: repousser le vieillissement et améliorer les capacités humaines. Il prévoit un système économique, politique et social dans lequel l'individu pourra s'épanouir plus de 150 ans à condition d'adhérer à sa propre transformation.

Aux Etats-Unis, l'opposition centrale entre les transhumanistes et les bioconservateurs réside dans l'atteinte à la nature du corps humain. En effet, l'objet des discordes concerne la technicisation de celui-ci afin d'accéder, de manière libérale, à un stade amélioré de l'homme. Si cette visée est envisagée au-delà de la thérapie alors elle est considérée par les uns comme une déshumanisation et, par les autres, comme l'accès nécessaire au bien-être.

Le manque de recul sur les biotechnologies naissantes et leurs possibles incidences sur la société, renforce davantage la position du comité d'éthique américain. Cette méfiance peut se synthétiser autour du principe de précaution et de l'heuristique de la peur. Dans *Demain les posthumains*, J-M Besnier affirme que le scandale du posthumanisme survient lorsque s'impose l'idée que la transformation du corps, autorisée par la puissance biotechnique, risque de transformer l'esprit dans des proportions que l'éducation seule n'a jamais pu imaginer et ce, de manière irréversible. Néanmoins, le comité ne condamne pas la biotechnologie elle-même, mais le danger que peut représenter son usage pour notre société si elle est utilisée à des fins au-delà de la thérapie. Dans *L'avenir de la nature humaine-Vers un eugénisme libéral ?*, Habermas souligne que la manipulation génétique à des fins libérales pourrait transformer la conception que nous avons de nous-mêmes à un tel niveau, que nos fondements normatifs (représentations morales et juridiques) en seraient profondément affectés. Ce qui pré-

occupe notre contemporain allemand, est l'introduction par autrui dans le génome humain d'une intention, d'un sens étranger qui déposséderait le corps de l'individu de sa spécificité, de sa singularité propre.

Vieux rêve de l'immortalité ou vertige du progrès ?

Au regard du transhumanisme, le calcul de l'ordre naturel des choses semble dépassé. Le concept lui-même de la personne dite « âgée » est mis à mal dans le processus d'un vieillissement toujours présent mais possiblement distillé dans le temps par le progrès. L'absence de consensus entre l'approche américaine et l'approche occidentale montre que les discussions ne peuvent être constructives car le présupposé initial est intrinsèquement différent. Indépendamment de sa légitimité ou de son fondement scientifique, le courant du transhumanisme a le mérite de remettre la vie au cœur de ce qui définit l'individu quel que soit l'âge.

Par **A. TEMMERMAN**, maître-assistant en philosophie

Bibliographie

1. BESNIER, J-M., *Demain les posthumains*, Hachette, 2009.
2. BOSTROM, N., "In defense of posthuman Dignity", In. *Bioethics*, Vol. 19, No. 3, 2005.
3. BOSTROM, N., *Letter from Utopia*, *Studies in Ethics, Law and Technology*, Vol. 2, 2008.
4. BOSTROM, N., *The transhumanist FAQ: a general introduction*, [En ligne], Oxford University, 2003.
5. HABERMAS, J., *L'avenir de la nature humaine : vers un eugénisme libéral ?*, Gallimard, 2002.
6. HEIDEGGER, M., *Etre et Temps*, Gallimard, 2005.
7. HOMERE, *L'odyssée*, Gallimard, 1973.
8. JONAS, H., *Le principe de responsabilité : une éthique pour la civilisation technologique*, Flammarion, 1998.
9. KANT, E., *Critique de la raison pure*, Gallimard, 1990.
10. RADMAM, M.& WEILL, J-C., *L'homme transgénique : des possibilités infinies*, [En ligne], Université de tous les savoirs, 2008.
11. VILLA, F., *La puissance du vieillir*, PUF, 2010.

Faut-il se résigner à la mort d'une personne âgée ou au contraire, faut-il un accompagnement spécifique ?

L'intérêt d'une prise en charge psychologique de la souffrance psychique de nos aînés.

1. « La mort fait partie de la vie » : oui mais !

La mort fait partie de la vie, elle est inscrite dans chacun des organismes vivants. Elle peut survenir précocement avant le plein développement de l'organisme. Elle peut arriver brusquement par accident ou suite à un défaut biologique ou constitutionnel. Elle peut aussi grignoter lentement le vivant dans un lent processus de détérioration.

Cette vérité brute peut se concevoir de façon plus nuancée chez le sujet humain. Tout d'abord, parce que celui-ci a besoin de penser son expérience pour qu'elle soit moins traumatique, notamment celle de vieillir, de vivre la mort d'un proche et de mourir soi-même un jour. Ensuite, parce que le sujet humain est un vivant particulier, il est atteint de « néoténie » (Roussel, 1989). Il naît toujours prématurément et donc il a besoin d'un autre sujet pour se maintenir en vie et pour grandir. En réponse à cette vulnérabilité à la naissance, où il fait l'expérience de ne pouvoir subvenir seul à ses besoins ni gérer les tensions qui l'habitent, il en ressort l'importance d'être en relation avec un autre être humain dans un lien sécurisant et porteur. Winnicott (1957, 1958) ne disait-il pas : « un bébé seul ça n'existe pas », il y a toujours des bras pour le tenir, une mère pour l'investir, etc. Un entourage primaire adéquat permet au bébé d'intégrer ses différentes expériences à la base d'une identité solide. Ainsi, le développement du petit humain dans le sens croissance créatrice ou dans le sens de ce que l'on appelle la psychopathologie, est toujours en grande partie liée à la qualité du lien du bébé puis

de l'enfant à son entourage (Ciccone, 2014). Et cette qualité du lien premier va jouer un rôle tout au long de l'existence, et dans le cas qui nous concerne, au soir de la vie, lorsque le sujet est à nouveau confronté à un lien de plus grande dépendance à autrui. Cette dépendance accrue (ou son risque imaginaire) va reconvoquer la manière dont chacun a vécu ses premiers liens d'attachement et ses dysfonctionnements éventuels. D'où la variété de vécus face à ce que la vieillesse fait vivre, notamment en termes d'angoisses, de solitude et de fantasmes. La représentation de la mort et l'expérience de mourir peuvent elles aussi se décliner subjectivement de diverses façons.

Dans une logique courante, tout décès survenant avant la « vieillesse » sera considéré comme prématuré et sera potentiellement traumatique. Au grand âge, la mort pourra encore se vivre par l'entourage comme une attaque traumatique mais, selon la nature du lien avec le défunt, le contexte, et l'histoire de chacun, son impact pourra être plus facilement relativisé, la personne défunte ayant eu son temps.

Selon la citation « la mort fait partie de la vie », on peut être enclin à se dire qu'il faut bien que mort s'ensuive. Mais cet adage, tout empreint d'une forme de sagesse qu'il soit, ne doit pas nous amener à nous résigner face à l'inéluctable chez la personne âgée. Cet abandon face à la mort de l'âgé pourrait conduire à désinvestir celui-ci, à le considérer avant l'heure comme déjà mort et à le laisser seul face à ses souffrances, qu'elles soient physiques et/ou morales.

A la question, « Faut-il se résigner à la mort d'une personne âgée ? », notre position de psychologue pour les âgés se veut une réponse de Normand. A la fois, il est opportun de tenir compte des réalités du vivant, en effet « la mort fait partie de la vie » et à la fois, il est important de tenir compte de la singularité de chaque être, de son vécu, de son histoire propre, de ses besoins propres, et notamment de son besoin d'être encore investi, soutenu, accompagné, dans le respect de sa volonté de continuer à investir la vie ou non.



2. Chaque personne âgée est différente

La vieillesse, tout comme l'âge adulte d'ailleurs, n'est pas uniforme. Depuis la crise du milieu de vie (vers la quarantaine), le sujet va être confronté à des signes du travail de la mort en lui : rides, cheveux blancs, et pour les femmes l'arrivée de la ménopause. Le sujet fait à nouveau l'expérience de la transformation corporelle (qu'il avait déjà vécue à la puberté dans le sens de la croissance) mais cette fois sur le mode de l'avancée en âge et du rappel du terme qui se rapproche. D'autres événements montrent le temps qui

passé : le départ des enfants, le passage à une nouvelle génération par la grand-parentalité ou l'arrière-grand-parentalité, la retraite. Tous ces changements obligent la personne à faire un travail psychique important : accepter ce corps qui change, se retrouver en couple sans les enfants, se voir comme grands-parents, trouver un sens à la vie en dehors de cet organisateur psychique qu'est le travail, continuer à investir le présent et appréhender l'avenir avec une certaine sérénité ...

Ici, ce sont principalement les enjeux narcissiques qui sont mobilisés. Il s'agit de continuer à s'aimer malgré et avec ces changements.

Mais ce travail psychique est difficile. Son échec se manifeste notamment sur le plan somatique. On constate par exemple dans l'année qui suit le passage à la retraite plus de maladies ou d'accidents corporels que dans le groupe d'âge de référence. Le taux de mortalité (notamment par suicide) est lui aussi plus élevé (Talpin, 2014).

Par ailleurs, se penser vieux est un travail psychique complexe car tout sujet est pris dans une atemporalité qui fait que le passé (vécu de la prime enfance, enfance, adolescence...) reste actuel. On remarque cela notamment dans les demandes « infantiles » faites aux soignants, comme si l'âge était redevenu un tout petit enfant. Cela se manifeste aussi par des accidents que peuvent avoir les personnes âgées car elles ont fait des choses qu'elles ont toujours faites (dimension hors d'âge) mais que leur corps vieillissant n'a pas supporté, ne réagissant plus comme auparavant (Talpin, 2014).

Chaque sujet est donc appelé à se positionner de façon singulière à ce que tout cela lui fait vivre. Quand des signes de souffrances psychiques deviennent trop envahissants, un accompagnement psychothérapeutique peut être indiqué.

3. Y a-t-il des personnes âgées et des mourants heureux ?

Nous tenons pour acquis qu'une certaine dose de souffrance accompagne toute existence humaine. La difficulté est de savoir à partir de quel moment cette souffrance devient intolérable. La psychopathologie se penche essentiellement sur la souffrance qui déborde les capacités de traitement et de transformation propre à un sujet, là où le processus du vivant s'est immobilisé en attendant que quelqu'un nous aide à symboliser ce qui se passe pour nous. L'être humain ne souffre pas seulement à cause des événements (parce qu'il entre en maison de repos, parce qu'on lui a diagnostiqué un début d'Alzheimer, etc.) mais aussi parce que certains processus en lui n'ont

pas trouvé d'écho, d'écoute, de réceptacle et restent en errance (Ferrant, 2014). Les souffrances psychiques les plus fréquentes dans la vieillesse sont dépressives (deuils non faits) ou démentielles (désinvestissement du temps présent et des fonctions cognitives). Si nous nous penchons un peu sur les vécus dépressifs réactionnels à des deuils chez les âgés, nous constatons que ceux-ci apparaissent sur un fond constitué de multiples pertes : d'une part, pertes de personnes aimées, pertes d'activités et de lieux investis, d'autre part, pertes de fonctions corporelles ou cognitives.

Tout travail de deuil peut aller vers son achèvement lorsque le sujet commence à investir de nouveaux « objets » (personnes, activités...) de même nature que l'objet perdu (remplacer par exemple un conjoint par une autre personne ou par des activités en groupe, etc.) dans un processus de déplacement de l'investissement. Mais pour les personnes âgées, cette phase est très difficile. Elle est freinée, voire empêchée bien souvent, par une rationalisation défensive selon laquelle il n'y aurait plus rien à investir à leur âge, ce qui n'est en fait jamais le cas (Talpin, 2014).

A côté de ces pertes « objectales » (personnes, choses et activités investies), le sujet vieillissant est aussi confronté à des pertes qui concernent son corps propre (ex : au niveau de la motricité, de la perception...) ou son fonctionnement cognitif (ex : perte de la mémoire à court terme, de sa représentation dans l'espace, dans le temps...). Chacun a investi son corps et la cognition de manière différente dès la prime enfance (Talpin, 2014). La question est de savoir, par exemple, comment un sujet pour qui l'activité physique a toujours été très importante va pouvoir continuer à aimer la vie dès lors qu'au grand âge il est atteint de paralysie ? Va-t-il pouvoir in fine accepter cela (grâce au soutien de son entourage mais aussi de figures parentales qui lui viennent en aide intérieurement) ? Va-t-il pouvoir investir de nouvelles activités (telles par exemple regarder

des émissions sportives à la télévision en soutenant son équipe favorite, coacher ses anciens élèves lors des visites...) ou, au contraire, entrer dans une dépression profonde ne montrant aucun signe de fin ? Il en ressort que dans la vieillesse, certains pourront continuer à investir la vie malgré les aléas de celle-ci et d'autres auront plus de difficultés, selon qu'ils pourront ou non se soutenir d'une relation satisfaisante avec des figures parentales intériorisées qui soient aimantes et bienveillantes et, bien sûr aussi, par le soutien d'un environnement (familial, amical, soignant) suffisamment présent. La dépression chez la personne âgée est donc le signe que celle-ci a du mal à faire le deuil de ce qu'elle a été (ou pas), de ce qu'elle a eu (ou cru avoir). Elle témoigne aussi du fossé entre ce qu'elle voudrait être et ce qu'elle est, entre ce qu'elle vit et ce qu'elle voudrait vivre, comme par exemple le fait d'être préservée des atteintes de l'âge (Talpin, 2014). De ce fait, la dépression manifeste un travail psychique en attente d'une rencontre avec une personne qui viendrait la secourir et qui pourrait, sinon protéger du vieillissement et de la mort, du moins accompagner et aider à élaborer la confrontation avec ceux-ci. A partir du moment où une prise en charge est mise en place par des entretiens réguliers, éventuellement aussi par un soutien médicamenteux voire une hospitalisation, une partie de cette énergie immobilisée dans la dépression peut redevenir disponible. Elle peut être investie dans la thérapie puis, petit

à petit, quand cela se passe bien, en dehors de celle-ci (Talpin, 2014).

En conclusion, il y a lieu de considérer que même au grand âge, un accompagnement psychothérapeutique peut avoir tout son sens. Il doit tenir compte à la fois de la manière dont la personne âgée s'est organisée tout au long de sa vie, les spécificités de son vieillissement sur les plans psychique, somatique, social et cognitif, tout en prenant en compte les expériences de perte et les réinvestissements. Lorsqu'il y a souffrance psychique, l'important est de se mettre à l'écoute de là où le vivre s'est immobilisé. Alors une relance du processus de penser son expérience peut, même au grand âge, transformer ce qui était en souffrance et permettre à l'âge d'appréhender plus sereinement la suite de son existence et sa mort à venir.

Par **Nathalie MARISCAL**, psychologue et psychothérapeute pour adultes seniors

Bibliographie

1. Ciccone, A. & Ferrant, A. & Talpin, J.-M. (2014). In Roussillon, R. (Ed.) Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Paris : Elsevier Masson.
2. Roussel, L. (1989). La Famille incertaine. Paris : Odile Jacob.

