

# *L'avenir trahi : la perte d'un enfant gravement malade*

Extraits de « Oscar et la Dame rose » E.-E. SCHMITT

« L'hôpital, c'est un endroit hyper sympa avec plein d'adultes de bonne humeur qui parlent fort, avec plein de jouets et de dames roses qui veulent s'amuser avec les enfants, avec des copains toujours disponibles comme Bacon, Einstein ou Pop Corn, bref, l'hôpital, c'est le pied si tu es un malade qui fait plaisir.

Moi, je ne fais plus plaisir. Depuis ma greffe de moelle osseuse, je sens bien que je ne fais plus plaisir. Quand le docteur Düsseldorf m'examine, le matin, le cœur n'y est plus, je le déçois. Il me regarde sans rien dire comme si j'avais fait une erreur. Pourtant, je me suis appliqué, moi, à l'opération ; j'ai été sage, je me suis laissé endormir, j'ai eu mal sans crier, j'ai pris tous les médicaments. Certains jours, j'ai envie de lui gueuler dessus, de lui dire que c'est peut-être lui, le Docteur Düsseldorf, avec ses sourcils noirs, qui l'a ratée, l'opération. Mais il a l'air tellement malheureux que les insultes me restent dans la gorge. Plus le Docteur Düsseldorf se tait avec son œil désolé, plus je me sens coupable. J'ai compris que je suis devenu un mauvais malade ; un malade qui empêche de croire que la médecine, c'est formidable.

La pensée d'un médecin, c'est contagieux. Maintenant, tout l'étage, les infirmières, les internes et les femmes de ménage, me regarde pareil. Ils ont l'air triste quand je suis de bonne humeur ; ils se forcent à rire quand je sors une blague. Vrai, on ne rigole plus comme avant. (...)

Bref, ma greffe a beaucoup déçu ici. Ma chimio décevait aussi mais c'était moins grave parce qu'on avait l'espoir de ma greffe. Maintenant, j'ai l'impression que les toubibs

ne savent plus quoi proposer, même que ça fait pitié. Le docteur Düsseldorf, que maman trouvait si beau quoique moi je le trouve un peu fort des sourcils, il a la mine désolée d'un Père Noël qui n'aurait plus de cadeaux dans sa hotte. »

« - Faut pas tirer une tête pareille, Docteur Düsseldorf. Ecoutez, je vais vous parler franchement parce que moi, j'ai toujours été très correct sur le plan médicament et vous, vous avez été impeccable sur le plan maladie. Arrêtez les airs coupables. Ce n'est pas votre faute si vous êtes obligé d'annoncer des mauvaises nouvelles aux gens, des maladies aux noms latins et des guérisons impossibles. Faut vous détendre, vous décontracter. Vous n'êtes pas Dieu le Père. Ce n'est pas vous qui commandez à la nature. Vous êtes juste réparateur. Faut lever le pied, docteur Düsseldorf, relâcher la pression et pas vous donner trop d'importance, sinon vous n'allez pas pouvoir continuer ce métier longtemps. Regardez déjà la tête que vous avez.

En m'écoutant, le Docteur Düsseldorf avait la bouche comme s'il gobait un œuf. Puis il m'a souri, un vrai sourire, et il m'a embrassé.

-Tu as raison, Oscar, merci de m'avoir dit ça.

- De rien, Docteur. A votre service, revenez quand vous voulez. »

« J'ai essayé d'expliquer à mes parents que la vie, c'était un drôle de cadeau. Au départ, on le surestime, ce cadeau : on croit avoir reçu la vie éternelle. Après, on le sous-estime, on le trouve pourri, trop court, on serait presque prêt à le jeter. Enfin, on se rend compte que ce n'était pas un cadeau, mais juste un prêt. Alors, on essaie de le mériter. »



