

## SOMMAIRE / INHOUDSTAFEL

Editio / Voorwoord

« De la douleur à la souffrance » 1

Traitement de la douleur en oncologie 2

Douleur et anesthésiants 4

Les traitements kinesithérapiques et  
alternatifs dans le soulagement de la  
douleur 6

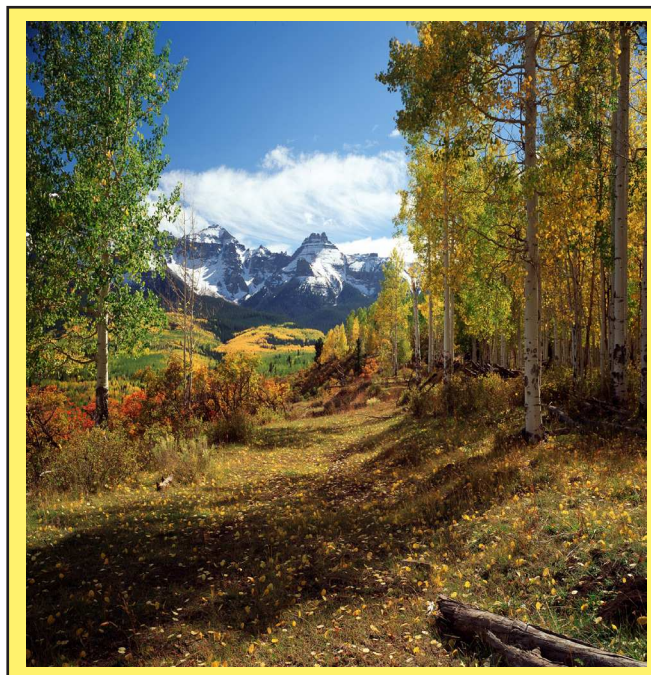
Témoignage de pratique kiné en équipe  
mobile de soins palliatifs dans le cadre de  
la lutte contre la douleur 7

Zorg voor spirituele pijn 8

Formation EOL pour médecins

Bulletin de liaison trimestriel  
de l'Association Pluraliste de Soins Palliatifs  
de la Région de Bruxelles-Capitale ASBL

Driemaandelijkse contactkrant van de  
Pluralistische Vereniging voor Palliatieve Zorg  
van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest VZW



# EDITO / VOORWOORD

La douleur, un symptôme qui permet d'orienter le diagnostic du médecin lorsque la maladie apparaît mais qui devient inutile lorsque l'évolution péjorative de l'affection est inéluctable. Il est nécessaire de lutter contre la douleur pour permettre au patient en soins palliatifs de conserver plus d'autonomie et de qualité de vie. L'origine et la raison de la douleur doivent être connues afin de mieux l'appréhender. La douleur est un ressenti individuel, une même cause pouvant provoquer des effets différents en fonction du contexte global de chaque patient. La douleur est personnelle, le soignant peut la comprendre mais ne peut jamais la partager avec le soigné. Le Kairos rapporte l'expérience de différents intervenants montrant combien une démarche interdisciplinaire peut être productive abordant concomitamment les multiples mécanismes qui provoquent la douleur et l'amplifient.

Deux notes importantes concernant les traitements par médicaments rappellent les réponses aux questions classiques : lesquels, quand comment et pourquoi ? Un article est consacré à l'emploi d'agents anesthésiques utilisables pour induire une sédation contrôlée ou une sédation terminale mais aussi pour réaliser une euthanasie. Quelle est la demande exacte du patient ? Idéalement, c'est conscient que celui-ci fait un choix et transmet une décision claire aux soignants. La situation ne le permet pas toujours, il faut pourtant agir. La bonne compréhension collective du pourquoi de l'administration d'une substance anesthésique par toute l'équipe qui assure la prise en charge mais également par l'entourage de celui qui va mourir est essentielle.

Ensuite, ces témoignages de kinésithérapeutes qui peuvent eux aussi concourir à l'amélioration du confort du patient, à l'adoucissement de sa douleur, par le massage, le toucher et certaines techniques de relaxation.

Enfin, l'approche spirituelle, qu'elle soit religieuse ou non, peut compléter l'accompagnement. Le respect des convictions d'un patient est primordial. Il impose à certains soignants de prendre du recul mais toujours d'assurer au mieux une présence positive et constructive auprès du sujet de leurs soins. La douleur doit être combattue. Si la mort est inexorable, la souffrance, elle, ne doit pas le rester.

Bonne lecture,



Pijn is voor de arts een symptoom die als basis dient voor zijn diagnose en belangrijk is bij de oriëntatie op het ogenblik dat de ziekte toeslaat niet meer nuttig als de pejoratieve evolutie van de aandoening onvermijdelijk wordt. Pijn moet worden bestreden zodat de palliatieve patiënt autonomie en levenskwaliteit kan behouden. Het is belangrijk om het ontstaan van pijn te kennen en te weten waarom hij ontstaat. Dit laat toe om hem beter te begrijpen. Pijnervaring is een individuele gewaarwording, afhankelijk van de globale en individuele context van elke patiënt kan eenzelfde oorsprong diverse effecten hebben. Pijn is eigen aan elke patiënt, de hulpverlener kan de pijn begrijpen maar mag hem nooit delen met de persoon die hij verzorgt. In deze Kairos komt de ervaring van de verschillende actoren aan bod en wordt duidelijk aangetoond hoe een interdisciplinaire demarche productief kan zijn als zij gelijktijdig meerdere mechanismes beschrijft die aan de basis liggen van de pijn en deze nog versterken.

Twee belangrijke artikels over de behandeling met medicatie brengen ons bij de klassieke vragen: welke, wanneer, hoe en waarom? Een van de artikels behandelt het gebruik van adequate anesthesische producten die aan de basis liggen van een gecontroleerde sedatie, een terminale sedatie en een euthanasie. Wat is de precieze vraag van de patiënt? Idealiter is het duidelijk dat hij een keuze maakt en deze duidelijke beslissing overbrengt bij de zorgverstrekkers. De situatie laat dit echter niet altijd toe, en toch moet er gehandeld worden. De goede collectieve verstandhouding m.b.t. het waarom van het toedienen van een anestetische substantie van het hele team die de zorgverlening op zich neemt en tegelijkertijd van de omgeving van de persoon die gaat sterven zijn essentieel.

De getuigenissen van de kinesitherapeuten komen nadien aan bod. Ook zij dragen bij tot het verbeteren van het comfort van de patiënt, tot het verzachten van zijn lijden, via massage, aanraking en sommige relaxatietechnieken.

Tenslotte brengt Kairos ons bij de spirituele benadering van pijn. Al dan niet van religieuze aard kan zij een begeleiding volledig maken. Het respect voor de overtuiging van de patiënt is primordiaal. Verzorgenden moeten ten allen tijde een positieve en constructieve aanwezigheid vrijwaren voor de zieke. Pijnbestrijding is noodzakelijk. Sterven kunnen we niet uitsluiten uit ons leven, lijden is echter niet uitzichtloos.

Veel leesgenot,

Pr Jean-Paul VAN VOOREN, Président/Voorzitter

## In memoriam

Claire Kebers-Mayer s'est éteinte paisiblement le 2 septembre 2011, à l'âge de 91 ans. Psychothérapeute, membre fondateur du Centre de Formation à l'Ecoute du Malade (CEFEM), Claire est l'une des figures belges qui aura contribué de manière significative à faire évoluer la pensée et les pratiques dans le domaine de l'écoute et de l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur famille au cours des dernières décennies. Si Claire, dotée d'une plume à la fois belle et accessible, nous laisse les fruits de son expérience professionnelle au travers nombre d'écrits, ici à la Plate-forme, elle nous laisse également le souvenir d'une femme à la fois humaine et dédiée à sa mission de formation, auprès de laquelle nous avons eu plaisir à travailler quatre années durant.

## « DE LA DOULEUR A LA SOUFFRANCE »

Monique Triffaux-Bruyère, Psychologue

« L'homme est avant tout *fondue en son corps* » - Descartes

La douleur est un problème fort complexe lié d'abord aux conditions précaires et limitées du vivant. Elle est éprouvée comme une agression inconnue jusque là et vis-à-vis de laquelle chacun réagit selon ses capacités. Il s'agit de perceptions sensorielles déterminées par des données anatomiques et physiologiques, mais aussi par la pensée et par des données psychologiques qui filtrent et agissent au travers d'un système nerveux intégré. La douleur se comprend dans la diversité à la fois des perceptions et des ressentis qui, eux, varient selon la personnalité, les différences sociales, culturelles et professionnelles. Elle s'inscrit de façon singulière et individuelle dans l'histoire d'une personne.

Nous savons aujourd'hui que la douleur ne se conçoit pas comme un phénomène impersonnel et strictement neurologique, mais plutôt comme un ensemble de mécanismes capables d'influencer le message douloureux et, dès lors, d'en nuancer le ressenti. C'est la personne tout entière qui ressent ce qui lui est pénible, qui mêle les messages de son corps et leur donne un sens. C'est pourquoi, pour agir contre la douleur, la chirurgie ou la pharmacologie ne peuvent être actives à elles seules.

Le degré de souffrance est modulé bien sûr par les interventions médicales, mais aussi par des procédures utilisant la parole ou les techniques du corps comme l'imagerie mentale, la sophrologie, l'hypnose, le yoga, la relaxation. Il s'agit de repérer et de mobiliser les ressources individuelles les mieux adaptées en cherchant celles qui soulagent le plus efficacement possible (usage raisonné de traitements conjoints, intervention pluridisciplinaire).

La douleur marque l'individu tout entier et déborde sur son rapport aux autres, au monde. Elle est donc souffrance. Elle est d'ordre émotionnel, du ressenti et agit comme une **effraction** ; c'est la mesure subjective de la douleur que le patient subit, avec des sentiments de perte de contrôle de soi, une brisure intérieure jusqu'au deuil de soi. La personne souffre du sens ou du non sens que sa douleur a pour elle et à laquelle elle consacre toute son énergie. Toute douleur mobilise une signification, une émotion ; la souffrance absorbe entièrement l'individu qui investit l'endroit du corps douloureux dans une tension qui est inappropriée et épuisante.

