



**Centre documentaire ESPPÉRA**  
**Veille documentaire Soins palliatifs pédiatriques – Décembre 2015**

Pour recevoir mensuellement cette veille documentaire, envoyez un mail à :  
[shirley.filion@esppera.fr](mailto:shirley.filion@esppera.fr)

### **Sites internet**

Lancement du tout nouveau site de la Fédération des Equipes Ressources Régionales en Soins Palliatifs Pédiatriques FERRSPP : <http://www.ferrssp.fr/>



**Fédération des  
Equipes Ressources  
Régionales en Soins  
Palliatifs Pédiatriques**

**1ères rencontres annuelles de Soins Palliatifs Pédiatriques Toulouse**  
31 mars – 1<sup>er</sup> avril 2016



Les enjeux de la sédation en pédiatrie

Ces journées seront consacrées à la question de la sédation en soins palliatifs pédiatriques, question complexe qui nous concerne tous, dans le champ de la pédiatrie, des soins palliatifs, de la réanimation, de la cancérologie, de la neurologie, de la néonatalogie,... au domicile, à l'hôpital, dans le médico-social.

[Plus d'information et inscription](#)

## Ouvrages

<p><b>Accompagner le deuil périnatal</b>          Dialogues entre une mère et des professionnels          Chroniques sociales, 2015</p> 	<p>Chaque année, on estime qu'environ 10 000 bébés meurent avant de naître. Une mort foetale in utero ou une interruption médicale de grossesse suite au diagnostic d'une malformation incurable conduisent alors les parents à traverser l'épreuve du deuil périnatal. Parents et professionnels de santé réfléchissent ensemble, depuis des années, à l'amélioration de l'accompagnement de ce deuil tout particulier, dont la traversée peut être facilitée par une prise en charge spécifique à chacune de ses étapes, de l'annonce du diagnostic jusqu'à la naissance de l'enfant suivant.</p> <p>Au travers d'entretiens, cet ouvrage relaie les échanges de Cécile de Clermont, ancienne présidente de l'association Petite Emilie et maman concernée par le deuil périnatal, avec des professionnels de santé (gynécologue-obstétricien, sage-femme, psychologue, etc) sur leurs expériences d'accompagnement, leurs difficultés, leurs doutes, leurs ressentis et leurs émotions. Pour qu'ils soient partagés avec le plus grand nombre et que chacun puisse s'interroger sur ses pratiques et les faire évoluer.</p> <p>Et pour que les parents mettent du sens à l'histoire insensée qu'est la perte d'un bébé mort avant de naître. Petite Emilie est une association qui, depuis 2003, accompagne des parents confrontés à un deuil périnatal. De l'annonce du diagnostic à la naissance de l'enfant suivant, via son forum Internet et l'animation de groupes d'entraide, ce sont plus de 3 000 familles qui ont été accompagnées. L'association s'adresse également aux professionnels de santé, à travers notamment des formations en maternité et en écoles de sages femmes, et sa présence dans les congrès de médecine périnatale. [RA]</p>
<p><b>Soigner (l')humain - Manifeste pour un juste soin au juste coût</b>          Claire Georges-Tarragano          Harold Astre,          Frédéric Pierru , Collectif          EHESP, 2015</p> 	<p>Soigner l'humain, c'est : soigner la personne malade au-delà de la maladie ; prendre le temps nécessaire pour une écoute empathique ; remettre en avant les qualités humaines souvent insuffisamment valorisées des professionnels ; remettre en avant l'humain dans le soin et repenser le sens de la performance et du soin à la fois dans l'intérêt des usagers et pour réduire les dépenses inutiles. Partant de ces axiomes, les auteurs (médecins, sociologues, travailleurs sociaux...) entament une large réflexion sur les orientations possibles du système de soins en période de crise économique et militent pour la valorisation de dispositifs innovants et pour une redéfinition éthique du soin qui donne à l'humain une place centrale. [RA]</p>

Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie  
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

**PLAN NATIONAL**  
**2015 - 2018**

**pour le DEVELOPPEMENT**  
**des SOINS PALLIATIFS**  
**et l'ACCOMPAGNEMENT**  
**en FIN DE VIE**

Malgré des résultats significatifs obtenus par la mise en œuvre des précédents plans consacrés aux soins palliatifs, des inégalités d'accès à ces soins persistent, qu'il faut réduire en investissant d'abord sur la connaissance et l'implication des usagers eux-mêmes. Cet investissement apparaît d'autant plus indispensable que les évolutions législatives en cours sur la fin de vie révèlent toujours plus la nécessité pour chacun de conserver la maîtrise des décisions qui le concernent jusqu'à la fin de ses jours. Le droit des patients l'exige. C'est l'objet du premier axe d'intervention du présent plan.

