

contact

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

N°127

31^e ANNÉE
AVRIL-MAI-JUIN
2011

Édition de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
Av. Adolphe Lacomblé 69-71, bte 7 • 1030 Bruxelles • Trimestriel
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • secretariat@fasd.be



AIDE & SOINS
A DOMICILE

PREMIER ÉCHELON
La liaison hôpital - domicile
Vers un projet commun

DOSSIER
Le deuil,
un lent travail
de reconstruction



Une grande chaîne d'humains

Brice MANY – directeur général, FASD

Nos sociétés se sont construites en élargissant les liens de communauté jusqu'à former, au-delà de la famille, au-delà de l'entourage, des liens de communauté entre tous les citoyens. Chacun de ces liens est important pour faire société. Plus ces liens sont bons et meilleure aussi est la santé de chacun. La solitude est un facteur important de mauvaise santé. Ces relations, premiers maillons de la chaîne qui nous unit entre humains, sont liées à d'autres maillons : les relations construites sur le volontariat et les dynamiques associatives. Celles-ci sont magistralement mises en lumière par l'exposition "Toi+Moi+Nous"... 52 portraits de volontaires en mouvement¹. Ces liens permettent tous le renforcement de solidarités.

La place des ASD : soutenir ces liens par le professionnalisme

Dans cette grande chaîne de relations, les services professionnels du domicile, tels les ASD sont des maillons importants. Ils apportent ce plus, cette dimension d'aide et de soins professionnels qui assure le maintien de toutes les autres relations. Pour fonctionner, nous pouvons compter matériellement sur des subventions, produits des contributions (les impôts) et cotisations sociales, qui constituent un système de solidarité très large. Celles-ci ne suffisent pas. Nous et nos bénéficiaires avons aussi besoin du soutien des mutualités qui construisent des solidarités entre leurs membres. Ces apports financiers nous donnent une grande responsabilité dans l'accompagnement, l'aide, le soin apporté à chacun de nos bénéficiaires. Nous nous y attelons tous les jours avec un sens de l'éthique, une réflexion sur la qualité et un sens de la relation qui est la force première des ASD. A travers les solidarités financières que nous recevons comme subventions, nous avons une deuxième responsabilité : participer de la continuité des liens entre humains tout au long de la vie.

Une situation sociale préoccupante : la garde à domicile

Notre reconnaissance publique est aussi un appel à la vigilance, à l'analyse des situations sociales et des besoins des personnes. Nous voyons aujourd'hui des réalités sociales qui appellent des réponses politiques, des choix délibérés et clairs. Plus précisément, nous voyons beaucoup de familles rencontrer des difficultés au moment d'organiser la garde à domicile d'un de leurs proches. Les réponses sociales qui tendent à s'élargir ne sont pas reluisantes. Le travail au noir se répand. Il conduit à des doubles situations de dépendance qui sont malsaines : dépendance de la personne gardée qui n'a personne d'autre, mais aussi, dépendance de la personne qui garde et qui n'a pas d'autres sources de revenus. Il est temps de légiférer et de donner un cadre et des moyens pour étendre les services d'aide et de soins à domicile à ce besoin social, de façon digne. Ce cadre doit soutenir la solidarité entre humains. Il convient de reconnaître et de financer les gardes à domicile professionnelles, encadrées et formées à ce travail délicat. La FASD porte cet enjeu ; nous construisons des réponses dans l'esprit et la qualité des actions ASD. Nous solliciterons les ministres, qui étymologiquement sont "au service de la population" mais aussi les députés et les différents partis politiques pour renforcer cette grande chaîne d'humains qui fait société, pas à pas.

¹ Cette exposition itinérante passera près de chez vous. Plus d'informations sur www.levolontariat.be

Ce premier éditto sous ma plume est l'occasion d'exprimer le respect que j'éprouve à l'égard de tous les professionnels du domicile. Je conçois mon engagement récent comme directeur général de la FASD comme un grand honneur et une grande responsabilité. Les personnes que j'ai déjà pu rencontrer m'ont invité à rechercher l'exigence de la dignité. J'aspire à de nombreuses rencontres de terrain tout au long des mois et années à venir...

Brice Many

contact

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE 31^e année • n°127 • avril-mai-juin 2011

> Editeur responsable : Brice Many > Rédactrice en chef : Laurence Latour > Comité scientifique : Gérard Bouillot, Pr Michel Vandenhoute, Christian Van Rompaey, Ingrid Wies, Dr Dominique Lamy, Serge Jacquinet, Séverine Lebegge > Consultants : Agnès Schiffino, Dr Gérard Lemaire > Correspondants régionaux : Natacha Defives, Franck Pollet, Brigitte Chandelon, Louis-Marie Piret, Bernard Ghekière, Sabrina Foutreyn, Jacqueline Escalier, Christine Ori, Patrick Verhaegen, Marie-Noëlle Weicker, Laurence Roy, Marie Frogneux > Relecture : Monique Van Bael > Lectorat : Secteurs de l'aide et des soins à domicile, des soins de santé en général et de l'action sociale > Conception et mise en page : Olagil – Tél : 02 375 65 15 – Fax : 02 374 14 86 > Abonnement : 12 € par an (20 € pour l'étranger) ou 3 € par numéro > A verser au compte : 799-5716200-89 (mention : abonnement Contact).

Les articles sont publiés sous la responsabilité de leur auteur. La reproduction, même partielle, à des fins non commerciales, des articles publiés dans Contact est autorisée à la seule condition d'indiquer la source et de nous envoyer un exemplaire de la publication.

LA LIAISON HÔPITAL – DOMICILE VERS UN PROJET COMMUN

Geneviève AUBOUY – responsable de la cellule coordination, FASD

Entre l'hôpital et le domicile, les professionnels de la santé sont parfois nombreux sur le parcours d'un bénéficiaire. Comment garantir une transmission optimale des informations utiles entre les soignants à l'hôpital et les intervenants du domicile pour garantir la qualité de la prise en charge du bénéficiaire ?

La nécessité d'un lien repose sur un constat simple : les sorties d'hôpital mal anticipées de patients "lourds" vers leur domicile se traduisent dans les faits par une ré-hospitalisation rapide. Au-delà des conséquences financières que cela induit pour l'établissement hospitalier, c'est la qualité de vie du malade et de ses proches qui est compromise.

Le lien... et la volonté d'un projet commun

Paradoxalement, un contexte urbain ne facilite pas automatiquement un "meilleur" travail en réseau. La pléthore d'offres disponibles (plus ou moins marchandes) et la charge de travail due au roulement perpétuel des patients font que le lien certes existant est terriblement fragile et très fortement dépendant des contraintes de temps (durée d'hospitalisation, rapidité de la sortie).

L'hôpital est un monde en soi, avec son organisation, sa hiérarchie, ses impératifs... Le personnel hospitalier peut difficilement cerner la réalité concrète de la vie à domicile du patient hospitalisé (son cadre de vie, ses ressources, le réseau de professionnels et d'aidants qui l'entourent ou pas). La continuité des soins entre l'hôpital et le domicile est un défi majeur à relever à travers des rencontres et un projet commun, en transcendant la charge de travail et la course contre le temps de tous les professionnels.

Des initiatives voient le jour, malgré des résistances parfois tenaces. Un projet parmi d'autres : permettre à des professionnels médicaux/paramédicaux de première ligne l'accès "à distance" (via un logiciel informatique sécurisé) à certaines informations non couvertes par le secret professionnel – avec l'accord du patient, bien entendu.

L'expérience prouve que rien ne remplace un contact direct, en vis-à-vis, avec des acteurs du milieu hospitalier.¹ Mais si ce lien en constitue les prémices, la passerelle entre ces deux mondes (hôpital et lieu de vie) ne peut se consolider réellement qu'en reposant sur un projet commun et son évaluation régulière.



© istockphoto.com

Des réunions de coordination systématisées

Au vu des expériences positives qui ont abouti ici et là, si l'on reprend les critères qui font l'efficacité de cette liaison (projet ayant un but commun, basé sur des rencontres "en direct", inscrit dans la durée, évalué), on ne peut qu'encourager les "réunions de coordination" impliquant les intervenants du domicile, de l'hôpital et les aidants proches, au chevet de la personne hospitalisée, pour préparer ensemble un retour à domicile digne et sécurisé.

Il ne s'agit pas d'en rester là : ces réunions, quand elles ont lieu, sont un "plus". Mais elles doivent être cultivées, systématisées. En outre, il faut s'efforcer d'étendre cette perspective en s'appuyant là encore sur ce qui fonctionne. Cela ne se fera pas sans ressources, sans investissement, sans passer par un projet dûment pensé et solidement implanté sur le terrain. Mais prenons un moment pour nous questionner tous ensemble, au vu de nos histoires de vie, de celles de nos proches, de nos connaissances : humainement, l'enjeu n'en vaut-il pas la peine ?

1 L'ASD Bruxelles a tenté l'expérience en 2006 : deux jours d'immersion au sein du service social des Cliniques Universitaires UCL-St Luc. Quelle meilleure approche pour percevoir la réalité, l'organisation et la tension suscitée par ce turn-over incessant de patients ?

ENTRETIEN AVEC NELLY DESSET, INFIRMIÈRE DE LIAISON À L'ASD DE WAVRE

Propos recueillis par Laurence LATOUR – rédactrice en chef

Dans le dernier numéro de Contact, Sabrina FOUTREYN, infirmière de liaison à l'ASD de Verviers, nous a rapporté l'historique d'un projet initié en vue de renforcer le rôle de relais que l'infirmière peut jouer. Nelly DESSET est infirmière de liaison à l'ASD de Wavre. Elle nous explique son travail dans le Brabant wallon.

Comment assurez-vous le suivi des patients hospitalisés ?

Chaque semaine, je suis avertie de l'hospitalisation d'un bénéficiaire via un document interne complété par les secrétaires et les infirmières. Ce document mentionne les données administratives importantes, les personnes de référence, le médecin traitant, etc. Il contient également une série d'informations concernant l'échelle de Katz, les soins infirmiers, les antécédents médicaux, l'aide à la vie journalière, l'aménagement du domicile, la situation familiale, etc. La collaboration des collègues est essentielle pour qu'un maximum de renseignements y soient consignés – ce qui facilite les échanges avec les différents services hospitaliers.

Concrètement, comment s'effectue le lien avec les hôpitaux ?

Je me rends tous les jeudis après-midi à la clinique Saint-Pierre à Ottignies et un mardi matin sur deux à la clinique du Bois de la Pierre de Wavre. Mon parcours dans chaque clinique commence à l'accueil, où l'on me communique les numéros de chambre des malades.

Je rencontre les différents assistants sociaux attachés à chaque unité, que je connais bien aujourd'hui. Selon le projet du patient et de sa famille, ensemble nous pouvons proposer les aides les plus adéquates pour optimiser la prise en charge à domicile.

Que se passe-t-il ensuite ?

Je me dirige alors vers les différents services à la rencontre des infirmières-chef, des infirmières, des médecins, etc. Ils me communiquent les informations concernant les raisons d'admission du bénéficiaire, son état de santé actuel, la date de sa sortie et les soins à effectuer lors du retour.

De mon côté, je transmets à ces équipes les informations utiles concernant les soins à domicile, la personnalité du malade et son environnement à domicile.

Si la sortie est imminente, j'informe immédiatement l'infirmière-chef de l'ASD afin de programmer les soins infirmiers (parfois dès le soir même) sur les listes. Ensuite, je préviens la coordinatrice de l'ASD qui prend le relais et assure le suivi.



Nelly Desset, infirmière de liaison - ASD Wavre

Que se passe-t-il si le bénéficiaire quitte l'hôpital pour un autre lieu que le domicile ?

Si les malades sont orientés en revalidation à la clinique du Bois de la Pierre, je les retrouve le mardi suivant et j'assure la même démarche avec les équipes de cet établissement. Si les personnes effectuent une revalidation dans d'autres centres, le suivi est assuré par les infirmières de liaison des autres ASD de la province. Si les bénéficiaires partent en maison de repos, je passe les saluer avant leur départ.

Après avoir quitté les cliniques, il me reste à rédiger les comptes-rendus de ces visites sur les documents internes "suivi liaison hôpital-domicile" et d'en informer chaque prestataire concerné.

Comment réagissent les bénéficiaires lors de votre visite à l'hôpital ?

Beaucoup sont heureux de ne pas avoir été "oubliés" durant leur séjour à l'hôpital. Ils sont rassurés à l'idée que tout est mis en place pour leur retour. Les familles aussi sont soulagées : elles savent qu'elles seront aidées et soutenues et que nos coordinatrices pourront les seconder dans les démarches à suivre.

Comment voyez-vous l'avenir de votre activité ?

Un tableau du relevé mensuel des visites effectuées dans ces deux établissements a permis de constater l'évolution constante de cette activité et son impact : en 2010, plus de 1000 visites ont ainsi été rendues — et autant de sourires...

LA CONTINUITÉ ENTRE L'INTRA ET L'EXTRA-MUROS

Florence DRION, Sabine ERNST, Véronique STURNACK – coordinatrices, ASD Verviers

Sur l'arrondissement de Verviers, l'ASD fonctionne avec huit hôpitaux différents. Le contact avec les services sociaux est indispensable pour expliquer la situation familiale, sociale et les besoins du bénéficiaire.