Dès que la douleur devient intolérable, que le malade n'arrive plus à la contrôler, qu'il n'est pas aidé par ses mécanismes de défense ou de protection, la souffrance apparaît, déborde et devient mutilante. Nous pouvons dire que la souffrance est de **l'ordre du subi**, de la perte et qu'elle étouffe les ressources ou les épuise en paralysant la pensée et en rendant pénibles les gestes quotidiens. De ce fait, la personne souffrante perd confiance en son corps, en elle-même et dans le monde ; elle perd sa propre estime et s'enferme.

La souffrance entraîne des conséquences physiques : diminution de l'immunité, incapacités fonctionnelles telles que difficulté de concentration, perte de l'intérêt pour les autres, sensation de détresse et angoisses. Sur le plan social, la souffrance diminue les activités relationnelles, augmente la dépendance, amène un désinvestissement des occupations professionnelles et familiales, fait perdre la libido, le goût de vivre, jusqu'au désespoir et au suicide avec des sentiments de culpabilité. Du point de vue spirituel, on observe une perte du sens de la vie, une perte ou un accroissement des croyances et un sentiment d'impuissance. Le désir de mourir accompagne la souffrance qui semble ne jamais devoir finir et le sentiment d'y être verrouillé sans retour possible.

Le souci des soignants est de soulager, de juguler la souffrance et de l'accompagner, en sachant qu'elle peut échapper aux tentatives de la cerner, de la dire, et qu'il demeure toujours une distance entre celui qui souffre et ceux qui ont accepté de prendre soin de lui. Nommer la douleur, lui donner une origine, une cause, expliquer un diagnostic peut aider le patient à penser son épreuve et, ainsi, la vivre comme moins insensée.

Evaluer la souffrance ne peut reposer que **sur le ressenti du patient**. Elle ne se prouve pas mais s'éprouve. Souffrir est un appel à l'autre et, si la communication est impossible, le toucher thérapeutique peut devenir un signal de solidarité dans une qualité de présence. En plus, le contact d'une personne signifiante ou affectivement investie peut restaurer une valeur personnelle au malade et désamorcer sa douleur.

Ecouter le malade et l'impliquer dans les soins peut lui donner le sentiment de pouvoir garder quelque chose de son autonomie. L'individu ne peut se réduire à une formule sociale ou culturelle, mais peut se comprendre à partir de ce qu'il fait, des influences qui pèsent sur lui. Chacun compose avec sa culture ambiante selon son propre style et son histoire personnelle.

Notons enfin que de nombreux comportements douloureux sont appris dans l'enfance et que, dès lors, il est important de laisser exprimer les souvenirs du climat affectif ayant régi l'enfance, ainsi que l'attitude des parents face aux soins donnés à l'enfant.

### Bibliographie

- R. GUEIBE, L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique, in « Mais où sont passées nos valeurs ? », Weyrich, Neufchâteau, 2010.
- I. MOLEY-MASSOL, Le malade, la maladie et les proches, L'archipel, Paris, 2009.
- M-C. ANDRIAENSEN, La personne âgée face au deuil, De Boeck, Bruxelles, 2009.
- C. CHILAND, Sois sage ô ma douleur, Odile Jacob, Paris, 2007.
- I. MOLEY-MASSOL, Relation Médecin – Malade, Datebe, Courbevoie, 2007.

## TRAITEMENT DE LA DOULEUR EN ONCOLOGIE

Pr Marie-Elisabeth Faymonville, Service d'Algologie - Soins Palliatifs, CHU Liège

Le traitement efficace d'une douleur cancéreuse doit d'abord s'appuyer sur une anamnèse détaillée de cette douleur (comportant l'évaluation de l'intensité, la description, la survenue...) et un examen clinique minutieux. La douleur cancéreuse est d'abord ce que le patient dit qu'elle est, et elle apparaît quand celui-ci dit qu'elle apparaît. Et, comme toute autre douleur, cette douleur est à la fois une sensation, une émotion, un comportement et une cognition.

La douleur cancéreuse peu ou mal contrôlée envahit progressivement les domaines affectifs, sociaux et spirituels, jusqu'à investir complètement le patient et ses proches. Chronique, elle ne laisse aucun répit, altère le sommeil et l'appétit, aggrave la fatigue et l'affaiblissement général. La douleur non contrôlée isole progressivement le patient et le fait glisser vers un véritable cercle vicieux où la douleur occupe une position centrale et devient « **douleur totale** ». De multiples facteurs concourent alors à l'aggraver : l'angoisse où se mêlent, sans hiérarchie possible, la peur de l'avenir, la peur de perdre sa dignité, et la colère – sentiment d'un sort injuste, mais aussi l'irritabilité de celui que la douleur épuise et le ressentiment ou la frustration que l'échec des thérapeutiques successives ne peut manquer de provoquer.

L'identification d'une douleur exige une véritable alliance thérapeutique, car certains patients (et même certains médecins) considèrent la douleur comme « accessoire » dans un tableau clinique qui met en jeu la survie du patient. Certains patients ne souhaitent pas « encombrer » les soignants de leurs plaintes et préfèrent les laisser se concentrer sur les traitements curatifs (si possible) encore disponibles pour eux. Pourtant, une bonne gestion des

symptômes douloureux participe largement à la qualité de vie des patients et peut même améliorer leur survie.

Des questions ouvertes comme « Parlez-moi de ce que vous ressentez... » ou « Comment vous sentez-vous ?... » permettent aux patients de se sentir écoutés en confiance et sans jugement.

### Approche de la douleur cancéreuse

#### Recueil des données :

- Anamnèse de l'histoire clinique et de la douleur actuelle ;
- Examen clinique ;
- Vérification des examens complémentaires réalisés.

Elaboration du diagnostic : d'autres investigations complémentaires (radios, scanners, IRM, biologies) seront réalisées si nécessaire.

#### Elaboration d'un plan thérapeutique :

- Information du patient
- Objectifs concrets :
  - amélioration du sommeil
  - amélioration des douleurs au repos
  - amélioration des douleurs lors d'activités de base

#### Suivi thérapeutique - faire évaluer la douleur (VAS) :

Avant toute prescription pharmacologique, le médecin doit faire une anamnèse détaillée pour déterminer le type de douleur (douleurs par excès de nociception, douleurs viscérales, douleurs neuropathiques ou mixtes) et trouver la ou les causes des douleurs oncologiques. Le tableau ci-dessous résume les causes les plus fréquentes d'une aggravation des symptômes chez le patient oncologique.

Source de la douleur	Contribution *	Comprend
Douleur causée directement par la tumeur	62 à 78 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invasion osseuse</li> <li>• Invasion des structures nerveuses</li> <li>• Obstruction d'un viscère creux ou d'un système tubaire de sécrétion d'un viscère plein</li> <li>• Obstruction ou invasion vasculaire</li> <li>• Ulcération ou atteinte de la muqueuse</li> </ul>
Syndromes induits par le cancer	<10 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromes paranéoplasiques – allodynie – hyperalgie</li> <li>• Douleur associée à l'affaiblissement (p. ex : constipation, ulcères de décubitus)</li> <li>• Neuropathie post-zostérienne</li> </ul>
Interventions diagnostiques / thérapeutiques	19 à 25 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur liée aux interventions (p. ex : biopsie, aspiration de la moelle osseuse)</li> <li>• Douleur postopératoire aiguë ou chronique (p. ex : syndrome post-mastectomie)</li> <li>• Post-radiothérapie, inflammation des mucosités, extravasation d'agents dans les tissus</li> </ul>
Douleur indépendante du cancer ou du traitement	3 à 10 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthrose, ulcères gastriques, abcès...</li> </ul>

\* La variation des pourcentages est due au sondage de patients cancéreux hospitalisés ou ambulatoires

Un arbre décisionnel simplifié pour l'utilisation des antidouleurs dans le traitement de la douleur cancéreuse fut proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1986 et cette « échelle thérapeutique » est actuellement encore préconisée.

**Le palier I** propose des médicaments tels que les anti-inflammatoires et le paracétamol pour le traitement de douleurs par excès de nociception d'intensité faible à modérée.

**Le palier II** propose des médicaments ayant un effet opioïde faible sur les récepteurs tels que la codéine, le tramadol, le dextropropoxyphène, la tilidine et la pentozocine. Ces médicaments sont prescrits pour des douleurs modérées à fortes.

**Le palier III** est destiné aux opioïdes forts ayant, suivant les substances utilisées, des effets sur les récepteurs  $\mu - \delta - \kappa$  et des effets anti NMDA. Ces médicaments sont prescrits pour les douleurs sévères à très sévères.

On y distingue :

- Sulfate de morphine
- Oxycodone
- Hydromorphone
- Fentanyl
- Methadone
- Buprenorphine

La prescription des médicaments des **paliers II et III** se fait à horaire fixe suivant la forme administrée et sa durée d'action :

« Immediate release » agit plus ou moins 4 heures

- Forme « retard » agit 12 heures
- Forme « uno » agit 24 heures
- Forme transdermique à changer tous les 3 jours (2 jours chez les patients maigres/cachectiques).

Le titrage d'un antalgique dépend non seulement de l'intensité de la douleur, mais aussi du type de douleur à traiter et des caractéristiques individuelles du patient. Trouver la posologie minimale efficace pour obtenir un soulagement continu de la douleur reste un défi pour tout clinicien qui travaille avec les patients oncologiques.

Le titrage de la morphine orale se base sur 1 mg/kg/jour, suivant la forme administrée. Ainsi, pour un patient de 60 kg, on administre 60 mg de morphine par 24 heures, c'est-à-dire que l'on propose 30 mg de MS Contin (durée d'action : 12 heures) matin et soir.

