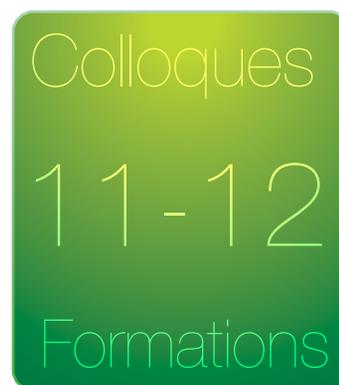
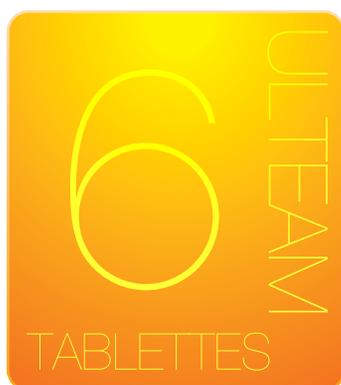


SOINS PALLIATIFS

Belgique



EDITORIAL

1er trimestre 2013 - N°88

Dans la prise en charge des patients en fin de vie, des techniques innovantes, telles que l'hypnose et le Toucher-Massage viennent compléter l'accompagnement global du patient. Ces techniques s'inscrivent dans le lien entre le patient et le soignant.

L'hypnose peut être une méthode ressource pour diminuer la douleur, l'anxiété et les effets indésirables des traitements. Elle peut aider le patient à changer sa perception de la situation en faisant appel à ses propres ressources et ainsi améliorer sa qualité de vie.

Le Toucher-Massage, ou massage de confort, est une manière d'être, plutôt qu'une technique, centrée sur l'intention et l'attention portée à l'autre, visant un meilleur confort physique et psychique.

Nous vous invitons à découvrir ces techniques, centrées sur une approche relationnelle, qui s'inscrivent en complément de la prise en charge traditionnelle de la douleur.

Magali Cooreman - Psychologue



[Trimestriel Dépôt Bruxelles X]

Editeur responsable: Xavier Scheid

Continuing Care, 479, chaussée de Louvain, 1030 Bruxelles, tél. (02)743 45 90, fax (02) 743 45 91

Continuing Care est agréée par la Commission Communautaire Française

L'hypnose et le Toucher-Massage

Tablettes tactiles & Ulteam

Livres / Film

Colloques / Formations

L'hypnose et le Toucher-Massage® pour soulager la douleur en fin de vie

LA DOULEUR EST LE SYMPTÔME MAJEUR, AVEC LA FATIGUE, OBSERVÉ EN SOINS PALLIATIFS CHEZ L'ENFANT. UNE ÉVALUATION BIEN MENÉE, FRÉQUEMMENT RÉÉVALUÉE, PERMET UNE PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE APPROPRIÉE MAIS SOUVENT COMPLEXE. DANS CE SCHÉMA, LES THÉRAPIES DITES "COMPLÉMENTAIRES" PEUVENT AVOIR PLUSIEURS BÉNÉFICES : D'UNE PART, LEUR EMPLOI PERMET D'ATTÉNUER LES EFFETS INDÉSIRABLES DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX, VOIRE D'EN RÉDUIRE LA CONSOMMATION ; D'AUTRE PART, ELLES PARTICIPENT À UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET UNIFIÉE DU JEUNE PATIENT. DEUX MÉTHODES MÉRITENT NOTAMMENT UNE ÉTUDE APPROFONDIE : L'HYPNOSE ET LE TOUCHER-MASSAGE®.

© 2011 ELSEVIER MASSON SAS. TOUS DROITS RÉSERVÉS

ANTOINE BOY [1], THIERRY MOREAUX [2], AGNES PASTUREL [3], CHANTAL WOOD [4]

[1] PSYCHOLOGUE CLINICIEN, UNITÉ DE PRISE EN CHARGE DES DOULEURS ET DES SOINS PALLIATIFS, CHU BICÊTRE, AP-HP, LE KREMLIN-BICÊTRE (94),

[2] IADE, INFIRMIER RESSOURCE DOULEUR, CHU ROBERT-DEBRÉ, AP-HP, PARIS (75),

[3] INFIRMIÈRE À L'UNITÉ DOULEUR DU CHU ROBERT-DEBRÉ, AP-HP, PARIS (75) DE 2001 À 2007, FORMATRICE ET PRATICIENNE EN TOUCHER-MASSAGE®, INSTITUT DE FORMATION JOËL SAVATOFSKI,

[4] MÉDECIN RESPONSABLE, UNITÉ D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR, CHU ROBERT-DEBRÉ, AP-HP, PARIS (75)

L'hypnose

Plusieurs définitions de l'hypnose existent. Elle est notamment un « mode de fonctionnement psychologique par lequel le sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi »¹. Cette définition souligne que l'hypnose est à la fois un état particulier et qu'elle s'inscrit également dans un lien entre le patient et le soignant, qui a toute son importance.

Cet article est paru dans la revue Soins Pédiatrie/Puériculture sous la référence « Bioy A, Moreaux T, Pasturel A, Wood C. L'hypnose et le Toucher-Massage® pour soulager la douleur en fin de vie. Soins Pédiatrie/Puériculture 2011;32(262):35-38. Copyright © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés »

<http://www.em-consulte.com/revue/SPP/presentation/soins-pediatriepuericulture>

Si pendant longtemps s'est posée la question de "l'existence" de l'hypnose, il est désormais prouvé, grâce aux progrès de l'imagerie cérébrale, que cette méthode est bien réelle et qu'elle permet de changer la manière dont le patient perçoit et ressent son environnement et la situation dans laquelle il se trouve². Cependant, cet état hypnotique n'est pas spécifique de la situation de soin et peut se retrouver dans d'autres contextes, comme lorsqu'une personne est captivée par la vision d'un dessin animé passionnant, par exemple.

Autrement dit, l'état hypnotique est un processus naturel pouvant survenir chaque fois que l'attention est focalisée sur une image ou un élément.

Ainsi, tout le monde est hypnotisable, puisqu'il s'agit d'une disposition commune, mais pas toujours de la même manière selon les circonstances, le lieu, la situation et la dynamique de personnalité de chacun. L'enfant est particulièrement accessible à la méthode hypnotique. Les études³ montrent que l'hypnotisabilité est maximale entre 8 et 12 ans. Il est également aisé de le faire entrer dans

un état de conscience modifié dans lequel son imaginaire va lui permettre de changer ses perceptions corporelles, par exemple. Dans le cadre d'un accompagnement palliatif, l'hypnose peut être une méthode ressource pour aider au mieux le patient à vivre sa situation⁴.

L'hypnose en soins palliatifs

La prise en charge de la douleur aiguë est sans doute la principale application de l'hypnose⁵. En cancérologie^{6, 7}, celle-ci offre d'intéressantes perspectives pour

¹ Bioy A, Celestin I, Wood C. Laide-mémoire d'hypnose. Dunod, 2010.

