

Enseignement

Entre aspirations personnelles et compétences professionnelles

L'article de F. Porchet (Suisse), paru dans le Journal Européen de Soins palliatifs, vol. 9, N° 3 fait l'objet d'un troisième commentaire.

Après celui de Huguette Guisado (Suisse, Palliatif N° 19) et celui de Janet Buchan (Grande Bretagne, N° 20) Evelyne Malaquin-Pavan (France), infirmière Spécialiste Cli-

nique, Coordinatrice du Collège National Soins Infirmiers de la SFAP met un terme à cette confrontation de réflexions, basées sur des pratiques parfois différentes, parfois comparables, qui visent toutes à donner à l'enseignant son rôle de base et sa valeur dans la pratique et le développement des soins palliatifs.

Analyse croisée d'Evelyne Malaquin Pavan

Propos introductif

Cette analyse croisée est basée, tant sur ma pratique quotidienne gériatrique institutionnelle (fonction transversale d'infirmière spécialiste clinique) que sur mon expérience parallèle de formateur (notamment dans le champ des soins palliatifs et des soins infirmiers).

L'article de Françoise Porchet aborde un **thème fondamental**: celui de l'intrication entre formation et pratique, ou comment tendre vers un ajustement permanent des compétences professionnelles par le biais de connaissances actualisées, garantie d'une qualité optimale des soins. Vaste programme qui touche tant à l'engagement individuel du professionnel qu'à celui du milieu dans lequel il exerce. L'auteur retient deux points clé, **principes universels de formation** quel qu'en soit le thème: la **responsabilité collective** (celle des cadres et des dirigeants pour assurer des conditions propices à la restitution des acquis post-formation) et **individuelle** (celle du professionnel formé tant dans sa pratique directe que dans la transmission du savoir aux autres membres de l'équipe).

L'offre et la demande en matière de formation aux soins palliatifs vont croissant depuis une dizaine d'année, du fait de l'évolution des textes législatifs, de la demande des usagers, de la médiatisation autour du thème, de l'évolution des mentalités et des pratiques où l'éthique s'infiltré à bon escient; le travail tenace et continu des associations (de professionnels, de bénévoles et d'usagers) porte ses fruits. Le mandat donné par la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs à deux membres de son comité pour enquêter sur l'offre de formation se justifie pleinement, rejoignant des travaux menés

dans notre pays par la SFAP. Les conclusions rapportées par Françoise Porchet (en matière de standards de qualité, de sensibilisation et de coordination) sont au cœur de cette vigilance indispensable à maintenir pour orienter les décideurs vers des formations bien ciblées.

Je compléterai les quelques réflexions et questions que cette lecture m'a suggérées par des observations liées à ma pratique en France.

Le choix du type de formation:

Il aurait été intéressant de croiser l'analyse des descriptions de formation (ciblée tant sur les objectifs annoncés que les thèmes traités) avec les raisons du choix de l'inscription des professionnels pour tel programme ou tel organisme formateur. Car si j'ose présupposer que le choix retenu pour 6% (projet de service) était en adéquation avec les objectifs institutionnels de progrès escomptés, en revanche pour les autres 94% (projet personnel), rien n'est moins sûr: était-ce simplement parce que c'était l'organisme inscrit au catalogue institutionnel ou encore pour y retrouver d'autres collègues de l'institution?

S'interroger sur les aspirations personnelles:

S'agit-il d'aspirations nées par un désir de modifier la pratique (la leur – celles des collègues?), ou de connaître la part de l'histoire de l'individu et du professionnel?

Si les compétences professionnelles (en matière de gestion des symptômes, des émotions, des interactions entre le patient et sa famille...) ont tout à gagner en s'approfondissant par le biais de la formation, il reste un travail individuel que le professionnel fera à

St-Christopher's Hospice

Colloque francophone 2003 de deux jours,

sous la direction de David Oliviere
Tout le colloque est en français

Les 25 et 26 septembre 2003

Pour en savoir plus, s'adresser à
M^{me} Avril Jackson,

St-Christopher's Hospice,

tél. 0044 (0)20 8676 5511

fax 0044 (0)20 8776 9345

e-mail: avril@hospiceinformation.info

son rythme. Et là, les représentations mentales autour de la «bonne mort» ont la vie dure. Il n'est pas rare qu'une forme d'idéalisme du «bon accompagnement» occulte la réalité même de la mort, de la souffrance existentielle dont nos métiers nous rendent témoins, de l'impuissance à empêcher l'autre de mourir, bon gré mal gré le confort induit par des soins palliatifs de qualité. Et ce principe de réalité vient rejoindre l'individu qui tente d'y échapper en se formant davantage...