Chez un patient donné, une dose de 60 mg de sulfate de morphine équivaut à 25  $\mu\text{g}/\text{heure}$  de fentanyl (patch de fentanyl®, Durogésic® ou Matrifen®). Le patch se colle sur une peau saine et reste en place 3 jours. Si la douleur du patient est importante, en plus du patch, il faut donner un morphinique à résorption immédiate tel que MS Direct® 10 mg ou Oxynorm® 5 mg car l'efficacité du patch ne sera réelle que dans 6 à 8 heures après l'application.

**Oxycodone** : Agoniste des récepteurs  $\mu$ , kappa et delta. Il est 2 fois plus puissant que la morphine.

- Oxynorm® (4 heures d'action) : 5, 10 et 20 mg
- Oxycontin® (12 heures d'action) : 5, 10, 20, 40 et 80 mg.

**Hydromorphone** : Agoniste des récepteurs  $\mu$ . Elle est 7,5 fois plus puissante que la morphine.

- Palladone slow release® agit 12 heures (4mg – 8 mg – 16 mg – 24 mg)
- Palladone Immediate release® agit 4 heures (1,3 et 2,6 mg).

Chez certains patients, cette médication est mieux supportée, car pas de métabolites actifs (moins de somnolence, moins de nausées et/ou vomissements).

**Methadone** : Elle est 10 fois plus puissante que la morphine. La methadone est agoniste des récepteurs  $\mu - \delta$  et antagoniste des récepteurs NMDA.

- Mephenon® (5 mg – 10 mg) : une dose 2 ou 3 fois par 24 heures
- Méthadone sirop® ou suppositoire® à faire réaliser par le pharmacien, à une concentration mg/ml.

Ces médicaments sont intéressants chez les patients qui échappent aux thérapeutiques plus conventionnelles, mais le titrage nécessite une augmentation lente et peut durer une semaine.

**Buprenorphine** : Agoniste des récepteurs  $\mu - \delta$  et ORL1.

Le traitement débute avec ½ patch de 35  $\mu\text{g}/\text{heure}$  chez un patient qui utilise déjà la dose maximale de médicaments **palier II** (exemple : 400 mg/24 heures de tramadol).

Si le patient est sous morphinique **palier III**, considérer alors que :

- 25  $\mu\text{g}/\text{heure}$  de fentanyl® correspond à 35  $\mu\text{g}/\text{heure}$  de Transtec®
- 50  $\mu\text{g}/\text{heure}$  de fentanyl® correspond à 52,5  $\mu\text{g}/\text{heure}$  de Transtec®
- 75  $\mu\text{g}/\text{heure}$  de fentanyl® correspond à 70  $\mu\text{g}/\text{heure}$  de Transtec®.

D'après nos observations cliniques, une dose de 140  $\mu\text{g}/\text{heure}$  de Transtec® (2 patchs de 70  $\mu\text{g}/\text{heure}$ ) paraît être la dose maximale.

**Fentanyl** : Agoniste des récepteurs  $\mu$ .

Fentanyl transdermique en patch :

- Durogésic® patchs de 25, 50, 75 et 100  $\mu\text{g}/\text{heure}$
- Matrifen® patchs de 25, 50, 75 et 100  $\mu\text{g}/\text{heure}$
- Fentanyl Sandoz® patchs de 25, 50, 75 et 100  $\mu\text{g}/\text{heure}$ .

60 à 90 mg de morphine/24 heures : patch 25  $\mu\text{g}/\text{heure}$ .

## Ce que tout clinicien devrait appliquer en cas de douleur oncologique sévère :

- *Le traitement de fond de la douleur cancéreuse* se fait avec des médicaments à « effet prolongé », soit per os (Tramadol retard® ou uno®, MS-Contin®, Oxycontin®, Palladone slow release®), soit par la forme transcutanée patch : durée d'action de 72 heures ou 48 heures chez un patient cachectique.

- *Tous les patchs disponibles en Belgique sont des matrices* (donc on peut les couper en deux ou plus).

- Les formes « retard » peuvent être administrées par voie rectale via des suppositoires. Il ne faut jamais broyer ou couper une forme « retard » (sauf si sécable). On associe au traitement de fond la possibilité de prendre une médication à action rapide (Immediate release®, début d'action dans l'heure et durée d'action de 4 heures). La dose est adaptée en fonction de la dose du traitement de fond : 1/6 de la dose de 24 heures) à répéter en cas de besoin toutes les 4 heures.

- *Si plus de 5 interdoses de la forme rapide par 24 heures sont administrées*, il faut réadapter la dose morphinique de fond sur 24 heures.

- *La rotation de morphinique* s'impose si on doit fortement augmenter le dosage d'un morphinique en peu de temps pour obtenir un effet thérapeutique équivalent ou si 140 µg/heure de Transtec® ou 200-300 µg/heure de fentanyl ne soulagent plus efficacement le patient.

*La prise en charge de la douleur oncologique* peut devenir complexe et nécessiter une autre voie d'administration, par exemple la voie sous-cutanée ou intraveineuse, ou même une hospitalisation afin d'évaluer l'avancement de la maladie et parfois d'introduire des drogues par voie intraveineuse telles que dipidolor, ketamine, lidocaïne, sufentanil : en association avec des médicaments ciblant la douleur neuropathique tels que les antidépresseurs, les antiépileptiques et certaines benzodiazépines.

Une bonne gestion de la douleur oncologique nécessite un travail interdisciplinaire où les soignants discutent ensemble de la meilleure approche et mettent en balance les risques et bénéfices pour le patient.

## DOULEUR ET ANESTHÉSANTS

Dr François Damas, Anesthésiste, CHR La Citadelle

L'emploi d'agents anesthésiques pour soulager les douleurs ou les souffrances réfractaires est une possibilité offerte aux équipes soignantes pour traiter les patients qui traversent des phases particulièrement pénibles ou qui sont arrivés au terme de leur maladie. Ces agents anesthésiques sont utiles pour induire de la sédation. La sédation peut être plus ou moins prononcée, selon les circonstances, jusqu'à un état d'inconscience profonde semblable à une anesthésie générale.

Ce type de traitement auquel on a largement recours dans les services de soins intensifs et dans beaucoup d'unités de soins palliatifs reste encore méconnu ou sous-utilisé dans certains secteurs.

Certains patients cancéreux peuvent souffrir de douleurs majeures pour lesquelles les traitements antidouleur deviennent insuffisants. Ces douleurs sont souvent associées à d'autres souffrances (dyspnée, faiblesse générale) qui rendent insupportable la situation du malade. Le patient peut alors souhaiter être endormi pour ne plus avoir à souffrir de manière prolongée. Les agents anesthésiques peuvent être utilisés pour induire un état d'inconscience.

Mais il s'agit, pour l'équipe soignante, de bien comprendre la demande du patient :

1. Veut-il être endormi doucement pour être réveillé quelques heures par jour pour lui permettre encore de communiquer avec les siens et pour s'alimenter un tant soit peu ? On appelle **sédation contrôlée** cette

possibilité d'administrer les anesthésiques de manière prolongée mais intermittente.

2. Est-il arrivé à un stade où tout n'est plus que souffrance et désire-t-il être endormi sans plus être éveillé en arrêtant toute alimentation et toute hydratation? La sédation peut être utilisée dans la phase terminale d'une maladie fatale, de sorte que le patient ne reprenne plus conscience. On parle alors de **sédation terminale** quand on laisse le processus morbide suivre son cours inéluctable, en assurant un confort maximal au patient. Sous anesthésie, il ne souffre plus.

3. Souhaite-t-il une euthanasie vraie : le **choix conscient** du moment de sa mort ?

Le soignant doit aborder le malade avec ces questions en tête, avec tact, conscience et honnêteté. Ce sont ces questions qui démontrent la complexité de la tâche du soignant face à un malade en grande détresse. Elles constituent néanmoins la base indispensable de la réflexion du médecin pour orienter la stratégie thérapeutique en fonction de la volonté du patient. Et, depuis 2002, le médecin a la possibilité d'y répondre en pleine concertation avec le patient ainsi qu'avec son entourage.

Dans une grande proportion de cas, le dialogue entre le médecin et son malade n'est plus guère possible ou ne peut être que très partiel. Dès lors, la décision d'administrer des agents anesthésiques pour supprimer la conscience d'un patient ne peut être prise à la légère. Elle

impose une concertation entre l'équipe soignante et les proches du malade. Cette décision thérapeutique se base toujours sur la nécessité impérieuse de soulager la souffrance réfractaire du patient. Dans ce contexte, le traitement est prescrit clairement et en quantité adéquate pour atteindre le but poursuivi : le confort du malade. Il y a donc une adaptation posologique continue selon la réponse clinique, comme cela se pratique dans les sédations prolongées en unité de soins intensifs.

Il apparaît alors essentiel que chaque intervenant soit au courant des décisions thérapeutiques et des arguments qui ont conduit les responsables à les prendre. Car il faut adapter les prescriptions en fonction de l'évolution parfois rapide de la situation du patient. Et l'équipe infirmière et médicale, qui change au cours du jour, doit assurer la continuité et la cohérence des soins. Il faut aussi que ces décisions thérapeutiques soient parfaitement comprises par l'entourage dont la présence sera encouragée auprès du malade.

Car, un autre point essentiel dans la pratique de la sédation terminale, quand le choix en a été fait, est la prise en compte de la souffrance de la famille. L'équipe soignante ne peut pas ignorer le point de vue des témoins qui accompagnent le malade dans sa dernière étape. Pour la famille, le travail de deuil qui fera suite au décès sera influencé par la qualité de la prise en charge de la phase terminale traversée par le patient. C'est pourquoi les soignants doivent aussi être à l'écoute de la famille. La souffrance du patient agonisant, perçue comme telle par la famille, doit recevoir une réponse adéquate. Dans certains cas, il faudra augmenter les quantités de médicaments prescrites de manière à contrôler des symptômes très mal supportés par l'entourage.