Vieillir n'est pas mourir : quelques réflexions sur l'avancée en âge et la fin de vie

Pouvons-nous parler d'un accompagnement spécifique des personnes âgées en fin de vie ? Si vieillir n'est pas mourir, quelles « tâches » doivent encore accomplir les aînés au soir de leur vie et quelles attitudes des soignants peuvent les soutenir dans cette ultime étape ? Dans cet article, nous nous appuyons sur quelques propositions tirées de la littérature gérontologique pour tenter de nourrir l'approche des soins palliatifs.

Le vieillissement, un processus tout au long de la vie

Rappelons, pour commencer, que le vieillissement est avant tout un processus biologique, caractérisé par un déclin des fonctions vitales comme effet du temps qui passe, qui affecte tous les organismes vivants. En revanche, contrairement à la vision déficitaire véhiculée par les stéréotypes, cette notion de déclin ne peut être extrapolée stricto sensu aux dimensions psychologiques et sociales du vieillissement (Meire, 1992). Ainsi, chacun vieillit différemment en fonction de ses prédispositions biologiques, des circonstances (accidents) de la vie, des interactions avec l'environnement, de ses capacités d'adaptation, de la qualité des liens établis avec son entourage, etc. En raison de cette diversité, chaque fin de vie se doit d'être abordée au travers d'une approche singulière tenant compte à la fois de la situation actuelle et du parcours de vie de la personne vieillissante.

Messy (2002) insiste, quant à lui, pour distinguer les mots « vieillesse » et « vieillissement » en utilisant la métaphore du « voyage » qui ne peut se réduire à une « étape » (la dernière de l'existence). Il exprime ainsi le fait que nous vieillissons inéluctablement depuis le jour de notre naissance et bien avant d'avoir atteint

l'âge de la vieillesse (pour autant qu'on puisse le définir). Pour lui, le vieillissement est marqué par des pertes mais aussi par des acquisitions, tout au long de la vie. Ces pertes concernent toutes les âges, mais elles sont interprétées différemment selon les moments. Par exemple, nous disons d'un enfant qui perd ses dents de lait, qu'il grandit et non pas qu'il vieillit ! Sur un plan psychologique, le défi est donc de taille de considérer le grand âge comme une occasion de croissance, d'accomplissement de soi et pas seulement comme un temps de déclin, de détérioration ou de repli sur soi.

La vieillesse, une triple crise existentielle

Sans dénier le cortège de pertes, de limitations fonctionnelles, de déficits engendrant des dépendances qui scandent l'avancée en âge, et qui justifient l'accompagnement des aînés par des aidants proches et/ou des soignants professionnels, la vieillesse comporte une dimension positive de recherche d'accomplissement de soi. Pour Laforest (1989), cette tension entre deux expériences contradictoires – l'expérience d'un déclin irréversible et l'aspiration naturelle à la croissance – permet de définir la vieillesse comme une situation de crise existentielle (en référence aux travaux du psychanalyste américain Erik Erikson). Selon le gérontologue, la « crise de la vieillesse » concerne trois dimensions importantes de l'existence qui sont reliées entre elles :

» Il s'agit d'abord d'une *crise d'identité* car la personne âgée vit de nombreuses pertes (ex. diminutions de ses capacités, modifications de son apparence corporelle, changements de rôles) qui menacent son image (estime) de soi et l'obligent à se redéfinir autrement et à revoir son système de valeurs (c'est-à-dire les critères à partir desquels chacun s'évalue). Prenons l'exemple d'un homme âgé qui voit sa mémoire se détériorer alors qu'il a toujours valorisé la rapidité de raisonnement et de prise de décisions chez ses collaborateurs et pour lui-même. L'enjeu pour la personne

âgée est de conserver intact son sentiment d'identité et de continuité, malgré les changements. La révision des valeurs implique parfois de se dégager des normes de performance et de productivité, prédominantes dans notre société, pour investir davantage l'être et le savoir-vivre ;

» Une *crise d'autonomie* dont l'enjeu consiste, pour la personne âgée, à conserver la maîtrise de sa vie, malgré l'augmentation de la dépendance physique et du recours à l'aide d'autrui pour satisfaire ses besoins. La distinction entre les notions d'indépendance (comme capacité à accomplir les tâches de la vie quotidienne et à satisfaire ses besoins fondamentaux) et d'autonomie (comme capacité à s'autodéterminer et à continuer à prendre les décisions importantes pour soi-même), prend ici tout son sens. Si le processus de vieillissement s'accompagne inexorablement d'une diminution des capacités fonctionnelles (que ce soit par simple usure du temps ou en raison d'une augmentation des pathologies), il n'implique pas nécessairement une perte d'autonomie. Les attitudes de l'entourage (aidants proches ou professionnels) sont alors déterminantes pour permettre aux personnes âgées dépendantes, grabataires ou même atteintes de troubles cognitifs, de « rester au volant de leur vie » malgré leur état de dépendance ;

» Une *crise d'appartenance* car les personnes très âgées, en raison de la diminution de leurs capacités physiques et de la pression sociale, se sentent mises en retrait, alors même qu'elles continuent d'éprouver un besoin d'appartenance et de participation à la vie familiale ou sociale. C'est la question de la place et des attitudes de notre société à l'égard des aînés qui est posée ici. Car, privées de toute forme d'insertion et de reconnaissance sociales, les personnes vieillissantes peuvent se sentir de plus en plus déconnectées du « courant de la vie » et sombrer dans l'ennui et la solitude, malgré la présence bienveillante de leur famille. En revanche, à travers des activités

qui ont du sens pour elles, les personnes âgées peuvent continuer à faire l'expérience du mouvement même de la vie.

Bien que la vieillesse soit majoritairement perçue dans notre société comme une période de détérioration inévitable, annonçant la mort prochaine, elle peut aussi être envisagée comme une opportunité de croissance, au même titre que d'autres étapes antérieures du développement (ex. l'enfance, l'adolescence). Pour Laforest, la solution positive à la (triple) crise de la vieillesse résulte en « l'atteinte de l'intégrité ». À l'opposé du sentiment de désespoir que l'on peut observer chez certains sujets âgés, l'intégrité se manifeste par un état d'esprit d'acceptation de la personne que l'on est et de la vie que l'on a menée, ce qui implique de pouvoir considérer celle-ci dans sa globalité (toutes les étapes ont été importantes) et son unicité.

Du côté des soignants : quel accompagnement des personnes âgées en fin de vie ?

L'accompagnement des personnes âgées en fin de vie fait partie de la pratique quotidienne des soignants en institution ou à domicile. Originellement développés pour les patients atteints d'un cancer, les soins palliatifs se déplacent progressivement vers les situations où les patients souffrent d'autres maladies chroniques évolutives, telles que l'insuffisance cardiaque, respiratoire ou rénale terminale ou encore la démence, toutes des pathologies dont la fréquence augmente avec l'âge. La fin de vie des personnes très âgées mérite donc que l'on s'y arrête.

Comme nous l'avons évoqué, le vieillissement normal s'accompagne d'un déclin fonctionnel (plus ou moins progressif) caractérisé par une perte d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. La personne très âgée, qui devient alors dépendante physiquement et/ou psychiquement, peut finir sa vie en institution sans que soit véritablement mise en place une stratégie spécifique de soins palliatifs. La fin de vie est dès lors assimilée à un

processus naturel et accompagnée comme tel : « *Se basant sur l'observation de différents symptômes, l'équipe soignante de la maison de repos et de soins remarque que le résident se dégrade. Elle fait prendre conscience à la famille qu'il va moins bien. Elle privilégie un accompagnement en douceur et tend vers les soins palliatifs de manière progressive et naturelle, dans une certaine continuité* » (témoignage d'une infirmière en maison de repos).

La personne très âgée peut également arriver à l'hôpital, dans le service de gériatrie, à la suite d'une chute, d'une affection dite aiguë. La question du pronostic de vie en termes de temps peut alors se poser. Si, en gériatrie, l'accompagnement des patients âgés se déploie dans une optique de réadaptation, guidé par un projet de vie personnalisé, il tient compte de la fragilité du grand âge et de la proximité de la mort. L'accompagnement en fin de vie est aussi un projet, davantage orienté vers la qualité de vie (Swine, 1997).

Au domicile, la prise en charge de la personne très âgée est souvent en « dents de scie ».

Quel que soit le lieu de la prise en charge, le profil de la personne âgée peut différer : soit les soignants observent une évolution lente et, au moment où la vérité sur la mort prochaine est intégrée, ils peuvent assister à un lâcher prise et une dégradation rapide ; soit l'état de la personne se dégrade petit à petit (par un simple phénomène d'usure) ; soit la personne présente une démence et les difficultés, voire l'absence, de communication déclenchent parfois un processus de « deuil anticipé ». Lorsque la personne âgée souffre de pathologies multiples et chroniques, l'accompagnement s'inscrit dans la durée. Celui-ci est connu sous le nom de « long mourir » en gériatrie (Quignard, 2013). Ce temps s'étire et peut sembler douloureusement vide et inutile. Il peut alors augmenter le risque d'épuisement tant du côté des aidants proches que des soignants. Dans ce contexte, la frontière entre les soins curatifs et les soins palliatifs est souvent difficile à établir, de telle sorte que la notion de soins

continus prend tout son sens (Michel & Michel, 2002).

Quels repères se donner alors pour que ce temps d'accompagnement des aînés en fin de vie, même s'il paraît lent, long, reste un temps investi, un moment de vie ? Quel sens donner à ce temps qui s'étire ?

Chez les personnes très âgées, il n'est pas rare de constater une certaine lassitude de vivre. À un moment dans leur grand âge, elles considèrent qu'elles ont fait leur temps et parlent de la fin de leur vie avec un certain fatalisme. Elles expriment alors le souhait qu'on les laisse tranquilles, « J'en ai assez », « A quoi sert ma vie ? », « J'aimerais que cela cesse », « Je veux en finir ». Cependant, elles ne réclament pas la mort et peuvent encore se réjouir des choses simples à vivre. Pour Quignard (2013), « *notre tâche est de comprendre ce qui, dans leur esprit, doit finir. Ces demandes expriment souvent une douleur mal identifiée et mal calmée, ou bien la crainte de la personne de ne pouvoir être soulagée à l'avenir. Il peut s'agir aussi d'une souffrance liée à la solitude ou à un sentiment d'abandon, ou encore de la peur de vivre la vieillesse dans un état ressenti comme dénué de dignité. Il convient de prendre le temps de comprendre ce qui se cache derrière ces demandes, d'autant qu'elles sont souvent fluctuantes au fil du temps et parfois empreintes d'ambivalence* » (p. 25).

PISTES POUR SOUTENIR L'IDENTITÉ

Pour *se sentir exister*, chaque personne quel que soit son âge, a besoin de se sentir reconnue, c'est-à-dire d'exister dans les yeux des autres (Laforest, 1989). Lorsqu'elle arrive à la fin de sa vie, il n'est pas rare que la personne âgée jette un regard (plus ou moins heureux ou malheureux) sur l'entièreté de son existence. Loin de la simple répétition, la réminiscence de leur vie passée (c'est-à-dire le besoin de se raconter et d'évoquer ses souvenirs) permettrait aux personnes âgées de reconstruire leur histoire interne et, ainsi, de consolider leur identité. Tout dé-

pend, cependant, « *de la capacité des autres à entendre et à recueillir ces paroles d'espoirs et de regrets* » (Meire, 1992, p. 150). Accepter de recevoir ces confidences, c'est permettre à la personne âgée de (re)donner du sens à ce qu'elle a vécu. En tant qu'équipe soignante, il s'agirait dès lors d'écouter en toute simplicité, et ce, sans forcément vouloir agir ou répondre de façon explicite à ces déclarations. Ainsi, pour Laforest (1989), « *la capacité d'établir une relation de qualité avec les personnes âgées n'est pas le fruit de techniques ni de méthodes. Elle est d'abord le reflet de la qualité d'être de l'intervenant* » (p. 156). Le soignant s'inscrit dans un accompagnement dont l'objectif est la recherche d'une meilleure qualité de vie.

PISTES POUR MAXIMISER L'AUTONOMIE

La souffrance ressentie par la personne âgée peut être grande par rapport à sa condition de dépendance et les deuils successifs (du conjoint, du domicile, de la marche et parfois de la considération de l'environnement) qu'elle doit traverser (Zimmer-Tirone & al., 2008). Elle peut alors vivre une blessure narcissique qui rend d'autant plus nécessaires une écoute et un respect de sa personne – à travers l'expression de ses désirs, de ses souhaits, de ses choix de vie, par les proches et les soignants.

Le respect du principe d'autonomie peut questionner les équipes soignantes face aux difficultés de communication avec les personnes âgées souffrant de démence. Et pourtant, selon Quignard (2013), « *au grand âge, tout patient doit pouvoir être informé et donner son avis, que l'on s'efforcera de respecter – même si ses capacités cognitives sont diminuées* » (p. 27). Sous prétexte que tel patient âgé est « Alzheimer », nous oublions trop souvent de lui donner une information simple, nous ne prenons pas la peine de lui demander son avis, nous omettons d'obtenir son consentement, nous décidons pour lui... A contrario, Rigaux (2011) préconise une approche relationnelle permettant aux personnes démentes d'exercer leur autonomie, même à

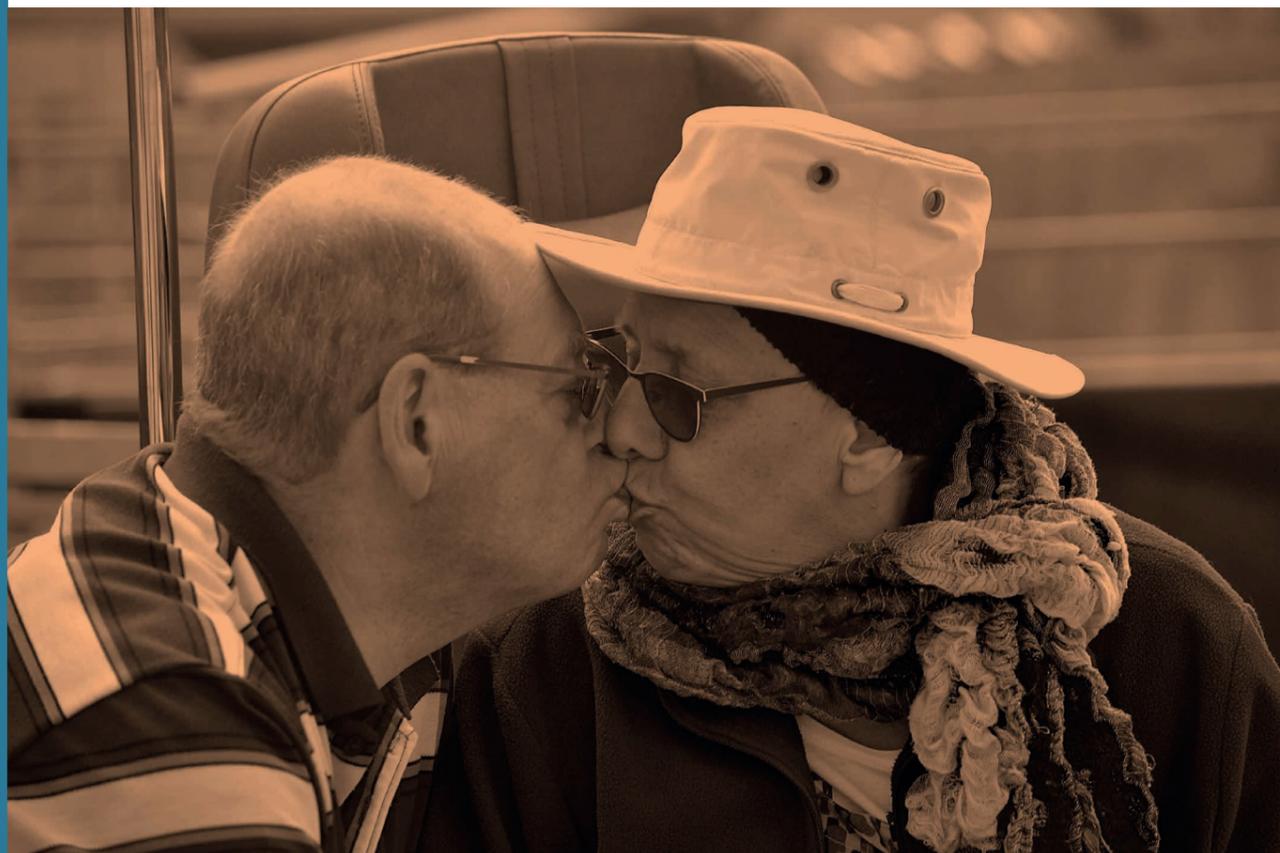
un stade avancé de la maladie. Plutôt que de considérer la personne atteinte de démence comme incompetente (à cause du déclin de ses fonctions cognitives), le soignant va prêter une attention particulière à ses besoins et à ses réactions (verbales et non verbales) pour développer des attitudes de soin qui maximisent l'autonomie. La personne âgée est alors respectée en fonction des valeurs qui ont donné du sens à sa vie passée, mais elle est aussi reconnue dans ses potentialités actuelles d'expression de soi.

