

Sommaire

Nouvelles de la plate-forme	
Une équipe de psychologues à l' APSPB	2
Panorama des formations à Bruxelles	3
Agenda	6
Rubrique éthique et psychologie	
Deuil anticipé ou anticipation du deuil	7
Les associations de soins palliatifs en Belgique	11
Adhésion 2002	13
Espace sponsors	
Nutricia	14
Janssen-Cilag	15
Asta-Medica	16

Editorial

Déjà le mois d'octobre ! Pour beaucoup d'entre nous les vacances d'été semblent bien loin... La rentrée demande une bonne dose d'énergie, et octobre nous ouvre ses portes avec ses merveilleuses couleurs d'automne. Nous voici enfin prêts pour entrer dans le vif du sujet.

Dans cette édition de *Kairos*, nous vous proposons un panorama le plus complet possible des formations à Bruxelles. Chacun peut y trouver sa place. Vous pourrez également découvrir un très beau texte sur le deuil, écrit par Mr Serge Marchal, que nous tenons à remercier ici pour son écoute et son magnifique travail de synthèse.

Le prochain numéro de *Kairos*, à paraître en janvier 2003, sera consacré aux équipes mobiles intra-hospitalières de soins palliatifs sur Bruxelles-Capitale.

Bonne lecture à tous.

L'équipe de coordination

Nouvelles de la plate-forme

Une équipe de psychologues à l'APSPB

L'Association Pluraliste de Soins Palliatifs de Bruxelles-Capitale dispose actuellement d'une équipe de deux psychologues cliniciennes à mi-temps depuis avril 2002 : Mmes Geneviève Cléda et Valérie Duvivier. Un(e) troisième les rejoindra bientôt. Ces psychologues interviennent gratuitement. Une participation de 2,5 €, contre délivrance d'un reçu, est demandée pour chacun de leurs déplacements.

Quel est le rôle de ces psychologues ?

Il consiste en un soutien psychologique à destination des malades atteints d'affection incurable, en phase palliative, de l'entourage proche des patients, des soignants, ou des équipes soignantes, confrontés à la problématique des patients en fin de vie.

Chaque psychologue est encadrée par une structure pluridisciplinaire de soins palliatifs, désignée par le conseil d'administration de l'APSPB.

Qui peut contacter les psychologues de l'APSPB ?

Les médecins traitants, le personnel médical et paramédical prenant en charge des malades atteints d'affections en phase palliative, mais aussi les familles ou les patients.

Comment contacter les psychologues ?

Il suffit de s'adresser à l'association où une permanence téléphonique est assurée pour les demandes de prises en charge :

du lundi au vendredi, entre 10h et 12h, au 02 743 45 92.

En dehors de ces heures, vous pouvez aussi envoyer votre demande par fax au 02 743 45 93, ou par e-mail : palliatif.bruxelles@skynet.be

Pour compléter l'équipe de coordination l'APSPB recherche :

Un(e) employé(e) administratif(ve), bilingue français/néerlandais, CDI 28h/semaine.

Connaissances en secrétariat, Word, Access, Internet

Adresser CV et lettre de motivation manuscrite à Mme la présidente Dr Desmedt

Association Pluraliste de Soins Palliatifs de Bruxelles-Capitale

Chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles

L'accompagnement bénévole à domicile

Pour des passages difficiles de la vie - Un profil détaillé

Brochure de 36 pages éditée par l'asbl SIRIUS « Accompagner la vie »

Vous pourrez l'obtenir auprès de Sirius asbl, 2 Impasse St Maurice, 5590 Chevetogne

Prix : 2 € (+1 € de frais de port), à verser au 001-3460197-89

Tél et fax : 083 / 21 24 94

E-mail : sirius@swing.be

Formations 2002-2003 à Bruxelles

Pour médecins

❖ D.E.S. inter-universitaire en soins continus et palliatifs

Les facultés de médecine de l'Université Catholique de Louvain, de l'Université Libre de Bruxelles et de l'Université de Liège organisent un cycle de formation pouvant aboutir, après évaluation, à la délivrance d'un diplôme d'études spécialisées (DES) en soins continus et palliatifs.

Formation d'une durée minimale d'un an avec cours théoriques, stage de 6 mois à plein temps ou 1 an à mi-temps, et rédaction d'un travail scientifique.

