



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



ÉTUDE ORIGINALE

Résistance des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs : construction d'un modèle causal

Caregivers reluctance to use palliative care practices:
Construction of a causal model

Nicole Barthelemy^a, Michel Andrien^b,
Marianne Lecomte^c, Christine Ferir^d, Patricia
Serpe^{e,*}

^a *CHU de Liège, Liège, Belgique*

^b *Université de Liège, Liège, Belgique*

^c *CHR de la Citadelle, Liège, Belgique*

^d *MRS Les Prés Brions, Huy, Belgique*

^e *Plate-forme des soins palliatifs en Province de Liège, 78, boulevard E.-de-Laveleye, 4020 Liège, Belgique*

Reçu le 17 octobre 2007 ; accepté le 13 décembre 2007

Disponible sur Internet le 14 mars 2008

MOTS CLÉS

Résistance ;
Soins palliatifs ;
Soignants ;
Arbre de causalité

Résumé

Objectif. – Cerner l'ensemble des facteurs de la résistance des soignants à pratiquer les soins palliatifs et appréhender les interactions principales entre ces facteurs dans le but de développer un projet de travail ultérieur, susceptible de les modifier.

Définition de la résistance. – La passivité ou le refus inconscient, devant un patient « palliatif », à mettre en œuvre des attitudes et/ou des actes appris qui s'inscrivent dans les principes de base de l'approche palliative.

Public cible. – Les soignants, c'est-à-dire l'ensemble des professionnels qui s'occupent des patients atteints d'une maladie grave ou incurable. Il s'agit des médecins, des infirmiers, des aides-soignantes mais aussi des kinésithérapeutes, des psychologues, des gardes à domicile, des aides familiales, etc. Sont exclus du public cible les membres de la famille du patient et les volontaires.

Méthode. – L'analyse causale qui consiste à construire, en équipe, un arbre de causalité d'un problème spécifique. La présentation sous forme d'arbre permet la lecture des différents facteurs recensés, des plus proches aux plus éloignés. L'analyse causale est une méthode consommatrice de temps, mais elle va constituer le fondement du travail ultérieur de la Plate-forme.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : patricia.serpe@skynet.be (P. Serpe).

KEYWORDS

Resistance;
Palliative care;
Healthcare
professionals;
Causality tree

Résultat. – Le modèle obtenu est un répertoire ordonné des facteurs qui participent à la cause du problème.

Conclusion. – Les membres de la cellule d'analyse ont mis leurs savoirs en commun pour créer un outil de référence. Cet outil servira à définir des actions pour modifier directement ou indirectement la résistance des soignants à appliquer les soins palliatifs.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objective. – To identify any reason for healthcare professionals to resist to provide palliative care and to understand the main interactions between these factors, in order to develop a further work project which could modify them.

Definition of resistance. – The passivity or the unconscious refusal, to reproduce behaviours and/or acts corresponding to the basic principles of the palliative approach when facing palliative patients.

Target group. – Healthcare professionals, i.e all professionals who take care of patients suffering from an advanced or incurable disease. These are doctors, nurses, nursing auxiliaries, and also physiotherapists, psychologists, home carers, etc. Family members of the patient or volunteers were excluded from the target group.

Method. – The causal analysis consists in building a causality tree of a specific problem within a team. The presentation under the form of a tree allows the reading of the identified factors, from the closest to the most distant. The causal analysis is a time-consuming method, but it will form the basis of further work of our team.

Result. – The obtained model is an orderly repertory of the factors which contribute to the cause of the problem.

Conclusion. – The members of the analysis unit have shared their knowledge to create a tool. This tool will be used to determine actions in order to reduce directly or indirectly the resistance to provide palliative care.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Au cours des quatre dernières décennies, l'approche des malades en fin de vie a fait l'objet d'une attention accrue. C'est déjà fin des années 1960, en Angleterre, que Dame Cicely Saunders initie ce courant plus humaniste de la médecine que sont les soins palliatifs. Ce fut une évolution positive et nécessaire pour la médecine moderne dont les progrès techniques et scientifiques avaient progressivement transformé le patient en objet malade.

En Belgique, les soins palliatifs se sont développés vers la fin des années 1980. Progressivement, une législation sur l'euthanasie [1], sur les soins palliatifs [2], sur les droits du patient [3], a été mise en place. Des lits de soins palliatifs [4] (366 pour l'ensemble du royaume, dont 116 en Wallonie, 54 pour la région de Bruxelles et 196 en Flandre) ont été créés et financés.

Le réseau belge des soins palliatifs se décline sur trois niveaux : le premier est constitué par les soignants de première ligne. Le deuxième est représenté par les équipes pluridisciplinaires, spécialisées en soins palliatifs qui ont pour mission principale de soutenir les intervenants de première ligne (conseils spécifiques, soutien psychologique, aide à la prise de décision, gestion de la douleur...) du domicile et des maisons de repos et de soins (équipes de soutien [5]) et des hôpitaux (équipes mobiles [6]). Cette seconde ligne intervient à la demande, lorsque le patient, les proches ou les soignants de première ligne l'interpellent. La troisième ligne, également subsidiée par les pouvoirs publics,

est représentée par trois fédérations régionales et 25 plateformes de soins palliatifs [7] (dont neuf en Wallonie, une à Bruxelles et 15 en Flandre). Ces dernières sont des lieux de concertation et regroupent dans un esprit pluraliste des professionnels de la santé exerçant dans les différentes structures (hôpitaux, institutions d'hébergement pour personnes âgées, organisations d'aide et de soins à domicile, associations d'aide aux familles et de prestataires de soins...). Leur rôle consiste à informer et sensibiliser la population, structurer et soutenir les initiatives des professionnels de la santé, veiller à la mise à jour de leurs connaissances en proposant des formations aux soignants ainsi qu'aux volontaires dans le but d'offrir des soins toujours plus appropriés aux besoins des patients et de leurs familles.