Les nouveaux apprentissages

En ce qui concerne les nouveaux apprentissages: J'observe un **fréquent décalage** entre ce qui est nommé de prime abord comme motif d'inscription et ce qui transparaît au décours de la formation, une fois la prise de contact réellement établie. Parfois, l'inscription en formation sert d'exutoire (fuite du quotidien – recherche d'un nouveau souffle) qu'il faut avoir la lucidité de percevoir et savoir respecter pour un temps donné. Parfois, la méthode andragogique retenue se base sur les situations cliniques rapportées par les participants, celles-ci servant d'ancrage au jugement clinique, aux concepts théoriques abordés; certains thèmes se trouvent ainsi plus développés que d'autres. Enfin, le libellé du thème rend peu compte de la manière dont il a été objectivement traité: autant de groupe, autant de manière de transmettre un savoir, ceci étant renforcé par la complexité des situations de fin de vie qui, est-il utile de le rappeler, sont à chaque fois uniques. Il n'est pas rare que des professionnels s'inscrivent aussi pour avoir des confirmations de pratiques, pour gagner en assurance concernant les conduites à tenir tant techniques que relationnelles (celles en application dans le service – celles entendues pratiquées par d'autres dans des conférences ou lues dans les revues spécialisées); auquel cas, selon sa formulation, la réponse à la question sur de «nouveaux acquis» pourrait être négative. Tout ce savant puzzle se met en place durant le temps de formation mais aussi dans les mois/années qui suivront, en lien avec la confrontation à la pratique réelle, d'où l'intérêt des évaluations à chaud et à distance.

(voir page suivante)

Enseignement (suite)

Le réflexe interdisciplinaire : un apprivoisement réciproque

Pour aborder le réflexe interdisciplinaire: je suis en plein accord avec Françoise Porchet pour dire que l'approche interdisciplinaire représente l'une des principales garanties de qualité de prise en charge du patient et de sa famille; il n'en reste pas moins vrai que c'est un apprivoisement réciproque permanent qui demande à ce que chaque professionnel connaisse le métier de son collègue et réciproquement... Et ce n'est pas parce que les différents corps de métiers se rencontrent au quotidien qu'ils se connaissent bien entre eux... Puisque les formés disent «ne pas avoir acquis de meilleure compréhension du rôle des autres corps professionnels», il aurait été utile de rechercher de quelle manière ce réflexe a été suscité: les formateurs étaient-ils eux-mêmes de plusieurs corps professionnels?

D'autre part, les deux sources de risque de conflit citées (difficulté relationnelle médecin/infirmière – écart de connaissances) sont potentiellement à mettre en lien avec la nouvelle affirmation de soi des formés, pas si facile à s'approprier, pas si facile à recevoir... Un art délicat à cultiver en douceur!

Le retour de formation : pas si simple

Le problème du retour de formation n'est en effet pas si simple! Et ce, d'autant plus que, pour la grande majorité des formés, aucun projet institutionnel ou de service n'allait de pair. Outre le fait que ce qui est attendu du «nouveau» formé ne soit pas toujours bien clair, n'occultons pas le risque induit par l'augmentation des connaissances en formation: le retour sur le terrain peut en être d'autant plus bousculé si le formateur ne prend pas le soin du lien permanent entre des normes de pratique d'excellence (vers lesquelles nous devons tendre) et les pratiques objectivement réalisables qui pourraient être améliorées dans le contexte d'exercice.