² Rainville P, Hofbauer RK, Paus T et al. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. J Cogn Neurosci 1999 ; 11 : 110-25.

³ Olness K, Gardner GG. Hypnosis and hypnotherapy with children. Grune and Stratton, 1988 (2e édition).

⁴ Bioy A, Wood C. Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ? Médecine Palliative 2006 ; 5 : 328-32.

⁵ Olness K, Kohen DP. Hypnosis and hypnotherapy with children. Guilford, 1996 (3e édition).

⁶ Stevens MM, Dalla Pozza L, Cavalletto B, Cooper MG, Kilham HA. Pain and symptom control in paediatric palliative care. Cancer Surv. 1994 ; 21 : 211-31.

⁷ Landier W, Tse AM. Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: an integrative review. J Pediatr Nurs. 2010 ; 25(6) : 566-79.

réduire la douleur, l'anxiété et les perturbations émotionnelles (annexe 1). Elle peut être envisagée également pour pallier les effets secondaires des traitements comme la chimiothérapie⁸ ou pour améliorer la qualité de vie, notamment chez les patients atteints de cachexie (dénutris), associée ou non à une anorexie. Enfin, l'hypnose offre d'excellents résultats quand elle est utilisée pour lutter contre la survenue de douleurs provoquées par les soins et pour diminuer le niveau de détresse et d'anxiété^{9, 10}.

La proximité entre les méthodes hypnotiques et la prise en charge globale des patients (modèle biopsychosocial) est relevée, au même titre que d'autres méthodes complémentaires¹¹. Cette dimension est sans doute la plus intéressante puisqu'elle est éminemment importante en soins palliatifs. Entre autres particularités, l'hypnose relève tant du somatique que du psychique, de la physiologie et de la psychologie, dans un même temps et en un même lieu de pratique. Autrement dit, proposer au patient d'utiliser l'hypnose pour améliorer sa situation ne se limite pas à remplacer des antalgiques par des techniques d'autohypnose, ou encore de penser à "un ailleurs" (distraction pure) pour s'évader de la situation présente, source de souffrances.

Utiliser l'hypnose dans le contexte des soins palliatifs signifie proposer au patient de vivre autrement sa situation et de se l'approprier de manière différente, mais sans doute également de façon plus humaine, en faisant appel à ses propres ressources. Lorsqu'une détente physique est attendue avec l'hypnose – un soulagement de la douleur ou encore une simple stimulation de la capacité motrice par une lévitation du bras –, le patient va, au cours de cette expérience, revisiter le ressenti de son propre corps (perceptions et sensations) et de la situation avec toutes les émotions afférentes.

L'hypnose peut ainsi être comprise comme une invitation à considérer autrement de nombreux aspects de la situation du patient, de sa réalité et, plus globalement, du vécu des événements. Ainsi, elle peut également être utilisée à visée existentielle, en plus d'offrir un intérêt pour soulager les symptômes, notamment dans les situations de fin de vie.

Une séance d'hypnose

Une séance d'hypnose se décompose généralement en trois temps.

La phase d'induction est une proposition pour entrer en hypnose. Le plus souvent, il est demandé au patient de se focaliser sur un ou plusieurs éléments de son environnement. Il s'agit d'observer un point ou un endroit du corps, ou d'écouter un bruit, par exemple. L'état hypnotique est peu à peu induit, et les perceptions du patient commencent à se modifier à cette occasion. Chez l'enfant, cette phase est très rapide, de quelques secondes à deux ou trois minutes.

La dissociation psychique est le moment où le patient "prend de la distance" par rapport à son environnement et son ressenti habituel. Progressivement, sa sensorialité évolue. Il peut se détacher de sa douleur, d'un inconfort ou d'un vécu de souffrance ressenti corporellement (sentiment d'oppression ou autre).

La phase dite de "perceptude", selon le mot de François Roustang¹², également appelée "veille paradoxale", renvoie à la capacité du patient à entrer en contact avec l'intégralité de son corps (et pas uniquement avec ses symptômes) et avec son environnement.

Il se réinstalle dans de nouvelles sensations, ressentis et perceptions.

Il s'agit pour lui d'une expérience intime et existentielle de soi et de sa situation.

Le Toucher-Massage®

La douleur a cela de particulier qu'elle imprègne à la fois l'esprit et le corps du patient. Elle "prend la tête" en même temps qu'elle "vampirise" le corps. Particulièrement en soins palliatifs, la situation peut devenir très critique. Ce double phénomène légitime les approches que l'on dit "à médiation corporelle", et dont le Toucher-Massage®^{13, 14} est un exemple.

Le Toucher-Massage® n'est pas une technique mais plutôt une manière d'être. Il peut consister en une main simplement posée sur le corps, ou qui se déplace sur celui-ci ou qui le masse. Les gestes sont réalisés en douceur, dans le respect de ce que souhaite et ressent l'enfant. La base du Toucher-Massage® est l'intention et l'attention que l'on porte à l'enfant. Le principe est d'apporter détente et réconfort pour lui redonner toutes ses capacités (défense, courage, réaction, expression, optimisme, acceptation, etc.).



⁸ Richardson J, Smith JE, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care* 2007 ; 16(5) : 402-12.

⁹ Butler LD, Symons BK, Henderson SL et al. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* 2005 ; 115(1) : 77-85.

¹⁰ Liossi C, White P, Hatira P. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venipuncture-related pain of paediatric cancer patients. *Pain* 2009 ; 142(3) : 255-63.

¹¹ Tomlinson D, Hesser T, Ethier MC, Sung L. Complementary and alternative medicine use in pediatric cancer reported during palliative phase of disease. *Support Care Cancer*. 2010 ; 24.

¹² Roustang F. Il suffit d'un geste. Odile Jacob, 2003.

¹³ Savatofski J (dir.). Toucher-Massage®, 20 ans de pratique. Éditions de Parry, 2006.

Dans la pratique, ces massages peuvent être effectués alors que le

patient est habillé, et être assez rapides (“massage minute”) si nécessaire.

L'enfant peut se trouver allongé sur le dos ou de côté, assis sur une chaise ou debout. Par ailleurs, la possibilité de réalisation assis ou debout rend ce type de massage utile également aux soignants, pris dans des tensions du quotidien ou dans des situations plus exceptionnelles. Il peut également s'agir de mobilisations passives (Relaxinésie®) pour faire “lâcher” l'activité cérébrale, offrir un support ludique et revaloriser l'enfant dans ses capacités. Enfin, le Toucher-Massage® peut également être pratiqué avec des huiles sur plusieurs parties du corps (mains, pieds, ventre, visage, cuir chevelu, dos, jambes) pour un moment de détente “officielle”, c'est-à-dire une séance dont le cadre, bien organisé, sera clairement posé.