PISTES POUR RENFORCER LE SENTIMENT D'APPARTENANCE

Ce temps de la vie finissante est souvent difficile à accepter pour l'entourage : lorsque la mort semble inévitable, nous voudrions qu'elle soit immédiate. Selon Quignard (2013), la personne âgée, de son côté, peut exprimer la crainte de peser économiquement sur sa famille et sur la société, le sentiment d'être inutile et la peur de représenter un fardeau trop lourd pour ses proches. L'environnement socio-familial entre donc tout autant en ligne de compte que la maladie elle-même.

A contrario, le temps qui reste peut représenter « *un temps utile de passation, de transmission, d'adieux* » (Quignard, 2013). Il s'agit dès lors de valoriser l'expérience et la transmission d'une certaine sagesse. La crise d'appartenance de la personne très âgée pourrait alors trouver réponse dans cette valorisation. Meire (1992) parle d'un « legs symbolique » lorsqu'une personne âgée peut transmettre à un proche ou à un soignant, dans des moments choisis mais aussi improvisés (lors du passage de l'infirmière de garde la nuit, par exemple), certaines leçons de vie qui prennent alors un sens nouveau, à travers ce lien à un autre qui les reçoit.

Courtois (2006) compare les soins palliatifs à un « *rite de passage moderne* ». L'accompagnement palliatif agit comme un « *espace-temps particulier* » qui offre « *un cadre, un contenant au sujet malade et à sa famille pour passer cette étape de la vie* » (p. 84). Au mo-



ment du décès, l'entourage doit réintégrer symboliquement la personne disparue dans sa communauté, « *lui rendre dans l'absence une présence en l'inscrivant dans la mémoire familiale* » (p. 87).

Ainsi, se pose la question des liens et de l'appartenance à une lignée comme vecteurs de transmission intergénérationnelle au sein des familles, mais aussi plus globalement celle des attitudes de notre société à l'égard des aînés. Comme l'exprime Quignard (2013), il serait souhaitable que « *notre société s'interroge sur la place qu'elle veut donner aux plus âgés parmi nous, et aussi sur la nécessaire solidarité à développer envers ceux qui approchent de la fin de leur vie, en cessant d'occulter la mort, et surtout en cessant de la convoquer ou de vouloir la hâter, tant finalement on la redoute* » (p. 31).

Conclusion

La gériatrie et les soins palliatifs ont en commun la complexité des situations, la vulnérabilité des patients pris en charge et un objectif de soins davantage orienté vers la qualité de vie que vers la guérison. Toutefois, l'expérience acquise par les soins palliatifs en oncologie n'est pas ainsi transposable aux patients âgés. « *Mourir dans la fleur de l'âge ou mourir dans ses vieux jours, cela n'est pas la même chose* » (Zimmer-Tirone & al., 2008, p. 41).

Au-delà des spécificités relatives à la personne âgée, telles que le processus de vieillissement, la perte d'autonomie, la triple crise existentielle, l'accompagnement de la personne âgée en fin de vie dépend avant tout du regard que nous posons sur elle. Ce

n'est pas sa pathologie mais son état qui doit rendre attentif aux soins.

Dès lors, pour Eyer & al. (2010), la mise en commun des compétences de diverses disciplines médicales et des autres professionnels est un atout précieux. Ainsi, l'évaluation gériatrique globale considère le patient dans toutes ses dimensions et prend notamment en considération l'évaluation du niveau fonctionnel de la personne âgée. Dans le contexte des soins palliatifs, l'évaluation fonctionnelle a également tout son sens car elle permet de définir les objectifs de soins (prolonger la vie versus restaurer l'indépendance versus assurer le confort), prévoir, voire anticiper la mise en place d'une aide à domicile et un soutien aux proches, déterminer le lieu de prise en charge le mieux adapté. L'évaluation et le conseil portent bien sur la globalité de la personne en ne cherchant pas seulement à traiter une maladie mais bien à soigner un malade, en tenant compte de son histoire, de son vécu, de son environnement familial et social.

L'accompagnement de la personne âgée en fin de vie aurait de spécifique la recherche d'une décision juste et équilibrée, visant à éviter aussi bien « *l'écueil de l'abandon thérapeutique que celui de l'obstination déraisonnable* » (Quignard, 2013), tout en s'inscrivant dans un contexte de fragilité, une fragilité tant sur le plan physique, psychologique, socio-familial que sociétal.

Un accompagnement empreint d'éthique est d'autant plus important car il permet de dépasser l'amalgame vieux-mort... Vieillir n'est pas mourir.

Par **Marie MASSE**, Centre RESSORT, Haute Ecole Robert Schuman, Libramont et **Kee Sung CAILTEUX**, coordinatrice, Plate-forme de concertation des soins palliatifs de la Province de Luxembourg

Bibliographie

1. Eyer, S., Guillemin, P., Félix, S., Dischl, B., Sautebin, A., Monod, S., Rochat, S., Büla, C., von Gunten, A., & Schwob, A. (2010). Soins palliatifs chez la personne âgée. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, 12.
2. Laforest, J. (1989). Introduction à la gérontologie: Croissance et déclin. Paris: Frison-Roche.
3. Meire, P. (1992). Vie affective, psychodynamique et vieillissement. In A. Gommers & P. van den Bosch de Aguilar (Eds.), Pour une vieillesse autonome (pp. 125-151). Liège: Mardaga.
4. Messy, J. (2002). La personne âgée n'existe pas. Paris: Payot & Rivages.
5. Michel, M., & Michel, O. (2002). Existe-t-il une spécificité des soins palliatifs chez le sujet âgé ? Revue Internationale de Soins Palliatifs, 17, 30-32.
6. Quignard, E. (2013). Lorsque la vie se termine au grand âge. Laennec, 61, 19-31.
7. Rigaux N. (2011). Autonomie et démence. Gériatrie & Psychologie NeuroPsychiatrie du Vieillessement, 9, 107-115.
8. Swine, C. (1997). La personne âgée à l'hôpital. Soutenir son autonomie ? Accompagner son projet ? In P. Meire & I. Neirynck (Eds.), Le paradoxe de la vieillesse : L'autonomie dans la dépendance (pp. 23-40). Bruxelles : De Boeck & Larcier.
9. Zimmer-Tirone, M., Strimbu, D., Stalter, P., Girard, O., Muller, N., Haemmerlé, M., Hammerer, D., & Strassel, A.C. (2008). Pourquoi une équipe mobile de soins palliatifs gériatriques ? Revue Internationale de Soins Palliatifs, 23, 41-42.

La spécificité des soins palliatifs chez le patient gériatrique...

Mots du gériatre

Nous décrivons le patient gériatrique comme étant âgé de 75 ans et plus, souffrant de poly-pathologie avec polymédication, une homéostasie précaire, un déclin fonctionnel et une intrication des problèmes psychos, sociaux et médicaux, raison pour laquelle le suivi du patient nécessite une approche pluridisciplinaire. En tant que gériatre, ma préoccupation quotidienne est de savoir si mon approche thérapeutique et les examens demandés permettront d'apporter un bien-être au patient, nous œuvrons pour le maintien d'une qualité de vie et non en termes de quantité de vie. Ainsi continuellement, nous nous questionnons sur le « bien fait » de notre approche médicale. La décision d'opter pour des soins palliatifs chez un patient âgé est à mon sens raisonnable lorsque les soins curatifs n'apportent plus d'amélioration clinique et, au contraire, induisent de l'inconfort au patient.

La décision de passer aux soins palliatifs est donc mûrement réfléchi en équipe, avec le patient si possible et sa famille mais, en aucun cas, cette décision doit être prise par facilité ou par absence de diagnostic. Vu l'évolution de la société ainsi que les coûts des soins de santé, nous devons être attentifs à ne pas faire de « l'âgisme » mais, a contrario, nous devons également éviter l'acharnement thérapeutique.

Il n'est pas simple chez les patients gériatriques, évoluant avec des hauts et des bas de définir le moment opportun des soins palliatifs. Dans de nombreuses situations (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, la poly-pathologie), les soins curatifs et palliatifs s'entremêlent, nous parlons plutôt de soins continus.

L'entourage familial présente des particularités. Le conjoint est lui-même très âgé, les enfants également et peuvent eux-mêmes être malades, en perte d'autonomie. Le patient peut être seul et/ou isolé. L'approche multi-

disciplinaire est capitale car le service social, les psychologues nous seront bien utiles.

Nous, soignants en service gériatrique, sommes confrontés à une multitude de pathologies (infectieuse, cardiaque, fracture, neurologique, cancéreuse...) avec une symptomatologie très variée et, de ce fait, le parcours de fin de vie sera également très différent d'un patient à un autre et adapté à chaque patient. Selon Murray Sa, nous retrouvons 3 trajectoires de fin de vie.

1. Une trajectoire de **déclin lent**, essentiellement marquée par la perte très progressive des capacités fonctionnelles et cognitives, typique des personnes âgées fragiles et notamment de celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Cette première trajectoire concerne environ 12% des personnes en fin de vie.

Ce « lent mourir » s'avère une situation fréquente ; entre le diagnostic de l'affection terminale et l'exitus, le délai est parfois très long ; bien au-delà des 15 jours – 3 semaines demandés lors d'une admission en USP. Ces états sont un obstacle majeur pour l'accès à une unité de soins palliatifs par crainte d'immobiliser un lit pour une période trop prolongée. Ce lent mourir est source d'épuisement tant pour les familles que pour le personnel soignant. Il se voit en particularité dans le cadre des démences et autres affections neurologiques chroniques.

Les soignants devront être attentifs aux symptômes liés à l'alitement : escarre, le fécalome, rétention urinaire, le risque accru de fausses déglutitions, confusion mentale ...

2. Une trajectoire de **déclin graduel** ponctuée par des épisodes de détérioration aigus et par des temps de récupération, et marquée par une mort parfois soudaine et inattendue. Cette seconde trajectoire renvoie essentiellement aux défaillances d'organes (insuffisance cardiaque et/ou respiratoire, maladies métaboliques, affections de l'appareil digestif, insuffisance rénale etc.), et représente environ 40% des situations de fin de vie.

Ces défaillances d'organe amènent les per-

sonnes à suivre des parcours de santé plus complexes et plus « discontinus » que ceux des personnes âgées qui décèdent sans maladie grave particulière ou qui décèdent d'un cancer (trajectoires n°1 et 3).

Leur parcours est en effet marqué par un maintien à domicile plus fréquent avant le dernier mois de vie, et par un taux d'hospitalisation plus important au cours des 3 semaines précédant le décès. Ces hospitalisations en fin de vie sont le plus souvent justifiées par la survenue d'un épisode aigu.

3. Une trajectoire de **déclin rapide** marquée par une évolution progressive et par une phase terminale habituellement relativement claire. Cette troisième et dernière trajectoire est notamment typique du cancer, et concerne près de 50% des situations de fin de vie.

Ces patients sont ceux qui bénéficient le plus souvent d'une prise en charge en soins palliatifs à l'hôpital comme à domicile.

Une autre particularité liée au grand âge est la modification de la pharmacocinétique des médicaments suite à une baisse de la fonction rénale, du débit sanguin hépatique, de la dénutrition et hypoalbuminémie, une diminution de l'eau totale, de la masse maigre et une augmentation du tissu adipeux et donc une modification de la distribution des médicaments en fonction de leur lipo ou hydro-solubilité.

Par ailleurs, nous devons tenir compte des interactions médicamenteuses vu la polymédication des patients gériatriques et notre rôle sera de faire le tri des médicaments, supprimer ceux qui ne sont pas ou plus nécessaires. De ce fait, nous serons attentifs à :

- les psychotropes étant liposolubles ont une action prolongée et doivent être revus à la baisse ;
- tous les antalgiques ou presque sont utilisables en gériatrie, nous évitons néanmoins les AINS pour leurs effets secondaires (gastrique, sur la fonction rénale, risque accru de décompensation cardiaque). Pour la morphine, il faut tenir compte de son éli-

mination rénale avec risque d'accumulation en cas d'insuffisance rénale, les doses seront à adapter ;

- les antidépresseurs tricycliques sont peu indiqués dans la population très âgée pour leur effet anticholinergique et donc confusogène ;
- prévenir la constipation induite par les antalgiques de niveau 2 et 3 par l'administration systématique de laxatif ;
- nous nous méfierons des médicaments qui entraînent une hypotension orthostatique et ceux qui ont un effet anticholinergique surtout chez les patients souffrant de troubles cognitifs car ils induisent une confusion aiguë.

Une autre particularité est la prise en charge de douleur chez les patients non communiquant. N'oublions pas de faire appel aux échelles comportementales (Doloplus) de la douleur afin d'éviter de la sous-estimer.

La prise en charge en soins palliatifs des patients très âgés est donc un défi vu le vieillissement de la population, la complexité de la prise en charge qui nécessite un personnel bien formé et tout le questionnant éthique qui en découle.

Par le Dr **Vinciane VANDENPUT**, médecin gériatre, Vivalia, Arlon

Bibliographie

- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005 ; 330 : 1007-11
- Sebag-Lanoë R, Lefebvre-Chapiro S, Feteanu D, Trivalle C. Palliative care in a long-term care setting : a 25 year French experience. *J Palliative care* 2003 ; 19:209-13
- Tanneguy Pialoux. Fin de vie en Ehpad, le point de vue d'un médecin coordinateur. *La revue de gériatrie*, tome 41, mars 2016 168-172
- Gonthier Régis, End of life in nursing homes. *La revue de gériatrie*, tome 41, mars 2016 159-167

La spécificité des soins palliatifs chez le patient gériatrique...

