



"REDONNER DU SENS AU SOIN"

LE COURRIER DU grasspho

N°15 / OCTOBRE 2006

LETTRE D'INFORMATION DU GROUPE DE RÉFLEXION SUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LES SOINS DE SUPPORT POUR LES PATIENTS EN HÉMATOLOGIE ET ONCOLOGIE

S O M M A I R E

www.grasspho.org

EDITO 1

Actualités autour de la prise en charge de la maladie grave en pédiatrie

Guy LEVERGER

Agnès SUC

QUALITÉ DE VIE 1-2

Prise en charge à domicile de l'enfant atteint de cancer

Agnès SUC

VEILLE 2

•Présentation de FALIKOU "pour parler de sa mort avec un enfant gravement malade"

Anne AUVRIGNON

QU'EN PENSEZ-VOUS ? 3

•Cas clinique "pédiatrie"

Carole BOULEUC

Christophe FRUCHART

•Réaction autour du cas clinique de Mme C (présenté dans le numéro 14)

VEILLE BIBLIOGRAPHIQUE 4

•Revue de presse "autour de la Pédiatrie"

Carole BOULEUC

PRIX ISABELLE 4

Association Laurette FUGAIN

A LIRE OU À RELIRE 4

Emmanuel SCHMITT

Françoise DOLTO

SÉMINAIRES 4

CALENDRIER 4

ÉDITO

ACTUALITÉS AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE GRAVE EN PÉDIATRIE

Les enfants ne sont pas des adultes en miniature et de ce fait, accompagner des enfants en fin de vie implique pour les soignants des pratiques différentes de celle des soins palliatifs d'adulte.

Pourtant, la spécificité pédiatrique des soins palliatifs n'est apparue en France que récemment dans les thématiques des associations, des documents officiels, des congrès et des formations.

Ainsi la Fondation de France a lancé en 1996, dans le cadre du programme pour le développement des soins palliatifs en France, un appel à projet sur le thème de l'accompagnement de l'enfant en fin de vie et de sa famille. En 1998, avec la collaboration de l'Association François-Xavier Bagnoud, a été réalisée une étude sur le retour au domicile d'enfants en fin de vie. En 2002, elle a permis la publication d'un ouvrage intitulé "Limitation ou arrêt des traitements en réanimation pédiatrique. Repères pour la pratique "sous l'égide du Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques. Elle a favorisé en 2001 la publication d'une

brochure en partenariat avec l'Association Sparadrap "Repères pour vous, parents en deuil".

Le dernier rapport sur la question de l'accompagnement de la fin de vie remis à la demande du Ministère de la Santé par Madame Marie De Hennezel en octobre 2003, soulignait l'importance de l'engagement des équipes pédiatriques dans la démarche des soins palliatifs.

Le 1er congrès francophone portant sur le thème des soins palliatifs pédiatriques a eu lieu à Montréal en septembre 2001. En mars de la même année, à Tours, le congrès du "GRASPHO", consacré à la démarche palliative, intégrait la pédiatrie dans son programme. En juin 2003 à Nice, le 9ème congrès national de la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs comportait la 1ère journée de soins palliatifs en pédiatrie dans le cadre de cette société savante. En 2005, la Société Française de Pédiatrie créait une nouvelle commission consacrée aux soins palliatifs, douleurs et soins de support.

En 2004, un module pédiatrique a été créé dans le cadre des DIU de Soins Palliatifs, conçu et animé par un groupe de pédiatres,

pédopsychiatres, médecins d'adultes, soignants, psychologues et représentants d'associations de bénévoles sous l'égide du Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs.

La formation du personnel soignant, médical et paramédical à la mise en place d'une démarche palliative est également nécessaire au sein des services de pédiatrie et des hôpitaux d'enfants. Ceci s'intègre non seulement dans une démarche d'accréditation des établissements de santé mais permet aussi de répondre aux attentes des enfants et adolescents, des familles et des équipes.