Les bénéfices du Toucher-Massage® chez l'enfant

Toucher et masser, c'est être simplement et physiquement présent pour l'enfant. La présence des soignants est ainsi évidente pour le patient, palpable par lui, voire “protectrice”. Ce moment peut représenter pour l'enfant l'occasion d'exprimer parfois plus volontiers ses besoins et ses préoccupations profondes, ce qui permet à l'équipe de mieux y répondre.

La fin de vie, en particulier, est souvent une période où les sentiments fluctuent. L'enfant peut alors passer d'un sentiment extrême ou violent à un autre, très rapidement. Il ne sait plus

lui-même que penser ou éprouver. Il a besoin d'apaisement, de tranquillité, de sécurité et d'accompagnement.

Le Toucher-Massage® apporte cela et permet ainsi à l'enfant d'être plus conscient ou lucide par rapport à ce qu'il éprouve pour, in fine, l'aider à mieux vivre ses propres ressentis. De plus, le massage ou le toucher bienveillant peut “pacifier” certains sentiments. Parfois, l'enfant “abattu” par une ambiance trop pesante, ne sait pas s'il a encore le “droit” de bouger, de vivre. Un massage permet de lui redonner cette dimension du plaisir, du “vivant”, et l'autoriser ou l'encourager à cela. Lorsque le stress de la situation crée des douleurs musculaires, le Toucher-Massage® peut détendre l'enfant, donc le soulager.

Le toucher est l'un des sens dont les effets subsistent le plus longtemps.

Il devient souvent le dernier moyen de communication lorsque la parole n'a plus sa place.

Du côté de la famille

La pratique du Toucher-Massage® permet d'aider les soignants dans l'accompagnement des parents, leur évitant ainsi d'être seuls avec leur enfant ou “face” à lui, donc de les rassurer. Voir leur enfant détendu les apaise également. S'ils le souhaitent, il est envisageable de les faire participer à ces moments de détente et de contact avec cet être, ce corps qu'ils n'osent plus ou ne savent plus toucher. Masser ou toucher leur enfant peut les aider à se détendre eux-mêmes pour être plus à l'écoute, plus “vrais” auprès de lui, et lui dire ce qui leur semble important. Ils trouvent ou retrouvent ainsi un langage, une communication avec leur enfant, et reprennent leur place dans ce moment de vie. Ils participent au lieu de “subir” et deviennent des acteurs de la situation.

Les types de massages à proposer

Il existe plusieurs types de massages selon les localisations.

Les mains et les pieds présentent

l'intérêt d'être deux, ce qui permet, par exemple, d'inclure facilement un parent à la réalisation des touchers. Le massage des mains est propice à la discussion : on se trouve plus près de l'enfant pour suivre ses paroles sur ses lèvres ou ses mimiques. On masse plus les mains lors de moments de fatigue ou de repos, et lors des derniers instants. Les pieds, quant à eux, sont situés plus loin de la tête et du visage. Ils permettent donc d'être avec l'enfant, de lui procurer un bien-être quasi certain, mais en le laissant dans son monde, sans “obligation” de face-à-face ou de discussion.

Le massage du dos est toujours agréable mais pas toujours facile à réaliser, alors que celui du visage et du cuir chevelu représente une “valeur sûre” qui détend



profondément l'enfant et permet d'être proche de lui.

Tous les autres massages sont possibles, selon la demande de l'enfant ou l'intensité de sa douleur¹³. Plus ce dernier est fatigué ou fragile, plus le massage sera doux et lent. La présence d'une main, d'une personne aimante et accompagnante constitue l'essentiel dans cette approche.

Conclusion

Le massage de confort est un outil d'accompagnement pour les enfants en situation de douleur et/ou de soins palliatifs faisant partie du rôle propre de l'infirmier. Accompagner consiste à



proposer un meilleur confort physique et psychique, à écouter et à respecter les souhaits et les croyances de la famille et de l'enfant, et, enfin, à être présent. Le Toucher-Massage® requiert ces démarches et peut aider à mieux accompagner l'enfant et sa famille, si cet échange leur convient.

L'hypnose propose également un échange et un accompagnement sur un versant utilisant davantage l'imagination et l'accompagnement verbal. Et si cette méthode est particulièrement connue pour son action analgésique, elle peut également aider à la prise en charge de nombreux autres symptômes présents notamment lors de la période palliative.

Bien plus que des techniques, l'hypnose et le Toucher-Massage® constituent de réelles manières de penser l'acte infirmier, la relation au patient et la philosophie qui guide les pratiques dans le domaine du soin. Elles ne se substituent pas à d'autres prises en charge mais leur donnent un cadre innovant, et parfois un sens différent, très axé autour de l'humain et de son évolution, jusqu'aux derniers instants.

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe

Benoît et l'hypnose

Benoît, 11 ans, est atteint d'un cancer. Très asthénique et douloureux, sa qualité de vie est profondément altérée et son niveau de détresse important.

Il est proposé à Benoît de suivre des séances d'hypnose pendant les soins.

Celui-ci rêve de faire de la plongée sous-marine.

Un soignant est en charge de l'accompagner dans un univers mêlant imaginaire, scènes du dessin animé Le monde de Nemo et photographies issues d'un ouvrage. Benoît sélectionne l'une d'elles au début des soins, la fixe pour initier l'hypnose puis ferme finalement les yeux lorsqu'est venu le moment d'être accompagné. Lorsqu'il "navigue" suffisamment bien dans cet univers hypnotique, le soignant revient le voir en dehors des soins pour lui apprendre à utiliser l'hypnose par lui-même.

Trois types d'exercices sont proposés : l'un pour l'aider à se rendormir lorsqu'il a des troubles du sommeil (en observant les bruits et les lumières de

la ville à travers les volets roulants), l'autre pour regagner en énergie (en allant se "recharger" de chaleur auprès du soleil) et le dernier pour se faire plaisir (devenir un super-héros lors de diverses situations qu'il imagine).

Ces exercices ne quittent plus le jeune patient, comme une sorte de rituel lui permettant de s'évader lorsqu'il en éprouve le besoin. L'action de l'hypnose est remarquée par la diminution des plaintes, montrant ainsi l'atténuation du sentiment de détresse.



**De zuurstofconcentrator
Oxycure**

**Le concentrateur d'oxygène
Oxycure**



**Zuurstoftherapie van de 21^{ste} eeuw
L'oxygénothérapie au 21^{ème} siècle**

De concentrator Oxycure wordt volledig terugbetaald voor palliatieve patiënten op medisch voorschrift !!

Le concentrateur Oxycure est entièrement remboursé pour les patients palliatifs sur prescription médicale !!

Oxycure belgium sa/nv
5380 Fernelmont

www.oxycure.be
Tel. 081 22 15 90
054 41 30 51

06

Des tablettes tactiles pour communiquer en soins palliatifs.