Rassembler les informations : une logique de coordination

Dès que nous connaissons la date de sortie et que nous avons rassemblé toutes les informations utiles auprès du personnel soignant de l'hôpital, nous organisons une **réunion de coordination** en partenariat avec l'assistante sociale de l'hôpital. A la suite de cette rencontre, les différents prestataires d'aides et de soins sont mis en place pour organiser la sortie de l'hôpital dans les meilleures conditions possibles.

La réalité de terrain nous révèle que l'impulsion de communication émane souvent du travailleur social lui-même plutôt que d'une véritable idéologie institutionnelle. Compléter notre vue globale de la personne en prenant les renseignements auprès des différents intervenants fait partie de notre **logique de coordination**.

Les collaborations se créent et se renforcent donc par rapport à des démarches communes au bénéfice des patients. Elles nous amènent quelquefois à des rencontres autour d'une réflexion de procédure ou autre. Elles sont donc fragiles et doivent être **réactivées** en permanence (surtout lorsque les personnes de contact changent au sein d'un service). C'est à chaque fois une nouvelle quête...

Après les services sociaux, les services médicaux

Au départ, l'accent a été mis surtout sur la collaboration avec les services sociaux des institutions hospitalières et force est

de constater que nous avons encore un chemin à parcourir vers les différents services médicaux eux-mêmes, en systématisant les contacts lorsque nous nous rendons au chevet d'un patient.

Des outils pour faciliter la communication

La formalisation de certaines procédures reste précaire, comme la fiche de liaison hôpital/domicile qui n'a pas rencontré le même accueil et la même utilisation dans toutes les régions. La volonté est là mais concrètement, les travailleurs manquent souvent de temps et d'opportunités pour se poser ensemble dans une réflexion plus globale et à plus long terme. La plateforme des Soins et Services à Domicile (SISDEF) nous aide dans cette voie.

Des questionnements issus de la pratique de terrain

Comment continuer à articuler la liaison hôpital-domicile dans la conjoncture actuelle ? Comment maintenir le bénéficiaire au centre des préoccupations, des décisions ? Comment coordonner au mieux tous les acteurs en présence avec les moyens existants ? Comment répondre aux demandes qui ne cessent d'augmenter ?

En effet, de plus en plus, nous remarquons que le bénéficiaire se retrouve coincé entre différentes logiques : d'une part la logique hospitalière dictée par l'INAMI avec la réduction du nombre de jours d'hospitalisation et d'autre part, la logique des services intervenant au domicile (infirmière, aide familiale, garde à domicile, etc) souvent débordés et/ou en sous-effectifs, soumis eux aussi à certaines règles de leur pouvoir subsidiant (INAMI, Région Wallonne).

Les solutions dites alternatives entre le domicile et l'hospitalisation (convalescence, court séjour, centre de jour...) semblent également submergées ou inexistantes.

Au centre de ces contraintes, les intervenants font du mieux qu'ils peuvent avec les moyens mis en place et dans les limites de leurs possibilités. Des initiatives voient le jour en vue d'affiner les façons de collaborer et de construire un réseau efficace autour du bénéficiaire (rencontres entre les services de coordination et les services sociaux des hôpitaux de l'arrondissement de Verviers organisées par le SISDEF, réflexions locales innovantes - maison de la santé, etc).

Un tournant dans notre fonctionnement ?

À l'heure actuelle, nous avons le sentiment de nous trouver à un "tournant" des aides et soins à domicile avec des perspectives d'avenir à créer en lien avec notre réalité et surtout celle de nos bénéficiaires !

Un défi nous semble donc incontournable dans le futur : comment assurer le bien-être du bénéficiaire et la cohérence de nos interventions ?



© Laurence Latour

Les acouphènes

Dr Gérard Lemaire

Isabelle, aide familiale, est préoccupée par la plainte d'une bénéficiaire très âgée qui lui fait part, à chacune de ses visites, de la sensation désagréable qu'elle ressent depuis plusieurs semaines dans ses oreilles. Elle lui parle de bourdonnement et de sifflement difficiles à supporter...

En deux mots

L'acouphène est une *sensation auditive anormale qui n'est pas provoquée par un son extérieur*. C'est un bourdonnement, un tintement d'oreille.

Le ou les bruits perçus peuvent avoir des niveaux d'intensité divers, allant d'un simple rasoir électrique à un réacteur d'avion. Les acouphènes, dans une oreille ou dans les deux, peuvent être occasionnels ou permanents. On estime que 10 à 18% de la population souffre d'acouphènes.

Deux types d'acouphènes

Les *acouphènes objectifs*, très rares (5%), peuvent être perçus par un autre sujet que celui qui en souffre. Dans le cas des *acouphènes subjectifs* (95%), le son n'est audible que par la personne qui se plaint.

Causes

Les acouphènes accompagnent très souvent une perte d'audition attribuable au vieillissement ou à une exposition excessive au bruit.

Certains médicaments peuvent également endommager à long terme les cellules de l'oreille interne : l'acide acétylsalicylique à hautes doses (aspirine), certains antibiotiques ou anti-inflammatoires, la quinine, des traitements de chimiothérapie, etc.

La présence d'un bouchon de cérumen dans le conduit auditif externe peut également provoquer des acouphènes, ainsi que la maladie de Ménière¹, une *tumeur dans le cerveau ou sur le nerf acoustique*, un *traumatisme crânien*, l'*otosclérose*, l'*athérosclérose* ou *hypertension*, un *accident de plongée* (barotraumatisme de l'oreille interne) ou des *problèmes cervicaux et mandibulaires*.

Evolution

Les acouphènes ne sont pas dangereux ; il s'agit d'un problème bénin en soi mais lorsqu'ils sont intenses et permanents, ils peuvent devenir intolérables, provoquer de l'insomnie et rendre



© Istock

la personne irritable. Les acouphènes sont parfois source de dépression.

Prévention

On conseille aux personnes souffrant d'acouphènes d'éviter les endroits très bruyants et, au besoin, d'utiliser des coquilles protectrices ou des bouche-oreilles en mousse. Mieux vaut éviter également l'utilisation de certains médicaments à hautes doses.

Traitement

Il y a plusieurs traitements possibles : on peut *supprimer certains médicaments* ou *traiter une maladie sous-jacente* éventuelle. Dans certains cas particuliers, on peut utiliser des médicaments visant à contrôler le stress ou la dépression. On peut également *masquer l'acouphène au moyen d'un générateur à son blanc* ou d'une *prothèse auditive*.

¹ Voir Info Santé, Contact n° 113, oct-nov-déc.2007

BON À SAVOIR...

Pour les soignants du domicile, il est important d'écouter la plainte et de demander l'avis du médecin généraliste. Il n'y a pas de solution miracle mais il convient de ne pas majorer l'importance du symptôme.

SOMMAIRE DU DOSSIER

LE PROCESSUS DU DEUIL - Chantal Larcier	8	UNE VOIX DANS LA NUIT - Entretien avec Pascale Croes	15
DEUIL ET DÉMARCHES ADMINISTRATIVES - Christine Marchal	10	PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS - Dominique Pinchart	16
LES GROUPES DE PAROLE ET D'ENTRAIDE - Laurence Latour	11	REGARD D'UNE AIDE FAMILIALE CONGOLAISE - Entretien avec Joséphine Yambuya	17
ACCOMPAGNER LES BÉNÉFICIAIRES ET LEURS PROCHES SUR LE CHEMIN DU DEUIL - Entretien avec Natacha Defives	13	ENTRETIEN AVEC JULOS BEAUCARNE - Laurence Latour	18
ECOUTER ET SOUTENIR UNE ÉQUIPE ENDEUILLÉE - Christel Baisieux	14	CHACUN FAIT SON DEUIL COMME IL PEUT - Marie-Paule Mandy	20



Le deuil, un lent travail de reconstruction

L'expression "faire son deuil" s'utilise pour désigner le processus d'acceptation consécutif à diverses pertes et séparations (décès, divorce, perte de son autonomie, etc). Dans ce dossier, nous avons choisi de nous pencher exclusivement sur le deuil lié au décès d'un proche (nous aborderons les autres deuils prochainement).

Ce dossier est conçu pour donner une série d'informations utiles : description des différentes phases du deuil et des réactions fréquemment observées chez les personnes endeuillées, démarches à suivre en cas de décès et soutien proposé aux personnes en deuil. A travers plusieurs témoignages, nous approchons également le vécu concret des intervenants du domicile en tant que soignants accompagnant des personnes endeuillées par la mort d'un proche et en tant que professionnels endeuillés eux-mêmes par le décès des bénéficiaires qu'ils accompagnent. Pour clore ce dossier, nous avons rencontré Julos Beaucarne qui nous livre sa perception personnelle du deuil qu'il vit quotidiennement depuis l'assassinat de sa femme en 1975.

Bonne lecture !

Laurence Latour

© Laurence Latour

Le processus du deuil

Chantal LARCIER – psychologue, membre de l'équipe de l'asbl Vivre son Deuil.

Le deuil est un processus d'adaptation consécutif à une perte, qui est éminemment individuel et fonction de la relation à l'objet perdu, des caractéristiques de la personne endeuillée, des caractéristiques de la personne défunte et de son décès. Une perte est toujours unique, il s'agit d'une émotion intense et tout à fait personnelle.

Les phases et les réactions décrites dans cet article ne doivent pas être comprises comme prescriptives, ni exhaustives : ce sont les réactions les plus fréquemment rencontrées en cas de deuil.

Les trois grandes phases du deuil

De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que le déroulement d'un deuil normal s'accomplit par étapes qui se succèdent et se chevauchent.

1. Phase de choc

Pour Michel Hanus¹, il existerait deux temps durant cette période inaugurale de choc : d'abord la sidération, l'abattement, la stupéfaction, l'engourdissement et le refus, puis la décharge émotionnelle qui accompagne la recherche de la personne perdue. Cette phase de sidération et/ou de déni peut durer de quelques heures à quelques jours (voire quelques semaines).

2. Phase de désespoir

Quelque temps après le décès, la personne endeuillée se rendra compte que la perte est définitive et irréversible : elle entrera alors dans une longue phase de désespoir et de désorganisation. Durant cette période, la personne se sent généralement plus mal que lors de la phase précédente parce qu'elle ne se voit pas sur une voie de récupération. Au contraire, elle a l'impression que son état empire.

PEUT-ON "FAIRE SON DEUIL" ?

Une façon d'apprécier l'accomplissement du processus de deuil est la possibilité de repenser à la personne décédée sans ressentir de douleur intense même si, bien sûr, il restera toujours quelque chose de cette profonde souffrance. Faire son deuil signifie "intégrer" et non pas "oublier".



© Laurence Latour

3. Phase de reconstruction

Avec le temps, pour la plupart des personnes, l'intensité des réactions diminue. Ceci permet à la personne d'entrer progressivement dans la dernière étape du processus de deuil, qui s'achèvera par l'accession à de nouveaux modèles de représentation d'elle-même et de la réalité, à un nouvel équilibre affectif et à un réinvestissement social.

Les différentes tâches du deuil

D'autres auteurs proposent un modèle basé sur les différentes tâches du deuil :

Accepter la réalité de la perte

Voir la réalité en face n'est pas facile. Quand quelqu'un meurt, il y a toujours l'impression que ce n'est pas vrai. Pour commencer réellement le travail de deuil, il faut reconnaître la réalité de la perte. C'est pour cela qu'il peut être important de voir le corps du défunt. On le déconseille trop souvent car cette confrontation peut être pénible pour les survivants. S'il est important d'accepter la réalité, il est également important de comprendre ce qui s'est passé.

Sans l'explication de la cause du décès, le travail de deuil est plus difficile.

Connaître la douleur de la perte

Il n'y a aucune voie pour contourner la douleur de la perte. Si la douleur n'a pu être exprimée, elle reviendra plus tard. Le problème est qu'à ce moment là, on ne fera plus le lien avec une tristesse ancienne et l'entourage ne sera pas forcément prêt à écouter cette tristesse. La douleur de la perte ne se manifeste pas uniquement sous forme de douleur physique ou de crises de larmes : elle s'exprime aussi par des sentiments de culpabilité, la révolte ou l'agressivité (on se demande qui est coupable ou responsable).

On peut aider la personne endeuillée à accomplir cette tâche en n'évitant pas la confrontation avec la souffrance. Les amis et la famille hésitent à prononcer le nom du

¹ Michel Hanus était psychiatre, psychologue et psychanalyste. Il a fondé la Fédération européenne "Vivre son deuil". Il est l'auteur de nombreux ouvrages sur la mort et le deuil du point de vue génétique, psychanalytique et psychothérapeutique.

mort craignant de raviver la douleur mais elle est présente quoi que l'on fasse.

L'entourage n'ose pas trop montrer de l'intérêt, ou demander comment ça se passe, ou venir en visite. Ce sont pourtant des occasions de partager la douleur.

S'adapter à son environnement sans le défunt

Cette tâche est différente pour chacun ; elle dépend de la personnalité du défunt, de la relation entretenue avec lui et du rôle qu'il jouait dans la vie de la personne endeuillée. Pour certains, cette nouvelle réalité s'accompagne d'une perte d'un certain statut social ou de contact avec un groupe d'amis. Ces changements nécessitent une adaptation.

Donner une nouvelle place au défunt et réapprendre à aimer la vie

Il ne s'agit pas de ne plus aimer la personne défunte ou de l'oublier : la relation a changé mais même si elle est morte, la personne garde une place particulière dans le cœur et l'esprit des survivants. Beaucoup ont du mal à réaliser cette dernière tâche, ayant l'impression d'être irrespectueux à l'égard de la mémoire de la personne disparue.

