

SOINS

LES

PALLIATIFS

Belgique

L'hypnose
Témoignage
2-7

9
Formations

Colloques
Congrès
10

Livres
11

4^e Trimestre 2015 - n°99

Ce numéro de Décembre vous propose de faire connaissance avec l'hypnose utilisée comme outil thérapeutique dans l'univers particulier des soins palliatifs.

La définition et les objectifs des soins palliatifs ont permis au Docteur Jean Becchio, auteur de l'article, de découvrir comment cette discipline méconnue, trop souvent assimilée à un spectacle, correspond à l'approche palliative et respecte l'évolution naturelle de la fin de vie. Bien acceptée par le patient, cet outil thérapeutique peut vraiment aider.

En cette fin d'année un peu particulière, toute l'équipe de Continuing Care vous souhaite de joyeuses fêtes et espère pouvoir compter sur votre fidèle soutien en 2016.

Betty Servais



Dr Jean BECCHIO

L'hypnose en unité de soins palliatifs

Article publié dans la revue Santé Intégrative n°39 de mai/juin 2014. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'auteur.



L'hypnose est un outil thérapeutique très utile et bien accepté par les patients et le personnel soignant dans cet univers si particulier que sont les soins palliatifs.

Notre petite unité de soins palliatifs est un ensemble de dix chambres individuelles. Notre journée commence par la réunion du matin où je sélectionne les patients chez lesquels il serait judicieux d'utiliser l'hypnose. Ce matin, je note deux noms sur ma fiche de pré-sélection : Maria et Fassassi. Maria souffre de douleurs abdominales intermittentes, mal calmées par la morphine et les antispasmodiques. Je consulte son dossier. Maria, jeune maman de 35 ans, est venue dans notre service en phase terminale d'un cancer de l'ovaire. Ces douleurs sont liées à la masse tumorale, mais ces renseignements cliniques, histologiques, physiologiques ne sont pas ce que je recherche en priorité dans le dossier. Je vais rendre visite à une patiente qui est bien suivie sur le plan médical par l'équipe des cliniciens du service et je me place en intervenant complémentaire, agissant sur les symptômes, quelle que soit leur origine. Pour cela j'utilise la technique hypnotique. Cette technique nécessite elle aussi des «ingrédients» que je recherche dans le dossier. Ces éléments, utiles pour mon approche, sont la date et le lieu

de naissance de la patiente, son métier, son statut marital, les prénoms et âges des enfants, ses distractions préférées, sa religion, ses croyances. Je dois avouer que dans des dossiers qui pèsent parfois plusieurs kilos, ces informations sont souvent absentes.

C'est le cas aujourd'hui pour Maria. J'apprends qu'elle est mariée, mère d'une enfant de douze ans et est née à Paris un 14 mars (nous sommes le 1er mars). J'entre dans sa chambre. Toutes nos chambres sont éclairées par une baie vitrée qui donne sur un adorable jardin botanique, créant une douce et agréable ambiance. Maria est allongée sur son lit et regarde, à droite, les oiseaux nichés sur les arbres du jardin. En face d'elle, sur un panneau en liège sont affichées des photos de sa vie. Sur la table de nuit placée à sa gauche, un poste de radio diffuse de la musique classique. Je me présente et signale à Maria que j'ai appris que sa douleur était toujours présente, malgré les médicaments. Je l'interroge, classiquement, sur les caractères de cette douleur, puis je lui propose d'apprendre

un exercice, basé sur l'hypnose, pour mieux gérer cette douleur, en complément des traitements qu'elle reçoit déjà. Maria accepte. Je me tourne alors vers le panneau mural où se trouvent les photos et je demande à Maria de me dire quelques mots sur ces morceaux de vie. Elle me présente sa fille Joan et je comprends l'importance de la place occupée par cette jolie enfant blonde dans le coeur de sa maman. Nous parlons de son métier d'employée de banque, de son amour pour la musique et les balades dans la nature. Nous revenons sur la douleur et je fais préciser à Maria ce qu'elle



Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ressent lorsque la douleur commence à s'installer. « C'est comme une tenaille qui me serrerait brutalement les muscles du ventre ».

Muni de cette métaphore, je propose l'exercice d'hypnose à Maria. Je lui demande de fermer les yeux et de bien écouter tout ce que je vais dire car elle pourra refaire l'exercice, plus tard, toute seule, sous forme d'exercice d'auto-hypnose. J'applique alors la technique d'induction hypnotique qui permet d'aider le patient à passer de l'état d'éveil conscient à l'état de transe hypnotique activée.

Maria présente rapidement les signes cliniques de l'état hypnotique. Je demande alors à Maria de retrouver un souvenir d'une expérience d'apprentissage agréable, de n'importe quelle partie de sa vie, dans n'importe quel domaine. Elle retrouve rapidement le souvenir du jour où elle a accouché pour mettre au monde Joan. Je l'accompagne dans ce souvenir en employant des suggestions indirectes, des suggestions ouvertes et des métaphores adaptées au but de la séance. Je place des suggestions post-hypnotiques, qui aideront Maria après la séance. Nous terminons la séance qui a duré un peu moins de cinq minutes.

