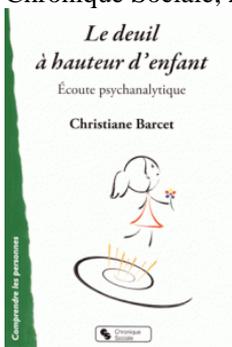
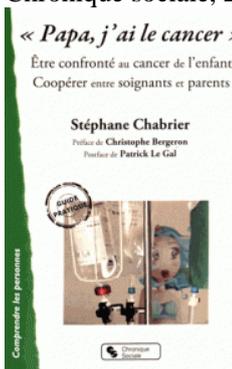


Pour recevoir mensuellement cette veille documentaire, envoyez un mail à :
 shirley.filion@esppera.fr

Ouvrages

<p>Le deuil à hauteur d'enfant - Ecoute psychanalytique Christiane Barcet Chronique Sociale, 2016</p> 	<p>Le deuil, c'est d'abord la rencontre de la douleur. C'est cette profonde tristesse qui fait tellement mal quand, dans un tremblement de terre, la mort nous sépare de quelqu'un de très aimé. Mais le deuil c'est aussi un processus de vie. Il s'agit de traverser la douleur mais aussi de la laisser se transformer. En reconnaissant "pour de vrai" l'absence définitive, en revisitant les ambivalences, les regrets, les souvenirs, et même les colères, celui qui pleure se différencie petit à petit de celui qu'il a perdu. Doucement, lentement, il pourra progressivement s'en détacher sans l'oublier. Au long du temps, cette absence insoutenable pourra se transformer en une présence intérieure précieuse. Quand un enfant est touché de plein fouet par la mort d'une personne importante pour lui, il est projeté dans un vécu d'abandon où il pourrait se perdre. Il ne peut pas tout seul en émerger. Il a besoin du secours d'un adulte qui entende sa détresse et lui manifeste qu'il en comprend l'ampleur. Entrer dans ce chemin de deuil, c'est apprendre à vivre à nouveau, non pas sans l'être aimé, mais avec lui au plus profond du coeur. Cet ouvrage, à partir de rencontres vécues dans une écoute psychanalytique, propose de mieux comprendre ce chemin et de chercher comment accompagner l'enfant endeuillé. [Ra]</p>
<p>"Papa, j'ai le cancer" Être confronté au cancer de l'enfant. Coopérer entre soignants et parents Christophe Chabrier Chronique sociale, 2016</p> 	<p>Parents, familles, puisez dans ce guide les conseils pratiques pour accompagner au mieux votre enfant atteint d'un cancer, pour bien comprendre les différentes étapes du parcours de soin à l'hôpital et à domicile, pour coopérer efficacement avec le personnel soignant. Personnel soignant, dénicher dans ce témoignage, ce qui importe pour les familles et qui vous inspirera pour continuer d'améliorer vos pratiques. Impulsez les conditions de la confiance réciproque. [RA]</p>

<p>L'art-thérapie en soins palliatifs - L'entre-temps Carol Dufflot Erès 2016</p> 	<p>Entrevoir la fin de vie autrement par la création accompagnée. Dans notre dernière phase de vie, tout semble vain et terminé. La personne malade va mourir. Son équilibre psychique et ses repères vont en être bouleversés. Comment, dans cette ultime étape, le patient va-t-il faire face et intégrer l'idée de la mort ? La rencontre avec la création peut offrir au patient un détour par l'imaginaire, un temps d'expression intime soutenu par l'art-thérapeute.</p> <p>De personne à personne, d'inconscient à inconscient, le patient amorce petit à petit un travail de deuil mêlant le mourant et le vivant. [RA]</p>
--	--

A voir

<p>Farewell (Adieu) Réalisé par les élèves de l'ESMA Ecole supérieure des métiers d'artistiques Durée 7'20'' 2016</p> 	<p>Un film d'animation bouleversant sur le deuil, le lâcher-prise et l'espoir Après la perte de son bébé avant terme, sa rencontre avec un oiseau dessiné va ouvrir à une jeune artiste inconsolable la voie de l'apaisement. [RA]</p> <p>Visionner</p>
---	--