Achever le travail du deuil

Le travail du deuil est achevé quand ces quatre tâches sont accomplies. La durée de ce processus est impossible à préciser car il dépend de nombreux facteurs : la relation de la personne endeuillée avec le défunt, les circonstances de la mort, la manière dont le décès est annoncé, la précocité de la mort et l'aide reçue pendant la période qui suit le décès.

Réactions affectives

Chagrin et désorientation

Dans un premier temps, de nombreux endeuillés se sentent perdus : ils ne se reconnaissent plus, ne comprennent plus leurs propres réactions. D'autres ont besoin d'exprimer leur tristesse. Cette phase peut durer longtemps, ce qui n'est pas simple car si l'entourage trouve normal et bénéfique que l'endeuillé parle de sa souffrance après le décès, à la longue, il attend que la personne s'en sorte et devient moins réceptif.

Agressivité

Il arrive aussi que la personne endeuillée se montre agressive, soit envers la personne décédée, soit envers elle-même, soit envers

les proches ou des tiers (plus facile). L'agressivité est une réaction normale à la perte d'un être cher. Il vaut mieux pouvoir l'exprimer sinon elle peut se transformer en amertume. La colère n'est pas un sentiment particulièrement bien vu dans notre société ; elle est donc difficile à exprimer. Or pour une personne confrontée à une perte importante, entendre que sa colère est une émotion légitime et qu'elle a le droit de l'exprimer peut vraiment l'aider à avancer dans son travail de deuil.

Culpabilité

La personne endeuillée peut se sentir coupable d'être en vie (pourquoi lui et pas moi ?), se sentir responsable du décès (j'aurais dû faire ceci ou cela), ou encore avoir le sentiment de trahir le défunt (si elle sort, rit et se change les idées). En général, dire à la personne endeuillée qu'elle n'est pas coupable et qu'elle a fait tout ce qui était en son pouvoir ne suffit pas si son sentiment de culpabilité n'a pas été reconnu dans un premier temps. De plus, le sentiment de culpabilité peut constituer un rempart face au sentiment d'impuissance et à l'angoisse de notre propre mort. La culpabilité signe aussi le lien avec la personne disparue, une manière de rester en relation. A la culpabilité peut également s'ajouter un sentiment de honte notamment en fonction du type de décès (le suicide, par exemple).

Solitude

La personne endeuillée peut également éprouver un sentiment d'abandon et de profonde solitude. Ce sentiment est particulièrement présent après les premiers mois, lorsque l'enterrement est terminé et que le soutien social commence à faire défaut. Ce sentiment est renforcé par l'impression de n'être pas compris par l'entourage.

Peur

Lorsque des liens d'attachement sont rompus, des angoisses peuvent survenir : peur de vivre seul, sentiment d'insécurité, préoccupations financières, etc.

Face à la mort d'un être cher, la personne en deuil se trouve aussi confrontée à la peur de sa propre mort.

Soulagement

Si le défunt est décédé des suites d'une maladie, les personnes endeuillées pourront ressentir un véritable soulagement (pour la

personne défunte enfin libérée de la douleur physique ou pour elles-mêmes). Ce soulagement peut également se produire en cas de suicide, lorsqu'il arrive au terme d'une longue évolution de maladie dépressive, avec menaces et tentatives répétées.

Réactions comportementales et somatiques

Dans les premiers temps suivant le décès, les personnes endeuillées ressentent une fatigue intense. En effet, le travail de deuil demande de l'énergie, prend du temps et provoque une fatigue intense (perturbations du sommeil, plaintes somatiques, susceptibilité à la maladie, etc).

Réactions cognitives (intellectuelles)

Les réactions cognitives sont nombreuses : déni, confusion (la personne endeuillée commence des tâches quotidiennes sans les finir, oublie des rendez-vous, etc). Certaines personnes ont tendance à idéaliser la personne décédée, d'autres refusent d'en parler et évitent les lieux susceptibles de leur rappeler la personne disparue. Les personnes en deuil peuvent également développer une basse estime d'elle-même.

Pour conclure...

Le travail du deuil est un long cheminement et le temps seul ne guérit rien. Ce n'est pas le temps qui soigne, c'est la possibilité d'exprimer sa peine pendant le temps nécessaire.



© Laurence Latour

Deuil et démarches administratives

Christine MARCHAL - Service Social de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

Le décès d'un proche est une épreuve particulièrement pénible et pourtant, il faut bien faire face aux nombreuses décisions et formalités administratives qui accompagnent cet événement douloureux.

Dans ce contexte souvent chargé de tristesse et d'émotion, la présence d'une **personne de confiance**, moins affectée que les proches, peut s'avérer très précieuse. A défaut, le service social de la Mutualité chrétienne peut offrir les informations, l'accompagnement et le soutien nécessaires, surtout si le décès survient après une longue maladie.

Premières démarches

Si le décès a lieu au domicile, la famille doit contacter son **médecin** pour qu'il constate le décès et établisse l'attestation de décès. Si le décès a lieu à l'hôpital, c'est l'hôpital qui établit ce document. Cette attestation est à remettre au **service de l'état civil de la commune** où la personne est décédée. La personne qui se rend à la commune pour déclarer le décès emporte également la *carte d'identité du défunt, sa propre carte d'identité, le carnet de mariage du défunt, son permis de conduire et ses dernières volontés, éventuellement*. Généralement, l'entrepreneur de pompes funèbres se charge de cette démarche.

L'entreprise de pompes funèbres que la famille a choisie accompagne celle-ci dans les démarches administratives et dans

l'organisation des funérailles selon les dernières volontés du défunt, si la famille les connaît. Le défunt peut également avoir prévu un contrat d'assurances qui règle, le moment venu, les frais liés aux obsèques.

Démarches auprès de la mutualité

Il faut remettre à la **mutualité** l'extrait authentique d'acte de décès délivré par l'administration communale ainsi que la carte SIS du défunt. Le cas échéant, la mutualité procédera à l'inscription du conjoint survivant en qualité de veuf ou de veuve.

Les personnes qui ont la qualité de veuf/veuve ou de pensionné(e) peuvent bénéficier de **l'intervention majorée** si leur revenu annuel brut imposable ne dépasse pas certaines limites.

Une **allocation forfaitaire** est versée lors du décès du titulaire, salarié ou bénéficiaire d'une pension de retraite, à la personne qui a supporté effectivement les frais funéraires (sur présentation de la facture acquittée des frais de funérailles au plus tard dans les 2 ans suivant le décès).

Les attestations de soins de santé et les factures d'hospitalisation sont à remettre

à la mutuelle et/ou à l'organisme assureur dans les 2 ans qui suivent la prestation.

Autres démarches

Outre les démarches auprès de la mutualité, il faut également prévenir l'employeur de la personne décédée ou le **comptable**, **l'organisme qui versait à la personne décédée des revenus de remplacement** (caisse de chômage, mutualité, CPAS, SPF Sécurité sociale Direction générale Personnes handicapées...), le **syndicat** et la **Direction de l'Immatriculation des Véhicules** (le cas échéant), les **compagnies d'assurance**, tous les **organismes** et/ou **personnes fournissant un service** et/ou ayant un **contrat** avec la personne décédée (eau, gaz, électricité, téléphone, télédistribution, crédits en cours, propriétaire, locataire...), la **banque** et un **notaire** pour régler la succession.

Pour en savoir plus :
Consultez la brochure "Décès" publiée par la Mutualité chrétienne. Elle est disponible dans tous les points de contact et téléchargeable sur le site : www.mc.be. Elle peut également être demandée au 0800 10 987.

UNE MORT VOLÉE ?

Le médecin de famille ou le médecin de garde appelé dans une famille pour constater un décès rédigera, après examen de la personne, le **certificat officiel de décès**. Cette attestation a une valeur importante, légale. Elle permet de déclarer le décès au service d'Etat Civil de la commune. Elle est nécessaire pour que l'officier de l'état civil de la commune autorise le transport du défunt puis son inhumation ou sa crémation (dans ce cas il peut y avoir un deuxième constat par un autre médecin). Une fois le certificat rédigé, l'entrepreneur de pompes funèbres est contacté par la famille. C'est souvent lui qui prend alors les choses en main, organisant de plus en plus toutes les procédures. La famille, souvent désemparée, accepte cette prise en charge, parfois au grand dam

des proches et acteurs de première ligne, comme si tout devait, tout d'un coup, aller vite.

La toilette mortuaire sera parfois faite au funérarium, l'entrepreneur demandant juste qu'on lui fournisse des vêtements pour habiller le défunt. Et dans l'heure, la chambre où s'en allait doucement la personne, est vide de tout élément rappelant sa présence. L'infirmière, les proches, le médecin de famille ne pourront plus dire au revoir à la personne décédée que dans un lieu impersonnel. Volonté des familles, peur de la mort, changement de vitesse de nos sociétés ?

Dr D. Lamy

Les groupes de parole et d'entraide

Laurence LATOUR – rédactrice en chef

Certaines personnes préfèrent avancer sur le chemin du deuil en silence mais pour ceux qui éprouvent le besoin de parler, les groupes de parole peuvent représenter un précieux soutien.

A côté de la compétence professionnelle d'un médecin ou d'un psychologue et des informations "théoriques" que ceux-ci peuvent transmettre pour éclairer une personne endeuillée sur le processus qu'elle traverse, le soutien des membres d'un groupe de parole vivant une perte similaire au quotidien peut s'avérer très précieux également. C'est ce que l'on appelle la "**compétence d'expérience**", que Manu Keirse¹ décrit comme *la compétence de ceux qui ont vécu une perte similaire et qui parlent de leur vie avec la perte. On peut comparer ceci avec quelqu'un qui s'installe dans une nouvelle région. La connaissance professionnelle permet de trouver des cartes qui indiquent chaque route, chaque rivière. Dans le groupe, on trouve ceux qui vivent dans la région. Ils vivent le long des routes et des rivières. Ils savent qu'un tel chemin n'est pas pareil en été ou lors d'un automne pluvieux. Ils connaissent l'odeur des bois et des champs. Le soignant professionnel ne vit pas dans le paysage, mais il connaît bien la carte. Les deux ont leur importance.*²

Normaliser sa propre expérience

Dans cet espace privilégié où chacun peut se dire ou se taire sans crainte d'être jugé, les participants entrent dans un processus d'échanges personnels basés sur une expérience commune partagée. Ce lieu où l'on donne et reçoit permet d'exprimer sa peine et de normaliser sa propre expérience car *on découvre que d'autres ont des sentiments et des réactions similaires, et que ces réactions sont typiques dans ces circonstances. C'est un grand soulagement de constater que ces réactions ne sont pas "folles" et que d'autres les ont eues, écrit Manu Keirse.*³

Oser se dire

En décidant de participer à un groupe de parole, la personne endeuillée *se donne l'autorisation de verbaliser sa peine et facilite ainsi un processus de reconnaissance de sa fragilité et de sa vulnérabilité*, explique Marguerite Englebert, directrice de l'asbl Vivre

son Deuil - Belgique. *Et reconnaître sa peine, ajoute-t-elle, c'est se permettre de rester dans la Vie et peut-être oser vivre la joie... C'est faire une démarche pour donner un sens à sa souffrance et adapter sa vie en fonction de ce nouvel héritage.*

Accompagnement proposé par l'asbl VIVRE SON DEUIL - Belgique

Créée en 1999, l'asbl **Vivre son Deuil** propose une écoute téléphonique, des accompagnements individuels et des groupes de parole pour soutenir les personnes endeuillées. L'équipe est composée de professionnels bénévoles, tous formés et sensibilisés à l'accompagnement des deuils.

Groupes d'entraide à thème

Encadrés par un ou deux bénévoles de l'association, ces groupes d'entraide composés de 8 personnes maximum, s'organisent autour d'un thème différent à chaque rencontre. Les sujets proposés comme point de départ pour la discussion sont très variés (ex : Quelques mois après le décès : je n'ose plus en parler autour de moi / Le deuil c'est quoi ? Nos croyances / Je me sens mal dans ma peau : les émotions que je traverse / Est-ce que je vais m'en sortir ? / Découvrir un sens à ma perte, mes ressources, etc).

Cette formule permet aux participants d'échanger ce qu'ils vivent avec d'autres, à leur rythme, dans la confidentialité et le respect de chacun. Ces personnes choisissent ces moments de partage, elles peuvent (en se respectant) participer à chaque rencontre mensuelle ou les espacer selon leur besoin.

Groupes d'accompagnement

Contrairement aux groupes d'entraide qui permettent aux participants d'assister aux rencontres de façon irrégulière, ici les participants s'engagent pour 6 rencontres successives avec un même groupe réunissant 6 à 8 personnes, encadrées par une théra-



© www.photolibre.fr

peute et un bénévole de l'association. Cette démarche a quelque chose de plus thérapeutique dans la mesure où la personne s'investit davantage en marquant la volonté de s'engager dans un suivi régulier.

Groupes "Tournesol" pour enfants en deuil

L'association Parents Désenfantés et l'asbl Vivre son Deuil - Belgique proposent aussi des groupes de parole pour les enfants endeuillés de 5 à 12 ans. Lorsque l'enfant vit un deuil il peut s'enfermer dans un certain isolement. Ces groupes l'aident à dire ce qui est douloureux ou même de l'ordre de l'indicible. Comme l'enfant s'exprime

1 Manu Keirse, est psychologue clinicien et docteur en sciences médicales. Il dirige l'hôpital régional Heilig Hart à Leuven.