LE SERVICE DE SOINS PALLIATIFS DE L'HÔPITAL VÉSALE (MONTIGNY-LE-TILLEUL) A FAIT L'ACQUISITION DE 3 TABLETTES À ÉCRAN TACTILE POUR FACILITER LA COMMUNICATION ENTRE LE PERSONNEL SOIGNANT ET LES PATIENTS PRIVÉS DE LA PAROLE. CE PROJET A ÉTÉ FINANCÉ PAR UN DON DE 14.800€ DE LA BELFIUS FOUNDATION.

Ces tablettes sont surtout utilisées en communication de la douleur : les patients peuvent faire savoir, en contact avec l'écran, s'ils ont mal et localiser cette douleur sur un schéma du corps humain.



On peut ensuite cliquer sur une échelle de 1 à 10 pour évaluer la souffrance, puis encore sur une série de termes décrivant la douleur, comme “une démangeaison”, une “brûlure” ou un “coup de poignard”, par exemple. Le patient peut aussi alerter l'équipe soignante en cas de fatigue ou de nausées et celle-ci peut alors réagir tout de suite et adapter le traitement rapidement.

D'une grande simplicité d'utilisation, le programme comporte peu de texte et beaucoup d'icônes. Le logiciel comprend également une partie plus ludique (livres audio et jeux) et permet également de surfer sur internet.



UL Team – Régler les questions de fin de vie

Un projet des universités VUB (Bruxelles) et U Gent (Gand)

ULteam est une équipe interdisciplinaire composée de médecins en soins palliatifs, psychiatre, psychologue, infirmier(ière) social(e) et psychiatrique, oncologue, médecins LEIF etc... qui s'est constituée pour répondre aux questions des patients (et de leur famille) sur tout ce qui touche à la fin de vie. La consultation peut se tenir tant à l'initiative du patient ou de ses proches ou encore sur envoi d'un médecin ou d'un dispensateur de soins et se fait sur rendez-vous dans les locaux d'UL Team, rue J. Vander Veken à 1780 Wemmel (Tél : 078/05.01.55).



Answering tomorrow's healthcare needs with innovation today

Livres et Films

VIVANTS JUSQU'À LA MORT - TANGUY CHATEL
 À PARTIR DE SON EXPÉRIENCE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN FIN DE VIE, TANGUY CHATEL EXPLORE LA QUESTION DE LA SOUFFRANCE SPIRITUELLE. CETTE NOTION, QUI SE TROUVE POURTANT AU CŒUR DES SOINS PALLIATIFS, EST EN PRATIQUE SOIGNEUSEMENT ÉVITÉE EN RAISON D'UNE CONCEPTION FRANÇAISE DE LA LAÏCITÉ QUI PLACE LE SOIN À DISTANCE DE LA VIE PRIVÉE ET DES CROYANCES PERSONNELLES. CE SILENCE TIENT À L'ÉCART DE L'ACCOMPAGNEMENT TOUS CEUX QUI, DE PLUS EN PLUS NOMBREUX, CHERCHENT UNE RÉPONSE QUI NE SERAIT PAS EXCLUSIVEMENT RELIGIEUSE À LEUR SOUFFRANCE.
 TANGUY CHATEL ABORDE CETTE QUESTION ENCORE TABOU EN SE PLAÇANT AU PLUS PRÈS DES MOURANTS. IL ÉCLAIRE EN QUOI LA QUESTION SPIRITUELLE SE DISTINGUE DE LA RELIGION, DES CROYANCES, DE LA PHILOSOPHIE, DE LA PSYCHOLOGIE...



POUR LUI RESTITUER SA PLACE VÉRITABLE, AU CŒUR DE CHAQUE HOMME, DANS UNE VISION QUI VIENT DONNER À LA LAÏCITÉ UNE PERSPECTIVE PLUS AMBITIEUSE. SON ANALYSE DÉBORDE AINSI CONSIDÉRABLEMENT LE SEUL CHAMP DE LA FIN DE VIE, FAISANT NAÎTRE DE MANIÈRE STIMULANTE POUR CHACUN – QU'IL SOIT MALADE OU BIEN-PORTANT, CROYANT OU NON-CROYANT – DES PERSPECTIVES DE SENS ET DE LIEN QUI RAMÈNENT À L'ESSENCE MÊME DE NOTRE CONDITION D'ÊTRE HUMAIN.

EDITIONS : ALBIN MICHEL (03/01/2013)



LA MORT NE S'AFFRONTE PAS... ! JÉRÔME ALRIC, JEAN-PIERRE BÉNÉZECH

Pour penser la mort et penser à proximité de la mort, l'humain a besoin de mythes. De nos jours et depuis les années 1970, le mythe à l'oeuvre est celui d'un individu capable d'anticiper sa propre mort, de la parler et de l'apprivoiser. À partir de leur clinique quotidienne en

soins palliatifs, Jérôme Alric et Jean Pierre Bénézech montrent combien ce mythe, non seulement peut s'avérer traumatique pour la vie psychique, mais aussi et surtout comment il participe à construire une idéologie inquiétante de la «Bonne mort».

À partir de la pierre angulaire de l'impossible représentation de sa propre mort, mais aussi en donnant toute sa place au sentiment d'éternité qui existe en tout un chacun, ils proposent des réflexions croisées qui questionnent les discours et les pratiques actuelles toujours plus normées et normalisantes des soins de fin de vie. «La mort ne s'affronte pas... !» constitue - sinon un affront à la pensée contemporaine pragmatique - tout du moins une proposition qui a l'ambition de remettre l'humain et sa fragilité constitutive au centre des débats sur cette question.

EDITIONS : SAURAMPS MÉDICAL (20/05/2011)



EST-CE QUE TOUT LE MONDE MEURT ? LYNNE PION

Est-ce que tout le monde meurt? C'est l'histoire de Celia, personnage principal, avec qui les enfants pourront vivre différentes émotions, situations, étapes de la vie. L'amitié, l'amour, la mort, les rites funéraires, le deuil, les croyances y sont abordés en douceur, avec les vrais mots. Celia est complice

avec le lecteur, le questionne et ne le juge pas.

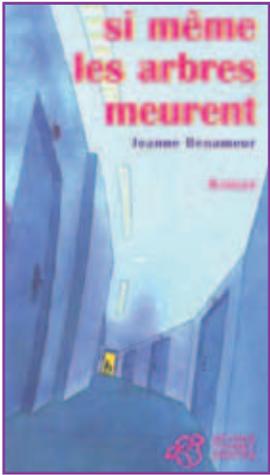
Est-ce que tout le monde meurt? C'est le livre que les adultes auraient aimé lire quand ils étaient de jeunes endeuillés (commentaire reçu par plusieurs lecteurs). C'est l'outil tangible qui ouvre la porte aux conversations dans la famille. C'est une histoire que les jeunes aiment lire car elle leur permet de comprendre un vocabulaire et de voir en illustrations des mots qui ne sont pas utilisés régulièrement (ex: cercueil, corbillard). Les adultes se le procurent pour le petit enfant en eux qui fût endeuillé.