Adresser les candidatures par écrit à l'un des membres du comité pédagogique :

- ✓ Pr Body, Institut Bordet, ULB, jj.body@bordet.be
- ✓ Dr Desmedt, Cliniques Saint Luc, UCL, desmedt@onco.ucl.ac.be
- ✓ Pr Doyen, Cliniques Mont Godinne, UCL, chantal.doyen@sang.ucl.ac.be
- ✓ Pr Giet, CHU Liège, ULG, d.giet@ulg.ac.be
- ✓ Pr Lamy, CHU Liège, ULG, mlamy@chu.ulg.ac.be
- ✓ Pr Roger France, Cliniques Saint Luc, UCL, roger@infm.ucl.ac.be
- ✓ Pr Van Vooren, CHU Erasme, ULB, jpvanvoo@ulb.ac.be

❖ Cancer et Psychologie

Avenue de Tervuren 215/14, 1150 Bruxelles

Tél : 02 / 735 16 97

E-mail : canceretpsybxl@belcast.be

*"Jusqu'ou aller ?" Formation accréditée rubriques 2 et 6 (30 unités chacune)
les 22 mars, 5 avril, 17 mai et 14 juin 2003, de 9h30 à 13h.*

❖ Société Scientifique de Médecine Générale, SSMG,

Rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles.

Tél : 02 / 533 09 80

E-mail : ssmg@ssmg.be

*Nouveau cycle 2002-2005 de trois années de formation en soins palliatifs dans le cadre du projet
RAMPE (réseau d'aide en médecine palliative extra-muros).*

*12 ateliers de 3 heures, à raison de 4 ateliers par an, par groupes d'une dizaine de médecins
généralistes, avec accréditation.*

Gratuit pour les membres de la SSMG.

Gratuité de la visite du médecin traitant pour un patient palliatif

Depuis le 1^{er} juillet 2002, les patients ne paient plus le ticket modérateur pour les visites à domicile effectuées par le médecin traitant. Ces visites sont indiquées au moyen de codes spécifiques dont le médecin a été informé par une circulaire de l'I.N.A.M.I.

Au préalable, le médecin aura transmis au médecin conseil de la mutuelle, une demande d'indemnité forfaitaire (le forfait palliatif de 483.39 €). Cette indemnité couvre les frais de médicaments et les dispositifs d'aides et de soins divers.

Pour paramédicaux

- ❖ **Centre de Perfectionnement en Soins Infirmiers (CPSI)** : Tél : 02 / 762 34 45
Avenue Hippocrate 91, 1200 Bruxelles E-mail : cpsi.bxl@sec.cfwb.be
« Soins palliatifs », « Algologie »
Formation en 20 jours, les vendredis de 9h à 17h.
2 cycles par an, de septembre à février et de janvier à juin.

- ❖ **Ecole d'Ergologie** en collaboration avec le réseau **IRIS** (Interhospitalière Régionale des Infrastructures de Soins). Inscriptions auprès de l'école d'ergologie :
Mr J. Hofmans Tél : 02 / 650 53 59 E-mail : jahofman@ulb.ac.be
Pour le personnel IRIS, inscriptions auprès de Mme H. Mora Tél : 02 / 543 78 12
E-mail : helene.mora@iris-hopitaux.be
« Soins continus et palliatifs »
Formation en 23 jours d'octobre à avril, les mardis de 9h à 16h30.

- ❖ **IEPS de la Communauté française Evere** Tél : 02 / 555 19 51, E-mail : secretaria@iepsEvere.be
"Sensibilisations en soins palliatifs"
Formations continues pour le personnel soignant et infirmier des maisons de repos et de soins

- ❖ **ISCAM**, Institut supérieur pour les carrières auxiliaires de la médecine
218 Rue du Trône, 1050 Bruxelles Tél : 02 / 646 67 28
« Initiation interdisciplinaire en soins palliatifs »
13 modules répartis en 9 samedis de novembre à mai
Pour toutes disciplines.

- ❖ **Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI)** : Tél : 02 / 764 39 60
Secrétariat de l'ISEI : www.isei.be
« Oncologie, qualité de vie et soins palliatifs »
Année de spécialisation pour infirmiers gradués,
1 an d'études, possibilité d'étalement sur 2 ans.