Articles

<p>« Le paradis, c’est là où vivent les morts » : pratique des groupes auprès d’enfants endeuillés Michel Montheil Virginie Chaudun Anne-Marie Pietri Cliniques n°12 p.128-156 2016</p>	<p>Les auteurs observent que les enfants endeuillés doivent non seulement désinvestir l’objet perdu, selon les termes même que Freud a donné au « travail du deuil », mais ils doivent aussi faire face à une régression globale, à la fois psychique et somatique, pour se reconstruire. Le groupe de parole et la médiation corporelle complètent ce que le langage offre pour élaborer les pertes et les questions liées à la mort. Les auteurs discutent la manière dont ces différents dispositifs à médiations contribuent à restaurer les différentes bases psychiques et somatiques altérées par le deuil chez ces enfants. Ils montrent comment les médiations utilisées permettent l’expression de souffrances et de quelle manière leur élaboration œuvre à une réinscription dans leurs assises narcissiques et corporelles. [RA]</p>
<p>How do parents experience support after the death of their child? Sandra Gijzen Monique P. L’Hoir Magda M. Boere-Boonekamp Ariana Need BMC Pediatrics Publication en ligne Décembre 2016</p>	<p>Background: A child’s death is an enormous tragedy for both the parents and other family members. Support for the parents can be important in helping them to cope with the loss of their child. In the Netherlands little is known about parents’ experiences of the support they receive after the death of their child. The purpose of this study is to determine what support parents in the Netherlands receive after the death of their child and whether the type of care they receive meets their needs. Results: Of the 64 participating parents, 97% mentioned the emotional support they received after the death of their child. This kind of support was generally provided by family, primary care professionals and their social network. Instrumental and informational support, which respectively 80% and 61% of the parents reported receiving, was mainly provided by secondary care professionals. Fifty-two per cent of the parents in this study reported having received insufficient emotional support. Shortcomings in instrumental and informational support were experienced by 25% and 19% of the parents respectively. Parental recommendations were directed at ongoing support and the provision of more information. Conclusion: To optimise the way Dutch professionals respond to a child’s death, support initiated by the professional should be provided repeatedly after the death of a child. Parents appreciated follow-up contacts with professionals at key moments in which they were asked whether they needed support and what kind of support they would like to receive. [RA]</p>
<p>Recours initial à une équipe régionale ressource de soins palliatifs pédiatriques : étude observationnelle prospective L. Marty F. Bernard M. Pierre Archives de Pédiatrie Sous presse Avril 2017</p>	<p>Introduction : En France, 26 équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) ont été créées entre 2008 et 2012. Nous avons conduit la première étude prospective française visant à décrire les caractéristiques du recours initial à une ERRSPP et analyser les réponses apportées par cette équipe. Matériel et méthodes : Toutes les demandes d’interventions formulées à l’ERRSPP entre septembre 2013 et septembre 2014 ont été recueillies de façon prospective à l’aide d’un questionnaire comportant : les éléments démographiques et cliniques du patient (âge, sexe, pathologie), les caractéristiques de la demande (origine du demandeur, spécialité du service, motif de la demande) et de la réponse apportée par l’ERRSPP (intervalle diagnostic initial–demande, durée de la prise en charge, décès éventuel, modifications de la demande initiale). Les pathologies ont été classées dans l’un des 6 groupes de maladies de soins palliatifs pédiatriques (SPP), selon les normes édictées par l’Association canadienne de soins palliatifs. Résultats : Nous avons recensé 67 demandes, concernant 61 patients (37 garçons). L’âge médian était de 49,8 mois [2,3–145]. Les motifs de demande ont été multiples :</p>