La définition des soins palliatifs dans la législation belge [8] est proche de celles de l'OMS publiées en 1990 [9] et en 2002 [10], mais elle n'insiste pas suffisamment sur l'importance de l'intervention précoce, alors que cet élément est clairement mentionné dans la définition de l'OMS de 2002, où les soins palliatifs sont « applicables tôt dans le décours d'une maladie ». Cette modification témoigne d'une évolution conceptuelle assez récente des soins palliatifs [11].

Malgré l'évolution récente et ce regain d'intérêt des milieux professionnels de la santé (reconnaissance légale et financière des soins palliatifs dans le secteur de la santé, nombre croissant de recherches et de publications dans le domaine), ainsi que le relais médiatique au sein du public, force est de constater la résistance de certains soignants à mettre en pratique les soins palliatifs.

Ainsi, la Plate-forme des soins palliatifs en Province de Liège s'est interrogée, au sein de son comité scientifique, sur les causes de cette résistance qui perdure en dépit des séances d'information, de sensibilisation et de formations en la matière proposées aux soignants.

Sur le terrain, on constate, par exemple, que la seconde ligne n'est souvent interpellée qu'en urgence, pour des patients atteints de longue date d'une maladie dite incurable ; que des décisions médicales pourraient être prises par anticipation ; que certains professionnels sont réticents à travailler en équipe, en évitant de participer à des réunions pluridisciplinaires etc.

Ces difficultés de préciser l'objectif de soin, d'anticiper le projet thérapeutique, de mettre sur pied une collaboration interdisciplinaire, de faire référence à des équipes spécialisées de seconde ligne... entre autres, a conduit la Plate-forme à définir le concept de « résistance ». Nous entendons par « résistance à la mise en pratique des soins palliatifs », la passivité, voire le refus inconscient de mettre en œuvre des attitudes et/ou des actes appris qui s'inscrivent dans les principes fondamentaux de l'approche palliative.

La Plate-forme des soins palliatifs de la Province de Liège s'est alliée l'expertise du centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé, Ceres, de l'université de Liège pour tenter de construire un modèle causal de la résistance des soignants, telle que nous l'avons définie.

L'étude a pour objectifs de cerner l'ensemble des facteurs de la résistance des soignants à pratiquer les soins palliatifs et d'appréhender les interactions possibles entre ces facteurs. Le but poursuivi est de trouver des pistes de réflexion utiles à leur changement.

Matériel et méthode

Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée à la Plate-forme des soins palliatifs en Province de Liège [12]. Celle-ci est active dans la coordination d'actions de terrain, visant à promouvoir les soins palliatifs, dans l'information du public, la formation des soignants et la mise en réseau d'acteurs d'origines diverses qui trouvent ainsi des lieux d'échanges sur la pratique des soins palliatifs et également sur les questions éthiques que cette pratique soulève.

Méthodologie

Nous avons choisi d'utiliser la méthode d'analyse causale [13]. L'analyse causale consiste à construire, en équipe pluridisciplinaire, un arbre de la causalité du problème posé. Le modèle obtenu à partir d'une analyse causale est une représentation simplifiée de la réalité des facteurs qui participent à la genèse d'un problème complexe. La présentation sous la forme d'arbre de causalité permet la lecture aisée des différents facteurs du plus proche au plus éloigné de la variable dépendante, ici la résistance des soignants à pratiquer les soins palliatifs.

Le Ceres a apporté à la Plate-forme son expertise méthodologique. L'étude a été animée par deux coordinatrices

de la Plate-forme et le directeur du Ceres. Ensemble, ils ont uni leurs efforts pour réunir pendant cinq soirées, pour des séances de deux heures trente, entre le 9 mai et le 13 juin 2006, un groupe multidisciplinaire rassemblant des acteurs intervenant dans les soins palliatifs et des experts de différentes universités belges (à savoir cinq hommes et 12 femmes). Le taux de présence aux cinq réunions de travail a été extrêmement élevé (supérieur à 90% à chaque réunion).

Le groupe se composait, en plus des trois animateurs, de quatre infirmières (une indépendante, une en association de seconde ligne en soins palliatifs et deux en maisons de repos et de soins), de deux médecins généralistes se rendant au domicile des patients, de deux kinésithérapeutes travaillant au domicile de patients, en maisons de repos et/ou maisons de soins, de deux psychologues (un formateur et un directeur d'une maison de repos et de soins), d'une radio-oncologue et d'une oncologue travaillant à l'hôpital, d'une garde à domicile et d'une assistante sociale, responsable des activités de formation de la Plate-forme. Parmi les experts universitaires, retenons une psychologue de la santé, une anthropologue et un sociologue.

Le groupe de travail a commencé par définir le plus précisément possible le problème étudié et la population concernée. La résistance a fait l'objet de la définition présentée plus haut. Le public visé dans cette étude est l'ensemble des professionnels de la santé qui s'occupent des patients atteints d'une maladie grave ou incurable. Ces soignants sont médecins, infirmiers, aides-soignantes, kinésithérapeutes, psychologues, gardes à domicile, aides familiales, etc. Sont exclus de notre analyse les membres de la famille du patient et les volontaires.

La case de tête du modèle (le sommet de l'arbre) ou variable dépendante a été formulée de manière précise. Ensuite, le groupe a dressé la liste des facteurs qui participent, de l'avis des participants, aux causes du problème. L'arbre a ensuite été construit en commençant par les branches principales, puis en progressant de haut en bas, des causes les plus proches vers les causes les plus lointaines.

Pour construire un modèle causal de la manière préconisée ici, différentes règles doivent être respectées :

- le modèle se construit de haut en bas, en partant du problème posé et en descendant vers les causes de plus en plus éloignées ;
- par convention, on s'en tient exclusivement à l'expérience des participants et aux informations disponibles sur place ;
- chaque « cause » remplit une case ;
- chaque case doit être décomposée au moins en deux parties ;
- les cases sont reliées entre elles par des flèches verticales ou horizontales en fonction des relations déterminées par le groupe entre leur objet ;
- un équilibre doit être trouvé entre la rigueur de la réflexion, l'approfondissement des concepts, la recherche de la précision des termes et la nécessité d'avancer. Le travail doit se concrétiser dans un laps de temps limité, quitte à revenir plus tard sur des notions trop vastes ;
- les participants sont invités à faire preuve d'écoute et de tolérance à l'égard des autres, chacun ayant sa propre vision du problème à traiter.