Maria est souriante et détendue en fin de séance. Elle nous raconte son vécu. Lorsque Joan est sortie de mon ventre, j'ai ressenti une « inondation de joie et de bonheur et la tenaille s'est relâchée complètement ». Maria demande comment elle peut pratiquer toute seule. Je lui donne les principes de base de la pratique auto hypnotique. Je travaillerais encore trois fois avec Maria dans les deux semaines précédant son décès. Maria a parfaitement intégré la technique d'auto-hypnose et cette technique, associée au traitement médicamenteux lui permet de communiquer avec son entourage jusqu'à son dernier jour. Lorsqu'elle meurt, le lendemain de son anniversaire, elle nous quitte dans un coma progressif, calme, sans signe de souffrance et sans coma pharmacologique.

Fassassi est un jeune patient de vingt ans entré dans notre service la veille. La vie de Fassassi se déroulait normalement dans son village du Sénégal jusqu'à l'automne dernier où il se fractura spontanément un fémur en roulant à bicyclette. Le diagnostic de cancer fut posé et, malgré l'amputation et les traitements complémentaires institués dans son pays, la

maladie continua à progresser. Désespérés, les parents l'ont placé la semaine dernière dans un avion à destination de Paris. À son arrivée à

Orly, il tomba dans un coma léger et fut hospitalisé à l'hôpital de Bicêtre. Il séjourna une semaine dans le service de médecine interne ;

devant l'aggravation de son état et l'impossibilité de traiter les métastases multiples, il fut décidé de l'hospitaliser dans notre service. Aucun renseignement sur son dossier, hormis les diagnostics et traitements médicaux. Je découvre un grand jeune homme, cachectique, dyspnéique, tournant ses grands yeux inquiets vers moi. Fassassi parle très bien le français et sait même écrire. Depuis son arrivée, il communique peu avec les soignants et montre, sur son visage et dans son comportement, une angoisse importante. Je le questionne sur ce qu'il ressent et il me dit que ce qui l'inquiète le plus, c'est sa difficulté à respirer. Je l'interroge sur sa vie et ses occupations. Il travaille dans une scierie et aime jouer au football. Nous parlons de l'équipe de foot du Sénégal et son regard s'éclaire pour la première fois. Je profite de cette « embellie » pour lui proposer un exercice qui peut l'aider à mieux respirer. Il accepte. Fassassi est un excellent sujet pour l'hypnose. Quelques secondes après la fermeture des yeux, il présente des signes de transe profonde ; je l'oriente vers le souvenir de l'apprentissage du maniement du ballon dans son enfance et nous faisons des liens métaphoriques entre l'effort physique du jeu de foot, la période de récupération et le but de notre exercice. Je fais expérimenter à Fassassi le phénomène de lévitation du bras pendant la transe. Nous terminons la séance avec les classiques suggestions post-hypnotiques de travail d'auto-hypnose.

Les soins palliatifs sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, au domicile ou en institution.



Fassassi est rayonnant en fin de séance. Il est surpris par l'expérience de lévitation. Je lui dis qu'il pourra renouveler cette

expérience lorsqu'il le voudra, pour travailler l'auto-hypnose. Je lui indique que nous avons appris cette technique à plusieurs joueurs professionnels de foot en France et cela le ravit. Il doute de pouvoir réussir ; je lui propose alors de fermer les yeux et de laisser faire, en pensant simplement à la légèreté du bras : la lévitation «démarré» rapidement. Je demande à Fassassi d'ouvrir les yeux pour «regarder son bras en train de léviter». « Il monte tout seul, il ne m'obéit plus » dit-il à moitié amusé et à moitié inquiet. Je lui démontre alors que c'est lui qui dirige ce phénomène. Lorsque vous déciderez que le bras doit redescendre, il vous suffira d'y penser pour obtenir le retour au point de départ. Fassassi comprend et termine seul l'exercice.

Fassassi va vivre les quatre dernières semaines de sa courte vie dans notre service et l'hypnose lui permettra de traiter,



Le souvenir de l'apprentissage du maniement du ballon dans l'enfance permet à Fassassi de faire des liens métaphoriques entre l'effort physique du jeu de foot, la période de récupération et le but de l'exercice.

en complément des autres thérapies, la dyspnée, les douleurs osseuses et l'anxiété.

L'hypnose employée est l'hypnose par activation dynamique de la conscience, issue de l'hypnose ericksonienne. Elle est caractérisée par l'emploi de suggestions ouvertes et de techniques spécifiques destinées à induire la transe hypnotique chez la plupart des patients. L'auto hypnose est systématiquement associée à l'hétéro hypnose.

L'utilisation de l'hypnose est bien acceptée par les patients. La demande ne vient jamais d'eux, car ils ne savent pas que cette technique est pratiquée dans notre service. Sur les centaines de patients auxquels nous avons proposé l'hypnose, deux ont refusé ; un, définitivement, pour des raisons religieuses, le second, transitoirement, pour des raisons dogmatiques : il était psychanalyste lacanien et rejetait fondamentalement l'hypnose. Transitoirement, car ce patient intelligent avait un esprit ouvert et une semaine après son refus, il me convoqua dans sa chambre pour « essayer » cette « chose » qu'il ne connaissait que par le côté « sulfureux » qui lui avait été enseigné. La première séance se passa bien et je proposais à mon collègue psychanalyste la lecture du livre de François Roustang : Influence. Il dévora le livre et devint un pratiquant convaincu de l'auto-hypnose pendant les six derniers mois de sa vie.