	<p>réunion éthique pluridisciplinaire (42 %), coordination (34 %), aide à la prise en charge symptomatique (21 %), aide au domicile (19 %), soutien psychologique (15 %), enseignement (9 %) et discussion autour d'un cas (6 %). La demande d'une réunion éthique a été prédominante pour la période néonatale (61 %) alors que la coordination de la prise en charge l'a été pour les enfants et adolescents (78 % au-delà de 4 ans). Le délai médian « diagnostic-demande » rapporté aux groupes de maladies a été court pour le groupe 5 (néonatalogie : 0,36 mois) et long pour le groupe 4 (maladies irréversibles et non évolutives : 54,6 mois) ($p < 0,001$). À la fin de l'étude, 50,8 % des patients étaient toujours suivis par l'ERRSPP (durée médiane de prise en charge : 3,4 mois) [0,2–5,5]. Aucun pédiatre libéral n'a formulé de demande.</p> <p>Conclusion : Cette étude montre l'hétérogénéité du premier recours à une équipe de SPP, validant ainsi les différentes missions dévolues aux ERRSPP et la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire. La réponse de l'ERRSPP a été élargie dans la moitié des cas, démontrant une modulation des besoins dans le temps. [RA]</p>
<p>Enjeux conscients et inconscients du deuil parental Daniel Coum Médecine Palliative Sous press Avril 2017</p>	<p>De quoi les parents sont-ils en deuil quand ils perdent leur enfant ? Car de fait, un enfant, ce n'est pas grand-chose, presque rien... d'autant qu'il est dit-on « petit » et qu'il n'a, éventuellement, pas vécu longtemps. Pour autant nous tenterons de montrer en quoi ce « pas grand-chose » et ce « presque rien » constituent ce qui principalement cause la douleur parentale. En effet, ce que le parent pleure ce n'est pas tant ce qu'il a eu et qu'il a perdu, mais ce qu'il aurait pu avoir si l'enfant avait vécu. C'est l'espoir de ce qui de possible s'annonçait, se rêvait, se fantasmait qui est endommagé. Et il s'avère que cela est d'autant plus vrai que l'enfant est devenu socialement une « valeur refuge ». [RA]</p>
<p>Peut-on soigner le deuil ? Editorial Christine Edan Médecine Palliative Sous presse Avril 2017</p>	<p>Il fallait bien qu'un jour le sujet soit abordé. La journée de réflexion organisée tous les ans par l'équipe ressource de soins palliatifs pédiatriques « La Brise » a voulu, en 2016, évoquer cette période après le décès, sous le titre, inspiré de Philippe Forrest, « les travaux forcés du deuil ». Nous voulions ainsi en désigner la difficulté et l'inéluctabilité.</p> <p>Il est communément statué que le deuil fait partie des missions des professionnels prétendant s'occuper de soins palliatifs, et cette tâche est communément admise. Sommes-nous, cependant, dans notre rôle de soignants en acceptant cette mission ?</p> <p>Nous savons, pour l'avoir déjà côtoyée, l'infinie tristesse qui guette les parents de nos petits patients, et le souci d'amoindrir cette peine est naturel, et peut même apparaître « obligé ». Néanmoins, ce souci particulier, du strict point de vue professionnel, outre qu'il pose la question du périmètre des soins palliatifs (qui soigne-t-on ?) insinue, au moins dans l'acception habituelle du mot soin, qu'il peut s'agir là d'un état pathologique. [Premières lignes]</p>
<p>La normalisation du deuil Karine Roudaut Médecine palliative Sous presse Avril 2017</p>	<p>Ce travail aborde la question de la « normalisation du deuil », le « travail d'encadrement du deuil, du mourir et de la mort » et l'objectif de l'auteur est de montrer que le deuil a aussi une signification sociologique. Il s'agit d'apporter des éléments de réponse à la question « Qu'est-ce que [nous] vous soignants, [nous] vous avez à faire avec le deuil ? », dès lors que « le deuil ne relève pas forcément de la maladie, et n'est pas forcément pathologique ». Plus qu'une objection sur le suivi, l'accompagnement et l'utilité des procédures, la question posée ici est fondamentalement celle des légitimités et de la place que le développement de ces procédures et protocoles laissent au patient-mourant et à ses proches, aux usagers-acteurs d'un système et d'un service de soins. [RA]</p>