# *Grandir ensemble avec l'enfant gravement malade*

**Claudine PAUWELS**

Thérapeute en guidance, analyste transactionnelle

Ils s'appellent François, Lisa, Bastien, Alicia, Bernard et ils luttent contre toutes ces maladies: leucémie, mélanomes, carcinomes et autres gnomes laids et difformes, infâmes et sournois qui se sont infiltrés en eux à l'insu de tous. Ils fréquentent les pédiatries des plus grands hôpitaux et s'appliquent consciencieusement à suivre des traitements aux noms barbares : radiothérapie, chimiothérapie et autres thérapies de rigueur. Ils gonflent, se colorent, perdent leurs cheveux, passent des semaines entières dans une chambre isolée où seuls les parents et le personnel peuvent entrer. Ce sont des enfants pleins de vie qui ne demandent qu'à jouer, apprendre, être en relation... Autour d'eux, il y a beaucoup d'animation : un personnel remarquable, la salle de jeux, l'école, les clowns, la guitare, les contes, ...

Et nous, leur famille, leur entourage, ne savons que faire pour les accompagner tant nous nous sentons démunis. Ces enfants-là vivent quelque chose qui n'est pas prévu à leur âge... Si cela nous arrivait à nous adultes, il faut avouer que cela paraîtrait plus normal, quoique... Nous le savons, la bonne santé n'est pas un acquis définitif et la médecine a beau faire des progrès, il reste que nous sommes tous confrontés un jour ou l'autre aux limites qu'impose notre corps. « Nous oublions que la vie est fragile, friable, éphémère. Nous faisons tous semblant d'être immortels » dit Eric-Emmanuel Schmitt dans son magnifique livre « Oscar et la dame rose » dont je recommande la lecture ou la pièce remarquablement interprétée par Jacqueline Bir.

Mais des enfants ! « Ils n'ont rien fait à personne », entendons-nous souvent. Comme si la maladie était le résultat d'une mauvaise conduite... Déroutés, pris par l'effroi, les interrogations qui vont dans tous les sens, nous restons comme figés de voir que la maladie ne fait pas de quartier, elle n'épargne même pas les jeunes pousses qui ne demandent qu'à grandir et se développer.

Grandir, voilà bien le mot. Car ces enfants ne demandent qu'à grandir. Si nous les adultes nous restons alors ensorcelés par ce qui leur arrive et qui ne devrait pas leur arriver, le risque est sérieux de passer à côté d'eux sans voir réellement que ces enfants continuent à croître et s'épanouir. Et à la fois, ils sont les mêmes que tous les autres enfants et en même temps pas les mêmes.

Les voici, ces enfants qui affrontent l'ennemi public numéro 1 : la maladie mortelle. Combat de David contre Goliath. Dans la Bible, Goliath est cet ennemi terrible et redoutable, géant indomptable que David, tout jeune et tout fragile est amené à combattre. Fin et malin, David, d'un simple jet de pierre bien placé, abat le géant qui s'affale de toute sa longueur sur le sol, vaincu. Symbolique du petit qui ne s'en laisse pas conter. Et si apparemment la maladie semble triompher, il n'en reste pas moins que la dignité de l'enfant a résisté à travers tout... Dignité d'Oscar, enfant leucémique, si présente dans le livre d'Eric-Emmanuel Schmitt.

Tous les enfants accomplissant cette traversée ont quelque chose d'Oscar ou de David. Au plus profond de leur corps, ils affûtent leurs armes au long des jours. Ils puisent aux profondeurs de leurs ressources, ces ressources insoupçonnées, données par leurs parents, aussi mystérieuses que la vie qu'ils leur ont transmise. En premier lieu, ils ont besoin de vérité pour nommer ce combat. Oh, non pas cette vérité brutale dénuée d'humanité mais celle qui, simplement, essaie de mettre des mots sur la situation telle qu'elle se présente, telle qu'elle peut être vécue aujourd'hui en voulant croire que chaque jour apporte sa force.

Comment entrevoir ces ressources si nous, adultes, ne sommes habités que par l'effroi ? Comment les adultes que nous sommes peuvent-ils alors tenir encore debout lorsqu'une maladie grave se déclare chez

l'enfant ? Car c'est tout le tissu familial qui est déchiré et qui a besoin, grand besoin d'être retissé : parents, frères et sœurs, proches, tous sont blessés. Où allons-nous dès lors rechercher l'attitude juste, l'attitude qui permet tant bien que mal de ne pas être emporté stérilement par ce maelström ?