- ❖ **Université Catholique de Louvain (UCL)** : Tél 02 / 764 47 11
Ecole de Santé Publique, pavillon des conférences,
Clos Chapelle aux Champs 19, 1200 Bruxelles E-mail : dominique.pironet@infm.ucl.ac.be
« Soins palliatifs et qualité de vie »
Modules de base, 8 samedis de septembre à mai
Pour médecins et paramédicaux

- ❖ **Sensibilisations en soins palliatifs « intra-muros »**
Mme Anne Goethals, Tél : 02 / 269 95 86
Mme Martine Hannicq, Tél : 02 / 344 11 72
4 modules de base, puis 5 modules d'approfondissement
Modules spécifiques (personnes handicapées mentales)

Accompagnement en fin de vie

❖ **Aremis** : Chaussée de Boondael 390, 1050 Bruxelles

Tél : 02 / 649 41 28

Tél : 02 / 649 18 64

"Le soignant face à la maladie grave et à la mort"

Formation en 5 jours (une semaine) de 9h à 17h.

"L'intervenant face à l'autre", *Formation en 3 modules, 16 jours*

Module 1 : Aspects médicaux et infirmiers ; Module 2 : Aspects sociologiques et psychologiques de la maladie ; Module 3 : Aspects somatiques et psychologiques de la mort

"Le soignant face à son miroir", *Formation en 3 modules, 12 jours*

Module 1 : Gestion du stress ; Module 2 : Communication ; Module 3 : Emotions

❖ **Centre d'Accompagnement des Mourants (CAM)** :

Boulevard de Waterloo 106, 1000 Bruxelles.

Tél : 02 / 538 03 27

Formations personnalisées sur demande

❖ **Cancer et Psychologie** :

Avenue de Tervuren 215, 1150 Bruxelles.

Tél : 02 / 735 16 97

"Se former ... pour accompagner l'autre"

Formation de base à l'accompagnement en fin de vie

Ecouter et répondre

Sens de la vie, sens de la mort

Une mauvaise nouvelle : quel accompagnement ?

Pertes, séparations et deuils

Accompagnement en soins palliatifs.

❖ **Centre de Formation à l'Ecoute du Malade (CEFEM)** :

Avenue Pénélope 52, 1190 Bruxelles.

Tél : 02 / 345 69 02

"Formation de base à l'écoute et l'accompagnement des personnes en fin de vie"

Formation en 3 modules, 12 jours

Module 1 : Ecoute ; Module 2 : Face à soi-même ; Module 3 : Face à l'autre

Espace - atelier pour enfants et adolescents endeuillés

Lieu de jeux et de paroles, un samedi par mois de 14h à 17h,
animé par deux psychologues spécialisés dans ce type d'approche.

Organisé par Cancer et Psychologie (☎ 02 / 735 16 97)

Pour tout renseignement, contacter Delphine Bauloye au 02 / 647 70 13.

Agenda

- **Samedi 12 octobre 2002 : Journée d'étude sur le thème « Démence et soins palliatifs », de 8h30 à 16h30, à Namur.**

Renseignements au 081 / 43 56 58, Association de Soins Palliatifs en Province de Namur

- **Vendredi 8 novembre 2002 : 12^{ème} journée de perfectionnement en soins palliatifs de l'ACN, de 8h30 à 16h, à Bruxelles**

Centre culturel de Woluwe St Pierre, av. Charles Thielemans, 1150.

Renseignements au secrétariat de l'ACN : 02 / 762 56 18

- **Jeudi 14 novembre 2002, à 20h : Soirée d'information sur la kinésithérapie en soins palliatifs, à Bruxelles.**

Le groupe de réflexion « Kinésithérapie et soins palliatifs » de l'Association Pluraliste de Soins Palliatifs de Bruxelles-Capitale, organise une soirée d'information et de sensibilisation.

Cette soirée, sur inscription, se déroulera à l'APSPB, Auditorium - salle des conférences, 479 Chaussée de Louvain, 1030 Bruxelles.

Renseignements et inscriptions à l'Association : ☎ 02 / 743 45 92

Programme :

"Situation des soins palliatifs à Bruxelles"

Dr Marianne DESMEDI, oncologue Unité de Soins Continus Saint-Luc

"Situatie van palliatieve zorg in Brussel",

Mr Frédéric VERBIST, kinésithérapeute

"Champs d'actions et place du kiné dans une équipe mobile hospitalière de soins continus"

Mme Joséphine NOËL, kinésithérapeute, Cellule de Soins Continus CHU Erasme

"La kinésithérapie à domicile en soins continus et palliatifs"

Mme Ingrid LECLERCQ, kinésithérapeute Aremis hospitalisation à domicile

"Le travail en équipe pluridisciplinaire dans une unité résidentielle"

Mme Négari Badii, unité de soins supportifs, Institut Bordet

- **Samedi 16 novembre 2002, de 9h à 13h : 2^{ème} colloque sur les soins palliatifs en maisons de repos et de soins "L'évaluation de la douleur chez la personne âgée"**

Ce colloque s'adresse aux directeurs de MR/MRS, aux médecins coordinateurs, aux responsables de fonctions palliatives en MRS, et aux médecins traitants en MRS.

