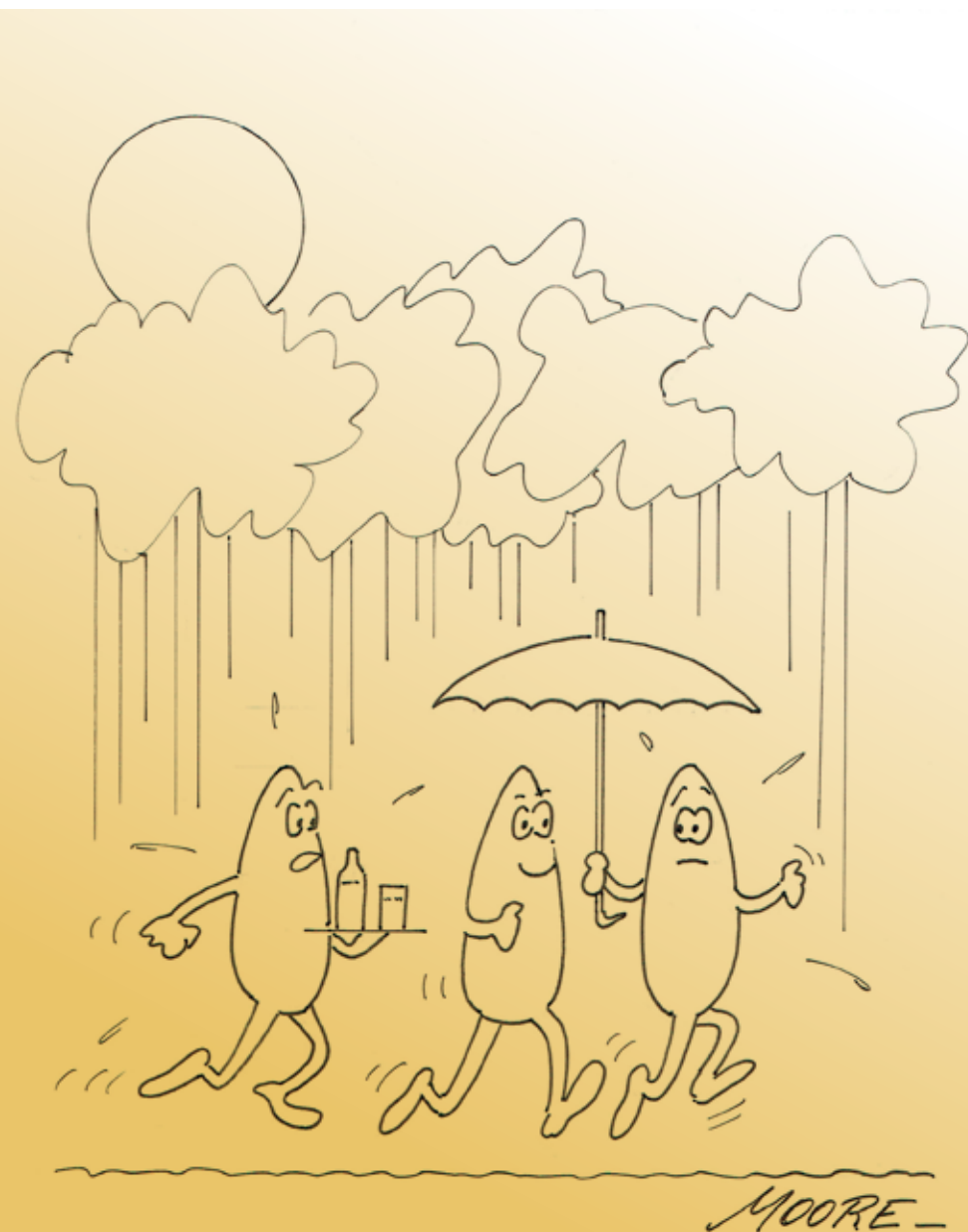


# KAIÏROS 76 OS

REVUE THÉMATIQUE PALLIATIVE DE BRUSANO ASBL

THEMATISCH TIJDSCHRIFT ROND PALLIATIEVE ZORG VAN VZW BRUSANO

## LE PRENDRE SOIN ZORG VERLENEN



- 2 Editorial
- 3 Voorwoord
- 4 Un « prendre soin palliatif » en pleine conscience ?
- 6 Le Toucher Massage Mieux-Être (TMME) sur le chemin de la maladie
- 8 L'hypnose thérapeutique ou comment guérir les maux par les mots
- 10 Les bénéfices de l'hypnose en soins palliatifs
- 12 Prendre soin dans le volontariat en soins palliatifs : Écouter et Être présent à l'autre comme à soi-même
- 13 Zorg dragen in de vrijwillige palliatieve zorg: luisteren en aanwezig zijn bij zowel de ander als jezelf
- 14 LE PRENDRE SOIN, c'est quoi pour moi ?
- 16 Lettre d'amour
- 18 Témoignages d'infirmières en unités de soins palliatifs - Prendre soin
- 19 « Prendre soin » en unité de soins palliatifs
- 20 Le prendre soin, côté aidant proche
- 22 Prendre soin par le toucher attentif et bienveillant
- 24 Le prendre soin : Comment prendre soin de la personne de façon complémentaire aux traitements médicamenteux ?
- 26 La harpéopathie : La harpe ... autrement
- 28 Le Prendre Soins, réflexions à propos d'une double casquette
- 30 « Habiter le monde en poètes : la voie spirituelle des témoins » (Thierry Collaud)
- 32 Prendre soin(s)... Un concept ? un défi ? un art ? ...Une rencontre
- 34 Zorg(en)... Een begrip ? een uitdaging ? een kunst ? ... Een ontmoeting
- 36 L'hypnose, une autre façon de « prendre soin »
- 38 Nous avons lu pour vous
- 39 Voor u gelezen
- 40 Pour aller plus loin...
- 42 Demain je serai mort

# Éditorial

Pr Jean-Paul Van Vooren

Administrateur

## Prendre soin ? Les soins. De quoi parlons-nous au sens réel du mot ?

Les définitions du mot soin dans le petit Larousse se réfèrent, tout d'abord, à l'attention que l'on porte à accomplir un acte avec propreté, à présenter une réalisation avec netteté et minutie, à se montrer scrupuleux dans le travail, dans ses occupations. Ensuite, cette bible du langage évoque le fait de prendre soin de quelque chose. Enfant à l'école, beaucoup se rappelleront la rubrique « soin » dans leur bulletin et les remarques des enseignants et parents en cas de tâches d'encre ou de ratures. Vous préférez le dernier alinéa ? Le soin à notre époque, c'est également l'objet d'un « bongo reçu lors des fêtes », un soin cosmétique, très à la mode. Avançons... et passons au pluriel... Les « soins » : on se rapproche enfin du sujet de ce Kairos : Les « soins », ce sont des gestes et attentions par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, en témoignant d'égards et de prévenance puis, finalement, en terminant le paragraphe, apparaît dans mon dictionnaire de gamin la proposition suivante : actes thérapeutiques réalisés en vue de préserver ou restaurer la santé de quelqu'un et celle de son corps... On y est... On peut presque oublier mes digressions littéraires et de vocabulaire, les soins, c'est cela aux yeux de tous, baptisés ainsi au milieu du 19ème siècle. Il s'agit historiquement des valeurs affichées au cœur de la profession infirmière si brillamment imposée par F. Nightingale à son retour de Crimée. C'est l'établissement d'une vision humaine du patient et non de la maladie ou de la blessure qui permet enfin de donner du sens à la médecine. Celle-ci prenait timidement son essor en échappant aux arguties de charlatans, elle en avait besoin. Les acteurs chirurgicaux, eux aussi, ne voulaient plus se limiter à la pratique d'amputations sur les champs de bataille. F. Nightingale a créé un merveilleux métier que la gente masculine estimait destiné aux femmes se réservant les titres de médecin, celui que Cisle Saunders, 100 ans plus tard, dut acquérir pour imposer,

dans le domaine du cancer notamment, une démarche d'accompagnement et de gestion des symptômes autre que celle utilisée par l'art de guérir, vouée rapidement à l'échec par manque de connaissances et de techniques. Vous connaissez tous l'histoire. L'opposition aujourd'hui est heureusement en voie de résolution entre 2 approches complémentaires, curative et palliative, intégrables et superposables dans le temps. Nous nous inscrivons tous, inconsciemment pour certain(e)s mais salutairement pour notre confort intellectuel, psychologique et physique ainsi que celui de nos patient(e)s, dans un nouveau paradigme. L'approche thérapeutique se doit d'être globale, interdisciplinaire, modulable, adaptée à l'individu, respectant le professionnel de la santé et le soigné, gérée et définie dans un espace de dialogue et d'échange ouvert. La vérité et la transparence sont devenues des règles confirmées par nos lois belges de 2002.

Je retire de tous les articles publiés dans cette édition de notre revue la caractérisation et l'établissement de multiples axes novateurs, de l'harpéopathie à la compagnie animale en passant par l'hypnose et la pleine conscience, tous orientés vers le même but, celui de dispenser des « soins » adéquats et complets. Chaque acteur « prend soin » à sa manière en apportant des compétences supplémentaires, en générant du « plus », sans empiéter sur, ou annihiler le travail des autres intervenants.

Je résume l'une de mes réflexions en disant que « soins » n'est plus uniquement un substantif toujours au pluriel auquel se trouve inévitablement collé, sur papier ou dans les pensées, l'adjectif « infirmiers ». Il ne s'agit plus seulement d'un terme générique usité dans les administrations. Nous sommes, de fait, tous des « soignants », les médecins, volontaires, accompagnants, psychologues, paramédicaux... Les infirmier(e)s ont leur merveilleuse expertise mais beaucoup peuvent jouer un rôle auprès d'une personne malade en difficulté de santé et aider ces partenaires incontournables. De manière touchante, l'un des intervenants, je résume à ma façon, se demande si c'est un défaut d'être empathique, attiré par les autres, sensibilisé par leurs détresses. Nous sommes

des êtres humains. Trop souvent emprisonnés par les carcans et les règles éditées par de grands penseurs et décideurs éloignés de la réalité, osons identifier humblement et acceptons nos envies et besoins relationnels propres. Établissons ensuite nos limites afin de ne pas nous engager trop loin et nous retrouver submergés par des tâches trop lourdes acceptées sans lucidité. Oeuvrons tous ensemble, en équipe, entraïdons-nous pour être plus efficaces. Ouvrons toutes les portes, suivons toutes les pistes pour offrir à nos sujets de « soin », un panel d'approches les plus riches possible.

Méditons cependant, pour conserver un équilibre personnel au sein d'un collectif, la maxime gravée à l'entrée du Temple d'Apollon à Delphes reprise comme base philosophique par Socrate « Connais toi toi-même », couplée à celle de Pindare reprise par Spinoza, Goethe et Nietzsche « Deviens ce que tu es ». Sans hésiter !

Bonne lecture !

**JPVV**

## Voorwoord

Pr Jean-Paul Van Vooren

Bestuurder

### Zorg dragen? Zorgen. Waar hebben we het in de echte zin van het woord over?

De definities van het woord zorg in Van Dale verwijzen allereerst naar het streven en de pogingen die men doet om iets in stand of in goede conditie te houden of zo goed mogelijk te doen zijn of te maken. Vervolgens verwijst deze taalbijbel naar het zorg dragen voor iets. Velen herinneren zich de rubriek 'zorg' in hun rapport als kind op school en de opmerkingen van leerkrachten en ouders over inktvlekken of doorhalingen. Geef je de voorkeur aan de laatste alinea? Zorg neemt deze tijden ook de vorm aan van een 'bij de feesten gekregen bongo', cosmetische zorg, wat erg trendy is. Laten we verder gaan... en overgaan naar het meervoud. 'Zorgen': we komen nu eindelijk dicht bij het onderwerp van deze Kairos. 'Zorgen' zijn gebaren en attenties waarmee je toegewijd bent aan het welzijn van iemand, door blij te geven van aandacht en opmerkzaamheid. Ten slotte, aan het einde van de paragraaf, verschijnt in mijn kinderwoordenboek het volgende voorstel: therapeutische handelingen die worden verricht met het oog op het behoud of herstel van iemands gezondheid en die van zijn lichaam... We zijn eruit... Je kunt mijn literaire en terminologische uitweidingen bijna vergeten. Dat is waar we allemaal aan denken bij zorgen, en die benaming dateert van het midden van de 19e eeuw. Het gaat historisch gezien om de waarden die de kern vormen van het beroep van verpleegkundige, die zo briljant werden opgelegd door F. Nightingale bij haar terugkeer van de Krim. Toen kwam een menselijke visie op de patiënt tot stand, die niet langer de ziekte of het letsel in het middelpunt plaatste, wat de geneeskunde eindelijk betekenis gaf. Deze visie kwam schuchter op gang en ontsnapte aan de argumenten van charlatans, en dat had het nodig. Ook chirurgen wilden zich niet langer beperken tot het uitvoeren van amputaties op het slagveld. F. Nightingale riep een prachtig

beroep in het leven waarvan mannen dachten dat het voor vrouwen was bestemd. Zij behielden zich de titel van arts voor, de titel die Ciceley Saunders 100 jaar later moest verwerven om vooral op het gebied van kanker een andere aanpak van begeleiding en symptoombestrijding op te leggen dan de geneeskunst, die bij gebrek aan kennis en technieken snel tot mislukken gedoemd was. Jullie kennen allemaal het verhaal. De tegenstelling tussen 2 complementaire benaderingen, curatief en palliatief, is vandaag gelukkig aan het verdwijnen. Beide benaderingen kunnen in de tijd worden geïntegreerd en samengevoegd. We spelen allemaal, sommigen onbewust, mee in een nieuw paradigma dat heilzaam is voor ons intellectuele, psychologische en fysieke comfort en dat van onze patiënten. De therapeutische aanpak moet globaal zijn, interdisciplinair, flexibel, aangepast aan het individu, met respect voor de gezondheidswerker en de patiënt, gestuurd en gedefinieerd in een ruimte van dialoog en open uitwisseling. Waarheid en transparantie zijn regels geworden die door onze Belgische wetten van 2002 zijn bevestigd.

In alle artikelen die in deze editie van ons tijdschrift zijn gepubliceerd, zie ik de typering en totstandkoming van meerdere innovatieve pijlers, van harpeopathie tot gezelschap van dieren, hypnose en mindfulness, allemaal gericht op hetzelfde doel, namelijk het verlenen van adequate en volledige 'zorgen'. Elke speler 'draagt zorg' op zijn eigen manier, brengt extra vaardigheden in, genereert iets extra, zonder het werk van anderen te hinderen of te ondermijnen.

Ik vat een van mijn overwegingen samen door te zeggen dat 'zorgen' niet langer slechts een zelfstandig naamwoord is, altijd in het meervoud, waaraan onvermijdelijk het bijvoeglijk naamwoord 'verpleegkundige' wordt gekoppeld, op papier of in onze gedachten. Het is niet langer slechts een algemene term die in administraties wordt gebruikt. We zijn in feite allemaal 'zorgverleners', artsen, vrijwilligers, begeleiders, psychologen, paramedici enz. Verpleegkundigen hebben hun prachtige expertise, maar velen kunnen een rol spelen bij een zieke met gezondheidsproblemen en deze onmisbare partners een handje helpen. Op ontroerende wijze vraagt een van

de redacteurs zich af of het een gebrek is om empathisch te zijn, aangetrokken te zijn door anderen, gevoelig te zijn voor hun leed, zoals ik het in mijn eigen woorden samenvat. We zijn mensen. We zijn al te vaak gevangen door de keurslijven en regels van grote denkers en beleidsmakers die ver van de werkelijkheid afstaan. Het zou goed zijn als we nederig onze eigen verlangens en relationele behoeften durven identificeren en aanvaarden. Het zou goed zijn om dan onze grenzen vast te stellen, zodat we ons niet te ver inzetten en bedolven geraken onder te zware taken die we zonder nadenken aanvaarden. Laten we allemaal samenwerken als een team en elkaar helpen effectiever te zijn. Laten we alle deuren openen, laten we alle paden bewandelen om onze 'zorg'-subjecten een zo rijk mogelijk scala aan benaderingen te bieden.

Laten we echter, om een persoonlijk evenwicht binnen een groep te bewaren, stilstaan bij de stelregel die gegraveerd was bij de ingang van de Tempel van Apollo in Delphi die als filosofische basis werd overgenomen door Socrates, nl. 'Ken jezelf', en die koppelen aan die van Pindarus die werd overgenomen door Spinoza, Goethe en Nietzsche: 'Word wat je bent'. Aarzel niet!

Veel leesplezier !

JPVV



# Un « prendre soin palliatif » en pleine conscience ?

## Un peu d'histoire

Dans le début des années 1960, Cicely Saunders, considérée comme la pionnière des soins palliatifs tels que nous les connaissons aujourd'hui, introduit la notion de « total pain » (ou « douleur totale ») qui reflétait sa volonté de reconnaître la souffrance spirituelle en plus des dimensions physiques, psychiques et sociales<sup>1</sup>. Et c'est dans les années 1970 qu'un autre pionnier, Jon Kabat-Zinn, introduit des techniques de méditation d'origine bouddhiste, la pleine conscience, dans le champ de la médecine basée sur les preuves. Sa vision retravaille les catégories conceptuelles fondamentales, en particulier celles du profane, du spirituel et du scientifique. Dans son approche, le sens de la vie est formulé comme découlant naturellement de l'observation attentive de la vie quotidienne et en particulier des expériences douloureuses.<sup>2</sup>

Ni l'une ni l'autre ne pouvaient anticiper la croissance exponentielle des publications sur la spiritualité, la religion et la recherche en santé qui suivit, comme l'ont montré des analyses bibliométriques<sup>3</sup>.

Dans cet article, nous allons essayer de relier ces deux révolutions et de montrer la place que peuvent prendre les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) dans le domaine des soins palliatifs.

## Une définition de la pleine conscience

Bishop et ses collaborateurs proposent un modèle à deux composantes :

Une composante implique l'autorégulation de l'attention à l'expérience du moment présent. En améliorant la flexibilité attentionnelle, la pleine conscience permet de désengager l'attention capturée par des émotions pénibles ou des pensées intrusives.

L'autre implique l'adoption d'une orientation d'ouverture et d'acceptation envers son

expérience. On réengage l'attention vers l'expérience émotionnelle, en l'observant avec curiosité, sans chercher à la modifier ou à l'éviter<sup>4</sup>.

## Quid de la pleine conscience dans le cadre des soins palliatifs ?

Il existe plusieurs programmes et formats basés sur la pleine conscience et de nombreuses recherches scientifiques ont permis d'étudier leur efficacité et leur place dans le champ psychothérapeutique et en particulier dans le contexte palliatif. Les interventions basées sur la pleine conscience incarnent un paradoxe par rapport aux approches thérapeutiques habituelles<sup>5</sup>. Par définition, la posture de présence sans attente qui est cultivée n'implique pas un objectif de réussite ou la résolution de tel ou tel symptôme. La pleine conscience n'est pas une baguette magique pour réparer quoi que ce soit. En cela, elle semble bien correspondre à l'identité des soins palliatifs qui n'est pas de guérir mais plutôt d'accompagner, soit selon le Petit Robert<sup>6</sup> de « se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui ». Avec la pleine conscience, on entraîne l'esprit à observer, à apprivoiser l'expérience telle qu'elle est : "Vouloir rallier un port plus désirable dans un temps à venir est une illusion. Nous y sommes déjà" nous dit Jon Kabat-Zinn<sup>7</sup>. Les IBPC postulent que nos difficultés proviennent de certaines de nos stratégies inadéquates, comme par exemple de vouloir éradiquer la douleur par le refus ou l'évitement.

Avec la pratique de la pleine conscience, on apprend au patient et au soignant à modifier la relation entretenue avec les problèmes plutôt que d'essayer de les supprimer, de les fuir ou de les contrôler. Les approches cliniques basées sur la pleine conscience aident ainsi les patients à répondre aux difficultés sévères qu'ils rencontrent en fin de

vie et aident les soignants qui sont confrontés, au travers de l'accompagnement des patients palliatifs, à gérer des émotions parfois intenses.

L'outil de la pleine conscience se montre assez flexible et utilisable dans de nombreux contextes : lors d'un acte technique, d'un soin douloureux (pansement, ...), d'un symptôme très inconfortable, de la survenue d'émotions difficiles ou encore de pensées envahissantes. La pratique de la pleine conscience s'avère utile pour gérer ce qui se présente dans l'instant présent. Cette pratique à la fois laïcisée et issue de différentes spiritualités permet à la personne de se connaître, d'apprivoiser ses émotions, de ne pas se laisser enfermer par ses pensées et de se reconnecter à ce qui fait sens.

Pour le soignant, l'entraînement à la pleine conscience par différents exercices lui permet de cultiver une qualité de présence et d'écoute empreinte de bienveillance et d'ouverture. En soi, cette présence se révèle thérapeutique. Comme le dit Michael Balint : « le médicament le plus fréquent utilisé en médecine, c'est le médecin lui-même »<sup>8</sup>. Cette disposition de l'esprit offre au soignant un espace qui lui permet de répondre à la situation vécue avec créativité et cohérence par rapport aux valeurs en jeu, là où dans des circonstances analogues, il y aurait eu une réaction automatique, parfois éloignée de l'éthique.

Loin d'être un savoir théorique, la pleine conscience se pratique, se cultive, et nécessite donc de s'exercer au quotidien. Il n'existe pas de maître de l'instant présent mais certains programmes comme le MBSR<sup>9</sup>, proposent d'explorer les pratiques et les processus tout le long d'un cheminement qui permet de muscler cette compétence pour soi d'abord et pour l'offrir au patient ensuite. Ron Epstein décrit les principales caractéristiques de la pleine conscience en médecine par le fait d'être attentif au moment présent et de rester à l'écoute avec ses propres pensées et sentiments afin d'être réceptif et sensible aux besoins des autres<sup>10</sup>. Rester

1 D. Clark, "Total pain: the work of Cicely Saunders and the hospice movement" dans *American Pain Society*, 2000/10(4), p. 13-15.