Ce point fait l'objet de nombreuses controverses. La base éthique de cette manière d'agir reste pourtant fondamentale : le soulagement de la souffrance du patient qui ne meurt pas seul mais entouré par des proches. Il n'y a pas d'autre intention qui vaille. La controverse sur l'accélération du processus morbide par des médicaments, dans un contexte de phase terminale, n'a pas lieu d'être.

En pratique, le médecin a plusieurs médicaments à sa disposition. Elles appartiennent aux différentes catégories d'agents anesthésiants :

1. **Dormicum** : benzodiazépine administrée par voie IV, IM, SC, en bolus ou en perfusion continue. Profil thérapeutique large. Sédatif, hypnotique, myorelaxant, anticonvulsivant. Doses à administrer selon la réponse individuelle et selon le but poursuivi. Aucune limite posologique (commencer à 0,05 mg/kg/h à augmenter selon réponse)
2. **Phénobarbital** : barbiturique administré par voie orale ou IV. Sédatif, hypnotique, anticonvulsivant. Utile mais moins maniable que le dormicum. Durée d'action prolongée (Charge 10 à 20 mg/kg à répéter jusqu'à réponse; maintenance toutes les 6 à 12h)

3. **Propofol** : agent anesthésiant uniquement par voie iv en perfusion. Profil d'action intéressant : sédatif, hypnotique, antiémétique, anticonvulsivant. Très maniable car durée d'action courte sans effet cumulatif. Très coûteux (0,5mg/kg/h à 4 mg/kg/h voire davantage)
4. **Thiopental** : barbiturique. Agent d'induction d'anesthésie, de référence. Peut être utile malgré une maniabilité nettement moindre. Indication : convulsions réfractaires. Administré en perfusion continue (5mg/kg/h à 10 mg/kg/h)

On voit encore utiliser à tort les morphiniques à doses élevées pour induire une sédation. Ceux-ci sont des agents analgésiques et doivent être utilisés pour contrôler la douleur. Ce sont de mauvais agents sédatifs, car il faut les prescrire alors à des doses parfois invraisemblables et en induisant des effets secondaires désagréables (hallucinations, agitation paradoxale). La qualité de la sédation induite est en outre médiocre. Néanmoins, quand il s'agit de contrôler des douleurs réfractaires en prescrivant des agents anesthésiants, ce n'est pas le moment d'arrêter les antalgiques. L'association dormicum–morphine ou propofol–morphine (ou dérivés) est une association classique et recommandée.

La prescription est écrite clairement dans le dossier infirmier avec la mention explicite du but thérapeutique poursuivi (ex : induction d'un état de confort au prix d'une inconscience). La posologie doit être précise avec indication des paliers posologiques en fonction de l'évolution de la situation clinique ou de l'apparition ou non de symptômes de souffrance (ex : commencer une perfusion de morphine et de dormicum à la dose de 10 mg/h chacun, en intraveineuse continue. Augmenter par palier de 25% si signe de souffrance, précédé d'un bolus équivalent à la quantité de chaque substance administrée par heure. Evaluation pouvant donner lieu à un changement posologique toutes les 10 ou 15 minutes).

Il est parfois utile de prescrire les anesthésiants de manière anticipée au cas où une situation clinique se dégraderait de manière brutale mais prévisible. Cette façon d'agir permet de préparer l'équipe soignante à une réaction rapide et proportionnée quel que soit le moment où l'événement survient. L'anticipation peut diminuer l'angoisse des familles, celle du malade aussi bien que celles des soignants.

On comprend que la sédation en soins palliatifs est une décision lourde de conséquences. Elle doit être précédée d'une réflexion et d'une concertation dont la formalité et la transparence suffisent à prévenir les dérives qu'on reprochait aux fameux "cocktails lytiques" d'autrefois. Le rôle des soignants est donc d'accompagner activement les malades en détresse, de manière professionnelle, afin de soulager les patients et leurs familles de la phase si critique à laquelle arrive un trop grand nombre de malades.

## LES TRAITEMENTS KINESITHERAPIQUES ET ALTERNATIFS DANS LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Rosalie Giambrone, Kinésithérapeute

Dans l'approche de la douleur chez le patient palliatif, le kinésithérapeute dispose d'une large palette de techniques adaptables selon l'état physique et psychique du patient, qui peut parfois changer rapidement.

La technique de base est celle du **massage**. Le toucher est un besoin fondamental de l'être humain. Il est aussi un outil de communication qui persiste en toute fin de vie. Il permet d'établir une relation de confiance avec le patient. Le massage peut contribuer à rendre au patient, qui se sent parfois morcelé, une sensation d'unité corporelle. Il permet de diminuer la douleur, tant physique que morale, et de briser l'isolement. Le toucher « juste » doit s'adresser à l'humain dans sa globalité. Du point de vue de son effet antalgique, le massage prend une place importante. On lui reconnaît différents effets mécaniques locaux sur les adhérences cutanées et sous-cutanées, sur les contractures musculaires ou circulatoires. Mais l'effet antalgique principal paraît lié à son action sur les fibres nerveuses, les manœuvres étendues, peu appuyées, dont le rythme et la fréquence varient, déclenchant des influx dans les fibres de gros calibre A $\beta$ , mettant en jeu alors le « *gate control system* » avec effet inhibiteur sur les nocicepteurs. Associé aux huiles essentielles, son effet sera sublimé.

Une autre technique est le **drainage lymphatique** manuel (associé ou pas à la pressothérapie). Il permet de diminuer dans une certaine mesure certains œdèmes et donc de diminuer la douleur qui en découle.

Le mouvement « **infra-douleur** » est souvent introduit après le massage. Les mobilisations douces actives ou passives peuvent soulager les douleurs circulatoires ainsi que celles liées à l'ankylose des articulations. Cette technique peut aider le patient à garder une certaine autonomie dans la vie quotidienne, dans le respect de ses limites, en termes de douleur et fatigue.

La dyspnée, définie comme une respiration difficile, très inconfortable, responsable d'anxiété et de stress, est un symptôme difficile à gérer. La dyspnée et l'angoisse sont souvent liées, elles s'exacerbent mutuellement. On parle aussi de cercle vicieux entre douleur – angoisse – dyspnée.

Le rôle du kiné sera d'aider à se détendre, induire une « transfusion de calme », c'est-à-dire offrir une présence calme et sereine, rassurante et réconfortante. Il s'agira aussi d'aider à désencombrer au niveau respiratoire par les techniques les moins agressives (par ex. l'accélération

du flux expiratoire). Une éducation préventive à la **proprioception respiratoire** et à la (auto) **relaxation** peuvent permettre au patient de mieux réagir et de passer le cap d'une crise de dyspnée.

La relaxation et, à brève échéance, l'apprentissage de l'autorelaxation va permettre de diminuer la douleur en réduisant le niveau de stress et d'angoisse. Différentes techniques de relaxation existent : la décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique. Par exemple : le training autogène de Schultz permet d'atteindre un état de détente et d'obtenir une « déconnexion générale de tout l'organisme ».

Les électrostimulations transcutanées (**TENS**), encore appelées neurostimulations transcutanées, consistent en une méthode fréquemment utilisée chez le patient douloureux « chronique », mais moins en soins palliatifs, peut-être par l'aspect de la sensation désagréable que peut provoquer la stimulation électrique. Il existe plusieurs modes de stimulation en fonction des mécanismes inhibiteurs de la douleur que l'on souhaite mettre en jeu.

Le kiné peut aussi avoir recours à la **thermothérapie**. La chaleur a un effet antalgique lié à la réduction des contractures musculaires, à l'amélioration de la circulation sanguine, mais aussi a son action sur les mécanismes de contrôle de la douleur, en augmentant le seuil de perception de la douleur. Le réchauffement cutané et profond met en jeu le « *gate control system* » et favoriserait la sécrétion des substances endogènes morphino-mimétiques. Le froid agit de façon indirecte en réduisant l'œdème et les réactions inflammatoires.

Bien sûr, cette liste de techniques n'est pas exhaustive. En effet, il en existe d'autres que le kiné pourra proposer au patient en fonction de ses affinités et de ses spécialisations, comme la réflexothérapie, la fasciathérapie, le massage californien, le thaï shiatsu, l'haptonomie, l'acupression, l'aromathérapie... qui peuvent aussi être efficaces pour combattre la douleur.

### Bibliographie

- E. Bonaventure, « Le toucher, considérations théoriques et pratiques en unité de soins palliatifs », Mémoire, UCL, 1998.
- J. Noël, « Soins continus, soins palliatifs, la place du kinésithérapeute » et F. Verbist, « Les symptômes respiratoires en fin de vie », in *Kaïros* 7, avril 2002.



# TEMOIGNAGE DE PRATIQUE KINE EN EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Véronique Clajot, Kinésithérapeute

Il est difficile d'isoler la douleur des autres symptômes rencontrés chez les patients, tels que l'anxiété, le « mal-être » général, la souffrance globale.

Gardons à l'esprit en lisant ces lignes que notre prise en charge est (heureusement) plus globale et va toucher plusieurs sphères à la fois.

## Aromathérapie

Les huiles essentielles sont utilisées en application locale sans massage en cas de douleur localisée sur un point bien précis, lorsque le massage est contre-indiqué ou accentue les douleurs. En cas de bonne tolérance cutanée des huiles choisies, elles pourront être utilisées pures, sinon elles seront diluées dans une huile végétale de base qui permet une pénétration rapide telle que l'huile de noisette.

Lorsque le massage est indiqué, les huiles essentielles sont diluées dans de l'huile végétale d'avocat qui permet une bonne pénétration percutanée des principes actifs des huiles essentielles ainsi qu'un massage assez long.