Dans ma pratique gériatrique quotidienne, je mesure combien le **poids du renoncement** est lourd à porter: réduction des transmissions, temps imparti limité pour chacun, obligation de différer un soin pour l'un pour s'occuper d'un autre, exercice encore trop souvent parallèle de chaque profession faute de pouvoir s'arrêter en équipe pour organiser différemment la prise en charge. Il en va de pair pour ce qui est nommé *retour sur investissement*: comme ces cadres interrogés qui témoignent que «les agents formés pensent à partir», j'ai pu constater combien, au retour de formation, la confrontation avec un milieu peu favorable au changement (ou d'un haut niveau de contraintes telles architecture – ratio d'effectif en inadéquation avec les besoins des patients accueillis – renouvellement rapide des équipes – multipli-

cié de projets concomitants...) renforçait le **sentiment d'impuissance** du professionnel, bloquant rapidement ses envies de transmettre, de «faire changer les choses». Ceci est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'un projet personnel de formation ou quand le projet suppose institutionnel n'est pas porteur de ce retour de formation. Seule, l'analyse conjointe entre le cadre et le professionnel permettra d'en faire un projet professionnel conjoint (professionnel – service – institution) pour garantir une qualité pour chaque acteur: le patient – le soignant – l'équipe et l'institution.

L'absence de stage pratique en milieu spécialisé :

Je m'étonne, bien qu'intimement convaincue que l'expérience pratique est un gage de modélisation fabuleux, que Françoise Porchet fasse uniquement référence à un stage en structure spécialisée de soins palliatifs pour l'apprentissage pratique. Dans l'ensemble des milieux d'exercices cités, le contact avec la fin de vie, la mort doit être une réalité. Plusieurs options sont donc d'ores et déjà possibles à investir afin de rendre plus opérationnelle la pratique palliative hors structure spécialisée. Partager avec d'autres équipes d'un même milieu est souvent riche d'enseignement par comparaison, appropriation de nouvelles manières de faire (prises chez l'un, réassurance quant à la manière de travailler déjà...). C'est d'ailleurs sur ce principe de transmission que la dynamique de création des équipes mobiles de soins palliatifs en France est venue soutenir la pratique des équipes, quel que soit le lieu de soin.

N'occultons pas non plus qu'en règle générale, les unités spécialisées de soins palliatifs ont des conditions d'exercice bien différentes de celles de gériatrie et que, pour un même profil de patients (avec toute la réserve que cette généralisation pourrait entraîner), les réponses en terme d'organisation, de rythme et de fréquence seront différentes. En effet, pour m'y être essayée moi-même, j'ai pu mesurer (pour un même niveau de connaissances et de compétences professionnelles) combien ce qui est en jeu n'est pas la qualité du soin prodigué mais sa quantité reproductible sur une même journée pour un même patient.

L'agent de changement :

Le changement prend du temps. Pour s'ancrer durablement, il a besoin d'un terrain à multiples facettes, un peu comme pour réussir une recette de cuisine: si l'un des ingrédients manque, au lieu d'un soufflé bien doré, c'est une simple crêpe – aussi bonne soit-elle – qui sortira du four... Bien qu'ils transparaissent peu dans l'enquête, deux éléments me semblent essentiels dans cette mission de changement: tout d'abord, cela présuppose que la stratégie de formation s'inscrive dans un projet cohérent et réaliste, clairement

défini, suivi d'une évaluation pour réajuster si besoin les stratégies opérationnelles choisies; cela présuppose aussi de savoir/pouvoir transmettre sa pratique: la personnalité du professionnel, sa maturité dans la prise de distance (face aux critiques, objections, résistances), sa capacité à s'affirmer (dans la différence et une souplesse tenace), sa capacité à pouvoir travailler sous le regard des autres, seront autant de vecteurs de réussite. Cela s'apprend, se conforte au fil des expériences. Il y a matière à creuser les bénéfices du *compagnonnage*, du référent qui exécute/commente un soin avec un pair, qui raconte en réunion d'équipe ce qu'il a perçu, compris de la situation du patient, et ce qui lui semblerait licite de mettre en œuvre, après validation réaliste avec l'équipe des 24 H, pour ce patient donné là, dans ce temps-là de prise en charge. C'est ici aussi que *l'analyse de la pratique* (individuelle ou collective) prend son sens puisqu'elle permet au professionnel de faire le lien entre ce qu'il a lui-même identifié, compris, senti, dans ce qu'il a vu, entendu (du patient – de sa famille – des collègues) et mis en œuvre.