2 E. Braun, "Mindful but Not Religious. Meditation and Enchantment in the Work of Jon Kabat-Zinn", dans D. McMahan, E. Braun, *Meditation, Buddhism, and Science*, 2017, Oxford Scholarship

3 E. Demir, "The Evolution of Spirituality, Religion and Health Publications: Yesterday, Today and Tomorrow" dans *Journal of Religion and Health*, 2019/ 2(Vol 58(1)) p. 1-13

4 S.R. Bishop, », M. Lau, », S. Shapiro S, " Mindfulness: a proposed operational definition", dans *Clin Psychol Sci Pract*, 2004/11, p. 230-241

5 Guido Bondolfi, Françoise Jermann, Ariane Zermatten, « Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness). Entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves », dans *Psychothérapies*, 2011/3 (Vol. 31), p 167 - 174

6 Collectif, *Le petit Robert*, dictionnaire de la langue française, Paris, Editions Le Robert, 2004

7 Jon Kabat-Zinn, *Méditer : 108 leçons de pleine conscience*, Paris, Les Arènes, 2014

8 Michael Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Éd. Payot, 1966

9 Mindfulness Based Stress Reduction, programme conçu en 8 semaines

10 R. Epstein, "What will it take for physicians to practice mindfully? Promoting quality of care, quality of caring, resilience, and well-being". dans A. Le, C. Ngoumen, E. Langer, *The wiley blackwell handbook of mindfulness*, New York, John Wiley & Sons Ltd, 2014, p. 584-607



Rose méditative, Salvador Dalí, 1958

engagé dans la relation et offrir sa présence procure de l'apaisement même lorsque la guérison n'est plus possible. L'auteur montre que la qualité de la relation entre le soignant et le patient favorise la mobilisation des ressources internes du patient pour faire face à la maladie, l'aide à se prendre en charge et à s'engager dans le traitement.

Lisa Marr, elle, décrit<sup>11</sup> : « ... quand j'entre dans la chambre d'un patient, j'aime tout laisser tomber (les actes planifiés, les résultats des tests) et arriver sans avoir d'agenda. J'aime m'utiliser moi-même comme un « instrument » de soins... Et j'ai besoin de me calibrer pour accueillir toutes les informations. En d'autres termes, arriver avec un esprit

11 L. Marr, "No agenda", dans J Pall Med, 2013/11 (Vol 16(11)), p. 1482-1483

ouvert et curieux, l'«esprit du débutant » vu le caractère unique de chaque personne et de chaque échange».

Cette qualité de présence indispensable dans le soin palliatif, de par sa temporalité et son intensité, ne s'apprend pas dans les livres. L'entraînement à la pleine conscience est une des voies possibles pour cultiver et faire grandir en nous les germes de cette humanité. Elle est aujourd'hui appuyée par de solides recherches, accessible par la multiplication exponentielle de l'offre de formation et compatible avec d'autres formes de spiritualité.

Pour soulager efficacement nos patients, il est utile de leur faire acquérir une compréhension profonde de la nature de leur

souffrance et de sa dynamique. La recherche sur les IBPC en oncologie et en soins palliatifs a révélé à plusieurs reprises que l'entraînement à la méditation de pleine conscience est un outil efficace et utilisable sur le terrain pour aider les personnes à soulager et à moduler la souffrance associée au cancer et améliorer leur qualité de vie. En les entraînant à la pleine conscience, nous aidons les patients à développer une conscience qui surgit en prêtant attention délibérément au moment présent, sans jugement, dans le but de leur transmettre une compréhension du fonctionnement de l'esprit basée sur la pratique. Ce regard tourné vers l'intérieur leur apporte la liberté non plus de réagir automatiquement mais d'apporter en conscience une réponse cohérente face à face avec leur symptôme. Le développement de la capacité d'être dans le moment présent, avec le non-jugement et l'acceptation de tout ce qui se présente dans notre expérience, constitue l'un des piliers fondamentaux du bien-être et de la santé mentale. De ce point de vue, les IBPC peuvent tout-à-fait s'intégrer aux soins oncologiques et palliatifs complexes<sup>12</sup>.

Les IBPC offrent au patient un meilleur contrôle de leur douleur, un soulagement émotionnel, une réduction de leur stress mais aussi un bien-être spirituel. Gageons que ces deux disciplines, SP et PC n'en sont qu'au début de leur histoire et de leur collaboration. A l'heure de l'informatisation et de l'intelligence artificielle, voilà une pratique contemplative qui pourrait apporter un vent de fraîcheur et d'humanité dans le monde du soin.

### Docteur Olivier Bernard

*Chef au service de l'Unité de Soins Palliatifs de la Clinique du Bois de la Pierre*

12 S. Miroslav, "Mindfulness in Palliative Care - the Healing Effect of the Present Moment", dans Klin Onkol, Automne 2020 (Vol 33(Supplementum - 2)), p. 138- 140



# Le Toucher Massage Mieux-Être (TMME) sur le chemin de la maladie

À vous,

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U  
V W X Y Z

Je dédie ce texte à vous tous, mes petits patients, qui m'avez appris le « savoir-être » et le « savoir-faire » lors de nos échanges en massage.

Je vous remercie du fond du cœur de m'avoir fait l'honneur d'avoir pu vous toucher sur le chemin de la maladie et de fin de vie. Vous êtes toute au creux de mes mains ... gratitude et reconnaissance ... vous m'avez tout transmis.

Pendant mes études d'infirmière lors de mon stage en pédiatrie, j'ai vu partir un jeune enfant de la leucémie, je me suis dit que jamais je ne pourrais travailler dans un service d'enfants gravement malades.

A 18 ans, j'ai perdu mon meilleur ami d'une hydrocution, il est resté des mois en éveil de coma ... j'allais souvent lui parler mais jamais, je ne l'ai jamais touché, je regardais ses grandes mains ... sans OSER.

Les chemins de la vie nous mènent parfois sur une route qu'on ne pensait jamais emprunter, car aujourd'hui grâce à de belles rencontres (Philippe, François et Robert), je chemine dans l'accompagnement par le massage de personnes gravement malades et sur leur chemin de fin de vie.

## Le Toucher est essentiel sur le chemin de la maladie

La théorie du massage qui ferait circuler les métastases est fausse.

Il est toutefois indispensable pour les massothérapeutes de comprendre les

spécificités du cancer, d'apprendre les gestes sécurisés et d'être formés en oncomassage pour proposer un massage adapté.

Sur mon chemin de vie, j'ai accompagné des personnes gravement malades et je suis convaincue que le toucher est essentiel sur le chemin de la maladie. C'est pour cela que depuis 20 ans, je me perfectionne dans le « Toucher Massage Mieux Être » avec la posture adaptée.

En effet, je propose une approche holistique du mieux-être en amenant la personne dans une détente physique, mentale, émotionnelle et spirituelle (sens) tout en respectant son rythme, ses besoins, je l'accueille là où elle EST ... et dans le moment présent.



Bonheur de vivre, Henri Matisse, 1905

## Quels sont les bienfaits du Toucher Mieux-Être adapté ?

A l'heure actuelle, les bienfaits du toucher et des massages ne sont plus à prouver sur le chemin de la maladie et du mieux-être.

Le toucher est un des premiers sens dans la vie in-utéro et un des derniers sens en fin de vie. Par ses actions au niveau de la peau, le massage apporte : apaisement, détente, relaxation, diminue le stress, l'anxiété, la douleur, les tensions.

Il améliore l'état de fatigue, le sommeil et diminue les effets secondaires des traitements lourds et invasifs.

C'est aussi redécouvrir son corps, s'y relier, retrouver un ressenti positif, de nouvelles sensations en invitant également à l'approche de l'automassage.

Il engendre un échange non-verbal puissant avec les personnes accompagnantes, une belle approche pour maintenir le lien relationnel dans une partie de vie si difficile.

Le Toucher Mieux-Être adapté garde toute sa puissance et ses effets même sans l'usage d'huile et de crème, à travers les vêtements, à travers une couverture ...

Lorsqu'on termine la séance de massage, on observe un corps détendu, un visage plus serein et surtout un regard portant les signes de l'apaisement. Tous ces signes donnent du sens et confirment les effets du toucher sur le parcours de la maladie.

## Le Toucher active des récepteurs sensitifs qui atténuent le stress et la douleur

En effet, rien qu'en touchant quelqu'un, sans faire un massage entier, une main posée, on active les récepteurs sensitifs de la peau, engendrant toute une série d'actions physiologiques.

*La libération d'endorphines* « les hormones du bonheur », vont équilibrer l'hormone du stress et de l'anxiété *le cortisol*.

Le toucher aussi léger soit-il, sans pour cela durer des heures, va donner des bulles de détente et de relaxation et couper ce cycle du stress, bien présent sur le chemin de la maladie.

*La libération d'ocytocine* va renforcer le lien relationnel, apprendre à toucher son malade de façon sécurisée et adaptée va permettre un accompagnement global. Accepter, accompagner son malade dans la globalité dans le moment présent là où il est.

Le toucher va aussi avoir une action très intéressante sur la douleur, ceci en saturant les récepteurs nociceptifs « tact », au niveau du SNC (système nerveux central) les informations perçues « par la distraction ».

## Le Toucher ressource indispensable dans la prise en charge de la maladie

Des études ont prouvé également que le TMME était un ressourcement indispensable dans la prise en charge de la personne malade et boostait son immunité comme toutes les techniques complémentaires. A l'approche de la fin de vie, ces moments privilégiés ouvrent des portes inestimables dans la relation humaine, sur ce chemin vers la mort souvent stressant en l'abordant d'une manière plus paisible, plus holistique y impliquant toutes les personnes concernées : le malade lui-même, mais aussi la famille, les aidants proches et toute l'équipe multidisciplinaire qui accompagnent le malade de la manière la plus juste pour lui.

## Le Toucher Global

Depuis presque 20 ans, je me forme à de multiples approches pour soulager au mieux ces patients et axer mes outils pour sécuriser mon geste du TMME. Ma façon d'aborder le malade amène à intégrer toutes les parties du corps même celles qu'on devrait éviter (matériel médical, zones crispées ...), à maîtriser le savoir-faire « gestes sécurisés et adaptés » Lyse Lussier

Les techniques telles que l'hypnose, la sophrologie, la musicothérapie, l'olfactologie, adaptation des mécanismes de la douleur ... vont renforcer tous les effets bénéfiques du toucher massage.

Toucher une personne c'est la respecter, l'accompagner.

J'ai axé une partie de ma pratique par le toucher global du patient « dire bonjour/ au revoir » au corps.

Sur le parcours de la maladie le patient a perdu son identité, il porte le nom de sa maladie, où l'attention est portée sur l'endroit, mais aussi sur le matériel présent ou non, les séquelles des traitements ... lorsque je pratique le toucher, je redessine d'abord tout le corps soit en touchant ou survolant toutes les parties du corps intégrant les cicatrices, le matériel PTK (port à cath), sonde, amputation ... pour que le SNC (système nerveux central) reconstruise une image globale,

positive et je vais privilégier les endroits abîmés empreints d'un traumatisme.

Les endroits à éviter sont devenus des endroits à privilégier.

Je me suis donc formée et spécialisée dans ce genre d'approche.

## Apprendre à masser à la famille pour créer une bulle

En fin de vie, dans ce moment suspendu, le toucher rassure, apaise et peut créer une bulle de partage sans mot, dans la présence et le lâcher prise malgré toutes les peurs de la fin.

Apprendre quelques gestes simples avec présence permet au sein de la famille de créer une bulle de sérénité.

De voir son malade être massé procure aussi beaucoup d'émotions auprès de la famille, elle observe un corps qui se relâche, la douleur qui diminue, un visage qui se décripe. Dans mon approche de la maladie, je propose aussi du massage assis à la famille, parents, frère et sœur, grands-parents, conjoints, enfants car toute la famille est impactée dans ce processus de la maladie.

## Mes Mains Pour Toi

J'ai créé l'ASBL **Mes Mains Pour Toi**, en collaboration avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques, l'ASBL offre des séances de TMME sur le chemin de la maladie, jusqu'à la fin de vie et après le départ d'un enfant, nous retournons masser toute la famille si elle le désire.

Je me sens vraiment honorée et reconnaissante de pouvoir accompagner toutes ces personnes, de vivre et partager des moments privilégiés au sein de toutes ces familles qui m'ont accordé leur confiance en partageant des moments riches de grande humanité.

Je remercie également toutes les équipes médicales (médecins, infirmières, psychologues, kinés ...) qui déposent leurs petits patients au creux de mes mains

## Catherine Bauraind

*Infirmière, approches relationnelles par le toucher en accompagnement de la maladie*  
[www.catherine-bauraind.com](http://www.catherine-bauraind.com)



# L'hypnose thérapeutique ou comment guérir les maux par les mots

« L'hypnose proprement dite est née dans l'histoire de la médecine il y a plus de 175 ans. Par la suite, les phénomènes spectaculaires et d'apparence mystérieuse furent pitoyablement, voire dangereusement utilisés sur les scènes du music-hall. En effet, les hypnotiseurs de foire se doivent d'étonner rapidement leur public et utilisent dès lors la fascination, ainsi que l'autorité directive ou manipulatrice, pour abuser des tendances exhibitionnistes des cobayes qu'ils sélectionnent habilement. Fort heureusement, les potentialités surprenantes de l'hypnose intéressent beaucoup d'autres professionnels. Comme l'a écrit Isabelle STENGERS, professeur en philosophie des sciences à l'ULB, « l'hypnose est un phénomène irréductiblement bio-psycho-sociologique », elle est ainsi étudiée non seulement par les médecins, neuropsychiatres, psychologues, mais aussi par des philosophes, ethnologues et anthropologues.

En tant que clinicien, j'ai découvert avec surprise l'hypnose en 1984, lors d'un stage que j'effectuais comme étudiant en médecine au célèbre Hôpital Cantonal Universitaire de Genève. Je fus convié dès le premier jour au cours hebdomadaire d'hypnose médicale suivi studieusement par des pédiatres, internistes, anesthésistes... et psychiatres. En réalité, l'hypnose est là-bas un outil utilisé à tous les étages depuis bien longtemps, que ce soit pour certaines anesthésies (thyroïdectomie, césarienne, grands brûlés), ou pour faciliter des examens techniques invasifs (endoscopies, ponctions lombaires, chez les enfants et les adultes cancéreux...) ou enfin pour apprendre la gestion du stress et des émotions chez les cardiaques ou les patients atteints de pathologies digestives et pulmonaires (asthmatiques). L'hypnose y est aussi utilisée en psychiatrie et en psychothérapie. Elle apparaît clairement comme la mère des psychothérapies.

Toutes les psychothérapies utilisent d'ailleurs l'art de l'influence. Ainsi, c'est le Dr. BERNHEIM qui en 1891 créa le vocable « psychothérapie » pour désigner une méthode utilisant l'art de la suggestion à l'état de veille (ceci pour la dissocier de « l'hypnothérapie » utilisant les suggestions dans un "état" hypnotique ou état modifié de conscience entre veille et sommeil). FREUD utilisa l'hypnose



Landscape with sun, Max Ernst, 1909

traditionnelle pendant près de 9 ans avant d'élaborer la psychanalyse, puis en 1923, il écrivit « au point de vue théorique et pratique, la psychanalyse gère l'héritage qu'elle a reçu de l'hypnotisme ». En fait, FREUD utilisa principalement l'hypnose pour aider le patient à retrouver un traumatisme oublié. Il découvrit ainsi que lorsque le souvenir était ressuscité sous hypnose (ce qui n'était d'ailleurs pas si fréquent), il n'avait pas nécessairement valeur de réalité. FREUD fut donc déçu par cette application de l'hypnose, qui ne lui donnait pas assez de pouvoir. De plus, ce n'était pas parce que le patient revivait son traumatisme, qu'il guérissait nécessairement. C'est pourquoi, cette vieille méthode hypnotique n'est plus guère utilisée en nouvelle hypnose.

On s'intéresse donc moins à cette longue recherche des causes du problème dans la petite enfance. Par contre, on focalise le travail thérapeutique sur les moyens efficaces d'aider le patient à résoudre son problème. En s'intéressant ainsi à l'hypnose, comme ensemble de techniques facilitant grandement l'émergence des potentialités humaines et remettant en route les processus d'auto-guérison et d'adaptation de l'être humain, on parvient à effectuer des psychothérapies étonnement brèves. En outre, depuis 5 à 6 dizaines d'années, en médecine somatique, de nombreuses publications scientifiques dans des revues aussi réputées que le Lancet, démontrent une efficacité du traitement hypnotique supérieure à celle des médicaments dans certaines pathologies résistantes comme l'ulcère gastroduodéal récidivant, la colite spastique réfractaire aux autres traitements : certains asthmes bronchiques allergiques ou non, et surtout la gestion de la douleur chronique, dans toutes



les pathologies, y compris les pathologies chroniques des cancéreux », et enfin, tout le monde actuellement connaît son utilisation en anesthésie locale et générale.

Pour un peu mieux comprendre le phénomène complexe de l'hypnose, il y a lieu de revenir à James BRAID, chirurgien anglais qui créa pour la première fois le terme d'hypnotisme (en 1843). Il entreprit d'établir les bases scientifiques de la compréhension des phénomènes hypnotiques ainsi que de ceux qu'il observa dans le magnétisme animal. Il réaffirma l'inexistence d'un « fluide » magnétique, comme l'avaient déjà démontré LAVOISIER et FRANKLIN à la fin du 18ème, et définit l'hypnotisme comme un certain type de fonctionnement cérébral qui donne aux suggestions force de réalité. L'entrée dans ce processus hypnotique se produit grâce à la focalisation de l'attention sur une perception sensorielle (il utilisait la fixation d'un point) et les suggestions du thérapeute qui aident ainsi le sujet à se dissocier de son environnement extérieur et donc à concentrer toute son attention intérieure sur un fonctionnement corporel, émotionnel, ou sur un problème psychologique ou même directement sur la recherche d'une solution. BRAID a compris qu'hypnotiser relevait d'un **savoir** et non d'un pouvoir. Actuellement, dans les formations professionnelles en Nouvelle Hypnose, l'accent est mis sur cet apprentissage du savoir, à la fois du savoir scientifique, psychologique : d'un savoir-faire (art de la suggestion, techniques de communication avec l'inconscient) et d'un savoir-être (établissement d'une relation de confiance et de saine collaboration). On remarque ainsi le fossé qui sépare la Nouvelle Hypnose de l'hypnose ancienne, qui utilisait l'autorité, la directivité, la soumission et l'obéissance. Les résultats probants étant bien moins fréquents qu'en Nouvelle Hypnose où l'on considère la relation hypnotique comme un contexte de collaboration favorable à l'évolution positive du patient. On découvre aussi que pratiquement tout le monde s'avère hypnotisable (contrairement à ce qui se passait pour l'hypnose traditionnelle), certains apprenant plus vite que d'autres à utiliser cette forme performante d'activité mentale (en effet, celle-ci n'a rien à voir avec la passivité). Certains sont donc plus doués pour l'hypnose que d'autres, tout comme certains sont plus doués pour le dessin ; mais chacun est capable de dessiner. Il faut souligner en outre que le sujet en hypnose ne devient pas plus « obéissant » : il est impossible de lui faire faire ou de lui faire dire quelque chose contre sa volonté ou sa morale. Par contre, il devient plus apte à reconnaître les suggestions qui seront thérapeutiques pour lui, et plus créatif d'un point de vue psychologique ; c'est-à-dire que le sujet peut lui-même découvrir avec surprise une solution à son problème ou une attitude nouvelle par rapport à une souffrance (car le fonctionnement hypnotique peut permettre de voir les choses sous d'autres angles et donc de diminuer certaines souffrances).

Jeune médecin, en spécialisation en neuropsychiatrie, j'ai eu l'occasion de réaliser à quel point l'hypnose était davantage de l'auto-hypnose. A la suite de deux entretiens préliminaires avec un garçon asthmatique de 12 ans (sensible à 19 allergènes), il se présenta avec un début de crise d'asthme. Durant cette 1ère séance hypnotique, sa crise s'arrêta, notamment grâce à des techniques d'imagerie mentale utilisant les phénomènes idéomoteurs (moyen de transduction c'est-à-dire de transformation d'une information cognitive (idée, image) en un fonctionnement biologique : dans ce cas, une dilatation des bronches, dans d'autres cas, une modification hormonale ou immunitaire). Ainsi ce garçon en hypnose devait s'imaginer utiliser son apprentissage

du judo pour se défendre d'un inconnu menaçant. Je suggérai à ce jeune patient la préparation physiologique que son corps installait "inconsciemment", son cœur battait plus vite pour envoyer plus de sang dans ses propres muscles, ses poumons s'ouvraient pour mieux oxygéner le sang qu'ils recevaient et renvoyaient ensuite dans ses muscles, ainsi prêts à l'action. Une semaine après, ce patient revint tout content d'avoir réussi à stopper chacune de ses crises d'asthme. Il fut surpris que je lui demande de m'expliquer comment il avait fait et me raconta qu'il avait « simplement » reproduit la séance que nous avons faite ensemble : il me raconta surtout une scène de combat, un ourson et un loup qu'il avait « visualisés » à la place de sa scène de judo. Après cela, il effectua de moins en moins de séances d'autohypnose (qui étaient devenues de plus en plus courtes) jusqu'à guérison quasi complète après 1 an. En psychosomatique tout comme dans le traitement de la douleur, plus le symptôme est "somatique" (et donc moins il est « psychologique »), plus l'hypnose médicale est efficace et le traitement rapide.

Les indications de l'hypnothérapie sont très larges : outre celles citées dans le texte, il faut pointer les indications préférentielles comme les troubles anxieux : du simple « trac » aux crises d'angoisses, en passant par les phobies, les troubles obsessionnels-compulsifs, les syndromes de stress post-traumatiques, la boulimie, d'autres troubles fréquents comme les céphalées, certains problèmes sexologiques et dermatologiques chroniques, etc. »

### Comment savoir si nos troubles peuvent être traités par l'hypnose ou les thérapies brèves ?

Il s'agit de problèmes pour lesquels la volonté et/ou le contrôle rationnel ne permettent pas un changement durable. Par exemple : les comportements, les pensées, les émotions et le fonctionnement du corps qui sont incontrôlables (on y ajoute aussi les « états incontrôlables » de mal-être, états seconds, états grippaux sans infection...) Ces problèmes nécessitent donc un traitement indirect c'est-à-dire qui fait appel à d'autres moyens de contrôle que ceux de la volonté consciente, comme par exemple l'imagerie mentale, les suggestions agissant sur le subconscient ou stimulant les ressources inconscientes (émergence de solutions personnelles...).