La dilution fait l'objet de beaucoup de divergences selon les parutions. Notre stratégie pour obtenir un effet antalgique consiste, la plupart du temps, à réaliser un mélange entre 2 et 5% en un premier temps, évaluer les effets après 24 à 48h (à raison de 3-4 applications par jour) et augmenter la concentration si nécessaire. Nous ne dépassons pas 10% pour deux raisons principales : d'une part, l'odeur devient assez forte et peut être dérangeante dans l'atmosphère parfois confinée des chambres d'hospitalisation et, d'autre part, s'il doit y avoir un effet antalgique, il est bien souvent rencontré à des concentrations inférieures.

Une présélection des huiles essentielles est faite par nos soins en fonction de la nature ou de l'origine de la douleur (spasme, inflammation, œdèmes). Elles sont ensuite proposées au patient qui choisit celles qui lui plaisent au niveau olfactif. Il est clair que l'application de cette huile doit être en elle-même un soin agréable et non pas un traitement antalgique au sens strict du terme.

## **Les huiles essentielles fréquemment utilisées**

*Pour leur effet antalgique et anti-inflammatoire (notamment) :* Laurier noble, Gaulthérie couchée (wintergreen), Genévrier des montagnes, Eucalyptus citronné, Lavande vraie, Litsée citronnée, Verveine citronnée

*Pour leur effet analgésique, anesthésiant :* Camomille noble, Menthe poivrée, Giroflier

*Pour leur effet anti-spasmodique :* Estragon, Basilic exotique

*Pour leur effet sur les crampes et les contractures :* Encens, Ylang-Ylang, Marjolaine à coquille

*Pour leur effet décongestionnant drainant :* Hélichryse italienne, Lentisque pistachier, Cyprès toujours vert

*Pour leur effet sur les douleurs d'origine nerveuse :* Achillée millefeuille, Laurier noble

Cette liste n'est certainement pas exhaustive. Elle donne une petite idée du nombre de combinaisons possibles pour soulager la douleur.

## Relaxation et douleur

La relaxation peut être obtenue par différentes techniques : massage, réflexologie plantaire, Schultz...

La détente permet une respiration plus profonde, plus efficace, ainsi qu'un relâchement musculaire favorisant la diminution de la douleur.

D'autre part, le patient peut cesser de se focaliser sur la douleur et profiter de sensations agréables que le corps peut encore procurer.

## Toucher relationnel

Nous sommes parfois confrontés à des patients souffrant de douleurs très aiguës, pour ne pas dire violentes, où le massage n'a pas toujours sa place. Le délai d'action des substances pharmacologiques destinées à soulager le patient peut sembler durer une éternité pour lui mais aussi pour son entourage.

Il existe là un espace où l'on peut accompagner le patient par une présence calme et bienveillante, en posant simplement les mains sur lui au niveau de la zone douloureuse (ou ailleurs). Il ne s'agit plus de faire quelque chose, d'appliquer une technique, mais simplement d'être avec la personne pour traverser ces moments pénibles. Ne plus se sentir seul face à sa douleur peut alors lui permettre de s'apaiser de manière parfois instantanée (parfois pas). On peut alors observer que la respiration devient plus calme et plus ample, la crispation diminue, les gémissements s'arrêtent... Afin de maintenir cet état de présence consciente à l'autre et de non-intervention (il ne s'agit pas de vouloir ôter la douleur), nous appliquons notamment des principes de l'haptonomie ou encore du Reiki traditionnel Usui pour ne citer qu'eux.

Nous n'oublierons pas d'associer les proches qui montrent le désir d'accompagner eux-mêmes le patient à travers le toucher.

# ZORG VOOR SPIRITUELE PIJN<sup>1</sup>

Dr. K. Cornette<sup>2 3 4</sup>

Verschenen in Tijdsch. voor Geneeskunde, 57, nr.  
14-15, 2001

Op het einde van een volle studiedag het thema „spiritualiteit” aansnijden, is geen sinecure. Te meer omdat het hier over zeer persoonlijke zaken gaat, die men niet zo gemakkelijk in publiek prijsgeeft. „*Spiritual care is not a method, it is a way of life, a commitment to living meaningfully*”, schrijft Christine Longaker in haar boek *Facing Death and Finding Hope*<sup>i</sup>. Hoe dan spreken over een dergelijk onderwerp, zonder de band met het alledaagse leven te verliezen?

We dachten volgende vier onderwerpen te behandelen. Eerst wordt bepaald wat wij onder *spiritualiteit* verstaan. Vervolgens wordt het herkennen van *spirituele pijn* en haar verschijningswijze bij terminale patiënten besproken. Ten derde worden de mogelijkheden tot *zorg voor spirituele pijn* uiteengezet. En omdat we het niet alleen over pijn op spiritueel vlak willen hebben, wordt geëindigd met een stukje over *spirituele groei* die zowel bij palliatieve patiënten als bij hun verzorgers vastgesteld kan worden.

## Spiritualiteit als diepte-realisme van ons leven en werken

Het woord „spiritualiteit” roept bij velen het beeld op van kaarsen en ikonen, van yoga-beoefenaars en zwevende toestanden. Men ziet het spirituele gemakkelijk als iets dat losstaat van de dagelijkse werkelijkheid. Bijgevolg verwacht men ook niet dit begrip te horen uit de mond van zorgverleners die zich toch met „ernstiger” zaken bezighouden. Voor ons staat het woord „spiritualiteit” wel degelijk voor iets anders. Het is iets dat helemaal niet naast de andere dimensies van ons leven staat, maar er zich in inschrijft zodat het er onlosmakelijk mee verbonden is.

Stefan Van Istendael, in zijn boek *De achterkant van alle dag*, gebruikt hiervoor de term: „het *diepte-realisme* van ons leven en werken”, duidend op datgene wat in de diepte van onszelf leeft en ons fundamenten aanreikt om de realiteit aan te kunnen. Hij schrijft: „*Op bepaalde momenten beseffen we dat er meer is dan wat we onmiddellijk kunnen waarnemen, meer dan wat we kunnen begrijpen of controleren. Het is op die momenten alsof we merken dat de hele werkelijkheid niet gevat ligt in tijd en ruimte, de twee dimensies die ons bestaan omsluiten*”<sup>ii</sup>.

<sup>1</sup> Voordracht gehouden op de Therapiedag (7 oktober 2000) van de Vereniging van Geneesheren-Alumni van de Leuvense Universiteit in samenwerking met Farma-Leuven en Alumni-Lovanienses. Thema: “Begeleiding van het levenseinde”.

<sup>2</sup> U.P.C. St.-Kamillus, Bierbeek

<sup>3</sup> Vormingsdienst Guislain vzw, Broeders van Liefde, Gent

<sup>4</sup> Correspondentieadres: dr. K. Cornette, U.P.C. St.-Kamillus, Krijkelberg 1, 3360 Bierbeek

## Samenvatting

Het „*spirituele*” is geen domein dat losstaat van de dagelijkse werkelijkheid. Het gaat om het diepte-realisme van ons leven en werken, om het dragend grondvlak dat alles steunt en zin geeft. *Pijn* die als „*spiritueel*” gekwalificeerd mag worden, verschilt niet direct van fysische of psychosociale pijn.

Ze dient zich aan onder dezelfde vormen, maar wortelt dieper aangezien ze haar oorsprong vindt in welbepaalde stoornissen in het zingevend draagvlak. Spirituele pijn behoort tot het (eindige) leven en komt bij iedereen voor. Bij de terminaal zieke mens komt ze evenwel verhevigd naar boven, vanwege het definitieve en het radicale karakter van het afscheid. Zoals gedetailleerd in het manuscript kan ons model met *zeven indicatoren ter observatie van spirituele pijn* de aandacht voor dergelijke vorm van pijn vergroten. De *zorg* voor spirituele pijn zal altijd een homeopathisch karakter hebben: enkel wanneer de pijn naar boven wordt gebracht en doorleefd kan worden, zal ze zichzelf oplossen. Hier is dus geen pijn-„controle” (act van buitenaf) nodig; de pijn zelf moet de tijd krijgen om te groeien naar een nieuw inzicht. Om dit proces mogelijk te maken, zijn een aantal nieuwe *grondhoudingen* in onze zorgverlening nodig: verlangzaming, verzoening met het onvolmaakte en het kunnen vrijwaren van een „intieme afstand”. Wanneer de patiënt dwars door zijn spirituele pijn gaat, wordt spirituele *groei* mogelijk. Cicely Saunders, grondlegster van de Europese palliatieve zorg, geeft omtrent het begeleiden van dit proces enkele waarschuwingen mee. Deze waarschuwingen kunnen helpen om het gevaar van *spiritualisme* in de terminale zorg te omzeilen.

Wie het spirituele op een juiste manier in kaart wil brengen, moet een soort „derde dimensie” inroepen. Anders geformuleerd: een diepteperspectief in zijn denkkaders aanbrengen. Wij ontwikkelden een dergelijk perspectief in het *LUCAS-handelingsmodel* (fig. 1). Dit model is piramidaal van vorm en toont het spirituele als dragend grondvlak. Bekijkt men de piramide van bovenaf, dan ziet men een driehoek. Deze driehoek, de biopsychosociale driehoek, werd door Van Houdenhove ontwikkeld om artsen te leren hun patiënten terug te plaatsen in een ruimte begrensd door de pool van het fysische, het psychische en het sociale<sup>iii</sup>. De bedoeling was te leren zien hoe elke fysische klacht ook psychische en sociale gevolgen met zich meebracht, en vice versa. Elke patiënt (ook hij met tandpijn!) moest binnen de tweedimensionale ruimte van deze driehoek gezien worden; niemand stond erbuiten. Door nu deze driehoek naar beneden toe uit te rekken, bekwamen wij een piramide. De solide massa onder de driehoek verbeelde voor ons het *ontbrekende vierde terrein: het spirituele of het terrein van iemands draagkracht en zijn diepste verworteling in het leven*.