Mots du médecin en soins palliatifs

Nous avons de plus en plus de suivis de patients âgés, voire très âgés en soins palliatifs, tant en équipe de soutien à domicile qu'à l'unité de soins palliatifs. Ceci est principalement lié aux progrès de la médecine qui augmentent la longévité mais qui ont aussi un impact moral. La mort n'étant plus dans "l'ordre des choses", toute pathologie doit être traitée et les signes de vieillesse effacés. Lorsqu'un proche âgé est en fin de vie, la souffrance des familles est grande et la mort parfois inacceptable.

Du point de vue médical, la spécificité d'un patient âgé tient à différents facteurs : la présence de polyopathologies, les polymédications, la fragilité multisystémique, la perte d'autonomie, la difficulté de l'évaluation de la douleur chez le patient dément... Ainsi, l'antalgie, entre autres, est adaptée en fonction de l'âge, de la fonction rénale et la dose de morphine est réduite de moitié pour s'adapter à la diminution des volumes de distribution et de la clairance entraînant une augmentation de la concentration plasmatique.

La prise en charge d'un patient gériatrique en soins palliatifs est déterminée en fonction de la pathologie. Une fin de vie d'une personne atteinte d'une pathologie chronique (30% des femmes), telle qu'une insuffisance cardiaque ou d'une bronchopathie chronique, évolue en dents de scie avec un pronostic de fin de vie difficilement déterminable. Nous sommes donc confrontés à des rebondissements avec "montagnes russes" émotionnelles pour la famille qui s'est à plusieurs reprises préparée à perdre son proche. Celle-ci est épuisée, ne sait que croire, que faire et se réfugie parfois dans un deuil anticipé.

Les patients d'une pathologie oncologique en fin de vie (34% des hommes) évoluent souvent rapidement, n'ayant plus les ressources nécessaires pour combattre. La maladie arrive parfois dans un ciel serein mais entraîne souvent un syndrome de glissement. Ainsi, ce patient, autonome jusqu'à ses 96 ans, dont le bilan dans le cadre d'une brusque altération de l'état général met en évidence un adénocarcinome pulmonaire, décède dans le mois qui suit. Corps trop faible et/ou manque de sens à vivre suite à cette perte d'autonomie, une vie de dépendance pour lui qui s'est toujours débrouillé tout seul.

Le suivi en soins palliatifs du patient gériatrique implique aussi un accompagnement particulier de l'entourage qui vit souvent une grande fragilité. Les conjoints, s'ils sont encore présents, sont âgés et parfois malades. Les enfants ne sont plus non plus très jeunes et fragilisés par des événements de la vie et de santé. Ces accompagnements de fin de vie viennent donc compromettre un équilibre déjà précaire.

Je vais aborder la spécificité du patient gériatrique suivi par une équipe de soutien et, ensuite, en unité de soins palliatifs, soit dans deux lieux où je travaille. Il y a certes des similitudes mais aussi beaucoup de particularités pour ces différents cadres de vie. La question de la spécificité va rejoindre aussi la question de nos critères de prise en charge en soins palliatifs.

En 2015, dans l'équipe de soutien à domicile, 50 % de nos patients avaient plus de 80 ans. Le plus difficile est d'identifier quel patient nécessite une prise en charge par l'équipe de soutien et quel autre n'entre pas dans les critères. Actuellement, ceci est constamment soumis à la réflexion de l'équipe. Nous prenons en charge les patients présentant des symptômes difficilement contrôlables (douleur, syndromes confusionnels, dyspnée...), les situations suscitant un soutien pour le patient ou les proches, les situations de questionnement engendrant une démarche éthique (arrêt ou poursuite de l'alimentation,

de l'hydratation, demande d'euthanasie...)... Ces critères sont malaisés à établir et chaque nouvelle demande nous amène à réévaluer nos critères. Que faire, qui pourra intervenir à notre place pour ce patient qui s'éteint petit à petit chez lui sans beaucoup de symptômes mais pour qui la famille est inquiète de le savoir seul, parfois en danger?

Nous intervenons en maison de repos (pour 6% en 2015), en maison de repos et de soins (pour 15% en 2015) et, bien sûr, au domicile des patients. L'équipe de seconde ligne en soins palliatifs a un rôle de soutien et d'information pour la première ligne, le patient et sa famille. Cette intervention peut être brève, parfois une visite unique afin d'envisager avec le médecin traitant et le médecin référent des propositions de traitements, et parfois, d'autres suivis plus longs avec l'intervention des bénévoles et de notre psychologue. Ce rôle est différent lorsque les patients sont en

maison de repos car l'encadrement est présent autour du patient mais les besoins de soutien pour la famille et le personnel restent importants. La souffrance des soignants en maison de repos reste majeure et ils ont souvent grandement besoin du soutien de l'équipe. Il peut être frustrant de ne pouvoir prendre le temps pour ce patient qui s'en va. Comment être suffisamment présent à chaque résident dans une maison de repos surpeuplée et au personnel réduit ? Souffrance aussi de la famille devant la solitude de son proche qui vient renforcer le sentiment de culpabilité très fréquent lors du placement.

A domicile, les besoins sont souvent plus de l'ordre de prise en charge des symptômes, d'aide, de présence et de soutien des proches. Pour la plupart, en région rurale, les familles sont présentes et voisins, amis et services d'aides à domicile permettent ce maintien tant souhaité par le patient. Rester chez lui



jusqu'au bout. Mourir à 96 ans en ce beau matin d'hiver où un rayon de soleil fait briller les cristaux de givre sur le jardin. Malheureusement pour d'autres, ce maintien à domicile, même s'il est désiré, ne sera pas possible. Avec les ressources actuelles en gardes malades et le coût que cela engendre, il est difficile voire impossible de couvrir une présence en continu. Les proches se relayent, s'épuisent, s'angoissent. Certaines familles à bout de souffle demandent que leur malade soit hospitalisé.

A l'unité, les critères d'hospitalisation sont les suivants : gestion de symptômes, répit et accompagnement de fin de vie. La durée de séjour est d'environ 14 jours. Certains patients gériatriques ont été admis pour fin de vie souvent après un diagnostic de cancer entraînant un syndrome de glissement. Lui qui coupait son bois il y a 15 jours, elle qui à 92 ans faisait ses courses en voiture et allait jouer aux cartes il y a 3 semaines....

Pour d'autres, ils arrivent pour connaître un répit, après un séjour en service aigu, le temps de mettre en place les aides au domicile ou de rechercher une place en maison de repos. Ces situations me semblent souvent les plus difficiles à vivre pour la famille qui venait de profiter d'un moment de repos et avait retrouvé du temps pour soi, pour ses enfants. Il est lourd de réinvestir après cela dans une prise en charge palliative de leur parent à domicile. Cette prise en charge qui, malgré les nombreuses aides mises en place, sera souvent mise en échec, car trop fatigante et trop « insécurisante ». Pour le patient, il est difficile aussi à plus de 90 ans de réinvestir un nouveau lieu de vie comme le home alors qu'il se trouve déjà dans une grande fragilité physique. Une autre souffrance est la séparation des couples en fin de vie, malheureusement trop fréquente et difficilement acceptable : Monsieur est en fin de vie à l'hôpital et Madame en maison de repos pour des troubles cognitifs. Leurs enfants veulent protéger leur maman en ne la tenant pas au courant et en ne l'amenant pas auprès de son époux... Tout le monde fait pour un mieux mais cela peut

être vécu comme injuste.

Il y a également ces situations très touchantes où les proches puisent dans toutes leurs ressources pour accompagner leur parent jusqu'au bout.

Par ailleurs, quel bonheur pour nous soignants d'entendre ces nonagénaires raconter, se raconter leur parcours de vie au travers des siècles, leur capacité d'adaptation aux nouvelles technologies... Ils ont beaucoup à nous apprendre.

« *Un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle* » disait Amadou Hampaté Bâ.

Il est particulièrement malaisé de définir des critères. Dans quel cas orienter un patient gériatrique vers les soins palliatifs ? A plus de 90 ans, n'est-on pas en fin de vie d'office ? Comment sortir de nos critères devant la souffrance d'une famille ? Madame G., âgée de 91 ans, est suivie pour un trouble cognitif depuis 15 ans et vit dans une maison de repos depuis 6 ans. L'équipe de soutien en soins palliatifs à domicile intervient depuis 2 mois à la demande de la famille. Elle est veuve et a deux filles dont une qui habite la région. Celles-ci sont en souffrance face à leur maman qui n'en finit pas de mourir et face au manque de possibilité pour les soignants de l'entourer davantage. Elles sont très culpabilisées et, confrontées à cette finitude proche, revivent la fin de vie de leur papa et leur tristesse d'avoir dû placer leur maman. Une place se libère à l'unité, Madame G. y est accueillie et elle y décèdera sept jours plus tard. Les filles sont soulagées que leur maman soit à l'unité : elles réparent ainsi quelque chose de leur souffrance. Madame n'était pas "symptomatique", confortable en maison de repos mais ce transfert, peu conforme aux strictes critères, aura permis d'apaiser deux filles et probablement de vivre un peu moins difficilement leur deuil.

Cela reste donc difficile de déterminer quel patient âgé peut bénéficier de l'intervention d'une structure palliative. D'autant plus qu'il n'existe pas d'équipes de soutien en soin gé-

riatrique à domicile et des services de long séjour pour ces patients âgés, au déclin lent et peu bruyant mais nécessitant des soins. Cependant, le développement des centres de jour et des hospitalisations de jour qui s'inscrivent dans une démarche de qualité de soins a déjà pour objectif de favoriser le maintien à domicile des patients gériatriques.

Bien entendu et heureusement, la majeure partie des personnes âgées meurent sereinement seules, entourées de leur proches ou des soignants chez eux, en famille, en maison de repos, en service hospitalier aigu sans l'intervention d'une équipe de soins palliatifs.

Il semble primordial, dans un monde où la vie et la mort sont de plus en plus régis par le corps médical, de laisser place à une finitude dans l'ordre des choses où la souffrance de perdre un parent, un mari ou une épouse âgée peut se vivre dans l'intimité du couple ou de la famille, sans intervention extérieure.

Par le Dr **Elisabeth LENOIR**, médecin à l'unité de soins palliatifs Eole, médecin référent pour « Accompagner », équipe de soutien en soins palliatifs à domicile

Bibliographie

1. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005 ; 330 : 1007-11
2. « Soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : état des lieux, problématiques et perspectives » T. Pialoux et E. Amblard-Manhes. *Medecine Palliative*. Masson. Volume 12. Décembre 2013.
3. "Règles d'or sur la douleur et l'analgésie du sujet âgé" F. Aubrun. *Douleurs Masson* Vol 9, février 2008.

Soins palliatifs et gériatrie : lorsque deux cultures se rencontrent

La prise en charge de soins palliatifs ne doit pas rester l'adage exclusif des unités spécialisées, ni même des équipes mobiles. Pourtant, nous constatons au quotidien que la philosophie palliative est incomprise, voire inconnue. Trop souvent, elle se résume à « morphine » et « phase ultime » dans les esprits, même ceux de beaucoup de soignants. Par conséquent, le mot fait peur et l'annonce faite au patient et à ses proches d'une maladie en phase palliative nécessite beaucoup de tact et d'explications. Il n'est pas rare que le terme « soins de confort » soit privilégié afin de minimiser la charge émotionnelle suscitée à cette seule évocation.

Il n'est donc pas étonnant que la réflexion menée avec nos confrères gériatres souligne d'emblée une différence notable entre les 2 cultures : lorsque nous prenons en charge un patient en soins palliatifs, la décision finale est déjà prise et le cheminement est en cours. Ce n'est pas le cas des confrères travaillant dans les autres unités puisque le plus difficile du chemin reste à parcourir : annoncer que la guérison n'est plus possible est déjà une allusion à la fin de vie. Si de plus, le terme « palliatif » est cité sans vérifier au préalable que l'interlocuteur en connaît la réelle signification, le patient (famille et amis) s'effondre en voyant la mort en face.

Nos amis gériatres nous appellent fréquemment afin de les seconder dans ces démarches. Quelles sont les questions qui se posent ?

Nous sommes partis de 2 exemples.

EXEMPLE 1 :

Madame MM, 75 ans, présente une surinfection respiratoire sévère dans le cadre d'une BPCO et d'une polypathologie ma-

jeure (démence, contexte anxio-dépressif, insuffisance cardiaque et vasculaire, suspicion de décèlement d'une PTH...). La fille ne peut entendre que sa maman arrive tout doucement en fin de vie et agresse le gériatre lorsqu'il suggère de ne plus s'acharner. Pourtant, l'altération de l'état général est visiblement importante et la patiente ne boit et ne s'alimente plus. Une endocardite bactérienne (végétation mitrale) à *Staphylococcus epidermidis* est objectivée et, à la demande insistante de la famille, est traitée efficacement par antibiotiques. Mais, en contrepartie, les troubles cognitifs et de la déglutition s'aggravent et la fonction rénale s'altère. Une alimentation parentérale et une dialyse n'influencent pas le tableau clinique et la patiente décède en coma urémique.

EXEMPLE 2 :

Madame DM, 86 ans, est transférée des soins intensifs d'un autre hôpital par manque de places disponibles en gériatrie du même établissement. Le diagnostic était celui de pneumonie d'inhalation. Elle souffre de surcroît de nombreux antécédents cardiaques, de maladie de Parkinson, de troubles mnésiques, de la maladie de Crohn avec rectorragies, de polyneuropathie sensitive axonale des MI... La famille a déjà commencé le deuil de la personne que Madame DM a été à cause des troubles mnésiques et des nombreuses hospitalisations urgentes précédentes la laissant un peu plus handicapée. Ils insistent donc pour stopper l'acharnement et demandent seulement qu'elle soit confortable. A l'admission dans le service de gériatrie, elle n'est visiblement pas stabilisée et la nutrition par sonde nasogastrique entraîne un encombrement bronchique dès augmentation du débit. Cette alimentation n'est donc même pas utile, au contraire. « Primum non nocere » : la sonde est ôtée. L'état de conscience s'altère progressivement. La patiente décède quelques jours plus tard paisiblement grâce aux seuls soins de confort apportés.

Sur base de ces 2 exemples, il nous a été possible de comprendre le chemin parcouru avant que nos cultures se rencontrent et que nous puissions collaborer.

COMPRENDRE ET DIAGNOSTIQUER :

Lorsqu'un patient arrive en gériatrie, il est passé par la case « urgences » et il faut d'abord comprendre ce qui se passe. D'où les examens parfois multiples qui doivent objectiver quelles sont les chances pour le patient d'être guéri ou stabilisé. Il ne faut surtout pas oublier que même très âgé, chaque individu représente un conjoint, un frère ou une sœur, une mère ou un père, un grand-parent de quelqu'un. Un être cher que l'on ne veut perdre.

LÂCHER PRISE :

Le gériatre est avant tout un médecin : il a pour mission de soigner, voire de guérir. Quand la gériatrie devient-elle palliative ? Il faut d'abord parvenir à convaincre le patient, mais aussi la famille. Pour être persuasif, le gériatre lui-même doit également être convaincu d'être arrivé aux limites du possible et l'accepter.