Mais s'il existe de façon évidente des spécificités des Soins Palliatifs Pédiatriques, la réflexion commune avec les praticiens d'adulte, l'échange d'expériences, voire dans certains cas particuliers, des prises en charge communes ne peuvent être qu'enrichissantes et stimulantes pour tous...

D'où ce numéro...

Guy LEVERGER Hôpital Trousseau
Agnès SUC Réseau Enfant-do

RUBRIQUE QUALITÉ DE VIE

PRISE EN CHARGE A DOMICILE DE L'ENFANT ATTEINT DE CANCER OU ETRE TRAITE POUR UN CANCER QUAND ON EST UN ENFANT ...

ET SI ON RESTAIT A LA MAISON ??

Dr Agnès SUC, Réseau Enfant-Do

Hôpital des Enfants
TSA 70034
31059 TOULOUSE CEDEX 9
suc.a@chu-toulouse.fr

Le cancer de l'enfant est une maladie rare. 1800 nouveaux cas par an sont diagnostiqués en France chaque année (ce qui correspond à moins de 1 % des nouveaux cas de cancers).

Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, ces chiffres sont relativement stables depuis vingt ans : les leucémies aiguës et les tumeurs cérébrales sont les affections malignes les plus fréquentes en pédiatrie, suivies des lymphomes, maladie de Hodgkin, neuroblastomes, néphroblastomes et de tumeurs osseuses. Ces affections malignes sont généralement d'évolution rapide et présentent une chimio et une radiosensibilité importantes. Près de 70% des enfants traités pour cancer sont inclus dans le cadre de protocoles ou d'essais thérapeutiques et c'est sans aucun doute ce qui a permis de réaliser des progrès considérables ces trente dernières années. En effet, selon les tumeurs, les



taux de guérison sont de nos jours de l'ordre de 70 à 80 %.

Mais si un nombre important de ces cancers guérissent (on estime que dans les années 2010, environ un adulte sur 450 sera survivant d'un cancer traité dans l'enfance), c'est le plus souvent au prix d'un chaos, d'un tsunami, du « ciel qui vous tombe sur la tête » pour l'enfant lui-même et pour le reste de sa famille.

Pour optimiser la tolérance, pour faire qu'un enfant puisse poursuivre son enfance et continuer à grandir malgré les contraintes imposées par les thérapeutiques, la pratique des soins à domicile semble être une alternative intéressante. Elle peut avoir un impact positif sur l'enfant malade lui-même mais aussi sur l'ensemble de la famille, limitant ainsi « les dégâts collatéraux », les bouleversements familiaux et notamment les traumatismes imposés aux frères et sœurs, ces oubliés de l'histoire de la maladie...

Les solutions pour rapprocher le plus possible les enfants de leur domicile tout en assurant des soins spécifiques avec le maximum de conditions de sécurité sont diversifiées sur le territoire français, dépendant de la structure géographique de la région, de l'historique des fonctionnements sanitaires, des partenariats préexistants (1,2), etc...

Hospitalisation à domicile spécifiquement pédiatrique ou prise en charge ponctuelle d'enfants en HAD adulte, réseau spécifique d'oncologie pédiatrique, il existe probablement autant d'organisations différentes que de structures d'onco-pédiatrie.

Mais tous s'accordent à souligner le temps nécessaire pour la prise en charge d'enfants à domicile ainsi que l'investisse-

ment nécessaire pour les professionnels impliqués. En effet, au-delà des compétences techniques indispensables, il s'agit pour les professionnels d'arriver à rentrer en contact avec cet enfant, de « l'appivoiser », de savoir s'adapter aux conditions du domicile tout en maintenant des règles de soins stricts, de soutenir le reste de la famille.

Mais il s'agit aussi de pouvoir faire « face », notamment si l'évolution de la maladie n'est pas favorable.