En quelque sorte, c'est venir éclairer la pratique avec la théorie ou voir comment, en changeant de lunettes – d'angle de perception, cela peut éclairer la situation, permettre de prendre d'autres options ou de mieux saisir ce qui est bloqué ou fluide, ce qui est source d'incompréhension mutuelle, de frein, de résistance au changement.

En conclusion

Cet article nous invite bien à mettre en lien enseignement et application pratique pour améliorer la qualité des soins palliatifs dispensés. Cibler les stratégies de formation les plus opérationnelles – à un moment donné de l'histoire professionnelle et institutionnelle – passe obligatoirement par une mise en perspective réaliste entre objectifs poursuivis et moyens à disposition.

Dans l'institution où j'exerce, **plusieurs modes de transfert de connaissances** ont été et sont mis en œuvre depuis 1990. Et si tous ont fait leur preuve, il nous faut, en permanence, savoir nous adapter aux contraintes fluctuantes du contexte professionnel:

– **cycle long** voire diplômant pour un noyau de professionnels référents (dans le sens de l'expertise développée par les équipes mobiles de soins palliatifs par exemple);

– **cycle intermédiaire** pour approfondir des acquis et le regard critique sur la pratique (6 à 10 jours répartis en plusieurs modules pour favoriser la mise en application entre deux); le pourcentage de soignants d'une même institution pouvant en bénéficier sur une même période aura une influence significative sur la qualité des soins. Je citerai comme exemple le constat émanant de mon institution où une

(suite et fin Analyse d'E. Malaquin Pavan)

dynamique palliative forte a pu se fédérer en 1995 lorsqu'environ des soignants (n-103) a pu suivre sur un semestre le même cycle reconduit de 6 jours, soutenant ainsi les initiatives individuelles, d'équipes interdisciplinaires, entraînant une amélioration significative dans l'évaluation des symptômes, l'organisation des soins et la réflexion éthique autour des situations de fin de vie. Dommage que rien ne soit acquis durablement: en plus du renouvellement de nombreux postes, ces sessions programmées ont été régulièrement annulées depuis trois ans par indisponibilité soignante; le soufflé retombe... et nous recherchons d'autres modes pour stabiliser au moins les acquis...

– **cycle d'information et de sensibilisation** visant à susciter l'évolution collective de la dynamique interdisciplinaire et qui s'adresse à mon sens autant que faire ce peut à la totalité des soignants d'une même institution: c'est certainement dans ce créneau-là que nous devons être inventifs, accepter des compromis (session de _ d'heure par exemple sur un thème prioritaire – ex: évaluation d'un symptôme – analyse d'une situation complexe avec une famille, un patient – soin de bouche...) pour garder un niveau requis aussi réaliste que possible.

Ces trois modes de formation auront d'autant plus de chance d'optimiser la qualité des soins palliatifs dispensés s'ils sont accompagnés d'un renforcement des acquis de l'encadrement médical et paramédical, moteurs de la dynamique d'équipe et reconnus comme tels dans leur mandat de responsables de la qualité des soins.

Enfin, pour en vérifier chaque jour le bénéfique, je tiens à souligner tout l'intérêt complémentaire **d'autres choix stratégiques** retenus dans l'institution, offrant une forme de relais aux acquis de la formation ou suscitant des désirs de se former davantage:

– le **compagnonnage** direct au lit du patient effectué par des professionnels ressources en fonction transversale auprès de leurs pairs (pour réaliser un soin particulier en binôme, confronter les manières de faire, de dire, d'organiser le soin);

– **l'analyse de la pratique** (individuellement ou collectivement) avec arrêt sur une situation particulière vécue par le professionnel ou l'équipe, mise en lumière des différentes interprétations des données recueillies ou manières de regarder la situation, recherche d'options à investir pour continuer la prise en charge, remise en cause de la pratique.

– un cycle court de **formation à la transmission de la pratique** (2j), histoire de gagner en méthode et en confort pour oser s'impliquer davantage dans le partage du savoir.