« Dis, Maman, pourquoi tu pleures ? » disait Jessica de sa voix douce.

« Pour rien », répondit la maman...

Mettre des mots sur le chagrin lui était si difficile.

« Mais oui, ta maman pleure parce qu'elle est triste de voir que tu souffres, elle aimerait bien mieux que tu ailles bien », me permis-je d'intervenir.

« Oui, je comprends. »

Et Jessica étendit son bras pour enlacer tendrement sa maman.

Paradoxe découverte surgissant du creux même de l'épreuve et régulièrement confirmée par l'expérience, c'est bien l'enfant lui-même qui provoquera ses proches à reconnaître une certaine vérité présente en eux, parfois insoupçonnée jusqu'alors. L'adage populaire ne dit-il pas : « la vérité sort de la bouche des enfants » ?

A l'écoute de cette vérité, une force peut émerger chez tous les acteurs souffrants de la famille et permettre de poursuivre le chemin d'éducation, d'apprentissage, de vie. Car l'enfant continue d'être un enfant et de développer ses capacités, toutes ses capacités, ces capacités qui dorment parfois quand la vie nous est confortable...

Ayant longuement travaillé en milieu hospitalier, j'ai pu découvrir avec étonnement qu'il y a en l'enfant malade, comme en nous tous, un être qui s'éveille et qui utilise toute sa puissance pour avancer le mieux possible quand le chemin présente des embûches.

Je revois Charles. La vie, du haut de ses 11 ans, n'avait pas été de tout repos et plutôt douloureuse. Autour de lui sa mère et sa grand-mère. Situation familiale pénible, santé pénible, il portait lourd... Mais vous l'auriez vu : jovial, rieur, épanoui, toujours heureux de manger, accueillant pour ses visiteurs. Bien sûr il avait ses mauvais jours mais la plupart du temps, il était enjoué. Ce jour-là, il se mit à m'interroger :

Crois-tu au diable, toi ?

Quelle question énorme ! Comme souvent, je me laisse interpellé par la question et me mets à réfléchir. Les questions des enfants, c'est toujours très, très sérieux. Mais avant que je n'aie pu formuler quoique ce soit, sa mère et moi entendîmes ceci :

Moi, je crois qu'il existe. Et tu sais comment je l'appelle ? Le Jaloux. Parce qu'il est jaloux du bonheur des gens, il empêche les gens d'être heureux.

Ah quel dommage que je n'aie pas eu à ce moment un enregistreur ! Car pendant une demi-heure il nous entretenait, sa mère et moi de l'ensemble des ennemis qui livraient bataille sur la terre afin de démolir l'homme. Charles avait ainsi symbolisé son combat contre sa maladie en lui donnant un sens. Jamais il n'a laissé le Jaloux prendre le dessus. Je le revois encore les yeux brillant devant un plat de frites ou jouant avec son cousin et gardant le contact avec chacun.

Dans une écoute toute neuve de ces enfants, parents, grands parents, proches, famille, soignants, accompagnants au sens large, se mettent en quelque sorte à leur école pour découvrir ce qui fait leur force.

Cela suppose un travail de deuil, car le devenir de cet enfant n'est pas comme nous l'avions espéré : il est « autre » du fait de sa santé déficiente. « Moi, je ne fais plus plaisir », dit Oscar qui sent qu'il « déçoit » le docteur et son entourage. Rien n'est plus pénible pour un enfant que de décevoir ceux qu'il aime.

Permettez-moi d'évoquer également ces enfants qui souffrent d'autres maladies tout aussi dramatiques que le cancer comme les maladies génétiques, métaboliques, neurologiques, orphelines, etc..... . Parents et enfants connaissent les mêmes détresses très peu relayées par les médias.

« Mais qui est donc cet enfant auquel nous avons donné le jour ? », s'interrogent de nombreux parents d'enfant malade. Et si tout parent est amené un jour ou l'autre à se poser cette question, dans le cas de la maladie, la question n'attend pas... Oui, « qui est donc notre enfant ??? » Il arrive que les parents soient confrontés trop tôt, trop brutalement à cette question... Car, au travers de la maladie, elle est là presque incontournable. La prendre à

bras le corps, parfois à son corps défendant, permet aux parents d'accompagner leur enfant au jour le jour en découvrant avec étonnement au fil des étapes ce qui fait sa force, ce qui fait sa joie et son chagrin. Combien de parents ne s'émerveillent-ils pas alors de leur enfant ? Et quand ils le lui disent, quelle lumière sur son visage !