Je vous joins ici le lien qui vous permettra de lire les résultats d'une étude scientifique faite à Londres sur 6000 personnes soumises aux stress qui démontre l'efficacité d'une séance d'autohypnose utilisée quotidiennement pendant deux mois, les résultats sont extraordinaires. [http://www.nouvellehypnose.com/images/Les\\_bienfaits\\_de\\_lauto-hypnose.pdf](http://www.nouvellehypnose.com/images/Les_bienfaits_de_lauto-hypnose.pdf)

#### Docteur Eric Mairlot

*Neuro-Psychiatre*

*Ancien consultant des Hôpitaux Universitaires de Bruxelles*

*Président de l'INH asbl (Institut de Nouvelle Hypnose)*

*Chargé d'enseignement à l'Université de Mons-Hainaut (UMH) et*

*à l'Université Libre de Bruxelles, (ULB)*

*Chargé de cours pour le Diplôme Universitaire d'Hypnose à la Pitié-Salpêtrière (Paris VI)*

*Professeur de psychosomatique à l'Institut Léonard de Vinci*

*Président honoraire de la Société belge d'hypnose de langue française*

*Expert en hypnose auprès des tribunaux*

*Directeur de l'Institut Eric Mairlot. Centre de thérapies.*

## Les bénéfices de l'hypnose en soins palliatifs

Les patients en soins palliatifs peuvent présenter des symptômes physiques (douleurs, difficultés à s'alimenter) et psychiques (anxiété, peur de la mort, troubles du sommeil etc...). Le patient douloureux utilise l'hypnose mais d'une manière négative, c'est à dire que la douleur, l'anxiété, le mal-être occupent toute son attention, il est focalisé dessus, nous pouvons dire qu'il fait des hypnoses négatives. Milton Erickson (1930) considéré comme le précurseur de l'hypnose moderne, insiste sur le fait que l'état d'hypnose est avant tout un phénomène naturel et banal que chacun de nous peut connaître. *"Erickson concevait son rôle de thérapeute comme celui d'un créateur de contexte, qui peut permettre à une personne avec son histoire, ses demandes, d'utiliser les ressources dont elle a jusque-là appris à ne pas se servir"*<sup>1</sup>. L'hypnose apporte une approche complémentaire, efficace, mettant au coeur l'interaction patient-thérapeute, l'imaginaire du patient. L'état de conscience modifié, "transe" du sujet dépend de la qualité des suggestions émises par le thérapeute, de la motivation et des attentes du sujet et finalement peu de son degré d'hypnotisabilité. Voici deux cas cliniques :

-Madame A, 82 ans a été traitée durant trois années pour un cancer du sein avec récurrence. Ses derniers traitements de chimiothérapie ont échoué, elle est en fin de vie. Elle est épuisée et présente des problèmes de déglutition et une peur de boire et de s'alimenter depuis que l'oncologue lui a annoncé il y a un mois et demi la fin des traitements. Elle a également des difficultés respiratoires. La famille me demande de traiter son problème de déglutition. Madame A, consciente de son état, est anxieuse et a peur de mourir. Je vois la patiente chez elle, pour sa première séance. Elle est couchée dans son salon lumineux, vue sur le jardin. Je suis assise tout près d'elle. Elle me parle de ses symptômes "impression d'un chat dans la gorge", peur de la fausse route, de s'étouffer. Je l'interroge sur les lieux qu'elle aime. **1° hypnose** : Je focalise son attention sur le jardin, sur les couleurs, le vert de la pelouse, le ciel bleu avec ses nuages. Elle respire en synchronisation avec moi, en douceur, profondément. Cette impression d'air pur, de température douce, de légèreté... j'évoque la douceur des nuages qui la transportent vers ce lieu qu'elle aime ...la Bretagne, une promenade au bord de la mer, les couleurs du sable, de la mer, du ciel, cette sensation de paysage pur, dégagé, de légèreté, de liberté. Je vois un sourire sur son visage, ses traits sont détendus. Je lui propose de se poser un moment, de se reposer avec ses proches (mari et 2 fils) sur une terrasse, que tout est agréable, beau, que c'est un moment de détente, tout le monde sourit, elle est bien, heureuse. Elle prend une boisson fraîche, elle savoure cette sensation du liquide dans la bouche qui la rafraîchit, elle prend tout son temps pour sentir ce liquide, les sensations dans la bouche, dans la gorge, ce sont des sensations très agréables, très douces. Après l'hypnose, la patiente continue à sourire, ses traits de visage sont détendus. Elle demande un verre d'eau fraîche. Je lui suggère de boire une petite gorgée, sentir cette sensation de fraîcheur dans la bouche, sensation de l'eau qui se dilue et glisse naturellement dans sa gorge. Elle est guidée par cette manière de boire en pleine conscience et le fait quelques fois. **2° séance** : La famille me téléphone une semaine plus tard, l'état de Madame A s'est dégradé, elle a du mal à respirer et elle est hospitalisée en soins palliatifs où je vais la voir. Je parle doucement à la patiente, elle me parle de sa peur de mourir, de partir et de laisser ses enfants. Je lui prends la main, l'invite à regarder par la fenêtre ce nuage

1 J-A Malarewicz, Jean Godin: Milton H; Erickson. De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique. P24.





L'homme au chapeau melon, René Magritte, 1964

qui peut l'emmener où elle veut aller, qu'elle est libre d'aller où elle veut aller. Nous faisons quelques respirations profondes. La patiente se voit chez elle dans son jardin, ses belles roses, ses deux chats siamois qu'elle caresse, ses deux fils. La douceur de l'air, des couleurs, l'amour de ses fils et de ses animaux. Après l'hypnose, la patiente est plus apaisée, elle sourit et me dit qu'elle souhaite revenir chez elle. Je parle à ses fils et ils décident ensemble qu'elle reviendra chez elle. La patiente s'éteindra chez elle, apaisée trois jours plus tard.

-Madame B est une patiente âgée de 56 ans, hospitalisée en oncologie dans le cadre d'une rechute d'un myélome multiple avec

métastases osseuses. La patiente associe sa rechute au décès brutal de son mari un an plus tôt (cancer du poumon inattendu et soudain). Ses douleurs étaient apparues le lendemain des funérailles de son mari. Lorsque je rencontre la patiente pour la première fois, elle est couchée en position fœtale. Ses manifestations somatiques sont la fatigue, de fortes nausées qui l'empêchent de s'alimenter, des douleurs. Ses manifestations psychologiques sont l'angoisse, le repli sur soi et une attitude dépressive. La patiente exprime son mal-être par des images : "j'ai toujours eu l'impression de me noyer dans l'angoisse". Elle évalue son anxiété à 7/10. Pour cette **première séance**, je lui propose des exercices respiratoires suivis par la "méthode d'induction par le ballon",

visualisation d'un ballon sur lequel elle peut souffler, déposer ses douleurs, ses sensations, ses émotions... Elle respire mieux à la fin de la séance et son attitude corporelle a changé. Elle me dit que son anxiété a diminué à 5/10 et qu'elle a envie de dormir. **2° séance** : La patiente présente des douleurs à l'abdomen, se sent faible et a des nausées. Nous commençons la séance par l'image du ballon qui part et la suggestion de partir vers un lieu où elle se sent libre comme le ballon, légère. Elle se voit sur la plage en Hollande. A la fin de la séance, elle est plus souriante et me dit n'avoir pas ressenti de douleurs durant l'hypnose. Son anxiété a diminué de 5/10-3/10 **3° séance** : La patiente est assise sur son lit, elle présente toujours des nausées et des douleurs qui la fatiguent beaucoup. Elle me parle de ses difficultés à s'alimenter. Nous discutons de sa capacité de rentrer en hypnose et des lieux où elle se sent particulièrement bien. Madame B rapporte qu'elle aime se promener sur cette plage en Hollande où il y a des terrasses qu'elle apprécie. En partant de l'exercice d'induction du "ballon", je suggère à la patiente de s'envoler vers cette plage qu'elle aime tant. La séance fait appel à des sensations visuelles, auditives, kinésiques, olfactives et gustatives, par exemple : "Vous êtes assise confortablement à une terrasse... il fait une température douce, agréable, une belle lumière. Vous observez les personnes assises à table sur cette terrasse, certaines boivent un verre ou mangent quelque chose. Peut-être que vous pouvez voir les boissons ou les plats sur leurs tables, peut-être que vous voyez un plat que vous aimez particulièrement ? Peut-être l'envie d'humer ce plat, de le goûter ? Vous êtes légère, vous êtes bien, vous faites tout ce que vous avez envie de faire, vous êtes libre... ». Après la séance, la patiente me dit n'avoir ressenti aucune nausée et avoir maintenant l'envie de boire un jus d'orange. Madame B évalue son niveau d'anxiété qui était à 4/10 avant la séance, à 2/10 maintenant.

### **Kathleen Stroobants**

*Licenciée en Psychologie (UCL), Hypnothérapeute INH, spécialisée en onco-psychologie (certificat inter-universitaire ULB, Mons-Liège) Spécialisée en l'accompagnement de personnes présentant des maladies lourdes (cancer, maladies auto-immunes, Parkinson), accompagnement de fin de vie*  
*Accompagnement de troubles psychosomatiques*

# Prendre soin dans le volontariat en soins palliatifs : Écouter et Être présent à l'autre comme à soi-même

La plupart des personnes qui décident d'entreprendre une formation pour devenir volontaires en soins palliatifs ont l'envie de prendre soin de la personne en fin de vie, de l'aider dans ses derniers moments de vie. Souvent leur vision est empreinte du souhait de permettre à l'autre d'avoir « une bonne mort ». Mais en réalité qu'est-ce que prendre soin de l'autre lorsque l'on est volontaire en soins palliatifs ? La formation les confronte à une toute autre vision que ce qu'ils en avaient.

Prendre soin de l'autre en tant que volontaire en soins palliatifs, c'est d'abord être à l'écoute de l'autre, tant dans son langage verbal que dans son langage non-verbal. L'un ne va pas sans l'autre. La tristesse, la colère, la peur ne se disent pas qu'avec des mots. Elles s'inscrivent aussi sur le corps et le volontaire doit pouvoir les percevoir pour permettre à l'autre de les évoquer. Un corps crispé peut l'être à cause de douleurs mais également à cause d'émotions. Pouvoir les reconnaître, les nommer c'est prendre soin de l'autre dans ce qu'il ressent. Prendre soin de l'autre c'est aussi écouter et respecter les silences. Juste être présent, ne pas être dans le « faire » mais laisser un silence s'installer parce qu'il est nécessaire à l'autre pour élaborer psychiquement ce qu'il vit.

projections à la personne qu'il accompagne. Le volontaire doit être conscient qu'il ne sait rien, le savoir c'est l'autre qui l'a ! C'est la personne qui sait ce qui est bien pour elle. Il faut être capable de se mettre en retrait sans s'oublier. Exercice qui peut parfois être comparé à un funambule en équilibre sur un fil. Toujours garder en mémoire que le volontaire est là pour l'autre et pas pour peser sur la personne avec son vécu et ses émotions. Attention faire de la place à l'autre ne veut pas dire être en accord avec ce que l'autre dit. Il ne s'agit pas d'accepter et de faire siennes les valeurs de l'autre mais de les écouter avec respect et bienveillance.

Jusqu'ici j'ai évoqué le prendre soin de l'autre lorsque l'on est volontaire en soins palliatifs, il ne faut surtout pas oublier le prendre soin de soi. Comme le dit Cécile Bolly, "Vous ne pouvez ouvrir la porte et accueillir quelqu'un que si vous êtes à l'intérieur de votre maison". Si le volontaire n'est pas capable de prendre soin de lui, sera-t-il capable de prendre soin de l'autre ? Un volontaire doit pouvoir prendre soin de lui pour pouvoir être attentif et à l'écoute de celui qu'il accompagne. Ce prendre soin de soi se décline à différents niveaux. Tout d'abord, le volontaire doit avoir des ressources qui lui permettent de reprendre de la force que ce soit des activités artistiques, des balades dans la nature, la pratique d'un sport ou des proches avec qui partager de bons moments. Ensuite, prendre soin de soi pour un volontaire nécessite de bien se connaître et d'être capable de fixer ses limites. Qu'est-ce qui est acceptable pour moi ? En dépassant ses limites, le volontaire ne pourra plus être à l'écoute et prendre soin de la personne qu'il accompagne. Enfin le volontaire doit avoir un lieu de supervision où il pourra partager son propre vécu, des situations qui lui posent questions

ou qui l'ont particulièrement touchées. Ces trois éléments que sont les ressources, les limites et les supervisions sont des bases fondamentales dans le prendre soin du volontaire.

On le voit, la notion de prendre soin est double dans le volontariat. Il y a d'une part le prendre soin de la personne que l'on accompagne grâce à l'écoute des mots et du corps, la présence et le respect des valeurs de cette personne, et d'autre part le prendre soin de soi pour rester disponible et à l'écoute sans peser sur l'autre.

**Christine Cornet**  
*Psychologue clinicienne à Brusano*



Le soin de l'autre en tant que volontaire c'est surtout faire de la place à l'autre sans jugement et avec bienveillance. Il s'agit ici de donner à la personne la possibilité de se confier, de s'ouvrir sur son vécu, sur ses questionnements, sur ses émotions. Ecouter sans interrompre, sans chercher à conseiller, à consoler ou à minimiser. Être là pour l'autre en évitant d'imposer ses propres





## Zorg dragen in de vrijwillige palliatieve zorg: luisteren en aanwezig zijn bij zowel de ander als jezelf

**D**e meeste mensen die beslissen een opleiding tot vrijwilliger in palliatieve zorg te volgen, hebben het verlangen om zorg te dragen voor de persoon in zijn laatste levensfase, om hem te helpen in zijn laatste levensmomenten. Vaak wordt hun visie gekenmerkt door de wens om de ander een 'goede dood' te gunnen. Maar wat betekent het in werkelijkheid om zorg te dragen voor de ander als je vrijwilliger in de palliatieve zorg bent? De opleiding confronteert hen met een heel andere visie.

Zorg dragen voor de ander als vrijwilliger in de palliatieve zorg betekent allereerst luisteren naar de ander, zowel naar zijn verbale als non-verbale taal. Het een kan niet zonder het ander. Verdriet, woede en angst worden niet alleen in woorden uitgedrukt. Ze uiten zich ook via het lichaam en de vrijwilliger moet ze kunnen waarnemen zodat de ander ze kan uitspreken. Een gespannen lichaam kan veroorzaakt worden door pijn, maar ook door emoties. Emoties kunnen herkennen en benoemen betekent zorg dragen voor de ander in wat hij voelt. Zorg dragen voor de ander betekent ook luisteren en stiltes respecteren. Gewoon aanwezig zijn, niet iets 'doen', maar een stilte laten ontstaan omdat die nodig is voor de ander om psychisch uit te werken wat hij ervaart.

Zorgen voor de ander als vrijwilliger is vooral ruimte maken voor de ander zonder oordeel en met mildheid. Het gaat erom de persoon de mogelijkheid te geven de vrijwilliger in vertrouwen te nemen, zich open te stellen over zijn ervaringen, vragen en emoties. Luisteren zonder te onderbreken, zonder te willen adviseren, troosten of minimaliseren. Er zijn voor de ander zonder je eigen projecties op te dringen aan de persoon die je begeleidt. De vrijwilliger moet zich ervan bewust zijn dat hij niets weet, de ander heeft de kennis! De persoon die wordt begeleid, weet wat goed voor hem is. Je moet een stapje terug kunnen doen zonder jezelf te vergeten. Deze oefening wordt soms vergeleken met een koorddanser die op een draad balanceert. Hou altijd voor ogen dat de vrijwilliger er is voor de ander en niet om die persoon te belasten

met zijn ervaringen en emoties. Maar ruimte maken voor de ander betekent niet dat je het eens bent met wat de ander zegt. Het gaat er niet om de waarden van de ander te accepteren en over te nemen, maar om er met respect en welwillendheid naar te luisteren.

Tot nu toe had ik het over zorg opnemen voor de ander als je vrijwilliger bent in de palliatieve zorg, maar je mag vooral niet vergeten voor jezelf te zorgen. Zoals Cécile Bolly zegt: 'Je kunt alleen de deur openen en iemand verwelkomen als je thuis bent'. Als de vrijwilliger geen zorg kan dragen voor zichzelf, kan hij dan zorg dragen voor de ander? Een vrijwilliger moet zorg dragen voor zichzelf om aandachtig te kunnen zijn en te kunnen luisteren naar de persoon die hij begeleidt. Deze zelfzorg gebeurt op verschillende niveaus. Allereerst moet de vrijwilliger middelen hebben om weer op krachten te komen. Het kan gaan om artistieke activiteiten, wandelingen in de natuur, sportbeoefening of samenkomsten met goede vrienden of familie om fijne momenten te delen. Ten tweede vereist zelfzorg als vrijwilliger dat je jezelf goed kent en je grenzen kunt aangeven. Wat is voor mij aanvaardbaar? Een vrijwilliger die over zijn grenzen gaat, kan niet meer luisteren naar en



Le pont, Esquisse - De brug, Schets Serge Callens, 2021

zorg dragen voor de persoon die hij begeleidt. Ten slotte moet de vrijwilliger kunnen rekenen op supervisie waar hij zijn eigen ervaringen, situaties die vragen oproepen of die hem bijzonder hebben geraakt, kan delen. Deze drie elementen – middelen, grenzen en supervisie – zijn de fundamentele grondslagen van zorg dragen van een vrijwilliger.

Zoals je merkt, omvat het begrip zorg dragen voor een vrijwilliger twee aspecten. Enerzijds zorg dragen voor de persoon die je begeleidt door te luisteren naar de woorden en het lichaam, aanwezigheid en respect voor de waarden van deze persoon, en anderzijds zelfzorg om beschikbaar te blijven en te blijven luisteren zonder de ander te belasten.

**Christine Cornet**

*Klinisch psycholoog bij Brusano*

# LE PRENDRE SOIN, c'est quoi pour moi ?

## Je suis volontaire en soins palliatifs à la clinique Sainte-Elisabeth

Lorsque l'on m'a proposé d'exprimer ce que recouvrait pour moi la notion du PRENDRE soin en unité de soins palliatifs, j'ai tout de suite été emballée. Il y a tellement à dire sur le sujet de la fin de vie, tellement à faire auprès de ceux qui affrontent le moment que nous redoutons tous, celui de la séparation avec notre enveloppe corporelle, séparation avec toutes nos attaches en ce monde, pour aller vers où, vers quoi ? Le grand mystère de ce passage est l'un des mieux gardés.

Le rationalisme et le matérialisme de nos cultures occidentales participent certainement à éloigner notre conscience de la mort. Le tabou est puissant. La thématique de la mort plus confidentielle qu'elle ne l'a jamais été. On en parle en chuchotant craignant sans doute d'attirer son attention, par superstition. On la traite cliniquement, on cherche à l'éviter et quand elle se présente, nous sommes bien désemparés et démunis de nos traditions oubliées de veiller nos morts et nos endeuillés.

Je suis novice dans cet accompagnement mais la question de ce passage entre la vie et la mort me questionne depuis l'enfance. C'est, sur mon chemin une curiosité cruciale, vitale. Je n'ai jamais imaginé pouvoir en faire l'économie.

Et si apprendre à mourir nous aidait à mieux vivre ?

Je rêvais de pouvoir contribuer à atténuer la souffrance, à consoler, même un tout petit peu.

Dans ce contexte où la guérison s'est résignée, **prendre** soin signifiait selon moi **DONNER**.

Donner du temps, des mots, des gestes, du sens.

Qu'avais-je à donner ? Comment le donner ? A qui ?

Je me souviens de ma formation et des premières mises en garde sur ce qu'il ne faut pas faire, pas dire à celui qui sait que l'issue s'approche. Les écueils à éviter. Les précautions indispensables.

Il a fallu ensuite apprendre aussi à évoluer dans un service hospitalier et aux côtés d'une équipe soignante structurée qui elle aussi, à certains moments, peut avoir besoin

de soutien. Quand la fatigue physique et émotionnelle s'exprime, je suis toujours heureuse de prodiguer un soin Reiki ou un massage. Je parle aussi de la gestion des émotions par le tapping. Ces aidants, sont en première ligne, au quotidien. Les départs de l'unité ne sont que rarement des retours à la maison. Quand un de leurs protégés s'en va, ce n'est jamais la routine. On ne s'y habitue pas. Certains jours, il flotte dans l'unité 42 des émotions fortes en suspension et puis la vie continue et d'autres figures viennent occuper leurs mains et leur esprit.

Je me souviens des premiers pas dans l'unité palliative avec les marraines bienveillantes et aguerries d'un engagement très long, exemplaire, qui leur donne un peu plus d'assurance, peu de certitudes et toujours de l'humilité.

Surtout ne pas mal faire.

Et puis très vite, il y a la première porte que l'on pousse seule et l'aventure d'une rencontre derrière, sans filets. Le moment est toujours sacré, le huis-clos un espace de possibles.

Il n'y a pas de recette, que cela soit bien clair. Chacun a son style, ses atouts et sa personnalité.

En face, le patient, son état, son histoire, souvent aussi ses proches. Parfois il n'y a personne.

Autant de paramètres flottants dont il faut rapidement prendre la mesure car cette rencontre est une aventure. Les volontaires sont là et « tentent » leur entrée, certains ressentiront qu'ils s'imposent en quelque sorte sans être attendus, contrairement aux volontaires à domicile dont la visite fait l'objet d'une demande.

Ne surtout pas s'imposer, mais tenter la

rencontre avec confiance et précautions. ETRE dans une disponibilité totale.

Très vite, ressentir comment se connecter à la fréquence du patient, c'est lui qui donne le diapason. La partition est encore vierge, composerons-nous ensemble aujourd'hui ? Echangerons-nous quelques notes ? La musique qui se jouera sera toujours unique. Quand la rencontre a lieu c'est magnifique. La permission est accordée, une collaboration s'envisage. Une énergie circule.

Rechercher la justesse de la présence, comme une mère aux aguets du mieux-être qu'elle peut apporter à son enfant souffrant et inquiet, sans réserve ni attente, mais dans une pleine attention de l'instant. Il s'agira tantôt de distraire, d'écouter, peut-être de caresser, masser, ou alors reconforter, gâter aussi.

En présence des familles, j'ai le souci de ne pas envahir leur intimité et de leur laisser ce temps précieux, quand d'autres fois, l'on me retient parce que ma présence aide à détendre l'atmosphère et ainsi faciliter les interactions entre proches. S'adapter.

Notre attention s'adresse aussi aux proches. Souvent éprouvés, il n'est pas rare qu'ils s'ouvrent émotionnellement aux volontaires et leur témoignent ce qui peut être lourd à porter pour eux. C'est une position particulière que celle d'accompagnant. Sorte de passager bienveillant et désintéressé, une épaule, une oreille qui peut entendre, sans juger.

Se tenir à la porte des dimensions mentale, physique, émotionnelle et spirituelle de la personne accompagnée, c'est être avec lui là où il se trouve, avec lui sur ce qu'il est prêt à partager ou investiguer.

Être prêt, être tout près.





La subtile rencontre, Sabine Kyriakides, 2021

Toutes ces dimensions sont autant de portes d'entrée pour proposer quelque chose. Certaines fois, le patient est si désespéré qu'il s'est coupé de lui-même et de ses proches, que reste-il à offrir quand la vie ne vous supporte plus et qu'elle devient insupportable ?