EDITIONS : TRÈFLE À QUATRE FEUILLES (OCTOBRE 2011)



a leader in the fight against pain

BE/TGN-12010



SI MÊME LES ARBRES MEURENT – JEANNE BENAMEUR

Jeanne Benameur nous entraîne dans l’enceinte d’un hôpital, où deux enfants nous tiennent la main pour ce parcours douloureux. Une petite fille et son frère aîné traversent un épisode dramatique de leur vie : leur père qui a sombré dans le coma suite à une chute en montagne ne reviendra pas dans notre monde.

Pour Céline et Mathieu c’est inacceptable. Leur mère est en prise à son chagrin et au choc de l’accident qui ne pouvait s’anticiper. Les deux enfants vont donc se construire un scénario qui leur permettra d’affronter ce traumatisme. Nous pénétrons dans une autre dimension ; celle de l’enfance et de ses richesses ; un horizon qui ne se limite pas à la souffrance et à la peur, d’autres émotions, d’autres sensations et l’espoir, encore et toujours. Ce roman nous invite à porter notre regard sur la façon dont la perte d’un parent peut être vécue par l’enfant. Jeanne Benameur a su trouver les mots justes pour exprimer l’interminable attente, la douleur aliénante et l’impuissance face à cette fatalité.

EDITIONS : THIERRY MAGNIER (SEPTEMBRE 2000)

FILMS



« ON NE MOURRA PAS D’EN PARLER » UN REGARD PLEIN DE VIE SUR LA MORT DE VIOLETTE DANEAU.

On ne mourra pas d’en parler pose un regard plein de vie sur la mort. Troublée par la mort depuis son enfance, la réalisatrice Violette Daneau entreprend, à 59 ans, de l’apprivoiser en rencontrant et en récoltant les témoignages de différentes personnes qui la côtoient, s’y intéressent, ou doivent y faire face.

Ce documentaire de 92 minutes aborde le thème de la mort, sujet tabou dans notre société. Ce faisant, Violette Daneau souhaite en fait conscientiser les spectateurs sur la vie.

De Rosemont au Plateau, en passant par la Suisse, l’Espagne et les États-Unis, la réalisatrice a voulu savoir comment se préparer à la venue de la mort, comment l’apprivoiser, que ce soit par des rituels ou des ateliers de questionnements. Son documentaire On ne mourra pas d’en parler lui a permis de rencontrer des gens qui arrivaient au terme de leur vie, de même que d’autres qui se préparaient à mourir.

Ce film est l’aboutissement de sept ans de travail et, à mon avis, il a été réalisé avec beaucoup de respect de l’opinion des gens, sans jugement, avec pour seul objectif, comprendre, apprendre et être à l’écoute de ce que les gens avaient à dire.



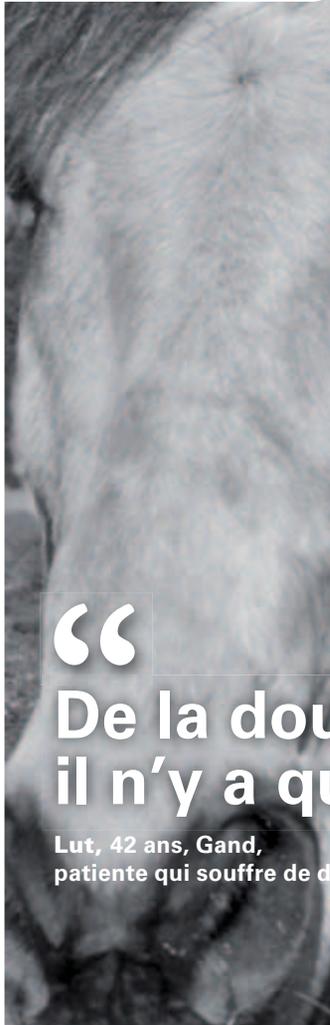
Conveen® Optima

Etui pénien auto-adhésif composé de silicone hypoallergénique et emballé dans un boîtier pratique et compact. Plus d’infos sur www.coloplast.be