L'hypnose fut aussi bien acceptée par l'équipe soignante. Je suis tombé «par hasard» dans ce service. Une des infirmières du service se soignait à ma consultation d'acupuncture ; un jour où un patient de son unité de soins palliatifs souffrait d'un hoquet persistant depuis plusieurs jours, elle proposa de me contacter pour soigner ce hoquet par acupuncture. C'était la première fois que je mettais les pieds dans ce service devant lequel je passais en voiture deux fois par



L'hypnose employée est l'hypnose par activation dynamique de la conscience, issue de l'hypnose ericksonienne.

Michelle Salamagne. Elle me décrit rapidement les soins palliatifs, dont j'avais une idée aussi fautive que celle qu'avait notre psychanalyste sur l'hypnose. De mon idée préconçue de service de mourants, le Dr Salamagne me brossa le tableau d'un univers où la vie est omniprésente. Je vis tout de suite l'utilité de proposer l'hypnose comme outil thérapeutique au service de cette approche particulière. La chef de service accepta et me proposa d'essayer. L'essai continue depuis plus de quinze ans et le milieu des soins palliatifs a considérablement enrichi ma pratique d'hypnose, modifié ma technique et réorienté ma vision théorique de l'hypnose. Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Les soins palliatifs sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, au domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. L'hypnose nous permet d'appliquer «à la lettre» l'esprit de ces recommandations. Tout ce que vous venez de lire correspond point par point à l'esprit de cette recommandation.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ils ne hâtent, ni ne retardent le décès. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent

une semaine depuis dix ans pour me rendre à ma consultation. Sols moquetés, baies vitrées, espaces patients-familles-soignants décloisonnés, tout cela me fascina. Après mon intervention, l'infirmière me présenta au chef de service, le Docteur

un soutien aux proches en deuil. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Cette définition princeps des soins palliatifs montre que l'hypnose a sa place dans ce contexte ; tous les points de cette définition sont concernés par notre approche.

Pour éclairer l'apport particulier de l'hypnose dans ces dernières recommandations, nous allons nous tourner vers la mythologie grecque. Le vocable hypnose vient du nom propre Hypnos. Hypnos est un dieu grec dont le rôle est de s'occuper de nous pendant notre vie ; il agit pendant notre sommeil où il nous console, cicatrise nos blessures, soulage nos douleurs. Hypnos a un frère jumeau Thanatos. Ce dernier s'occupera de nous après notre dernier soupir ; il aidera notre corps et notre âme dans le parcours post-mortem. Sur le plan étymologique, Thanatos a donné thanatologie et euthanasie.

Nous formerons notre conclusion en invoquant ces deux dieux antiques : **Hypnos nous offre un outil thérapeutique qui permet d'améliorer notre action clinique auprès des patients en unité de soins palliatifs, en préservant une meilleure qualité de vie et en respectant l'évolution naturelle de la fin de vie. Thanatos prendra ensuite le relais... au bon moment.**

Président de l'Association française d'hypnose qu'il a fondée en 1994, Jean Becchio a été médecin généraliste en région parisienne de 1977 à 2006. Praticien hospitalier depuis 1975, Praticien Consultant en soins palliatifs à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif où il utilise l'hypnose clinique, en psychiatrie à La Salpêtrière et au Kremlin-Bicêtre, Professeur honoris causa de l'université de Moscou, il est responsable du diplôme universitaire d'hypnose de la faculté Paris XI. Familier de la médecine chinoise, il a participé à l'introduction en France du qi gong dont il prône les vertus thérapeutiques.

Témoignage

Luc Mattelet, infirmier à domicile formé aux soins palliatifs, a récemment suivi une formation en thérapies brèves plurielles ainsi qu'une formation en hypnose médicale. Il nous fait part de son expérience et des effets positifs de l'hypnose dans son travail et plus particulièrement dans son accompagnement des personnes en fin de vie.

Lorsqu'on m'a demandé d'écrire un article sur l'hypnose pour le journal de Continuing Care, j'ai immédiatement accepté ! Je ne savais pas trop par quoi commencer car il m'est assez difficile de parler de ces formations tant elles ont changé ma façon d'exercer mon métier.

Pas dans l'apprentissage d'actes mais plutôt dans la découverte d'une autre manière d'être, d'une position prise en rapport à l'autre. Ces outils viennent soutenir ma pratique de soin et m'aident à la compréhension des événements. Comment expliquer ce qui me semble aujourd'hui naturel ? J'ai l'impression d'avoir toujours possédé ces outils.

En tant qu'infirmier de première ligne, je me suis formé aux thérapies brèves et à l'hypnose thérapeutique ericksonienne. Ces formations, suivies à l'Espace du Possible à Tournai, se sont étalées sur une période de deux ans. Par le biais de cet article, je souhaite partager mon expérience et mon interprétation de ce que j'ai appris.