Tenter de proposer un moment de mieux-être, un confort, pour habiter l'instant d'une respiration plus facile, d'un moment de douceur, voire d'un plaisir.

C'est aussi savoir ne rien dire quand le temps assassin s'égrène et que les mots sont vains.

Et puis lorsque la vie glisse, que la conscience s'amenuise, il n'est parfois plus possible d'interagir, alors il reste la présence discrète et le réconfort, moments poignants et minimalistes mais oh combien investis pour communiquer subtilement avec l'esprit

et le corps qui s'apprêtent à se détacher. Il y a un soin fondamental à apporter pour accompagner ce moment-là. Mes lectures des pratiques tibétaines ancestrales auront certainement contribué à cette croyance de ma part.

Les outils de la consolation sont multiples, ils s'explorent. Ils contribuent à animer ce sentiment d'humanité qui résonne très fort dans cette démarche d'accompagner.

Ils sont toujours suggérés par le cœur et celui qui pensait ne devoir que DONNER, sera surpris de ce qu'il pourrait recevoir.

Je ne suis qu'au début de ce chemin et j'ai déjà reçu tellement par les mots, les regards et les silences souvent chargés de contenu et de gratitude.

Les consolations se partagent.

Le « prendre soin » de l'autre est une rencontre et une exploration mutuelle devant le grand passage.

**Sabine Kyriakides**

*Volontaire en soins palliatifs*

## Lettre d'amour



Le funambule, August Macke 1914

Chère Moi-Même,

Tu te rappelles du stage de funambulisme que tu as fait au mois de février 2022 à l'Ecole de Cirque de Bruxelles ? Tu venais de passer des mois difficiles, voire un an difficile. Avec des aides de toutes sortes et de tous horizons, la lumière revenait. On t'a demandé d'écrire un petit mot sur le vécu de ce stage. Tu as écrit le suivant : « Le fil ; un pas après l'autre ; ne pas précipiter la traversée ; trouver un rythme ; garder le regard loin, à l'horizontale ; accepter de devoir chercher, perdre temporairement pour retrouver de nouveau et à tout moment son équilibre ; se confronter au risque d'une chute possible ; apprivoiser le vide ; avoir confiance et peur en même temps ; s'émerveiller de chaque nouvelle traversée car unique et singulière - ceci est mon quotidien comme infirmière en soins palliatifs à domicile, un métier magnifique. Et c'est là où j'ai cherché et trouvé mon inspiration et mon apprentissage dans le funambulisme - un art philosophique. »

Pour toi, le funambulisme ne représente pas uniquement ton travail comme infirmière qui accompagne des chemins de fin de vie. C'est comme un symbole par excellence de ta façon de vivre. Et vivre, c'est un art (philosophique). Edouard Manet déclare : « La vérité est que l'art doit être l'écriture de la vie. » La même chose pourrait être déclarée pour "le prendre soin de soi-même". Chère Moi-Même, prendre soin de soi-même, c'est une histoire et une question d'amour. Et les histoires et les questions d'amour ne sont pas toujours simples...

La vie a fait que tu es sensible. Trop sensible, hypersensible ?

C'est quoi, la sensibilité ? Selon le Larousse, la sensibilité en ce qui nous intéresse ici est l'aptitude à s'émouvoir, à éprouver des sentiments d'humanité, de compassion, de tendresse pour autrui. Son contraire est l'insensibilité, l'apathie, le détachement, la dureté, la froideur, l'impassibilité, l'indifférence et la sécheresse. Est-ce qu'on peut être trop ému.e, éprouver trop de sentiments d'humanité, trop de compassion, trop de tendresse pour autrui ? Cela me semble absurde. Et la personne qui ose te juger sur le fait que tu sois trop sensible, ne serait-elle pas son contraire justement ? – Et ceci ne serait pas davantage dangereux ? – La vie a fait que tu es sensible. Sois sensible, c'est



toi. Chaque chose comporte un risque, sans prise de risque, ressent-on la valeur de la vie ? Certes, il faudrait faire attention. Utilise ta sensibilité comme boussole pour garder ton propre Nord.

La vie a fait que tu es parfois fragile. Trop fragile, hyperfragile ?

C'est quoi, la fragilité ? Selon le Larousse, c'est le caractère de ce qui se brise facilement ; le caractère précaire, vulnérable, faible et instable ; le manque de robustesse de quelqu'un. Son contraire est la résistance, la solidité, la constance, la fermeté, l'invulnérabilité, la permanence, la stabilité, la force, la robustesse, la vigueur, la vitalité. Est-ce que dans la description d'un trait de caractère d'un être humain, dans un monde complexe où l'humanité tente à ne pas suivre la loi de Darwin, on devrait décrire quelqu'un comme fragile, trop fragile, hyperfragile ? Relisant les définitions et leurs contraires selon le Larousse, contrairement à la sensibilité, on craint d'être considéré.e comme fragile, comme trop fragile. La faute nous revient, à nous, les gens fragiles. Ou, pire pour moi, les autres se sentent mandatés de nous protéger avec une façade de bienveillance mais au fond avec une pitié infantilisante et peut-être une insensibilité à la fragilité du monde. Est-ce que la solidité, la constance, la fermeté, l'invulnérabilité, la permanence, la stabilité, la force, la robustesse, la vigueur comme traits de caractère ne risquent pas une imperméabilité à l'autre et une incompréhension de son monde ? – La vie fait que tu es parfois fragile. Sois parfois fragile, c'est toi. Chaque chose comporte un risque, sans prise de risque, ressent-on la valeur de la vie ? Certes, peut-être faudrait-il faire attention. Utilise tes moments de fragilité comme boussole pour garder ton propre Nord.

Qui es-tu ? Qui seras-tu ? Qui seras-tu au bout de quel chemin – au bout de quels chemins ?

Le concept allemand du Weltschmerz, la douleur ou le chagrin du monde, du début du 19<sup>ème</sup> siècle questionne avec mélancolie le sens via les valeurs matérialistes affichées de nos vies et de nos sociétés et ressent un certain vide émotionnel par rapport à beaucoup de nos actes humains.

Quand tu as changé complètement ton orientation professionnelle en 2010 pour

poursuivre les études des soins infirmiers, c'était probablement ton Weltschmerz à toi qui cherchait une réponse à cette question éternelle : Quel sens dans tout cela ? – Par conséquence, suivre cette formation, rencontrer l'humanité dans toute sa dimension, t'aidait et t'aide à panser et à penser tes questions, tes doutes, tes blessures et tes peurs. Participer au monde par petits gestes, orienter même à petit niveau un regard vers une autre société possible ou au moins souhaitable, se poser des questions, certes, ce n'est pas un chemin ni un processus facile. Mais dans ta conception des choses, c'est une forme de prendre soin de toi-même car tu es ainsi. « Gnothi seauton » – « Connais-toi toi-même. » Cette expression du grec ancien qu'on retrouve chez Platon et Socrate nous invite vers une introspection, vers un questionnement de soi-même, de ce que nous sommes, de ce que nous aimerions être ou devenir, une invitation à rester en mouvement, à ne pas s'arrêter sur notre chemin vers nous-même. Ce qui te semble intéressant dans cette démarche intellectuelle, ce n'est pas la connaissance finale de soi-même mais le chemin et ses énigmes.

Ton Weltschmerz à toi comme personne et comme professionnelle, c'est un travail perpétuel d'appivoiser la fin, le vivre comme naturel car cela serait contre la loi de la nature que rien ne change. Sauf l'amour. Emily Dickinson écrit : « Seul l'Amour peut blesser - / Seul l'Amour soigne la Blessure. »

Je me permets d'utiliser l'idée des belles paroles de Felix Radu<sup>1</sup> et de les transformer légèrement. Lui, à la recherche d'une belle histoire d'amour avec autrui – toi peut-être encore à la recherche d'une belle histoire d'amour avec toi-même. Et j'aimerais bien que tu puisses dire quand ton hiver viendra : « J'ai vu toutes les couleurs. J'ai souffert souvent. Je me suis trompée quelques fois, mais j'ai aimé. J'ai vu toutes les couleurs. J'ai souffert souvent. Je me suis trompée quelques fois, mais je t'ai aimé. »

Maintenant, écoute à fond Bitter Sweet Symphony du groupe « The Verve » et sois toi-même sans forcément comprendre exactement qui tu es. « 'Cause it's a bittersweet

symphony, that's life... - And I'm a million different people - From one day to the next - I can't change my mold... »

Non seulement s'aimer est une forme de prendre soin de soi-même mais aussi – ou probablement c'est un sous-concept de l'amour – c'est de s'accepter sous toutes ses facettes.

Je t'embrasse et je t'aime,

Toi-Même

**Liv LEPKE**

*Infirmière à Interface Adultes*

<sup>1</sup> Matin Première, Félix Radu de retour sur La Première : "Je voudrais tomber amoureux", 30 août 2022 ; [https://www.rtf.be/auvio/detail\\_felix-radu-de-retour-sur-la-premiere-je-voudrais-tomber-amoureux?id=293341](https://www.rtf.be/auvio/detail_felix-radu-de-retour-sur-la-premiere-je-voudrais-tomber-amoureux?id=293341)

# Témoignages d'infirmières en unités de soins palliatifs

## Prendre soin

Pour comprendre ce que veut dire « prendre soin », nous pouvons commencer par nous concentrer sur la définition du terme « soin » qui signifie « l'attention qu'on porte à faire quelque chose ». Pour nous, il s'agit de l'attention, de la sollicitude et de la vigilance que nous portons à la personne malade.

Dans notre profession, le but principal est d'améliorer l'état de santé de la personne soignée, plus particulièrement, dans une unité de soins palliatifs, nous tentons d'améliorer la qualité de vie de la personne jusqu'au bout. C'est notre philosophie et toute l'équipe travaille ensemble pour y arriver.

Le fait de « prendre soin » commence dès l'entrée de la personne malade à l'hôpital avec un mot de bienvenue, un accompagnement personnalisé, une évaluation de son inconfort et de sa douleur. L'accueil est un moment précieux qui va nous permettre de mettre en place des soins adaptés. Le personnel travaille pour donner au patient une sensation de sécurité et de confiance, et encore plus si celui-ci est accueilli en soins palliatifs. Quelque chose qui m'a toujours beaucoup touché est cette peur, cette tristesse que ressent un patient entrant dans notre service. Je peux ressentir la colère, l'angoisse, l'impuissance et le découragement de nos patients qui se mêlent à leur douleur physique et morale. Les patients qui arrivent dans notre unité ressentent que c'est un lieu pour mourir, le mot « soins palliatifs » pour eux est un terme très fort, tout comme pour leurs proches qui ont peur, ressentent une grande tristesse, et ont profondément besoin d'être rassurés et accompagnés.

Quand on parle de prendre soin, ce qui me touche particulièrement et me permet de créer un lien fort avec le patient, c'est l'utilisation des techniques de bien-être et particulièrement de la musique qui permet de transporter les patients hors de leur chambre d'hôpital en leur rappelant des bons moments passés ainsi que de vivre des petits moments de bonheur avec nous ou avec leur famille.

Quand le patient apprend qu'il a une maladie incurable tout son univers bascule : sa souffrance est intense et la personne peut se renfermer sur elle-même à cause du choc ressenti. C'est donc un défi pour nous de gagner un peu de sa confiance, mais en y travaillant jour après jour nous finissons par y arriver, et ce grâce au « prendre soin » qui se traduit aussi par des « petits soins », comme des massages avec des huiles essentielles, notre présence et notre écoute active. J'ai remarqué que les patients ont un grand besoin de parler, de raconter leurs parcours de vie, leurs rêves, et comment était leur vie avant leur maladie.

Par exemple, je me suis occupée d'un patient qui m'avait parlé de son rêve de voyager au Pérou, étant péruvienne, je lui ai répondu que le Pérou était venu directement à lui pour le soigner, chaque jour, il me posait des questions sur le pays, la culture, la musique ; je lui racontais et lui demandais de fermer les yeux pour qu'il s'imaginer être et y soit transporté, le tout avec un fond de musique.

Je peux aussi vous parler d'une patiente qui vivait dans la rue et répétait souvent qu'elle ne voulait pas mourir dehors, seule devant la porte d'une église. Lors de l'arrivée dans notre service, elle refusait l'aide pour les soins mais grâce à la musique et à notre écoute, elle a commencé à accepter notre aide et profiter de son bain, de

notre salle Snoezelen, et a beaucoup aimé les massages. Elle est décédée dans notre service, au chaud et entourée et pas dans la rue. Ses paroles me sont restées en mémoire, elle était toujours pleine de gratitude pour les soins qu'elle a reçus.

Je pense que le fait de prendre soin, dans notre métier, vient avant tout de notre humanité qui doit rester présente dans toutes les situations et les stades de la maladie. Un mot gentil, un sourire, une présence rassurante ça semble peu pour nous, mais c'est déjà beaucoup pour une personne malade. On peut constater, par après, l'impact de toutes ces petites marques d'attention : quand on se rend compte qu'on ne soulage pas seulement la douleur physique, mais aussi la douleur morale.

Ainsi, le fait de prendre soin, en unité de soins palliatifs, vient de notre équipe soudée et forte et de notre philosophie inculquée par notre Sœur Léontine, qui restera toujours dans nos pensées avec ses mots doux : « Soigne jusqu'au bout de la vie ».

### Flor de María Supo Romero

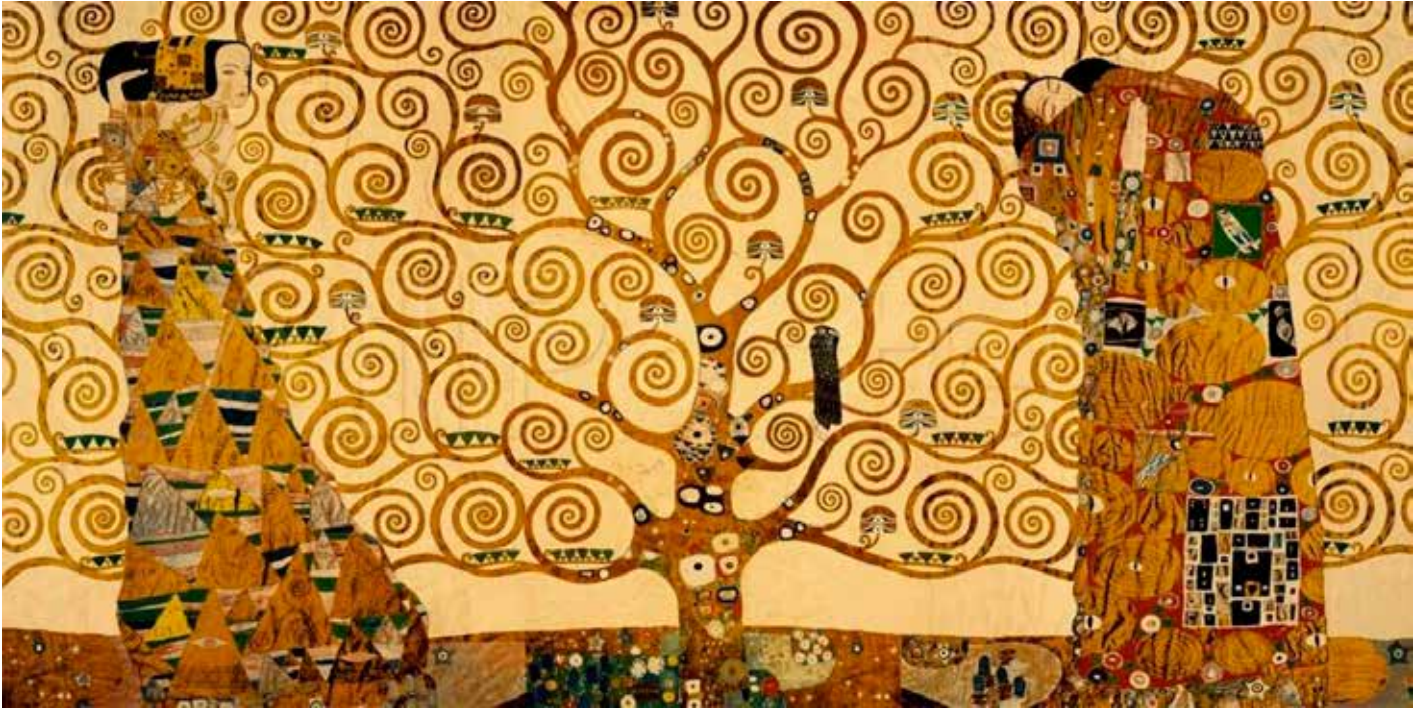
*Infirmière en soins palliatifs Clinique Saint-Jean*



Région de Cusco du Pérou Machupicchu



## « Prendre soin » en unité de soins palliatifs



L'arbre de vie, Gustave Klimt 1909

Prendre soin en fin de vie,

C'est mettre l'autre au centre de nos préoccupations, depuis son accueil à la clinique (au service administration) jusqu'aux soins prodigués à son chevet.

C'est être à l'écoute, globalement, par l'observation de ce qui est important pour le patient, de ce qui lui fait du bien...Être attentif à ce qui le préoccupe, à ce qu'il ressent au moment présent...ressentir son tempérament ...tenter d'apprendre petit à petit...s'il est d'accord, qui il est vraiment...et au fur et à mesure ...adapter au mieux nos attitudes et nos actes à ce qui lui correspond ( tout comme le caméléon qui prend la couleur locale ...mais en restant soi-même malgré tout) " Mon patient a-t-il de l'humour ? Est-il tactile ? Est-il fort indépendant ? A-t-il besoin d'être rassuré ? Est-il mélomane ? etc etc...découverte...

Ressentir, par exemple, son besoin d'indépendance, rencontrer sa fragilité, l'aider dans la mesure de ce qu'il accepte...respecter sa liberté de refuser certains soins...de continuer à contrôler sa vie dans la mesure du possible...rencontrer ses forces aussi. Parfois, le protéger de lui-même, en l'aidant à prendre conscience de certains mécanismes mis en place...pas toujours bons pour lui... Prendre soin, c'est parfois plus être avec le patient que faire, ce ne sont pas toujours de grandes actions...

Prendre soin, c'est donc avant tout s'ouvrir à l'autre, ressentir puis répondre concrètement à ses attentes. Répondre en attitude...puis aussi en actes de soin, soins infirmiers mais aussi en proposant des massages, chansons, repas adaptés, horaires adaptés, ...

Prendre soin, c'est s'occuper du corps mais aussi de l'esprit du patient (à son rythme, s'il est prêt à ouvrir la porte de ses émotions, de son vécu...) ...indirectement, soutenir les familles fait aussi partie du prendre soin...déjà, cela peut participer au bien-être du patient de voir que l'on se soucie aussi de ses proches, puis, ... des proches "apaisés », peuvent faciliter la communication en famille...

### Vinciane Mosselmans

Infirmière en unité de soins palliatifs aux Cliniques de l'Europe

Ce sont des sons et des images de notre unité de soins palliatifs qui me viennent quand est évoqué le terme de « prendre soin ».

Le doux toc-toc de l'infirmière ou de de l'aide -soignante sur la porte d'une chambre pour s'annoncer sans réveiller le patient..., la voix qui chuchote : « bonjour Monsieur ou Madame, c'est A ou M, est-ce que je peux venir faire votre toilette, est-ce ok pour vous maintenant ? »

Tout est prendre soin quand nous nous occupons de patients en soins palliatifs : écouter, patienter, être là, postposer un soin ou un repas, faire une toilette, placer une voie d'entrée, soulager une douleur, entendre une souffrance, appeler une famille et l'écouter... Prendre soin renvoie au parent qui s'occupe de son enfant, à l'enfant qui est attentif à son parent devenu fragile. Prendre soin nous parle de fragilité, de dépendance mais aussi d'empathie et de sollicitude bienveillante.

Prendre soin c'est aller à la rencontre de la dépendance de l'autre tout en sécurisant cette rencontre et en construisant une relation de confiance. Un acte de soin demande que le patient nous fasse confiance et que nous mettions tout en œuvre pour le sécuriser. Ce qui en soi est un challenge immense, une attention continue et nécessite du temps...

### Ghislaine Bavay

Infirmière-chef en unité de soins palliatifs aux Cliniques de l'Europe

## Le prendre soin, côté aidant proche

Quand un diagnostic difficile est posé, la personne concernée le reçoit de plein fouet, mais son entourage également. L'annonce bouleverse considérablement la vie de tous les proches de la personne atteinte. Le patient et toute sa famille en subiront des conséquences sur les plans émotif, matériel et souvent, financier. Devenir aidant proche s'impose souvent à l'entourage le plus proche de la personne malade : élan naturel de solidarité, volonté de rendre service, se sentir utile face aux difficultés vécues par son proche...



### Être aidant proche

L'aidant proche est la personne qui aide régulièrement un proche en déficit d'autonomie (sans rémunération, en dehors du cadre professionnel ou du volontariat). L'aidant peut habiter ou non avec la personne aidée, être un membre de la famille proche ou plus éloignée, mais aussi un ami, un voisin.

Être aidant proche est un concept encore abstrait pour le grand public. La plupart des aidants ne se reconnaissent d'ailleurs pas en tant que tels, voire ne prennent pas le temps de penser au rôle qu'ils jouent auprès de la personne qu'ils aident, et aux impacts de celui-ci sur leur propre vie.

L'aidant, l'accompagnant se retrouve pourtant face à des bouleversements de son quotidien : modification de ses horaires de travail, adaptation constante face à l'évolution de la maladie, vie sociale et activités de loisirs mises entre parenthèses, impact financier que la situation peut générer, changement des projets de vie, ... Ils concilient de leur mieux vie professionnelle, vie familiale, vie sociale et l'aide auprès de leur proche.

*Être Aidant Proche, c'est un paradoxe : c'est parvenir à concilier à la fois le rôle de « proche » et de « soignant » (au sens large). C'est parvenir à gérer une foule de tâches, tout en conservant une disponibilité (y compris émotionnelle) pour son proche. C'est soutenir la personne tout en arrivant à maintenir à flot (dans l'idéal) sa propre vie. Si c'est « OK » dans nombre de situations, il faut réaliser que le tout se traduit par un équilibre parfois précaire. Plus souvent qu'on ne voudrait l'admettre, ça peut mal se passer<sup>1</sup>.*

L'aidant peut se sentir très démuni par la souffrance psychique et physique de son proche. Il porte également l'angoisse liée au pronostic, les nuits entrecoupées : fatigue, stress et surplus de tâches peuvent amener un épuisement de l'aidant. Des décisions difficiles doivent parfois être prises : hospitalisation, choix du lieu de vie, organisation de la fin de vie...

