



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

## Ouvrages

<p><b>Deuil et soins palliatifs chez l'enfant</b> Dossier Cahiers de la puéricultrice N° 298 2016</p>  <p>ESPPÉRA dispo</p>	<p>Si le décès d'une personne âgée peut sembler dans l'ordre des choses, celui d'un enfant est toujours marquant. Comment la vie peut-elle s'arrêter alors que l'enfant est en plein développement ou qu'il n'a que quelques mois ? En tant que puéricultrices, nous devons comprendre les spécificités du processus de deuil en pédiatrie pour être en mesure d'accompagner les parents, la fratrie et l'entourage proche. S'aider d'un coffret parental, de livres pour trouver les mots justes ou expliquer ce qui se passe en chambre mortuaire, peut être utile. Mais pour un accompagnement optimal, les soignants doivent surtout gérer leurs propres émotions, aussi bien face aux décès brutaux que lors de ceux survenant après un suivi en soins palliatifs. [RA]</p> <p>Sommaire :</p> <p>De l'élaboration psychique du deuil à sa spécificité en soins palliatifs pédiatriques / A. Rollin</p> <p>La littérature jeunesse pour parler de la mort / C. Tête, A. Grellier, M. Rennesson</p> <p>Soutenir les parents en deuil d'un tout-petit / I. de Mézerac, F. Gonnaud</p> <p>L'accompagnement des soignants face au deuil en réanimation / M.-C. Nanquette, A. Perroteau, D. Duvey</p> <p>Fin de vie et vécu des soignants / C. Neumayer, M. Bertet</p> <p>Prise en charge en chambre mortuaire des enfants décédés / V. Fromageot</p> <p>Pour en savoir plus sur le deuil et les soins palliatifs chez l'enfant / C. Tête</p>
<p><b>Fin de vie et mort</b> Dossier Enfances Familles Génération N°24 2016</p>  <p>ESPPÉRA dispo</p>	<p>Ce numéro explore les enjeux liés à la prise en charge de proches atteints de maladies graves et du décès d'un membre de la famille sur les relations familiales. Les contributions dans ce numéro abordent les répercussions psychologiques, la gestion des soins, les maladies pédiatriques, les maladies dégénératives, les enjeux législatifs, les familles transnationales et le suicide dans des contextes différents (Europe et Amérique du Nord).</p> <p>Sommaire :</p> <p>La maladie grave et le deuil vécus en contexte familial : la contribution des modèles théoriques et des démarches intégratives à l'avancement des recherches</p> <p>La famille face à l'enfant gravement malade : le point de vue du psychologue</p> <p>Entre nous, le cancer : monde du travail et dynamiques familiales autour de l'enfant gravement malade</p> <p>Analyse des logiques d'action de familles autour de la transition aux soins adultes de leur enfant atteint d'une condition chronique complexe grave</p> <p>L'épreuve relationnelle de la maladie d'Alzheimer : orientations de la prise en charge et transformation des relations familiales</p> <p>Mourir chez soi, mourir avec les siens : quels effets d'une prise en charge de la fin de vie à domicile ?</p> <p>L'autre veuvage : les concubins face à la mort en France</p> <p>Mort et deuil en contexte migratoire : spécificités, réseaux et entraide</p> <p>Familles et communautés face aux « grappes localisées » de suicides de jeunes : deux exemples en populations québécoise et autochtone</p>

**L'accompagnement en fin de vie en établissement et services médicosociaux pour les personnes en situation de handicap**  
Informations CREA-ORS  
N° 269  
2015




La population accueillie dans les établissements et services médicosociaux pour les personnes en situation de handicap connaît des évolutions importantes depuis quelques années. Dans les établissements pour enfants et adolescents, les populations accueillies présentent des situations de handicap plus lourdes et/ou plus complexes avec, parfois, des pathologies associées. Les services accompagnent aujourd'hui à domicile des enfants ou adolescents (SESSAD) d'une part, des adultes (SAVS, SAMSAH) d'autre part qui étaient auparavant largement accueillis en établissement. Les établissements pour adultes sont pour leur part confrontés au vieillissement des personnes accompagnées, vieillissement qui entraîne comme pour tout adulte en population générale de la possibilité de développer des pathologies chroniques. La question de la fin de vie des personnes accompagnées, aussi bien pour les enfants et adolescents que pour les adultes se pose donc.