DISPONIBILITÉ :

Il va sans dire que tout ce dialogue prend du temps : le temps des explications, le temps de l'écoute, le temps du soutien. Dans un service où la vie d'autres patients est en jeu, où le nombre de lits par médecin et par infirmière est exagéré pour rester dans le qualitatif et l'humain, ce temps est souvent impossible à trouver, malgré la bonne volonté de chacun.

Dans le premier exemple, les soignants spécialisés en soins palliatifs bondissent et crient à l'acharnement s'ils ne connaissent pas le contexte. La fille refusait l'abandon des traitements : déni ? non acceptation ? problèmes non réglés ? Nous n'avons pas à juger. L'accompagnement familial demande

souvent davantage de temps que celui du malade lui-même et il est multiplié par autant d'interlocuteurs différents entourant le patient. La pression sur le médecin est énorme, les menaces sont parfois utilisées. Parfois même, la famille est si convaincante qu'elle sème le doute dans l'esprit du médecin. Dans une unité où la course contre la montre est souvent présente puisque le patient est fragilisé par l'âge ou une polypathologie, il est plus simple de prescrire encore et toujours que d'affronter la colère de ces personnes en souffrance. L'autre alternative est parfois de faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs. En effet, cela déchargerait au moins le gériatre de l'écoute de chacun si chronophage et lui permettrait de ne pas se sentir seul à affronter ce combat. Notons que, sur le plan sociétal, le coût de cet accompagnement est bien moindre que tous ces examens et actes accomplis inutilement. D'autre part, le temps perdu par ce gériatre a pu l'être aux dépens de personnes qui en auraient eu bien besoin ? La question se pose de la même manière pour le radiologue, le scannériste, l'intensiviste... Plus que jamais, dans un monde où le chiffre est roi, nous devons nous entraider. Il serait peut-être nécessaire d'utiliser davantage les outils permettant de déterminer plus aisément les chances de réussite thérapeutique : l'échelle de Karnofsky l'est déjà, mais qu'en est-il des « Palliative Prognostic Score » ?, du « PPS version 2 » (échelle de performance pour patient en soins palliatifs revisitée au Canada par les Drs Sandra Legault, Caroll Laurin et Maryse Bouvette) ? Citons également le « Palliative Prognostic Index – PPI » (Morita et al. Support Care Cancer 1999). Sans compter les rencontres interdisciplinaires à visée éthique (cf groupes GIRAFE)

L'intérêt d'évaluer la survie d'un patient serait peut-être un atout pour :

» déterminer le traitement médical le plus approprié et l'objectif thérapeutique de façon plus large (traitement intensif ou de confort ? alimentation ou arrêt ?...);



- » diriger plus correctement les patients : USI ? chirurgie ? gériatrie ? soins palliatifs ?;
- » accompagner plus objectivement les familles en difficulté ;
- » répondre aux soucis financiers de notre système de santé (éviter les gaspillages).

Ces outils ne peuvent néanmoins pas remplacer notre réflexion de médecin car ils ne pourront pas tenir compte du facteur humain et des aléas de l'environnement. Ils constituent donc une source d'erreur possible, restons en conscients. Nous ne voulons occulter ni l'espérance ni le cheminement du malade ou de sa famille avec des chiffres !

Dans le second exemple, il en a été fait trop ou pas assez... La famille ne souhaitait pas d'acharnement, elle était très claire, ce qui pouvait conforter le médecin dans ses choix thérapeutiques difficiles. Mais le passage aux soins intensifs a été mal vécu car l'intensiviste ne s'est pas montré disponible à l'écoute et a donné l'impression de traiter un dossier médical bien plus qu'un patient. Il voulait aller jusqu'au bout. Pire, par manque de lits à l'USI, un jeu de chaise musicale s'enclenche. Un patient plus jeune peut-être, plus « guérissable » aussi... arrive et un choix doit se poser. Tout choix est abandon et c'est ainsi que certains patients doivent sortir trop tôt (ou trop

tard ?). Il est transféré au plus vite au mieux, quel que soit son état, en fonction des disponibilités. A qui la faute ?

Cependant, il serait peut-être possible d'analyser cette situation sous un autre angle, avec notre regard (a posteriori, rien de plus simple, évidemment). Plusieurs propositions pourraient être discutées :

- » Vu les lourds antécédents connus de la patiente et la demande de non acharnement de la famille, avait-elle sa place en USI ? Peut-être nos confrères n'ont-ils pas pu perdre de temps à cette réflexion éthique puisque l'urgence vitale était trop grande ? Peut-être la communication n'était pas suffisante pour alimenter la réflexion ? Quelle a été la demande lors de l'hospitalisation ? Le dossier médical fourni était-il suffisamment éloquent et complet ?
- » Si l'intensiviste a pris conscience de l'erreur de parcours de cette patiente, comment prendre seul la décision, influencé par une famille ? L'appel à l'équipe mobile pour une décision éthique est-elle vraiment réflexe ? en connaît-il l'existence ? comment pouvons-nous améliorer notre visibilité et proposer notre aide ?
- » Au même titre « erreur d'aiguillage », un transfert en gériatrie était-il approprié ? sachant qu'un patient aussi mal stabilisé supporte difficilement ces mobilisations et de surcroît, d'un hôpital à l'autre. N'aurait-il pas plutôt fallu opter immédiatement pour un transfert dans une unité de soins palliatifs ?
- » Le gériatre n'aurait-il pas lui-même gagné du temps en passant la main directement, ne fut-ce qu'à l'équipe mobile ? Il a porté seul et la décision éthique et la souffrance de la famille et des soignants. Mais n'est-ce pas son rôle également ?

Ces réflexions menées ensemble nous permettent de nous rendre compte à quel point nos cultures se ressemblent plus qu'elles ne se rejoignent. En commun, nous avons la prise en charge de l'être humain fragilisé par la fin d'une vie. Nous avons les décisions éthiques qui y sont liées, intimement influen-

cées par les proches. La connaissance plus fine des contre-indications médicamenteuses à cause des organes en bout de course et les effets indésirables qui sont associés. Nous avons des soins infirmiers spécifiques avec les pertes d'autonomie, les incontinences, les escarres, les soins de bouche... Nous avons devant nous un livre qui se ferme et qui a parfois besoin de se raconter ou de se lire une dernière fois, avec ses expériences, ses souvenirs et ses confidences. Nous devons tendre l'oreille parce que le souffle devient court, l'énergie s'évapore davantage à chaque mot. La communication se perd au fur et à mesure que le patient s'éloigne de la vie.

Nous avons aussi compris l'intérêt de réfléchir ensemble à l'amélioration des prises en charge afin d'éviter les erreurs encore trop souvent commises du choix de l'unité d'hospitalisation. Et de partir d'exemples concrets pour que, avec un peu de distance et a posteriori, nous puissions trouver les outils communs utiles à tous.

Par le Dr **Ovidiu SUCIU**, gériatre au Centre hospitalier des Ardennes, Vivalia et Dr **Michèle PIETERBOURG**, médecin à l'unité de soins palliatifs l'Aubépine

Equipe mobile soins palliatifs et gériatrie, 2 cultures qui se rencontrent vers un projet commun pour occuper au mieux le temps qui reste

Notre intention première par la rédaction de cet article est d'interroger notre quotidien en unité gériatrique, et d'imaginer vers quoi notre idéal de travail pourrait tendre.

Le patient « gériatrique palliatif » se distingue des autres patients palliatifs par bien des aspects. Le grand âge est souvent associé à des multi-pathologies : les maladies se succèdent, évoluent et se côtoient... Il est souvent difficile d'y associer un pronostic.

Notre équipe est souvent appelée pour réfléchir au projet de soins quand il y a des enjeux éthiques, des tensions dans la famille, une divergence entre le projet du patient, de la famille et de l'équipe...

Au moment de poser le projet thérapeutique, nous sommes attentifs à ce que dit le patient s'il le peut. Le défi est de le rencontrer dans sa vulnérabilité, sa fragilité physique, ses difficultés à s'exprimer... Comment ne pas réduire la personne à certains moments d'absence ou épisodes de confusion ?

Il y a des risques spécifiques auxquels les professionnels qui travaillent en gériatrie doivent rester vigilants. Il est particulièrement difficile mais important de ne pas projeter sur le patient nos propres désirs, fantasmes ou craintes. Nous sommes tous influencés par nos croyances, notre vécu, notre état émotionnel du moment... La perception de la réalité est propre à chacun et dépend de nos filtres personnels. Le défi est d'en prendre conscience afin de laisser vraiment la place à la parole du patient, de ses proches et non risquer d'imposer notre vision de ce qui serait « bon » pour l'autre.

Quelle place donner aux proches dans un tel contexte ? Pour nous, il est fondamental de tenir compte du fait que le patient vit dans une famille, est plus ou moins entouré

de personnes significatives pour lui. Dans ce contexte, il importe de pouvoir accueillir les proches, les entendre et les associer aux décisions. Ici, le terme « famille » désigne l'ensemble des personnes vécues comme importantes par le patient et par son entourage.

Les associer aux décisions n'implique pas toujours leur accord mais favorise l'émergence d'une compréhension de ce qui se passe, se décide, et aide les proches à y trouver du sens. Intégrer la famille dans le soin, c'est à la fois éviter qu'elle ne disqualifie les professionnels et à la fois élargir le champ des possibles.

Par ailleurs, l'éclairage de la famille est utile pour nous, soignants. Il permet souvent de découvrir certains aspects importants de l'histoire du patient : ses réactions, habitudes, ressources et difficultés... Aborder une situation dans l'ici et maintenant ne peut se faire sans une prise en considération du passé.

Entendre l'histoire du patient aide les soignants à limiter des attitudes et représentations « infantilisantes », à la situer comme sujet d'une histoire qui se déroule et non comme « objet de soins ».

Le patient âgé est souvent dépendant. Cette situation mobilise régulièrement les proches et peut les épuiser. En tant que tiers, souligner les ressources et valoriser l'énergie déployée nous paraît fondamental.

Nommer le statut palliatif peut entraîner un moment de crise. Ce statut évoque une idée de mort, moment de la vie où se rejoue la place de chacun, comme c'est le cas après une naissance.

Que peut offrir la seconde ligne dans la rencontre ? Principalement un espace-temps permettant d'accueillir le vécu du patient, de sa famille et du service. Nous nous positionnons comme tiers dans la dualité et la surenchère qui se vivent parfois entre entourage et soignants.

L'équipe mobile propose un lieu où l'on peut rejoindre les proches du patient là où ils sont et les accompagner dans une temporalité différente. Par exemple, quand le pronostic médical est réservé et que la famille nourrit encore un espoir de guérison. Ou quand l'agonie semble interminable et insupportable à la famille...

Lorsque le patient perd son autonomie, il arrive que les rôles se redistribuent et que l'entourage doive prendre une position parentale. Pour certains, il est plus difficile de jouer ce nouveau rôle que d'envisager le décès de leur proche... Permettre à la famille de nommer l'« innommable » est thérapeutique.

Un des rôles de la deuxième ligne sera d'accompagner la famille dans la nouvelle définition de leur identité. Ils se positionnent et se définissent maintenant différemment.

Parmi les difficultés et les dérives fréquemment rencontrées, certains patients vivent dans des contextes relationnels dramatiques. Nous avons rencontré récemment une patiente veuve sans enfant. Pendant son hospitalisation qui a duré plusieurs semaines, le seul lien qu'elle a eu avec son frère par téléphone était disqualifiant et insultant. Sa sœur est venue lui rendre visite et a tourné les talons lorsqu'elle a appris que la patiente était en isolement...

Que se passe-t-il lorsque la personne manque de ressources, de liens sociaux ? Lorsqu'un patient est privé d'entourage, il peut arriver qu'en tant que soignants, nous prenions abusivement des décisions pour lui. Paradoxalement, le patient isolé serait alors celui auquel on prête le moins d'attention. N'est-ce pas précisément celui qui en a le plus besoin ?

La confusion et la démence, très fréquentes en gériatrie, sont encore des symptômes posant de nombreuses questions éthiques, décisionnelles, relationnelles aux soignants. Comment entendre et tenir compte de la parole du patient lorsqu'il souffre de démence, de confusion ?

Telle une tache d'encre sur un papier buvard, la démence affecte plusieurs fonctions cognitives. Elle « déshumanise » la personne qui en est atteinte. Contrairement à la croyance populaire, il n'y a pas que la mémoire qui peut être altérée. D'autres fonctions comme les fonctions exécutives qui nous permettent d'initier ou de réguler un comportement peuvent être touchées, tout comme la pensée abstraite ou la capacité de jugement...

La personne âgée perd parfois ses capacités cognitives tout en gardant la conscience de

ce qu'elle veut pour elle. Une distinction est à faire. Un patient dément peut exprimer une envie de mourir, est-elle moins légitime ?

Quand un patient fait une demande d'euthanasie, comment peut-il se sentir entendu dans le cadre hospitalier alors que le protocole impose de « vérifier » son état cognitif, de « tester » si sa demande s'inscrit dans le temps ?

On observe une sorte de non-droit à l'erreur en gériatrie. Une personne qui peine momentanément à s'exprimer peut se voir étiquetée « confuse » ou « démente » sans tenir compte de son vécu émotionnel. Et si cela avait toujours été sa façon d'être ? Si la personne est moins dans l'échange, est-ce sa nature ou est-ce lié à une démence qui s'installe ? Un patient méfiant est diagnostiqué « paranoïaque » alors que toute sa vie, il fuyait la foule, s'enfermait chez lui, souffrait d'anxiété sociale... Il est important de distinguer une démence naissante des troubles psychiatriques préexistants ou d'un mode de fonctionnement psychique habituel.

De même, une phrase prononcée tirée de son contexte peut perdre tout son sens. Le risque est que le soignant « s'en serve » et qu'il fige une parole exprimée dans un certain état émotionnel. Le danger est d'autant plus grand que la personne communique moins facilement. Il lui sera impossible de revenir en arrière pour clarifier son intention.

Dans notre cadre hospitalier où l'évaluation prime, persiste le risque de s'arrêter sur une séquence, sur un moment en particulier. Comment entendre la complexité et les paradoxes, l'ambivalence fondamentale et essentielle de l'être humain ?

Comme si nous étions à la recherche d'une étiquette plutôt qu'à la découverte de la personne.

Comme déjà mentionné, la prudence est de mise quant à nos projections personnelles pour tout projet de soins. On a tous nos définitions du « digne », de l'« humain », de l'« acceptable ».

Par **Martine SON**, infirmière ;
Laura BOZET, psychologue de l'équipe IRIS,
Hôpital de Bastogne et
Mélie GUILLAUME, neuropsychologue en
gériatrie, Hôpital de Bastogne

« Comprendre la fragilité, un baromètre essentiel dans l'approche palliative intégrée. »

Apport de colloque « *L'émergence de l'approche palliative : en mouvement vers de nouveaux horizons* »

Lors de notre participation au 26^{ème} congrès annuel du réseau de soins palliatifs du Québec, et au gré des ateliers, nous avons eu l'occasion d'assister à un atelier qui nous a particulièrement marquées et qui a fait écho à la thématique de ce bulletin de liaison. Cet atelier touchait à la notion de « fragilité » et à l'importance de la détecter afin d'adapter la prise en charge.