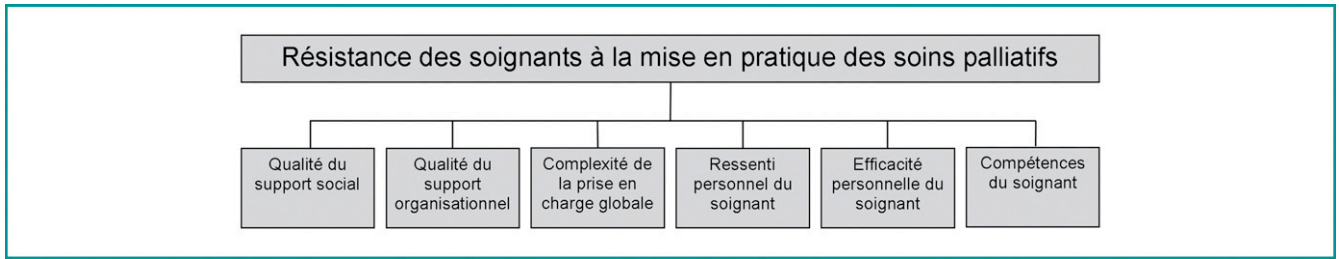


Figure 1. Résistance des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs.
Resistance of healthcare professionals to provide palliative care.

La première réunion a permis au groupe de se mettre d'accord sur la case de tête du modèle et d'identifier une vingtaine de facteurs qui entrent dans la problématique de la résistance des soignants à la pratique des soins palliatifs. Au cours de la deuxième réunion, le groupe a précisé le concept de résistance et énuméré un ensemble de facteurs qui influencent la case de tête (variable dépendante). La troisième réunion a conduit les participants à déterminer les branches principales de l'arbre. Les deux dernières réunions ont été consacrées à la construction et à la mise en forme de l'arbre de causalité, sur un support de visualisation mobile (ou « métaplan »).

Les animateurs du groupe ont ensuite rédigé le rapport et l'ont proposé à la relecture des participants. Le rapport

final, tout comme le modèle causal en tant que tel, est donc un travail collectif.

Résultats

Branches principales de l'arbre

La case de tête est définie par le titre du travail « résistance des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs ». La notion de résistance a suscité beaucoup de discussions. Elle exprime une discordance entre le discours et la pratique, entre la pensée même et l'acte.

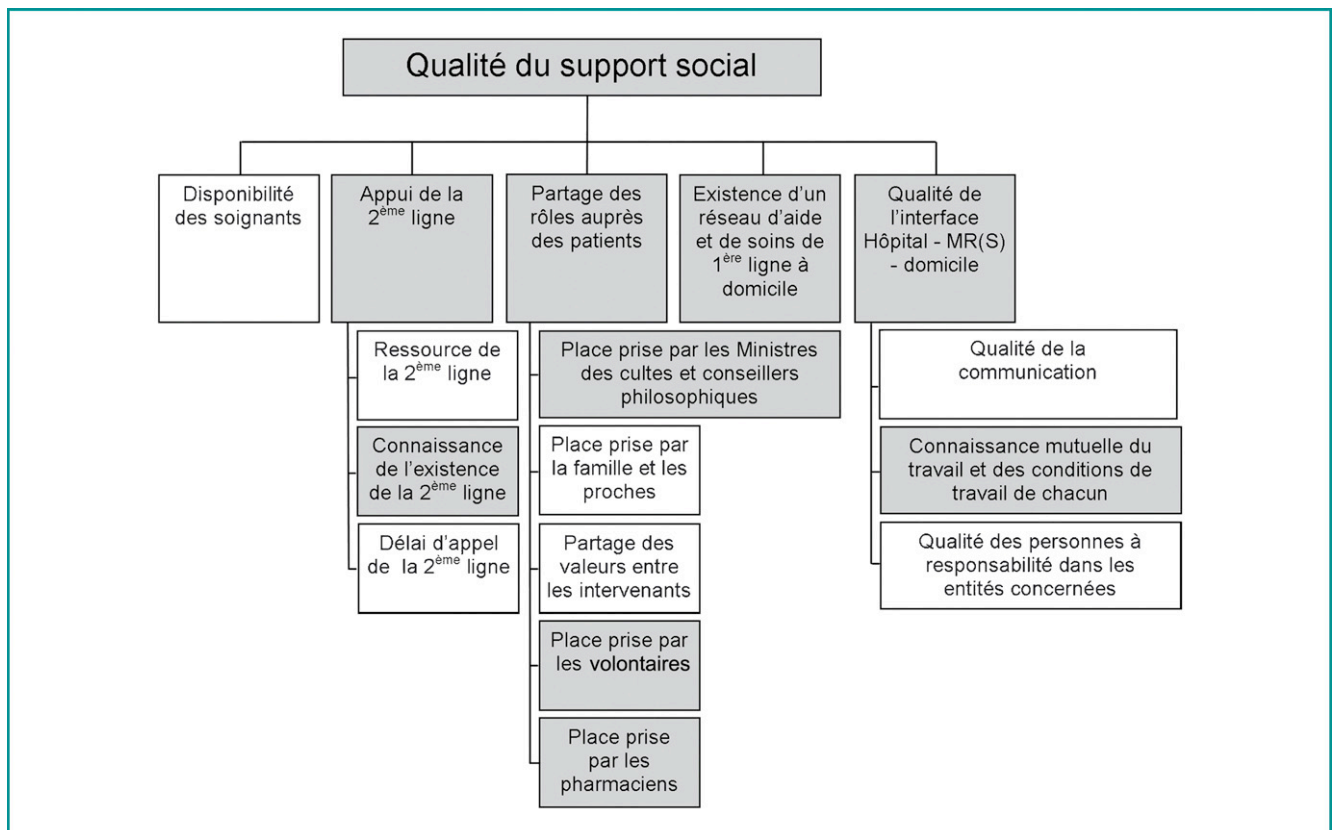


Figure 2. Qualité du support social.
Quality of social support.