Au cours de ces formations, un constat s'est très vite imposé à moi : il s'agit de la responsabilité en tant qu'infirmier de première ligne dans ce qu'on appelle « l'effet nocébo », c.-à-d. les effets psychologiques négatifs qui influencent la personne, et particulièrement celle en fin de vie, à la fois du fait de mon comportement mais aussi des paroles exprimées. Qui n'a jamais dit à un patient : « Avez-vous mal ? », « Ce fauteuil n'est pas trop dur ? », « Attention

ça va être désagréable » ? Moi, cela m'arrivait souvent. Aujourd'hui lorsque je m'en rends compte, je me corrige et m'excuse. Aujourd'hui, je demande : « comment êtes-vous confortable ?, que puis-je faire pour augmenter votre confort ?, attention ça ne va pas être agréable ». Aujourd'hui, je ne parle plus d'échelle de douleur mais d'échelle de confort. Ce sont évidemment des détails, mais c'est en agissant sur des petits détails qu'on réalise de vrais changements. Ce qui a changé pour moi, c'est la manière dont je perçois l'autre.

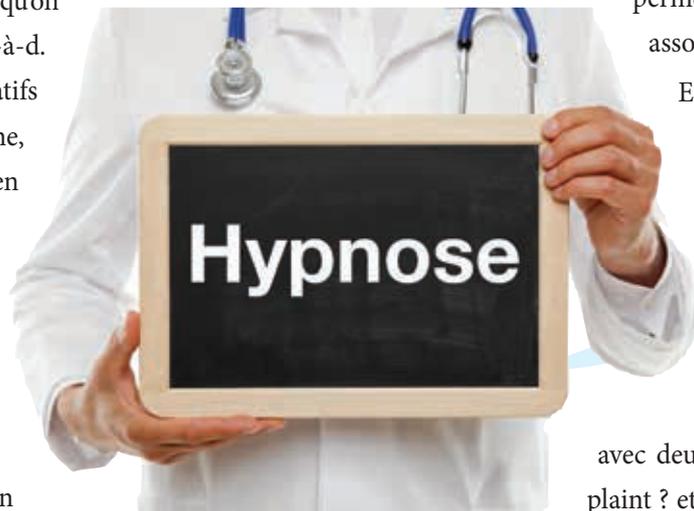
Afin de mieux comprendre la révélation qui s'est opérée en moi, je vous propose de vous en dire plus sur le contenu de ces formations.

Abordons d'abord l'hypnose ericksonienne. Milton Erickson (psychiatre et psychologue, 1901-1980) est parti d'un constat : l'état hypnotique est un état naturel. Chacun de nous a donc, au cours de sa vie, été plusieurs fois en hypnose. L'entrée et la sortie de cet état hypnotique se font de manière involontaire. Son approche stipule que dans un état hypnotique, notre « inconscient » peut résoudre facilement divers problèmes sans faire d'effort. Il suffit de faire ce qu'on a peu appris à faire : accepter ce qui vient. On est alors parfois témoin de miracles. Ne rien faire, se laisser aller, reprendre contact avec soi : ces choses simples donnent des résultats incroyables. Les « bonnes » ou « mauvaises » émotions participent à notre état de santé. Être triste, lorsqu'on est en deuil de soi ou de l'autre, est une attitude normale. Ce n'est que lorsqu'on refoule ce sentiment que ça devient difficile.

L'hypnose vise à rétablir le contact avec nos sentiments, avec leur expression ou à transformer un ressenti en action et permettre à la personne de se sentir associée.

Ensuite viennent les thérapies brèves plurielles : ce sont des thérapies systémiques avec une approche stratégique basée sur un principe : la bienveillance.

On part d'une « situation problème » pour aller vers un objectif solutionniste, avec deux questions centrales : « Qui se plaint ? et « De quoi on se plaint ? ». Dans



les thérapies brèves, j'ai appris différents types d'approches : la Thérapie orientée solution (S. de Shazer), la Thérapie narrative (M. White), les Mouvements alternatifs (au-delà de l'EMDR de F. Shapiro), la Thérapie intégrée (N. Cummings), la Thérapie stratégique (M. Erickson), la Thérapie provocatrice (F. Farrelly).

Toutes ces approches participent à un changement de positionnement du soignant envers la personne qu'il soigne. Partir du principe que cette personne a des ressources et qu'elle est simplement déconnectée de celles-ci, rend à la personne sa capacité d'être mieux, d'être autonome.

Le travail du soignant, c'est de remettre le patient en connexion avec ses ressources. Et en soins palliatifs, c'est central : nos patients sont en perte de repères, ils ont souvent l'impression de n'être plus qu'un corps souffrant parfois désincarné.

C'est là que ces outils sont importants. Approcher une personne mourante de manière paradoxale, c'est ce que nous faisons naturellement. Pour créer l'alliance, un des outils que nous utilisons s'appelle le Pacing, il s'agit d'accorder sa respiration sur celle de l'autre et surtout d'adapter sa communication en parlant dans l'expiration. Si en plus vous adoptez la même position que votre interlocuteur, vous allez voir comme une situation peut rapidement devenir confortable et provoquer une communication là où elle faisait défaut.