Renseignements et inscriptions à l'APSPB : ☎ 02 / 743 45 92

Programme :

"Comparaison entre les soins palliatifs en maisons de repos et de soins et à domicile"

par le Dr M. HUYLEBROECK, médecin coordinateur de la MRS Carpe Diem

"Aspects psychologiques de la douleur"

par Mme G. CLEDA, psychologue de l'APSPB

"Les voies sous-cutanées dans le traitement de la douleur"

par le Dr B. FIGA, médecin coordinateur de la MRS Schweitzer

"L'évaluation de la douleur chez la personne âgée. Doloplus 2 : un modèle d'échelle comportementale"

par le Dr Bernard WARY, géronto-palliatologue, CHR Thionville (France), collectif Doloplus.

Le colloque se déroulera à la Résidence SCHEUTBOS, Rue de la vieillesse heureuse 1, 1080 Bruxelles

Une accréditation est demandée, rubrique 6, éthique et économie.

Rubrique éthique et psychologie

Deuil anticipé ou anticipation du deuil

Serge Marchal, psychologue, Centre d'Accompagnement des Mourants, Bruxelles.

"*Depuis que mon épouse est morte, pardon, je veux dire depuis qu'elle est malade*" Ce lapsus est un indice de ce que nous appelons couramment le deuil anticipé. L'homme qui s'exprime ainsi a vécu difficilement les nombreux traitements de son épouse, atteinte d'un cancer gynécologique en phase terminale. Si ce mari attentif est bien présent, quelque chose du lien avec son épouse est déjà mort comme s'il avait déjà vécu une partie du deuil de celle-ci.

Tout comme ce conjoint chacun de nous vit l'événement avant qu'il ne se produise. L'anticipation, comme concept et objet d'étude est étonnamment discrète en sciences humaines. Il faut attendre la contribution majeure de Vaillant (1992) pour que l'anticipation accède au statut de « mécanismes de défenses adaptatives ». L'anticipation est décrite comme « un mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant l'expérience des réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un événement futur potentiel ou encore en envisageant de manière réaliste les réponses ou les solutions alternatives » Vaillant (1992). Nous pensons que le concept d'anticipation peut être utile à la compréhension du deuil précédant le décès. Ce besoin d'anticiper met en évidence le désir d'appréhender l'avenir de nos liens. Tout au long de notre existence, nous tissons d'innombrables liens avec les personnes, et ce d'ailleurs souvent à notre insu. La mort d'une personne significative nous enlève cette sécurité et fait naître en nous anxiété et tristesse.

Le déclin, la mort lente d'un proche âgé ou atteint d'une maladie incurable peuvent entraîner un deuil anticipé. Souvent la mort est annoncée par une maladie devenue grave avant de se révéler maligne. Le travail de deuil a commencé précisément lorsque l'idée de la mort est venue à l'esprit et qu'elle a été confirmée par le médecin. L'état du patient s'aggravant, la réalité s'impose, mais souvent la famille va essayer de tout entreprendre afin d'enrayer le cours de l'évolution fatale. La mort n'est pas seulement un ultime accident de la vie somatique, elle est aussi un événement psychique. La perte majeure étant celle de sa propre existence, le deuil anticipé sera d'abord une tâche du mourant. C'est un dernier travail que tout être doit accomplir au cours de ce passage qu'est le trépas (de M'Uzan, 1977). Les proches sont aussi susceptibles de vivre le deuil anticipé. Le concept fut introduit par le psychanalyste américain Lindemann (1944). Dans certaines circonstances, ce deuil anticipé peut arriver à son terme avant même la mort de l'intéressé. Ceci a été constaté pendant la guerre chez certaines femmes de soldats qu'on croyait morts, qui en avaient fait le deuil et qui n'ont pas retrouvé leur ancien attachement à leur retour. Le deuil anticipé est habituellement défini comme le travail de deuil que l'on fait pour se préparer à une perte (Reed, 1974) ou comme le deuil exprimé avant une perte perçue comme inévitable (Carr, 1985). Il est spécifique parce qu'il commence alors que la personne est toujours en vie. Le deuil anticipé se réalisant progressivement, le sujet risque moins de se sentir submergé par la peine ou par le chagrin lorsque le décès survient, ce qui semble réduire le risque d'un deuil pathologique (Mormont, 1992). Certains auteurs différencient le deuil anticipé du pré-deuil (Pillot, 1986) Pour certains, l'appellation « deuil anticipé » est inappropriée, la nature et l'existence du concept sont même controversées, Glick, et al. (1974), Silverman (1974). Nous ne développerons pas ici cette discussion théorique, mais l'article qui s'y rapporte peut être obtenu dans sa forme complète auprès de l'auteur. Il nous semble que le deuil anticipé « englobe les processus consistants non seulement à faire son deuil, mais aussi à faire face à la situation, à interagir, à planifier et à se