Parallèlement, les soins palliatifs se sont développés, d'abord dans les établissements de soins puis ensuite à domicile ou dans les établissements accueillant des personnes âgées. Des équipes mobiles de soins palliatifs permettent aujourd'hui de couvrir la quasi-totalité du territoire régional et, au-delà des soins mis en œuvre, proposent un accompagnement de la personne et de son entourage sur la fin de sa vie.

Des établissements ou services pour personnes en situation de handicap ont déjà été amenés à faire appel à de tels services pour accompagner « jusqu'au bout » un de leur résident. Ces expériences permettent de nourrir la réflexion sur les possibilités d'assurer ces accompagnements.

[Extrait de l'argumentaire de la journée d'étude]



**Articles**




<p><b>Soins palliatifs périnataux en France : pour qui ? Pourquoi ? Comment ?</b>          B. Tosello          Archives de pédiatrie          Vol.23, n°9, P.983-989          2016</p>	<p>Les anomalies morphologiques congénitales sévères sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité infantile. Certaines de ces pathologies diagnostiquées chez le fœtus sont difficilement compatibles avec une survie. Il arrive que des femmes choisissent malgré tout de poursuivre leur grossesse. Dès lors, les soins palliatifs périnataux apparaissent comme une des réponses à apporter. Ils constituent à l'échelle internationale un nouveau domaine de pratique clinique avec des dilemmes décisionnels (incertitude pronostique, survie prolongée, attachement à l'enfant). Il importe d'identifier les déterminants qui influencent les modes de résolutions de ces tensions éthiques. En l'absence de données nationales sur ce point, notre réflexion a exploré les perceptions et les pratiques des professionnels de la périnatalité en intégrant dans leur démarche l'incertitude inhérente à la période postnatale quand le nouveau-né est porteur d'une pathologie létale. Cette réflexion vise à questionner la normativité effective dans la pratique de l'interruption médicale de grossesse notamment, face aux dilemmes et aux divergences qui alimentent les prises de décisions et les pratiques professionnelles autour des soins palliatifs néonataux. Il faut ainsi réfléchir à la réponse à faire à une demande de poursuite de grossesse, malgré l'incertitude en cas de naissance d'un nouveau-né vivant porteur d'une pathologie létale. [Ra]</p>
<p><b>De l'importance des soins palliatifs en maternité et en néonatalogie</b>          Isabelle de Mézerac          Nadine Knézonic          Christophe Vayssièr   Dispo</p>	<p>La mort d'un nouveau-né est toujours un événement très bouleversant, voire insupportable, et tous ceux qui la croisent aujourd'hui sont emportés dans une grande turbulence, en raison de l'émotion qu'elle suscite et de l'apparente perte de sens qu'elle peut exprimer dans une maternité ou un service néonatal. Comme pour s'en protéger, on a souvent considéré que moins les parents s'attachaient à ce tout-petit, mieux ils se remettaient de sa disparition. En fait, les processus de deuil étant mal connus en ce domaine, on s'était peu intéressé aux récits des parents. [Premières lignes]</p>
<p><b>Prestation de compensation du handicap 2015 : Évolution et contenu de la prestation</b>          Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie          Analyse statistique          2016</p>	<p>La prestation de compensation du handicap (PCH) en 2015 représente 271 700 demandes à instruire pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), dont 12,2 % concernent des demandes de PCH enfants. Les demandes de PCH continuent d'augmenter (+ 8 % par rapport à 2014) ; elles avaient fortement augmenté jusqu'en 2010, puis leur augmentation s'était ralentie tout en restant soutenue. En 2015, les MDPH ont accordé environ 123 000 prestations de compensation (PCH). Après une période de diminution, le taux d'accord se stabilise. En 2015, la prestation de compensation du handicap représente près de 7 % des demandes déposées auprès des MDPH (une part stable depuis 2010) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) seulement 0,3 %. D'après les statistiques trimestrielles de la DREES en décembre 2015, les conseils départementaux ont versé la prestation de compensation du handicap à 184 000 personnes (soit une augmentation de 6 % depuis décembre 2014). [RA]  <a href="#">Texte intégral</a></p>