<sup>1</sup> Intervention de P. Gérard lors du colloque Le (dé)confinement... made in aidants proches : [actes-colloque-ap2021.pdf](https://actes-colloque-ap2021.pdf) (aidants-proches.be)



## Dans le contexte des soins palliatifs

Dans le contexte des soins palliatifs, le **prendre soin** de l'aidant vers son proche en fin de vie est plus intense que dans toute autre situation, par la proximité même de la mort : désir d'être présent à chaque instant, de profiter du (peu) de temps de conscience, de vie du proche. Le temps est en quelque sorte en suspens, les cartes des priorités rebattues. Des questions sur le sens de la vie (Pourquoi mon proche ? Pourquoi cette souffrance ? Comment l'accompagner ?) peuvent surgir et le besoin d'être accompagné psychologiquement comme spirituellement se fait ressentir par la personne malade comme par ses aidants proches.

En fonction que la fin de vie se déroule au domicile, en maison de repos ou encore dans un centre spécialisé, les rôles joués par l'aidant pourront être différents. A domicile, aux aspects pratico-pratiques de l'intendance et aux actes que le proche aidé ne sait plus poser seul, l'aidant se retrouve souvent coordinateur des rendez-vous médicaux, des soins, de l'articulation des passages de professionnels, traitements, démarches administratives... Ces tâches, moins présentes lorsque le proche est en institution, « empiètent » sur le temps pour la relation, le soutien émotionnel, la présence. Un tourbillon de personnes et de contraintes à prendre en compte, amenant parfois les aidants à s'oublier eux-mêmes sans s'en rendre compte. Prendre conscience de sa situation d'aidant proche est pourtant la première étape indispensable pour éviter l'épuisement et tout ce qui en découle.

Aux asbl Aidants Proches, nous constatons quotidiennement qu'il est difficile pour l'aidant de **prendre soin** de lui-même. C'est pourtant la première recommandation formulée à l'aidant par les professionnels : pour accompagner un proche le plus sereinement possible, il faut prendre du temps pour soi, mettre ses limites, prendre du recul sur la situation. Cette démarche peut amener de la culpabilité.

=> Comme professionnel, comment amener les aidants/aidantes à réfléchir à leur vécu et leurs besoins spécifiques ? Cette absence de (auto)reconnaissance de leur rôle en effet, limite l'appel au soutien. Chacun de nous a un rôle à jouer, maillons dans la chaîne de soutien aux aidants proches.

## Rôle des professionnels dans le « prendre soin » de l'aidant

Il est important de ne pas voir l'aidant uniquement comme garant des traitements, régimes, ou source d'informations sur la santé du patient. Le professionnel peut interroger les proches sur la place qu'ils souhaitent tenir auprès du malade et évaluer les besoins et limites des aidants tout au long du parcours de soins (situation physique et cognitive).

Informers les proches que l'équipe est disponible pour les accueillir, les écouter et répondre à leurs besoins et attentes (déculpabiliser, reconnaître le besoin de verbaliser des proches, ...) : l'objectif est d'instaurer une relation de confiance.

Le réflexe à développer ou à entretenir : prendre 2 secondes pour demander « Et vous comment allez-vous ? » En effet, souvent l'aidant se manifeste quand il est au bout du rouleau. Par cette question qui peut être posée assez tôt dans le parcours d'accompagnement du patient, les professionnels peuvent jouer un rôle préventif. Les professionnels n'ont pas toujours et partout le temps d'ouvrir ce sujet qui peut amener à une discussion difficile et longue avec l'aidant, alors il nous semble important de communiquer des coordonnées d'associations qui peuvent prendre le relais, prendre le temps avec l'aidant.

L'objectif est de prévenir les risques d'épuisement de l'aidant proche. Celui-ci est influencé par la situation d'aide (au plus les tâches à réaliser sont compliquées, multiples et chronophages, au plus elles augmentent la fatigue de l'aidant), la personnalité de l'aidant (ses compétences émotionnelles, son degré de « perfectionnisme » ...) et le contexte socioculturel dans lequel s'inscrit l'aide apportée (attentes sociales, soutien social...). A ces 3 éléments, il faut ajouter la subjectivité de l'aidant proche, c'est-à-dire la perception qu'a l'aidant de la situation : la manière dont l'aidant vit la situation d'aide<sup>2</sup>.

## Préparer « l'après »

Dans le domaine spécifique de la fin de vie du proche, « l'après » doit aussi pouvoir être abordé avec l'aidant. En effet, et c'est

particulièrement le cas à domicile, le décès, la perte de l'être cher, se cumule avec une sensation de vide liée à l'arrêt du « ballet » de prestataires et de proches à domicile. Le **prendre soin** de l'aidant doit se prolonger au-delà de la situation d'aide, dans l'accompagnement du travail de deuil. Et là aussi, il est nécessaire de donner des informations, des coordonnées aux aidants proches, de se faire relais.

## Des relais pour les professionnels

Les asbl Aidants Proches (en Wallonie) et Aidants Proches Bruxelles ont pour objet social de reconnaître et soutenir les aidants proches. Nous mettons notamment à disposition des aidants proches et des professionnels nos permanences téléphoniques.

**Nous sommes joignables au 081/ 30.30.32 (en Wallonie) et au 02/ 474.02.55 (à Bruxelles).**

### Sigrid Brisack et Océane Carrière

*Chargées de projet asbl Aidants Proches en Wallonie*

### Florence Mullié

*Coordinatrice asbl Aidants Proches Bruxelles*

<sup>2</sup> Intervention de P. Gérain lors du colloque Le (dé)confinement... made in aidants proches : [actes-colloque-ap2021.pdf](https://aidants-proches.be/actes-colloque-ap2021.pdf) (aidants-proches.be)

## Prendre soin par le toucher attentif et bienveillant

**Le toucher est, à mon sens, le vecteur du « prendre soin » le plus significatif lorsque nous traversons des épreuves de vie ou des périodes de plus grande fragilité (deuil, séparation, maladie, surmenage, grand âge, fin de vie, ...). Confrontés à la réalité de notre vulnérabilité, quand nous recevons de la sollicitude par une main posée sur un bras ou une épaule, par exemple, nous sommes touchés bien plus en profondeur que ne peuvent le faire les mots.**

Même si un geste bienveillant, au départ spontané, en vient à être posé de manière timide, maladroite, voire hésitante, son impact reste considérablement positif sur la personne qui le reçoit, car ce qui passe essentiellement à travers le toucher, c'est l'intention qui anime le donneur. Le toucher est effectivement le seul sens à être à la fois émetteur et récepteur.

Par ce langage, dans les soins à la personne, le pire peut se manifester (stress, brusquerie, indifférence) ou le meilleur (empathie, douceur, prévenance). Si je touche le corps de l'Autre avec l'intention de lui exprimer ma présence : « Je suis là », « Je suis avec vous », je peux donner à ressentir du respect, du confort, de la contenance et de la sécurité. A l'inverse, je vais objectiver la personne si je la touche juste avec l'intention de poser un acte technique, sans l'avoir touchée au préalable avec la seule intention d'exprimer ma présence bienveillante.

La majorité des soignants en Maison de Repos et de Soins (MRS) me témoignent à l'heure actuelle de leur souffrance quand la charge de travail les amène à effectuer des toilettes « à la chaîne » en se sentant stressés et sous pression. Cela semble avoir empiré depuis la crise sanitaire. Au vu du manque d'effectifs, certains d'entre eux sont parfois amenés à effectuer jusqu'à quinze toilettes sur une matinée. Ils expriment avoir l'impression d'être des automates et d'être très éloignés du « prendre soin » et des valeurs qui font qu'ils ont choisi le métier de soignant.

Bon nombre d'études ont montré combien cette façon de rationaliser le travail dans une logique de rentabilité contribue à une perte du sens humain. Cela a des

répercussions sur l'estime d'elles-mêmes des personnes (soignées et soignantes) et contribue à rendre les personnes soignées soit plus apathiques, jusqu'au syndrome de glissement, soit plus stressées voir agressives. Malgré le peu de temps qui leur est imparti pour chaque résident, les soignants peuvent s'approprier des outils afin de favoriser une approche la plus juste possible et intégrer leurs qualités de présence affective dans l'espace/temps réduit de leurs actes de soin. Par leur intention et leur attention, ils peuvent alors offrir des gestes qui préviennent l'anxiété, qui favorisent la détente et qui soutiennent et reconnaissent la personne dans son identité corporelle et psychique. Ce toucher qui est avant tout relationnel permet aussi l'activation des ressources internes de la personne soignée et constitue une invitation pour celle-ci à prendre part aux soins, selon ses possibles et sa singularité. Sans faire l'économie d'une remise en question urgente des conditions de travail basées uniquement sur la performance, ces pratiques sont porteuses de sens. Même si ça me demande de rester concentrée sur le moment présent, en final, là où je pensais perdre de l'énergie et du temps, j'en gagne par tous les bénéfices que je retire du toucher relationnel avec les résidents m'exprimait récemment une aide-soignante lors d'une troisième journée de formation sur le thème de l'écoute du corps et des douleurs. Le toucher empreint d'écoute et de considération répond au besoin de sécurité, établit une relation humaine authentique et apaise le receveur comme le donneur.

Nous ne pouvons aborder le toucher, ou son imminence probable, sans considérer les émotions qu'il suscite en nous et chez l'Autre. Ma pratique d'accompagnement par

le toucher et de massage bien-être depuis 18 ans m'a enseigné que la présence se manifeste tel un espace protégé au sein duquel les émotions peuvent s'éveiller, être accueillies et circuler en toute sécurité. J'affirme souvent que la bienveillance est contenante des émotions.

A mon sens, « prendre soin » c'est habiter le soin et donner de Soi, de son attention. C'est aller vers Soi, s'ouvrir à Soi pour mieux aller vers l'Autre et s'ouvrir à l'Autre. Prendre soin c'est écouter avec tout son corps, ressentir avec tous ses sens au moment présent. En plus d'engager mon corps, mon attention et ma réceptivité, le « prendre soin » engage ma responsabilité. Pour donner de « Soi », il est indispensable que je me donne à moi-même de l'attention bienveillante. Cela requiert que je m'octroie des temps d'arrêt pour tourner mon regard vers l'intérieur et pour considérer ce qui s'éveille en moi dans la confrontation à la maladie, à la fin de vie, à la souffrance et aux histoires des personnes et des familles que je rencontre. Accepter de me laisser toucher dans mon humanité demande que je me donne les moyens de m'accompagner dans mon propre cheminement vers toujours plus de justesse en approchant aussi mes peurs, mes réticences et mes limites comme ce qui m'anime en termes de besoins, de valeurs et de questionnements éthiques à un moment donné.

Afin d'éviter de me blinder pour me protéger, il est important aussi de donner une densité et un bon contenant à ma capacité d'ouverture, d'accueil et d'empathie. Celle-ci a toutefois ses propres limites en fonction des journées et des situations rencontrées. Ma posture est donc fondamentale dans l'accompagnement.

La respiration abdominale est un outil et une pratique qui permet de se centrer et de s'accorder au rythme lent de notre propre corps. Il est question de prendre conscience de ma propre corporalité avant d'approcher le corps de l'Autre. Dans la distance intime, propre aux soins et à l'accompagnement, la communication non verbale l'emporte totalement sur la parole. Les échanges émotionnels sont exacerbés. L'ancrage favorise un état intérieur de calme et donne la stabilité nécessaire pour déployer son ouverture à l'Autre et accueillir les émotions présentes. Il s'agit de s'ouvrir à un espace de présence attentive à Soi, à l'Autre et à ce qui





Un couple d'amoureux, Vincent Van Gogh, 1888

se manifeste dans l'instant. Par le souffle, le regard, le toucher et toute la richesse du langage authentique du corps, cet espace peut nous mener à faire l'expérience d'une autre forme de communication sur un plan qui s'adresse à l'Être et qui touche à la dignité intrinsèque, en deçà du niveau analytique de la réflexion, des concepts et en deçà du niveau des émotions. Cette manière d'être en relation s'avère fondamentale à l'approche

globale de la personne en soins palliatifs comme de la personne qui souffre de démence ou de toute personne en situation de vulnérabilité.

Le toucher est essentiel aux deux grands passages que sont la naissance et la mort. Premier sens à apparaître, il est aussi le dernier sens à disparaître avec le grand âge et avec la fin de vie. Pour naître, nous nous

construisons un corps à travers lequel nous allons expérimenter une vie humaine donnée. La dimension affective et contenant du toucher maternel contribue à la construction du tout petit sur le plan cognitif comme à la prise de conscience de son enveloppe corporelle et de son individualité. En fin de vie, ce toucher affectif reprend tout son sens. Quand la personne fait face à la dégradation du corps et aux pertes fonctionnelles, c'est son identité même qui est atteinte. De nombreux deuils s'entament et la question du sens devient brûlante pour tenter de réaménager son identité selon une autre perception de soi. Qui suis-je ? Que reste-t-il de moi quand je perds tout, quand je deviens dépendant, quand mon corps me lâche et quand je souffre ?

Sur son lit de mort l'écrivaine Christiane Singer vit une ouverture des sens et témoigne : « *Quand tout est détruit, quand il n'y a plus rien, mais vraiment plus rien, il n'y a pas la mort ou le vide comme on le croirait, pas du tout. Je vous le jure, quand il n'y a plus rien, il n'y a que l'Amour. Il n'y a que l'Amour. Tous les barrages craquent. C'est la noyade, l'immersion. L'Amour n'est pas un sentiment. C'est la substance même de la création ... Je viens seulement vous apporter cette bonne nouvelle : de l'autre côté du pire t'attend l'Amour. Il n'y a en vérité rien à craindre* »<sup>1</sup>

Si la souffrance est une réalité qui nous concerne tous à un moment donné en tant qu'être humain, l'empathie ou l'amour qui nous anime peut apporter une réponse à la souffrance globale. L'amour peut être entendu comme l'expression d'une présence quand les mots n'ont plus cours dans les derniers moments. Dépouillés, dénudés de tout, il nous reste nos mains pour accompagner les derniers instants, pour communiquer d'Être à Être, pour insuffler et partager cette substance même qui nous rassure, qui nous relie et qui nous fonde.

**Anne-Gaëlle Baudot**  
Formatrice au CEFEM

<sup>1</sup> Singer Christiane, Derniers fragments d'un long voyage, Albin Michel, 2007



## Le prendre soin : Comment prendre soin de la personne de façon complémentaire aux traitements médicamenteux ?

Étant psychologue à la plate-forme de soins palliatifs du Hainaut occidental, je vous parlerai de la spécificité de ce métier et de comment prendre soin des personnes confrontées à leur fin de vie au travers de l'écoute active. Quel est le rôle du psychologue en soins palliatifs ? Quels sont ses outils ? Quels sont les bienfaits de la psychologie sur la santé mentale de ces bénéficiaires ? Ayant l'occasion d'expérimenter une approche innovante dans la prise en charge dite alternative, je vous témoignerai également de mon expérience en tant qu'intervenante en médiation animale ainsi que de tous les bénéfices découlant de cette activité.



Pom'Po Pon Po Pon Pom Pon, René Magritte, 1948

Le psychologue a une place de plus en plus reconnue au sein de l'équipe de soins. Il est là pour le bénéficiaire, mais également pour les proches et le personnel gravitant autour du malade. Son rôle est d'accompagner la personne gravement malade, dans sa globalité, jusqu'au bout. Une de ses qualités principales est sa capacité d'adaptation. Chaque personne étant singulière, la prise en charge le sera également. Il n'y a jamais deux situations identiques et le psychologue se doit de s'adapter et de se réinventer constamment.

Le psychologue se montre disponible pour accompagner la personne dans son cheminement face à la fin de vie et reconnaître ses souffrances, ses peurs, ses doutes, ses angoisses de mort, mais aussi les pertes liées à l'évolution de la maladie, le déclin corporel, l'incertitude par rapport à l'avenir des proches ou encore le sentiment d'impuissance, d'être dépendant des autres. Le professionnel de l'écoute va alors offrir un espace thérapeutique authentique, propice à l'identification des émotions et des ressources dont dispose le patient. Ces émotions que le patient parfois ne trouve pas la force d'exprimer auprès de son entourage et qui pourront être entendues et reconnues afin de tenter d'apporter de l'apaisement et donner sens à ce qui est en train d'être vécu.

Quels sont les outils du psychologue ? Son empathie, sa qualité d'écoute, le non-jugement et l'acceptation inconditionnelle, mais aussi le cadre qu'il pose. Poser un cadre en début d'entretien a une fonction rassurante pour le bénéficiaire, mais également pour le professionnel lui-même. Ce cadre qui, lorsqu'on travaille en soins palliatifs, doit faire preuve de flexibilité. En effet, parfois un rendez-vous sera écourté en fonction de la fatigue de la personne, parfois il sera un peu plus long que prévu, tantôt la personne souhaitera un soutien plus rapproché, tantôt plus éloigné.

L'accompagnement en soins palliatifs n'est pas une psychothérapie, il s'agit ici d'une thérapie de soutien. Contrairement aux entretiens psychologiques classiques, la majorité des entretiens se déroulent au domicile, au cœur de l'intimité des patients. Nous entrons dans leur univers avec bienveillance et respect.

Être psychologue face à une personne en fin de vie c'est être psychologue face à



une personne en vie, jusqu'au bout. On accompagne un être humain. Il s'agit de respecter son rythme, ses silences et de travailler avec le non verbal, tant le nôtre que celui du bénéficiaire, ce langage pouvant faire passer énormément d'informations et d'émotions. Il est à noter que lors des entretiens avec les patients, de très belles situations émergent et que tout n'est pas que pleurs ou tristesse. Au contraire, de nombreux sourires et de merveilleux souvenirs nous sont confiés et chaque accompagnement laisse une trace dans le parcours professionnel du psychologue. C'est un métier très riche et d'une profonde humanité.

Dans le cadre de ma profession, j'ai également l'occasion de prendre soin en pratiquant la médiation animale. Je parlerai donc des bienfaits de cette discipline sur la santé des personnes en fin de vie avant de vous relater mon expérience personnelle.

La médiation animale, qui a la particularité de faire intervenir un animal dans la relation thérapeutique, s'inscrit dans un projet de soins et vise à améliorer la qualité de vie des personnes confrontées à la maladie grave et à la mort.

Cette discipline qualifiée de thérapie alternative ne cesse de faire ses preuves et de se développer dans différents lieux de vie (unités de soins palliatifs, maisons de repos et de soins, institutions pour personnes en situation de handicap...) et il a été démontré que cela apportait une plus-value à tout accompagnement et notamment aux personnes en fin de vie.

Tout d'abord, il est important de stipuler que l'animal n'est pas présent pour faire de la figuration, mais qu'il s'agit d'une triangulation entre le médiateur (l'animal), le professionnel de la santé et la personne en souffrance en vue d'obtenir des effets thérapeutiques.

Comme cela a été mentionné plus haut, être en fin de vie confronte les personnes à divers ressentis à savoir la peur de l'inconnu, la peur de souffrir, de mourir. Et lorsqu'il s'agit de personnes institutionnalisées, une grande souffrance est liée à la séparation avec leurs animaux de compagnie qu'ils ont généralement dû abandonner pour entrer dans leur dernière demeure. Cette étape est toujours vécue de façon douloureuse.

Depuis janvier 2021, j'ai l'occasion de me rendre dans des institutions hébergeant des personnes âgées afin d'aller à la rencontre des résidents fragilisés, soit lors d'ateliers en groupes, soit en faisant des visites individuelles dans les chambres, accompagnée de mon lapin, Wappie. Ce dernier a été sélectionné pour son tempérament calme et docile et a été sociabilisé pendant plusieurs mois en vue de pouvoir devenir médiateur. Il est habitué à rencontrer de nouvelles personnes chaque semaine.



Lors de ces ateliers, les résidents ont l'occasion de travailler différentes sphères : motrice (tendre le bras pour caresser l'animal ou le brosser), cognitive (augmenter la stimulation intellectuelle et l'éveil), sensorielle (réminiscence de faits précis), psychologique (réduire l'anxiété et le stress), sociale (briser l'isolement et favoriser des interactions sociales privilégiées) tout en vivant un moment de plaisir et de réconfort leur permettant de sortir de leur quotidien. L'animal accepte la personne inconditionnellement ce qui permet d'augmenter l'estime de soi et la valorisation des bénéficiaires. Le contact avec l'animal permet de capter leur attention immédiatement et conduit à des échanges très intenses.

### Je repense à quelques rencontres :

À cette personne démente ne parlant presque plus, au visage éteint et au regard confus, qui, face au lapin déposé sur son lit, a eu une réaction visuelle immédiate. Wappie a capté son attention et cela s'est traduit au niveau des traits de son visage qui sont devenus de plus en plus détendus. Elle s'est

décrispée et a même réussi à dire quelques mots, notamment un « merci » à la fin de la visite. Sa réaction est principalement passée par le non verbal (un sourire, un regard ému). Les bienfaits du toucher se sont également fait ressentir, tel un anxiolytique, brefs, mais intenses. Je pense aussi à cette dame proche de sa fin de vie, alitée et souffrant de raideurs musculaires et qui, malgré tout, faisait l'effort de tendre la main pour toucher l'animal en répétant que c'était une rencontre qui lui procurait beaucoup de plaisir, car elle avait toujours aimé les animaux et en avait toujours eus. Elle travaillait alors son autonomie grâce au contact de l'animal sans même s'en rendre compte. Ce qui lui a également permis d'augmenter sa confiance en elle.

Et ce Monsieur confus et très anxieux qui, lorsque l'animal était près de lui, réussissait à se calmer. Il le brossait avec douceur, se souvenant que lui aussi avait eu des lapins il y a longtemps. Tout un travail sur la reviviscence, la motricité et qui a permis de réduire son anxiété et de canaliser son attention sur l'occupation de l'animal. Au fur et à mesure de la rencontre, j'avais l'impression de découvrir une nouvelle personne tant il s'était apaisé.

Au contact de l'animal, les personnes deviennent, le temps d'un atelier, des soignants et non plus des soignés. Les bienfaits que l'animal apporte sur la qualité de vie de ces personnes sont indéniables et j'espère que la lecture de cet article aura pu vous donner l'envie d'en découvrir davantage.

### Marie Fivet

*Psychologue à la plate-forme de soins palliatifs du Hainaut occidental asbl Arcspho*

## La harpéopathie : La harpe ... autrement

La harpe utilisée comme instrument de bien-être ou de soin, est loin d'être une idée nouvelle. Les mythologies et les légendes anciennes nous en parlent abondamment, à travers les exploits des Dieux et des Héros venant d'horizons divers tels qu'Apollon et Orphée de la Grèce Antique, le Dagda de la mythologie Irlandaise, Bragi chez les Vikings, le roi David de la Bible, etc ... A travers l'histoire et les histoires, la harpe a fait son chemin dans le cœur des anges, des poètes, des bardes celtes, des minstrels germaniques, ... elle a toujours dispensé sagesse, douceur et magie. Elle retrouve à notre époque une place et un rôle dans le domaine des soins et du réconfort. Depuis les années 80', ce qu'on appelle désormais harpe-thérapie a pris un essor considérable aux USA, et petit à petit ailleurs également. On peut voir qu'à travers le monde, elle est de plus en plus utilisée au chevet de personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou les circonstances (sociales ou psychologiques).