En effet, environ 600 enfants décèdent chaque année en France des suites d'une pathologie tumorale, dont plus de la moitié dans des structures hospitalières. Il n'y pas « un » bon endroit pour mourir quand on est un enfant (3), et les équipes d'oncologie pédiatrique naviguent le plus souvent « à vue », en fonction du désir de l'enfant et de ses parents. Certaines familles sont rassurées par l'environnement hospitalier et souhaitent y rester, d'autres au contraire préfèrent un accompagnement à domicile... Et lorsque le désir exprimé de l'enfant et de sa famille est de rentrer à la maison, l'improvisation n'a plus lieu d'être.

La symptomatologie doit être contrôlée, des prescriptions anticipées mises en place, le circuit d'Urgences défini précisément avec

contact préalable s'il se doit avec les SAMU locaux en cas de nécessité de rapatriement. Une coordination efficace entre le domicile et l'Hôpital doit pouvoir être organisée pour permettre des allers et retours en fonction de la symptomatologie (4). Mais compte tenu de la démographie médicale et paramédicale actuelle et du petit nombre d'enfants concernés, il est probablement illusoire de penser que seules des équipes exclusivement pédiatriques seront concernées par ces prises en charge. Il paraît inévitable que des soignants d'adulte (médecins généralistes, infirmiers(e)s libéral, réseaux de soins palliatifs) soient de fait impliqués dans ces prises en charge.

Il est donc indispensable que l'ensemble des acteurs de terrain (adulte et enfant) puissent échanger sur leurs pratiques et leurs expériences, qu'ils réfléchissent conjointement à l'accompagnement de ces enfants et de leurs familles mais aussi à la formation et aux modalités de soutien des soignants impliqués dans ces prises en charge. Un enrichissement mutuel naîtra de ces confrontations d'expérience clinique ainsi qu'une amélioration de la qualité de l'accompagnement proposé. N'est ce pas non plus une des missions du GRASSPHO de permettre ces rencontres?

RUBRIQUE VEILLE

« FALIKOU »

UN CONTE POUR ÉVOQUER SA MORT AVEC UN ENFANT

Anne AUVRIGNON

Service d'Hématologie-Oncologie Pédiatrique
Hôpital Armand Trousseau, AP-HP, Paris, 12.
anne.auvrignon@trs.aphp.fr

A paraître en septembre : « Falikou », Catherine Löedec-Jörg, Editions Le Buveur d'Encre.

Trois ans après le décès de Tristan, le texte « Falikou » que lui avait écrit sa mère 48 heures avant son décès paraîtra en septembre aux Editions Le Buveur d'Encre (www.lebuveurdencre.com). Ce conte métaphorique avait permis à la mère de Tristan, convaincue que son fils de 8 ans était conscient de sa mort proche, de soulever de nom-

breux points évoqués par des familles ayant un enfant en phase palliative ou terminale : la tristesse, les craintes de l'oubli et de l'après, le caractère inéluctable du départ mais aussi de nombreux messages d'amour à partager. Les mots de mort, mourir, décès n'y sont jamais inscrits. Ce conte métaphorique nous a été remis après le décès.

Nous avons souhaité évaluer l'impact qu'il pouvait avoir sur d'autres familles et cela a abouti à plusieurs communications (GRASSPHO, SFH), à un mémoire de DIU et à une publication (Archives de pédiatrie). Le travail mené autour de ce conte nous a conduit à penser qu'il fallait en permettre une plus grande diffusion et

qu'une illustration était nécessaire. Merci à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce livre et en particulier Claire Aumont, Michel Moriceau et

le GRASSPHO qui ont permis la rencontre avec l'éditeur acceptant de prendre le risque de publier un ouvrage sur un sujet si difficile, alors que bien d'autres s'étaient montrés frileux. Merci à l'illustrateur qui a su accompagner le texte d'images emplies d'amour et de vie, une savane luxuriante débordant de détails cachés. La parution est prévue mi-septembre; Les personnes souhaitant recevoir des exemplaires peuvent m'adresser une demande et ainsi disposer d'une aide dans l'accompagnement d'enfants en fin de vie.