Aborder l'autre en l'imaginant rempli de ressources, c'est étonnant. Cette simple conviction que l'autre a des ressources a changé totalement ma manière de voir mes patients, et donc je suis plus respectueux et plus exigeant avec eux et avec moi. Tant que la notion de bienveillance m'anime, je sais que je serai juste ; et si je me trompe, le patient mettra simplement sa limite et je lui dirai que j'en ai trop demandé puis je lui demanderai quel est son objectif.

La question : « Quel est votre objectif ? » est importante. Je peux faire ce que je veux, si je ne suis pas dans l'objectif du patient, je serai dans l'erreur et ça ne marchera pas. Alors que si je suis dans son objectif, même si c'est difficile, je vais me trouver en collaboration avec le patient et il y aura très certainement des résultats, même petits. C'est là qu'il faut être présent à lui et le valoriser. Un de mes formateurs disait :

« un compliment ne coûte rien ». Lorsque j'ai entendu cette phrase, j'ai essayé de me souvenir combien de compliments j'avais déjà fait, et j'ai fait le constat que ce n'était pas énorme. Aujourd'hui, je ne compte pas les fois où je dis « c'est bien ». Ça ne me prend pas de temps et, que ce soient des compliments directs ou indirects, c'est toujours chouette de voir un sourire sur le visage de l'autre.

Pour vous donner un exemple de pensée solutionniste, la femme d'un patient se plaint de son mari qui ne mange plus. J'interroge son époux pour comprendre ce qu'il se passe. Il me dit qu'il n'a plus faim, qu'il n'a plus le courage de manger. Je lui demande s'il a encore envie de manger mais il me dit que c'est trop. Je propose à l'épouse de lui donner à manger dans une soucoupe avec une cuillère à café de purée, de viande et légumes, en lui disant que personnellement je trouve chouette de terminer mon assiette, et que lorsque je n'ai pas faim, je me force pour vider mon assiette et que c'est parfois difficile alors que je suis tellement heureux quand je vide celle-ci. L'épouse a donné le repas de son mari dans une soucoupe avec des petites parts et son mari s'est remis à manger pour un temps.

Ces outils m'ont aussi aidé dans le rapport à l'abandon présent dans l'accompagnement en soins palliatifs. Quelqu'un qui meurt abandonne et est abandonné et ces deux sentiments sont très difficilement gérables.

J'ai souvent été en difficulté avec ce sentiment d'abandon, je n'avais aucune réponse à leur proposer. Aujourd'hui, avec les nouveaux outils que j'ai acquis, je gère un peu mieux. J'ai appris à parler en comment plutôt qu'en pourquoi. J'ai appris à valoriser ce qui peut l'être dans la situation qui se présente à moi. J'ai appris à remettre en question ce que je trouvais évident et à me placer du point de vue du patient.

En conclusion, les outils que sont l'hypnose et les thérapies brèves m'ont permis de me sentir plus à ma place dans la position d'infirmier de première ligne. Ils m'ont aidé à combler les diverses frustrations qui étaient les miennes dans l'accompagnement de personnes en soins palliatifs.

DKV HOME CARE

Quand vous ne pouvez plus bouger, DKV se bouge pour vous

DKV HOME CARE, l'assurance dépendance de DKV

- La perte d'autonomie n'a pas d'âge : 1 personne sur 4 en perte d'autonomie a moins de 65 ans¹
- Un séjour dans une maison de repos coûte en moyenne € 1 500 par mois. Or, le montant moyen de la pension légale s'élève à € 1 100²
- Le prix d'un séjour dans une maison de repos ne cessera d'augmenter dans les années à venir
- Les soins à domicile deviennent de plus en plus chers et pèsent sur le budget de chacun

DKV HOME CARE : la solution !

- Quelqu'un qui organise vos soins à domicile 24h/24, 7j/7
- De l'assistance pour votre ménage (par ex. aide familiale ou ménagère,...)
- Une indemnité mensuelle en cas de perte d'autonomie grave et durable à domicile ou dans une maison de repos
- À partir de 75 ans, une indemnité supplémentaire pour la durée de votre séjour dans une maison de repos
- Le choix parmi 4 différentes formules, en fonction de vos besoins et de votre budget

N'attendez pas qu'il soit trop tard et contactez votre intermédiaire d'assurances ou directement DKV (02 287 64 11) pour obtenir une brochure ou une offre. L'âge limite de souscription est fixé à 69 ans. Vous pouvez également trouver la fiche technique de ce produit sur www.dkv.be.

¹ www.zorg-en-gezondheid.be

² Het Nieuwsblad - 27/02/2013 - 'Rusthuiskamer kost u € 1 500'

DKV Belgium S.A. | Bd Bischoffsheim 1-8, 1000 Bruxelles | R.P.M. 0414858607, Trib. Comm. Bruxelles |
Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2 'maladie'.

Pour toute plainte :

Service Quality Control DKV Belgium S.A - Tél. : 02/287 64 11 - qualitycontrol@dkv.be

Service Ombudsman des assurances - Tél. : 02/547 58 70 - www.ombudsman.as

Information publicitaire

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

Formations organisées par l'ASBL SARAH : l'Espace Santé, Entrée 1, rez-de-chaussée, Boulevard Zoé Drion, 1 à 6000 Charleroi.