Voici ci-dessous le descriptif de l'atelier, qui en dit déjà beaucoup sur son contenu et son intérêt.

Objectifs

Au terme de cette communication, le participant pourra :

- » Définir et comprendre le concept de fragilité chez la personne âgée ;
- » Déterminer en quoi l'approche palliative intégrée précoce doit s'intégrer dans le suivi des personnes fragilisées par la maladie chronique avancée ;
- » Identifier la personne fragilisée par la maladie à l'aide d'échelles cliniques afin d'éviter l'acharnement thérapeutique chez ce type de clientèle.

Sans prétention aucune et en renvoyant davantage aux questionnements des orateurs, nous voulons simplement ici faire émerger une réflexion autour du concept de « fragilité » mais également celui « d'approche palliative intégrée précoce » dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes souffrant de maladies chroniques.

L'objectif de cet atelier était de définir le concept de fragilité et de déterminer comment l'identifier au travers de critères cliniques et d'utilisations d'échelles et ce, dans

Description

Dans le contexte de la Loi 2 sur les soins de fin de vie, les intervenants de soins palliatifs ont dû réfléchir et certains ont eu à se positionner sur notre mission de ne pas hâter la mort. Mais qu'en est-il de notre responsabilité de ne pas la retarder ?

La population québécoise est vieillissante, et selon le rapport de l'INSPQ de mars 2010, le nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans doublera entre 2016 (7.7%) et 2036 (14.7%). Sachant que 76% des décès chez les hommes et 85% chez les femmes surviennent après 65ans (données de 2013), sommes-nous préparés à assurer les niveaux d'intervention médicale appropriés pour cette clientèle ?

La communauté des soins palliatifs doit réfléchir et s'outiller pour accompagner adéquatement cette clientèle dans leurs décisions de refus et d'arrêt de traitement. Nous devons être en mesure d'identifier ceux et celles qui ne retirent aucun bénéfice à accepter des soins curatifs à un moment de leurs parcours dans le système de santé.

Dr Christiane MARTEL, médecin, Maison Victor Gadbois et
Maryse BOUVETTE, coordinatrice de l'équipe régionale de consultation en soins palliatifs de Champlain- Soins continus Bruyère

le but de mieux accompagner les patients.

Tout d'abord, il semble important de se mettre d'accord sur la définition de ce concept de « fragilité » :

- » La fragilité est une diminution de l'homéostasie et de la résistance face au stress. Elle augmente la vulnérabilité et les risques d'effets néfastes tels que la progression d'une maladie, les chutes, les incapacités et la mort prématurée, par la baisse des réserves fonctionnelles ;
- » La fragilité ne se résume donc ni à la patho-

logie multiple, ni à la perte d'autonomie, ni au vieillissement. La fragilité n'est donc pas liée à l'âge.

C'est un processus qui s'installe progressivement, un syndrome clinique qu'il est important de reconnaître suffisamment tôt afin de préserver la personne de son éventuelle perte d'autonomie.

L'être humain, dans sa complexité, est capable de maintenir un équilibre face aux stressors auxquels il est confronté. Le vieillissement change le métabolisme. Il y a une homéostasie qui s'installe, c'est-à-dire une augmentation de la vulnérabilité au stress. La capacité d'adaptation de la personne diminue pouvant aller jusqu'au décès.

L'homéostasie est donc sténosée. Dès lors, face aux stressors, la personne va s'éloigner de sa courbe d'équilibre. Cela explique par exemple le fait que des personnes peuvent décéder suite à une infection dite « banale » telle qu'une infection urinaire.

Nous avons la responsabilité d'identifier la fragilité afin d'agir en fonction et limiter les facteurs de stress (ex : éviter certaines interventions, des hospitalisations en urgence...).

Pourquoi faut-il identifier la fragilité ?

Identifier la fragilité, c'est l'opportunité d'éviter de proposer un acte clinique inutile qui diminuerait le confort et la qualité de vie du patient.

Comment évaluer la fragilité ?

La fragilité est la zone où les interventions cliniques ont un risque important de nuire au patient.

Pour l'identifier, nous pouvons poser une question toute simple au médecin traitant : « quel est le pourcentage de patients que vous suivez dont vous ne serez pas surpris s'ils décédaient dans l'année ? » Pour ceux-là, nous pourrions amorcer une approche palliative en raison d'une fragilité sévère.

Quelques critères de repérage :

- » Perte de poids involontaire
- » Epuisement

- » Vitesse de marche ralentie
- » Diminution des forces musculaires
- » Sédentarité

Trois états facilement repérables :

- » Non fragile (pas de critères)
- » Pré-fragile (1 à 2 critères)
- » Fragile (3 critères ou plus)

Un défi ?

Nous ne voulons pas prolonger inutilement la vie dans quelque chose qui est souffrant pour le patient. Il est pour cela important de pouvoir identifier avec le patient et ses proches les événements aigus desquels ils ne veulent pas sortir. Il semble donc nécessaire d'aborder les questions de soins au préalable afin d'éviter des hospitalisations inutiles, et les interventions cliniques trop invasives.

Détecter la fragilité poserait donc la question de la gestion des soins. Doit-on préconiser l'intervention, si celle-ci augmente la souffrance ? Si celle-ci entraîne la mort plus précocement ? Cette question interroge à son tour le chromosome de sauveur du soignant où l'inactivité est davantage assimilée à de l'abandon. Faut-il soigner à tout prix ?

Nous touchons également à la notion de soins palliatifs chroniques. En effet, il s'agit dans le cas présent d'un processus qui peut parfois être long dans le temps. Un temps nécessaire permettant au médecin traitant, au patient et à sa famille, par le biais de rencontres ponctuelles avec une équipe de soins palliatifs, de prendre conscience que le patient rentre dans une phase palliative et qu'il est alors temps de réfléchir et d'identifier ce qu'il veut ou pas en termes de prise en charge.

Nous concluons simplement en signalant que des études ont montré que la fragilité sévère avait le même pronostic qu'un cancer métastatique... Alors essayons de la détecter, car finalement, n'est-ce pas là-dedans que sont la plupart des personnes âgées que nous accompagnons ?

« Ce n'est pas rien faire... Mais faire différent. »

Par **Cathy LEONARD**, psychologue,
Plate-forme de concertation des soins palliatifs en Province de Luxembourg

Nous sommes tous mortels – A. Gawande

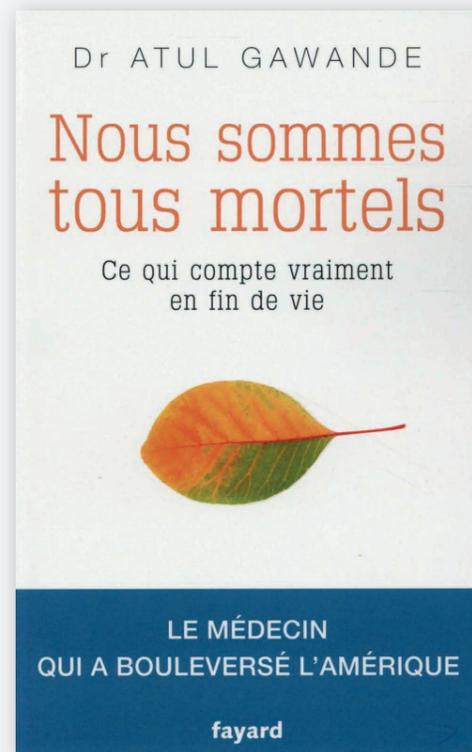
La mort est souvent perçue comme une injustice, un échec, une souffrance continue. L'allongement de l'espérance de vie dans nos sociétés occidentales, qui nous a éloignés des réalités de notre condition de mortels, y est assurément pour quelque chose. La pratique médicale aussi, qui a tendance à multiplier les soins et les traitements coûte que coûte, même quand l'espoir n'est plus permis.

Face à cet état de fait, le chirurgien Atul Gawande s'interroge sur la mort et les limites de la médecine, et pose une question fondamentale : au crépuscule d'une vie, comment continuer à mener une existence aussi riche que possible ? Nombre de solutions existent, et une structure adaptée permet de gagner en qualité de vie. Atul Gawande l'illustre en racontant des histoires, parfois bouleversantes, et livre un véritable plaidoyer pour une médecine qui saurait écouter et discuter avec les patients de leurs désirs et de leurs peurs.

À travers son approche humaniste de la question de la fin de vie, Atul Gawande a provoqué un vrai phénomène aux États-Unis, démontrant que la mort peut être apprivoisée et acceptée, et que l'on peut profiter jusqu'à la fin d'une vie pleine de sens, de satisfactions et de plaisirs.

Traduit de l'anglais (États-Unis) par Odile Demange

Atul Gawande est un chirurgien américain réputé, professeur de médecine et rédacteur pour le *New Yorker*. Ses précédents ouvrages, *Complications*, *Better* et *The Checklist Manifesto* ont rencontré un très grand succès aux États-Unis.



Journée mondiale des soins palliatifs

PROGRAMME

A l'occasion de la Journée mondiale des soins palliatifs 2016, les plates-formes, en collaboration avec la FWSP, vous proposent de nombreuses activités sur tout le territoire wallon. « Ouvrir le dialogue », tel est le but que se sont fixé nos associations avec pour objectif d'aborder ou de mieux comprendre la philosophie des soins palliatifs.

Un spectacle, une conférence, un débat ou plus simplement une rencontre : à vous de choisir !

Dimanche 2 et lundi 3 octobre 2016

Journées de présentation des services

A destination des aînés de la Ville de Malmedy (stands d'information, conférences, démonstrations...) Stand d'information aux citoyens des services qui leur sont proposés (à destination des aînés mais également des écoles). Présence de l'équipe (professionnels et volontaires) de la plate-forme de Verviers.

Où ? Malmundarium, MALMEDY
Tél. : 087 23 00 16 - E-mail : verviers@palliatifs.be

Mardi 4 octobre 2016

« Au crépuscule d'une vie » - un regard optimiste, teinté d'humour sur la fin de vie

Projection du film réalisé par Sylvain Biegeleisen suivie d'un échange avec le public en présence du Dr Desplanque et de Martine Bataille.

Où ? TOURNAI : Imagix Tournai, Bld Delwart à 13h00 (projection supplémentaire à 20h00 sans débat)
Tél. : asbl AG'Y SONT 0475 78 72 88 - E-mail : coordination@agysont.be

Jeudi 6 octobre 2016

« Café de la mort : parler de la mort ne tue pas ! »

Le café de la mort s'inspire des cafés mortels initiés en Suisse par Bernard Crettaz. C'est un moment d'échange, d'écoute et de réflexions autour de la mort dans un lieu public convivial. Chacun est libre de s'exprimer. Il s'agit d'une rencontre ouverte aux habitués du café ainsi qu'à toutes les personnes invitées par le groupe organisateur. Cette rencontre dure environ 1 h 45. Quelques ingrédients... Bonne humeur, écoute, ouverture, bienveillance, non jugement et respect.

Collaboration entre la plate-forme de Verviers et la Fondation « La mort fait partie de la vie ». Également proposé dans le cadre de la semaine des aidants proches

Où ? VERVIERS : Brasserie « L'Hexagone », Place du Martyr, 45, dès 18h30
Tél. : 087 23 00 16 - E-mail : verviers@palliatifs.be



Vendredi 7 octobre 2016

S'aider des accords toltèques pour dialoguer en fin de vie – Conférence par Patrice Ras

La mort est une réalité qui nous concerne tous, mais dans le dialogue, la communication entre deux êtres singuliers, les interlocuteurs peuvent se trouver à des endroits différents. La mort étant un sujet sensible pour certains, la qualité de l'écoute et de présence dans la discussion est un élément primordial. Dans ce contexte, les accords toltèques peuvent faciliter la communication et la relation

Où ? NAMUR : Université de Namur, rue Grafé, 1 à 20h00
Tél. : 081 43 56 58 - E-mail : info@asppn.be

Dimanche 9 octobre 2016

« Balad'&vous : un premier pas... »

Nous vous proposons une balade suivie d'un goûter dans le cadre verdoyant des Hautes Fagnes. Venez profiter d'une après-midi pour vous ressourcer dans cette belle nature à deux pas de chez vous et peut-être y rencontrer des aidants proches qui vivent une situation similaire à la vôtre. Egalement proposé dans le cadre de la semaine des aidants proches

Où ? SIGNAL DE BOTRANGE : Route de Botrange, 133 à 4950 Waimes, 13h30
Tél. : 087 23 00 16 - E-mail : verviers@palliatifs.be

Du lundi 10 au vendredi 14 octobre 2016

5 jours - 5 sensibilisations - 5 institutions

« Silence, on passe, le retour », est une création de la Compagnie du bout du nez de Marbehan. Un duo de femmes clowns, les Mortadelles Rose et Pivoine, sont deux sœurs qui ont reçu une convocation pour leur dernier grand voyage. Un spectacle tout en nuances, terriblement drôle, revigorant, sur le thème de l'au-delà et de la mort sans tabou. L'objectif est d'ouvrir le dialogue entre les générations autour des questions qui « dérangent », la fin de vie, la mort. A la suite de la représentation, un temps d'échange et de partage est proposé entre les résidents, leurs familles et le personnel de l'institution.

Où ? Dans 5 maisons de repos ou maison de repos soins de la province du Luxembourg
Tél. : 084 43 30 09 - E-mail : soinspalliatifs.provlux@outlook.be



Mardi 11 octobre 2016

Journée mondiale des soins palliatifs « Portes ouvertes et bar à vin »

Afin d'ouvrir le dialogue, la plate-forme vous accueille dans ses bureaux, au 1er étage, lors d'une permanence. Vous pourrez aussi y déguster un verre de vin en toute convivialité. Ce moment est également l'occasion de vous informer et de vous documenter.

Où ? VERVIERS : PFSPEF, Rue de la Marne 4, 13h-16h
Tél. : 087 23 00 16 - E-mail : verviers@palliatifs.be

Samedi 15 octobre 2016

Journée mondiale des soins palliatifs « Ouvrir le dialogue »

A l'occasion de la Journée mondiale des soins palliatifs, Reliance vous propose d'« ouvrir le dialogue » au sein de ses nouveaux locaux au n° 30 de la rue de la Loi à La Louvière. L'objectif est de sensibiliser le grand public aux soins palliatifs. Au programme : « speed-dating » (conversation à bâtons rompus sur divers thèmes en lien avec les soins palliatifs), ateliers, jeux, etc.

N'hésitez pas à nous rejoindre ce 15/10
Où ? LA LOUVIERE : Reliance, Rue de la Loi, 30

La formation continue en soins palliatifs

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

INFORMATION

■ Les Plates-formes de Charleroi, La Louvière, Tournai, Namur, Luxembourg, Liège, Verviers et du Brabant wallon

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.

■ Reliance - Plate-forme de La Louvière

organise à votre demande une information sur la législation en fin de vie (droits du patient, soins palliatifs et dépénalisation de l'euthanasie) dans votre établissement. Cette conférence-débat est destinée au résident (de la maison de repos), à ses proches ou au professionnel (durée : 2h).
Rens. et inscription par tél. (064 57 09 68), fax (064 57 09 69) ou mail (reliance.formations@gmail.com).