CAS CLINIQUE D'UN JEUNE PATIENT DE 17 ANS

Carole BOULEUC

Ce jeune patient de 17 ans a développé en décembre 2004 un sarcome d'Ewing localisé au niveau du pelvis avec d'emblée des métastases pulmonaires (micro-nodules diffus au scanner). Il a reçu plusieurs lignes de chimiothérapie ne pouvant empêcher une évolution lente de la maladie.

Le patient est adressé à l'équipe mobile de soins palliatifs de l'institut Curie en janvier 2006 en raison d'une asthénie, d'un amaigrissement et de douleurs diffuses costales et rachidiennes, inflammatoires, insomniantes, sous morphiniques, probablement secondaires à des métastases osseuses. Il vit chez sa tante maternelle avec son jeune frère de 11 ans depuis la mort de sa mère d'un cancer du sein à l'Institut Curie en 2002. Il est en lien avec son père, ancien alcoolique et au chômage. Il est inscrit en première année de droit à la faculté. Lui et son frère sont suivis régulièrement depuis 2 ans par une psychologue de l'Institut Curie. Un traitement morphinique par PCA* est mis en place, ce qui permet d'obtenir un soulagement quasi complet, mais le patient préfère reprendre un traitement morphinique oral car il est gêné par le caractère encombrant de la pompe.

En mars 2006, la situation clinique s'aggrave avec installation d'une cachexie malgré le soutien nutritionnel par compléments oraux et surtout l'apparition d'une dyspnée d'effort avec sur la radio de thorax un aspect confluent des multiples nodules pulmonaires bilatéraux. La gêne respiratoire s'aggrave malgré un traitement par corticoïdes, l'oxygénothérapie à domicile, et la majoration du traitement anxiolytique. Le patient redoute par-dessus tout une hospitalisation, et l'on tente de faire intervenir à domicile une IDE libérale ainsi que le réseau de soins palliatifs du secteur, sans succès. Le patient reste très attaché à son équipe médicale hospitalière. Conscient de l'aggravation de ses symptômes, il accepte que la chimiothérapie ne puisse le guérir mais nous demande un soulagement de sa dyspnée.

Le 18 avril 2006, le patient est hospitalisé en urgence, en détresse respiratoire, avec une saturation à 85%. Il est mis en place un traitement de morphine et Hypnovel® en PCA*. Le 5 mai est organisée une permission thérapeutique pour qu'il puisse fêter son anniversaire avec de nombreux amis, ainsi que sa tante et son père réconciliés pour l'occasion. Épuisé, il résiste, à la surprise de tous les soignants, en adoptant une attitude de ventilation avec grande amplitude à faible fréquence (< 10/minutes). Il trouve la force de parler (lentement) de sa mort avec son oncologue référent. Peut être parce que comme il nous l'avait dit, il détestait le mois de mai pendant lequel plusieurs membres de sa famille sont décédés, il nous quitte le premier juin 2006.

Ce cas clinique illustre quelques particularités de la prise en charge d'adolescents ou d'adultes jeunes :

- 1 : des liens très forts avec le référent hospitalier oncologue (ce ne sont plus des enfants, il n'ont pas encore construit leur propre famille),
- 2 : le stress que leur provoquent des hospitalisations qui doivent être les plus rares et les plus courtes possibles.

Malheureusement la dyspnée terminale et asphyxiante est un des symptômes les plus pénibles pour le patient comme pour son entourage, rendant quasi exceptionnelle la possibilité d'un décès à domicile. Au côté de la morphine les traitements anxiolytiques sont importants dans la prise en charge de ce symptôme, et nous utilisons avec beaucoup de satisfaction l'Hypnovel® en PCA* à l'Institut Curie.