réorganiser, lesquels processus se trouvent amorcés ou stimulés à la fois par la conscience de la perte imminente et par la reconnaissance des pertes associées, que celles-ci soient présentes, passées ou futures » Rando (1986).

Le concept de deuil anticipé n'est donc pas un concept unitaire mais plutôt multidimensionnel défini autour de deux pôles, autour de trois temps et intégrant au moins trois types de variables. Le conjoint évoqué ci-dessus était déjà aux prises avec des pertes passées comme le fait que son épouse n'est plus la femme vigoureuse qu'il avait connue. Il réalisait que son épouse trop préoccupée par sa propre santé se désintéressait de tout. Il réalisait que cette épouse était devenue un être fragile, sur qui il ne pouvait plus compter, susceptible de mourir n'importe quand. Il anticipait enfin les pertes futures comme le fait qu'ils ne pourraient pas prendre leurs vacances dans le Midi. Le deuil de son épouse était bel et bien commencé comme en font d'ailleurs foi ses lapsus répétés.

Les enjeux de l'intervention

L'idéal d'une mort chez soi peut être réalisé. C'est la tâche à laquelle nous nous attelons auprès des patients et de leur famille. C'est avant tout Georges qui va être confronté au difficile accompagnement de son épouse. C'est vers lui que vont converger nos efforts afin de lui rendre son deuil futur moins abrupt. Après plusieurs années d'espoir et de déceptions, Georges va connaître les pénibles fluctuations d'un deuil anticipé. Son épouse n'est pas encore morte, mais elle est supposée mourir rapidement. Quelques jours après le premier entretien, elle va mieux, et cette amélioration pousse son mari à croire de nouveau à une période de répit. Georges est constamment partagé entre des représentations de sa situation prochaine de veuf et la réalité d'un homme âgé et épuisé passant ses journées au chevet de son épouse. Pour les proches, celui qui décède est une mère, un enfant, une épouse. Aucun de ces liens n'a débuté dans les circonstances que nous connaissons en tant que professionnel des soins palliatifs. Nous ne pouvons prétendre intervenir dans un vécu relationnel dont nous ne savons pas grand-chose. Cependant nous devenons témoins d'une signification fondamentale de ces liens. Leur histoire aboutit devant nous à son terme. On sait combien ces derniers instants sont riches en derniers souhaits, en retrouvailles, en sentiments d'abandon, en culpabilité.

Celui dont nous supportons si mal la mort après tant d'amour est également celui dont nous avons souhaité le plus souvent, au plan inconscient, l'élimination. Chez Georges, cette culpabilité provenait d'un souhait de mort formulé secrètement qui le délivrerait enfin des tâches et de la charge écrasante que constituait cet accompagnement. L'intervenant peut aider le sujet, en le rassurant sur le caractère normal de cette culpabilité, qui est à la fois compréhensible et acceptable, à condition qu'elle ne débouche pas sur des actions de représailles. Le sujet pourra se sentir rassuré aussi si on lui montre que son hostilité peut cohabiter avec des sentiments authentiques et profonds d'attachement. Il arrive que le sujet réagisse à sa culpabilité en redoublant de zèle, ce qui l'amène bien souvent à dépasser ses limites en termes d'énergie. Lorsque cela se produit, l'intervenant pourra aider le sujet à prendre conscience du phénomène et à se réajuster en conséquence. Pour opérer ce réajustement et donc pour réduire son implication et prendre un peu de temps pour lui-même, le sujet aura souvent besoin de recevoir la permission de la part de l'intervenant. Celui-ci ne devrait pas hésiter à confirmer la légitimité de ce besoin et à encourager le sujet à se donner un peu répit. Georges comprit qu'il devait tenter de reprendre une vie personnelle minimale. À mesure que son épouse perdait progressivement son autonomie et ses capacités, Georges abordait le problème de l'enterrement se demandant avec angoisse,