Parler de la maladie grave de l'enfant est une tâche infiniment délicate. C'est ce que j'ai tenté de faire à la lumière de mon expérience, relue pour la circonstance par l'équipe de liaison pédiatrique\* que j'accompagne en supervision mensuelle. A l'heure actuelle malheureusement beaucoup d'enfants, trop, se battent au corps à corps avec la maladie. Que nous en soyons très affectés, rien de plus normal. Cependant cela n'empêche pas de découvrir chez ces enfants des ressources qui ne demandent qu'à se manifester au détour d'un jeu, d'un apprentissage, d'un soin, d'un échange... Comme dans toute éducation, tout y est sujet à apprentissage. Marcher sur ce chemin avec l'enfant invite les proches à l'aimer toujours plus pour qui il est, un enfant et non un malade. Sa croissance ne se conçoit pas sans cet amour si puissant qui nous apprend au fil des heures, des jours, des semaines et des années les paroles justes, les gestes justes, l'accompagnement juste. Ainsi font tant de parents qui sont des artistes car ils sont des créateurs de sens là où il semble s'être absenté. Parents, proches et enfants continuent sans cesse de grandir ensemble



\* Aux Cliniques Saint Luc, l'équipe de liaison pédiatrique est constituée de 4 infirmières qui se partagent la garde 24H/24, 7 jours sur 7. Elles prennent en charge des enfants atteints de pathologies graves principalement en hématologie, neurologie, cardiologie,... Cette équipe fait le lien entre l'hôpital et le domicile de l'enfant. Elle travaille en collaboration avec le médecin de famille et l'équipe de soins à domicile. Ce service permet donc de réduire autant que possible la durée d'hospitalisation.

## VOLE

*Vole vole petite aile  
Ma douce, mon hirondelle  
Va t'en loin, va t'en sereine  
Qu'ici rien ne te retienne  
Rejoins le ciel et l'éther  
Laisse-nous laisse la terre  
Quitte manteau de misère  
Change d'univers*

*Vole vole petite sœur  
Vole mon ange, ma douleur  
Quitte ton corps et nous laisse  
Qu'enfin ta souffrance cesse  
Va rejoindre l'autre rive  
Celle des fleurs et des rires  
Celle que tu voulais tant  
Ta vie d'enfant*

*Vole vole mon amour  
Puisque le nôtre est trop lourd  
Puisque rien ne te soulage  
Vole à ton dernier voyage  
Lâche tes heures épuisées  
Vole, tu l'as pas volé  
Deviens souffle, sois colombe  
Pour t'envoler*

*Vole, vole petite flamme  
Vole mon ange, mon âme  
Quitte ta peau de misère  
Va retrouver la lumière*

*Paroles et Musique: Jean-Jacques Goldman  
Céline Dion*

# *Perdre un frère ou une sœur dans l'enfance : la fratrie endeuillée*

**Sophie DERVAL**

Psychologue

Equipe de soutien et équipe de coordination de l'ASBL Reliance

*« La mort d'un enfant est une mort double ; d'une part, il y a la perte et d'autre part, il y a le paradoxe de la vie : mourir alors qu'on a tant à vivre... » P. Brognon*

Dans la vie d'une famille, la maladie grave et l'approche de la mort d'un frère ou d'une sœur est un moment difficile qui implique inévitablement les autres enfants de la fratrie.

L'enfant gravement malade concentre toute l'attention, l'énergie, le temps de ses parents dont la disponibilité manque cruellement aux autres enfants. Cette frustration affective entraîne des sentiments d'hostilité et de jalousie chez l'enfant bien portant. Fréquemment, il éprouve le besoin de vérifier, de tester l'amour de ses parents. La question de sa valeur, de sa place au sein de la famille et dans le désir de ceux qui lui ont donné la vie le préoccupe intensément.