Dans cet objectif, un centre national dédié aux soins palliatifs et à la fin de vie sera créé, pour accompagner les usagers comme les professionnels dans l'approfondissement de leurs connaissances sur ces sujets complexes que sont la démarche palliative et l'accompagnement de la fin de vie.

Des actions relatives aux directives anticipées, au rôle de la personne de confiance, au soutien des associations d'usagers et d'aidants, ainsi que la poursuite de l'observation des pratiques et des réflexions éthiques, y contribueront également.

Le deuxième axe du plan poursuit l'objectif d'implantation de la démarche palliative dans les pratiques professionnelles. Pour ces derniers, le renforcement des compétences et la diffusion des bonnes pratiques seront obtenus par différents leviers : le renforcement des enseignements théoriques et pratiques, y compris dans l'interdisciplinarité entre les filières ; la création d'une spécialité de médecine palliative/médecine de la douleur ; le financement d'un post-internat pour permettre la formation de professionnels médicaux spécialisés, d'année recherche ciblée pour les internes et de postes de chefs de clinique, de manière notamment à favoriser l'émergence d'une filière universitaire ; la mise en place d'un programme pluri annuel pour élaborer des recommandations sur les soins palliatifs avec la Haute autorité de santé.

L'évolution du plan précédent concluait au déficit du déploiement des soins palliatifs à domicile. Le présent plan entend y répondre dans son troisième axe d'intervention, en intensifiant le soutien aux professionnels et aux aidants. Pour les professionnels, il s'agira de mobiliser plusieurs dispositifs d'organisation, de soutien et de recours, en particulier ceux du projet de loi de modernisation de notre système de santé : plateformes territoriales d'appui, équipes de soins primaires, communautés pluri disciplinaires territoriales de santé, etc.

Pour les aidants, les dispositifs de soutien financier ainsi que les nouvelles formes de bénévolat et de solidarité seront confortés.

Le développement des soins palliatifs à domicile en établissement sociaux et médico-sociaux sera facilité par les travaux relatifs à la présence infirmière de nuit dans les EHPAD, par le développement des soins palliatifs en hospitalisation à domicile, l'amélioration de la coordination des intervenants au domicile notamment par la formation des intervenants et le déploiement du travail en réseau.

Une attention particulière sera portée aux conditions de retour à domicile après hospitalisation et à l'anticipation des situations d'urgence.

Enfin, dans son quatrième axe, le présent plan prévoit une politique ambitieuse de réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs. Il s'agit aussi de rendre possible le repérage précoce des besoins en soins palliatifs par le recours à des évaluations expertes à domicile, y compris sur demande des usagers.

De surcroît, il sera demandé aux Agences régionales de santé, de mettre en place un projet spécifique de réponse aux besoins, après réalisation d'un diagnostic partagé sur les territoires incluant la participation des usagers.

A partir de ces constats, des unités de soins palliatifs, des équipes mobiles de soins palliatifs supplémentaires ainsi que des lits identifiés en soins palliatifs seront autorisées et financées, en particulier dans les régions sous dotées, de manière à ne laisser aucun territoire sans réponse aux besoins exprimés. [RA] [En ligne](#)

**Faire vie du deuil - Des mots pour traverser l'épreuve**

Philippe Baudassé  
Cerf, 2015



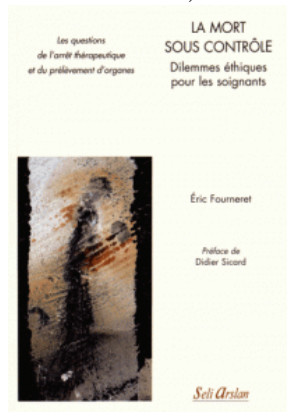
Comment survivre au gouffre de la disparition de l'autre ? Comment se relever de l'abîme des funérailles ? Comment trouver des raisons d'espérer sous l'engloutissement des larmes, peines et douleurs de l'absence ? Et si, au contraire, il s'agissait de trouver dans cette épreuve des points de repère et d'appui pour approfondir le sens de l'existence, de vivre le deuil, de faire vie du deuil ? C'est à celles et ceux qui ont connu ou connaissent le deuil, croyants convaincus, pratiquants réguliers ou occasionnels, agnostiques en recherche, que s'adresse Philippe Baudassé dans ces pages d'une rare densité.