« A la re-découverte de sa richesse intérieure ».

Le lundi 18 et mardi 19 janvier 2016.

Cette formation sera animée par Paolo DOSS, Clown professionnel et formateur.

A qui s'adresse cette journée de formation ?

A toute personne désireuse de re-trouver son clown inter-rieur afin de perfectionner son accompagnement des personnes malades ou en fin de vie.

Quel est l'objectif pédagogique ?

Développer l'envie d'explorer ensemble de nouvelles voies où le rire et l'émotion se côtoient. Découvrir les rudiments du « travail » de clown.

Quel est le programme de cette formation ?

Développer des outils pratiques à utiliser dans tous les secteurs de la vie privée et professionnelle, et en particulier pour le personnel soignant concerné par l'accompagnement des personnes malades, en fin de vie et des familles et de la relation d'aide soignants-soignés

Quelle est la méthode proposée ?

Expression corporelle, improvisation, partage de bonne humeur et d'imagination, maniement d'accessoires.

« Traverser le traumatisme du deuil »

les mardis 19 et 26 janvier 2016

Cette formation sera animée par Dominique Pinchart, formée en analyse transactionnelle.

A qui s'adresse ce cycle de formation ?

A toute personne qui, professionnellement ou non, souhaite développer ses compétences et son écoute pour accompagner les personnes qui vivent une perte, une séparation et un deuil.

Quels sont les objectifs pédagogiques ?

Permettre aux participants de prendre conscience des différentes situations de vie qui sont sources de deuils (séparations, changements de vie, perte de sa santé, de son travail, pertes de sens, ...)

Donner des repères théoriques pour une compréhension du processus de deuil et des réactions émotionnelles liées aux pertes, séparations et deuils.

Proposer des outils et des pistes permettant de situer la personne dans son processus et de l'accompagner dans le respect de son cheminement.

Développer ses compétences à écouter et à accompagner une personne dans son cheminement de deuil.

Quel est le programme de cette formation ?

- Pertes, séparations et deuils au fil de la vie.
- Les différentes étapes du processus de deuil.
- Les interventions adaptées aux différentes étapes.
- Le fonctionnement du système émotionnel.
- Repérer et accompagner les réactions émotionnelles liées au deuil.

Quelles sont les méthodes proposées ?

- Exposés théoriques
- Partage de vécus
- Etudes de situations et recherches de solutions

« Secret professionnel – Secret partagé ».

Le mardi 08 mars 2016.

Cette formation sera animée par Dorothee Gillon, Psychologue, formée en Gestalt-Thérapie et Sophrologie

A qui s'adresse cette journée de formation ?

A toute personne travaillant en équipe et soumise à la loi et à la déontologie.

Quels sont les objectifs pédagogiques ?

Explorer les textes officiels définissant le secret professionnel ou le devoir de discrétion.

Pouvoir adapter la transmission des informations dans le cadre du secret professionnel partagé. Trouver une manière d'intégrer les aspects déontologiques pour créer des relations professionnelles, humaines et chaleureuses. Développer un questionnement éthique sur sa pratique.

Quel est le programme de cette formation ?

- Les valeurs sous-jacentes au secret professionnel
- Les balises du secret professionnel partagé
- Les exceptions du secret professionnel
- Le secret professionnel et la qualité de la relation de soin
- Secret professionnel : autour de l'insécurité, de la responsabilité et des limites

Gestion de l'agressivité : Attitudes et Techniques.

Le mardi 12 avril 2016

Cette formation sera animée par Cristos STAMATOPOULOS, formé en Gestion des conflits et Supervision.

A qui s'adresse cette journée de formation ?

Cette journée s'adresse à tout public et aux professionnels de la santé.

Quel est l'objectif pédagogique ?

- Classifier les comportements agressifs
- Analyser l'impact des différentes attitudes sur l'agressivité
- Déjouer l'agressivité et l'orienter vers une relation positive

Quel est le programme de cette formation ?

- Différencier les traits distinctifs des personnalités « difficiles »
- Identifier sa propre réaction face aux stimuli externes de type agressif
- Escalade – désescalade de l'agressivité et du conflit
- Outils et techniques de systémique, et autres, pour faire face à l'agressivité
- Apprendre à désamorcer les blessures dues aux conflits

Quelles sont les méthodes proposées ?

Exposés théoriques, partage de vécus, mise en situation, exercices de groupe.

PALLIABRU

(Association Pluraliste de Soins Palliatifs de la Région de Bruxelles-Capitale) :

Chaussée de Louvain 479 à 1030 Bruxelles – Tél : 02/743.45.90

« Je veux devenir volontaire en soins palliatifs » :

Formation de base qui prépare les candidats à s'engager dans le domaine de la fin de vie, à l'hôpital, à domicile ou en maisons de repos et de soins. Basée sur une réflexion autour du propre positionnement personnel et intime de chacun face aux réalités de la vie, à la maladie grave et à la mort, cette formation a pour but de fournir aux futurs bénévoles, le bagage nécessaire pour rencontrer et écouter les patients, leurs familles et s'insérer parmi les équipes médicales actives dans les soins palliatifs. Ce travail sur soi est un cheminement évolutif où de nombreux sujets touchant à la fin de vie sont abordés et notamment : l'écoute, la gestion des émotions, les valeurs, le lien et la distance, l'impuissance, la culpabilité, la dignité, la vérité, la mort, le deuil, le toucher relationnel, l'éthique du bénévole face à ces questions, etc. Cette formation tient compte également des questions et des attentes des participants. Le nombre de participants est limité.