Enfin la longue agonie de ce patient nous a tous surpris, survivant près d'1 mois ½ alors que son état clinique laissait présager par les médecins un décès dans les jours à venir, ce qui montre bien nos limites prédictives des fins de vie.

*PCA (Patient Controlled Analgesia) : analgésie contrôlée par le patient.

Vos réactions et remarques sont attendues et sont à adresser à : jenny.trupin@comm-sante.com

QU'EN PENSEZ-VOUS ?

RÉACTION AUTOUR D'UN CAS (PRÉSENTÉ DANS LE N°14)

RÉACTION AUTOUR DU CAS CLINIQUE DE M^{ME} C

Docteur R. HERMET

Centre de Soins Palliatifs — Hôpital Nord - B.P. 30056 - 63118 CÉBAZAT
Tél. 04 73 750 960 - Fax 04 73 750 961

JE COMPRENDS LES QUESTIONNEMENTS POSÉS AUX LECTEURS MAIS JE NE SUIS PAS CERTAIN QUE CE CAS SOIT RÉELLEMENT DÉMONSTRATIF ET PROBLÉMATIQUE :

- il est admis dans ce cas que la psychose de cette patiente s'est brutalement aggravée et cela indépendamment du lymphome, cette psychose ne répondant pas à la prise en charge spécialisée (psychiatre), ni aux adaptations thérapeutiques concernant les psychotropes, à partir de ce constat, l'arrêt de la chimio de rattrapage me paraît médicalement et éthiquement s'imposer puisque d'une part cette chimiothérapie génère des conséquences très néfastes (aplasie médullaire) et d'autre part, elle me paraît disproportionnée, c'est-à-dire déraisonnable, dans le contexte psychiatrique où se trouve à présent la patiente. Il paraît en conséquence nécessaire d'en prévenir l'intéressée lors des phases d'éveil (et de dialoguer avec elle sur le sujet si elle pose des questions) et d'autre part d'en informer la famille.

POURQUOI LE SENTIMENT D'ÉCHEC ?

- parce qu'on ne poursuit pas la chimio ? A-t-elle une probabilité d'efficacité réelle si on la fait à demi-dose (pour éviter l'aplasie), probablement pas. Donc où est l'échec ?
- parce qu'on ne poursuit pas la chimio, alors que la qualité de vie de cette patiente n'est plus conditionnée par le lymphome mais par la psychose ? Là encore où est l'échec ? Serait-il perçu dans les mêmes conditions si on était face à un patient ayant fait un infarctus du myocarde massif laissant une déchéance cardiaque avec bas débit, conditionnant là encore le pronostic et la qualité de vie ?
- le sentiment d'échec que je peux partager c'est le fait de ne pas avoir réellement l'interlocuteur (le patient donc) pour en parler de façon totalement éclairée.

Si on met à part cette absence de possibilité de dialogue éclairé qui est effectivement très problématique, je ne vois pas de raison de ressentir dans ce cas un échec puisque l'on traite un individu pour qu'il en tire bénéfice en terme de qualité de vie. On pensait que sa qualité de vie passait par la maîtrise de la récurrence hépatique du lymphome et on est contraint d'admettre que cet objectif est secondaire puisque la qualité de vie est dépendante du contrôle ou non de la psychose. Si on admet qu'on traite un individu unique avec des spécificités, il n'y a pas d'échec à admettre que chez cette patiente ce qui domine n'est plus la pathologie cancéreuse mais la pathologie psychiatrique.