Fraternel et méditatif, son propos est riche de vingt ans d'expérience consacrés à la fréquentation de l'Évangile et à l'accompagnement des familles. Attentif à toutes les formes et phases du deuil, cherchant toujours, pour chaque moment et chaque situation, à offrir des suggestions concrètes, il dénoue les fils de la fidélité comme de la séparation, de la pudeur comme de l'imploration, de la culpabilité comme du pardon, de la prière comme de la pacification.

Tout en n'hésitant pas à aborder les pires tragédies : le décès dont on se sent responsable, le suicide que l'on aurait voulu empêcher, la mort d'un enfant qui reste scandaleusement incompréhensible. Un guide pour redécouvrir combien l'amour est plus fort que la mort. [RA]

**La mort sous contrôle : dilemmes éthiques pour les soignants - Les questions de l'arrêt thérapeutique et du prélèvement d'organes**

Eric Fourneret  
SELI ARSLAN, 2015



L'Agence de la biomédecine autorise depuis 2014 l'expérimentation en France des prélèvements d'organes après un arrêt cardiaque suite à une décision d'arrêt des traitements (prélèvement dit « Maastricht 3 »). Ces derniers suscitent un questionnement éthique et philosophique majeur. Est-il réellement possible de dissocier, en pratique, le moment de l'arrêt des traitements de celui du prélèvement ? Ne risque-t-on pas le conflit d'intérêts entre cette décision d'arrêt et l'objectif du prélèvement d'organes ? Quel projet de soins développe-t-on pour celui qui devient dans le même temps un mourant et un donneur d'organes ?

Cet ouvrage affronte ces questions en explorant le discours de professionnels de la santé impliqués dans l'activité de greffe. Ils expriment leur point de vue sur ce type de prélèvement d'organes, leurs difficultés et interrogations, les avantages et inconvénients de cette pratique. La référence de plus en plus pressante à la pénurie d'organes dans le discours politique et social favorise un accueil plutôt favorable des différents moyens qui augmentent les chances de survie des personnes en attente d'une greffe. Cependant, les professionnels estiment fondamental de se montrer prudent, l'autorisation de prélèvement après arrêt cardiaque contrôlé ne devant être prise ni en suivant les arguments de quelques-uns, ni pour des motifs scientifiques émanant d'une société post-moderne inquiète des conditions d'accompagnement en fin de vie.

Les points de vue reflétés dans cet ouvrage et les repères philosophiques proposés soutiendront la réflexion des soignants qui accompagnent au quotidien les familles vulnérables de futurs défunts comme les personnes en attente d'une greffe. Le maintien de la vie de ces dernières pèse dans les délibérations et suscite des dilemmes qui invitent au dialogue éthique collectif. [RA]