En pratique :

La formation de base est répartie sur 10 journées à raison d'un jeudi par semaine de 9h30 à 15h30.

Deuxième session de mars à juin 2016 :

Les 17 et 24 mars 2016, 14, 21 et 28 avril, 12, 19 et 26 mai, 2 et 9 juin 2016.



8^{ème} Colloque Alpin de soins palliatifs : « La voix des personnes face à la maladie grave »
le 8 avril 2016.
Archamps – France.

La voix des personnes qui vivent avec une maladie grave est une voix multiple, singulière, unique, chorale parfois. C'est celle des malades, des proches, des accompagnants ... Comment ces voix, silencieuses, prenantes, intenses, si différentes vont-elles guider, orienter nos pratiques et avec quelles implications éthiques ?

Quelles contributions des professionnels engagés auprès des personnes, familles, communautés, pour accueillir, entendre cette voix, même lorsqu'elle est si frêle quelle pourrait en être inaudible ?

Comment les accompagnants, les professionnels, les bénévoles, la société même parviennent-ils à vivre les interactions qui se tissent, se bousculent autour de la maladie grave, sans que cela soit source d'un tel vacarme que la voix se perde ?

Comment ces voix, et peut être quelles voix, peuvent influencer ou influent déjà sur les évolutions législatives qui encadrent les soins, les soins palliatifs et les soins en fin de vie ?

Le colloque alpin 2016, huitième du genre, souhaite pouvoir aborder ces thèmes avec vous et nous vous attendons nombreux, pour tous ensemble partager nos expériences, nos vécus et, peut-être, nous ouvrir plus encore à la voix de toutes les personnes touchées par la maladie grave.

Journée des Pays de la Loire de Soins Palliatifs et d'Accompagnement :
27 mai 2016. Centre de Congrès
Les Atlantes, Les Sables
d'Olonne- France

De l'épreuve du mourir à l'absence...

Quel que soit l'âge et quel que soit le lieu du mourir, à domicile, en institution ou à l'hôpital, la mort représente toujours une épreuve pour celui qui va mourir, pour ses proches mais aussi pour tous ceux qui vont être concernés à un moment ou un autre de l'accompagnement de cette étape, soignants ou non soignants.



Nous avons voulu explorer avec vous les différentes épreuves rencontrées :

- L'épreuve du temps: celui qui passe, celui qui dure, celui qui reste, celui dont on ne sait rien...
- L'épreuve du corps à travers les changements qu'il traverse, les phénomènes qu'il subit, les souffrances qu'il endure, l'agonie qu'il aborde...
- L'épreuve du sens de la Vie, qui se cherche dans les rituels, la trace laissée, les croyances et la spiritualité...
- L'épreuve de l'absence après le décès et la séparation mais aussi avant la mort lorsque les proches ne sont pas présents, inexistantes ou lorsque la relation est impossible ou rompue...
- Et enfin les ressources qu'on peut mobiliser face à ces épreuves, grâce au travail d'équipe, à la convivialité, l'humour, la créativité, la communication mais aussi grâce à la loi et à l'éthique...

22^{ème} Congrès national de la SFAP « De l'impossible vers les possibles... Créer, innover, permettre. Vivre l'impossible et croire aux possibles... »
du 16 au 18 juin 2016. Palais
des Congrès de Dijon – France.

Aujourd'hui comment les soins palliatifs parviennent-ils à permettre des possibles ?

Au quotidien, la nécessité d'interroger à la fois les acquis, le présent et l'avenir, ne cesse de s'imposer. Au-delà du doute et du sentiment d'impuissance, témoins des ressources insoupçonnées des patients et de l'entourage, les acteurs de soins palliatifs sont encouragés à faire preuve de créativité, source d'innovations.

- **Créer** de nouveaux espaces de soins et d'accompagnement en chaque situation,
- **Innover** dans la prise en charge de la douleur, de la détresse et des autres symptômes,
- **Permettre** le respect de la vie privée, l'autonomie des personnes et le droit d'accès aux soins palliatifs,
- **Créer** toujours une relation singulière avec les malades et leurs proches,
- **Innover** dans l'interdisciplinarité,



- **Permettre** la reconnaissance de la dignité présente en chacun,
- **Innover** dans la transmission de la culture palliative,
- **Permettre** l'engagement et l'expression de la solidarité.

Les soins palliatifs comme mouvement ; les soins palliatifs en mouvement transmettent les valeurs fondamentales de l'accompagnement. L'espérance des possibles permet une fin de vie dans une éthique de la relation et du prendre soin.