Om het met een beeld te zeggen: spiritualiteit is voor ons niet de kers op de taart: zij is veeleer als gist in het deeg. Zij maakt het deeg, zij maakt de werkelijkheid maar is als

zodanig niet onmiddellijk aanwijsbaar. Spiritualiteit heeft voor ons met een bepaalde manier van leven van doen, met een diepere kwaliteit die men in zijn handelingen weet te leggen, en niet met iets extra's dat men aan zijn handelen zou moeten toevoegen. In de kern heeft het spirituele te maken met wat iemand „zin” in het leven geeft (*vaak ook lichamelijk te zien: het doet de ogen blinken!*), met wat iemand drijft en motiveert om ondanks alles toch maar verder te doen. Zo kan voor de landbouwer de verbondenheid met de natuur een diepe spirituele bron zijn: zij roept het meest creatieve in hem wakker, zij bepaalt het ritme van zijn bestaan, zij troost hem in tegenspoed. Respect voor haar wetten beheerst zijn denken en doen totaal. Voor iemand anders zal niet de natuur, maar wel zijn gezin zijn spiritueel leven kleuren: een gescheiden vrouw bijvoorbeeld zal alles bouwen op haar kinderen; zonder hen zou het bestaan weinig of geen zin hebben. Voor het vervolg van dit artikel zullen we „spiritualiteit” of „het spirituele domein” steeds in die zin interpreteren: als de ruimere horizon waarbinnen mensen hun leven als zinvol ervaren.

### Het herkennen van spirituele pijn

Met het schema van hierboven kan ook uitgelegd worden waarin pijn op spiritueel vlak bestaat. Het gaat om pijn (*echte pijn!*), en wel ten gevolge van het niet onderkennen van noden op het onderliggende spirituele vlak.

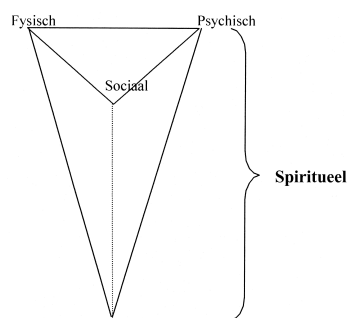


Fig. 1: Afbakening van het spirituele.

Deze pijn zal zich aandienen in de biopsychosociale driehoek onder de vorm van fysieke of psychosociale klachten, maar zal van de (normale) pijn verschillen, omdat ze haar oorsprong vindt in specifieke stoornissen in het zingevend draagvlak.

We denken hierbij aan een uitgetreden religieuze bij wie de terminale onrust medicamenteus niet te controleren was: haar onrust ging terug op de vaststelling dat ze haar leven verkeerd georiënteerd had en nu geen tijd meer had om bepaalde stappen nog te herstellen. De horizon die zin en uitzicht aan haar leven gaf, was dichtgeklapt: deze vrouw is uiteindelijk in een delirium gestorven.

Een andere term voor „spirituele pijn” is de term „*de pijn van het zijn*”. Deze term geeft onmiddellijk aan dat het om een pijnvorm gaat die met het (eindige en begrensde) bestaan meegegeven is: zij komt bij alle mensen voor (*dus ook bij wie niet terminaal is!*). Van de orde van het zijn zelf, is ze ook moeilijk te controleren van buitenaf. Veelal kunnen we niet meer dan ze te aanvaarden en samen te houden, in de hoop dat de getroffen er ooit door geraakt.

Een veel gehoorde vraag: heeft spirituele pijn bij terminale patiënten een eigen karakter? Ja en neen, kan hierop geantwoord worden. Het is enerzijds zo dat deze pijn herkenbaar blijft voor gezonde mensen: ze ligt in het verlengde van de normale spirituele pijn die bij het leven hoort. Anderzijds is ze qua proporties uitvergroot, zodat ze voor de omgeving toch vreemd overkomt. Zo zal iedereen die ooit een breuk- of verlieservaring in het leven heeft meegemaakt (bv. een relatiebreuk, een ouder naar een instelling brengen, een ontslag of een buis op school), die breuk wellicht ervaren hebben als een megafoon voor zinragen die voordien onderhuids leefden. Men begint zich op dergelijke momenten af te vragen waar men „au fond” mee bezig is geweest, het is alsof men zich plots niet meergeborgen weet in het bestaan. In dezelfde rij van verlieservaringen hoort ook de confrontatie met de eigen dood (het verlies van je eigen leven!) thuis... en toch is deze ervaring apart te bekijken, omdat ze een definitief én radicaal aspect in zich draagt. Ze is *definitief* omdat er geen reëel toekomstperspectief is (in andere verlieservaringen is dit perspectief er wel, ook al voelt men het niet!); ze is *radicaal* omdat men hier „hebben” en „zijn” samen verliest (in andere verlieservaringen verliest men ofwel iets/iemand, ofwel een stuk van zijn identiteit, maar nooit alles samen!).

Deze twee aspecten maken het verlies overrompend en totaal: de patiënt in kwestie verliest alle houvast. De spirituele pijn gegenereerd door dit verlies is van dezelfde orde: zij komt voor buitenstaanders in een soort limietsituatie terecht.

TABEL 1

#### Indicatoren voor spirituele pijn

1. Niet op gang komen / vastlopen van de levensbalans
2. Lijden aan wat nooit uitgesproken werd
3. Niet kunnen loslaten
4. Verlangen te sterven
5. Problematische schuld
6. Angst voor dood en hiernamaals
7. Verstoord zelfbeeld

Hoe kunnen we spirituele pijn observeren?

In tabel 1 worden zeven indicatoren aangegeven die op onderliggende spirituele pijn kunnen wijzen<sup>iv</sup>. Dit wordt telkens verduidelijkt met een casus.

### Het niet op gang komen of vastlopen van de levensbalans

Om het leven los te laten, moeten mensen het eerst nog éénmaal goed vasthouden. Daarom gaat zoveel energie in de laatste levensfase uit naar het verleden en het opnieuw bewonen van dit verleden. Er wordt gezocht naar de rode draad in alles wat men ooit heeft meegemaakt. Waar chaos zich aandient, trachten mensen deze al sprekende te herscheppen. Deze terugblik of „relecture”<sup>5</sup> verloopt evenwel niet altijd gemakkelijk. Soms stukt het verhaal en

<sup>5</sup> We kiezen bewust voor de Franse term, met de verwijzing naar de werkwoorden *relire* en *relier*: betekenisvolle ervaringen worden in de balans van het leven of de levensterugblik herlezen en met elkaar verbonden

blijven steeds maar dezelfde details terugkeren, een beetje zoals wanneer de naald van een grammofoon op eenzelfde groef blijft hangen. Dit laatste kan signaal van een dieperliggende, niet verwerkte existentiële crisis zijn.

Dit was het geval bij Martha. Ze had jaren op een boerderij gewoond en vond het jammer dat die ooit door haar man verkocht is geweest. De boerderij was een ideale vakantieplaats voor kinderen geweest. Steevast volgde hierop de beschrijving van de verschillende stallen en dieren. Een vrijwilligster die het verhaal voor de vijfde keer aanhoorde, slaagde er uiteindelijk in een deblokkering te bewerken door de vraag te stellen wat voor iemand haar man was. Snikkend kwam toen een ander verhaal. Dat hij zeer autoritair was en nooit haar mening vroeg. Erger nog, hij had nooit gewild dat ze kinderen kregen. Het verhaal van de boerderij maskeerde een diepere pijn: de pijn kinderloos te moeten sterven.

### **Lijden aan wat nooit uitgesproken werd**

Rond een sterfbed gebeuren veel ontboezemingen. Toch blijven er vaak emoties die in woord en gebaar niet te vatten zijn: omdat de tijd die rest te kort is of omdat de menselijke mogelijkheden tot expressie uitgeput raken.

Ik denk hierbij aan Louis. Elke dag kwam hij zijn vrouw op de palliatieve eenheid bezoeken, met een bos verse rozen in de hand. Op de vraag waarom hij dit deed, kon hij enkel een traan uit zijn ooghoek vegen. „Weet ge”, zei hij, „het doet zo’n zeer... geen bos bloemen is groot genoeg om te zeggen hoe graag ik haar zie”.

### **Niet kunnen loslaten**

In onze enquête bij Vlaamse palliatievezorgverleners kwam „het niet kunnen loslaten” als één van de meest voorkomende oorzaken van spirituele pijn naar voren<sup>v</sup> (5). Dit kan men binnen de huidige tijdsgeest gemakkelijk verstaan. De meesten willen hun leven volledig „controleren”: ze plannen, verzekeren en automatiseren zowat alles. De moderne westerse mens, zo wordt wel eens beweerd, kleeft aan zijn eigen projecten en relaties als een oester aan een schelp. Onze cultuur is een cultuur van hechting, niet van onthechting. Het is dan ook niet eenvoudig om op het einde van het leven de handen te openen, te ontvangen en los te laten, laat staan het leven zelf los te laten.

Zo denk ik aan Peter, een man met politieke ambities. Hij bleef woelen in zijn bed en klagen van de pijn... totdat hij wist dat zijn memoires gepubliceerd zouden worden. Het was voor hem ondraaglijk uit het leven te scheiden, zolang dit project niet afgerond was.

### **Verlangen te sterven**

Enigszins tegengesteld aan de vorige groep, zijn er ook de mensen voor wie de dood té lang op zich laat wachten. Zij sterven een innerlijke dood, reeds lang voor de biologische dood is ingetreden.

„Mijn koffers zijn gepakt”, zei Rita. „Ik sta nu op het perron, en wacht... en wacht.” Deze vrouw had van iedereen afscheid genomen. Haar begrafenis was tot in de puntjes geregeld. De laatste dagen waren voor haar uiteindelijk nog de pijnlijkste.

### **Problematische schuld**

Op het einde van het leven vallen heel wat façades weg. Er is het verlangen om in de waarheid te staan. Die waarheid wordt echter niet altijd op een dienblad

aangereikt: ze vergt een worsteling met zichzelf en met de omgeving. Diepe gevoelens van schuld moeten voldoende lang onder ogen gezien worden, vooraleer men er zich van kan bevrijden.