### Articles

<p><b>Qu'est-ce qu'un soin ?</b>          Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin          Virginie Pirard          Esprit, n°1 2006 p.80-94</p>	<p>Peut-on faire profession de dévouement dans le soin apporté aux personnes qui sont dans une situation de faiblesse ou de dépendance ? La vertu ne suffit sans doute pas à penser le type de lien qui est à l'œuvre dans une relation de soin. Quel autre modèle peut-on proposer ? [RA]</p> <p>Disponible au centre documentaire </p>
<p><b>Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin</b>          Nathalie Zaccā-Reyners          Esprit n°1 2006 p.95-108</p>	<p>Comment assurer le respect de personnes qui se trouvent dans des situations de dépendance ? Un échange, une réciprocité sont possibles, même dans des situations où les compétences et les capacités sont disproportionnées. Mais il faut faire l'apprentissage d'une relation dont le soin donne le modèle. [RA]</p> <p>Disponible au centre documentaire </p>
<p><b>La vie psychique de la maladie</b>          Guillaume Le Blanc          Esprit n°1 2006 p.109-122</p>	<p>L'essentiel de ce que signifie la maladie pour un patient échappe à la médecine, préoccupée du geste curatif, comme à l'éthique, soucieuse de protocoles normatifs. Pour un malade, la découverte de la fragilité, au-delà même de la guérison, de la certitude d'une vie précaire, est une expérience de vulnérabilité. [RA]</p> <p>Disponible au centre documentaire </p>
<p><b>Les deux concepts du soin</b>          Vie, médecine, relations morales          Frédéric Worms          Esprit n°1 2006 p.141-156</p>	<p>Dans un contexte marqué par un pouvoir croissant sur la vie (techniques médicales et biologiques) et par une vulnérabilité nouvelle de la vie (écologie, éthique), le soin nous aide à penser les relations morales. Mais celles-ci ne sont pas envisagées à partir d'une essence de la vie ou de la justice. C'est en considérant d'abord la relation entre des personnes que le refus de la négligence trouve son fondement. [RA]</p> <p>Disponible au centre documentaire </p>
<p><b>Un enfant peut-il faire son deuil ?</b>          Eric Delassus          Journée SFPEADA : L'enfant, la mort, le deuil          Novembre 2015, Paris</p>	<p>La difficulté de la tâche qui est la mienne aujourd'hui consiste à traiter philosophiquement une question qui apparaît plutôt réservée aux psychologues et plus particulièrement à ceux d'entre eux qui s'occupent des enfants. Aussi, lorsque je me suis penché sur le thème de votre colloque, la première question que je me suis posée fut donc la suivante : comment aborder la question du deuil, de la mort et de l'enfant philosophiquement, c'est-à-dire en procédant à un travail d'analyse conceptuelle et en développant une réflexion ayant un fort caractère spéculatif ? Il serait, en effet, présomptueux de ma part de me livrer à une étude psychologique du deuil chez l'enfant face à un auditoire qui en sait certainement plus que moi sur la question, puisque c'est sa spécialité. Il semblait donc aller de soi que vous cherchiez tout autre chose en vous adressant à un philosophe.</p> <p>Aussi, pour tenter de répondre à vos attentes, ai-je décidé d'initier ma réflexion à partir de la pensée d'un philosophe qui m'est cher, je veux parler de Spinoza, et de ce qu'il nous dit à propos de la mort et de la conscience que nous en avons. C'est pourquoi j'ai choisi de traiter cette question : Un enfant peut-il faire son deuil ? [Premières lignes]</p> <p>Disponible au centre documentaire </p>