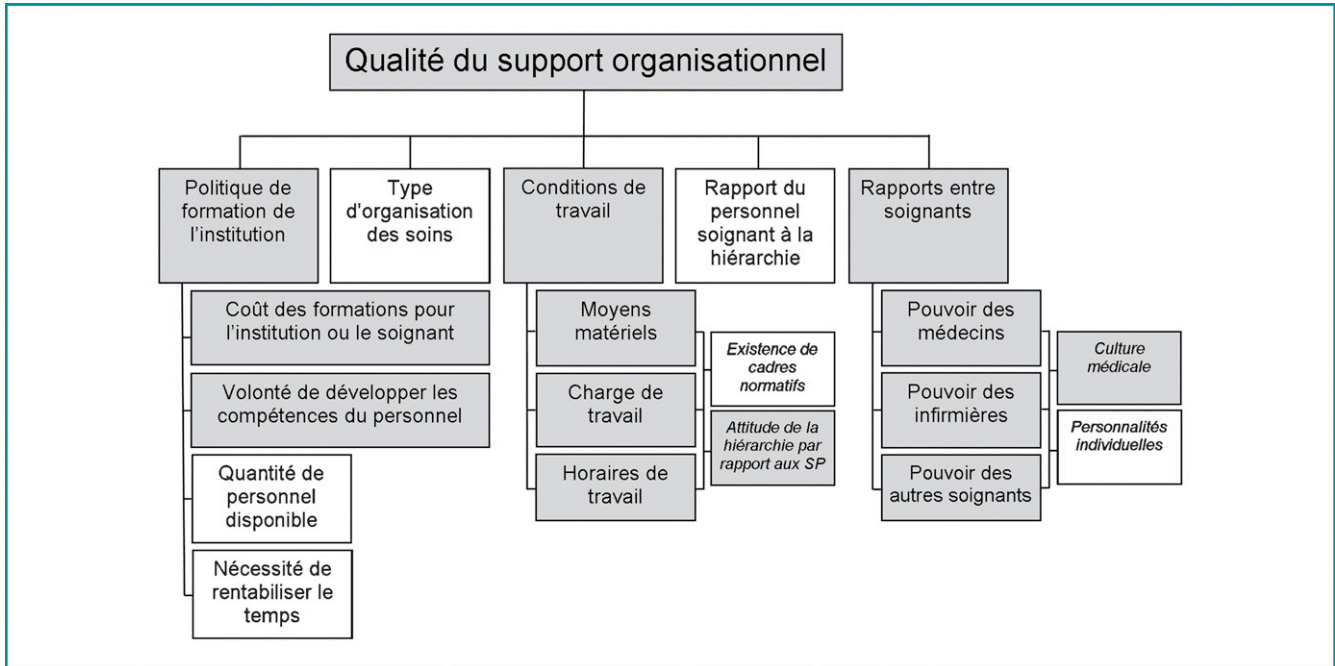


Figure 3. Qualité du support organisationnel. *Quality of organisational support.*

Les soignants reconnaissent explicitement le bien-fondé de la médecine palliative et disent adhérer à ses principes, mais n’arrivent pas à les mettre en pratique. Les raisons sont multiples : structurelles, fonctionnelles, culturelles, idéologiques, émotionnelles etc.

Six facteurs influençant au premier niveau la résistance des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs ont été identifiés (Fig. 1).

Il s’agit de :

- la qualité du support social ;
- la qualité du support organisationnel autour du soignant ;
- la complexité de la prise en charge globale d’un malade ;
- le ressenti personnel du soignant ;
- l’efficacité personnelle du soignant ;
- les compétences du soignant.

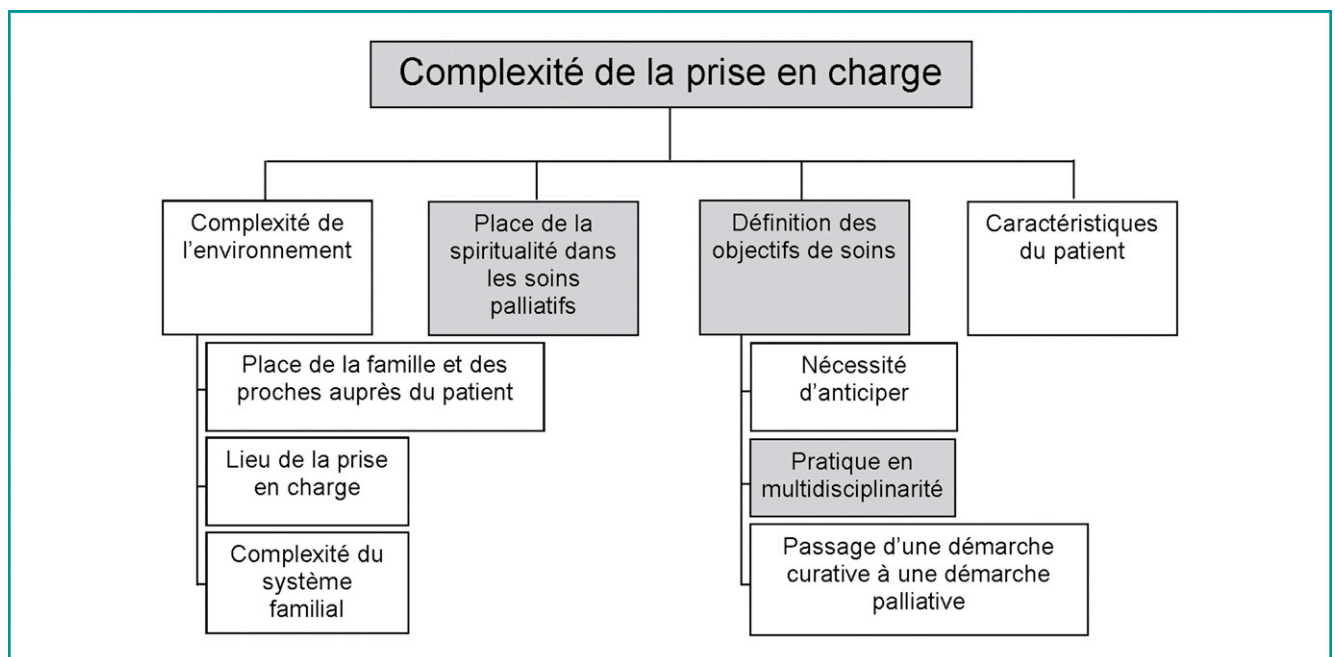


Figure 4. Complexité de la prise en charge globale. *Complexity of comprehensive care.*