2 Manu Keirse Faire son deuil, vivre un chagrin, éditions De Boeck & Larcier, 2000.

3 Manu Keirse et al. (2009) Faire son deuil, vivre un chagrin, éditions De Boeck & Larcier, 2000.

principalement avec son corps et dans le jeu, il convient de regarder les signes non verbaux avec attention, justesse et délicatesse. Le langage utilisé pour aider l'enfant à s'exprimer passe par des activités ludiques comme le modelage, le dessin, le mime, le conte, les histoires, etc. *Ce qui se vit dans ces ateliers est très touchant et interactif entre les enfants et nous-mêmes.*

Nous cherchons constamment le juste équilibre entre le rire, la détente et l'expression de la peine. Les enfants, petits et grands, savent très bien pourquoi ils sont là, explique Marguerite Englebert.

Parler de la mort pour retrouver le goût de vivre

Parler de la mort et ce qu'elle engendre comme souffrance nous permet de rester dans la vie, explique Marguerite Englebert.

Si nous taisons cette réalité au fond de nous, elle devient une pierre de plus en plus lourde à porter qui nous fait de plus en plus mal et nous mourrons à notre tour. Le travail de deuil nous "remet" en mouvement et nous conduit à une reconstruction, une renaissance, une transformation. Il instaure une bifurcation dans notre chemin de vie.

ASSOCIATIONS ACTIVES DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU DEUIL

VIVRE SON DEUIL - Belgique asbl
Avenue Reine Astrid 11,
1340 Ottignies
Tél : 010 45 69 92 ou 0477 96 10 37
vsdbe@yahoo.fr - www.vivresondeuil.be

CANCER ET PSYCHOLOGIE asbl
Les psychothérapeutes de l'asbl Cancer et Psychologie proposent un accompagnement psychologique pour les personnes concernées par une maladie grave ou un deuil, quelque soit le type de perte.

A Bruxelles et en Wallonie, l'association propose une écoute téléphonique, des groupes de parole, des entretiens individuels ou familiaux et des "Espace Paillon" (ateliers pour les enfants ou adolescents vivant la perte d'une personne proche).

Avenue de Tervuren 215/14,
1150 Bruxelles - Tél : 02 735 16 97
canceretsy@skynet.be
www.canceretsy.be

PARENTS DESENFANTES
Pour les parents et familles en deuil d'un enfant.
Rue des Fontaines 20,
1300 Wavre
Tél : 010 24 59 24
www.parentsdesenfantes.org

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE - L'AUTRE TEMPS
Avenue Winston Churchill 108,
1180 Bruxelles - Tél : 02 650 08 69
cps@preventionsuicide.be
www.preventionsuicide.be

GRUPE D'AIDE AUX PARENTS ENDEUILLES (GAPE)
Boulevard du 12^{ème} de Ligne,
4000 Liège - Tél : 04 225 61 87 -
www.deuil-enfant.be

UN DEUIL A VIVRE
Pour toutes les situations de deuil.
Chaussée de Renaix, 140
7500 Tournai
Tél : 069 84 15 51

EXPOSITION "A CORPS PERDU, LA MORT EN FACE" ET DÉBATS

En collaboration avec le Centre d'Action Laïque du Brabant Wallon, l'UCL, Pallium et Domus, Vivre son Deuil organise l'exposition "A corps perdu, la mort en face" du 5 septembre au 19 octobre 2011 à Louvain-la-Neuve (bibliothèque des sciences), ainsi qu'une série de conférences/débats sur les thèmes suivants : la spiritualité, l'euthanasie, le suicide et les rites funéraires.

Pour toute information :
www.vivresondeuil.be

UN SURPRENANT CONCEPT : LE "CAFÉ MORTEL"

En 2004, Bernard CRETZAZ, anthropologue et sociologue suisse donne une conférence au musée d'Ethnographie de Genève sur le thème de la mort. En parlant, il lance à la cantonade : "Comme il n'y a aucun spécialiste de la mort, parlons-en au bistrot !". Tout le monde éclate de rire mais le lendemain, la diacre Elisabeth Reichen l'appelle. Une première rencontre a lieu en février 2004 au café du Passage à Neuchâtel : 250 personnes s'y pressent : les Cafés mortels sont nés. Depuis, du Café de l'Inter à Porrentruy au Café Romand à Lausanne, de la Ferme-Asile à Sion à la Brasserie du Cardinal à Neuchâtel, en passant par Louvain-la-Neuve en Belgique, Bernard Crettaz s'emploie à remettre la mort sur la place

publique. *On n'est jamais bien placé pour parler de la mort, explique-t-il, ni comme théoricien, ni comme spécialiste, quelle que soit la discipline à laquelle on appartient, ni comme endeuillé ou non endeuillé. Reste à partager...⁴*



Prochain "CAFÉ MORTEL" en Belgique :
18 octobre au Ginch Bar,
Louvain-la-Neuve
Contact : Vivre son Deuil-Belgique asbl
Tél : 010 45 69 92 ou 0477 96 10 37

L.L.

⁴ Bernard Crettaz, *Vous parler de la mort*, éditions Porte-plumes, Ayer, 2003.

Accompagner les bénéficiaires et leurs proches sur le chemin du deuil

Entretien avec Natacha DEFIVES — infirmière référente en soins palliatifs, ASD Mouscron-Comines.
Propos recueillis par Laurence LATOUR.

Natacha est infirmière à la Croix Jaune & Blanche de Mouscron depuis 2004 et référente en soins palliatifs depuis 2008. Sa spécialisation l'amène à expérimenter de nombreuses formes de deuil : le deuil que les bénéficiaires en fin de vie font tout au long de la maladie, le deuil de leurs proches et le deuil qu'elle-même doit faire au décès des bénéficiaires qu'elle accompagne.

Sur base de votre expérience de terrain, pouvez-vous identifier les éléments qui facilitent le processus de deuil chez les bénéficiaires que vous accompagnez et leurs proches ?

Il me semble que le deuil se fait plus facilement lorsqu'on parvient à soulager la douleur physique et la souffrance psychologique du bénéficiaire. La personne est apaisée et peut partir sereine, ce qui facilite les choses aussi pour son entourage. L'atmosphère qui règne dans la famille est très importante aussi : s'il y a de l'amour, les choses se déroulent mieux mais s'il y a des querelles, des non-dits, la séparation est plus douloureuse.

Au moment du décès, quel soutien concret pouvez-vous apporter aux proches en deuil ?

J'essaie d'être une oreille attentive pour écouter ce que chacun a besoin de dire — ou ne rien dire, au contraire. Chaque personne réagit différemment. La mort fait peur, certaines personnes sont vraiment désemparées et nous posent de nombreuses questions sur les démarches à suivre (beaucoup de gens ignorent qu'il faut appeler le médecin traitant pour constater le décès, par exemple). D'autres, en revanche ont besoin de solitude. Dans ce cas, il faut savoir s'effacer. C'est important de s'adapter à l'entourage : chacun a un vécu, des attentes et des besoins différents.

Pouvez-vous "préparer" les proches et les bénéficiaires à leur mort prochaine ?

Les bénéficiaires en fin de vie nous interrogent souvent sur la façon et le moment où la mort surviendra. Ma formation en soins palliatifs m'a beaucoup aidée à

réagir à ces questions, je me sens mieux armée qu'avant. J'ai appris à reformuler ces interrogations pour amener la personne à dire comment elle-même sent les choses. Parfois il suffit d'écouter, d'être empathique pour apaiser la personne.

Et vous, qui êtes régulièrement confrontée au décès d'un bénéficiaire, qu'est-ce qui vous aide à faire le deuil ?

Tout dépend de mon implication personnelle, de la relation qui s'est construite avec le bénéficiaire et sa famille. Personnellement, je ne donne jamais mon numéro de téléphone privé, par exemple... Je prends soin de séparer ma vie professionnelle et ma vie privée. Evidemment je suis touchée lorsqu'un bénéficiaire décède, je suis un être humain avec des émotions et des sentiments, mais j'essaie de ne pas trop m'attacher — tout en étant entièrement présente lorsque j'accompagne un bénéficiaire. J'essaie de vivre

dans l'instant présent... Quand je soigne une personne, je suis disponible pour elle à 100%, je pense à son bien-être à ce moment précis... Je ne pense même pas à la maladie. Je ne me projette pas dans l'avenir. Je crois que cette attitude me permet de ne pas m'épuiser.

Et pour ce qui concerne le deuil, plus particulièrement ?

Nous échangeons régulièrement avec la coordinatrice et nous sommes bien soutenus par les psychologues de la plate-forme des soins palliatifs. Parler entre nous nous soulage beaucoup. Nous avons des réunions hebdomadaires où nous pouvons parler des patients décédés. On se téléphone régulièrement entre collègues. On se décharge parfois simplement en se croisant dans le couloir, on se dit quelques mots et cela nous permet de clôturer une histoire... C'est important pour passer sereinement au patient suivant.



© photo-libre.fr

Écouter et soutenir une équipe endeuillée

Christelle BAISIEUX - assistante sociale, ASD Tournai Ath-Lessines-Enghien

En quelques mois, dans notre équipe, 5 aides familiales ont vécu le départ de parents très proches (un papa, une maman, voire les deux – 6 deuils au total). Sur une équipe de 13 aides familiales, en peu de temps, c'est beaucoup trop pour pouvoir travailler sereinement avec nos bénéficiaires confrontés à la mort et la maladie.

Ces deuils successifs ont déstabilisé une grosse partie de l'équipe : j'ai senti une peur, une souffrance, une remise en question, un questionnement sur les fondements de l'existence. Une aide familiale me disait : "Au quotidien dans mon métier, je dois m'investir dans l'accompagnement palliatif des bénéficiaires et maintenant que la maladie rattrape ma maman, aurai-je le temps, l'énergie, la force, le courage de le faire pour elle ?".

Lors d'une réunion, j'ai proposé d'organiser un moment d'échange en équipe autour du deuil, pour donner des informations théoriques et partager les vécus¹. La FASD organisait justement une formation sur le deuil et je m'y étais inscrite. Les deux journées animées par Mme Pinchart ont été un ressourcement et m'ont confortée dans mon choix et mes objectifs.

Retour vers l'équipe

J'ai donc posé mes objectifs pour cet après-midi d'échange avec l'équipe :

- prendre le temps de faire un arrêt sur une vie professionnelle mouvementée ;
- définir la notion de deuil ;



© Laurence Latour/FASD

- identifier le processus de deuil à l'aide de plusieurs schémas
- passer en revue les étapes du processus de deuil ;
- identifier et normaliser les effets engendrés par un tel stress ;
- reconnaître et différencier les émotions inhérentes à la perte : la tristesse, la colère, la peur, la joie ;
- ensemble, trouver les énergies qui aident à surmonter ces souffrances ;
- informer, déculpabiliser, normaliser, comprendre, s'écouter, sécuriser.

Cette formation était libre, les aides familiales avaient le choix d'y participer ou d'aller travailler chez les bénéficiaires.

Bilan de l'échange

L'échange était structuré en deux parties : une première partie plus théorique, interactive et en grand groupe où nous passions en revue les aspects conceptuels, et une deuxième partie plus libre en petits groupes de quatre, où chacune pouvait échanger sur son cheminement, ses émotions, son ressenti, etc... L'après-midi s'est déroulée dans un profond respect, une écoute et des échanges très riches. Certaines avaient peur de craquer, elles avaient une boule au fond de la gorge.

Une certitude : les objectifs ont été atteints. Les évaluations ont été positives et m'ont confortée dans mon rôle de soutien d'équipe. Je pense que des liens se sont consolidés.

Apprendre à voir le positif

Je peux dire, après avoir vécu des moments difficiles, que les épreuves de la vie doivent nous aider à grandir. Il faut en dégager du positif, il faut s'accrocher à de nouveaux projets et donner du sens à sa vie. Nous sommes tous des êtres humains dotés de qualités, de talents, de richesses à exploiter

mais aussi des êtres imparfaits avec nos limites et nos défauts.

Apprenons à nous connaître, à nous recentrer sur les vrais valeurs de la vie. Si le processus est trop douloureux, il ne faut pas avoir peur de consulter un psychologue, de demander de l'aide ; il ne faut pas rester seul avec sa souffrance.

Prendre soin de soi

Dans nos métiers où le but est de répondre aux besoins de bénéficiaires, de les écouter, les soutenir, les accompagner, il y a peu de place pour penser à soi. Or, il faut se donner aussi la permission de s'occuper de soi, d'écouter son corps, de se réserver un moment pour se faire du bien, pour se ressourcer. Bref : faire quelque chose qui nous apporte du positif. Chacun doit trouver ce qui lui fait du bien : faire du sport, lire, se promener, ne rien faire, un massage, un moment chez une esthéticienne, une sortie entre amies... peu importe, mais quelque chose qui nous "rebooste", nous requinque.

Il faut partager également les moments difficiles, en parler, vider son sac.

Pour conclure

En tant qu'assistante sociale et responsable d'une équipe d'aides familiales, mon rôle est de prendre un temps pour écouter les difficultés inévitables pour guider, soutenir les aides familiales et les orienter vers d'autres professionnels en cas de besoin, afin qu'elles se sentent comprises, soutenues et surtout dotées de meilleurs outils pour continuer à exercer leur métier et faire face aux différents deuils qui les attendent encore.

1. Dans le cadre de la formation continue obligatoire pour les aides familiales.

Une voix dans la nuit

Témoignage de Pascale Croes – téléphoniste chez PSD

Propos recueillis par Laurence LATOUR

Dans votre métier, êtes-vous parfois confrontée au décès d'un bénéficiaire ?