DENOMINATION DU MEDICAMENT Matrifen 12 – 25 – 50 – 75 – 100 µg/h, dispositif transdermique **FORME PHARMACEUTIQUE ET COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Dispositif transdermique contenant respectivement 1,38mg - 2,75mg - 5,50mg - 8,25mg - 11,00mg de fentanyl dans un dispositif de respectivement 4,2 - 8,4 - 16,8 - 25,2 - 33,6 cm² et libère respectivement 12 µg/h, 25 µg/h, 50 µg/h et 100 µg/h de fentanyl. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES** Douleur chronique sévère qui ne peut être efficacement traitée que par des analgésiques opiacés. **CONTRE-INDICATIONS** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Le produit ne doit pas être utilisé pour traiter la douleur aiguë ou postopératoire vu l'impossibilité de déterminer la dose à court terme et le risque de dépression respiratoire potentiellement fatale. Déficience majeure du système nerveux central. Administration concomitante ou interrompue depuis moins de 14 jours, d'inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO). **EFFETS INDESIRABLES** Les fréquences suivantes sont utilisées pour la description du taux de survenue de effets indésirables: Très fréquents (> 1/10), Fréquents (> 1/100, < 1/10), Peu fréquents (> 1/1000, < 1/100), Rares (> 1/10.000, < 1/100.000) et inclus des rapports isolés. L'effet indésirable le plus grave du fentanyl est la dépression respiratoire. **Troubles psychiatriques** Très fréquents: Somnolence Fréquents: Sédation, confusion, dépression, anxiété, nervosité, hallucinations, diminution de l'appétit Peu fréquents: Euphorie, amnésie, insomnie, agitation. Très rares: Délirium, asthénie, troubles sexuels **Affections du système nerveux** Très fréquents: Tremblements, parosétésie, problèmes d'articulation Très rares: Ataxie, réactions myocloniques non épileptiques **Affections oculaires** Rares: Amblyopie **Affections cardiaques** Peu fréquents: Bradycardie, tachycardie, hypotension, hypertension Rare: Arythmie, vasodilatation **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales** Peu fréquents: Dyspnée, hypoventilation Très rares: Dépression respiratoire, apnée, hémoptysie, obstruction pulmonaire, pharyngée et laryngospasmes **Affections gastro-intestinales** Très fréquents: Nausées, vomissements, constipation Fréquents: Xérostomie, dyspepsie Peu fréquents: Diarrhée Rares: Hoquet Très rares: Iléus, flatulences douloureuses **Affections du système immunitaire** Anaphylaxie, spasmes du larynx **Affections de la peau et des tissus sous-cutanés** Très fréquents: Sueurs, prurit Fréquents: Réactions cutanées au site d'application Peu fréquents: Rash, érythème et prurit disparaissent généralement dans la journée qui suit le retrait du dispositif. **Affections rénales et urinaires** Peu fréquents: Rétention urinaire Très rares: Oligurie, douleur vésicale **Troubles généraux** Rares: Oedèmes, sensation de froid **Autres effets indésirables** Une tolérance (accoutumance) ainsi qu'une dépendance physique et psychique peuvent se développer en cas de traitement prolongé par le fentanyl. Les symptômes à un sevrage brutal (par exemple: nausées, vomissements, diarrhées, anxiété et tremblements) peuvent être observés chez certains patients à la suite du remplacement d'un traitement analgésique morphinique par un traitement avec les patchs de fentanyl. Le profil des effets indésirables chez les enfants et les adolescents traités avec le patch transdermique au fentanyl était analogue à celui observé chez les adultes. Aucun risque n'a été identifié dans la population pédiatrique, si ce n'est celui auquel on peut s'attendre lorsqu'on utilise des opioïdes pour soulager la douleur associée à une maladie grave; en outre, il ne semble pas y avoir de risque spécifique à cette population associé à l'usage du patch transdermique au fentanyl chez des enfants aussi jeunes que 2 ans, dans la mesure où il est utilisé tel qu'indiqué. Les effets indésirables très fréquents rapportés durant les essais cliniques pédiatriques étaient: fièvre, vomissements et nausées. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Les dispositifs transdermiques de fentanyl libèrent la substance active durant 72 heures. La quantité libérée de fentanyl est de 12, 25, 50, 75 ou 100 µg/h et la surface active correspondante est de 4,2 / 8,4 / 16,8 / 25,2 et 33,6 cm². La dose nécessaire de fentanyl est établie individuellement et doit être régulièrement évaluée après chaque administration. **Sélection de la dose initiale** La dose de fentanyl dépend de l'utilisation antérieure d'opiacés et du développement possible d'une tolérance, de l'utilisation concomitante d'autres médicaments et de l'état de santé général du patient, ainsi que de la sévérité de l'affection. La dose initiale ne doit pas dépasser 25 microgrammes/heure si la réponse de la douleur à l'opiacé n'est pas totalement connue. **Passage d'un autre opiacé** Lorsque l'on passe des opiacés par voie orale ou parentérale au fentanyl, la dose initiale est calculée comme suit: Déterminer la quantité d'analgésiques dont le patient a eu besoin au cours des dernières 24 heures. Convertir ensuite la somme en la dose correspondante de morphine par voie orale (tableau 1). Voir au tableau 2 la dose correspondante de fentanyl. **Tableau 1: Efficacité équianalgésique des médicaments** Toutes les doses i.m. et orales mentionnées dans le tableau ont la même action analgésique que 10 mg de morphine en intramusculaire. Nom du médicament/Dose analgésique équivalente (mg) Morphine i.m.: *10, Orale: 20 (en cas d'administration répétée)** 60 (en cas d'administration unique ou intermittente) Hydromorphone i.m.: *1,5, Orale: 7,5 Méthadone i.m.: *10, Orale: 20 Oxycodone i.m.: 10-15, Orale: 20-30 Lévorphanol i.m.: 2, Orale: 4 Oxymorphone i.m.: 1, Orale: 10 (rectal) Diamorphine i.m.: 5, Orale: 60 Péthidine i.m.: 75, Orale: - Codémine i.m.: -, Orale: 200 Buprénorphine i.m.: 0,4, Orale: 0,8 (sublingual) Kétobémédone i.m.: 10, Orale: 30 * Sur base des études réalisées avec des doses uniques, au cours desquelles l'administration i.m. du produit susmentionné a été comparée avec la morphine pour obtenir une efficacité équivalente. Les doses orales sont les doses recommandées quand on passe de l'administration parentérale à l'administration orale. ** Le rapport d'efficacité de 3:1 pour la morphine i.m./per os repose sur une étude réalisée chez des patients souffrant de douleur chronique. **Tableau 2. Dose initiale recommandée de Matrifen sur base de la dose orale quotidienne de morphine.** Dose orale de morphine, par 24h (mg/jour) / Dosage de Matrifen dispositif transdermique (microgramme/heure): < 135 / 25, 135-224 / 50, 225-314 / 75, 315-404 / 100, 405-494 / 125, 495-584 / 150, 585-674 / 175, 675-764 / 200, 765-854 / 225, 855-944 / 250, 945-1034 / 275, 1035-1124 / 300 Les schémas de conversion reposent sur des études cliniques. Les schémas de conversion pour les patients adultes et les patients pédiatriques peuvent varier. Les schémas de conversion ne doivent pas être effectués qu'après un délai d'au moins 24 heures après la pose de ce dispositif. Ceci est dû à l'augmentation progressive des concentrations sériques de fentanyl pendant les 24 premières heures après l'application du dispositif. Toute thérapie aux opioïdes pré-existante doit donc être arrêtée de façon progressive à partir de la pose du premier dispositif et ce jusqu'à l'obtention d'une analgésie efficace avec les dispositifs Matrifen. **Ajustement de la dose et traitement d'entretien** Le dispositif doit être remplacé toutes les 72 heures. La posologie doit être adaptée individuellement jusqu'à l'obtention d'une analgésie efficace. Chez les patients qui notent une forte diminution de l'effet analgésique entre 48 et 72 heures après l'application, il peut être nécessaire de remplacer le fentanyl dès après 48 heures. Le dosage à 12 µg/h est indiqué pour la titration posologique dans les zones de faibles concentrations. Si l'analgésie est insuffisante à la fin de la période initiale, la dose pourra être augmentée 3 jours après l'application du dispositif. Les ajustements posologiques supplémentaires doivent se faire par paliers de 12 µg/h à 25 µg/h, bien qu'il faille tenir compte des besoins analgésiques supplémentaires et du niveau de douleur du patient. Il est possible d'utiliser plusieurs dispositifs pour l'adaptation posologique et pour les doses supérieures à 100 µg/h. Des besoins supplémentaires périodiques d'analgésiques à courte durée d'action peuvent être nécessaires pour soulager une poussée de douleur. Des méthodes analgésiques additionnelles ou alternatives, ainsi que des administrations alternatives aux opioïdes doivent être étudiées lorsque la dose de Matrifen dépasse 300 µg/h. Des symptômes de sevrage peuvent apparaître lors du passage du traitement morphinique chronique antérieur aux dispositifs transdermiques, malgré une efficacité analgésique adéquate. En cas d'apparition de symptômes de sevrage, il est recommandé de mettre en place un traitement à faibles doses d'un morphine à courte durée d'action. **Arrêt du Matrifen** Si l'arrêt du traitement par dispositif transdermique est nécessaire, il est recommandé de mettre en place progressivement tout autre traitement par des morphiniques, en commençant par des doses faibles et en augmentant lentement les doses. Ceci est dû à la baisse progressive des taux sériques après retrait du dispo-

	12 µg	25 µg	50 µg	75 µg	100 µg
Matrifen	x 2 x 5 x 10	x 2 x 5 x 10	x 5 x 10	x 5 x 10	x 5 x 10
PP / €	9,79 18,23 30,98	11,84 23,33 39,82	39,10 69,95	53,21 93,73	65,83 113,00

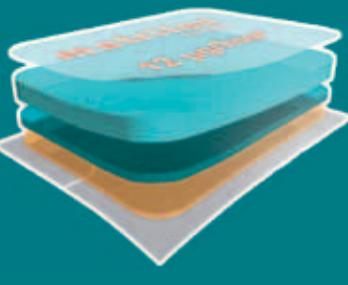
sitif transdermique, on observe une diminution de 50% après une période de temps égale ou supérieure à 17 heures (voir rubrique 5.2). En règle générale, l'arrêt de l'analgésie par morphiniques doit être progressif, afin d'éviter un syndrome de sevrage (nausées, vomissements, diarrhées, angoisses et tremblements).