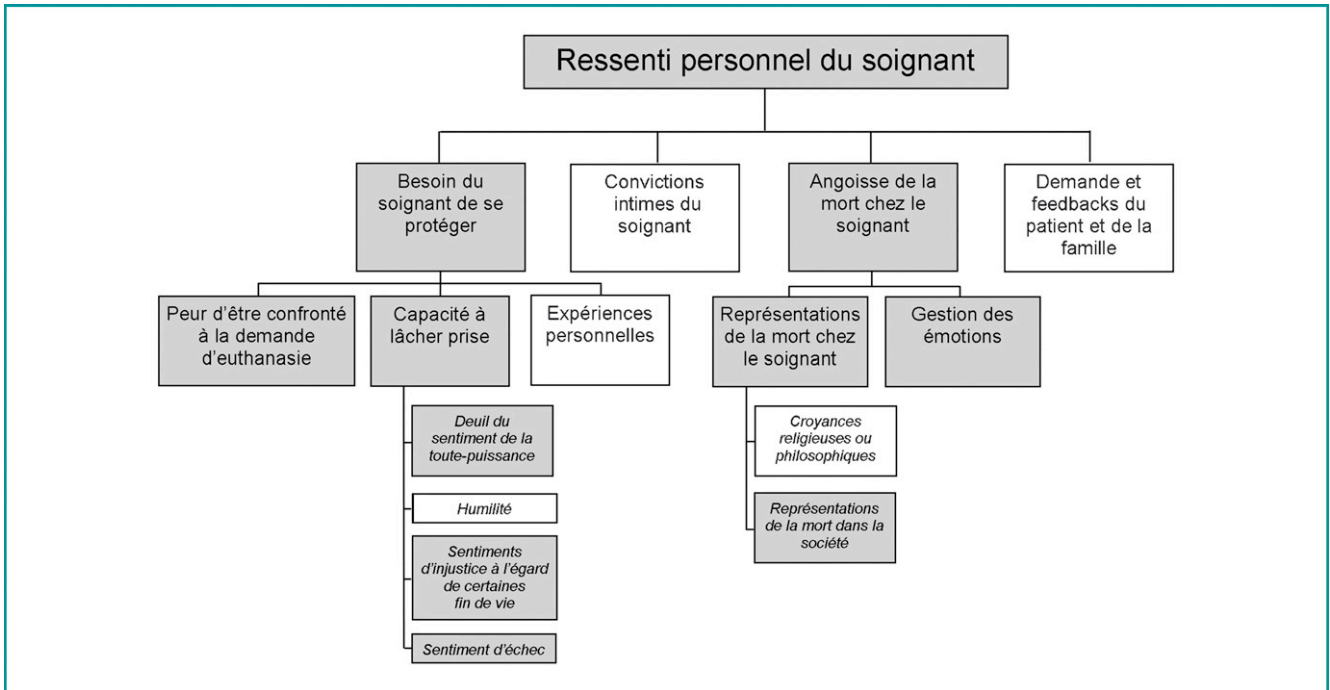


Figure 5. Ressenti personnel du soignant.
Personal feeling of healthcare professional.