<p><b>SERAFIN-PH : Réforme de la tarification</b> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 2016</p>	<p>Une réforme tarifaire pour faciliter les parcours des personnes handicapées accompagnées par les services ou accueillies dans les établissements médico-sociaux, c'est l'ambition du projet SERAFIN-PH. Inscrite dans les orientations de la Conférence nationale du handicap (CNH) de décembre 2014, confirmées lors de la CNH de mai 2016, cette réforme vise à garantir une réponse accompagnée pour tous. Durant l'année 2015, le comité stratégique de la réforme a validé les nomenclatures de besoins et de prestations, élaborées par le groupe technique national. Premiers outils de la réforme, elles ouvrent trois chantiers principaux. Elles sont présentées dans le dépliant SERAFIN-PH – Réforme de la tarification. [RA] <a href="#">Texte intégral</a></p>
<p><b>Accompagnement de l'enfant malade en fin de vie et soutien de sa famille en réanimation pédiatrique en France</b> P. Hubert Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence vol.64 n°5 p.331-336 2016</p>  <p style="text-align: right;">Dispo</p>	<p>L'auteur présente un panorama de l'évolution des réflexions et des pratiques au sein des unités de réanimation pédiatrique à la fois par rapport aux limitations et arrêts des traitements (LAT) et à la place des parents dans ces décisions. Les recommandations professionnelles et les exigences légales y ont très vraisemblablement contribué, mais il convient de ne pas sous-estimer l'importance de la réflexion éthique menée par de nombreuses équipes soignantes de réanimation pédiatrique et néonatale, qui ont su s'enrichir de la contribution de parents, de pédopsychiatres et de professionnels de soins palliatifs. Partant de l'idée que cette décision était trop lourde pour les familles, et qu'il fallait leur éviter d'y être associé pour les protéger, on en est aujourd'hui à l'information et au recueil de l'assentiment ou de la non-opposition des parents de l'enfant malade vis-à-vis d'une LAT. C'est une exigence morale et légale non contestée, même si la législation française a statué que la décision de LAT revenait in fine au médecin. L'attitude recommandée envers les parents s'écarte de toute approche systématique pour privilégier une approche personnalisée, leur laissant le libre choix de leur niveau d'implication vis-à-vis de la décision de l'équipe soignante. Cela se traduit aussi par la présence possible des parents auprès de leur enfant, le respect d'un délai « suffisamment long » (de l'ordre de 24 à 48 heures) entre le moment où l'équipe soignante décide collégialement, avec l'accord des parents, de ne pas poursuivre un traitement, et le moment de son arrêt effectif. Cette attitude suppose une grande cohésion d'équipe où infirmiers et médecins sont ensemble auprès des familles et des enfants, ce qui nécessite aussi que les équipes confrontées à des décisions aussi difficiles puissent être aidées. [RA]</p>
<p><b>Un enfant peut-il faire son deuil ?</b> É. Delassus Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence vol.64 n°5 p.337-343</p>  <p style="text-align: right;">Dispo</p>	<p>Comment traiter philosophiquement à la question de savoir si un enfant peut faire son deuil ? Si l'on considère comme Spinoza que la mort n'est pas inscrite dans l'essence même d'un individu, l'enfant ne peut avoir conscience de sa mortalité et du caractère nécessaire de la mort. Par conséquent, l'enfant qui n'a jamais été confronté à la mort de l'autre se trouve dans l'incapacité d'accepter celle-ci et de faire son deuil. Il importe donc que son entourage lui donne la parole et lui parle avec courage et vérité. C'est grâce à cette vérité qui lui sera adressée qu'il pourra faire advenir la sienne et apprendre à sortir de l'enfance pour assumer la finitude de l'existence humaine. [RA]</p>