**Mémoires, thèses, études**

<p><b>La grossesse suivant une interruption médicale de grossesse : quelles traces du deuil prénatal dans le lien à l'enfant suivant ? : de la préoccupation maternelle mélancolique à la préoccupation maternelle primaire</b>  Diane Warnier de Wailly  Thèse de doctorat de Psychologie  Laboratoire de Psychologie Clinique et Psychopathologie  Psychanalyse  Université Paris Descartes  2015</p>	<p>L'objet de ce travail est d'analyser l'évolution du processus de deuil lors d'une grossesse suivant une interruption médicale de grossesse (IMG). 8461 enfants sont nés sans vie en France en 2012 et 59 à 86% des femmes démarre,t une nouvelle grossesse dans les 6 mois suivant la perte; le deuil périnatal constitue un problème de santé publique puisque 25% évoluent vers un deuil pathologique. Le statut de l'objet perdu et la représentation que s'en font les mères participent du destin de ce fœtus perdu; l'évolution des pratiques favorisant l'humanisation du fœtus et l'objectalisation de ce dernier est critiquée par certains auteurs. Nous relevons un maque de consensus dans la littérature sur l'impact de cette nouvelle grossesse sur le processus de deuil; selon certains, elle pourrait interrompre le travail de deuil, pour d'autres au contraire favoriser une reprise élaborative. Ces grossesses suivantes, teintées du deuil, semblent représenter un facteur de risque dans l'attachement prénatal avec des conséquences sur le lien à l'enfant puîné. Nous interrogeons donc la relation entre le processus de deuil périnatal et le processus d'investissement de l'enfant à venir lors d'une grossesse suivante. Méthodologie utilisée: suivi longitudinal de 7 femmes enceintes lors d'une grossesse suivant une IMG après 15 SA, aux 3 trimestres de la grossesse et aux 3 mois de l'enfant suivant, selon une analyse qualitative au moyen d'entretiens de recherche clinique et une analyse quantitative de la dépression (EPDS), anxiété (STAI), deuil périnatal (PGS) et attachement prénatal (PAI) au moyen d'autoquestionnaires. Les résultats qualitatifs, traités de façon singulière selon une analyse psychodynamique, sont regroupés ensuite en fonction de nos hypothèses. Les résultats quantitatifs sont intégrés dans un corpus plus large pour permettre une analyse statistique des données. Résultats: entre le normal et le pathologique, les affects, les émotions, les représentations oscillent sur ce continuum, au fil de la grossesse, des termes et dates anniversaires, des manifestations sensorielles éprouvées. La grossesse suivante permet de revisiter la grossesse précédente; elle donne l'opportunité aux mères endeuillées de mettre en mots les affects brutes consécutifs à la perte, de mettre du sens pour inscrire cet événement traumatique dans l'histoire individuelle, conjugale et familiale. Certaines patientes, pour qui le travail de deuil pouvait sembler figé, ont pu mettre la transparence psychique de cette nouvelle grossesse à profit pour ré-élaborer la perte précédente et donner une juste place à chacun des deux bébés. L'actualisation du processus de deuil lors de la grossesse suivante sera fonction de la structure psychique des patientes; la dépression et l'angoisse sont également des marqueurs de l'élaboration de la perte et de la place faite à l'enfant puîné. L'analyse quantitative des données statistiques montre la présence d'anxiété particulièrement au début de la grossesse suivante. [RA]</p>
<p><b>La communication au sein du couple suite à la perte d'un enfant</b>  Denise Bergmans  Mémoire 2015  Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation,  Université catholique de Louvain</p>	<p>La perte d'un enfant est un des événements les plus accablants qui puisse affecter un parent. Elle bouleverse non seulement la vie de chacun des partenaires mais aussi leur vie de couple. Ainsi, la disparition d'un enfant et le deuil subséquent peuvent influencer sur la pérennité du couple. Par ce mémoire nous tentons de mettre en évidence le rôle de la communication entre les partenaires au sujet de la perte et des émotions liées à celle-ci ainsi que l'influence qu'elle exerce sur la pérennité du couple. La mort d'un enfant nous paraît faire offense à la nature, la logique et la justice. Pourtant, cela n'a pas toujours été le cas. Nous débutons la partie théorique par une courte rétrospective historique des changements sociétaux pour mieux comprendre l'attitude de l'homme occidental face à la mort en général, et d'un enfant, en particulier. Ensuite, nous abordons la question du deuil, dit normal et compliqué. Cela nous permet de mettre en évidence les enjeux psychologiques, mais aussi conjugaux, présents dans le deuil des</p>

	<p>parents suite à la perte d'un enfant. Le processus idiosyncrasique du deuil fait émerger des différences entre les partenaires quant à leur manière de réagir et de s'ajuster au deuil, mais aussi quant à leurs besoins de communication. L'analyse de la communication au sein du couple endeuillé nous permettra de voir comment les partenaires utilisent la communication pour faire face à la perte en tant que couple, eu égard notamment aux besoins de communication différents. Finalement, nous mentionnons certaines pistes d'intervention proposées aux parents endeuillés. La partie théorique s'achève avec la formulation de nos hypothèses de travail. La partie empirique repose sur des témoignages recueillis auprès de parents endeuillés. Elle nous permettra de confronter la partie théorique et nos hypothèses de travail au vécu des personnes interrogées. Il s'en dégage la conclusion que c'est la satisfaction - au moins partielle - des besoins de communication des partenaires qui joue un rôle crucial dans la pérennité du couple : les couples qui sont synchrones, ou qui parviennent à s'accorder dans leurs besoins de communication font l'expérience d'une cohésion renforcée. A l'inverse, l'ambivalence dans la communication semble être un facteur patent dans la création de distance entre les partenaires. [RA]</p> <p><a href="#">Mémoire en ligne</a></p>
<p><b>La qualité de vie des enfants en soins palliatifs pédiatriques</b>  <b>Le point de vue des soignants</b>          GILSON Aurélie          Mémoire 2015          Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation,          Université catholique de Louvain</p>	<p>Dans ce mémoire qualitatif, nous explorons la question de la qualité de vie des enfants en soins palliatifs pédiatriques. Nous nous focalisons en particulier sur le point de vue des soignants. Ce mémoire a donc pour objectif de voir comment ceux-ci définissent, conceptualisent et évaluent la qualité de vie de ces enfants. Dans la littérature, la qualité de vie en soins palliatifs pédiatriques est encore très peu documentée. C'est pourquoi nous avons mené des entretiens semi-structurés auprès de soignants impliqués dans les soins d'enfants en fin de vie. Le but de ces entretiens est de voir comment les soignants définissent, conceptualisent et évaluent la qualité de vie. Grâce à cette recherche, nous avons pu mettre en avant une difficulté pour les soignants de saisir cette notion qui reste assez floue. Cependant, il en ressort qu'il s'agit d'un terme pouvant se définir par de nombreuses facettes. Des entretiens, sont d'ailleurs ressorties neuf dimensions principales pouvant conceptualiser la qualité de vie en soins palliatifs pédiatriques. Quant à l'évaluation, les entretiens ont démontré que celle-ci ne se fait pas quantitativement mais par une observation de l'enfant au quotidien. Par ailleurs, la recherche a permis d'appréhender ce que les soignants mettent en place au quotidien afin d'améliorer la qualité de vie comme l'hypnose, la communication ou la gestion de la douleur. Cette étude exploratoire offre des pistes afin de développer un outil adapté pour l'évaluation de la qualité de vie au quotidien. Les soignants pourront alors améliorer la communication tant au sein de l'équipe, qu'avec les familles et les enfants et ainsi, améliorer la prise en charge de chaque enfant. Ce travail de recherche mériterait d'être poursuivi et approfondi, notamment en recueillant des informations concernant la conceptualisation et l'évaluation de la qualité de vie auprès des enfants en fin de vie et de leurs familles. [RA]</p> <p><a href="#">Mémoire en ligne</a></p>