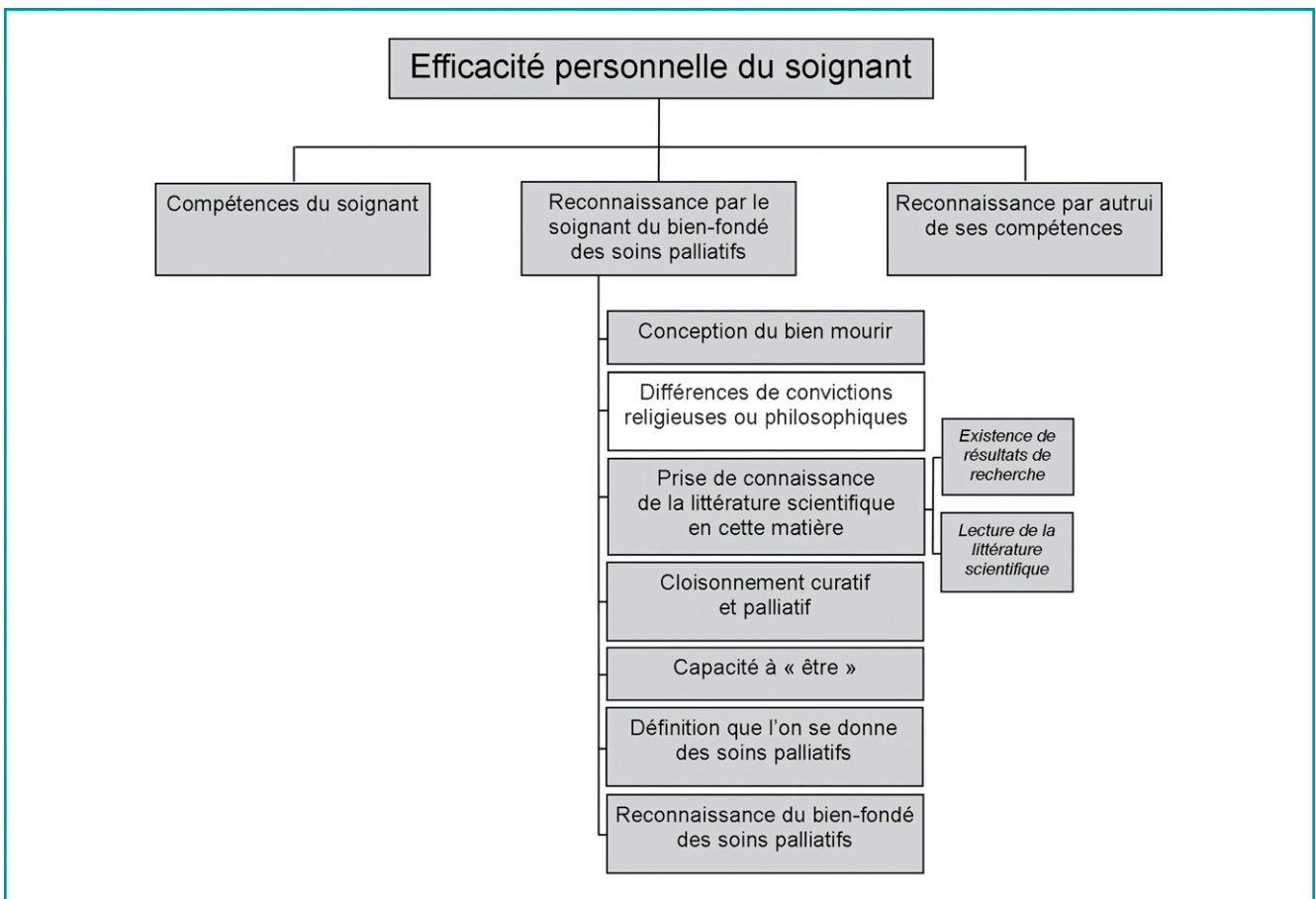


Figure 6. Efficacité personnelle du soignant.
Personal efficiency of healthcare professional.

Le modèle causal est construit à partir de ces six facteurs. Chacun de ces six facteurs fait l'objet d'une analyse en arbre, sous forme des figures.

Chaque branche de l'arbre se lit de haut en bas, de la variable dépendante vers ses causes de plus en plus lointaines.

Les branches principales de l'arbre de causalité

L'arbre de la causalité est détaillé dans les six figures correspondant chacune à une des branches principales de l'arbre. Les cases grisées représentent des facteurs sur lesquels il semble possible à la Plate-forme d'intervenir. Nous y reviendrons plus loin.

La qualité du support social (Fig. 2) représente l'environnement humain du patient au sens large (la famille, l'équipe soignante, la deuxième ligne, le réseau d'aide et de soins à domicile...)

Elle dépend des qualités intrinsèques de l'entourage et des soignants.

La disponibilité laissée par les autorités aux soignants pour faire leur travail en fait partie, comme la liberté/possibilité de s'associer avec une équipe de deuxième ligne. Elle se manifeste à travers le partage des rôles entre tous ceux qui interviennent dans l'accompagnement du patient, professionnels ou non professionnels, à travers l'existence d'un réseau d'aide et de soins à domicile et à travers la qualité de l'interface entre l'hôpital, la maison de repos (et de soins) et le domicile.

La qualité du support organisationnel (Fig. 3) concerne tous les acteurs des institutions, quel que soit leur niveau hiérarchique et s'exprime par leur ouverture au concept

de soins palliatifs. Elle fait référence à la gestion de l'entreprise où évolue le personnel soignant. Elle dépend de la politique de formation de l'institution, du type d'organisation des soins, des conditions de travail, des rapports du personnel à la hiérarchie et des rapports entre soignants.

La complexité de la prise en charge globale (Fig. 4) fait référence à des soins individualisés répondant aux besoins biopsychosociaux du patient et à la complexité de son environnement singulier (famille, structure de soins...).

Elle est liée à l'environnement du patient palliatif, à la définition des objectifs de soins, à la place qu'on accorde à la spiritualité, et, bien entendu, aux caractéristiques chaque fois uniques du patient lui-même.

Le ressenti personnel du soignant (Fig. 5) est une variable englobant sa personnalité, ses émotions, mais aussi de manière plus large sa formation professionnelle, son vécu, ses croyances, ses représentations fantasmatiques.

Il est lié à son besoin de se protéger, à ses convictions intimes, à sa propre angoisse à l'égard de la mort et aux émotions que lui renvoient le patient et sa famille.

L'efficacité personnelle du soignant (Fig. 6) est un facteur déterminant dans un système productif. Elle dépend des compétences acquises, mais également de la *self-efficacy*, concept-clé en psychologie sociale, qui désigne la représentation que le soignant se fait de sa propre efficacité, ici en matière de soins palliatifs.

Elle est influencée par la perception qu'il a du bien-fondé des soins palliatifs, par son aptitude personnelle à les intégrer dans son travail, par la reconnaissance et l'estime de ses pairs.

Les compétences du soignant (Fig. 7) sont en lien avec le domaine de la formation (niveau, intérêt, curiosité