C'est rare mais cela nous arrive parfois. Je me souviens d'une situation en particulier qui m'a beaucoup marquée. C'était il y a trois ou quatre ans, j'étais de garde, une dame abonnée à la télévigilance m'a appelée en pleine nuit car elle se sentait mal. J'ai regardé la liste des intervenants¹ à contacter en premier lieu et j'ai appelé sa fille qui est partie tout de suite. J'ai repris l'abonnée pour lui confirmer que sa fille était en route, je lui ai demandé comment elle se sentait : elle n'allait pas mieux. J'ai proposé d'appeler le médecin mais elle préférerait attendre sa fille. J'ai continué à lui parler pour la rassurer le temps que sa fille arrive car elle se sentait de plus en plus mal. Je lui ai conseillé de s'allonger sur le lit, elle m'a répondu qu'elle ne s'était jamais sentie si mal de sa vie...

Entre-temps sa fille était arrivée sur place, je l'entendais appeler sa maman car la clé était restée dans la serrure – elle n'arrivait pas à entrer... Son mari l'avait accompagnée, j'entendais qu'ils tentaient de forcer la porte. J'expliquais la situation à la dame et tout d'un coup, la conversation a cessé, elle n'a plus rien dit. J'ai eu de suite un mauvais pressentiment et quelques secondes plus tard, en effet j'ai entendu sa fille crier : "Maman, maman !" ; son mari a pris le téléphone et m'a dit : "Je crois que c'est fini". J'ai proposé d'appeler une ambulance, ce qu'ils ont accepté, et j'ai clôturé l'appel.

Comment vivez-vous ce genre de situation ?

C'est émouvant de savoir que nous avons été la dernière personne à parler avec quelqu'un qu'on ne connaît pas... On ne connaît pas les gens, on ne les voit pas, on les entend seulement, mais ça fait quand même quelque chose. On se sent seul en raccrochant, il fait calme et silencieux et les mots trottent dans la tête pendant quelques heures. Dans ces cas-là, on est très content de voir arriver



Pascale Croes,
téléphoniste
chez PSD

© D.R.

les collègues du matin ! On a besoin d'en parler tout de suite, pour évacuer les émotions. Avant, nous avons des lieux de parole mais en parler après coup, ce n'est pas l'idéal, c'est trop tard, c'est passé². Pouvoir se décharger de ses émotions immédiatement avec ses collègues, ça soulage énormément.

Comment les proches réagissent-ils ?

Dans cette situation que je viens de vous raconter, les enfants m'ont rappelée le lendemain pour me remercier et me demander de leur expliquer comment leur maman avait vécu ses derniers instants. Nous avons parlé longuement, je crois que ça leur a fait beaucoup de bien de savoir comment les choses se sont passées exactement. Ils étaient soulagés de savoir que nous avions pu nous parler

jusqu'à la fin. Il n'y avait personne près d'elle physiquement c'est vrai, mais elle n'était pas toute seule puisque nous nous parlions au téléphone.

Cet échange est important pour nous aussi, cela nous permet de clôturer une histoire et de passer sereinement aux suivantes.

¹ La liste des intervenants à contacter est établie par la personne qui s'abonne au service de télévigilance.

² Dans le cadre de la prévention et protection au travail, le personnel peut faire appel à une ligne ouverte 24h/24. Des psychologues spécialisés sont à l'écoute des travailleurs ayant subi un traumatisme suite à un événement survenu sur le lieu de travail.

Prendre soin des soignants

Dominique PINCHART – licenciée en philologie romane, professionnelle de la relation d'aide, formée en analyse transactionnelle, formatrice FASD

Offrir aides et soins à domicile aux personnes qui traversent une épreuve ou une crise est une mission aussi belle qu'exigeante. Réfléchir à cette mission et au rôle des intervenants de terrain permet d'identifier l'ensemble des qualités nécessaires à cette pratique professionnelle, mais aussi de prendre conscience des besoins particuliers et souvent méconnus des soignants. En effet, c'est surtout à l'art d'un "savoir-être" présent à l'autre, que s'exercent quotidiennement ces soignants bien plus qu'à des "savoir-faire."

L'art de prendre soin

Au-delà des actes techniques, des soins ou des nombreuses aides concrètes qui peuvent être apportées aux bénéficiaires, il y a, et c'est sans doute tout aussi important, à veiller à tout un aspect relationnel d'écoute et de réconfort. Les situations rencontrées par les intervenants sont en général des situations difficiles, douloureuses, tant pour le patient que pour l'entourage. Ces situations entraînent des bouleversements de vie et de repères qui s'accompagnent bien souvent de multiples deuils à faire : pertes d'autonomie passagère ou durable, deuil de la santé à l'annonce d'une maladie, deuils de projets qu'il faut abandonner, etc.

Face à sa propre histoire

Ces situations viennent, comme un miroir, rappeler certains vécus personnels. Si les concordances de vécus peuvent permettre de développer une juste empathie, il est souhaitable que l'intervenant puisse prendre le recul nécessaire afin d'éviter les projections ou les amalgames et de mieux gérer le stress. Chaque situation est unique et nécessite de pouvoir s'adapter au cadre de référence de la personne et de sa famille.

Soi-niant ?

Préserver une qualité de soin et de relation, anticiper l'épuisement professionnel et favoriser le bien-être au travail ne peut se faire sans qu'un soutien particulier soit prodigué aux soignants qui se retrouvent parfois dans une position de "soi-niant", lorsque eux-mêmes ou l'entourage professionnel méconnaît l'impact émotionnel des situations rencontrées.

Déposer ce qu'on a sur le cœur

Ce besoin se manifeste très clairement au cours des journées de formations données aux soignants : pouvoir exprimer ce qui se

vit sur le terrain, avoir un lieu, une écoute pour déposer le trop plein d'émotions, tant positives que négatives, partager avec d'autres collègues des situations difficiles, recevoir la permission de ressentir et d'exprimer ses émotions. En effet, comment rester au fil des jours et des semaines une oreille empathique et attentive quand il faut garder pour soi ses ressentis de peur, de colère, de révolte, faire taire son cœur alors qu'il s'agit de l'ouvrir pour entendre et apaiser l'autre ? Que faire avec l'agressivité reçue d'un patient qui n'en peut plus ? Ou avec l'agressivité de la famille qui se sent coupable de ne pas pouvoir elle-même s'occuper davantage de son parent ou qui est elle-même envahie par les émotions de peur, d'impuissance, d'injustice... ?

Le deuil des soignants

Comment traverser ces deuils "méconnus" que vivent régulièrement les soignants qui assistent à la fin de vie d'un bénéficiaire dont ils ont parfois partagé l'intimité pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois ou avec lequel des moments intenses ont été échangés pendant quelques heures ou quelques jours seulement — une rencontre brève mais riche en liens ?

Une aide-soignante raconte : *"J'ai accompagné une personne atteinte de sclérose en plaques pendant 20 ans. Quand elle est décédée, j'ai voulu aller à l'enterrement. Après je suis allée prier avec le pasteur pour décompenser, retrouver un peu de paix".*

Prendre soin du bien-être de ces travailleurs en leur offrant du soutien, c'est par voie de conséquence, prendre soin des bénéficiaires.



Les participantes à la formation sur le deuil organisée par la FASD

Des lieux de parole

Il serait très bénéfique pour la santé physique et psychique tant des soignants que des soignés de proposer, de façon régulière et systématique, des groupes de paroles, des lieux de rencontres entre professionnels afin de leur permettre d'échanger leurs vécus de terrain, de se sentir soutenus, de renforcer leur sentiment d'appartenance, de stimuler leur estime d'eux-mêmes et de redonner sens à leur mission. Pouvoir mettre des mots sur ses ressentis, dans un cadre rassurant, d'écoute empathique, permet de décharger un trop plein d'émotions qui pourrait risquer de déborder vers un bénéficiaire plus difficile, ou de peser sur la propre famille du soignant (ou, dans les cas extrêmes, de s'accumuler jusqu'au burn-out).

Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre

Il est plus qu'urgent de donner des réponses concrètes à cette question : comment prendre soin de soi quand son métier est de prendre soin de l'autre ? Quels sont les moyens que chacun doit individuellement mettre en place et ceux développés au sein de la profession pour garantir le bien-être au travail ?

Regard d'une aide familiale congolaise

Entretien avec Joséphine YAMBUYA - aide familiale à l'ASD de Wavre. Propos recueillis par Laurence LATOUR.

Originaire de la République Démocratique du Congo, Joséphine Yambuya est aide familiale en Belgique depuis 8 ans. Quel regard porte-t-elle sur la mort et le deuil ?

Quelle approche avez-vous de la mort dans votre culture, Joséphine ?

Dans ma culture, la mort n'est pas un tabou, elle fait véritablement partie de la vie. La mort est un événement public auquel toute la communauté participe. En Belgique les gens ne parlent pas de leurs morts. Parfois, on n'est même pas au courant du décès d'un voisin, on l'apprend après son enterrement. Au Congo c'est différent : quand un enfant naît, c'est tout un quartier qui se réjouit et quand une personne meurt, toute la communauté porte le deuil. Les familles sont très unies, les voisins aussi : tout le monde est au courant des événements qui affectent la vie des uns et des autres.

Le soutien collectif facilite-t-il le deuil d'après vous ?

Je crois que oui. Comme les gens ont beaucoup de relations, l'entraide sociale se met en place spontanément, pour préparer un repas ou réconforter la famille. On ne laisse jamais quelqu'un porter sa peine tout seul. En Belgique les gens vivent de façon plus isolée, plus individualiste. Parfois nous dépannons des personnes qui sont terriblement seules ; c'est vraiment triste... Une bénéficiaire âgée qui n'a plus de contact avec ses enfants m'a dit récemment : "J'ai choisi mes fleurs pour mon enterrement". Je n'en croyais pas mes oreilles : les pompes funèbres viennent jusque dans son salon de son vivant pour lui vendre la mort qu'elle souhaite ! Cet individualisme jusque dans le cercueil, c'est trop ! Cette dame vit misérablement pour payer son enterrement, ce n'est pas une vie !

Cette vie en communauté vous aide-t-elle à accepter la mort ?

Dans mon pays, nous rendons visite à tout le monde. Nous ne craignons pas de déranger les gens chez eux ; nous allons les voir, même s'ils sont malades. On grandit avec cette réalité dès notre plus



© Laurence Latour / FASD

Joséphine Yambuya, aide familiale à l'ASD de Wavre.

jeune âge. Quand quelqu'un tombe gravement malade dans notre entourage, nous sommes préparés à affronter l'idée que cette personne pourrait s'en aller pour toujours. Lorsque nous participons à une cérémonie funéraire, nous savons que nous accompagnons quelqu'un qui ne reviendra plus jamais, il n'est pas "parti" : il est mort – pour toujours ! Quand le cercueil descend dans la fosse, la famille le recouvre avec de la terre et après, on tourne la page. On a souffert la douleur de la séparation, on a accompagné le défunt jusque dans sa tombe et quand c'est fini, on peut revivre !

Cette perception de la mort influence-t-elle votre façon de voir la vie ?

Oui, certainement. En ce moment, nous dépannons une dame qui passe la jour-

née à contempler sa boîte de médicaments en buvant son café dans la tasse de son arrière-grand-mère qu'elle regrette beaucoup. Je comprends bien le besoin de s'accrocher à un objet... Mais cette tasse, ce n'est pas son arrière-grand-mère, c'est juste une tasse ! N'est-ce pas absurde de s'attacher au passé au point de laisser passer sa propre vie ? Personnellement, je vis chaque jour comme si c'était le dernier et cela me remplit de joie. Je suis heureuse d'être en vie et je vais chez les bénéficiaires pour apporter cette joie de vivre.

La vie est simple, c'est nous qui la compliquons.

Entretien avec Julos Beaucarne

Propos recueillis par Laurence LATOUR – rédactrice en chef

Le 02 février 1975, Loulou, l'épouse de Julos Beaucarne est assassinée dans leur maison de Tourinnes-la-Grosse par un homme qu'ils emploient. La nuit du meurtre, Julos écrit la lettre que voici.

LETTRÉ À MES AMIS BIEN-AIMÉS

Ma Loulou est partie pour le pays de l'envers du décor, un homme lui a donné 9 coups de poignard dans sa peau douce. C'est la société qui est malade, il nous faut la remettre d'aplomb et d'équerre par l'amour et la persuasion. C'est l'histoire de mon petit amour à moi arrêté sur le seuil de ses 33 ans. Ne perdons pas courage ni vous ni moi. Je vais continuer ma vie et mes voyages avec ce poids à porter en plus et nos deux chéris qui lui ressemblent. Sans vous commander, je vous demande d'aimer plus que jamais ceux qui vous sont proches ; le monde est une triste boutique, les cœurs purs doivent se mettre ensemble pour l'embellir, il faut reboiser l'âme humaine. Je resterai sur le pont, je resterai un



jardinier, je cultiverai mes plantes de langage. A travers mes dires, vous retrouverez ma bien aimée ; il n'est de vrai que l'amitié et l'amour. Je suis maintenant très loin au fond du panier des tristesses. On doit manger chacun, dit-on, un sac de charbon pour aller au paradis. Ah ! Comme j'aimerais qu'il y ait un paradis ! Comme ce serait doux les retrouvailles. En attendant, à vous autres, mes amis d'ici-bas, face à ce qui m'arrive, je prends la liberté, moi qui ne suis qu'un histrion, qu'un batteur de planches, qu'un comédien qui fait du rêve avec du vent, je prends la liberté de vous écrire pour vous dire ce à quoi je pense aujourd'hui. Je pense de toutes mes forces qu'il faut s'aimer à tort et à travers.