Une proposition

C'est bien au défi de la cohérence que Françoise Porchet nous invite à réfléchir et à notre capacité de nous y impliquer – quel que soit notre niveau hiérarchique – pour que celle-ci soit au service de la qualité des soins palliatifs dispensés aux usagers de santé.

Alors, concernant ces standards de qualité, et puisqu'un consensus sur les difficultés des différents pays voisins se profile si j'en crois ce que je lis dans cette revue, qu'attendons-nous pour travailler en la matière, sur le plan européen ?

Adresse de l'auteur: Société française d'Accompagnement et de Soins palliatifs – 106, avenue Emile Zola, 75015 Paris – sfap@wanadoo.fr

RÉDACTIONS DE *Palliatif*

FRANCE:

SFAP, 110, av. Emile-Zola, F-75015, Paris
Tél. ++33 / 1 45 75 43 86
Fax ++33 / 1 45 75 43 13
E-Mail: SFAP@wanadoo.fr

Membres fondateurs: **Dr JM Lassaunière, Dr Michèle Salamagne, Jacqueline Bories**
Rédacteur associé:

Dr B. Wary
Centre régional de SP, CHR Metz-Thionville
B.P. 60327 F 57126 Thionville
Tél. 0033 3 82 55 85 24
E-mail cspbclair@free.fr

BELGIQUE:

Fédération wallonne de Soins palliatifs,
175, rue des Brasseurs, B-5000 Namur

Mr Pierre Rondal, président
Tél. ++32 81 / 22 68 37, Fax. ++32 81 / 65 96 46
E-mail fwsp@swing.be

Plateforme des Soins palliatifs en Province de Liège

Dr J.-C. Devoghel, prés. du comité scientifique,
Bd Emile Delaveloye 78, B-4020 Liège
Tél. ++32 4 342 35 12, Fax ++32 4 342 90 96
E-Mail: palliatif.liege@skynet.be

QUÉBEC:

Association Québécoise de Soins palliatifs
3480 r. Saint-Urbain, Montréal, Québec, H2W 1T8
Tél. 001 514 890 8189, Fax 001 514 412 7148
E-mail info@aqsp.org

Claude Lamontagne, B.A. M.D. CCMF,
Maison Michel Sarrazin, 2101 Ch St-Louis Sillery
(Qué) G1T 115,
Tél. ++418 / 688 0878, Fax ++418 / 681 8636,

Dr Louise La Fontaine,
CLSC Rivières et Marées, rue Saint-Laurent 22,
Rivière du Loup (Québec) G5R 4W5,
tél. (418) 867-2642, poste 310, fax (418) 867-4713

SUISSE ROMANDE:

Dr Frédéric Stiefel, président SSMSP
CHUV, Service de Psychiatrie de Liaison,
CH-1011 Lausanne
Tél. ++41 21 314 10 90, Fax ++41 21 314 10 98
E-Mail: frederic.stiefel@inst.hospvd.ch

Dr Yves Beyeler
Av. de Champel 6, CH-1206 Genève
Tél. ++41 22 346 55 40, Fax ++41 22 830 17 63
E-Mail: ybeyeler@vtx.ch

PARTENAIRES:

Association européenne de Soins palliatifs (EAPC)
Istituto Nazionale dei Tumori
Via Venezian 1, I-20133 Milan,
Tél. ++3902 23 90 792, Fax ++3902 70 600 462
E-Mail: eapc@istitutotumori.mi.it

Hospice Information Service
St-Christopher's Hospice/Help the Hospices
Avril Jackson, International Information Officer
51-59 Lawrie Park Rd, Sydenham,
London SE26 6DZ
Tél. direct ++44 208 676 5511 ou ++44 870 903 3 903
Fax: ++44 208 776 9345
E-Mail: avril@hospiceinformation.info

A lire:

**La Lettre de la SFAP, N° 16,
hiver-printemps 2003**

Soins palliatifs et situations extrêmes

Plusieurs situations sont exposées avec les questions qu'elles ont suscitées, les conflits avec les proches, les épuisements professionnels.

Que ce soit en gériatrie, en pédiatrie, en équipe mobile ou ailleurs, les soins palliatifs sont nécessaires mais dans les situations extrêmes, les tensions peuvent aboutir à des questionnements graves et complexes.