comment il pourrait supporter la vie sans elle ? Il n'osait pas en effet évoquer cette situation avec la fille de Mme E. de peur de la choquer par une démarche précipitée. La culpabilité était présente, mais Georges éprouvait un certain réconfort en exprimant ses souhaits, notamment de voir son épouse mourir rapidement et en imaginant sa vie après.

Bowlby a montré que la colère était une réaction instinctive à toute perte. La colère peut être provoquée par des comportements discutables ou des demandes irréalistes de la part du mourant ou par des maladresses, des attitudes déplacées de la part des soignants. Lors de plusieurs entretiens, Georges dépeint son épouse comme une femme extrêmement exigeante, autoritaire, obsessionnelle. Il éprouve de l'hostilité à son égard. Il est très difficile de se détacher affectivement d'une personne contre laquelle on est encore en colère. Elle peut se traduire par des paroles ou des comportements de rejet, mais aussi viser les autres membres de la famille ou encore être tournée contre soi-même et se traduire en sentiment d'impuissance et en dévalorisation de soi. L'intervenant devra aider le sujet à prendre contact avec sa colère, à la comprendre et la légitimer, et à trouver des façons de la ventiler. La colère cache parfois d'autres sentiments comme la peine, le chagrin, la peur, l'impuissance. L'intervenant doit aider le sujet à bien identifier ou à bien expliquer ce qui se passe avant de le sensibiliser à réagir de façon plus appropriée.

L'anxiété et son cortège de signes doit être reconnue comme une anticipation en désarroi. Elle prend la forme de l'amplification péjorative qui dilate à l'infini les aspects négatifs, réels ou supposés. Cette anxiété correspond souvent à la prise de conscience de la distance apparemment infranchissable qui sépare les reliquats de son projet de vie, mais aussi souvent du malade, de ses possibilités d'action devenues quasi inexistantes. L'anticipation amputée de sa composante active a cédé la place à l'attente qui est toujours anxiogène. La perspective de la mort d'un proche a beaucoup de chance d'induire un tel état d'anxiété étant donné les nombreuses menaces associées : solitude et vulnérabilité appréhendée par le survivant, peur de l'inconnu consécutif au bouleversement de ses horizons familiers, insécurité financière, réactivation de traumatismes reliés à des pertes antérieures, anxiété reliée à la prise de conscience de sa propre mortalité. La tâche principale de l'intervenant consiste à aider le sujet à aborder son anxiété et à explorer ses différentes représentations. Cette démarche aura pour effet de transformer le sentiment d'anxiété en peurs plus précises auxquelles le sujet sera alors plus en mesure de faire face. Le principe sous-jacent de cette approche est qu'une peur est plus inquiétante, plus corrosive quand elle n'a pas été reconnue. Le simple fait de la verbaliser, de l'examiner au grand jour a souvent pour effet de la dédramatiser substantiellement. Il ne s'agit pas d'une formule magique et le sujet aura souvent besoin d'être accompagné le temps qu'il faut dans l'appivoisement de ses peurs.

Le fait de se sentir habité par un immense chagrin est souvent une expérience menaçante. Celle-ci peut amener le sujet à éviter le contact avec le mourant, ce qui augmentera d'autant la solitude de ce dernier. Les liens affectifs même les plus étroits se dénouent progressivement devant l'éloignement. On en a peu conscience en temps normal, mais l'amour porté aux proches repose en grande partie sur la conscience d'un avenir partagé. Lorsqu'il devient impossible d'anticiper une vie commune parce que la mort se fait plus présente, les partenaires les plus proches perdent leur réalité. L'intervenant doit pouvoir dédramatiser cette peur. Il doit aussi faire comprendre que c'est le fait de se retenir qui intensifie le sentiment d'être menacé, de perdre le contrôle et que le fait d'exprimer sa peine a justement pour effet de diminuer cette pression. Dans ce temps de l'anticipation, l'échange tient une place centrale, or le futur endeuillé, par ces réactions notamment dépressives, n'a dans une certaine mesure plus grand-chose à offrir.