Se sentant délaissé, l'enfant en bonne santé peut nourrir des souhaits de mort conscients ou inconscients envers son frère ou sa sœur gravement malade, devenu un rival dans cette lutte pour l'amour des parents. Difficile pour cet enfant d'exprimer ouvertement son agressivité ! Elle est souvent cachée, entraînant beaucoup de culpabilité. Cette hostilité envers son frère ou sa sœur malade est source de souffrance justement parce qu'elle coexiste avec l'amour qu'il lui porte.

L'enfant bien portant s'interroge souvent sur le sens et l'origine de la maladie : « pourquoi cela arrive-t-il à mon frère ? Qui est le responsable ? Moi ? Mes parents ? Si oui, comment vais-je encore leur faire confiance ? ». Ces questions, si elles ne sont pas entendues, risquent d'enkyster la souffrance de l'enfant en bonne santé et d'entraîner un repli sur lui-même. Il peut s'entendre reprocher cette attitude fermée d'apparente mauvaise humeur par un entourage qui l'interprète globalement comme

une marque d'égoïsme. L'enfant se vit alors comme victime d'une double injustice. D'abord, il pense que l'amour de ses parents est dédié tout entier à son frère ou à sa sœur malade ; ensuite, il se sent dévalorisé par l'image négative que ses proches ont de lui.

Donner une place aux frères et sœurs de l'enfant malade est essentiel pour les soutenir dans cette épreuve. Comment ? En favorisant le maintien des liens dans la fratrie, en leur permettant – s'ils le souhaitent - de partager certaines activités avec leur frère ou sœur malade, en les tenant informés de l'évolution de la pathologie, en répondant à leurs questions, en expliquant les modalités du traitement, en les aidant à comprendre les réactions de leur frère ou sœur parfois trop faible pour parler ou pour jouer, en soulignant l'importance de leur présence auprès de lui, en encourageant l'expression de leurs émotions...

Face au désarroi de ses parents – peut-être est-ce la première fois qu'il les voit pleurer et qu'il perçoit leur fragilité – le frère ou la sœur d'un enfant malade peut endosser le rôle de soutien de toute la famille. Il peut devenir le parent de ses parents voire même le parent de son frère ou de sa sœur malade. Ce faisant, il refoule ses propres souffrances pour s'occuper de ses proches en détresse.

Si la mort de leur enfant suscite chez les parents un deuil particulièrement compliqué, le deuil à réaliser par les frères et sœurs est lui aussi difficile.

La représentation et la perception qu'a l'enfant de la mort varient en fonction de son âge et de son développement intellectuel et affectif ; elles dépendent aussi largement de facteurs

éducatifs et culturels tels que : le discours familial (avec ses réponses ou « non-réponses » aux questions des enfants, ses silences, ses non-dits, ses explications saines et tolérantes), le discours scolaire et la position des éducateurs, les échanges et les contacts avec leurs pairs, les contacts avec la télévision et les jeux vidéo (mort banalisée en image, sans réelle consistance, sans vraie réalité)... Les paroles de G. Guérin sont éclairantes : « Nos propres observations cliniques (...) montrent à l'évidence que, pour l'enfant, dès l'acquisition du langage, la mort a des significations dont on serait bien en peine de trouver en quoi elles diffèrent de celles de l'adulte. Une apparente différence souvent invoquée tient à la grande labilité (...) de son attention et de ses affects. L'enfant qui ne parle pas ne connaît pas la mort, (...) mais il connaît l'absence » (in Raimbault G. (2005). L'enfant et la mort. Problèmes de la clinique du deuil. Paris : Dunod, Collection Enfances).