Le mérite de ce numéro de «La Lettre» est d'avoir donné une place importante à la réalité vécue sur le terrain, à ses interrogations diverses et d'avoir osé terminer certains textes sur un point d'interrogation.

Les problèmes graves comme l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie, la sédation dans les situations extrêmes sont abordés, comme aussi la prise de décision éthique, aboutissement de l'inventaire précis des données au lit du malade puis de la délibération interdisciplinaire.

Comme le remarque le Dr J.-M. Gomas «La prise de décision est un exercice de plus en plus difficile, d'autant plus que la médecine «moderne» fascinée par l'immortalité, a bien du mal à appréhender la dignité humaine, le confort du malade ou le traitement de la douleur». (paru dans «La Presse médicale» 2001, Tome 30, N° 19).

Ouverture, créativité, échange, défi permanent de s'adapter aux nouveaux critères et modes de soins sont des notions fréquemment exprimées. C'est dire que les soins palliatifs évoluent, progressent, même s'ils ne permettent pas d'éviter parfois le sentiment d'impuissance et d'échec.

Ils doivent aussi «s'inscrire dans un débat de société et recevoir un soutien politique fort» disent à la fin de leur interview les Drs Anne Richard et Nadine Memran-Pourcher, respectivement présidente du Comité scientifique et présidente du Comité d'organisation du 9^e Congrès national de la SFAP, à Nice, dont le titre est

«Les soins palliatifs au XXI^e siècle: face aux situations difficiles... Comment évoluer ou réinventer?».

(adresse de la SFAP: voir impressum)

I.R.

Les textes sont publiés sous la responsabilité de leur auteur.

Le congrès de l'EAPC: vu du côté des posters!

Bernard Devalois

Après Londres, Genève et Palerme, l'EAPC avait donc choisi la ville de La Haye aux Pays-Bas pour son 8^{ème} congrès. Ce fut l'occasion d'un grand brassage d'idées et d'acteurs de terrain venus de toute l'Europe.

Une partie remarquable de ce type de congrès est la visite de l'exposition des communications affichées (posters). A La Haye il y avait chaque jour une session différente avec au total plus de 500 affiches! Difficile donc de pouvoir en rendre compte de manière exhaustive...

Tout d'abord un regret:

le mouvement déjà observé à Palerme s'est confirmé: le français n'est plus du tout utilisé par les différents auteurs même francophones. Une estimation rapide montre qu'une trentaine de posters seulement (sur 500!) émanait d'équipes francophones (surtout suisses et belges, les équipes françaises étant quasi absentes, moins de 10 posters). Elles avaient toutes choisi de publier en anglais... Pourtant l'EAPC est officiellement bilingue!

Comment tout voir?

Un autre regret: la difficulté à s'y retrouver dans la jungle des très (trop?) nombreuses affiches et des visiteurs également fort nombreux surtout au moment des pauses ... La meilleure solution était donc de visiter l'exposition pendant les séances plénières ... mais alors on ratait des choses intéressantes! En plus difficile de s'y retrouver dans le livre des résumés. Heureusement il est maintenant possible de consulter les résumés en ligne, classés par thèmes sur le site de l'EAPC (www.eapcnet.org).

J'ai retenu:

Parmi les travaux affichés par les équipes francophones (dont le niveau était vraiment excellent, sans aucun chauvinisme) on peut citer les travaux de:

L. Plassais (F): de la pitié à la responsabilité en soins palliatifs

M. Abadie (F) sur l'intérêt d'une EMSP pour le maintien à domicile de patients gériatriques

A. Vagnair (CH) sur le choix de mourir en chambre seule: choix du malade ou choix de l'infirmière

K. Moynier (CH) sur les pratiques en matière de sédation en Suisse

M. Escher (CH) sur la sur-prescription médicamenteuse pour les patients hospitalisés en fin de vie

N. Cheminot (F) sur les recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de

Santé (AFSSAPS) pour les médicaments utilisés en soins palliatifs hors autorisation de mise sur le marché (AMM)

D. Borzée (B) sur l'expérience belge d'implantation d'un réseau de soins palliatif

P. Le Lotus (CH) sur la sous-évaluation de la douleur chez les patients déments hospitalisés

S. Van Mele (B) sur le développement d'un guide pour aider les soignants du domicile à répondre à une demande d'euthanasie

S. Levens (B) sur la spécificité du travail des équipes mobiles confrontées à des services ne partageant pas toujours leur référentiel de valeurs

R. Deschepper sur la communication autour des décisions en fin de vie à domicile et l'élaboration d'un guide pour les médecins.