Zo was er Irma. Het klikte niet zo goed tussen ons. Toch bleef ik haar groeten telkens ik haar kamergenote ging bezoeken. Enkele weken later – naar aanleiding van het overlijden van haar kamergenote – vertrouwde ze met toe waarom ze het zo moeilijk had met mijn persoon: ze had een dochter van dezelfde leeftijd... gehad. Wat niemand wist, was dat ze zoveel jaar geleden abortus gepleegd had. Sedertdien leefde ze met de vraag of ze dit kind na de dood opnieuw zou ontmoeten en wat het haar dan zou zeggen. Zonder een afdoend antwoord op deze vraag, was het haar onmogelijk te gaan. In een gestalttherapeutisch rollenspel is toen voorgesteld dat ze zelf de rol van haar dochter zou vertolken. Ontroerend was het moment waarop Irma me toevertrouwde oprecht blij te zijn haar moeder terug te zien.

### **Angst voor de dood en het hiernamaals**

Het voorbeeld hierboven maakte alvast duidelijk dat er geen waterdichte schotten tussen de verschillende vormen van spirituele pijn staan.

Irma’s pijn was inderdaad moeilijk te controleren zolang haar schuld niet erkend en uitgeklaard was. Mede ten gevolge van deze schuldgevoelens kende ze echter ook een panische angst voor het leven na de dood en ook deze vroeg om een gedegen aanpak.

Naast de angst voor het hiernamaals is er bij terminaal zieken nog een andere angst: die voor de dood zelf. Hoe irrationeel het ook mag klinken, veel patiënten zijn ervoor beducht levend begraven te worden, opgegeten door de wormen of verteerd door de vlammen. Deze angst is – precies vanwege zijn irrationeel karakter – moeilijk bespreekbaar. Ook aan de kant van de zorgverlener zijn er dikwijls barrières: wie onvoldoende met de eigen dood verzoend is, zal deze angst niet (h)erkennen en er de patiënt bijgevolg ook moeilijk uit bevrijden.

### **Een verstoord zelfbeeld**

In onze cultuur scoort een gezond en mooi lichaam goed. Het ligt dan ook niet voor de hand op korte tijd veel te vermageren en al je haar te verliezen.

„Wie ben ik nog?”, hoor ik Karla – kapster en terminale aidspatiënte – uitroepen. „Ik weeg nog 35 kg, kan met moeite een borstel vasthouden en zie eruit als een levend lijk.”

Net zoals Karla identificeren veel mensen zich met hun lichaam, hun job of hun functie in de maatschappij. Waarin bestaan zij nog, wanneer deze zaken tot een minimum herleid zijn? Wie of wat schenkt deze mensen nog een gevoel van zelfwaarde, als zij met hun naakte ik geconfronteerd worden? Belangrijke vragen waarop de doorgedreven aandacht van zorgverleners veelal woordeloos een antwoord biedt.

### **Zorg voor spirituele pijn**

Genoeg over spirituele pijn. Wat kan er concreet aan verholpen worden? Belangrijk is hier de waarschuwing van dr. Saunders, oprichtster van het eerste hospice in Engeland, voor ogen te houden. Zij schrijft: „Nadat we ons ten volle ingespannen hebben om fysische pijn en symptomen onder controle te krijgen, zouden we er

gemakkelijk toe verleid kunnen worden om de spirituele pijncomponent op dezelfde manier aan te pakken. Alleen een klein deel van de spirituele pijn, met name de onrealistische angst – en schuldgevoelens, kan gecontroleerd worden; het overgrote deel zal maar oplossen als ze naar boven gebracht en doorleefd kan worden, als de pijn zelf de tijd krijgt om te groeien naar een nieuw inzicht („*The very pain itself may lead to resolution or a new vision.*”)<sup>VI</sup>. Met andere woorden: hier is een „homeopathische” aanpak van de problematiek vereist: men bestrijdt niet, maar laat bestaan of dient van hetzelfde nog een stukje toe. Denk aan wat spontaan gezegd wordt aan iemand met groot verdriet: „Ween maar eens goed door. Het zal je deugd doen.” Op eenzelfde manier zullen we bij een vrouw als Irma in bovenstaande casus de schuldgevoelens niet wegknippen. Integendeel, we gaan ze – misschien voor het eerst! – recht in de ogen kijken en samen proberen uit te houden.

Over de wijze waarop dit dient te gebeuren, kunnen weinig of geen technieken of recepten aangereikt worden. Het is een zaak van intense aanwezigheid bij de ander, van grote luisterbereidheid en van respect<sup>6</sup> voor diens levensverhaal. We kunnen wel wijzen op *een aantal grond(!)houdingen* (mooi woord als we weten dat het spirituele vaak verborgen is!) die men in het dagelijks leven kan inoefenen, en die de zorgverlener zullen toelaten om dicht bij het innerlijk leven van de patiënt te komen. We hebben het hier meer bepaald over *de drie V's: verlangzaming, verzoening met het onvolmaakte, en het vrijwaren van een „intieme afstand”*.

### **Verlangzaming**

De wereld van de terminale patiënt is een wereld die verschaalt in tijd en ruimte. Zijn leefritme stopt op het hier en nu. Hij heeft geen drukke agenda meer: hij hoeft niet meer te hollen van de ene activiteit naar de andere. Wie deze wereld wenst binnen te treden, dient de tijd niet zozeer als „chronos” (de materiële tijd aangegeven door het uurwerk) te beleven dan wel als „kairos” (de innerlijke tijd, de tijd van het hart en de onvermoede kansen). Men moet durven verwijlen bij wat zich aandient: ook al is het maar één minuut, die ene minuut ten volle benutten. Men moet de beschikbare tijd willen „bewonen”: weigeren samen te vallen met wat men „nog te doen” heeft. Deze grondhouding kan op verschillende plaatsten ingeoefend worden: wanneer men moet wachten in een file, in een station, in een winkel. Men kan op zo'n momenten kiezen: of men maakt zich druk, of men gebruikt de gegeven tijd om zich te ontspannen en de omgeving te observeren. In de zorg voor zwaar zieke mensen is het belangrijk een eigen „*prière de paillason*” (letterlijk vertaald: een *deurmatgebed*) te ontwikkelen: zoals mensen hun voeten afvegen wanneer ze ergens binnenkomen, zo zouden ze ook moeten leren hun binnenkant af te vegen telkens wanneer ze van de ene zware situatie naar de andere gaan. Dit kan heel

eenvoudig: door een moment stilte in acht te nemen, door even de ogen te sluiten en te denken aan een mooi landschap, of door een gebedsformule of mantra te citeren.

### **Verzoening met het onvolmaakte**

Palliatievezorgverleners leven vaak op de pieken van het bestaan. Zij delen hevig verdriet en intense vreugde van de mensen met wie zij beroepshalve in aanraking komen. Toch moeten zij met beide voeten op de grond blijven staan. Zij moeten oog en oor blijven hebben voor het banale, omdat door dit banale heen signalen kunnen verschijnen die wijzen op dieperliggende pijn. Het is daarom belangrijk dat zij in hun dagdagelijkse bestaan – ook in hun gezin! – leren om te gaan met alles wat niet „af” is. Ze moeten op een of andere manier het onvolmaakte zien uit te houden, en dit zowel bij de ander als bij zichzelf. Door dagelijkse training kan een zekere mildheid groeien voor „het gewone”, „het grijze”, of noem het „het chaotische” van ons bestaan. Een mildheid die ook zal doorstralen op de werkvloer. Patiënten hoeven voor deze zorgverleners niet langer sensationele dingen te vertellen; in het filigraan van hun gewone verhaal zullen op den duur elementen van spirituele pijn en spirituele vreugde oplichten.

### **Vrijwaren van een „intieme afstand”**

Over de vraag hoe dicht men op emotioneel vlak bij een terminale patiënt mag komen, is reeds veel inkt gevloeid. Het is onze overtuiging dat men zo dicht bij een patiënt mag komen, als men op een bepaald moment bij de eigen emoties kan. De mate waarin mensen hun eigen onmacht of angst kunnen voelen en ermee omgaan, bepaalt ook de mate waarin zij bij de onmacht of angst van de ander aanwezig kunnen zijn. In die zin dient de term „de juiste afstand” *reflexief* verstaan te worden: ze dient naar de eigen persoon teruggekoppeld te worden. Over de juiste afstand kan onzes inziens niet in algemene termen gesproken worden: zij is geen vooraf bepaalde eenheid; zij zal wisselen naargelang de zorgverlener, de situatie van de patiënt en het tijdstip in hun beider levensloop. De psychologe Marie de Hennezel lanceerde hiervoor de term „intieme afstand”: er klinkt voor de zorgverlener een oproep in door om continu een innerlijk werk te voltrekken, om af te dalen in het eigen diepste zelf en te zien wat daar aan emoties leeft<sup>vii</sup>(7). Of om het met een boutade te zeggen: goede palliatievezorgverleners dienen niet alleen „in team” te kunnen werken; zij moeten ook „intiem” met zichzelf kunnen zijn. Hiermee werd de derde grondhouding aangereikt, die mits enige oefening, kan helpen om spirituele pijn naar boven te laten komen.

### **Spirituele groei**

Wanneer men samen voldoende lange tijd de diepste pijn tracht uit te houden, *kan* het gebeuren dat mensen in een terminale situatie tot innerlijke groei komen. Ze verzoenen zich met de situatie, ze filteren hun voorbije leven en geven de essentie door, niet zelden verpakt in puntige levenswijsheden: „*Dokter, in het leven is het de liefde die telt...*”. „*Ik denk, dokter, dat we hier zijn om te*

<sup>6</sup> Afkomstig van het Latijnse woord *respicere* (achteromkijken): we respecteren iemand wanneer we zijn of haar volledige biografie – en niet alleen het laatste hoofdstuk! – in acht nemen

leren wat zorgen voor mekaar betekent...” Dit gebeurt zeker niet bij alle terminale patiënten – sommigen sterven al vloekend! –, maar wanneer een dergelijke groei voorvalt, kan de zorgverlener alleen maar de handen openen en dankbaar ontvangen. Dan wordt waar wat in het logo van het St. Christopher’s Hospice is afgebeeld (fig. 2).