D'une certaine manière il se disqualifie par avance comme protagoniste d'une relation qui ne saurait conduire qu'à l'échec. L'anticipation dépressive ruine la relation et laisse le déprimé seul face au vide de son avenir.

En conclusion, l'anticipation peut s'avérer être un bon outil de maîtrise objective du monde et subjective de soi. Elle est la mise en actes de l'avenir, ici suspendu à la perte de l'objet aimé. Ce n'est pas une spéculation sur un avenir supposé. En articulant le possible et le réel elle propose un schéma de pensée et d'action. Le travail de deuil avant la mort révèle des formes d'anticipation différentes; certaines seront adaptatives, d'autres non. L'idée de mort est omniprésente, avec toute l'ambivalence qui s'y rattache. Nous pensons que bien mené, ce travail d'ajustement augmente la qualité de la relation avec le mourant. Le détachement et la présence peuvent exister simultanément. Cette anticipation peut amener le sujet à être suffisamment détaché de sa révolte, de sa peine pour vivre sereinement les dernières étapes de son accompagnement. Il arrive même que le fait qu'une bonne partie du deuil ait été vécue, facilite une relation plus transparente et intense avec le mourant. La qualité de cette intimité privilégiée, qui peut-être n'a jamais été vécue auparavant nécessitera bien sûr un travail de deuil post mortem, mais celui-ci sera amplement facilité par la qualité des souvenirs disponibles. Il en sera tout autrement si le sujet est resté prisonnier de sentiments comme la culpabilité, la révolte, ou la peine. En tant qu'intervenant, nous serons constamment interpellés par deux versants indissociables de la rencontre thérapeutique, une anticipation meurtrie et une anticipation soignante. Face à l'anticipation familiale meurtrie, la qualité de l'anticipation des soignants consiste à maintenir ce fragile équilibre entre le désengagement et l'abandon.

Références bibliographiques

Carr A. : *Grief, mourning and bereavement* in Kaplan H., Sadock B., *Comprehensive textbook of psychiatry* Williams and Wilkins, Baltimore, 1286-1293, 1985.

de M'uzan M., *De l'art à la mort*. Gallimard, Paris, 1977.

Glick I., Weiss R., Parkes C. *The first year of bereavement*. Wiley-Interscience. New-York. 1971.

Lindemann E. *Symptomatology and management of acute grief*. *American Journal of Psychiatry* 101, 141-48, 1944.

Mormont C. *L'impact du cancer sur l'entourage : une revue*. *Annales Médico-psychologique*, 150, 8, pp 537-555, 1992.

Parkes C. Weiss R., *Recovery from bereavement*. Basic Book. New York. 1983.

Pillot J., *Pré-deuil et deuil*. *JALMALV* 4, pp 9-23, 1986.

Rando T. *Loss and anticipatory grief*. Lexington Books, 1986.

Reed A. *Anticipatory grief work*, in Schoenberg B., et al. *Anticipatory grief* Columbia university press, New York, pp 346-357, 1974.

Silverman P.R. *Anticipatory grief from the perspective of widowhood*. In Schoenberg et al. *Anticipatory grief*. Columbia University New York, 1974.

Vaillant G.E. *Ego mechanisms of defence. A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press. Washington, 1992.

Les associations de soins palliatifs en Belgique

Il existe 25 associations, dites plates-formes, en Belgique. Dans chaque région vous trouverez une équipe de coordination et de psychologues à votre disposition et à votre écoute, pour tout type de renseignement.

Très bientôt, un site Internet, commun à toutes les plates-formes de soins palliatifs, réalisé par les associations wallonnes et l'association bruxelloise, sera à votre disposition. Il porte déjà un nom : www.soins-palliatifs.be