“ De la douleur au bonheur, il n’y a qu’un patch. ”

Lut, 42 ans, Gand, patiente qui souffre de douleur.

L'AVANCÉE GALÉNIQUE BREVETÉE



APPLIQUEZ, SOULAGEZ

- Sécurité
- Efficacité de 3 jours
- Respect de la peau

par jour, ou sa dose d'opioïde équivalente, a été remplacée par un patch au fentanyl à 12 microgrammes/heure. Il est à noter que ce tableau de conversion pour enfants n'est valable que lorsqu'on remplace la morphine orale (ou son équivalent) par les patchs au fentanyl. Le tableau de conversion ne pourrait pas servir pour remplacer le fentanyl par d'autres opioïdes, car un surdosage pourrait alors se produire. Pendant les premières 24 heures, l'effet analgésique de la première dose des patchs Matrifen ne sera pas optimal. De ce fait, durant les premières 12 heures suivant le passage au Matrifen, les patients doivent recevoir leur dose régulière antérieure d'analgésiques. Au cours des 12 prochaines heures, ces analgésiques doivent être administrés en fonction des besoins cliniques. Etant donné que le taux maximum de fentanyl est atteint après 12 à 24 heures de traitement, il est recommandé de surveiller les patients pendant au moins 48 heures après l'instauration de la thérapie par Matrifen ou après l'augmentation de la dose, afin de détecter tout effet indésirable éventuel, entre autres une hypoventilation (voir aussi rubrique 4.4, « Mises en garde spéciales et précautions d'emploi »). **Ajustement de la dose et entretien** Si l'effet analgésique de Matrifen est insuffisant, un supplément de morphine ou un autre opioïde à courte durée d'action doit être administré. En fonction des besoins supplémentaires en analgésiques et de l'intensité de la douleur ressentie par l'enfant, on décidera parfois d'utiliser un plus grand nombre de patchs. Les ajustements des doses doivent être effectués par paliers de 12 microgrammes/heure. **NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Nycomed Belgium - Chaussée de Gand 615 - 1080 Bruxelles **EMBALLAGE** Matrifen 12 et 25 µg/h: 2, 5 et 10 dispositifs. Tous les autres dosages: 5 et 10 dispositifs. **DELIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale. **NUMERO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** 12 µg/h: BE289107 25 µg/h: BE289116 50 µg/h: BE289125 75 µg/h: BE289134 100 µg/h: BE289143 **DATE DE DERNIERE MISE A JOUR DE LA NOTICE** Janvier 2009.



Colloques et Formations

CONFÉRENCE ORGANISÉE PAR L'ASBL SARAH – LE 16 AVRIL 2013 À 19H –
AUDITOIRE RENÉ DECOOMAN, HÔPITAL VÉSALE.
• LE DROIT DES PATIENTS – MONSIEUR GILLES GENICOT (AVOCAT AU BARREAU DE
LÈGE)
• LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ – MADAME JACQUELINE HERREMANS
(PRÉSIDENTE DE L'ADMD)
• L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN FIN DE VIE – MONSIEUR GABRIEL RINGLET
(PRÊTRE, ÉCRIVAIN, JOURNALISTE ET UNIVERSITAIRE).
INSCRIPTIONS ET RENSEIGNEMENTS : 071/37.49.32 OU ASBL.SARAHKYNENET.BE

5^{ÈME} JOURNÉE D'ALGOLOGIE

ORGANISÉE AVEC LA GIFD ET LA BPS:

LA DOULEUR –

LE 23 AVRIL 2013

Modératrices :

Nadine Chard'homme et
Sophie Vanderheyden, Infirmières
ressource douleur, Cl. Univers. St Luc,
Bruxelles.

Programme non finalisé:

09.00 Introduction par
Paul Sonkes, président de l'acn.

09.15 Les sens au secours
de notre communication.

Bernadette Wouters, inf. enseignante,
Master en Sc. Hospitalières et
Médico-Légales, MA en HE et
Promotion sociale, MP en Programmation
Neuro-linguistique, spécialisée en Soins
Palliatifs, Algologie et Ethique.

09.45 Les facteurs influençant la gestion de
la douleur chez l'adulte hospitalisé aux soins
intensifs : Evaluation, interprétation, exécution,
réévaluation.

Delphine Sakolis, Infirmière SISU (SIAMU),
Master en santé publique, Clin. Univ. St Luc,
BXL.

10.15 Les douleurs orofaciales.

Valérie Marteau, inf. spécialisée en algologie,
clin. de la douleur, CH Ardenne Libramont Ste
Ode, VIVALIA.

11.15 Introduction à la nutrition santé et
nutrithérapie.

Valérie-Anne De Wilde, médecin de médecine
physique et réadaptation, algologue au
CRMDC du CHU UCL Mont Godinne -
Dinant.

13.00 Lunch et visite des stands

14.00 Les douleurs neuropathiques, un triple
défi : l'étiologie, le diagnostic, le traitement.

Bernard Le Polain de Waroux, docteur, chef de
service adjoint en anesthésiologie, responsable
techniques algologiques, anesthésie en
orthopédie, Clin. Universitaires St Luc, BXL.

14.45 Film : « une journée pas comme les
autres »

Présentation par Gaëtan de Valensart
schoenmaeckers, inf. ressource douleur aigue,
clin. univ. St Luc, Bxl.