Aujourd'hui, en dépassant les impossibles d'hier, les soins palliatifs s'inscrivent dans une sollicitude envers les plus vulnérables.

Nous souhaitons que ce 22^{ème} congrès fasse éclore :

- **Les créativité**s des équipes intégrant toutes les compétences et la pluralité des expériences d'une médecine moderne humaniste,
- **L'émergence des projets** fondés sur la singularité de la personne malade et de son entourage avec toutes les formes de solidarités,
- **Les questions sur les possibles** qui permettent de déployer l'énergie, le courage d'oser et la ténacité requis au service de celui qui nous sollicite, tout en appréhendant les limites.

Inscrire et construire ce congrès à Dijon, au sein d'une région où les soins palliatifs font partie des priorités de l'offre de soins, c'est **ouvrir aux possibles les équipes de soins et d'accompagnement.**

« Vous me coucherez nu sur la terre nue »

Gabriel Ringlet

L'accompagnement spirituel jusqu'à l'euthanasie

À l'approche de la mort, François d'Assise confiait à ses compagnons son souhait de reposer un moment « nu sur la terre nue ». C'est le sens de ce dévêtement ultime qu'explore ici Gabriel Ringlet, pour apporter un éclairage nouveau sur la fin de vie et son accompagnement.

À partir de témoignages bouleversants, dont certains lui sont parvenus après le succès de son livre Ceci est ton corps, l'écrivain et théologien prend le parti de l'infinie douceur pour offrir un viatique qui trouve sens pour chacun.

Il témoigne également de son expérience dans un centre de soins palliatifs en Belgique – où la loi autorise pour certains cas l'euthanasie – et donne alors toute sa place à l'écoute et au rituel pour les personnes qui en font la demande. Les mots justes s'allient aux gestes simples pour cet adieu si singulier.

Une méditation sublime sur la nudité de l'absence, une célébration de la vie.

Éditeur : Albin Michel (septembre 2015)



« Les morts de notre vie »

Collectif/Coordination éditoriale de
Damien Le Guay, Jean-Philippe de
Tonnac

Avec les témoignages de Juliette Binoche, Christian Bobin, Catherine Clément, Philippe Labro, Daniel Mesguich, Edgar Morin, Amélie Nothomb

Quand il faut évoquer la mort, nous savons que... nous ne savons rien. Quand il nous faut parler des morts de notre vie qui vivent encore en nous, habitent notre cœur, les mots nous manquent. De cette perte, de la mort même, nous préférons ne pas parler. Et pourtant, les absents n'en finissent pas d'être présents. Nous en sommes les gardiens fidèles.

À travers les entretiens qu'elles ont accordés à Damien Le Guay et Jean-Philippe de Tonnac, sept personnalités acceptent ici de témoigner. Juliette Binoche, Christian Bobin, Catherine Clément, Philippe Labro, Daniel Mesguich, Edgar Morin et Amélie Nothomb nous livrent avec profondeur et générosité leurs sentiments intimes, leurs croyances ou leur incroyance, leur philosophie de la vie. Au-delà des chagrins, des douleurs, ils disent tous le lien vital qui les relie à leurs morts les morts de leur vie. L'extraordinaire diversité de ces paroles nous invite au partage pour être plus vivants.

Entretiens menés par Damien Le Guay, essayiste et Président du Comité national d'éthique du funéraire, et Jean-Philippe de Tonnac, essayiste, journaliste et éditeur.

Éditeur : Albin Michel (octobre 2015)



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

Merci à



FOUNDATION BNP PARIBAS FORTIS

Help2Help a été spécialement créé pour encourager **les initiatives de solidarité** dans lesquelles **les collaborateurs** de BNP Paribas Fortis et BNP Paribas en Belgique sont impliqués personnellement en tant que volontaires. Les pensionnés ou prépensionnés de BNP Paribas Fortis ont également l'occasion de présenter leur projet dans le cadre de ce programme. Il doit s'agir d'associations belges actives dans les champs de **solidarité, de l'humanitaire, de la santé ou de l'éducation** en faveur des personnes défavorisées.



Depuis son lancement en 2010, Help2Help a permis de soutenir 350 projets portés par les collaborateurs de la banque en Belgique, pour un montant global de plus de 1.122.250 euros.

Soutenu par **Monsieur Michel Elias**, administrateur de Continuing Care, notre projet a été sélectionné et nous avons donc pu procéder à l'achat de **3 nouveaux pousse-seringues**. Le pousse-seringue est un élément permettant au patient de rester dans son lieu de vie.

Il permet une instillation des médicaments par voie sous-cutanée en 24h, principalement des antalgiques ou des anxiolytiques. Dans la majorité des situations, le pousse-seringue est utilisé lorsque le patient ne peut pas prendre son médicament par voie orale. Indispensables dans la pratique des soins palliatifs à domicile, leur rôle est une optimisation du confort du patient par la possibilité d'adapter les dosages en fonction des symptômes suite au passage journalier des infirmier(ère)s.

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.



Nos comptes contrôlés et détaillés sont publiés sur **donorinfo.be**, premier site belge d'information indépendante sur les activités et les moyens financiers des organisations philanthropiques qui aident les personnes dans le besoin.



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