SENSIBILISATION

■ Les Plates-formes de La Louvière, Liège, Luxembourg, Verviers et du Brabant wallon

organisent des modules de sensibilisation à votre demande.

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

■ ARCSPHO - Plate-forme de Tournai

« Sensibilisation à l'approche palliative »

- » Public cible : aides familiales, aides-soignantes et gardes malades
- » Durée : 16 heures
- » Dates : avril-mai 2017
- » Lieu : ARCSPHO, Chaussée de Renaix, 140 à 7500 Tournai

« Face au patient mourant »

- » Public cible : personnel non soignant mais amené à côtoyer des personnes en fin de vie
- » Durée : 12 heures
- » Date : octobre 2016
- » Lieu : ARCSPHO, Chaussée de Renaix, 140 à 7500 Tournai

Rens. et inscriptions par tél. (069 22 62 86) ou mail (arcspho@skynet.be)

■ Reliance - Plate-forme de La Louvière

« Sensibilisation en soins palliatifs » (Formule A)

- » Public cible : le professionnel de la santé
- » Durée : 18 heures
- » Dates et horaire : à déterminer avec les formatrices
- » Lieu : au sein de votre institution
- » Participants : minimum 7 participants et maximum 15 participants

Organisé par les plates-formes de soins palliatifs dans le cadre de la journée mondiale des soins palliatifs.



En collaboration avec la



Avec le soutien de



Wallonie

« **Sensibilisation en soins palliatifs** » (Formule B)

- » Public cible : le professionnel de la santé
- » Durée : 12 heures
- » Dates et horaire : à déterminer avec les formatrices
- » Lieu : au sein de votre institution
- » Participants : minimum 7 participants et maximum 15 participants

« **Sensibilisation en soins palliatifs** » (Formule C)

- » Public cible : le personnel d'entretien et de cuisine
- » Durée : 8 heures
- » Dates et horaire : à déterminer avec les formatrices
- » Lieu : au sein de votre institution
- » Participants : minimum 7 participants et maximum 15 participants

Rens. et inscriptions par tél. (064 57 09 68), fax (064 57 09 69) ou mail (reliance.formations@gmail.com)

■ **La Plate-forme de Charleroi**

organise, à votre demande, des modules de sensibilisation.

Deux formules sont maintenant possibles :

1. Organisation d'un module au sein d'une institution pour le personnel
2. Organisation ponctuelle et délocalisée de modules en collaboration avec les établissements de promotion sociale

- » Lieu : Ecole Industrielle et Commerciale Moyenne Jules Hiernaux, rue de France, 6 à 6032 Mont-sur-Marchienne

Rens. et inscriptions par tél (071 92 55 40), fax (071 70 15 31), courrier ou mail (soins.palliatifs@skynet.be)

■ **L'ASPPN – Plate-forme de Namur**

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

« **SB-MR-III– 2016** »

- » Public cible : pluridisciplinaire.
- » Durée : 6 modules de 3 heures, soit 18 heures
- » Intervenants : E. Vermeer, infirmier spécialisé en SP, Dr A.-F. Chapelle, Patricia de Bontridder, psychologue, une infirmière de l'Equipe de soutien
- » Dates : je 10/11 (module introductif), ma 15/11 (module médical), je 24/11 (module nursing), ma 28/11 (module relationnel),

je 8/12 (module travail en équipe), ma 19/12/2016 (module étude de cas), de 13h30 à 16h30

- » Lieu : Foyer Sainte Anne, rue du Belvédère, 44 à 5000 Namur

organise une sensibilisation aux soins palliatifs pour les **aides familiales et les gardes à domicile**

« **SB-AF-II– 2016** »

- » Public cible : aides familiales et gardes à domicile
- » 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 : je 29/9 (module introductif), mar 4/10 (module relationnel), je 13/10 (module nursing) et ma 18/10/2016 (module travail en équipe)
- » Lieu : La Marlagne, Wépion

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

■ **PSPPL – Plate-forme de Liège**

« **Sensibilisation en soins palliatifs** »

- » Public cible : personnel pluridisciplinaire des MR-MRS
- » Durée : 20 heures
- » Dates : les jeudis 10, 17 et 24/11/2016
- » Horaire : 8h30 – 16h55 (pause de midi de 12h05 à 13h15)
- » Lieu : CPSE, rue des Fortifications, 25 à 4030 Grivegnée

Rens. par tél. (04 342 35 12), fax (04 342 90 96) ou mail (info@psppl.be)

■ **PFSPEF – Plate-forme de Verviers**

« **Sensibilisation aux soins palliatifs** »

- » Public cible : les auxiliaires de soins, aides familiales, infirmiers, kinésithérapeutes, volontaires... toute personne en contact avec des personnes en fin de vie, au domicile ou en institution, ainsi que pour les demandeurs d'emploi dans ces mêmes secteurs
- » Durée : 3 journées de 7h, soit 21h
- » Dates : les lundis 7, 14 et 21/11/2016 de 8h30 à 16h30
- » Lieu : PFSPEF, rue de la Marne, 4 à 4800 Verviers

Plus d'infos par tél. (087 23 00 16) ou mail (verviers.formations@palliatifs.be).

FORMATION DE BASE

■ **ARCSPHO - Plate-forme de Tournai**

« **Module de base en soins palliatifs** »

- » Public cible : aides familiales, aides-soignantes et gardes malades
- » Pré-requis : avoir suivi la sensibilisation à l'approche palliative (16h)
- » Durée : 40 heures
- » Dates : de novembre 2016 à juin 2017
- » Horaire : à définir
- » Lieu : ARCSPHO, Chaussée de Renaix, 140 à 7500 Tournai

« **Spécialisation en soins palliatifs - Infirmier** »

- » Public cible : infirmiers
- » Durée : 188 périodes de 50 minutes
- » Date : à partir de janvier 2017, le vendredi hors congés scolaires
- » Organisé en collaboration avec l'Institut de Promotion sociale de Tournai
- » Lieu : ARCSPHO, Chaussée de Renaix, 140 à 7500 Tournai

« **Spécialisation en soins palliatifs - Paramédical** »

- » Public cible : personnel paramédical
- » Durée : 100 périodes de 50 minutes
- » Date : à partir de janvier 2017, le vendredi hors congés scolaires
- » Organisé en collaboration avec l'Institut de Promotion sociale de Tournai
- » Lieu : ARCSPHO, Chaussée de Renaix, 140 à 7500 Tournai

Rens. et inscriptions par tél. (069 22 62 86) ou mail (arcspho@skynet.be)

■ **Reliance – Plate-forme de La Louvière**

« **Formation de base en soins palliatifs** »

- » Public cible : le professionnel de la santé déjà sensibilisé aux soins palliatifs
- » Durée : 60 périodes
- » Dates : les 6/10, 12/10, 19/10, 26/10, 9/11, 16/11, 23/11, 30/11, 7/12/2016, 18/01 et 19/01/2017
- » Horaire : de 13h à 16h (6/10), de 9h à 16h (du 12/10 au 7/12), horaire des autres dates à définir
- » Lieu : Les Ateliers des FUCAM : rue des Sœurs Noires, 2 - 7000 Mons
- » La formation fera l'objet d'un travail présenté en janvier, elle donne droit à un congé éducation payé. Délivrance d'une attestation de

réussite (en cas d'évaluation positive).

Rens. et inscriptions par tél. (064 57 09 68), fax (064 57 09 69) ou mail (reliance.formations@gmail.com)

■ **La Plate-forme de Charleroi**

organise, à votre demande, des **modules de formation de base**.

Organisation ponctuelle et délocalisée de modules en collaboration avec les établissements de promotion sociale

- » Lieu : Ecole Industrielle et Commerciale Moyenne Jules Hiernaux, rue de France, 6 à 6032 Mont-sur-Marchienne
- » Rens. et inscriptions par tél (071 92 55 40), fax (071 70 15 31), courrier ou mail (soins.palliatifs@skynet.be)

■ **Pallium – Plate-forme du Brabant wallon**

« **Formation de base en soins palliatifs** »

- » Durée : 40 heures en 7 journées
- » Dates : les mardis 13/9, 20/9, 27/9, 4/10, 11/10, 18/10 et 25/10/2016
- » Horaire : de 9h30 à 16h30
- » Lieu : Avenue Henri Lepage, 5 à 1300 Wavre

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

■ **La PSPPL – La Plate-forme de Liège**

« **Module de base en soins palliatifs** »

- » Public cible : aides familiales et gardes à domicile
- » Durée : 33,5 heures
- » Dates : les jeudis 26/1, 2/2, 9/2, 16/2 et 23/2/2017
- » Horaire : de 8h30 à 16h55 (pause de midi de 12h05 à 13h15)
- » Lieu : CPSE, rue des Fortifications, 25 à 4030 Grivegnée

« **Module de base en soins palliatifs** »

- » Public cible : tout personnel des MR-MRS
- » Durée : 33,5 heures
- » Dates : les jeudis 20/4, 27/4, 4/5, 11/5 et 18/5/2017
- » Horaire : de 8h30 à 16h55 (pause de midi de 12h05 à 13h15)
- » Lieu : CPSE, rue des Fortifications, 25 à 4030 Grivegnée

« **Approfondissement** »

- » Public cible : tout personnel des MR-MRS

- » Durée : 50 heures
- » Dates : 8 jeudis – à partir de septembre 2017
- » Horaire : de 8h30 à 16h55 (pause de midi de 12h05 à 13h15)
- » Lieu : CPSE, rue des Fortifications, 25 à 4030 Grivegnée

Rens. par tél. (04 342 35 12), fax (04 342 90 96) ou mail (info@psppl.be)

■ PFSPEF – Plate-forme de Verviers

« Formation de base en soins palliatifs »

- » Public cible : les auxiliaires de soins, aides-familiales, infirmiers, kinésithérapeutes, volontaires... toute personne en contact avec des personnes en fin de vie, au domicile ou en institution, ainsi que pour les demandeurs d'emploi dans ces mêmes secteurs
- » Prérequis : sensibilisation en soins palliatifs
- » Durée : 5 journées de 7h, soit 35h
- » Dates : les lundis 23/1, 30/1, 6/2, 13/2 et 20/2/2017
- » Lieu : PFSPEF, rue de la Marne, 4 à 4800 Verviers

Plus d'infos par tél. (087 23 00 16) ou mail (verviers.formations@palliatifs.be).

FORMATION SPECIFIQUE

■ ARCSPHO - Plate-forme de Tournai

« Manipulation du Port à Cath »

- » Public : personnel soignant
- » Horaire : 2h

« Manipulation de pompes (Graseby, PCA) »

- » Public : personnel soignant
- » Horaire : 2h

« Gestion de la douleur, principaux médicaments, nouveautés, médicaments utilisés en soins palliatifs, effets secondaires et complications »

- » Public : personnel soignant
- » Horaire : 2h

« Alimentation et hydratation en fin de vie »

- » Public : personnel soignant
- » Horaire : 2h

Pour ces modules : date et lieu à la demande !

Rens. et inscriptions par tél. (069 22 62 86) ou mail (arcspho@skynet.be)

■ Reliance ASBL – Plate-forme de La Louvière

organise des formations continues et spécifiques en soins palliatifs

« L'approfondissement en soins palliatifs »

- » Pré-requis : la sensibilisation en soins palliatifs
- » Public cible : le professionnel de la santé
- » Dates et horaire : à déterminer avec les formatrices
- » Durée : 12h
- » Lieu : au sein de votre institution

« Installer un Projet de Soins Personnalisé et Anticipé »

- » Public cible : directeurs, infirmiers responsables, référents palliatifs et médecins coordinateurs des MR et MRS
- » Date : le 28/10/2016 de 8h30 à 16h30
- » Lieu : Union pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central, Avenue des Nouvelles technologies, 59 à 7080 Frameries

« Comprendre les difficultés et défis à relever pour réduire les risques d'épuisement professionnel »

- » Public cible : kinésithérapeutes et ergothérapeutes
- » Date : le 18/11/2016 de 9h00 à 16h30
- » Lieu : CHU Tivoli, Avenue Max Buset à 7100 La Louvière

Rens. et inscriptions par tél. (064 57 09 68), fax (064 57 09 69) ou mail (reliance.formations@gmail.com)

■ La Plate-forme de Charleroi

« Comment accompagner les familles des patients en soins palliatifs ? »

- » Formatrices : A. Demanet et C. Boeve, psychologues de la plate-forme
- » Date : à la demande
- » Horaire : de 13h00 à 16h00
- » Lieu : intra ou extra-muros

« L'arbre des résistances »

- » Formatrices : A. Demanet ou C. Boeve, psychologues de la plate-forme, K. Decendre ou A.-F. Josse, psychopédagogues-coordinatrices à la plate-forme
- » Date : à la demande
- » Durée : 3 heures
- » Lieu : intra ou extra-muros

« L'enfant, la mort et le deuil »

- » Formatrices : A. Demanet, psychologue de la plate-forme, K. Decendre, psychopédagogue et coordinatrice à la plate-forme
- » Date : à la demande
- » Horaire : de 13h00 à 16h00
- » Lieu : intra ou extra-muros

« Lorsque nous sommes confrontés au deuil... »

- » Formatrices : A. Demanet et C. Boeve, psychologues de la plate-forme
- » Date : à la demande
- » Durée : 3 heures
- » Lieu : intra ou extra-muros

« Un papillon sur le bras »

- » Formatrices : A. Demanet, psychologue de la plate-forme, K. Decendre, psychopédagogue et coordinatrice à la plate-forme
- » Date : à la demande
- » Durée : 2 heures
- » Lieu : intra ou extra-muros

« Travail en équipe : comment faire circuler l'information pour une prise en charge palliative optimale ? »

- » Formatrices : A. Demanet et C. Boeve, psychologues de la plate-forme, K. Decendre, psychopédagogue et coordinatrice à la plate-forme
- » Date : à la demande
- » Durée : 3 heures
- » Lieu : intra ou extra-muros

Rens. et inscriptions par tél (071 92 55 40), fax (071 70 15 31), courrier ou mail (soins.palliatifs@skynet.be)

■ L'ASPPN – Plate-forme de Namur

FS – AF et GAD « Clôturer un accompagnement, dire adieu »

- » Public cible : aides familiales et gardes à domicile
- » Durée : 4 heures
- » Intervenante : Patricia De Bontridder
- » Date : lundi 17/10/2016, de 13h00 à 17h00
- » Lieu : Centre Culturel Régional à Dinant

FS – PS « Parler de la mort à l'école ? »

- » Public cible : infirmiers, assistants sociaux et psychologues des centres PMS et PSE
- » Durée : 3 heures 30
- » Intervenante : Geneviève Renglet
- » Date : mardi 18/10/2016, de 13h00 à 16h30

» Lieu : La Marlagne, Wépion

FS – Personnel MRS et MRPA « Démence et soins palliatifs »

- » Public cible : le personnel des MRS et MRPA
- » Durée : 3 heures 30
- » Intervenants : Michel Dupuis (philosophe), Dr Raymond Gueibe (psychiatre), Pr Didier Schoevaerds (gériatre)
- » Date : jeudi 27/10/2016, de 13h00 à 16h30
- » Lieu : La Marlagne (salle François Bovesse), Wépion

FS – PS « Le soignant face à la mort »