<p><b>The role of the pharmacist in paediatric palliative care</b>          Jumana Khan, Sian Gaze,          Stephen Tomlin          Archives of disease in childhood          Vol.101 n°9          2016</p>	<p>Aim: To explore what involvement pharmacists in the UK have in paediatric palliative care          Objectives: 1. To determine the current roles and services provided by pharmacists to paediatric palliative care patients.          2. To establish how other members of the multidisciplinary team perceive the pharmacist's role and the extent to which they value the pharmacist's contributions.          3. To identify the references used by the multidisciplinary team to make clinical decisions about medication use in paediatric palliative care patients.          Results: A response rate of 27% (114/430) was achieved. Pharmacists reported supporting children receiving palliative care by supplying medicines, dealing with medication related enquiries and providing advice to nursing and medical staff on the compatibility and stability of drugs. The pharmacist's contributions were highly valued by other members of the paediatric palliative care team as a median rating of 9 (out of 10) was obtained. The results also showed that differences existed in the references used by pharmacists and other healthcare professionals—the Children's British National Formulary was the most commonly used reference across all disciplines when caring for children requiring palliative care.          Conclusion: This is one of the first studies to outline the roles of pharmacists working in paediatric palliative care and has highlighted that pharmacists have an important input in the care of these patients. [RA]</p>
<p><b>Parents' experience of a follow-up meeting after a child's death in the Paediatric Intensive Care Unit</b>          Helle L. Brink          Anja K. Thomsen,          Eva Laerkner          Intensive and Critical Care          Nursing          Sous presse Août 2016</p>	<p>Objective: 'To identify parents' experience of a follow up meeting and to explore whether the conversation was adequate to meet the needs of parents for a follow-up after their child's death in the Paediatric Intensive Care Unit (PICU).          Findings: Four main themes emerged: (i) the way back to the PICU; (ii) framework; (iii) relations and (iv) closure.          Conclusion: The parents expressed nervousness before the meeting, but were all pleased to have participated in these follow-up meetings. The parents found it meaningful that the follow-up meeting was interdisciplinary, since the parents could have answers to their questions both about treatment and care. It was important that the staff involved in the follow-up meeting were those who had been present through the hospitalisation and at the time of the child's death. Parents experienced the follow-up meeting as being a closure of the course in the PICU, regardless the length of the hospitalisation. [RA]</p>
<p><b>Équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques : un premier état des lieux national</b>          Alice Ravanello          Marion Falconnet          Françoise Henry          Médecine palliative          Sous presse Août 2016</p>  <p align="right">Dispo</p>	<p>Objectifs : Approcher les modalités de l'acculturation des équipes pédiatriques à la démarche palliative par les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques, identifier leurs activités dans l'accompagnement des enfants et de leur famille, distinguer leurs lieux d'intervention, mettre en avant les problématiques rencontrées par ces équipes.          Résultats : Quinze questionnaires étaient exploitables (taux de réponse 68 %). Les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques sont de petite taille : en moyenne 2,4 équivalents temps plein (ETP) reposant sur 5,1 professionnels majoritairement à temps partiel. En 2014, 51 % des interventions ont été réalisées en collaboration avec l'équipe référente de l'enfant. Les prises en charge relevant de neurologie et de polyhandicap ont concerné 52 % de leur activité. À l'hôpital, les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques interviennent le plus souvent en oncohématologie et le moins souvent en unités de soins palliatifs et en maternités. L'acculturation des équipes pédiatriques à la démarche palliative et la prise en charge de l'entourage occupent plus de la moitié de leur temps de travail (respectivement 37 % et 30 %). La sensibilisation des équipes de soins palliatifs aux</p>