Julos Beaucarne

© D.R.

Julos, je me permets de vous dire "tu" puisque nous nous connaissons bien... En lisant ta lettre, les gens ont parfois l'impression que tu as pardonné cet acte terrible. Comme j'ai souvent eu l'occasion d'en parler avec toi, je sais qu'il ne s'agit pas d'un pardon mais de quelque chose de bien plus fort encore. Plus qu'un pardon, c'est un véritable choix de vie, c'est-à-dire : tu as CHOISI de poursuivre ta vie dans la joie malgré cette souffrance inouïe. D'où tiens-tu cette force-là, Julos ?

Je ne sais d'où vient cette force... Je crois que tout être humain la possède, cette force-là. Je crois aussi que c'est mon épouse qui m'a soutenu, m'a protégé, m'a donné la force de traverser cet enfer. Cette force venue d'ailleurs, c'était comme de l'amour extra-ter-

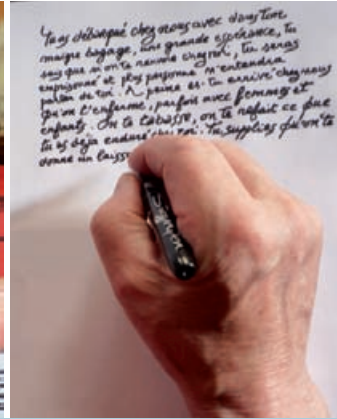
restre, comme si malgré cette séparation, nous restions dans la continuité de notre amour jusqu'à la fin des temps, comme si cette séparation apparemment insupportable m'acculait, me forçait à vivre, à continuer ce que nous avions commencé ensemble. Je crois qu'il y a un état de conscience qui perdure après la mort, rien n'est fini.

Celles et ceux qui sont morts continuent, ils veillent sur nous, nous donnent des forces et nous font traverser les brouillards de la mort.

C'est vrai qu'ici pour moi il ne s'agissait pas de "pardon", il s'agissait de continuer ma vie et celles de nos deux enfants. Ce n'est pas en maudissant l'assassin qu'on se console de la mort de celle qu'on aime. Toute vengeance physique m'apparaissait comme des

coups d'épée dans l'eau. Ce qui m'est arrivé avait un sens mais je ne savais pas lequel... Est-ce que j'en sais davantage aujourd'hui ? Je ne sais pas... La vie que nous vivons, nous autres les humains, me semble plus fragile que jamais. Tous les dangers sont là dans notre société. Par quel miracle passons-nous au travers et combien de temps le ferons-nous encore ? C'est peut-être cette expérience incroyable de vivre qui nous donne cette force inouïe...

Peut-être, c'est cette poursuite de la joie parfaite malgré vents et marées, malgré les deuils, les guerres, les explosions de réacteurs de centrale nucléaire - que ce soit à Fukushima au Japon, à Doel ou à Tihange pour la Belgique ; nous sommes toujours en train de traverser le feu, de courir d'énormes risques et parfois c'est l'homme lui-



Julos Beaucarne dans sa maison, à Tourinnes-la-Grosse - © Laurence Latour

même qui est un loup pour l'homme. Quelle absurdité... Nous sommes en plein absurdistan.

Il y a quelques années, dans l'émission d'Edmond Blattchen "Noms de dieux", tu as déclaré : "Les morts peuvent plus pour nous que les vivants".

Qu'entends-tu par là, exactement ?

Je crois que les morts n'ont plus rien à perdre. Ils ont tout perdu sauf cette incroyable conscience qu'ils garderont jusqu'à la fin des temps. Et plus ils rencontreront de morts et plus ils les écouteront, plus ils seront conscients jusqu'à la fin des temps. L'état de mort est un état de liberté complète, un état de clairvoyance totale : on n'a plus mal nulle part et on écoute les autres morts qui nous racontent leurs vies et leurs morts...

C'est pour cela que les morts en savent plus que les vivants et qu'ils peuvent nous aider, nous les vivants, qui sommes continuellement bousculés et éloignés de la vérité par des gadgets qui nous font perdre le fil de notre vraie vie et la piste vers ce pourquoi chacune et chacun est né. L'au-delà est un lieu magique où chacun raconte sa vie passée de vivant. L'au-delà est un festival de contes permanent.

Dans un magnifique recueil intitulé "9 chemins de non-retour", tu as écrit ce très beau texte :

A présent ils sont tous partis, les policiers, les commissaires, de même l'homme qui t'a déplantée de cette terre, ô ma belle plante d'amour. Je suis seul, nos deux chéris dorment, la nuit est longue,

"MON TERROIR C'EST LES GALAXIES"

Mon terroir c'est les galaxies
La vie est courte compagnon
L'ici-bas n'est pas notre vraie maison
Notre corps est outil et véhicule
Sitôt qu'il sera à la ferraille
Ne restera vivant que notre esprit
En attendant mortel mon frère
Soigne ton corps

Afin qu'il te conduise au plus loin
Qu'il est en possible au bout de cette
Galaxie que tu es sans le savoir
Ô ignare mortellement ignorant
Du sens du courant
De ton fleuve intérieur

Julos Beaucarne

*les étoiles tombent comme toi du ciel.
Un matin, j'ai vu pointer l'arc-en-ciel et
cette année quand je pense à toi, vien-
nent libelluler autour de moi les libel-
lules. Puis-je écrire comment certains
soir, tu me pénètres à la façon d'une priè-
re ? Est-il permis de parler de ta présen-
ce, douce et forte et perpétuelle malgré
l'absence charnelle ?*

**Ta célébrité a exposé publiquement
ce drame terrible qu'une personne
anonyme vit autrement plus
secrètement. Comment l'as-tu vécu ?
Penses-tu que ton métier de poète
et de chanteur t'a aidé à libérer
ta souffrance intérieure ?**

Je bénirai toujours mon métier de bat-
teur de planche ; je n'oublierai jamais
l'écriture et la fiction qui nous libère
des mondes étroits où la haine et la
destruction continuent à faire des ra-
vages, où les faiseurs de morts et de
guerre sont plus écoutés que les fai-
seurs de paix.

**36 ans après, tu ne sais toujours pas
pourquoi Loulou a été assassinée.
Peut-on faire son deuil avec une telle
interrogation, Julos ?**

Je crois que notre vie est un question-
nement perpétuel... Le hasard existe-t-
il ? Je n'en suis pas sûr... Y a-t-il quel-
qu'un quelque part qui comprend les
événements de ce monde ? Pourquoi
tant de morts, de bestialité, de haine et
de bêtise incommensurable ?

Peut-être Loulou a été assassinée pour
que nous nous interroguions tous et
toutes sur la vie du monde, sur les
armes, sur les marchands, sur les mas-
sacres perpétrés en Côte d'Ivoire et
ailleurs, et que nous prenions en main
notre propre destin ?

Chaque personne qui prend en main
son destin change le destin du monde.

Pour en savoir plus :
www.julos.be

Chacun fait son deuil comme il le peut

Marie-Paule MANDY – psychologue, fondatrice de Domus (Soins palliatifs à domicile) et de Cep-âge (Accompagner le grand âge).

Marie-Paule Mandy a accompagné de nombreuses personnes en fin de vie ou en deuil tout au long de sa carrière de psychologue. Elle souligne quelques aspects du deuil dont nous n'avons pas encore parlé dans ce dossier.

Le deuil est un processus unique, personnel, différent pour chacun. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise façon de faire son deuil, pas de modèle.

Une mort brutale, non prévisible, déclenche souvent un processus de deuil très long car on n'a pas pu se préparer à la séparation : "Je n'ai pas pu lui dire au revoir. Tant de choses n'ont pas été dites...". Lorsque le deuil est très long ou jamais accompli, il s'agit parfois de deuils antérieurs qui n'ont pu se faire ou n'ont pu s'exprimer. Le deuil présent réactive toutes les pertes antérieures, toutes les émotions qui ont été enfouies.

La parole ou le silence

La parole au cours du deuil est libératrice, mais ce n'est pas vrai pour tous : certains refusent de parler. D'autres endeuillés ont besoin de parler longuement. Je me souviens de Marcel, qui avait besoin de répéter les mêmes phrases, parfois raconter encore et encore les derniers événements, les dernières paroles de la défunte (ce qui fut très aidant pour lui). Un déclic parfois, une parole permet de faire son deuil. Un homme dit à sa femme quelques jours avant sa mort : "Ma chérie, comme je t'aime".

Le lendemain, elle confie avec joie à l'infirmière de soins : "Mon mari m'a dit hier soir la phrase que j'attendais toute ma vie, maintenant je peux le laisser partir".

Les groupes de parole sont très précieux dans le processus du deuil. Entendre d'autres évoquer leur souffrance qui demeure ou qui évolue lentement vers l'acceptation est aidant. Pouvoir faire fi de ses mécanismes de défense, pouvoir se laisser aller, ne pas devoir retenir ses larmes, quelle aubaine ! Je me souviens d'une personne endeuillée qui avait pu exprimer dans un groupe de parole ses émotions rentrées, de colère, de tristesse, de culpabilité. Elle a remercié le groupe car ces émotions culpabilisantes dont elle avait honte n'auraient pas pu s'exprimer ailleurs et l'empêchaient de vivre.

Les secrets de famille et les non-dits

Gertrude, très malade, ne pouvait s'en aller avant d'avoir demandé à une bénévole¹ de dire à sa fille que l'homme qu'elle croyait être son père n'était pas son père biologique !¹ Gertrude, soulagée, pouvait se laisser mourir. Sa fille, elle aussi soulagée, s'était toujours doutée de quelque chose, mais n'avait jamais osé en parler...

Les images persistantes

Un mot aussi concernant les images mentales. Au bout de deux ans, Madeleine ne parvenait pas à faire le deuil de son père. Elle le voyait toujours plein de bave et un peu défiguré, dégoûtant, me disait-elle. En proposant, au cours de plusieurs séances, un exercice de relaxation dirigé, elle a pu remplacer l'image répugnante qui l'empêchait de faire son deuil par une image évocatrice de bons souvenirs.

Face au deuil de l'autre

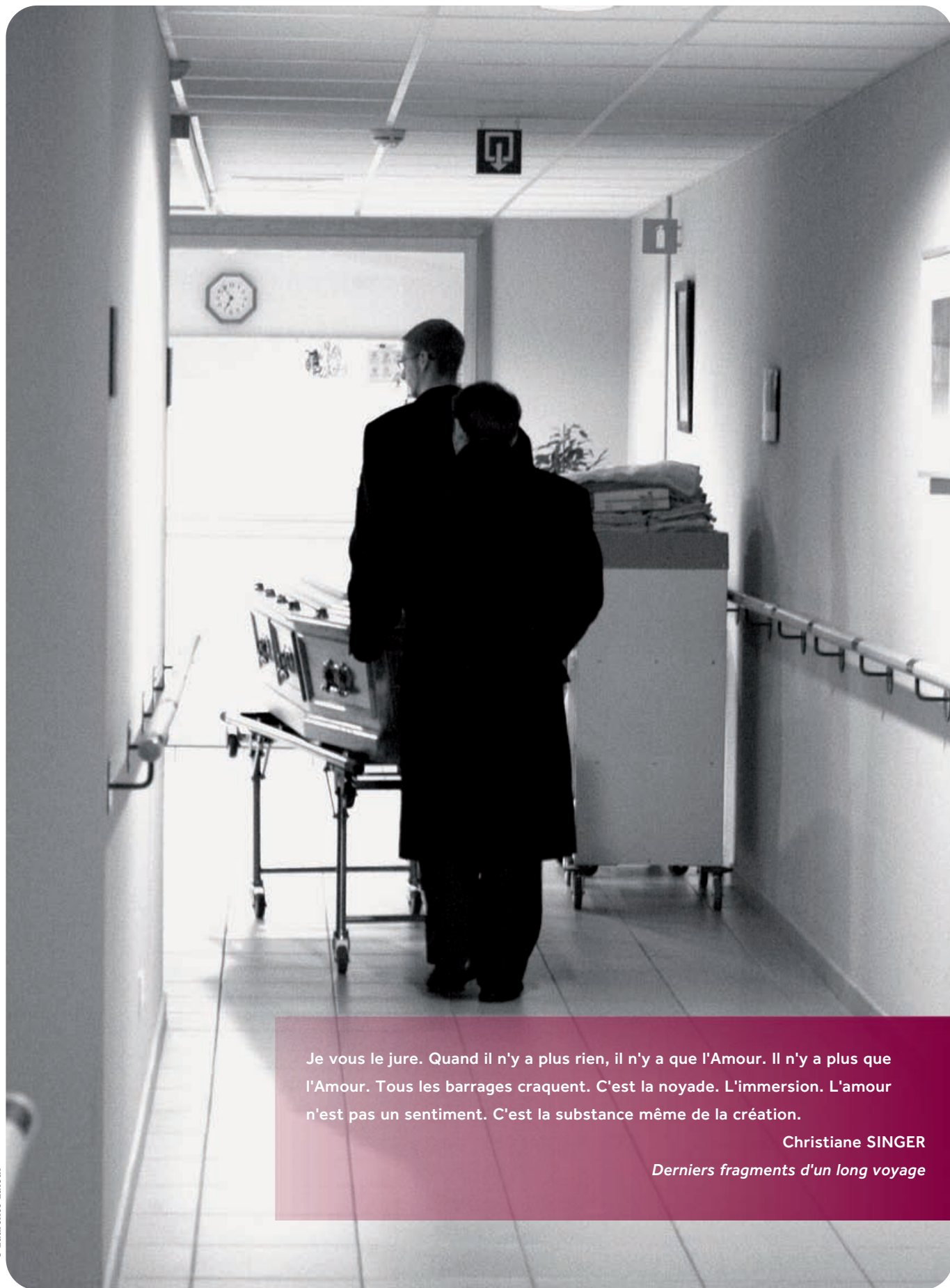
La peur que suscite la rencontre avec les endeuillés m'a souvent frappée. "Que dire ? Que faire ?" A ces moments-là, laissons parler notre cœur. Ne traversons pas la rue pour éviter la personne endeuillée. Un petit mot dans la boîte aux lettres, un petit bouquet de fleurs, est apprécié dans ces moments de grande sensibilité, si l'on n'ose pas prendre contact.