5 OCTOBRE 2006, VERSAILLES
LA DOULEUR ET LE PATIENT DOULOUREUX
Renseignements et inscriptions : www.grasspho.org

24 OCTOBRE 2006, VILLEJUIF
3E JOURNÉE ENFANTS-PARENTS MALADES
INSTITUT GUSTAVE ROUSSY
ESPACE MAURICE TUBIANA
Renseignements et inscriptions : www.grasspho.org

DU 15 AU 18 NOVEMBRE 2006, NANTES
6ÈME CONGRÈS DE LA SFETO
"Cancer : quelles douleurs?"
Renseignements : douleur@colloquium.fr

VENDREDI 1ER DÉCEMBRE 2006
MODULES DE FORMATION À LA PRISE EN CHARGE
DE L'ENTOURAGE
DES PERSONNES MALADES. CANCER ET PROCHES
MODULE1 - LE PROCHE DU PATIENT ADULTE ET
L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC À L'HÔPITAL
HÔTEL MERCURE, PARIS
Proposé par le grasspho
Renseignements : www.grasspho.org/comm Santé
Tél. 05 57 97 19 19

DU 7 AU 8 DÉCEMBRE 2006, PALAIS DES CONGRÈS
D'ARCACHON
XXIIIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
PSYCHO-ONCOLOGIE
"Le proche, nouvel acteur du soin: rôles assignés,
rôles assumés"
Renseignements et inscriptions en ligne : www.sfpo-apc.org

DU 14 AU 16 MARS 2007, PALAIS DES CONGRÈS
VINCI, TOURS
7ÈME CONGRÈS NATIONAL DU GRASSPHO ET 4ÈME
JOURNÉE NATIONALE DES SOINS DE SUPPORT EN
ONCOLOGIE,
Renseignements et inscriptions : www.grasspho.org

IL RESTE QUELQUES PLACES AUX SEMINAIRES DE FORMATION 2006 PROPOSES PAR LE GRASSPHO

TOURS - 5 & 6 octobre 2006

BORDEAUX - 16 & 17 novembre 2006

Ces séminaires s'adressent aux soignants des services d'hématologie et d'oncologie médecins, cadres infirmier(e)s, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, assistant(e)s sociaux, psychologues, diététiciennes, kinésithérapeutes, des centres anticancéreux, chu, chg, cliniques privées de cancérologie.

Programmes disponibles sur le site www.grasspho.org/
rubrique Actualités ou auprès de COMM Santé
Tél. 05 57 97 19 19 — e-mail : info@comm-sante.com



HOSPICE REFERRAL PRACTICES FOR CHILDREN WITH CANCER : A SURVEY OF PEDIATRIC ONCOLOGISTS JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY 2006 (24) : 1099 — 1104

Carole BOULEUC

Le cancer est la première cause non accidentelle de mortalité chez les enfants, qui présentent fréquemment en fin de vie des symptômes tels que la douleur, la dyspnée ou l'asthénie.

Cette étude a pour but d'évaluer la fréquence du recours en unité de soins palliatifs par les onco-pédiatres. Sur les 632 oncologues ayant répondu au questionnaire, 85 % d'entre eux ont accès à des programmes locaux de soins palliatifs (équipes mobiles, réseaux) et 65% à des USP. Parmi ces USP 45% peuvent réaliser une chimiothérapie, 68% une transfusion et 57% une nutrition parentérale.

Seulement 27% des onco-pédiatres interrogés font admettre des enfants en USP. Alors que la majorité d'entre eux n'ont pas reçu de formation en soins palliatifs, les oncologues pédiatres se sentent à l'aise dans le management de la fin de vie (86%) et des problèmes psychosociaux (67%). Ils reportent que leurs malades décèdent à l'hôpital dans un peu plus de la moitié des cas. Les raisons pour expliquer l'absence de transfert en USP sont : la poursuite de la chimiothérapie, l'accès aux ressources, le pronostic

avancé, le refus de la famille. L'optimisation de la pratique en soins palliatifs en onco-pédiatrie passe par une meilleure formation des médecins en soins palliatifs et en communication avec l'enfant et sa famille ainsi qu'à un recours plus fréquent aux équipes des soins palliatifs mobiles et aux USP.

PRIX ISABELLE

L'Association Laurette Fugain, qui lutte contre la leucémie, a décidé de créer un nouveau prix auquel elle est particulièrement attachée, le Prix Isabelle, à destination des infirmier(e)s.