	<p>spécificités de la pédiatrie représente 11 % de leur l'activité. Plus de 20 % de celle-ci est consacrée aux actions de formation et à la recherche. Près de trois-quarts des équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques estiment être peu ou pas sollicitées par certains services d'établissements de santé et structures médicosociales. Conclusion : Les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques ont une activité transversale au niveau régional avec une activité interhospitalière et ville-hôpital incluant des interventions au sein des structures médicosociales. [RA]</p>
<p><b>Maladie grave, fin de vie et démarche palliative : éléments de réflexion pour une éthique médico-sociale</b> Nadia Veyrié Le sociographe N°54 p.87-97 2016</p>	<p>L'éthique est intrinsèquement liée à la médecine. Dans cet article, elle sera interrogée au travers de la prise en charge des personnes atteintes de maladies graves, des personnes en fin de vie. Comment est-elle mise en œuvre ? Quelle est l'importance des soins palliatifs ? Pourquoi une démarche qui associe médical et social est-elle essentielle ? [RA]</p>
<p><b>Pediatric Palliative Care and Child Psychiatry: A Model for Enhancing Practice and Collaboration</b> Muriel Anna C. Wolfe Joanne Block Susan D. Journal of Palliative Medicine En ligne Août 2016</p>  <p style="text-align: right;">dispo</p>	<p>As the field of Pediatric Palliative Care continues to develop, it is important to consider the scope of practice and the utility of collaboration with other specialties, including child and adolescent psychiatry. The integration of psychiatry and palliative medicine has been explored in adult practice, but has not yet been elaborated in pediatrics. This article proposes a clinical model of care that highlights the overlapping and unique expertise that each discipline brings, in a continuum of collaboration, and proposes an integrated care model for the most complex patients and families. Case examples are used to define specific professional skills and roles, and to describe shared and distinct clinical approaches used by pediatric palliative care and child psychiatry. Effective collaboration provides opportunities for cross-disciplinary educational exchange and enhanced care of children and families with comorbid mental health issues and serious illness. [RA]</p>
<p><b>Respite needs of families receiving palliative care</b> Christine H Smith, Carol A Graham, Anthony R Herbert Journal of paediatrics and child health En ligne août 2016</p>  <p style="text-align: right;">dispo</p>	<p>Aim: The care of a child with a life-limiting condition proves an emotional, physical and financial strain on the family that provides care for their child. Respite care is one way which allows carers to receive some relief and support in the context of this burden of care. The provision of and the requirements for respite in this context is poorly understood. This survey aims to describe the types of respite care families receive, the respite that they would ideally receive and the barriers that prevent this. Results: Three of the families (15%) reported receiving no respite in the previous 12 months. Families who received respite received a combination of formal respite (a structured care provider) and informal respite (family or friends). Ten families (50%) reported that they would want the time of respite changed. Barriers to receiving adequate respite included complexity of care of the child, financial barriers and lack of a respite provider. Conclusions: There is disparate provision of respite care with the main perceived barrier to attaining 'ideal respite' being the lack of a provider able to meet the complex care needs of their child. The provision of respite across diversity in geography; medical condition; social and cultural needs remains a challenge. [RA]</p>