Dans ce paysage global, ma propre pratique s'est construite à partir de 2005. En 2009, j'ai commencé officiellement à la dispenser professionnellement et je l'ai appelée Harpéopathie© par association avec d'autres disciplines telles que naturopathie, ostéopathie, homéopathie ... afin de pouvoir l'intégrer parmi les soins qu'on ne nomme plus alternatifs mais complémentaires, du fait que petit à petit, la médecine conventionnelle les intègre aux côtés des protocoles officiels. J'ai aussi choisi ce nom pour la différencier d'autres pratiques de harpe-thérapie qui sont dispensées dans le monde, afin d'en assurer à la fois la pleine responsabilité et l'enthousiasme. La harpéopathie véhicule certaines valeurs (éthiques, relationnelles, holistiques) et s'appuie sur certaines compétences (musicales, créatives, sensibles) qui me sont personnelles.

En pratique, on peut définir la harpéopathie comme une forme de musique thérapeutique spécifiquement jouée à la harpe, en contact direct entre le musicien et son (ses) écoutant(s), dont le but est d'offrir un espace de ressourcement, de réconciliation ou d'apaisement grâce à la musique qui lui est jouée. Il va sans dire que l'essentiel se passe à la fois dans l'improvisation mobile et créative, dans la qualité d'attention et de bienveillance et dans la présence authentique fine et subtile que le joueur est capable de développer. Quelque chose se passe ... pour employer les mots de l'ethno-musicologue Jean Duing. La harpéopathie est avant tout une expérience artistique, mais bien au-delà du divertissement, elle élève à une dimension spirituelle.

Durant ces 12 années d'expérience, j'ai pu me rendre au chevet de nombreux patients de tous âges et de toutes conditions. La harpéopathie fait chaque fois des merveilles, en ouvrant en quelque sorte, un espace sacré musical, dans lequel le patient/client voyage avec le harpiste. Dans cet espace subtil, le client/patient retrouve son essence et sa liberté d'être; il atteint un lieu où il n'est ni malade, ni âgé, ni souffrant ... il peut s'abreuver à cette fontaine de Jouvence (même inconsciemment), et restaurer ses forces de vie. Il ressent souvent du mieux-être, après la séance, sous forme d'apaisement, de réconciliation et d'harmonisation. Et ce de façon physique, psychologique, énergétique ou spirituelle.



D'une manière générale, les effets se font sentir par une meilleure gestion du stress, de la douleur, des émotions et de la vitalité. Des patients gravement atteints ont pu, par exemple, diminuer ou espacer les anti-douleurs, reprendre le contrôle de leur respiration (le respirateur s'arrête), retrouver un désir de communication avec leurs proches, récupérer un peu de vitalité et de mobilité, diminuer le stress et l'anxiété, pour installer en eux la paix, la confiance, la dignité, le plaisir, le sourire ... En optimisant son énergie de fond, celle que le patient/client peut contacter au fond de lui-même, il renoue avec sa pleine humanité et il rallume en quelque sorte sa lumière intérieure.

La harpéopathie (sans leur être réservée) est particulièrement bien adaptée aux besoins des personnes confrontées à la fin de vie. Toute personne qui se tient sur ce seuil entre la vie et la mort, pourra atteindre son espace sacré et en recevoir les bienfaits. Les patients en soins palliatifs ont souvent un long passif hospitalier, ils ont lutté comme des héros, contre la douleur, la maladie ou l'âge; mais les voilà, en quelque sorte, vaincus et ils vivent leur dernière épreuve, celle d'affronter la mort. Dans notre société la mort est vécue comme un échec, comme une fin, comme une perte. Elle s'accompagne de sentiments sombres, terrifiants, tristes. Elle signifie le manque, la distance, la solitude, l'abandon. Elle porte la marque noire du destin, de la finitude, de la petitesse, de l'impuissance. Pourtant tout le monde est amené à mourir, nous le savons, et la signification que nous prêtons à cet acte nous appartient et ne devrait pas être si négative puisqu'elle est naturelle et universelle. La mort de l'autre nous confronte à notre propre mort, inéluctable et imprévisible. En général, on plombe la souffrance des patients en ajoutant une couche de sentiments personnels noirs et gris, sur la situation objective, ce qui est très étrange. Il est évident que le deuil commence avant le décès, c'est à dire dès que la personne nous manque et que son départ nous demande toute une adaptation de notre mode de vie ou de notre vision du monde. Le décès d'une personne nous bouscule toujours et dans ce chamboulement, nous révélons des choses de nous-mêmes que d'habitude nous contrôlons mieux, comme nos peurs secrètes, notre spiritualité, notre compréhension du monde ou notre inacceptable solitude.



Trois musiciens, Pablo Picasso, 1921

Ce qui est riche avec la harpéopathie, c'est que les séances s'adressent tant aux patients qu'à leurs proches, leurs visiteurs, et même leurs soignants. La harpéopathie est un art subtil de reconnexion à sa propre essence. On y transforme les émotions négatives envahissantes, en sentiments subtils intemporels tels que la contemplation, la bénédiction, l'émerveillement, la vénération, la gratitude, l'espérance ... c'est à dire qu'on atteint par la musique un état de grâce qui permet de percevoir un sens à la vie, même s'il est ténu ou non réductible en mots. S'accrocher à ce sens permet de traverser les épreuves dans la dignité, la positivité, la solidarité, la vérité ... En harpéopathie, c'est la beauté qui ouvre la porte de la grâce. Le praticien en harpéopathie détient cet unique pouvoir. C'est donc son unique but : offrir de la beauté. La suite n'est plus de son ressort. Mais la vraie beauté, la plus pure, celle qui

est sans artifice, sans ego, celle qui est dispensée depuis le fond de l'âme, le fond du coeur, condense assez de force spirituelle pour s'immiscer dans le monde matériel réel et impacter positivement et profondément ceux qui l'accueillent.

**Alix Colin**  
*Harpéopathe*

## Le Prendre Soins, réflexions à propos d'une double casquette

Le fil conducteur de ces quelques lignes est indubitablement, l'enseignement de Monsieur Walter Hesbeen que j'ai eu la chance de suivre en octobre 2019 et en octobre 2021 dans le cadre du Certificat en Ethique des Soins de Santé - Université de Namur. Sans la barre fixe des cours de Monsieur Hesbeen, le « Prendre Soins » m'aurait paru une périlleuse figure de grand-écart (à laquelle je ne me risquerais pas devant vous) tant mes activités de bénévole au sein de l'Aumônerie de l'Hôpital de Jolimont et ma vie de médecin spécialiste en Anatomie Pathologique peuvent paraître diamétralement opposées. Et pourtant...



Soleil rouge, Serge Callens, 2018



Le « Prendre Soins » me dit d'emblée : « Tu es important pour moi, je veux te consacrer du temps ».

\* Charité bien ordonnée commençant par soi-même, il m'importe avant d'entrer en service à l'hôpital ou en le quittant, de me donner du temps, du soin, de me mettre en harmonie avec moi-même, avec les autres, avec mes collègues ou collaborateurs. Il me paraît indispensable d'entrer ou de sortir, en pleine conscience, de ma démarche avec le patient et/ou sa famille souvent présente dans les services de gériatrie et de soins palliatifs où mes pas me mènent en tant que bénévole.

Mon rôle actuel de bénévole est d'apporter l'Eucharistie aux patients hospitalisés, le dimanche matin, de prier avec eux, de lire quelques lignes de la liturgie du jour, en somme de faire Eglise avec eux, d'être en communion en apportant à leur chevet l'hostie de la Communion.

Il m'est dès lors indispensable de prendre soin de mon état d'esprit, de mon ouverture de cœur pour transmettre un message dont je ne suis que le porte-parole mais qui me commande la symbiose avec la substance-même du message évangélique.

\* En entrant dans la chambre du patient dominical, il me paraît indispensable d'y être invitée par la parole ou le regard, de m'assurer au préalable du souhait de la personne de recevoir le sacrement d'Eucharistie, qu'elle soit désireuse de prier à ce moment-là et qu'elle soit libre de refuser le cas échéant.

Le Prendre Soins me paraît alors honorer la présence de cette personne, saluer le sacré qui est en chacun. Le Prendre Soins devient pour quelques instants le refus de banaliser l'humain, de réduire le malade à sa maladie dirait Monsieur Hesbeen, la volonté de dépasser le cadre des actes techniques qui ont précédé ce dimanche matin-là. Il signifie à un Homme notre fraternité en humanité et lui témoigne la présence d'une communauté priante, communicante, une présence collective au chevet de ce malade eseuilé. Indépendamment de la démarche de foi à laquelle on adhère ou non, ces quelques minutes de spiritualité sont par le recueillement qu'elles suscitent un surplus de soin, une attention singulière auprès de ce malade, de cette personne en fin de vie, de

la personne âgée, de leurs proches, le plus que nécessaire, le soin en plus dans ce haut-lieu de soins qu'est l'hôpital, l'unité de soins palliatifs.

\* Pour ma part, me revient en mémoire régulièrement cette devise d'Ambroise Paré (1510-1590) « Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours. » Et cette maxime qui définit si justement la médecine même au 21<sup>ème</sup> siècle, me permet un pas de patineur vers mon autre casquette, l'exercice passionnant de l'Anatomie Pathologique pour lequel la réflexion sur le « Prendre Soins » est aussi riche et fructueuse.

J'ai trouvé dans celui-ci l'articulation entre la médecine de la maladie qui étudie le corps-objet et la médecine du malade qui accompagne le corps-sujet dans cette structure d'aumônerie ; l'articulation entre la compétence, les connaissances, pour exercer justement la première et la disponibilité, l'écoute, l'«Aprofessionnalisme » pour assumer la seconde.

J'ai choisi par la combinaison de ces deux activités, de trouver une juste place entre les connaissances et les croyances, de dépasser la crédulité et la soumission aux clichés qui trop souvent accablent les structures paramédicales dévolues à l'accompagnement spirituel des malades.

Je le fais avec un profond sentiment de co-responsabilité : de mon diagnostic de pathologiste dépend souvent in fine le bon traitement, la prise en charge optimale du patient et de sa maladie. Je le fais avec respect et dignité notamment à l'occasion d'une autopsie, dernier acte médical du « Prendre Soins » du patient. Je le fais également en cherchant quotidiennement la bonne distance avec l'examen et le diagnostic subséquent, en me sentant concernée par la situation du patient, sans sensiblerie délétère à une prise en charge ou pire sans déni (ex : cancérophobie), sans me laisser déborder par les émotions de l'un ou l'autre des intervenants au lit du patient. J'ai toujours et depuis toujours, le sentiment d'appartenir à une équipe pluridisciplinaire qui prend soin d'un patient, qui se soucie de sa pathologie mais qui est inlassablement consciente que le malade n'est pas sa maladie et que l'exercice médical et paramédical vise ou devrait viser le bien-être, le Prendre Soins de ce patient.

En filigrane de cette réflexion, je ne peux ignorer que tous, nous avons nos propres limites, que nous sommes renvoyés à nos propres souffrances, à notre solitude, à notre condition humaine en accompagnant d'une façon ou d'une autre le malade surtout en soins palliatifs. Il est bien déstabilisant de s'avouer in petto que nous sommes tous « frères en humanité » pour convoquer E.E.Schmitt à nos côtés.

Il nous reste dans le Prendre Soins à aider le patient à vivre ce qu'il y a à vivre, à aimer l'humain et son « humanité » et pour moi chrétienne, à rendre vivant ce message évangélique, à me rappeler que si Dieu est physiquement quelque part, Il est dans cet autre que je rencontre en tant que bénévole ou que praticien, cet autre avec son corps, avec son esprit, avec son cœur à prendre en soin.

### **Docteur Marie-Paule Van Craynest**

*Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologique*

*Bénévole à l'Aumônerie de l'Hôpital de Jolimont*

### **Références :**

- W. Hesbeen. CUESS-UNamur : 24.10.2019, 28.10.2021 : Notes personnelles
- D.Charron, C.Tranchant, E.Briand, C.Aquino-Russel : Le prendre soin de la santé (PSS) :une conception transdisciplinaire et inclusive de la pratique soignante et son intérêt pour améliorer les résultats de santé des jeunes aux prises avec le diabète. Revue de l'Université de Moncton 43, 1-2, 2012, p 27-65 DOI <https://doi.org/10.7202/1023977ar>
- E.E.Schmitt : Quand je pense que Beethoven est mort alors que tant de crétiens vivent... Albin Michel 2010

## « Habiter le monde en poètes : la voie spirituelle des témoins » (Thierry Collaud)

En relisant les trésors reçus au cours de ma vie professionnelle, émergent des moments forts, bien sûr, mais surtout des visages porteurs de lumière qui ont établi leur demeure en ma mémoire et en mon cœur. Leurs vies habitées m'ont paru d'une telle intensité, d'une telle vivance, qu'ils ont fini par faire partie de mon être profond en raison d'une sorte d'accord – au sens musical – qui s'est tissé entre eux et moi. Tel patient qui a vécu un parcours exigeant et qui, arrivé au bout de sa vie, s'est montré incroyablement 'vivant' et libre. Tel proche ou tel soignant dont la justesse de présence m'a bouleversé, y compris par les fruits qu'elle a portés. Tel étudiant qui, dans sa naïveté d'apprenant, m'a enseigné la voie de l'attention avant tout programme sur l'autre. Ils sont mêlés à ma propre 'présence' aux autres, témoins faisant signe à travers moi. Comment honorer cela que, je crois, vous vivez aussi ?

Je pressentais que cela avait à voir avec le spirituel care que nous partageons tous, mais j'ai découvert une pépite de **Thierry Collaud**, médecin et théologien de Fribourg, qui honore, mieux que j'aurais aimé le faire, ces personnes dont je parle et ce qui nous relie dans le soin. L'article s'intitule : « Le rôle des témoins dans la dimension spirituelle du prendre soin »<sup>1</sup>. Par une reprise à ma sauce, sans trop de guillemets, j'espère juste vous donner le goût d'aller le lire en entier car son apport est inédit.

Il commence par un constat : le temps des grandes souffrances ou celui du mourir est souvent interprété aujourd'hui comme une période de perte, de rétrécissement du possible imposé par la vie. On se trouve envahi par le désespoir du non-sens ou l'enfermement dans une situation qui paraît sans issue. On pense alors qu'il reste juste à la personne à se distraire pour ne pas remarquer l'absurdité de la vie qui s'impose à elle, ou à disparaître dans la mort. Or, nous viennent en même temps à l'esprit toutes ces figures évoquées qui, malgré l'appauvrissement des possibles, donnent l'impression de « *vivre vraiment* » ; *non pas des héros ou des surhommes mais des témoins, dit l'auteur*. Ajoutons ceux dont la grande mémoire spirituelle perpétue le souvenir : ils et elles ont choisi ou accepté des circonstances de pauvreté et de dépouillement, mais leur manière de vivre (pas d'abord les discours) fut pourtant aussi d'une grande densité humaine.

Qu'y a-t-il à voir là ? Th. Collaud estime que le témoignage est le mode de communication et de transmission prioritaire dans le *domaine spirituel du prendre soin*. Et que tous, patients, professionnels, proches, aumôniers, etc. nous pouvons être cités comme témoins. Il ne s'agit aucunement, bien sûr, de prosélytisme, d'imposer à l'autre ses convictions ou croyances. De quoi parle-t-il alors ? Selon lui, le témoin, en vivant et en étant reconnu comme tel par les autres, aurait une triple fonction.

1) Il indique d'abord qu'existe une autre dimension, une altérité. En « *vivant vraiment* » en humain dans le plein déploiement de toutes ses dimensions, en faisant surgir de l'Être là où on ne l'attendait plus, le témoin oriente notre regard vers « *un au-delà (de soi/de nous) sur lequel s'ouvrir* » et qui nous dépasse. Il indique qu'existe une voie spirituelle : « *la capacité et la manière qu'a toute personne de s'ouvrir au monde de l'Esprit, c'est-à-dire de reconnaître qu'il y a un au-delà de la causalité matérielle du monde. Cet au-delà nous est commun.* » « *La vie trouverait sens parce qu'elle peut être reliée à une dimension plus vaste que l'apparence des choses matérielles qui nous conditionnent.* » Cette dimension désarçonne un peu le soignant car, sur celle-ci, il n'y a pas d'intervention efficace possible pour y augmenter la maîtrise ou le contrôle comme on le fait dans les domaines du bio-psycho-social. « *Elle n'est donc pas un référentiel alternatif (utile) qui viendrait expliquer ou donner du sens à ce qui en semble dépourvu. Elle n'est pas de l'ordre d'un faire, d'un connaître ou d'un agir-sur, mais toujours de l'ordre d'un se-laisser-(sur)prendre, d'un recevoir, d'un être-rempli-de et ultimement d'un être-aimé.* » Mots associés : Inattendu, altérité, surprise, grâce, excès-débordement, ... « *Involontairement,*

1 in *Revue internationale de soins palliatifs* 2011/4 (Vol. 26), pp 333-338.  
<https://www.cairn.info/revue-infokara-2011-4-page-333.htm?contenu=resume>



comme la fleur qui éclot et qui nous dit que la beauté est possible ». Par eux, la 'vie pleine', « l'absolu se montre » (Ricœur) dans l'expérience concrète d'un humain.

2) L'originalité du propos de Th. Collaud est d'avancer qu'on ne saurait accéder à cette ouverture à l'Être par intuition immédiate : encore faut-il que « nous soit offert un 'savoir' sur la possibilité même de cette quête. » **Deuxième fonction du témoin : il atteste** – de façon crédible et sans s'évader de sa réalité – **qu'il existe une possibilité de renverser l'absurde et de (re)trouver un accord**, une harmonie même partielle avec soi, l'univers, la vie, le divin, en entrant en résonance avec lui (métaphore musicale). Pour écouter, il faut un témoin qui nous dise « Ecoute ! », témoignant par là qu'il a déjà entendu quelque chose et qu'il s'en est trouvé changé ; il faut *savoir qu'il y a quelque chose à entendre*, et de quel côté orienter l'oreille. Le témoin ne se présente pas comme un modèle à imiter, il ne montre pas comment faire ni ne transmet des *connaissances* ou de l'expertise (la 'suggestion', en effet, ne saurait amener une personne à comprendre ce qui lui arrive et à en « trouver le sens »). Mais par sa façon inattendue d'habiter les temps difficiles de la vie, il nous transmet la *possibilité* d'être touché à notre tour, de sortir de soi et du repli mortifère, pour nous faire vivre et avancer.

Disant cela, l'auteur pointe une lacune dans le mode de soin actuel. Par réaction aux vieux paternalismes, on y a – avec raison – restitué à la personne en détresse le soin de trouver *elle-même* le chemin vers 'l'au-delà du visible' évoqué. Mais, ce faisant, on s'est aussi retiré de toute *proposition*. Il faudrait en effet se limiter à offrir à autrui les *conditions* (un espace d'écoute, de respect, de liberté, de gratuité, un vis-à-vis) espérant qu'il puisse, *par lui-même*, se dire et, peut-être, découvrir la dimension spirituelle de ce qui lui arrive. Mais est-ce vraiment suffisant ? Non, dit Th. Collaud.

Il cite l'étude de A. Edwards qui a évalué le rôle attendu du *spiritual care* : « Ce que les patients désirent des soignants, c'est d'être des vivants, de témoigner de la Vie, de ces naissances continues qui nous font échapper à la destruction et à la mort. Qu'ils partagent une connaissance de l'ordre du témoignage ». Voilà qui est central dans cet article : pour que nous ne perdions pas de vue ce qu'est cette possibilité de passer d'une vie enfermée à un « vivre autrement », il est capital que des témoins nous la rappellent. « C'est parce qu'il y a des poètes (ou des spirituels)



Le violoniste bleu, Marc Chagall, 1947

qui nous disent la possibilité de la poésie que nous regardons avec leurs yeux et que parfois il nous arrive de dire autre chose du monde que ce que nous en montrent nos mesures et nos calculs. »

Insistons : *chacun* a bien cette capacité d'être témoin et d'actualiser par sa vie qu'il est possible de sortir de l'enfermement des circonstances ou de la matérialité de nos préoccupations et de « vivre autrement ». En retour, les témoins (personnel, patients, proches) reçoivent souvent en cadeau le témoignage des patients et s'en trouvent relancés dans l'existence. Quelquefois seront aussi 'appelés à la barre' de grands témoins d'hier et d'aujourd'hui. En résumé, le « *soin spirituel* », porté par ces témoins dont nous sommes, serait ceci : « *le partage de l'endurer, c'est-à-dire, ensemble et inspirés par*

*d'autres, l'avancée dans la vie à recevoir comme une naissance avec un émerveillement toujours renouvelé* ». Par ces témoignages échangés, se construit bien l'espérance en une vie possible.

(3) **Troisième fonction du témoin : il nous inspire des voies alternatives et nous pousse à chercher.** Il stimule notre créativité. Ce qui fait le poids de ces témoins, c'est qu'ils témoignent, par leur être, à partir de lieux qu'on aurait cru livrés à l'absurdité et privés à tout jamais d'harmonie. Ils attestent que cette vie, même là, même dans ces conditions extrêmes, peut encore s'enrichir et croître, qu'elle peut être habitée, reliée, déterminée par quelque chose qui la dépasse. Ils nous font désirer et chercher ce que d'autres ont réussi à atteindre, à contre-pied de l'absurde, de la dissonance. Rien d'automatique, cependant. Qui va lever ses défenses, s'ouvrir et se laisser travailler par les mains du 'potier' (St Irénée) puis devenir, à son tour, témoin de l'Absolu qui vient au monde ? Nul ne le sait à l'avance. « *Ce peut être l'aide-soignante comme le médecin ou l'aumônier, mais ce peut être, et c'est souvent le malade lui-même, témoignant d'une volonté de vivre en dépit de tout, même quand la souffrance signe la présence inéluctable de la mort.* » Chapeau les artistes ! Gratitude infinie.

#### Guibert Terlinden

Aumônier retraité des Cliniques Universitaires Saint-Luc

# Prendre soin(s) ... Un concept ? un défi ? un art ?

## ... Une rencontre

### Quelle subtilité ce concept !

Depuis notre plus jeune âge, le concept du prendre soin(s) s'invite, pour la plupart d'entre nous, dans la base de notre éducation. Comme tout concept, sa représentation est abstraite. Au départ, c'est prendre SOINS de nos jouets, nos cahiers, notre vélo... mais aussi simultanément ou plus tardivement, de notre poisson rouge, hamster ou encore chat et chien. C'est ici, qu'implicitement, le prendre SOIN du vivant complète le prendre SOINS de l'objet.