**A votre agenda**

<p><b>1ères rencontres annuelles de Soins Palliatifs Pédiatriques</b>  Toulouse  31 mars – 1<sup>er</sup> avril 2016</p> 	<p>Les enjeux de la sédation en pédiatrie</p> <p>Ces journées seront consacrées à la question de la sédation en soins palliatifs pédiatriques, question complexe qui nous concerne tous, dans le champ de la pédiatrie, des soins palliatifs, de la réanimation, de la cancérologie, de la neurologie, de la néonatalogie,... au domicile, à l'hôpital, dans le médico-social.</p> <p><a href="#">Plus d'information et inscription</a></p>
<p><b>20 ans de soins palliatifs en Midi-Pyrénées - Et maintenant?</b>  Toulouse  24 mars 2016</p>  <p>organisateur de formations médicales</p>	<p>Congrès organisée par le <b>LE C.L.E.F</b> Centre de Liaison d'Etude et de Formation, sous la présidence du Docteur Claire Chauffour-Ader</p> <p>Quel regard porter sur les ambitions d'hier ? Ont-elles vraiment permis un accès équitable à des soins palliatifs appropriés lorsqu'on souffre d'une pathologie incurable ? Ont-elles apporté les changements espérés en matière de soulagement de symptômes et de douleur ?</p> <p>Ont-elles conduit à des pratiques nouvelles ? De quel poids les contraintes financières auxquelles les établissements sont soumis pèsent-elles ?</p> <p>La journée de formation s'est construite sur ces points d'interrogation.</p> <p><a href="#">Plus d'information</a></p>
<p><b>« Parents, soignants : une alliance autour de l'enfant en soins palliatifs »</b>  3<sup>ème</sup> journée régionale  Lille  24 mars 2016</p> 	<p>Journée organisée par l'Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques Eiréné</p>  <p>à l'Institut Gernez Rieux (CHRU de Lille)</p> <p>Inscription obligatoire et gratuite</p> <p>Programme</p> <p><a href="#">Plus d'information</a></p>



**8ème journée Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques sur le thème des travaux forcés du deuil**

Trégastel-plages (22)  
17 mars 2016



L'Equipe ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques, « La Brise » organise la 8ème journée Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques sur le thème des travaux forcés du deuil.

Le préprogramme et le bulletin d'inscription sont en ligne en suivant le lien : <http://www.laBrise.fr/journeacutée-reacuteregionale-2016.html>

**Congrès International de Soins palliatifs pédiatriques**

Montréal  
29 et 30 septembre 2016



Date limite de l'appel de résumés : 1er février 2016

Formulaire soumission pour Atelier, Séminaire ou projet de recherche : <http://saac.chu-sainte-justine.org/spp2016.html>