<p><b>La famille face à l'enfant gravement malade : le point de vue du psychologue</b>          Claire Van Pevenage          Isabelle Lambotte          Enfances Familles Générations          n°24          2016</p>  <p align="right">dispo</p>	<p>La maladie grave atteint profondément et douloureusement l'enfant qui en souffre, mais aussi l'ensemble de sa famille. Celle-ci se retrouve précipitée dans une crise émotionnelle aiguë déclenchée par la menace de perdre l'enfant ainsi que par la remise en question des fantasmes d'immortalité de l'enfant et de l'ensemble des membres de sa famille. Cette situation induit des vécus et des sentiments variés (recherche de sens, sentiment d'échec, angoisse, agressivité, sentiment d'impuissance, de culpabilité, etc.) qui auront un impact inévitable sur l'enfant, sa famille et les relations aux soignants. Notre expérience de plus de 15 ans en pédiatrie aiguë nous a appris que si la capacité à faire face à la maladie grave de l'enfant varie selon des facteurs personnels (la personnalité, l'âge de l'enfant, le tempérament de chacun), elle dépend aussi du couple parental et du système familial dans ses aspects d'adaptabilité, de communication, de cohésion et de développement.</p> <p>En passant par la retranscription du discours de quelques familles, nous abordons quelques réactions parentales et familiales face à l'enfant gravement malade, en s'attardant sur certaines situations complexes (bébé malformé, enfant de parents séparés, besoins des parents dont l'enfant est en soins palliatifs) et sur quelques pistes de réflexion autour de leur accompagnement. Nous terminerons en évoquant brièvement la question du deuil et de son suivi. [RA]</p>
<p><b>Analyse des logiques d'action de familles autour de la transition aux soins adultes de leur enfant atteint d'une condition chronique complexe grave</b>          Manon Champagne,          Suzanne Mongeau          Sophie Côté          Enfances Familles Générations          n°24          2016</p>  <p align="right">dispo</p>	<p>Avec les progrès de la technologie médicale, un nouveau phénomène est en émergence, celui de la survie au-delà de l'adolescence de jeunes atteints de conditions chroniques complexes mettant leur vie en danger. L'objectif général de l'étude dont les résultats sont rapportés ici est de mieux connaître et comprendre l'expérience de transition de ces jeunes et de leur famille lors du passage des soins pédiatriques aux soins adultes. La collecte des données s'est effectuée à partir d'entrevues semi-dirigées avec dix parents et un jeune de huit familles habitant au Québec. L'analyse des résultats, effectuée à partir de certains des concepts de la sociologie de l'expérience sociale (Dubet, 1994), met en relief que les parents et les jeunes vivent des pertes importantes autour du processus de la transition, tant sur le plan concret que symbolique, et que ces pertes sont une menace à leur identité et à leurs appartenances. La recherche de nouveaux services, programmes ou milieux appropriés est vécue comme un travail de résistance aux nombreux obstacles qu'ils rencontrent et les amène à recourir à différentes stratégies. Pour certains, l'expérience de la solidarité vécue à travers des projets visant à améliorer leurs conditions de vie et celles d'autres familles les amène à dépasser un sentiment d'aliénation.[RA]</p>
<p><b>Quel avocat pour l'enfant en situation de maladie grave ?</b>          L. Ouassin          A. de Broca          Éthique &amp; Santé          Sous presse, septembre 2016</p>  <p align="right">dispo</p>	<p>Les situations de fin de vie sont rares mais possibles en pédiatrie. Si l'autorité parentale est au centre des textes juridiques, de nouveaux textes (loi du 4 mars 2002 et du 2 février 2016) laissent à penser que la responsabilité ultime des décisions revient au médecin. Qu'en est-il réellement ? Les textes sont-ils contradictoires ou amènent-ils une meilleure façon de protéger l'enfant ? Après la présentation d'une situation clinique, nous évoquerons ces différents textes avec une courte présentation de droit comparé. La conclusion est que les textes ne dérogent pas à l'autorité parentale même s'ils permettent une décision médicale ou par l'enfant lui-même dans certaines situations. [RA]</p>