Nous grandissons dans la nuance, en fonction de notre histoire de vie, le concept devient défi entre moi et l'autre. Difficile de trouver la juste distance entre l'altruisme et l'égoïsme. Nous sommes invités et sollicités à prendre soin(s) de nous. Les publicités exaltent la beauté et la performance, les librairies regorgent d'invitations littéraires à prendre soin(s) de soi physiquement et mentalement, au péril même d'inhiber des émotions diverses mais nécessaires à un juste équilibre. Une culture sociale de l'individualisme risque, peut-être, de majorer ce défi mais ce n'est pas le propos de cet article.

Il n'en reste pas moins important que prendre soin(s) de l'autre passe inévitablement par celui de prendre soin(s) de soi. C'est la base même de la dignité intrinsèque de l'ETRE HUMAIN que je suis. « Socrate appelle les gens à se soucier d'eux-mêmes, à se montrer suffisamment courageux, non seulement pour vivre, mais aussi pour voir qui vit en eux »<sup>1</sup>.

Les professionnels de la santé théorisent très bien ce concept mais il n'est pas toujours simple de pouvoir faire la part des choses entre la possibilité de prendre soin(s) et certaines décisions sociales, institutionnelles, budgétaires ou encore des protocoles, des validations d'outils... l'artiste entre alors en scène, prendre

soin(s) devient un art. L'artiste va réussir à combiner connaissances, habilité, savoir-être, intuition... L'artiste soignant va endosser son costume de scène, et jouer son rôle face à un public qui idéalise, bien souvent, le personnage en termes de qualités d'empathie, de compassion, de disponibilité, d'écoute, d'authenticité et du mélange de ses savoirs. Artiste irréprochable et sans ambiguïtés...il rencontre un public, fragile, dépendant, souffrant, douloureux, épuisé, à bout de souffle, mourant...L'artiste soignant en perd, lui aussi, un peu son souffle parce qu'il a bien répété son texte mais il se doit de l'adapter à la singularité de la rencontre. Il est conscient de la fragilité de l'œuvre à créer. **Il passe de l'universalité du concept de prendre soin(s) à sa singularité.**

Cécily Saunders insiste sur la reconnaissance de la singularité d'une approche palliative. « La communication avec le patient en fin de vie est souvent simplement une manière de voir "cette" personne comme elle-même, **mystérieusement la même**, toujours avec sa dignité propre jusqu'au moment où elle s'éteint. ». (Saunders, 1969)<sup>2</sup>. *Je me permets d'ajouter que même après le moment où elle s'éteint, prendre soinS d'un défunt est aussi un acte de soin(s) tant pour le respect de la personne que pour sa famille ou encore pour permettre aux soignants de clôturer une relation de soin(s).*

Nous entrons alors dans la rencontre, celle du mystère de la personne, celle que je suis et celle qui m'est confiée dans le prendre soin(s). La rencontre implique un ajustement à tout moment. L'ajustement, à l'instant du prendre soin(s), est pour moi un élément essentiel à prendre en considération tant les déterminants, qui favorisent ou non cette rencontre, sont nombreux : asthénie, médication, symptômes, angoisse, peurs diverses,

présence de la famille ou non etc. Cela est variable d'un jour à l'autre, d'une heure à l'autre et même intuitivement d'une minute à l'autre. C'est alors que la prudence s'impose, tant dans une juste posture que dans le mot, et structure finement le sens du prendre soin(s). Je me permets une précision qui me semble important de nuancer le « **prendre en charge** » couramment utilisé dans la relation des soin(s), par l'appellation d'une « **approche de soin(s)** » qui semble raisonner de manière plus adéquate. La nuance est de taille, la prise en charge me semble péjorative par les mots **prendre** et celui de charge. Le caractère dominant, l'autorité, la culpabilité d'être une **charge** entendue derrière cette formulation annulent la parité du lien et inhibent la liberté du patient. L'approche quant à elle, fait place à la distance respectueuse, à la confiance et aux valeurs de transparence sincère, authentique et de vérité qui, pour moi, confèrent au prendre soin(s) ce que j'appellerais une **intelligence émotionnelle, affective** imprévisible et dépouillée de certitudes. Pour rester fidèle au titre de l'article, je poursuis la réflexion sous le terme 'prendre soin(s)'.

S'il est aisé de 'protocoler' des soins, nous sommes bien conscients de la complexité d'un prendre soin(s). Le soignant (voilà l'artiste qui revient) est confronté à devoir jongler, d'une part avec la loi droits du patient, la déontologie, la morale, la religion, la culture, le principe éthique d'autonomie (vivement revendiqué de nos jours), mais aussi celui de la bienfaisance, non malfaisance, l'évolution de la médecine et des valeurs véhiculées au sein de notre société et d'autre part, le mystère de l'autre, son histoire de vie, son mécanisme de pensée, sa beauté intérieure mais aussi ses démons...son réel.

Pour ma part, il me semble important de donner du SENS à notre prendre soin(s), de se poser régulièrement la question : **Qu'est-ce que je m'autorise**

<sup>1</sup> J.Patocka, « Socrate », Revue de Métaphysique et de morale, 1949, p.212

<sup>2</sup> <https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2014-5-page-55.htm> consulté le 16/03/2019 12h23



**à transgresser pour oser rejoindre le réel d'un prendre soin(s) qui n'appartient pas au monde cartésien mais davantage à celui du mystère de la personne ? Quel défi !**

Quel bel écrin que celui du prendre soin(s), il y renferme de précieux bijoux et l'ouvrir relève du mystère. Soyons vigilants de ne pas le vulgariser, soyons conscients de chacune de ses dimensions. Toute sa beauté réside dans sa fragilité, dans son mystère. Sa complexité défie notre posture, nos mots, nos certitudes, nos jugements ...on peut presque dire qu'il

échappe à toute définition par son unicité et son caractère non reproductible d'une rencontre à l'autre.

Pour conclure notre rencontre au travers de cet article et permettre à chacun d'entre nous de poursuivre notre cheminement, notre réflexion, je me permets de partager avec vous cette pensée d'un maître de l'Inde :

**Passer de l'opinion à la perception, de l'imagination au fait, de l'illusion à la réalité, de ce qui n'est pas à ce qui est, voilà le cheminement.**

**L'homme ne se réduit pas aux émotions, ni à l'intellect, ni à l'action.**

**L'homme est une totalité.**

**L'intellect, les sentiments, l'action, ces trois éléments quand ils sont en harmonie font l'homme.**

Svami Prajnanpad

**Yannick Courtin**

*Infirmier en chef*

*Equipe mobile soins palliatifs*

*Grand hôpital de Charleroi*



Les jongleurs et les trapézistes, Fernand Léger, 1953

# Zorg(en) ... Een begrip ? een uitdaging ? een kunst ? ... Een ontmoeting

## Wat een genuanceerd begrip!

Voor de meesten van ons behoorde het begrip zorg(en) van jongs af aan tot de basis van onze opvoeding. Zoals bij elk begrip is de voorstelling ervan abstract. In het begin ging het om ZORG dragen voor ons speelgoed, onze schriften, onze fiets... maar tegelijkertijd of later ook voor onze goudvis, hamster of kat en hond. De ZORG voor een voorwerp gaat hier impliciet over op de ZORG voor een levend wezen.

We groeien op met nuances, afhankelijk van onze levensgeschiedenis, en het begrip wordt een uitdaging tussen mij en de ander. Het is moeilijk om de juiste afstand te vinden tussen altruïsme en egocentrisme. We worden uitgenodigd en opgeroepen om voor onszelf te zorgen. Reclame verheerlijkt schoonheid en prestaties, en boekhandels staan vol met literaire uitnodigingen tot lichamelijke en geestelijke zelfzorg, zelfs op het gevaar af dat emoties die nodig zijn voor een goed evenwicht worden onderdrukt. Het risico bestaat dat een maatschappelijke cultuur van individualisme deze uitdaging scherper stelt, maar dat valt buiten het bereik van dit artikel.

Het blijft echter belangrijk dat zorg(en) voor de ander alleen mogelijk is door iemand die voor zichzelf zorgt. Dat is de basis zelf van de intrinsieke waardigheid van het MENSELIJK WEZEN dat ik ben. 'Socrates roept mensen op om zorg te dragen voor zichzelf, om moedig genoeg te zijn, niet alleen om te leven, maar ook om te zien wie er in hen leeft'<sup>1</sup>.

Zorgverleners kunnen dit concept heel goed theoretisch vatten, maar het is niet altijd gemakkelijk om de grens te trekken tussen de mogelijkheid van zorg(en) en

<sup>1</sup> J.Patocka, 'Socrate', Revue de Métaphysique et de morale, 1949, p.212

bepaalde maatschappelijke, institutionele of budgettaire beslissingen, of zelfs protocollen, of de validatie van hulpmiddelen... De kunstenaar komt dan op het toneel, en zorg(en) wordt een kunst. De kunstenaar slaagt erin kennis, handigheid, intermenselijke vaardigheden, intuïtie enz. te combineren. De zorgkunstenaar trekt zijn toneelkostuum aan en speelt zijn rol voor een publiek dat het personage vaak idealiseert voor zijn kwaliteiten van empathie, mededogen, beschikbaarheid, luistervaardigheid, authenticiteit en de combinatie van zijn kennis. De kunstenaar is onberispelijk en ondubbelzinnig.

Hij ontmoet een kwetsbaar, afhankelijk, lijdend publiek, dat pijn heeft, uitgeput, buiten adem, stervend is...De kunstenaar is ook een beetje buiten adem, want hij heeft zijn tekst goed ingestudeerd, maar hij moet hem aanpassen aan de eigenheid van de ontmoeting. Hij is zich bewust van de kwetsbaarheid van het kunstwerk dat hij creëert. **Hij gaat van de universaliteit van het begrip zorg(en) naar de eigenheid ervan.**

Cicely Saunders dringt aan op de erkenning van de eigenheid van een palliatieve benadering. "Communicatie met de



Les jongleurs et les trapézistes - détail, Fernand Léger, 1953



patiënt in de laatste levensfase is vaak gewoon een manier om 'die' persoon te zien als zichzelf, **op mysterieuze wijze dezelfde**, nog steeds met zijn eigen waarheid tot het moment van overlijden." (Saunders, 1969, vrije vertaling)<sup>2</sup>. *Ik wil hieraan toevoegen dat ook na het moment van overlijden zorg(en) voor de overledene een daad van zorg(en) is, zowel uit respect voor de persoon als voor de familie, of om de zorgverleners de mogelijkheid te geven een zorgrelatie af te sluiten.*

We gaan dan de ontmoeting aan, die van het mysterie van de persoon, degene die ik ben en degene van wie de zorg(en) aan mij is/zijn toevertrouwd. De ontmoeting impliceert een voortdurend aanpassen. Voor mij is aanpassing bij zorg(en) een essentieel element om voor ogen te houden, want er zijn tal van factoren die deze ontmoeting al dan niet bevorderen: vermoeidheid, medicatie, symptomen, ongerustheid, verschillende angsten, de aanwezigheid van de familie of niet enz. Dit verschilt van dag tot dag, van uur tot uur en zelfs intuïtief van minuut tot minuut. Dan is voorzichtigheid geboden, zowel in het kiezen van een juiste houding als in de woordkeuze, en zo komt de betekenis van zorg(en) genuanceerd tot uiting. Ik wil graag een verduidelijking aanbren- gen omdat het mij belangrijk lijkt om 'ten laste nemen', dat vaak wordt gebruikt in de zorgrelatie, te nuanceren door de be- naming '**zorgbenadering**', die gepaster lijkt. De nuance is belangrijk, **ten laste nemen** lijkt mij pejoratief door de woorden nemen en last. De dominantie, het ge- zag, het schuldgevoel een last te zijn die achter deze formulering doorklinkt, doen de gelijkwaardigheid van de band teniet en beperken de vrijheid van de patiënt. Benadering maakt daarentegen ruimte voor respectvolle afstand, vertrouwen en de waarden van oprechte, authentieke transparantie en waarheid die voor mij

<sup>2</sup> <https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2014-5-page-55.htm> geraadpleegd op 16/03/2019 12.23 u.

aan zorg(en) een **emotionele, affectieve intelligentie** verlenen, onvoorspelbaar en zonder zekerheden. Om trouw te blijven aan de titel van het artikel, zet ik de be- schouwing verder met de bewoordingen 'zorg(en)'.

Hoewel het gemakkelijk is om zorgen te 'protocolleren', zijn we ons goed be- wust van de complexiteit van zorg(en). De zorgverlener (daar is de kunstenaar weer) moet jongleren met enerzijds de wet op de rechten van de patiënt, de- ontologie, moraal, religie, cultuur, het ethische principe van autonomie (waar tegenwoordig veel aanspraak op wordt gemaakt), maar ook dat van heilzaamheid, van geen schade berokkenen, de evolutie van de geneeskunde en van de waarden die in onze maatschappij worden uitge- dragen, en anderzijds het mysterie van de andere persoon, zijn levensgeschiede- nis, zijn denkmechanisme, zijn innerlijke schoonheid maar ook zijn demonen, zijn werkelijkheid.

Mij lijkt het belangrijk om ZIN te geven aan onze zorg(en), om regelmatig de vraag te stellen: **Wat sta ik mezelf toe te over- schrijden om de realiteit van zorg(en) te durven bereiken die niet tot de car- tesiaanse wereld behoort, maar tot die van het mysterie van de persoon? Wat een uitdaging!**

Wat een prachtige koffer is de zorgkoffer: hij bevat kostbare juwelen en het ope- nen ervan is een mysterie. Laten we deze koffer niet banaliseren, laten we ons be- wust zijn van elk van zijn dimensies. Alle schoonheid ligt in zijn kwetsbaarheid, in het mysterie. De complexiteit ervan tart onze houding, onze woordkeuze, onze zekerheden, onze oordelen ... We kun- nen bijna zeggen dat ze aan elke definitie ontsnapt, want ze is uniek en herhaalt zich niet op dezelfde manier bij een volgende ontmoeting.

Ter afsluiting van onze ontmoeting via

dit artikel wil ik deze gedachte van een Indiase meester met u delen zodat iede- ren zijn eigen weg, zijn eigen reflectie kan volgen:

**Van mening naar waarneming gaan, van verbeelding naar feit, van illusie naar werkelijkheid, van wat niet is naar wat wel is, dat is het pad.**

**De mens is niet gereduceerd tot emo- ties, noch tot intellect, noch tot actie.**

**De mens is een totaliteit.**

**Intellect, gevoelens, actie: die drie ele- menten maken in harmonie de mens.**

Svami Prajanpad

**Yannick Courtin**

*Hoofdverpleegkundige  
Mobiël Team Palliatieve Zorg  
Grand Hôpital de Charleroi*

# L'hypnose, une autre façon de « prendre soin »

Depuis plusieurs décennies l'hypnose retrouve une place importante dans les soins de santé, place qu'elle occupait déjà dans le courant du 19<sup>ème</sup> siècle.

Dans le texte qui suit, nous allons tenter de définir l'hypnose et de la placer dans le contexte du « prendre soin ». Alors, l'hypnose c'est quoi ? Tout le monde la connaît de loin ou de près. Qu'elle soit pratiquée dans les spectacles, dans la rue, ou dans les soins de santé, elle utilise le même principe : la concentration, autrement dit, la focalisation de l'attention. De nombreuses différences existent pourtant entre les pratiques de l'hypnose en spectacle ou dans le soin. Retenons simplement que le spectacle est là pour impressionner ou faire rire, alors que le soin a pour objectifs, selon la maxime attribuée à Ambroise Paré, de : « guérir parfois, soulager souvent, soigner toujours ».

Définir l'hypnose n'est pas chose aisée et il existe presque autant de définitions qu'il existe d'hypnotiseurs. Celle que je vous présente maintenant a été proposée par la société américaine de psychologie (APA), elle concerne aussi bien l'hypnose médicale que l'hypnose spectacle, et a été développée dans le but d'être « concise et de permettre la découverte de nouvelles théories concernant ses mécanismes ». Voici cette définition :<sup>1,2</sup>

1. L'hypnose est « un état de conscience impliquant une attention focalisée et une conscience périphérique réduite caractérisée par une capacité accrue de réponse à la suggestion ».
2. L'induction est : « une procédure visant à induire l'hypnose ».
3. L'hypnotisabilité est « une capacité individuelle à expérimenter des altérations de la physiologie, des sensations, des émotions, des pensées ou des comportements au cours de l'hypnose ».
4. L'hypnothérapie est « l'utilisation de l'hypnose dans le traitement d'un trouble ou d'un problème médical ou psychologique ».

Non reprise par l'APA, l'autohypnose est « une procédure appliquée à soi-même visant à induire l'hypnose pour une amélioration de la santé et de la qualité de vie »<sup>2</sup>.

L'hypnose existe depuis toujours, et comme le dit régulièrement la professeure Faymonville lors de ses conférences, « l'hypnose est une capacité que nous possédons tous, comme jouer de la musique, mais que nous ne développons pas suffisamment, nous la pratiquons la plupart du temps sans nous en rendre compte ». Le mot hypnotisme, est apparu dans le monde médical en 1843 avec J. Braid, médecin écossais, dans son ouvrage « Neurhypnologie, Traité du sommeil nerveux ou Hypnotisme » ; et le mot hypnose est apparu au dictionnaire médical français en 1882. Pour terminer cette partie théorique, et pour mettre l'hypnose dans un cadre théorique propre au soin, j'ajouterai cette définition apportée par M.H. Erickson (psychiatre américain qui a redonné, dans le courant du 20<sup>ème</sup> siècle, une nouvelle vie à l'hypnose) et qui dit : « l'hypnose est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne ».

Ceci nous amène tout naturellement dans le thème « du prendre soin ». Nous allons l'aborder en nous référant à l'anglais qui utilise deux termes pour définir le mot soigner. « To cure », qui signifie **traiter, guérir, remédier** et « to take care » qui signifie **faire attention, se charger de, s'occuper de**. Résumer tout ceci ne peut se faire par un seul mot mais plutôt par un concept, celui de « relation ». Il faut donc, pour prendre soin de quelqu'un, être en relation avec cette personne. Le processus hypnotique et l'efficacité de l'hypnose s'appuient essentiellement sur ce processus relationnel qui est établi par le soignant vis-à-vis de la personne qu'il soigne. Pour comprendre cela, il faut savoir comment se passe une séance d'hypnose thérapeutique. Il y a plusieurs étapes dans ce type de séance, qui peuvent varier selon les praticiens, mais toutes s'organisent toujours autour du même schéma. La première

étape consiste à entrer en contact l'un avec l'autre (cela demande donc un processus actif de la part des deux participants. Un sujet qui ne veut pas être hypnotisé, ne le sera jamais même si l'hypnotiseur est le meilleur du monde). Il est important d'insister sur ce processus relationnel qui implique la participation active des deux personnes en présence. Pour le soignant, la responsabilité est au niveau du bon déroulement de la séance, et pour le soigné, la responsabilité est dans son engagement actif pendant la séance. La responsabilité du soignant dans le bon déroulement de la séance, est de préparer le sujet par une mise en confiance, une recherche de confort et une focalisation de l'attention sur l'environnement puis sur les parties du corps. Cette phase généralement appelée l'induction utilise les cinq sens de la personne en lui demandant par exemple de se concentrer sur trois choses qu'elle voit dans la pièce où elle se trouve, de se concentrer sur deux sons qu'elle entend puis de se concentrer sur une sensation physique qu'elle ressent sur le siège ou le canapé sur lequel elle est installée. Ensuite, et ce pendant toute la durée de la séance, le soignant doit être attentif aux réactions et à l'état global du sujet avec lequel il travaille. Nous retrouvons bien ici la notion du « take care » anglosaxon. En effet, il ne suffit pas de réciter un texte préalablement appris, encore faut-il **faire attention** aux réactions du patient, se charger d'adapter le discours aux caractéristiques du patient afin de **s'occuper de** lui pour qu'il gère au mieux la difficulté dans laquelle il se trouve. Tout ceci n'amène pas forcément de guérison mais permet à travers une « relation chaleureuse », recommandée par M.H. Erickson, un soulagement de la souffrance. Le premier phénomène obtenu est souvent un état de relâchement physique, mental ou émotionnel. On parle alors simplement de relaxation. Cette relaxation, cette libération ouvre bien souvent de nouvelles perspectives au sujet. Dans la partie « thérapeutique de la séance », il peut être proposé au patient, des suggestions particulières pour traiter, guérir ou remédier aux difficultés qu'il rencontre. De plus en plus les métaphores, l'imagerie mentale et d'autres pratiques interviennent dans cette phase

1 ELINS G. R. & al. Advancing Research and Practice : The Revised APA Division 30 Definition of Hypnose. Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2015, 63(1) : pp1-9

2 Evers L. : l'hypnose chez mon kinésithérapeute. InPress, Paris, 2021, p29-36





Multi faces, Serge Callens, 2018

de la séance d'hypnose pendant laquelle le lien entre le soignant et le soigné doit être maintenu et sur lequel s'appuie l'efficacité de la prise en charge. La dernière étape de la séance est une reprise de tonus parfois appelée par certains, le réveil. Je n'utilise pas cette terminologie car en hypnose le sujet n'est pas sensé dormir même si cela peut arriver lorsqu'il est très fatigué. Tout en maintenant le calme apporté par la séance, le sujet se remet en mouvement et retrouve toutes ses capacités physiques. L'hypnose s'adresse donc au corps et à l'esprit du sujet comme les méthodes de relaxation qui en sont pour la plupart dérivées.