Pour conclure, je dirais que chacun fait son deuil comme il le peut. On ne peut pas pousser quelqu'un à faire son deuil ou décider pour lui. Il s'agit d'une lente maturation intérieure, où les autres peuvent jouer un rôle de soutien, mais le ressenti de la durée du deuil ou de la fin du deuil reste tout à fait subjectif. Aucun jugement n'est permis à cet égard et les injonctions des membres de la famille à pousser à faire le deuil sont mal supportées et démontrent l'incompréhension du deuil de l'autre : "Allons, maman, maintenant cela suffit, bouge, va voir un tel..." !

Les deuils, les nôtres et ceux des autres, nous dénuent de nos illusions et nous ramènent à l'essentiel.

1. Remarquons, dans cette situation, l'importance du bénévole, contact d'humain à humain, non professionnel.





Je vous le jure. Quand il n'y a plus rien, il n'y a que l'Amour. Il n'y a plus que l'Amour. Tous les barrages craquent. C'est la noyade. L'immersion. L'amour n'est pas un sentiment. C'est la substance même de la création.

Christiane SINGER

Derniers fragments d'un long voyage

Méditer

Auteur : Dr Jon Kabat-Zinn – Arènes Editions, 2010

L'auteur

Jon Kabat-Zinn est docteur en biologie moléculaire et professeur de médecine émérite à l'Université du Massachusetts aux Etats-Unis. Il commence à s'intéresser à la méditation à l'âge de 22 ans, au moment de la guerre du Vietnam qui suscite en lui de nombreuses questions existentielles. Dans les années 80, désireux de partager avec ses patients les effets thérapeutiques de cette technique qu'il expérimente pour lui-même, il formalise cette pratique ancestrale sous forme de deux programmes d'entraînement à la méditation de "Pleine Conscience". La première méthode (MBSR) s'adresse aux patients souffrant de douleurs physiques et la seconde (MBCT), initialement destinée aux patients sujets à dépression, est enseignée aujourd'hui de façon plus large pour apprendre à gérer les émotions et le stress de la vie quotidienne.

La pleine conscience

Bien qu'étant au cœur de la tradition bouddhiste, la pleine conscience est une pratique de méditation universelle qui consiste à diriger son attention sur le moment présent, tout simplement. C'est un rendez-vous que l'on prend avec soi-même, pour s'immobiliser un moment et faire l'expérience de l'instant présent. Plus qu'une technique, c'est une façon d'être... Une façon d'être à l'écoute du flux incessant des pen-

sées qui traversent notre esprit – sans chercher à les analyser ni à les juger. Il s'agit uniquement de prêter attention à ce qui se passe à l'intérieur de soi-même, pour apprendre à accueillir les choses telles qu'elles sont réellement et pas telles qu'on aimerait qu'elles soient.

Un apport complémentaire aux traitements traditionnels

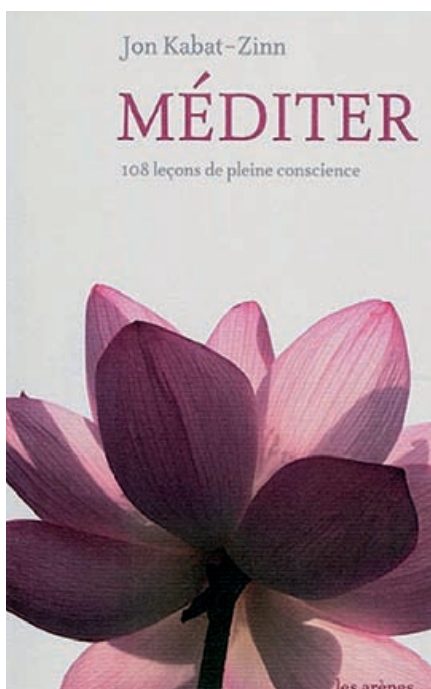
Aujourd'hui, plus de 250 hôpitaux aux Etats-Unis, au Canada, en Grande-Bretagne, en Allemagne, en France et en Belgique enseignent les exercices de méditation préconisés par Jon Kabat-Zinn pour réduire le stress des traitements et les souffrances des malades. Le programme se déroule sur 8 semaines et aide les patients à faire tout un travail sur eux-mêmes au travers de leur relation à la souffrance.

108 textes brefs et 12 méditations guidées sur CD

Le livre regroupe 108 leçons de pleine conscience, accompagnées de 12 méditations à pratiquer chez soi, guidés par la voix de Bernard Giraudeau. Voyageur infatigable, Bernard Giraudeau entame un long périple intérieur lorsqu'il se met à pratiquer quotidiennement la méditation, pour affronter le cancer qui l'a emporté l'année passée. C'est donc en tant que méditant et non en tant que comédien, qu'il a lu les méditations de Jon Kabat-Zinn.

Bref, un livre propice au ressourcement intérieur, à lire et à écouter quand on a l'envie ou besoin de se faire du bien.

Laurence Latour



BON À SAVOIR

- Pour en savoir plus sur la Pleine Conscience et son application thérapeutique, visitez le site de l'Association pour le développement de la Mindfulness : www.association-mindfulness.org/
- Un programme d'entraînement de 8 semaines est proposé régulièrement à l'UCL par les Consultations Psychologiques Spécialisées (Faculté de Psychologie à Louvain-la-Neuve) : www.cps-emotions.be/mindfulness/

Un pilulier électronique "intelligent"

Une première en Wallonie

Claude RUOL – directrice d'Aide & Soins à Domicile en Province de Namur

Des études montrent que la prise non conforme de médicaments atteint des taux allant de 25 à 50 % dans la population globale (surtout chez les personnes âgées ou en situation de handicap). Aujourd'hui, les moyens technologiques de télésurveillance peuvent contribuer à maintenir le patient plus longtemps à son domicile avec un niveau de sécurité renforcé pour lui-même et son entourage.

En 2009, dans le cadre du programme "priorité aux malades chroniques", l'INAMI a lancé un appel à projet de télémédecine ou télésurveillance avec pour objectif d'augmenter la qualité de vie des patients, de réduire la durée d'hospitalisation et de renforcer les soins ambulatoires. Sur 22 projets introduits, l'INAMI en a retenu et financé 6 dont celui introduit par Aide et Soins à Domicile en Province de Namur en partenariat avec PSD (Permanence Soins à Domicile) et la clinique Saint-Luc à Bouge.

Objectifs du projet

L'observance du traitement est un facteur essentiel pour le maintien à domicile du patient. Or, il arrive fréquemment que celui-ci oublie certaines prises, qu'il prenne plusieurs fois le même médicament ou inverse le traitement à prendre le matin et le soir. Ces écarts peuvent avoir des conséquences graves, voire vitales, sur la santé du patient avec en corollaire, des risques d'hospitalisation ou d'entrée en MR/MRS.

Ce projet vise à améliorer l'adhérence au traitement (la prise des médicaments) pour des patients atteints de troubles de l'attention, de l'organisation ou de la maladie d'Alzheimer (au stade précoce). Il ne s'agit pas de remplacer le rôle joué par la famille mais bien d'apporter une aide au malade et à ses proches, dès le début de la maladie ou de la symptomatologie.

Concrètement

Les patients ciblés par l'expérience recevront un distributeur de médicaments automatisé, avec transfert des données vers une centrale téléphonique. Le distributeur est à comparer à un pilulier. Il est rempli par un(e) infirmier(ère). Le distributeur est programmé pour rappeler le moment de la prise des médicaments au patient au moyen d'un signal sonore (la programmation peut se faire par l'entourage ou l'infirmier(ère)). Le distributeur émettra un signal de rappel s'il n'a pas été ouvert après 30 minutes. Si après une heure, le distributeur n'a toujours pas été ouvert (indiquant ainsi que les médicaments n'ont toujours pas été prélevés), il enverra un signal vers la centrale. Un(e) téléphoniste prendra alors contact avec la personne pour lui rappeler de prendre ses médicaments.



Dans ce projet, au-delà du respect de préparation des médicaments, du contrôle de l'observance par la technologie, il y a un rôle d'accompagnement du patient par les infirmiers(ères), pour l'éduquer à une prise rationnelle de son traitement. Comprendre son traitement, et en accepter la nécessité, est un facteur important qui conditionne l'observance.

Le rôle du médecin traitant et du médecin spécialisé

Ce système nécessite bien évidemment l'accord du patient ou de son représentant mais aussi celui du médecin traitant. Cet accord sera d'ailleurs demandé à chaque stade du projet ; les principes de prescriptions des médecins sont toujours respectés.

Afin d'avoir une base scientifique, les patients passeront une évaluation neuropsychologique (toujours avec l'accord du médecin traitant). Cette évaluation permettra de préciser la situation de déficit et un éventuel diagnostic précoce du patient.

Evaluation de ce projet pilote

L'expérience a démarré début mars 2011. Plusieurs patients ont déjà donné leur accord pour participer à cette étude. Nous constatons avec satisfaction que le projet est bien accueilli tant par les familles que par les médecins. Les résultats de cette expérience tout à fait innovante seront communiqués à l'issue du projet (fin 2012).

Gammes asbl

Anne HABETS - directrice de Gammes asbl

La population belge vieillit. Ses besoins changent : comment prendre en charge une part de plus en plus importante de la population qui souhaite rester à domicile le plus longtemps possible et avec une attention constante ? Comment veiller sur les patients âgés dont les séjours en hôpital sont sans cesse raccourcis ?

C'est pour répondre aux besoins grandissants en gardes à domicile (GAD) à Bruxelles que l'asbl Gammes a été créée en 1999. Ces personnes-clés assurent, auprès de personnes âgées mais également de personnes malades, désorientées ou en perte d'autonomie, une présence active, une écoute et une aide dans les gestes de la vie quotidienne. Elles les aident à se mouvoir, se nourrir, s'habiller, les accompagnent dans leurs activités... Elles permettent aussi de retarder l'entrée de la personne dépendante en maison de repos.

Qui sont les bénéficiaires des services de Gammes ?

Les personnes de plus de 80 ans représentent plus de la moitié des bénéficiaires de Gammes. Une même proportion est atteinte de démence, principalement Alzheimer et Parkinson. Les retours à domicile et les soins palliatifs se développent aussi et nécessitent une présence continuée auprès des bénéficiaires.

Ces types d'accompagnement constituent la plus forte demande, ce qui offre un éclairage sur la grande implication émotionnelle propre au métier et la nécessité de former et d'accompagner les GAD dans ces situations délicates.

Des professionnel(le)s qualifié(e)s

Gammes emploie 70 personnes, dont 58 GAD. En plus de fournir un service de gardes à domicile (environ 85 personnes en bénéficient chaque mois), Gammes remplit un second but social en insérant professionnellement des personnes peu qualifiées initialement ou dont le diplôme acquis à l'étranger n'est pas reconnu en Belgique. Les GAD sont recruté(e)s sur base de qualités humaines d'écoute, de patience, de capacité d'adaptation et de prise en charge. Elles sont ensuite formées techniquement, déontologiquement et psychologiquement. Le plan de formation est complété par des cours de français et une série de modules (communication, manutention, pathologies, etc.). Les GAD sont régulièrement évalué(e)s et encadré(e)s pour apprendre à faire face aux difficultés propres à leur activité.

L'indispensable maillon du maintien à domicile

Les GAD remplissent aujourd'hui une fonction primordiale dans la vie de la société. Les proches n'ont pas toujours la capacité d'assurer seuls la surveillance de leurs parents



Gammes^{asbl}

vieillissants ou handicapés et peuvent rapidement se sentir débordés ou épuisés. Travaillant dans une perspective de continuité et de stabilité grâce à des prestations longues et la couverture des nuits et des week-ends, les GAD occupent une place à part entière dans le panel des métiers d'aide et de soins à domicile et constituent le maillon indispensable pour assurer le maintien à domicile.

Enfin, dans un marché de l'emploi marqué par un chômage persistant, la professionnalisation des GAD représente une formidable opportunité d'emploi pour les personnes désireuses de se qualifier, qui peuvent trouver dans la garde à domicile un métier valorisant, fait de contacts humains riches et variés.

Malgré tout, cette profession n'est toujours pas reconnue par les pouvoirs subsidiaires en Région bruxelloise. Or, l'absence d'agrément en la matière encourage le travail au noir et les abus (d'où une qualité approximative de certains services).

Reconnaître la profession permettrait de mieux en définir les contours, mieux former les prestataires et, sans doute, diminuer le coût des prestations pour les bénéficiaires. Aux côtés de Gammes, la FASD reste attentive à cette question et vous tiendra informés.