<p><b>Perception par les professionnels de santé d'unités de soins palliatifs de leurs rôles et vécus auprès des patients en phase agonique et leurs proches</b> Aurélie Sivade Martine Gabolde Matthieu Frasca, et al Revue internationale de soins palliatifs vol.31 n°2 p.85-98 2016</p>  <p align="right">dispo</p>	<p>L'agonie est une période de l'existence incontournable. Les professionnels des unités de soins palliatifs (USP) vivent de nombreuses confrontations à l'agonie. Ainsi, l'objectif de cette étude est de mieux connaître leurs rôles et réactions envers les patients et leurs proches, à ces moments-là. Cette étude est exploratoire, descriptive et multicentrique. Des entretiens semi-dirigés préliminaires ont été menés. Un protocole de validation a été construit avec l'aide de deux psychologues, huit médecins et huit soignants de huit USP différentes. Un test par passation orale a été mené. L'enquête a été réalisée auprès de tous les professionnels potentiels des 123 USP françaises en avril et mai 2013, par un questionnaire de 19 questions fermées ou semi-ouvertes. Les résultats ont été saisis sur Excel et étudiés statistiquement. 341 questionnaires exploitables ont été recueillis. Les professionnels de santé s'avèrent sensibilisés au prendre soin de ce corps, malgré l'altération corporelle et cognitive du patient, et la proximité de la mort. Ils mettent l'accent sur l'importance de prendre en compte et d'écouter les proches. La proximiologie durant la phase agonique prend une dimension nouvelle. Trois lignes directrices ressortent de cette étude : l'approche globale du patient en phase agonique, l'écoute au service de l'alliance thérapeutique, l'interprofessionnalité comme support des émotions. Ces résultats permettent de mieux découvrir ce temps sensible et mystérieux qu'est l'agonie vécue par les professionnels de santé des USP.</p> <p>Les préconisations sont d'envisager une formation spécifique harmonisée, d'améliorer le soutien des professionnels de santé et d'optimiser l'accompagnement des proches. [RA]</p>
<p><b>Temps et soins palliatifs</b> Nathalie Clement-Hryniewicz Revue internationale de soins palliatifs vol.31 n°2 p.99-103 2016</p>  <p align="right">dispo</p>	<p>Le temps en/des soins palliatifs revêt une dimension singulière. Il n'est pas ce temps linéaire de la personne en bonne santé, ni même celui des services d'aigu ou de soins de suite. Le temps est ici rythmé par la dimension éclipse de l'évolution de la maladie avec ses altérations, du temps qui reste à vivre ensemble, de la mort à venir comme réalité de plus en plus palpable et tangible. Il vient, en cela, faire rupture avec tout ce que patient, proches mais aussi, soignants ont pu connaître jusqu'ici. Il conduit à faire l'expérience du temporaire, du relatif, de la vie au jour le jour. Ce temps s'avère, dans ce contexte, très loin du temps de la science, objectif et mesurable. Il est aussi très loin du Chronos qui régit nos sociétés modernes et, de manière plus spécifique, l'institution hospitalière. Il est un temps vécu, partagé où le concept « de prendre soin » et les mots « accompagnement », « patience » trouvent tout leur sens d'une part du côté des patients et de leurs proches de l'autre, du côté soignants.[RA]</p>
<p><b>De l'écoute vers la créativité : le thérapeute à l'épreuve de la fin de vie</b> Fanny Maulino Revue internationale de soins palliatifs vol.31 n°2 p.105-110 2016</p>  <p align="right">dispo</p>	<p>Un autre passage de la vie est celui où l'adulte devient âgé, temps où le regard de la société change avec cette injonction de « bien vieillir » et où l'identité se cherche. Face à une vision mortifère de cette étape de vie, il est intéressant de relever que dans le terme « fin de vie », il y a encore le mot « vie ». De la fin de sa vie, à sa fin de vie jusqu'à sa mort, la thérapie de Charlotte a duré sept ans en EHPAD et elle soulève toutes les questions des remaniements psychiques du grand âge. Quel accompagnement thérapeutique proposé à une adulte âgée de 58 ans, prise dans son identité en devenir, entre la vieillesse et son handicap lié à un AVC ?</p> <p>Le psychologue, face à toute cette souffrance, se retrouve alors dans une nécessité de réinventer ses outils et d'analyser son contre-transfert afin d'accompagner l'autre dans sa quête de sens et de devenir. [RA]</p>