Un poster étonnant

Enfin je ne peux résister à dire un mot du poster le plus étonnant de la session, émanant d'une équipe suédoise: la fatigue des patients en phase avancée de cancer semble directement corrélée au statut marital des patients! Les malades mariés se plaignent significativement davantage d'être fatigué que les célibataires ... Mais il ne faut pas en tirer de conclusions trop hâtives: les malades mariés sont plus jeunes et ceci explique peut être cela!

Une suggestion:

Les équipes francophones ayant publié à La Haye pourraient proposer une traduction française de leurs travaux, par exemple sur le site www.palliatif.org dont c'est la vocation que de mettre à la disposition de la communauté francophone des travaux issus de la littérature grise (thèses, mémoires, communication en congrès, etc.).

Bernard DEVALOIS est médecin, responsable de l'EMSP du CHU de Limoges. Il vient de terminer un an de détachement à l'Institut Curie (Paris, France); il est aussi maître de thèse du site www.palliatif.org.

Ce nouveau site a pour objet de créer un véritable réseau de mise en commun de ressources pratiques, pédagogiques et documentaires en soins palliatifs et de favoriser la complémentarité entre toutes les initiatives dans le domaine des soins palliatifs et de l'internet francophone.

Pour plus d'informations, veuillez contacter le Dr Devalois sur son e-mail bernard.devalois@umsp-limoges.org

8^e Congrès de l'EAPC

**Les impressions du Révérend
Peter Speck, Visiting Fellow,
Southampton University (UK)**

J'ai assisté récemment au Congrès de La Haye.

Ayant déjà suivi de nombreuses manifestations de ce genre, j'ai trouvé que celle-ci représentait, pour des raisons diverses, un apport particulièrement utile.

Le fait de perdre du temps à déambuler à la recherche des salles de conférences, des pauses café ou repas peut nuire au plaisir que l'on a d'assister aux présentations.

L'organisation de la manifestation de cette année fut excellente. Tout était clairement indiqué, le café était prêt dans de nombreux points de distribution, ce qui a permis de mieux se concentrer sur le contenu des conférences.

Il était évident que l'euthanasie tiendrait une place de premier plan dans le programme et, dans une certaine mesure, l'accent mis sur ce thème a-t-il été un peu trop marqué.

Cependant, l'intervention de Henk ten Have, en séance plénière, fut remarquable sur le plan de la présentation d'un thème aussi complexe, d'une manière claire et sensible. Il a su faire exploser certains des mythes qui entourent l'expérience hollandaise et démontrer qu'il est important de rechercher activement d'autres stratégies liées à la qualité des soins en fin de vie.

Ce fut encourageant de constater que le Gouvernement hollandais s'engageait lui-même à développer les soins palliatifs dans le pays.

Mon propre centre d'intérêt, en dehors de l'éthique médicale, est de rechercher quelles sont l'importance et l'efficacité de l'accompagnement spirituel dans les soins de santé. J'ai apprécié cette année d'avoir des présentations de recherches nouvelles dans ce domaine et de constater que davantage de personnes entreprennent diverses études quantitatives et qualitatives.

En conclusion: ce fut un excellent congrès pour moi. Au gré de mes conversations avec d'autres participants, j'ai pu constater qu'ils ont également trouvé que ce 8^e Congrès de l'EAPC fut pour eux une expérience enrichissante et agréable.

Pour recevoir **régulièrement et gratuitement** «Palliatif», contactez l'adresse ci-dessous, en indiquant le nombre d'exemplaires souhaité.

Isabelle Richoz
coordinatrice des rédactions
102, Ch. de la Montagne
CH-1224 Chêne-Bougeries

Tél./Fax: ++ 41 22 348 85 87
E-mail: irzpalli@vtx.ch