L'hypnose ne s'adresse pas uniquement aux patients, elle peut aussi être utile pour les soignants qui sont soumis à des interventions lourdes par leur engagement personnel. Faire attention aux autres, s'occuper de la santé d'autrui demande beaucoup d'énergie, il est d'ailleurs courant de voir des soignants épuisés à la fin de leur journée de travail. L'hypnose (ou l'autohypnose) peut y remédier. Elle est donc une pratique permettant de prendre soin de l'autre et de soi-même. Je terminerai cet exposé par un exemple concret. Je me souviens de ce Monsieur âgé, souffrant de BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), d'un cancer avec métastases et dont le pronostic vital

était très réduit. Toujours hospitalisé dans le service de pneumologie à l'hôpital Erasme avant un départ en soins palliatifs dans la région de Leuven, l'équipe soignante m'avait contacté pour l'aider à gérer l'anxiété dont il était victime chaque soir avant de s'endormir. Ce Monsieur ne parlait pas bien le français et mon néerlandais n'était pas suffisant pour pratiquer une séance d'hypnose dans la langue de Vondel. J'ai malgré cela, accepté de passer le soir et après m'être présenté dans sa langue maternelle, je lui ai proposé de faire la séance d'hypnose en français, ce qu'il a accepté. Je ne sais pas ce qu'il a compris de ce que je lui racontais mais je me suis attaché à observer finement les réactions qu'il avait et chaque fois qu'il ouvrait les yeux, je mimais ce que je lui disais en français et j'y ajoutais les quelques mots de néerlandais qui lui permettaient de suivre les conseils proposés. Au bout d'un moment j'ai constaté qu'il gardait les yeux fermés, sa respiration s'est ralentie et son corps s'est progressivement détendu. En continuant le restant de la séance en français, j'ai constaté, comme avec les autres personnes que j'accompagne dans l'hypnose, qu'il restait immobile. Il semblait apaisé à un point tel qu'il s'est endormi spontanément. Puisque je venais l'aider pour des problèmes de sommeil, je ne l'ai pas réveillé à la fin de la séance et je me suis écarté discrètement. Le

lendemain, j'ai appris que ce Monsieur avait passé une meilleure nuit et une infirmière qui le suivait dans sa langue maternelle a pu me transmettre qu'il ne s'était plus senti aussi bien depuis très longtemps. Comme si notre séance lui avait permis d'éliminer toutes ses craintes par rapport à la mort qui se rapprochait de lui. Pourtant à aucun moment je n'avais abordé cela, je m'étais simplement contenté d'être en contact avec lui, de le respecter. Pendant quelques instants j'ai **fait attention à lui** et **je me suis occupé de lui** en étant pleinement présent avec lui. C'est alors que j'ai compris ce que signifiait « **prendre soin** » de quelqu'un.

En conclusion, l'hypnose en agissant sur le corps, l'esprit et d'autres dimensions de la personne, nous permet une prise en charge globale. Prendre soin de quelqu'un, ce n'est pas uniquement s'occuper d'un symptôme, c'est aussi développer la partie saine de la personne qui souffre, celle qui nous permet encore d'être présent, d'être là avec les autres. « L'hypnose est censée diminuer les souffrances. La tâche n'est pas au-dessus de ses possibilités à la condition qu'elle reste ce qu'elle doit être, une pratique au service de l'humain ».

#### Luc Evers

*Kinésithérapeute psychocorporel,  
Hypnopraticien HUB Hôpital Erasme*

# Nous avons lu pour vous

**Nadeige Struyf**

Psychologue – Formatrice clinicienne Brusano

## LES POSSIBLES

**De Virginie Grimaldi**

**Editions : Le livre de poche (2022)**

« Papa.

C'est le premier mot que j'ai su prononcer.

Un mot tout bête, qui sort sans qu'on y pense, sans demander la permission. Un mot comme un automatisme, comme une respiration. Un mot d'enfant, un mot d'amour.

Un mot comme un membre fantôme, qui fait mal quand il n'est plus là. »

C'est Juliane qui à la suite d'un incendie, accueille son père, Jean, chez elle. Quelques accidents, quelques oublis, quelques quiproquos qui sèment le doute dans son esprit. Finalement, le couperet tombe : maladie

neurodégénérative. Une deuxième rencontre qui sonne comme une chance de découvrir ce père qu'elle n'a que peu connu. Retrouver et perdre, il n'est point facile de les conjuguer ensemble.

### Quelques mots sur l'auteure :

Virginie Grimaldi est née en 1977 à Bordeaux où elle vit toujours. Traduits dans plus de vingt langues, ses romans sont portés par des personnages attachants et une plume poétique et sensible. Ses histoires, drôles et émouvantes, font écho à la vie de chacun.



## LA RÉVÉRENCE DE L'ÉLÉPHANT

**De Laura Trompette**

**Editions : Charleston (2021)**

Marguerite, Emmanuel et Roxanne, 3 protagonistes qui vont se trouver, s'unir et se réunir au cours d'un ultime voyage en Tanzanie organisé pour Marguerite. Marguerite, dame âgée dans son EPHAD cannois ayant affronté de multiples épreuves que lui a imposée la vie, atteinte d'un cancer, ne rêve que d'une chose : finir sa vie comme elle l'entend, en décidant où, quand et comment.

Emmanuel, son petit-fils, recueilli à la naissance, photographe animalier en Tanzanie et muré dans sa solitude, doit faire face à la demande de sa grand-mère.

Roxanne, ancienne joueuse de poker, qui a perdu récemment sa grand-mère, essaie de trouver un sens à sa vie en apportant du baume au cœur des résidents

de l'EHPAD où réside Marguerite.

### Quelques mots sur l'auteure :

Laura Trompette écrit depuis l'enfance et fait ses premiers pas d'auteure à 21 ans. Depuis, elle a publié huit romans, explorant avec succès différents genres littéraires. Son œuvre est traversée par les thématiques qui lui sont chères, l'indéfectible lien entre l'homme et l'animal, l'écologie mais aussi l'exploration des relations humaines, le deuil et la résilience, "La révérence de l'éléphant" a été finaliste du prix Goncourt des animaux en 2021, "Huit battements d'ailes" est son neuvième roman.



## AVEC LA VIEILLE DAME

**De Marie Gillet**

**Editions : l'Harmattan (2020)**

### Résumé par Nicole Wauters – ex volontaire en soins palliatifs

Un très beau livre, qui touche au plus étroit du cœur. Un livre qu'il faut souvent poser tant il émeut mais qu'on reprend très vite, sans pouvoir le lâcher ...

Ceux qui ont accompagné des proches en fin de vie, au-delà du raisonnable mais avec tellement d'amour, retrouveront avec émotion le vécu de la course contre la montre, l'épuisement, la douleur de l'impuissance, la révolte aussi parfois. La lecture de ce livre fait remonter, parfois avec violence, les souvenirs et les émotions ... jusqu'à la paix retrouvée, le calme intérieur après ces années qui marquent à jamais.

Tout est dit, et si bien, de ce qu'on éprouve dans ces moments-là : l'amour, certes, mais aussi l'impuissance,

la culpabilité, l'épuisement de ceux qui vont au-delà de leurs forces. Et puis après, parfois longtemps après, le long chemin pour se retrouver, se reconstruire ... Chemin qui peut prendre des détours inattendus mais aboutit à une réconciliation, à une paix profonde et même à la joie ? Tout cela écrit d'une belle écriture, comme porté par une nécessité intérieure. Ecrit en vérité mais avec tant de pudeur ...

### Quelques mots sur l'auteure :

Marie Gillet vit au bord de la mer, dans le Sud de la France. Enseignante pendant de longues années, elle se consacre désormais à l'écriture. Elle a publié plusieurs romans chez l'Harmattan : « Nous », « Avec la vieille dame », « Aussitôt que la vie ».





### EEN WARDIG LEVENSEINDE



**Auteur : Wim Distelmans**  
**Uitgeven : Houtekiet (2020)**

Deze volledig herziene vijftiende editie van “Een waardig levens einde” verheldert de ingewikkelde problematiek van het levens einde in België. Het geeft een integraal overzicht en bevat nieuwe informatie over de meest recente ontwikkelingen in de palliatieve zorg en de diverse beslissingen bij het einde van het leven zoals euthanasie. Het boek bespreekt de werking van LEIF, de diverse LEIF-punten, de LEIF-artsen, het LEIF-plan met haar LEIF-kaart en de noodconsultatie ULteam.

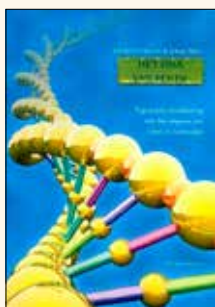
#### Over de auteur :

Wim Distelmans is kankerspecialist en professor in de palliatieve geneeskunde aan de VUB. In België was

hij een van de eersten die pleitte voor de erkenning van palliatieve zorg. Verder vocht hij doorheen zijn carrière voor het recht op euthanasie, waarvoor hij in 2003 de Arkprijs van het Vrije Woord in ontvangst mocht nemen.

Wim Distelmans is voorzitter van de palliatieve thuiszorg OMEGA, heeft samen met UZ Brussel het eerste dagcentrum voor ernstig zieken opgericht, genaamd TOPAZ, en ontwikkelde het LEIF-project. Het LEIF-project bestaat uit mensen en verenigingen die streven naar een waardig levens einde voor iedereen. Momenteel is Wim Distelmans voorzitter van de Federale Commissie Euthanasie.

### HET DNA VAN ROUW



**Auteurs : Gerke Verthriest en Johan Maes**  
**Uitgeven : Witsand (2017)**

Honderd jaar geleden schreef Sigmund Freud zijn “Trauer und Melancholie”, de eerste baanbrekende systematische studie over rouw. Zijn denken heeft de visie op rouw in onze cultuur sterk beïnvloed. Aan het eind van de twintigste eeuw ontstond echter een nieuw rouwparadigma, waardoor het standaardmodel van de 'rouwverwerking' onder vuur kwam te liggen.

De eigentijdse kijk op wat het is om mens te zijn en nieuwe inzichten op het vlak van hechting en rouw, veerkracht en coping, emotieregulering en betekenisgeving, leidden tot de constructie van nieuwe rouwmodellen.

De auteurs van dit boek, actief in de rouwhulpverlening, willen hun steentje bijdragen en ontwikkelden een driedimensionaal model, dat treffend geïllustreerd wordt door het beeld en de voorstelling van het menselijke DNA. In de eerste plaats willen ze een model aanreiken aan hulpverleners, opleiders, geestelijke raadgevers, coaches en al wie met rouwzorg begaan is, zodat zij wat meer houvast en grond hebben in het begeleiden van rouwenden met soms ingrijpende, ontwrichtende en complexe verlieservaringen. Het boek is ook een pleidooi om met meer mildheid en begrip open te staan voor de unieke manier waarop wij allen proberen betekenis te geven aan verlies als een universeel menselijke ervaring.

#### Over de auteurs

**Gerke Verthriest** heeft een zelfstandige praktijk als rouwtherapeute en experiëntieel-existentieel psychotherapeute. Ze begeleidt ook gespreksgroepen voor

rouwenden. Ze is als staf lid verbonden aan de opleiding Counseling in existentieel welzijn (KU Leuven) en is gastdocente in de postgraduaatopleiding Palliatieve zorg (Brussel en Lier) en Rouw- en verliesconsulent (Gent). Ze geeft de opleiding 'Zorgzaam omgaan met rouwenden' (Zorg-Saam vzw). Haar eerste publicatie over rouw verscheen in 1993, een artikel n.a.v. een onderzoek naar de effecten van de deelname aan een begeleidde gespreksgroep voor ouders die een kind hadden verloren door zelfdoding. Er volgden andere artikelen en boekbijdragen, zowel voor een breed publiek als voor specifieke doelgroepen.

**Johan Maes** is psycho-, rouw- en traumatherapeut en opleider en trainer in Vlaanderen en Nederland. Hij stond mee aan de wieg van de palliatieve zorg in Vlaanderen en was enkele jaren werkzaam als directeur van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Hij volgde opleidingen tot psychotherapeut en persootherapeut en begon in 1999 een zelfstandige praktijk. Hij publiceerde het eerste handboek over rouw in 2007, *Leven met gemis*. Samen met Evamaria Jansen schreef hij het boek. Ze zeggen dat het overgaat (achtste druk) en stelde samen met Harriëtte Modderman het Handboek Rouw, Rouwbegeleiding, Rouwtherapie. Tussen presentie en interventie (derde druk) samen. In 2015 publiceerde hij “Gehavend. Notities voor eigen-wijs rouwen”. Hij is verbonden aan de Arteveldehogeschool, als opleidingsverantwoordelijke van de postgraduaatopleiding Rouw- en verliesconsulent.

### UN LIVRE



#### **FUNÈBRE !**

**TOUR DU MONDE DES RITES QUI MENENT VERS L'AUTRE MONDE**

**De Juliette Cazes**

**Editions : TRESOR (2020)**

Avec une rigueur méticuleuse et un humour subtil, Juliette Cazes nous embarque dans une expédition pleine de rebondissements à travers le monde et ses traditions funéraires. Des cercueils en cage en Écosse, des têtes momifiées en Nouvelle-Zélande, des funérailles musicales à la Nouvelle-Orléans ou encore des inhumations célestes au Tibet... À ses côtés, découvrez dans la joie et la bonne humeur comment on cohabite avec les morts, ailleurs !

#### **Quelques mots sur l'auteure :**

Depuis 2017, Juliette Cazes vulgarise la mort sur son site à succès et sur la chaîne Youtube éponyme, Le Bizarreum. Forte de ses connaissances en archéologie et en anthropologie, mais aussi de ses nombreux voyages à travers le monde, elle y relève le défi d'aborder ce sujet tabou avec bienveillance, second degré et surtout, sans sensationnalisme. Funèbre ! est son premier livre.

### PODCAST



#### **Le « pré-deuil » ou comment notre inconscient nous prépare au deuil (2022)**

Evelyne Josse, psychologue et hypnothérapeute, spécialisée notamment dans l'accompagnement aux deuils et dans les traumatismes est interviewée par François, hypnothérapeute. Ils abordent ensemble la question du « pré-deuil », de comment notre inconscient met en place des mécanismes pour nous protéger, et de ce qui se joue aussi pour les « pré-endeuillés ».

<https://podcast.ausha.co/accompagner-le-deuil/evelyne-josse-le-pre-deuil-ou-comment-notre-inconscient-nous-prepare-au-deuil>



#### **Au revoir - Podcast de Sophie de Chivré (2020)**

Au Revoir Podcast est un programme consacré au deuil périnatal. « Avec nos invité-e-s - parents, professionnel-le-s, bénévoles - nous parlerons notamment de fausses-couches, d'interruptions médicales de grossesses, de morts fœtales in utero ou de disparitions de bébés de quelques jours. En avançant sur la pointe des pieds, le plus délicatement possible, nous essaierons de cerner les contours d'une épreuve encore taboue, bien souvent incomprise et dont certains aspects relèvent parfois de l'indicible. »

<https://podcasts.apple.com/fr/podcast/au-revoir-podcast/id1530804440>



## FILMS

### COMME DES FRERES De Hugo Gélin (2012)

**Avec François-Xavier Demaison, Nicolas Duvauchelle, Pierre Niney, Mélanie Thierry**



Depuis que Charlie n'est plus là, la vie de Boris, Elie et Maxime a volé en éclats. Ces trois hommes que tout sépare avaient pour Charlie un amour singulier. Elle était leur sœur, la femme de leur vie ou leur pote, c'était selon. Sauf que Charlie est morte et que ça, ni Boris, homme d'affaires accompli, ni Elie, scénariste noctambule et ni Maxime, 20 ans toujours dans les jupes de maman, ne savent comment y faire face. Mais parce qu'elle le leur avait demandé, ils décident sur un coup de tête de faire ce voyage ensemble, direction la Corse et cette maison que Charlie aimait tant. Seulement voilà, 900 kilomètres coincés dans une voiture quand on a pour seul point commun un attachement pour la même femme, c'est long... Boris, Elie et Maxime, trois hommes, trois générations, zéro affinité sur le papier, mais à l'arrivée, la certitude que Charlie a changé leur vie pour toujours.

### TOUT S'EST BIEN PASSE De François Ozon (2022)

**Avec Sophie Marceau, André Dussollier, Géraldine Pailhas**



Emmanuèle, romancière épanouie dans sa vie privée et professionnelle, se précipite à l'hôpital, son père André vient de faire un AVC.

Fantasque, aimant passionnément la vie mais diminué, il demande à sa fille de l'aider à en finir.

Avec l'aide de sa sœur Pascale, elle va devoir choisir : accepter la volonté de son père ou le convaincre de changer d'avis.

## DOCUMENTAIRE

### La loi sur l'euthanasie en Belgique a 20 ans (RTBF Investigation - 2021)

Chaque jour en Belgique, huit personnes meurent par choix, avec l'assistance d'un médecin. C'est encore aujourd'hui un des rares pays au monde où ce choix est possible. La loi qui encadre l'euthanasie a fêté ses 20 ans en 2022. L'occasion de faire le bilan de cette pratique que beaucoup de pays rejettent encore et que d'autres nous envient.

À l'heure où un million et demi de personnes en Belgique ont aujourd'hui plus de 70 ans et sont nombreuses à manifester ouvertement leur crainte de mourir dans la souffrance, la question se pose plus que jamais.

Que leur propose la loi en Belgique ? L'euthanasie serait-elle la seule façon d'éviter cette déchéance qu'ils redoutent ? Investigation a rencontré témoins et praticiens qui racontent leurs expériences, leurs certitudes... et leurs craintes.

<https://www.youtube.com/watch?v=LFovcwb4eVE&t=67s>



## FORMATION

### Formation en soins palliatifs pour Kinésithérapeutes

A tous les kinésithérapeutes souhaitant se former et/ou approfondir leurs connaissances en soins palliatifs, cette formation est faite pour vous ! 2 journées de temps théoriques et d'ateliers pratiques où seront abordés les symptômes liés à l'état général, respiratoire et psychologique du patient en fin de vie et le raisonnement clinique de leur prise en charge.

**Quand** 11 et 12 mars 2023  
**Pour qui** Les kinésithérapeutes  
**Où** À la faculté des Sciences de la Motricité à LLN (UCL)  
**Prix** 260 euros pour 2 jours  
**Programme complet:** <https://uclouvain.be/prog-2022-spki8fc>

## Demain je serai mort

*Demain je serai mort,*

*Ma vie me sera enlevée, par un infarctus, une embolie,  
un accident juste au coin de la rue, ou un choix face à l'angoisse qui me détruit ...*

*Demain je serai mort*

*Moi projeté dans l'inconnu,  
Toi jetée dans la tourmente.*

*Demain je serai mort ...*

*Mais aujourd'hui « Demain » a une date !  
Cela fait mal, cela libère.*

*Demain je serai mort ...*

*Alors qu'est-ce que je fais d'aujourd'hui ?  
Il y a en moi tristesse et tendresse.*

*Colère noire face à la déchirure annoncée.*

*Et une perspective précieuse pour t'exprimer ce qui au plus profond de moi  
ne pourra plus jamais se dire en ta présence.*

*Alors aujourd'hui ...*

*J'ai encore le temps de te dire combien la vie à ton côté est bonheur ; grâce d'être en ta présence.*

*Comme toute vie c'est mélangé, ébouriffé, chaotique :*

*À l'énervement d'un instant succède le rire,*

*A la fatigue due à tes comportements succède le bonheur  
de te sentir proche ...*

*Alors aujourd'hui ...*

*Nous sommes vivants.*

*Qu'allons-nous faire de ces moments qui nous sont donnés ?*

**Yves**



La persistance de la mémoire, Salvador Dalí, 1931



## Équipes de soutien de la Région de Bruxelles-Capitale Thuiszorgequipes van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Continuing Care	Rue Colonel Bourg, 104 A – 1030 Bruxelles info@continuingcare.be	02 743 45 90
Interface	Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles Interface-sc-saintluc@uclouvain.be	02 764 22 26
Omega (Néerlandophone)	Vander Vekenstraat, 158 – 1780 Wemmel info@vzwomega.be	02 456 82 03
Sémiramis	Rue des Cultivateurs, 30 – 1040 Bruxelles infisemi@semiramis-asbl.org	02 734 87 45

L'Equipe de Brusano  
vous souhaite une excellente année

2023

Het Team van Brusano  
wenst u een schitterend 2023



Nous vous annonçons pour cette année  
un Kairos nouvelle formule  
et l'arrivée d'une revue dédiée  
à l'organisation social-santé  
intégrée à Bruxelles



Naast een nieuwe formule voor  
Kairos kondigen we dit jaar ook een  
nieuw tijdschrift aan dat gewijd is  
aan de geïntegreerde welzijns- en  
gezondheidsorganisatie in Brussel





Vers des soins intégrés de proximité  
Op weg naar integrale buurtzorg

## Agenda

### FORMATION D'AUTOMNE 2023:

#### “Formation à l'écoute et à l'accompagnement en soins palliatifs pour candidats volontaires”:

Une nouvelle session de 8 journées commencera en septembre 2023, les dates sont encore à fixer.

Renseignements et inscriptions: BRUSANO

Inlichtingen en inschrijvingen: Tél.: 02 880 29 80

email: info@brusano.brussels

## Faites un don!

BRUSANO est financé par la Région Bruxelloise (CoCom). Toutefois un soutien financier pour nos projets et nos activités est plus que bienvenu. Si la « cause » si singulière qu'est la fin de vie vous interpelle et éveille votre fibre solidaire, nous vous invitons à faire un don à l'attention de BRUSANO asbl (n° d'entreprise est le 0711 719484) avec la communication « Don BRUSANO ».

### Coordonnées bancaires:

Banque Triodos  
IBAN: BE47 5230 8104 4080  
BIC: TRIOBEBB

Merci.

## Doe een gift!

BRUSANO is gefinancierd wordt door het Brussels Gewest (GGC). Voor de realisatie van onze projecten en activiteiten zijn wij echter nog op zoek naar bijkomende middelen. Wilt u ons steunen? Hiertoe vindt u het rekeningnummer van BRUSANO VZW. Ondernemingsnummer 0711 719 484. Mede-deling “Gift BRUSANO”.

### Bankrekeninggegevens:

Triodos bank  
IBAN: BE47 5230 8104 4080  
BIC: TRIOBEBB

Dank u.

Pour toutes vos questions concernant les soins palliatifs et la fin de vie/  
Voor alle vragen over palliatieve zorg en het levenseinde:

[www.brusano.brussels](http://www.brusano.brussels)

Helpdesk 02/880 29 80

### Crédits photos

P. 1, 20: © Marc De Moor  
P. 2-3: © Magritte Museum  
P. 5: © Ars Mundi  
P. 6: © My poster  
P. 8: © Wikiart  
P. 11: © Walmart  
P. 13, 28, 37: © Serge Callens  
P. 15: © Sabine Kyriakides  
P. 16: © Art Geist  
P. 18: © Adobe Stock Photo  
P. 19: © Wahoo Art  
P. 23: © King & McGaw  
P. 24: © Wikipainting  
P. 27: © Arthehistoria  
P. 31: © Art Expression  
P. 32: © Alamy

### Restons en contact | Blijf in contact



### Éditeur responsable

Verantwoordelijke uitgever

Dr Michel De Volder

### Coordination administrative Kaïros

claudine.hardy@brusano.brussels



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE  
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



### Pour votre info...

Si vous aimez lire Kaïros et souhaitez le recevoir par e-mail, envoyez-nous votre adresse électronique à info@brusano.brussels

### Voor uw informatie...

Wenst u onze contactkrant via mail te ontvangen? Bezorg ons dan uw mailgegevens info@brusano.brussels