<p>Enjeux conscients et inconscients du deuil parental Daniel Coum Médecine palliative vol.16 n°2 p.96-103 2017</p>	<p>De quoi les parents sont-ils en deuil quand ils perdent leur enfant ? Car de fait, un enfant, ce n'est pas grand-chose, presque rien... d'autant qu'il est dit-on « petit » et qu'il n'a, éventuellement, pas vécu longtemps. Pour autant nous tenterons de montrer en quoi ce « pas grand-chose » et ce « presque rien » constituent ce qui principalement cause la douleur parentale. En effet, ce que le parent pleure ce n'est pas tant ce qu'il a eu et qu'il a perdu, mais ce qu'il aurait pu avoir si l'enfant avait vécu. C'est l'espoir de ce qui de possible s'annonçait, se rêvait, se fantasmait qui est endommagé. Et il s'avère que cela est d'autant plus vrai que l'enfant est devenu socialement une « valeur refuge ». [RA]</p>
<p>La normalisation du deuil Karine Roudaut Médecine palliative vol.16 n°2 p.104-108 2017</p>	<p>Ce travail aborde la question de la « normalisation du deuil », le « travail d'encadrement du deuil, du mourir et de la mort » et l'objectif de l'auteur est de montrer que le deuil a aussi une signification sociologique. Il s'agit d'apporter des éléments de réponse à la question « Qu'est-ce que [nous] vous soignants, [nous] vous avez à faire avec le deuil ? », dès lors que « le deuil ne relève pas forcément de la maladie, et n'est pas forcément pathologique ». Plus qu'une objection sur le suivi, l'accompagnement et l'utilité des procédures, la question posée ici est fondamentalement celle des légitimités et de la place que le développement de ces procédures et protocoles laissent au patient-mourant et à ses proches, aux usagers-acteurs d'un système et d'un service de soins. [RA]</p>
<p>Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif B. Laurent In Analysis Vol.1, n°1, p.55-60 2017</p>	<p>La douleur chronique, véritable problème de santé publique, induit toujours des perturbations émotionnelles et cognitives ; ces comorbidités réalisent ainsi un tableau de maladie autoentretenu dont les exemples sont nombreux comme les douleurs somatoformes de type fibromyalgique. L'imagerie cérébrale révèle la superposition de la matrice d'intégration de la douleur avec celles de l'émotion et de la cognition. Les régions frontales sont engagées dans ces trois fonctions et également impliquées dans les contrôles inhibiteurs de la douleur et de l'émotion. Les conséquences sur la sémiologie et la prise en charge des douleurs chroniques sont abordées. [RA]</p>

Agenda

<p>Congrès national de la SFAP 22-24 juin 2017 Tours</p>	<p>Ouverture et impertinence : une nécessité ?</p>  <p>http://congres.sfap.org</p>
<p>2èmes Rencontres de Soins Palliatifs Pédiatriques "Polyhandicaps et soins palliatifs en pédiatrie" 12-13 octobre 2017 Lyon</p>	 <p>Programme et inscription</p>

Formation

<p>Diplôme inter-universitaire de répit et d'accompagnement des proches aidants</p>  <p>Ouverture des inscriptions pour l'année 2017-2018</p> <p>Principaux objectifs</p> <p>La formation vise à offrir, encadrer et professionnaliser les pratiques de répit et à faciliter leur intégration dans le parcours de soin et d'accompagnement des patients et de leurs proches aidants. Elle s'adresse aux soignants (médecins, cadres de santé, infirmiers, psychomotriciens, travailleurs sociaux, responsables d'associations, bénévoles), aux professionnels de santé, aux membres de groupes de soutien social ou de collectifs territoriaux.</p> <p>Organisation du Diplôme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée : de novembre 2017 à juin 2018 • Enseignement théorique : 8 journées (4 modules de 2 jours) • Interventions de professionnels • Ateliers de cas cliniques • Travail en groupe ou en ateliers • Stage : 4 jours sur site (module de répit ou d'aide aux aidants) • Mémoire : travail sur une thématique liée au répit • Évaluation : 1 journée en juin 2018 <p>Modules d'enseignement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Module 1 (2 jours en novembre 2017) : <ul style="list-style-type: none"> - Introduction aux enjeux du répit - L'impact des situations de grande dépendance • Module 2 (2 jours en décembre 2017) : <ul style="list-style-type: none"> - Les besoins et attentes des proches aidants - Appui de répit, une ressource précieuse • Module 3 (2 jours en janvier 2018) : <ul style="list-style-type: none"> - L'offre de répit et d'accompagnement en France - La carte régionale et l'évaluation du répit • Module 4 (2 jours en mars 2018) : <ul style="list-style-type: none"> - Mise en pratique autour de cas cliniques - Partage d'expérience sur les stages et mémoires <p>Les enseignements ont lieu les jeudis et vendredis.</p> <p>Toutes les informations sur www.formation-repit.fr</p>	<p>Ouverture des inscriptions pour la session 2017-2018</p> <p>Les inscriptions au Diplôme Inter-universitaire de Répit sont ouvertes pour la troisième session du DIU, de novembre 2017 à juin 2018.</p> <p>Vous êtes médecin, infirmier, psychologue, assistant social, vous êtes responsable ou salarié d'un établissement de répit, d'un organisme de prévoyance, d'une collectivité territoriale, vous souhaitez faire évoluer vos pratiques professionnelles ou votre carrière, le DIU de répit vous propose une formation reconnue, pour vous permettre de mieux appréhender les situations vécues au domicile par des patients atteints de maladies graves ou de handicaps sévères et leurs proches aidants et devenir un acteur à part entière de ce nouveau champ de l'aide aux aidants.</p> <p>[Plus d'information, inscription]</p>
---	--