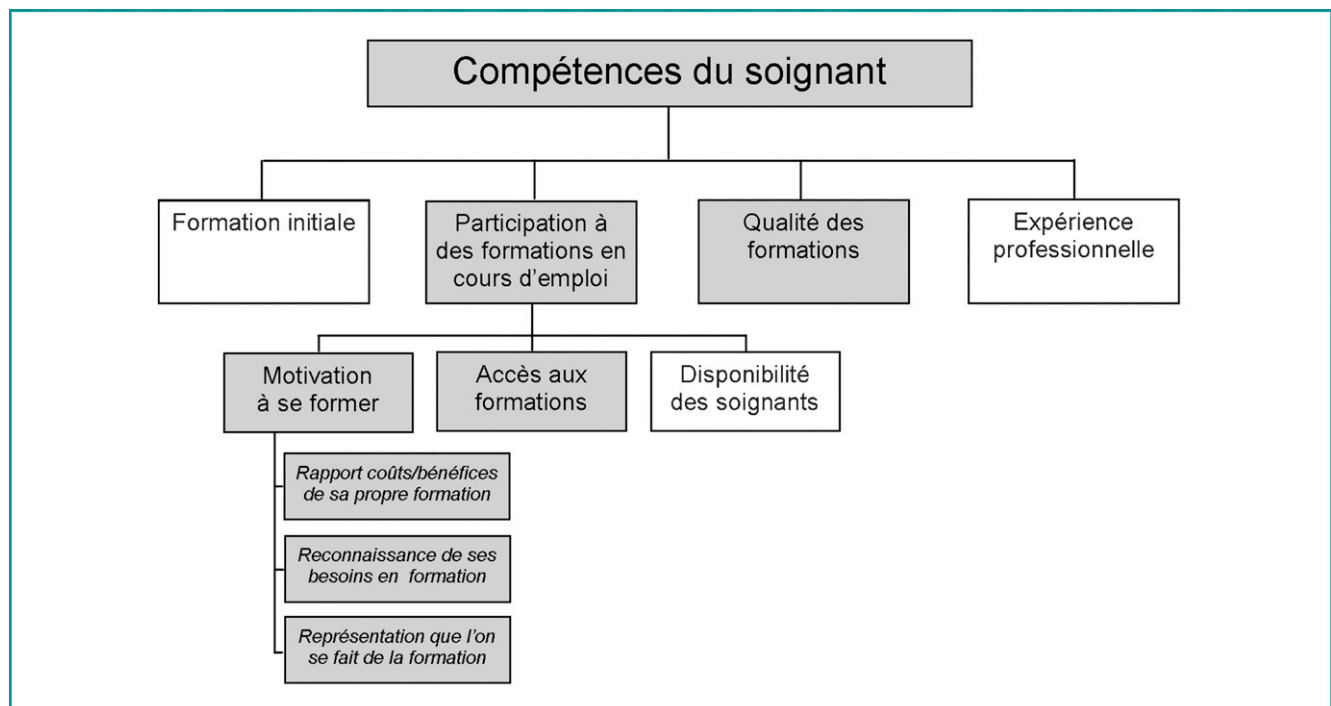


Figure 7. Compétences du soignant.
Skills of healthcare professional.

personnelle, disponibilité) et son expérience professionnelle.

Elles influencent sa résistance à la mise en pratique des soins palliatifs.

Elles dépendent de sa formation initiale, de sa participation à des formations en cours d'emploi, de la qualité de ces formations, de ses intérêts personnels et de son expérience professionnelle.

Discussion

Parmi les acteurs du groupe formé [14] figuraient neuf personnes impliquées à un ou plusieurs titres dans les instances de la Plate-forme. Le groupe était composé des différentes disciplines intervenant auprès de patients en soins palliatifs. Plus que dans la multidisciplinarité, c'est dans l'interdisciplinarité que ce travail d'équipe a été réalisé, grâce au dialogue, à une communication interpersonnelle claire et à la poursuite d'un enrichissement mutuel. Les membres de l'équipe se sont rassemblés autour du thème, chacun conservant ses spécificités [15].

Si l'on cherche la signification du mot «résistance» dans les dictionnaires, elle est définie comme une opposition à une force physique ou morale. Le mot est aussi utilisé dans des domaines variés tels la physique, la mécanique, l'électricité, l'électronique, le sport (par opposition à l'endurance), le droit (l'obligation de se défendre face à l'oppression de fait). Dans le contexte de notre étude, il s'agit de la résistance en lien avec l'incertitude de toute action humaine devant «un autre» qui va peut être mourir après les paroles que nous aurons prononcées, les actes que nous aurons posés. C'est la résistance en lien avec la problématique du choix, la confrontation avec la finitude, les limites de la puissance.

C'est une disposition commune à tout individu, que nous avons cherché à identifier dans le cadre que nous avons défini ici.

Pour bien déterminer la case de tête du modèle causal «la résistance des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs», le groupe a tenté dans un premier temps de clarifier cette notion en établissant une série de situations, non exhaustives, dans lesquelles elle se manifeste. Un professionnel de la santé fait preuve de résistance lorsqu'il :

- évite la chambre de son patient qui est en phase palliative ;
- se déclare compétent en soins palliatifs alors qu'il ne l'est pas, ne s'implique pas dans un processus de formation offert ;
- évite de travailler en équipe, réfère trop tardivement à l'équipe palliative ou n'appelle pas la seconde ligne lors d'une situation difficile de fin de vie ;
- ne reconnaît pas ou ne fait pas observer la futilité des traitements poursuivis etc.

Lors de cette analyse causale, les soignants du groupe ont pu verbaliser et mettre par écrit leur vécu, leurs expériences et les partager avec les autres membres du groupe. Le travail a permis de créer une référence commune au groupe, de conduire à des modalités d'intervention et à l'évaluation de celles-ci. Des facteurs vulnérables ont été

identifiés, ainsi que des éléments pour le choix des priorités d'actions ultérieures.

Cette étude aide à identifier les contraintes et/ou les facteurs qui peuvent faire échouer une intervention ou amplifier son succès, indépendamment des processus mis en oeuvre.

Elle donnera la possibilité d'innover en agissant sur des causes jusque-là méconnues.

La Plate-forme pourrait, grâce à cet outil original, développer des moyens pour diminuer la résistance des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs, ou tout au moins chercher à avoir un impact sur celle-ci. Ces facteurs sont surlignés en gris dans les tableaux.

L'influence peut être directe ou indirecte sur toutes les branches de l'arbre causal. (Fig. 1). Elle peut agir sur la qualité du support social en faisant mieux connaître la deuxième ligne et en contribuant au renforcement de la compréhension mutuelle entre soignants, entre l'entourage et les soignants (Fig. 2), ce qui nous ramène à la nécessité d'un travail en équipe et d'un travail en réseau. Les responsables des institutions prendront conscience de l'intérêt de promouvoir ces changements.

La Plate-forme peut aussi contribuer à l'amélioration du support organisationnel au sein des institutions en les encourageant à développer une politique de formation, en influençant l'attitude de la hiérarchie par rapport aux soins palliatifs et en agissant progressivement sur la culture médicale (Fig. 3).