15.25 La consultation de douleur chronique
Pierre Dusquenne

2^{ÈME} CONGRÈS INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE SOINS PALLIATIFS -

23^{ÈME} CONGRÈS DU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DU QUÉBEC :

« A LA RENCONTRE DE NOS
DIVERSITÉS : VERS DES SOINS
PALLIATIFS POUR TOUS »

– DU 05 AU 07 MAI 2013

5/05 - Plénière 1 : « Douleurs et autres symptômes »

Mécanismes du placebo et du nocebo :
augmenter l'effet thérapeutique et éviter le
sabotage - Serge Marchand, neurophysiologiste
– Québec

Oncologie intégrative et qualité de vie -
Christian Boukaram, médecin – Québec

*La complexité de la souffrance physique,
psychologique et spirituelle en soins palliatifs -*
Eduardo Bruera, médecin – États-Unis

06/05 – Plénière 2 : « Formation et soutien pour les intervenants »

*Face aux réalités éprouvantes en soins
palliatifs : l'éclairage de la psychodynamique
du travail*

Marie Alderson, infirmière – Québec

*Souffrance des intervenants en soins palliatifs
et soutien -* Sarah Dauchy, psychiatre – France

*Quand les demandes des patients et des
proches heurtent les valeurs des intervenants*
- Jean-Michel Longneaux, docteur en
philosophie – Belgique

- Plénière 3 : Organisation et évaluation des services

*L'invention des soins palliatifs, révolution
scientifique ou culturelle ? -* Anne-Marie
Moulin, médecin et agrégée de philosophie
France

*Des
soins
palliatifs dispensés en
contexte multiconfessionnel -* Roland Tomb,
médecin – Liban

*L'évolution des soins palliatifs en Afrique
francophone : aspects culturels entourant
la mort et préparation du corps pour
l'inhumation -* Antoine Kananga Kamunga,
infirmier – RD Congo

07/05 – Plénière 4 : « Rituautés contemporaines de la fin de vie et du deuil »

*L'Occident postmoderne face à ses
contradictions : rationalisation de la mort et du
deuil ou re-symbolisation? -* Marie Frédérique
Bacqué, psychologue – France

*Regard sociologique sur la dimension rituelle
des soins palliatifs -* Michel Castra, sociologue
– France

*De l'adieu AUX vivants à celui DES
vivants, pourquoi le rite actuel? : admettre,
offrir, transmettre -* Luce Des Aulniers,
anthropologue – Québec

- Plénière 5 : « Accompagnement de la personne et de ses proches »

*Conception systémique et éthique des pratiques
de collaboration en soins palliatifs -* Jean-
Pierre Gagnier, psychologue – Québec

Décider pour autrui : le poison du Consensus
- Christophe Pacific, docteur en philosophie –
France

L'équipe au coeur du soin - Sylvain Pourchet,
médecin – France

FORMATIONS

FORMATION SPÉCIFIQUE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES -

LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DU PATIENT À DOMICILE – LE 23 MARS 2013

Organisé par : ASPPNamur - Public : Médecins généralistes

Programme :

«La prise en charge palliative du patient douloureux à domicile»

Soulager le patient douloureux est une préoccupation constante pour tout médecin généraliste. Subjective, multidimensionnelle, toujours complexe, la douleur se montre aussi parfois rebelle. Au nom d'une médecine qui se doit d'être performante et humaine, la société attend la meilleure prise en charge et un traitement optimal de la douleur, dans une réalité où l'aspect émotif ne peut-être minimisé. Le vécu de la douleur est source de souffrance pour le patient, mais aussi pour les proches et les soignants. Sa prise en charge nécessite une véritable alliance thérapeutique. Où en est-on en 2012 face à défi quotidien?

Formateurs : Dr Vincent Vandenhoute, médecin généraliste spécialisé en soins palliatifs, clinique de l'Europe à Bruxelles - CDNG, Gosselies - Sophie Derval, psychologue et formatrice, Reliance ASBL - Danielle Mahieu, infirmière et formatrice, Reliance ASBL et équipe mobile des soins palliatifs de l'Hôpital St-Joseph-Warquignies

Renseignements pratiques

Durée de la formation : 4h30

Horaire : de 9h00 à 13h30

Lieu de la formation : Auditorium des Moulins de Beez - Rue du Moulin de Meuse, 4 - 5000 - Namur

INSCRIPTIONS

Contact : Association des soins palliatifs en Province de Namur

Caroline Coolen, directrice

Rue Charles Bouvier, 108 - 5004 - Bouge

Téléphone : 081 43 56 58

Fax : 081 43 56 27

Email : aspn@skynet.be

FORMATIONS ORGANISÉES PAR L'ASBL SARAH : L'ESPACE SANTÉ, ENTRÉE 1, REZ-DE-CHAUSSÉE - BOULEVARD ZOÉ DRION, 1 À 6000 CHARLEROI

L'agressivité face à la maladie grave – le mardi 26 mars 2013

Formation sera animée par Chantal WYNS, psychologue clinicienne, formée en analyse transactionnelle.

Cette journée s'adresse à toute personne confrontée, dans le cadre d'une maladie grave, à l'agressivité du patient ou de sa famille. Ne seront pas abordées les situations d'agressivité liées à la démence.

L'objectif pédagogique est de comprendre le processus de l'agressivité ; la mienne, celle de l'autre, d'acquiescer des outils pour faire face à une attitude agressive, d'être conscient des attitudes neutres à développer chez le soignant pour faire face à une personne agressive.

Quel est le programme de cette formation ?

- Définir les notions d'agressivité, de colère et de violence
 - Appliquer la méthode d'écoute active dans des situations d'agressivité
 - Dépister les besoins non satisfaits et les émotions cachées dans les situations d'agressivité.
- Proposer des outils d'entraînement pour garder une attitude neutre
- Méthodes proposées : apports théoriques, mises en situation, échanges.

Secrets et non-dits dans l'accompagnement

le 16 avril 2013

Cette formation s'adresse à toute personne (volontaire, famille, professionnel) en lien avec l'accompagnement de personnes malades.

L'objectif pédagogique est d'être capable de déceler et d'accompagner les secrets familiaux, les non-dits autour de la maladie.

Au programme :

Ecouter ce qui ne se dit pas autour du patient, déceler les secrets qui entourent la maladie, entendre les non-dits des soignants et analyser l'histoire de vie du patient.

Quelles sont les méthodes proposées ?

- Exposé théorique
- Partage de vécus
- Exercices en sous-groupes

Si vous désirez nous encourager à poursuivre efficacement notre activité :

Vous pouvez également nous aider par le versement d'un don à l'occasion d'un événement particulier : mariage, fêtes, funérailles...

Vos amis et vos proches pourront ainsi exprimer leur sympathie. Pour tout don supérieur ou égal à 40 € versé sur le compte BE29 3101 2171 3464 (BIC BBRUBEBB), ils recevront automatiquement une attestation fiscale.

donorinfo.be

Nos comptes contrôlés et détaillés sont publiés sur donorinfo.be.

La fondation Donorinfo informe le public en toute impartialité et en toute transparence sur les activités et les moyens financiers des organisations philanthropiques belges qui viennent en aide aux personnes dans le besoin ici ou à l'étranger.»



L'asbl

Continuing Care adhère au code éthique de l'AERF. Vous avez un droit à l'information.

Ceci implique que les donateurs, collaborateurs et employés sont informés au moins annuellement de l'utilisation des fonds récoltés.

CONTINUING CARE ASBL

479 Chaussée de Louvain - 1030 Bruxelles - Tél : 02/743.45.90 - Fax : 02/743.45.91

e-mail : info@continuingcare.be - www.continuingcare.be