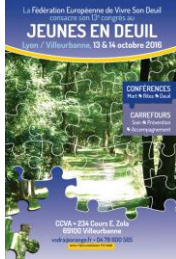

**Film**

<p><b>Sensibilisation des jeunes aux soins palliatifs</b>          Mathilde et Marc, étudiants BTS Communication du Lycée Maillol à Perpignan          2016</p> <p>Durée : 3'58''</p>	 <p>Vidéo destinée à la sensibilisation des jeunes aux soins palliatifs.  <a href="#">Vidéo en ligne</a></p>
<p><b>We're having a baby</b>          Together for short lives          2016</p> <p>Durée : 1'51''</p>	<p>Très beau petit film d'animation sur « avoir un bébé avec une maladie ou un handicap grave ».  <a href="https://youtu.be/6qwndXMfmso">https://youtu.be/6qwndXMfmso</a></p> 

**Formation**

<p><b>DIU Répit</b>          Pré-inscriptions 2016-2017</p> <p align="center">DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE DE REPIT</p> 	<p>La Fondation France Répit et les Universités de Lyon et Saint-Étienne, ont créé en 2015 le premier Diplôme Inter-Universitaire consacré au répit et à l'accompagnement des proches aidants de personnes en situation de dépendance.</p> <p>Cette formation inédite a pour objectif de permettre aux professionnels du soin, travailleurs sociaux, responsables d'établissements et d'associations de mieux appréhender les situations de maladie, handicap ou dépendance vécues au domicile et de mieux accompagner les personnes fragilisées et leurs proches aidants.</p> <p>Les inscriptions pour l'année universitaire 2016-2017 sont ouvertes et nous vous invitons à découvrir le programme des enseignements sur le <a href="#">document joint</a>, ainsi que sur <a href="http://www.formation-repit.fr">www.formation-repit.fr</a></p> <p>Attention, le nombre d'inscriptions est volontairement limité à 20 participants.</p>
--	--

***A votre agenda***

<p><b>Jeunes en deuil</b> Lyon/Villeurbanne 13 et 14 octobre 2016</p> 	<p>Le 13<sup>ème</sup> congrès de la fédération européenne de Vivre Son Deuil donnera les moyens de mieux comprendre et mieux répondre à la problématique du deuil des jeunes. Le croisement des regards enrichira les connaissances et la panoplie d'aides de tous ceux qui accueillent ou côtoient et accompagnent de jeunes endeuillés.</p> <p><a href="#">Programme et inscription dans la section « Documents »</a></p>
<p><b>Rencontres francophones sur le répit</b> 5 et 6 décembre 2016 Centre des congrès de Lyon</p> 	<p>Prendre soin d'un proche dépendant à domicile en raison de sa maladie, de son handicap ou de son âge est aujourd'hui le quotidien de plus de 8 millions de nos concitoyens.</p> <p>Sous le double effet des progrès thérapeutiques et de l'évolution des modes de prise en charge, le domicile devient le lieu naturel du soin et mobilise, parfois jusqu'à l'épuisement, des familles de plus en plus nombreuses et de plus en plus éprouvées.</p> <p>Mieux reconnaître et soutenir les proches aidants, développer des solutions de répit et d'accompagnement pour permettre un maintien durable et acceptable des personnes malades ou handicapées à domicile doit devenir une priorité de nos politiques de santé.</p> <p>Les secondes Rencontres francophones sur le répit entendent contribuer à cette prise de conscience et faire le point sur les avancées, initiatives et projets permettant une approche plus humaine et plus solidaire de ces situations de grande vulnérabilité.</p> <p><a href="http://rencontres-repit.com/">http://rencontres-repit.com/</a></p>