Les droits du patient

Catherine CROLS – conseillère juridique, FASD

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient est entrée en vigueur depuis un peu plus de huit ans en Belgique. Quel bilan peut-on en tirer aujourd'hui ?

La loi relative aux droits du patient vise un double objectif : clarifier les droits du patient et inviter les prestataires de soins et les patients à dialoguer et, le cas échéant, à recourir à la médiation. Cette loi s'adresse aux patients ainsi qu'à tous les praticiens professionnels (y compris dans le domaine paramédical) et les hôpitaux.

EN RÉSUMÉ, LE PATIENT A DROIT À...

- bénéficier de **prestations de qualité** ;
- avoir le **libre choix du praticien professionnel** (dans le respect de la loi). Ce droit comprend celui de modifier son choix ;
- **recevoir toutes les informations sur son état de santé** et son évolution probable dans un langage clair. Le patient a également le droit de ne pas savoir sauf en cas de préjudice grave pour sa santé (ou celle d'un tiers moyennant conditions) ;
- **consentir librement à toute intervention du praticien** moyennant information préalable (notamment au sujet des conséquences financières) ;
- **consulter son dossier** soigneusement mis à jour et conservé en lieu sûr (en cas de décès : droit de regard, spécialement motivé, par des parents via un praticien, sauf refus du patient) ;
- voir assurée la **protection de sa vie privée** ;
- **introduire une plainte** auprès d'un service de médiation ;
- **recevoir un traitement approprié pour prévenir, traiter et soulager la douleur**.

Procédure de médiation en cas de plainte

Le droit de recourir à un service de médiation est expressément consacré par cette loi en vue d'optimiser la qualité des soins (par l'analyse des plaintes et les recommandations qui en découlent) et de restaurer le dialogue et la confiance entre le patient et le prestataire.

La loi prévoit deux types de médiateurs :

- *les médiateurs "locaux"* : obligatoirement institués dans les hôpitaux et dans les plateformes de concertation en santé mentale ;



Cette brochure est disponible gratuitement auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement : www.patientsright.be

- *les médiateurs du service de médiation fédéral "droits du patient" pour tous les autres secteurs.*

Nature des plaintes observées

Comme l'a signalé la médiatrice francophone au service de médiation fédéral lors d'un colloque organisé récemment à l'initiative de la Mutualité Chrétienne de Liège, 60% des plaintes concernent la qualité des soins en ambulatoire. Les plaintes portent de plus en plus souvent également sur le fonctionnement de l'institution (hygiène, qualité de la nourriture, etc). Les autres plaintes observées sont principalement liées aux droits du patient à l'information sur son état de santé et à l'accès à son dossier médical.

Restaurer la confiance

Cette journée d'études consacrée aux droits du patient fut dirigée par un concept essentiel, difficile à cerner et à appliquer : la confiance !

Comme l'a souligné Michel Dupuis, professeur à l'UCL et à l'ULG, philosophe et vice-président du comité consultatif de bioéthique, cette volonté de médiation marque l'avènement d'une nouvelle forme de relation entre le patient et le médecin, basée sur l'échange, la négociation et la responsabilité partagée.

Chaud, chaud devant !

ASD TOURNAI-ATH-LESSINES-ENGHIEU

Dans le cadre d'une formation interne destinée aux aides familiales, les assistantes sociales de l'ASD TALE ont organisé il y a quelques années une séance d'information sur les risques liés à la canicule. Voici les conseils épinglés lors de cette formation.

À l'heure où la plupart d'entre nous rêvent de décors chauds et ensoleillés, d'autres doivent songer à se prémunir des dangers du soleil (vagues de chaleur et pics d'ozone).

Sont particulièrement concernés : les **très jeunes enfants**, les **personnes âgées**, les personnes souffrant de **maladies cardiaques, pulmonaires, rénales**, les personnes **diabétiques**, les personnes qui prennent **certains médicaments**, les personnes en **surpoids**, les individus **pauvres et isolés** socialement ou les personnes présentant une **dépendance alcoolique**.

Ces personnes doivent être vigilantes car elles souffriront plus facilement de déshydratation ou d'une régulation de la température corporelle défectueuse.

Quels réflexes adopter, en tant qu'intervenant du domicile ?

En repérant les maladies et symptômes liés à la chaleur, en veillant à faire appliquer des mesures préventives, en prenant des précautions particulières et en sachant réagir en cas de malaise, le personnel à domicile peut éviter des conséquences graves voire dramatiques aux personnes fragilisées.

Maladies liées aux fortes chaleurs

De trop fortes chaleurs peuvent provoquer une insolation, des crampes, de l'épuisement, un coup de chaleur, etc. Les principaux symptômes en cas de pic d'ozone sont l'essoufflement ou la respiration anormale, l'irritation oculaire, l'irritation de la gorge et des maux de tête.

Mesures préventives

- On recommande de **boire en suffisance** (plus de 1,5 litres = 8 verres par jour) et de façon régulière (sans attendre d'avoir soif). L'idéal est de toujours laisser un verre d'eau à portée de main de la personne. On recommande également de privilégier l'eau minérale ou les boissons légèrement gazeuses contenant du sel. On peut aussi prendre des jus de fruits et des tisanes. À éviter : les boissons alcoolisées ou sucrées, le café et le thé.
- Il convient de veiller également à ce que les personnes **mangent régulièrement** car c'est la meilleure manière de lutter contre la perte de sel. Mieux vaut éviter les produits périssables tels que la charcuterie, les salades préparées ainsi que le lait, le beurre, le fromage frais ou les pâtisseries qui ne sont pas consommés immédiatement.



© photo-libre.fr

- **Rester le plus possible à l'intérieur ou dans un endroit frais et climatisé.** Occulter les fenêtres (volets, stores, rideaux), les fermer pendant la journée et aérer la nuit. À noter qu'en cas de température élevée, un ventilateur ne fournira pas une grande protection car l'air circule mais reste chaud.
- **Limiter les efforts physiques.**
- **S'habiller en conséquence** (vêtements légers, clairs, chapeau...).
- **Rafrâchir régulièrement le corps** à l'aide de mouchoirs ou de compresses humides.
- **Protéger la peau** des coups de soleil (indice de protection élevé).

QUE FAIRE EN CAS DE MALAISE

- prévenir le médecin ;
- appeler le 100 ou 112 si la température est anormalement élevée ;
- mettre la personne au repos dans un endroit frais ;
- faire boire la personne et humidifier ses vêtements ;
- assurer un apport d'air frais.

Infirmier de soutien dans la région du Hainaut Oriental

Louis-Marie PIRET - directeur de l'ASD Hainaut Oriental

L'infirmier de soutien est un professionnel de la santé. Grâce à son expérience et ses solides connaissances, il se place aux côtés du patient pour le conseiller, l'accompagner. Il prend en charge les personnes âgées fragiles et à risque de déclin fonctionnel sachant que les principales raisons d'hospitalisation (et/ou de placement en maison de repos) sont les chutes, la non-prise de médicaments, etc.

Les missions de l'équipe des infirmiers de soutien

- analyser et suivre la situation de dépendance du patient ;
- rédiger la **grille RAI** (voir l'encadré ci-dessous) ;
- sans aucune interférence avec les acteurs de première ligne, réaliser la prise des **paramètres vitaux du patient** (pouls, tension artérielle, poids...) avec l'accord du médecin traitant afin de déceler au plus tôt les anomalies et d'en **référer aux prestataires de terrain** (médecin traitant, infirmière) ;
- **transmettre les informations aux SISD** (services intégrés de soins à domicile) pour permettre d'alimenter les concertations multidisciplinaires ;
- établir le **plan des soins curatifs et de réadaptation**, par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade, en concertation avec le médecin traitant ;
- veiller à la prise des **médicaments** du patient (conseil pilulier, semainier...);
- soutenir les patients et leurs **aidants proches** (présence, écoute, **formation à la prise en charge**) ;
- jouer un rôle **d'éducation à la santé** (alimentation, diabète, maladies cardio-vasculaires...);
- être un relais efficace pour les centres de coordination (l'équipe paramédicale de soutien s'occupe des soins curatifs et de réadaptation).

Afin de remplir ces missions, l'équipe réalise **une visite tous les 15 jours** au domicile du patient et reste en contact régulier avec son patient (contacts téléphoniques en cas de besoin).

Privilégier le maintien à domicile

L'objectif de l'équipe des infirmiers de soutien : **retarder au maximum le placement en maison de repos et éviter les hospitalisations.**

UNE ÉVALUATION GLOBALE DE LA PERSONNE

L'infirmier de soutien va mettre à disposition du médecin une analyse précise et régulière de la situation médicale du patient. La grille RAI permet d'avoir une analyse globale de la situation du patient : analyse des données sociodémographiques, l'état de santé (maladies, médicaments), le statut fonctionnel, les performances sensorielles, les chutes, la confusion, la cognition, les désirs du patient, ses occupations, son bien-être psychosocial, la présence de la famille ou des proches et les procédures de soins.



Une équipe dynamique et motivée pour un projet novateur.

Un soutien à la relation entre le médecin traitant et le patient

L'infirmier de soutien s'inscrit dans l'accompagnement du patient dont le plan d'aide et de soins est déjà coordonné par d'autres personnes. Par ses informations, il complète et soutient éventuellement les prestataires de soins. En effet, il est inconcevable qu'un médecin traitant ou un(e) infirmière(e) dans ses fonctions classiques ait le temps de remplir une grille RAI. Par contre, cet outil représente un fameux plus lorsqu'il est mis à disposition du médecin traitant et des paramédicaux.

L'équipe d'infirmiers de soutien est au service des prestataires de soins. Le médecin traitant bénéficie :

- > d'une **analyse précise** de la situation de son patient (système RAI) ;
- > d'un **suivi du traitement** donné ;
- > d'un travail d'équipe pour **rompre l'isolement** du patient ;
- > d'un **suivi régulier des paramètres** du patient.

PARTENAIRES EN COLLABORATIONS TRANS-SECTORIELLES

SISD RCS, Cercle de médecine générale FMGCB, Centre de coordination aide & soins à domicile Hainaut Oriental, Maisons de repos et de soins, Qualias, Mutualité Chrétienne.

contact

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

NUMÉRO 127 > 31^e ANNÉE > AVRIL-MAI-JUIN 2011

EDITO

Une grande chaîne d'humains 2

PREMIER ÉCHELON

La liaison hôpital - domicile 3

Entretien avec Nelly DESSET
Infirmière de liaison à l'ASD de Wavre 4

La continuité entre l'intra et l'extra-muros 5

INFO SANTÉ À DOMICILE

Les acouphènes 6

ARRÊT SUR IMAGE

Quand il n'y a plus rien, il n'y a que l'Amour 21

UN LIVRE À LIRE

Méditer - Dr Jon Kabat-Zinn 22

DOSSIER

Le deuil, un lent travail de reconstruction 7

Le processus du deuil 8

Deuil et démarches administratives 10

Les groupes de parole et d'entraide 11

Accompagner les bénéficiaires et leurs proches
sur le chemin du deuil 13

Ecouter et soutenir une équipe endeuillée 14

Une voix dans la nuit 15

Prendre soin des soignants 16

Regard d'une aide familiale congolaise 17

Entretien avec Julos Beaucarne 18

Chacun fait son deuil comme il le peut 20

ECHOS

Un pilulier électronique "intelligent" 23

Gammes asbl 24

Les droits du patient 25

Chaud, chaud devant ! 26

Infirmier de soutien dans la région du Hainaut Oriental 27



**AIDE & SOINS
A DOMICILE**

LE RÉSEAU DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

TOURNAI • ATH • LESSINES • ENGHIEU

Chaussée de Renaix, 192
7500 Tournai
Tél. : 069/25.30.00

- Ath : 068/28.79.79
- Lessines - Enghien :
068/27.02.37

MOUSCRON • COMINES

Rue Saint Joseph, 8
7700 Mouscron
Tél. : 056/85.92.92

MONS • BORINAGE

Rue des Canoniers, 1
7000 Mons
Tél. : 065/40.31.31

BRABANT WALLON

Chaussée de Namur, 52c
1400 Nivelles
Tél. : 067/89.39.49

- Braine-l'Alleud :
02/384.42.63
- Tubize : 02/390.08.58
- Ottignies : 010/65.84.77
- Jodoigne : 010/81.21.98
- Wavre : 010/22.46.70

LIEGE • HUY • WAREMME

Rue d'Amercoeur, 55
4020 Liège
Tél. : 04/342.84.28

- Ourthe - Amblève :
04/384.87.28
- Huy - Waremmes :
085/27.40.00

NAMUR • WALCOURT • DINANT • CINEY

Rue du Lombard, 8 bte 2
5000 Namur
Tél. : 081/257.457

- Walcourt : 071/61.10.88
- Dinant - Ciney :
083/21.41.08
- Gedinne : 061/58.95.08

HAINAUT ORIENTAL

Rue de la Station, 17
6540 Lobbes
Tél. : 071/599.666

BRUXELLES

Rue Malibran, 53
1050 Bruxelles
Tél. : 02/647.03.66

VERVIERS

Rue de la Banque, 8
4800 Verviers
Tél. : 087/32.90.90

EUPEN

Aachener Strasse 11-13
4700 Eupen
Tél. : 087/59.07.80

LUXEMBOURG

Rue de Redange 8
6700 Arlon
Tél. : 063/230.404

- Etalle : 063/45.00.75
- Bertrix : 061/41.01.10
- Houffalize : 061/28.02.10
- Libramont : 061/23.04.10
- Marche : 084/32.03.10
- Hotton : 084/46.02.10

www.fasd.be