Région	Nom et adresse	Téléphone	E-mail
Alost-Dendermonde-Ninove	Netwerk PZ Aalst O.L.V. Kerkplein 30, 9200 Dendermonde	052 21 54 34	palliatieve.zorg@skynet.be
Anvers	Netwerk PZ Antwerpen Universiteitsplein 1 2610 Wilrijk	03 820 25 31	pha@uia.ua.ac.be
Brabant Wallon	PALLIUM Ch. de Namur 90, bte 7 1300 Wavre	010 84 39 61	pallium@hotmail.com
Bruxelles-Capitale Brussel-Hoofdstad	A.P.S.P.B. / P.V.P.Z.B. Chaussée de Louvain 479 1030 Bruxelles	02 743 45 92	palliatif.bruxelles@skynet.be
Campine	Netwerk PZ Kempen Bredabaan 743 2990 Wuustwezel	02 633 20 11	npzn@skynet.be
Communauté Germanophone	PF germanophone Hufengasse 65 4700 Eupen	087 56 97 47	palliativ.eupen@belgacom.net
Est Francophone	Plate-forme de Verviers Rue Laoureux 28 4800 Verviers	087 23 00 10	pf.soinspalliatifs.verviers@pi.be
Flandre du Nord Ouest	Netwerk PZ Diksmuidse Heirweg 647 8299 St. Andries Brugge	050 44 00 88	pall.zorg.nwvl@skynet.be
Flandre du Sud Est	Netwerk PZ Vlaand. Zuid O. Delghuststraat 60, blok B 9600 Ronse	055 20 74 00	hetlevenhelpen@yucom.be
Flandre du Sud Ouest	Netwerk PZ Kortrijk Doorniksewijk 168 8500 Kortrijk	056 26 72 72	palnet.zwvl@yucom.be
Gand-Eeklo	Netwerk PZ Gent Jubileumlaan 215 9000 Gent	09 233 46 48	npz.genteeklo@pi.be

Hainaut Centre Mons Borinage La Louvière	RELIANCE Av. de la Houssière 78 7090 Braine le Comte	067 56 03 63	reliance@belgacom.net
Hainaut Occidental	ARCSPHO Chaussée de Renaix 148 7500 Tournai	069 22 62 86	arcspho@swing.be
Hainaut Oriental	Plate-forme de Charleroi Espace Santé, Bd Z. Drion 1 6000 Charleroi	071 92 55 40 071 50 01 68	soins.palliatifs@skynet.be
Brussel-Halle- Vilvoorde	Netwerk PZ Vander Vekenstraat 158 1780 Wemmel	02 456 82 03	netwerk.palliatieve.zorg@skynet.be
Louvain	Netwerk PZ Leuven Groot Park 1 3360 Lovenjoel	016 23 91 01	palliatief.netwerk@skynet.be
Limbourg	Netwerk PZ Limburg Boddenveldweg 11 3520 Zonhoven	011 81 94 74	info@pallion.be
Malines	Netwerk PZ Mechelen W. Rosierstraat 23 2800 Mechelen	015 41 33 31	pnm_griet@hotmail.com
Province de Liège	PSPPL Bd E. de Laveleye 78 4020 Liège	04 342 35 12	palliatif.liege@skynet.be
Province de Luxembourg	Plate-forme d'Arlon Rue Saint-Amour 22 6940 Durbuy	086 21 85 29	didimobile@swing.be
Province de Namur	PSPPN Rue M. Bourtonbourt 6 5000 Namur	081 25 12 14	aspn@swing.be
Roeselaere	MANTEL Mandellaan 101 8800 Roeselaere	051 24 83 85	info@demantel.net
Turnhout	Netwerk PZ Turnhout Stationstraat 60-62 2300 Turnhout	014 42 66 02	tamara.taymans@prat.be
Waasland	Netwerk PZ Waasland Lamstraat 23, bus 3 9100 Sint-Niklaas	03 776 29 97	npzw@pi.be
Westhoek- Oostende	Netwerk PZ Ostende Van Pouckestraat 2 8600 Diksmuide	051 51 13 63	info@palliatievezorgwesthoekooosten.de.be

Adhésion 2002

Vous pouvez devenir **membre adhérent** de notre Association en versant une cotisation annuelle à l'Association Pluraliste des Soins Palliatifs de Bruxelles.

Par cette cotisation, vous aiderez l'association à remplir ses missions.

Vous recevrez personnellement les informations concernant nos activités.

Renvoyez le bulletin ci-dessous à l'adresse suivante :
Association Pluraliste de Soins Palliatifs de Bruxelles-Capitale
479 Chaussée de Louvain, 1030 Bruxelles

NOM et prénom :

Fonction ou profession :

ADRESSE (de réception des informations) :

.....

.....

Tél :

Fax :

E-mail :

Je désire devenir **membre adhérent** de l' A. P. S. P. Bruxelles-Capitale a.s.b.l.

Je verse la somme de€ (min. 20 € par an)

Au compte n°210-0447007-83

Communication : Cotisation membre adhérent 2002

Date et signature