Le prix Isabelle, dont la 1ère remise aura lieu le 24 novembre 2006 lors du congrès de l'Aftich, a pour objectif de reconnaître et de distinguer un(e) infirmier(e) qui se démarque par ses qualités humaines, son sens du contact, son expertise et son implication professionnelle.

Le prix Isabelle est destiné à financer la réalisation d'un projet de soins infirmiers visant à promouvoir l'amélioration de la qualité des soins offerts à des patients adultes ou enfants pris en charge dans un service d'hématologie, ou pour améliorer le quotidien du service, des malades ou encore du confort de l'équipe soignante. Le prix contribuera à améliorer la qualité des soins infirmiers en termes d'éthique, d'organisation, d'éducation... dont les conséquences auront des retombées

visibles sur la prise en charge des patients et/ou de leur famille.

Le prix repose dans un premier temps sur un système de nomination, l'infirmier(e) peut être nominé(e) par ses patients, ou bien les parents, enfants ou conjoints des patients ainsi que par ses collègues ou supérieurs hiérarchiques. La ou le nominé doit être infirmier(e) diplômé(e) d'état, résider en France, travailler dans un service d'hématologie. Ce système de nomination permet de sélectionner un(e) infirmier(e) apprécié(e) par ses patients et qui aura amélioré leur qualité de vie physique et psychologique. Au delà du côté technique, l'association souhaite récompenser le côté humain.

Après nomination, le jury (composé de membres de l'association Laurette Fugain et de son comité scientifique, de cadres supérieurs de santé, et de membres de la rédaction de Top Santé) choisira les trois meilleurs profils d'infirmier(e)s qui seront contactés, afin de leur demander si un projet dans leur service pourrait être envisagé. Le jury prendra en compte la faisabilité du projet, ce qui en déterminera son choix.

Une dotation de 5000 euros, financée par le Magazine Top Santé, sera remise par l'Association Laurette Fugain pour la réalisation du projet.

Plus d'informations sur le site
www.laurettefugain.org

À LIRE ET À RELIRE

OSCAR ET LA DAME ROSE DE ERIC-EMMANUEL SCHMITT (ALBIN MICHEL)

Voici les lettres adressées à Dieu par un enfant de dix ans.

Elles ont été retrouvées par Mamie Rose, la "Dame Rose" qui vient lui rendre visite à l'hôpital pour enfants. Elles décrivent douze jours de la vie d'Oscar, douze jours pleins de personnages drôles et émouvants. Ces douze jours seront peut-être les douze derniers. Mais, grâce à Mamie Rose qui noue avec Oscar un très fort lien d'amour, ces douze jours deviendront légende.

PARLER DE LA MORT DE FRANÇOISE DOLTO (MERCURE DE FRANCE)

Sur le ton de la confiance, François Dolto, avec des mots simples et audacieux, ose aborder ce sujet tabou à notre époque : la mort. Comment en parler avec ceux qui vont mourir, avec ceux qui n'ont plus envie de vivre, avec ceux qui ont perdu un être cher ? Comment parler de la mort avec les enfants ?

EDITION

GRASSPHO, contact
Dr Joël CECCALDI, CHR Boulin,
U-F d'hématologie, 33505 Libourne

COMM Santé, réalisation
TEL 05 57 97 19 19 / FAX 05 57 97 19 15
info@comm-sante.com

COORDINATION

Philippe COLOMBAT, Joël CECCALDI, Dominique JAULMES,
Michel MORICEAU, Jenny TRUPIN

COMITÉ DE RÉDACTION

Edito

Agnès SUC, Guy LEVERGER

Qualité de vie

Agnès SUC

Veille

Anne AUVRIGNON, Carole BOULEUC

Qu'en-pensez-vous ?

Carole BOULEUC, Christophe FRUCHART

AVEC LE SOUTIEN DE