La Plate-forme peut agir sur la complexité de la prise en charge globale en soutenant la pratique de l'interdisciplinarité et en reconnaissant comme objectif raisonnable de soins le passage d'une démarche curative à une démarche palliative.

La place de la spiritualité dans les soins palliatifs peut être abordée dans le cadre d'une réflexion collective à l'occasion des formations ou des colloques (Fig. 4).

La Plate-forme peut toucher le ressenti personnel des soignants, grâce aux formations et groupes de parole qu'elle organise, qui permettent d'évoquer les sentiments d'impuissance, d'échec ou d'injustice vécus face à la maladie et la mort, mais aussi la question souvent éludée de l'euthanasie. Ces actions contribueront, à long terme, à une modification des représentations de la mort chez le soignant et de là, dans le corps social (Fig. 5).

Le plaidoyer et les formations de la Plate-forme renforceront la conviction du soignant du bien-fondé de la pratique des soins palliatifs et par là son efficacité personnelle (Fig. 6), ainsi que la reconnaissance de ses compétences (Fig. 7), en accroissant l'offre des formations et en en favorisant l'accès.

Conclusions

L'analyse causale de la résistance des soignants à mettre en oeuvre les soins palliatifs a été un exercice très enrichissant pour l'ensemble des participants au groupe d'étude.

Ils ont acquis une vision claire et commune de la problématique.

Ils ont mis leurs savoirs en commun pour créer un outil de référence, nécessaire aux actions ultérieures. Le comité scientifique de la Plate-forme peut maintenant proposer

de nouveaux objectifs de travail au sein des trois niveaux du réseau belge. Il peut ainsi définir, comme dans toute « analyse de besoins », des objectifs inducteurs d'action et des objectifs inducteurs de formations.

Notre analyse montre que la Plate-forme, par la formation (en ce compris les groupes de parole entre soignants), par l'organisation des colloques et des groupes de travail et par la sensibilisation du public, peut modifier un grand nombre de facteurs qui participent à la résistance des soignants.

Au-delà des soignants eux-mêmes, ce sont aussi les supérieurs hiérarchiques et les décideurs de la santé publique qu'il faut continuer à convaincre du bien-fondé des soins palliatifs. Ils ont entre leurs mains plusieurs leviers du changement souhaité.

La Plate-forme des soins palliatifs en Province de Liège a déjà préparé pour les mois qui viennent des projets de travail qui auront un lien avec cette étude, par exemple :

- un séminaire pour les gestionnaires et directeurs de maison de repos ou de maison de repos et de soins ;
- la création d'un forum pour les équipes mobiles ;
- une conférence sur le thème de la dignité ;
- un colloque sur la spiritualité ;
- de nouvelles offres de formations destinées aux soignants, spécifique sur douleur et souffrance, continuée sur l'accompagnement des pratiques.

Mais quelles que soient les actions qui seront décidées, tout changement de comportement ne pourra se faire sans une volonté collective d'amélioration, ni un exercice de créativité individuelle.

Références

- [1] Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002. (Moniteur Belge du 22/06/2002).
- [2] Loi relative aux soins palliatifs du 14 juin 2002. (Moniteur Belge du 26/10/2002).
- [3] Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. (Moniteur Belge du 26/09/2002).
- [4] Arrêté royal du 15 juillet 1997 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant sur la fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. (Moniteur Belge du 31/07/1997).
- [5] Arrêté royal du 13 octobre 1998 déterminant les critères minimum auxquels doivent répondre les conventions entre les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs et le comité de l'assurance institué auprès du service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité. (Moniteur Belge du 04/11/1998).
- [6] Arrêté royal du 15 juillet 1997 fixant les normes auxquelles une fonction hospitalière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée. (Moniteur Belge du 31/07/1997).
- [7] Arrêté royal du 19 juin 1997 fixant les normes auxquelles une association en matière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée. (Moniteur Belge du 28/06/1997).
- [8] En Belgique, la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs indique qu'il y a lieu d'entendre par soins palliatifs : « l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie, et ce, sur les plans physique, psychique, social et moral. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre ».
- [9] Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs, OMS, Genève, 1990.
- [10] National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. In: Infokara 84. 18 (1): 2003, 2nd Edition, Ed. WHO 2002, p.
- [11] Bruera, E., Castro M. « Une nouvelle définition des soins palliatifs », Infokara 18 (1): 2003;1.
- [12] PSPPL, 78, boulevard E.-de-Laveleye, 4020 Liège.
- [13] La meilleure présentation de la méthode a été donnée par I. Beghin, M. Cap, B. Dujardin, Guide pour le diagnostic nutritionnel, Genève, OMS, 1988. Elle a ensuite été appliquée à d'autres problèmes de santé.
- [14] M Andrien, psychopédagogue (Ceres, ULg) – Dr N. Barthelemy, radio-oncologue spécialisée en médecine palliative (CHU de Liège) – C. Boulanger, kinésithérapeute (domicile, MR–MRS) – S. Carbone, anthropologue (ULB) – Dr A. Danthine, médecin généraliste (domicile) – D. Delgoffe, sociologue (ULg) – G. Deltour, infirmière (domicile) – A-M Etienne, psychologue (ULg) – C. Ferir, infirmière responsable (MRS) – J-M Jacoby, directeur (MRS) – Dr M. Lecomte, oncologue (CHR de la Citadelle) – N. Legaye, coordinatrice (PSPPL) – C. Lénaerts, assistante sociale (PSPPL) – D. Leva, kinésithérapeute (Ukill) – P. Serpe, coordinatrice (PSPPL) – D. Simon, garde à domicile – Dr E. Sullon, médecin généraliste (domicile) – M. Triffaux, formatrice (Cefop) – G. Vallem, infirmière chef de service (Cliniques de l'Ipal) – E. Winandy, infirmière. (Équipe de soutien Delta).
- [15] Darbellay F. Interdisciplinarité et transdisciplinarité en analyse des discours. Complexité des textes, intertextualité et transtextualité. In: Hall P, Weaver L, editors. Interdisciplinarity education and teamwork: a long and winding road, Medical Education. Genève: Éd. Slatkine 2001; 2005.