- » Public cible : professionnels de la santé
- » Durée : 7 heures 30
- » Intervenantes : Geneviève Renglet, Anne-Emmanuelle Paternostre
- » Date : vendredi 18/11/2016, de 9h00 à 16h30
- » Lieu : La Marlagne, Wépion

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

■ La Plate-forme de la Province de Luxembourg

« En faire trop ou pas assez »

- » Public : volontaires dans une équipe de soins palliatifs de la Province de Luxembourg
- » Durée : 1 journée
- » Date : le vendredi 28/10/2016 de 8h30 à 16h30
- » Intervenants : Jean-Michel Longneaux, Michèle Strepenné, Marie Grosjean...
- » Lieu : Communauté des Fresnes, Venelle Saint Antoine, 52 B à 6637 Fauvillers

« La juste distance »

- » Public : tout professionnel en soins palliatifs
- » Durée : 1 journée
- » Date : le jeudi 17/11/2016 de 8h30 à 16h30
- » Intervenants : Raymond Gueibe, Marie Grosjean...
- » Lieu : Hôpital de Bastogne, Chaussée de Houffalize, 1 à 6600 Bastogne

« De l'évolution des soins palliatifs à l'évolution de nos pratiques : un changement nécessaire... »

- » Public : tout membre d'une équipe mobile de soins palliatifs
- » Durée : 1 journée
- » Date : le vendredi 16/12/2016 de 8h30 à 16h30

» Lieu : Palais abbatial, Place de l'Abbaye, 12 - 6870 - Saint-Hubert

Rens. par tél. (084 43 30 09), Gsm (0471 53 87 87) ou mail (soinspalliatifs.provlux@outlook.be)

■ La Plate-forme de Liège

« Ethique et soins de plaies en soins palliatifs »

- » Public : infirmiers
- » Durée : 6 heures en 2 après-midi
- » Dates : les vendredis 10 et 24/2/2017 de 13h30 à 16h30
- » Formatrices : Bénédicte De Beco et Sandrine Jacques, infirmières en soins palliatifs
- » Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

« Soins palliatifs, sédation, euthanasie... Etre informé pour accompagner au mieux... »

- » Public : personnel des MR-MRS
- » Durée : 4 heures
- » Date : vendredi 17/2/2017 de 13h00 à 17h00
- » Formatrice : Sandrine Jacques, infirmière en soins palliatifs
- » Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

« Soins palliatifs, sédation, euthanasie... Etre informé pour accompagner au mieux... »

- » Public : aides familiales et gardes à domicile
- » Durée : 4 heures
- » Date : mardi 22/11/2016 de 8h30 à 12h30
- » Formatrice : Sandrine Jacques, infirmière en soins palliatifs
- » Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

« Soins palliatifs, sédation, euthanasie... Etre informé pour accompagner au mieux... »

- » Public : aides familiales et gardes à domicile
- » Durée : 4 heures
- » Date : mardi 14/2/2017 de 8h30 à 12h30
- » Formatrice : Sandrine Jacques, infirmière en soins palliatifs
- » Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

« La mise en pratique du Projet de Soins Personnalisé et Anticipé (PSPA) en MR-MRS »

- » Public : personnel des MR-MRS

» Durée : 12 heures
» Dates : les jeudis 17/11, 24/11 et 1/12/2016 de 8h30 à 12h30

» Formatrices : Sandrine Jacques, infirmière en soins palliatifs et Nathalie Legaye, coordinatrice PSPPL
» Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

« Le Projet de Soins Personnalisé et Anticipé (PSPA) en MR-MRS : modalités, freins et réussites rencontrés lors de sa mise en pratique... »

» Public : personnel des MR-MRS
» Durée : 4 heures
» Date : le mardi 6/6/2017 de 8h30 à 12h30
» Formatrice : Sandrine Jacques, infirmière en soins palliatifs
» Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

« L'épuisement des aidants proches d'un patient en soins palliatifs : mieux détecter ses spécificités pour l'accompagner durant la maladie et le deuil »

» Public : aides familiales et gardes à domicile
» Durée : 12 heures
» Dates : les mardis 25/4, 2/5 et 9/5/2017 de 8h30 à 12h30
» Formatrices : Elena Vetro, psychologue et Sandrine Jacques, infirmière en soins palliatifs
» Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

« Atelier d'échange de pratiques : à la découverte d'outils soutenant la réflexion éthique »

» Public : paramédicaux travaillant à domicile ou en maisons de repos
» Durée : 9 heures
» Dates : les vendredis 10/3, 17/3 et 24/3/2017 de 13h30 à 16h30
» Formatrice : Sandrine Jacques, infirmière en soins palliatifs
» Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

« Accompagnement de fin de vie : la réalité du terrain »

» Public : équipe pluridisciplinaire
» Date et horaire : à définir en commun
» Lieu : en intra-muros

"La kinésithérapie palliative, des outils et des techniques de soins pour accompagner le patient en fin de vie"

» Public : Kinésithérapeutes et ergothérapeutes
» Durée : 12 heures
» Dates : les jeudis 2 et 16/2/2017, de 9h30 à 16h30
» Formatrice : Véronique Landolt, kinésithérapeute en soins palliatifs et en oncologie
» Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

"La kinésithérapie palliative : approfondissement et pratique"

» Public : Kinésithérapeutes et ergothérapeutes ayant participé aux deux premières journées de formation
» Durée : 6 heures
» Date : le jeudi 4/5/2017, de 9h30 à 16h30
» Formatrice : Véronique Landolt, kinésithérapeute en soins palliatifs et en oncologie
» Lieu : PSPPL, Boulevard de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée

Autres thèmes en gestation... Suivez notre actualité sur Facebook et sur www.soinspalliatifs.be

Rens. par tél. (04 342 35 12), fax (04 342 90 96) ou mail (info@psppl.be)

La PFSPEF – Plate-forme de Verviers

La Plate-forme de soins palliatifs de l'Est francophone organise des modules spécifiques sur demande.

« Législation et soins palliatifs »

C'est bien souvent le départ d'une formation en soins palliatifs. En effet, la connaissance du cadre légal, du réseau et des enjeux éthiques dans lesquels s'inscrivent les soins palliatifs sont un préalable nécessaire.

» Durée : à définir en fonction de la demande
» Date : à la demande
» Lieu : à la Plate-forme ou au sein de votre institution

« Interdiscipliner en soins palliatifs »

Comment travailler ensemble, malgré nos différences... Concept nécessaire au travail en équipe !

» Durée : à définir en fonction de la demande
» Date : à la demande

» Lieu : à la Plate-forme ou au sein de votre institution

« Manutention en soins palliatifs »

Comment se protéger et protéger l'autre ? Evaluation du risque d'apparition d'escarres.

» Durée : à définir en fonction de la demande
» Date : à la demande
» Lieu : à la Plate-forme ou au sein de votre institution

« Ecoute de soi et/ou écoute de l'autre »

Apprendre à s'écouter soi est important si on souhaite être pleinement présent à l'autre. Et pour écouter l'autre, quelles sont les astuces ?

» Durée : à définir en fonction de la demande
» Date : à la demande
» Lieu : à la Plate-forme ou au sein de votre institution

« Traitement de la douleur et pompes à morphine »

» Public : personnel infirmier
» Durée : à définir en fonction de la demande
» Date : à la demande
» Lieu : à la Plate-forme ou au sein de votre institution

Mais aussi...

« Euthanasie et sédation », « Alimentation et hydratation + soins de bouche », « Soins d'hygiène en fin de vie : comment rendre du sens au soin », « Evaluation, échelles de la douleur et organisation du traitement », « Protocoles de détresse » (formation adressée au personnel infirmier), « Soignants et familles : partenaires de soins »...

Plus d'infos par tél. (087 23 00 16) ou mail (verviers.formations@palliatifs.be).

OCTOBRE 2016

03/10/2016

ACTIVITÉ POUR ENDEUILLÉS

Café-Deuil

Moment de rencontre dans un lieu ouvert où chacun peut venir partager ce qu'il vit ou a vécu à la suite de la perte d'un être cher proposé par l'association « Un deuil à vivre ». Une écoute bienveillante de professionnels et de bénévoles de l'association. Un lieu de partage, une possibilité de se dire, de se poser.

- » Lieu : ARCSPHO, Chaussée de Renaix, 140 à 7500 Tournai
- » Horaire : de 14h à 16h
- » Rens. : Un deuil à vivre : 069 84 15 51 ou sur www.undeuilavivre.be

11/10/2016

CONFÉRENCE

Maladie d'Alzheimer. Accompagner une personne au stade avancé : l'approche palliative

Conférence proposée la Ligue Alzheimer avec le concours du Service de gériatrie de l'Hôpital de Jolimont

- » Lieu : Hôpital de Jolimont, Rue Ferrer 159, B-7100 Haine-Saint-Paul
- » Horaire : de 20 h00 à 22h00
- » Rens. et inscription : <http://www.alzheimer.be/activites/conferences>

12-16/10/2016

23^{ÈME} SALON DE L'ÉDUCATION

Participation des plates-formes de soins palliatifs wallonnes

Une série d'outils pédagogiques en lien avec la thématique des soins palliatifs y seront présentés. Les plates-formes vous y donnent rendez-vous et seront ravies de vous y rencontrer !!!

- » Lieu : Charleroi Expo, Avenue de l'Europe, 21 à 6000 Charleroi
- » Renseignements : www.saloneducation.be

13/10/2016

ACTIVITÉ POUR ENDEUILLÉS

Café-Deuil (soirée)

- » Voir ci-avant sauf pour horaire : de 19h à 21h

22/10/2016

10^{ÈME} JOURNÉE LORRAINE DE SOINS PALLIATIFS

Soins palliatifs et accompagnement : des équipes, des convictions, des questions...

- » Organisé par le CHR Metz-Thionville
- » Lieu : Théâtre de Thionville, rue Maréchal Foch, 30 à 57100 Thionville de 7h45 à 17h30
- » Rens. et inscription : tél. 0033 (0)3 82 57 73 70 – Email s.mathis@chr-metz-thionville.fr

NOVEMBRE 2016

01/11/2016

CAFÉ DES MORTELS

Les rites et rituels

Très attendu, notre traditionnel café des mortels aura lieu une fois de plus à la salle le Hangar à Liège. Ce sont cette fois les rites et cultures qui serviront de base à la réflexion. Par des exercices créatifs, les participants seront invités à partager ce qui fait sens pour eux.

- » Organisé par la Commission d'Éthique de la Plate-forme des Soins Palliatifs en Province de Liège
- » Lieu : Le Hangar, Quai Saint Léonard, 43 b à 4000 Liège à 18h30
- » Tarif : gratuit
- » Infos et réservation : 04 342 35 12

03/11/2016

CONFÉRENCE

La colère des soignants par le philosophe Jean-Michel Longneaux

Les contraintes institutionnelles et la confrontation à la souffrance nous irritent, nous

rendent agressifs... voire violents. Comment donner à la colère sa juste place dans notre travail ?

- » Organisée par le CHBAH et la PSPPL
- » Lieu : Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, rue Laplace 40 à 4100 Seraing à 19h30
- » Tarif : gratuit
- » Infos et réservation : 04 338 79 40

07/11/2016

ACTIVITÉ POUR ENDEUILLÉS

Café-Deuil (en journée)

Voir ci-avant

23-25/11/2016

REPRÉSENTATION

En attendant le jour

Ici, il ne sera pas question de jouer mais de dire, de porter les histoires. Dans un espace épuré et baigné de couleurs chaudes, les acteurs seront tout à la fois, le fils, la fille, le frère... du malade et malgré la mort présente, c'est à une célébration de la vie et une prise de conscience du « vivre » pleinement que vous serez conviés...

- » Lieu : Grande salle du Théâtre de Namur, Place du Théâtre, 2 à 5000 Namur
- » Contact : Théâtre de Namur au 081 22 60 26
- » Rens. : www.theatredenamur.be/en-attendant-le-jour

DECEMBRE 2016

05/12/2016

ACTIVITÉ POUR ENDEUILLÉS

Café-Deuil (en journée)

Voir ci-avant

JANVIER 2017

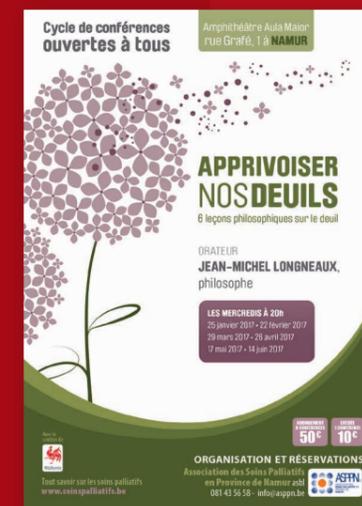
A PARTIR DU 25/01/2017

CYCLE DE CONFÉRENCES

Apprivoiser nos deuils. Six leçons philosophiques sur le deuil

Cycle de six conférences sur le deuil animées par Jean-Michel Longneaux, professeur de philosophie à l'Université de Namur, et bien connu du monde de la santé dans lequel il intervient fréquemment en tant que conseiller en éthique.

- » Conférence ouverte à tous (grand public, professionnels de la santé, professionnels du secteur de l'enseignement, volontaires...)
- » Lieu : Amphithéâtre Aula Maior – Université de Namur, Rue Grafé, 1 à 5000 Namur
- » Horaire : de 20 h00 à 22h00
- » Dates :
 - 25 janvier 2017 : de quoi fait-on le deuil ?
 - 22 février 2017 : quelle place pour les émotions ?
 - 29 mars 2017 : un deuil ne se vit jamais seul
 - 26 avril 2017 : ce que révèle le deuil : notre finitude
 - 17 mai 2017 : ce que révèle le deuil : notre solitude
 - 14 juin 2017 : ce que révèle le deuil : l'incertitude de l'existence
- » Prix : 10€ par conférence – 50€ pour l'abonnement aux 6 conférences
- » Rens. et inscription par tél. (081 43 56 58), fax (081 43 56 27) ou mail (info@asppn.be)



FEVRIER 2017

11/02/2016

18^{ÈME} SYMPOSIUM ACH-PSPPL

Pré-annonce

- » Lieu : Ipes de Huy (à confirmer)
- » Horaire : de 8h30 à 16h30
- » Accréditation demandée pour les médecins
- » Information complémentaire au 04 342 35 12

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 de la Loi, 30 – 7100 La Louvière • ☎ 064 57 09 68 -
☎ 064 57 09 69 • reliance@belgacom.net
Equipe de soutien - Reliance
Rue de la Loi, 30 – 7100 La Louvière • ☎ 064 57 09 68 -
☎ 064 57 09 69 • 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 70 15 31 •
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@skynet.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 08 • 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 • info@asppn.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@asppn.be

Luxembourg

- Plate-forme de Concertation en Soins Palliatifs de la Province du Luxembourg**
Rue Victor Libert, 45, boîte 4 • 6900 Marche-en-Famenne • ☎ 084 43 30 09 - ☎ 084 43 30 09 •
soinspalliatifs.provlux@outlook.be



Equipe de soutien - Au fil des Jours

Rue des Récollets, 1 • 6600 Bastogne •
☎ 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 24 01 65 •
accompagner@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 • info@psppl.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 de la Marne, 4 • 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 de la Marne, 4 • 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