Fig. 2: Logo van het St. Christopher's Hospice in London.

In dit logo staat de H. Kristoffel (patroon van de reizigers) symbool voor de zorgverlener die als opdracht heeft de patiënt op zijn laatste reis te begeleiden. Wadend door een stroom (deze van het oncontroleerbare lijden) blijft hij de zieke dragen tot die veilig de overkant heeft bereikt. Daarna laat hij los... Om dit dragen van mensen op spiritueel vlak te bevorderen, geeft dr. Saunders enkele belangrijke waarschuwingen mee<sup>7</sup>. Zij heeft het achtereenvolgens over *het belang van competentie, van nederigheid en van teamwerk*.

### Competentie is troost

Palliatieve zorg mag op geen enkel moment verworden tot TLC („Tender Loving Care”); zij moet op alle terreinen (ook het spirituele!) streven om ELC („Efficient Loving Care”) te zijn. Belangrijk hierbij is dat het uiteindelijk criterium voor succes en efficiëntie niet ligt in wat de zorgverlener op medisch vlak nog kan bereiken, maar in wat de patiënt op innerlijk vlak nog kan bereiken – ook al takelt hij of zij lichamelijk verder af. In die zin doet competentie volgens dr. Saunders deugd: wanneer zij ertoe bijdraagt dat de innerlijke mens zich van dag tot dag, van uur tot uur nog kan hernieuwen.

### Nederigheid is noodzaak

Spirituele groei is iets wat men kan bevorderen, nooit afdwingen. In feite kunnen zorgverleners niet meer dan de weg vrij maken van obstakels. Of de patiënt een bepaalde richting inslaat, behoort tot diens vrijheid. Vandaar Saunders’ stelling dat in de relatie tussen patiënt en zorgverlener iets (Iemand?) passeert waarover men uiteindelijk geen controle heeft.

### Alles is teamwerk

In goedbegrepen palliatieve zorg dient men zich steeds bewust te zijn dat men deel uitmaakt van een groter geheel: niemand treedt op als individu. Elk succes – maar ook elke mislukking! – is het gevolg van teamwerk. Dit derde gegeven stemt eveneens tot nederigheid. Het

<sup>7</sup> In ons proefschrift becommentarieerden we meerdere van haar stellingen inzake spirituele groei bij stervenden. Hier beperken we ons tot drie waarschuwingen. CORNETTE K.

Met de adem van het leven. Een theologische lezing van de spirituele zorg in Palliatieve settings. Leuven, 1998:21-37 (met bibliografie aldaar

bevrijdt mensen van een overtrokken verantwoordelijkheidsgevoel: niemand hoeft de patiënt alleen te dragen naar de overkant!

### Besluit

Palliatievehulpverleners dienen dringend handvaten aangereikt te krijgen om rond deze 4<sup>e</sup> dimensie in de zorg effectief aan de slag te gaan”.

Zij dienen te weten hoe deze pijn geobserveerd kan worden en welke specifieke aanpak ze vergt.

Vorming op dit terrein zal vooral bestaan in het inoefenen van bepaalde grondhoudingen. Ingebouwd in de bestaande zorgverlening zullen deze toelaten dat men in de diepte van het verhaal van de patiënt binnengelaten wordt, en vervolgens samen op weg kan gaan.

Wanneer men tijdens vorming en training volgende drie zaken vooropstelt: competentie, het werken in teamverband en nederigheid ten opzichte van de groei van de patiënt, kan *spiritualistische* zorgverlening (een zorgverlening waarin spiritualiteit niet verankerd is, niet als diepte-realisme beleefd wordt) vermeden worden.

### Nota van de auteur

**Vormingsaanbod:** SPIRITUELE ZORG VAN, VOOR EN DOOR HET TEAM

**Doelgroep:** artsen, verpleegkundigen, psychologen, pastores, moreel consulenten, sociaal werkers, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, vrijwilligers, ...

**Data:** maandag 21 en dinsdag 22 november 2011 van 9u30 tot 16u30

**Docent:** Katrien Cornette, dr. in de praktische theologie, hoofd van de pastorale dienst U.P.C. Sint Kamillus Bierbeek, gastdocent spiritualiteit HUBrussel

**Locatie:** Het Rustpunt, Burgstraat 46, 9000 Gent. Wie dat wenst kan overnachten in het mooie gastenkwartier. Gelieve hiervoor zelf contact op te nemen met [info@rustpunt.net](mailto:info@rustpunt.net)

**Inschrijving:** Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, [www.palliatief.be](http://www.palliatief.be)

### Literatuur

<sup>i</sup> LONGAKER C. Facing Death and Finding Hope. A Guide to the Emotional and Spiritual Care of the Dying. Londen: Arrow, 1997. In vertaling: Het licht van afscheid. Amsterdam: De Boekerij, 1998.

<sup>ii</sup> VAN ISTENDAEL S. De achterkant van alledag. Tiel: Lannoo, 1998

<sup>iii</sup> VAN HOUDENHOVE B. Begrippen van medische psychologie en psychopathologie. Leuven: Acco, 1999: 4-5.

<sup>iv</sup> CORNETTE K. Spirituele zorg in palliatieve settings. Een bevraging van Vlaamse palliatieve zorgverleners. Leuven: LUCAS, 1997: 51-53.

<sup>v</sup> CORNETTE K. Spirituele zorg in palliatieve settings. Een bevraging van Vlaamse palliatieve zorgverleners. Leuven: LUCAS, 1997: 44-47.

<sup>vi</sup> SAUNDERS C. Spiritual Pain. Palliat Care 1988; 4: 29-32.

<sup>vii</sup> DE HENNEZEL M. La mort intime. Paris: Lafont, 1995: 189-190. Verder uitgewerkt in: DE HENNEZEL M. L’art de mourir. Paris: Lafont, 1997: 114-115, en in een artikel (in vertaling verschenen): DE HENNEZEL M. De intieme afstand. In: Palliatieve Zorg, Tijdschrift van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen 1997; 4: 8-9. Ter verduidelijking: de „intieme dood” is de dood in de eerste persoon, de dood die elk van ons ooit raken zal: in onze geliefde, onze kinderen, en tenslotte in onze eigen lichamelijkheid. Dit is een andere dood dan de dood in de derde persoon: de dood die we op het televisiescherm zien en die ons *au fond* onverschillig laat.

# FORMATION EOL DESTINEE AUX MEDECINS

Durée de la formation de base : 25 heures

Après un premier module d'introduction d'une durée de 4 heures, suivent cinq autres modules (25 heures au total) alternativement à Bruxelles et à Liège dans l'ordre et aux dates indiquées ci-après. L'accréditation en éthique et économie a été demandée. La participation aux frais est de 100 €.

Au terme du programme de formation de base, une formation continuée régionale est aussi prévue sous diverses formes.

## Programme 2011-2012

### 1. Introduction générale: les législations relatives à la fin de vie

Bruxelles, 22 octobre 2011 (9h. à 13h.)

Modérateur: Dominique Lossignol

Institut Jules Bordet (Amphithéâtre Tagnon – niv. -1)

Bd de Waterloo (Porte de Hal) - Bruxelles

### 2. Décisions et soins en fin de vie

Liège, 3 décembre 2011 (9h. à 13h.)

Modérateur: François Damas

CHR de la Citadelle

### 3. Les aspects pratiques

Bruxelles, 28 janvier 2012 (9h. à 13h.)

Modérateur: Dominique Lossignol

Institut J. Bordet (Amphithéâtre Tagnon)

### 4. Communication (jeux de rôles)

Bruxelles, mars 2012 (un samedi de 9h. à 13h. à préciser)

Modérateur: D. Razavi

Centre d'Action Laïque Campus de la Plaine ULB

### 5. Le patient et son entourage

Liège, 28 avril 2012 (9h. à 13h.)

Modérateur: François Damas

CHR de la Citadelle

### 6. Conclusions et table ronde avec F. Damas, M. Englert, J. Herremans, D. Lossignol, D. Razavi,

Bruxelles, juin 2012 (un samedi à 9 h. à préciser)

Institut J. Bordet (Amphithéâtre Tagnon)

## Inscription

Secrétariat LEIF-EOL c/o A.D.M.D. rue du Président 55-1050 Bruxelles

Tél.: 02 502 04 85

Fax: 02 502 61 50

E-mail: info@admd.be

Site Internet: [www.admd.be/medecins.html](http://www.admd.be/medecins.html)

Association Pluraliste de Soins Palliatifs de la Région de Bruxelles-Capitale ASBL  
Pluralistische Vereniging voor Palliatieve Zorg van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest VZW

Chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles  
Leuvensesteenweg 479, 1030 Brussel

Tél.: 02 743 45 92

Fax: 02 743 45 93

E-mail: [info@palliabru.be](mailto:info@palliabru.be)

Site: [www.palliabru.be](http://www.palliabru.be)

Pour votre info...  
Voor uw informatie...

Si vous aimez lire Kaïros et souhaitez le recevoir par e-mail,  
envoyez-nous votre adresse à [info@palliabru.be](mailto:info@palliabru.be).

Merci pour votre confiance.

Wenst u onze contactkrant via mail te ontvangen ? Bezorg ons dan uw  
mailgegevens a.u.b. --> [info@palliabru.be](mailto:info@palliabru.be).

Dank u voor uw vertrouwen.

Avec le soutien de la COCOM Région de Bruxelles-Capitale  
Met de steun van de GGC Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Comité de Rédaction Kaïros Redactiecomité:

Pr JP Van Vooren, Dr Marie-Christine Payen, Dr. Patrick Bastaerts, Serge Marchal.