L'accompagnement de la fratrie pourra donc se prolonger au-delà de la mort de l'enfant malade, dans le deuil, en soutien des compétences familiales. Ce n'est pas parce que l'on s'aime que l'on vit le deuil de la même façon ; il est difficile de s'aider mutuellement au moment où l'on est soi-même débordé par sa colère et sa souffrance. Pour qu'un enfant puisse avancer dans le deuil d'un frère ou d'une sœur, il est essentiel que des mots accompagnent cette mort. L'expression de ce que l'enfant survivant vit, sent et pense doit être favorisée par l'entourage. L'enfant endeuillé par la mort de son frère peut vivre une culpabilité intense liée à la pensée magique : croyance que les pensées hostiles

qu'il a nourries contre ce frère ou cette sœur malade qui accaparait tout l'amour de ses parents ont pu provoquer sa mort. De plus, l'enfant endeuillé éprouve un double vécu d'abandon : la perte d'un frère ou d'une sœur à laquelle s'ajoute une certaine indisponibilité affective des parents eux-mêmes plongés dans le deuil. G. Raimbault (2005) écrit que « le deuil de l'enfant est à tel point intriqué à celui des parents que si eux-mêmes ne peuvent pas faire le deuil du mort, l'enfant vivant ne le pourra pas non plus. (...) Il ne pourra pas non plus faire son deuil si les parents surinvestissent l'enfant mort et désinvestissent l'enfant vivant. A l'extrême, l'enfant ne se sent aimé que s'il n'est plus vivant. »

Donner une place à l'enfant pendant la maladie de son frère ou de sa sœur...

Le soutenir et s'ouvrir à sa parole après la mort...

Accompagner les parents dans leur deuil mais aussi renforcer leurs compétences parentales fortement ébranlées par la mort d'un de leurs enfants...

Attitudes essentielles pour permettre à l'enfant endeuillé par la mort d'un frère ou d'une sœur de retrouver des repères qui l'aideront à poursuivre le chemin de sa vie.

*« Il faut la mémoire de beaucoup d'instant pour faire un souvenir complet. De même, le deuil le plus cruel, c'est la conscience de l'avenir trahi et quand survient l'instant déchirant où un être cher ferme les yeux, immédiatement on sent avec quelle nouveauté hostile l'instant suivant assaille notre cœur. »*

Gaston Bachelard



## *Comment accompagner les enfants en situation de perte et de deuil ?*

Pour vous aider, voici un coffret d'outils pédagogiques

'Graines de réconfort' est un ensemble d'outils pédagogiques pour aider les enfants de 5 à 12 ans à communiquer à propos d'expériences de perte et de deuil et leur donner ainsi l'occasion d'apprendre, sous la direction d'enseignants, de soignants ou d'autres adultes, à gérer ces expériences douloureuses.



Le coffret comprend :

- 1 poster et 1 palette de 25 sentiments
- 5 scénarios de marionnettes
- 20 histoires
- 15 poèmes
- 15 dessins
- 15 reproductions d'œuvres d'art
- 1 CD de musique
- 1 DVD avec 1 court-métrage et des témoignages d'enfants et de parents
- 1 CD-ROM
- 1 petit cahier personnel pour l'enfant
- 2 livres d'images 'L'étoile de Léa' et 'Grand-père est mort'
- 1 livre pour les adultes qui offre un apport théorique et des conseils
- 1 manuel d'utilisation.

'Graines de réconfort' est encore partiellement en cours de traduction et d'adaptation. Ce coffret sera édité chez CEGO Publishers et distribué par Averbode, en principe dans le courant du second semestre 2008.

Pour tout renseignement, veuillez contacter l'Association Pluraliste de Soins Palliatifs de la Région de Bruxelles-Capitale au 02 743 45 92 ou [palliabru@palliatifs.be](mailto:palliabru@palliatifs.be)

## *Hoe omgaan met kinderen in verliessituaties?*

Om u te helpen, is er een doos vol materiaal voorhanden.

'Een wereld vol troost' is een materialenset die kinderen tussen 5 en 12 jaar helpt om over verlieservaringen te communiceren en zo, onder begeleiding van leerkrachten, hulpverleners of andere volwassenen, met verlieservaringen te leren omgaan.



De koffer bestaat uit volgende onderdelen:

- 1 gevoelsposter en 1 gevoelswaaier
- 5 poppenkastscenario's
- 20 verhalen
- 15 gedichten
- 15 grote thematekeningen
- 15 reproducties van kunstwerken
- 1 muziek CD
- 1 DVD met een kortfilm en getuigenissen van kinderen en ouders
- 1 CD-ROM
- 1 zakboekje
- 2 prentenboeken 'Mama heeft kanker' en 'Opa duurt ontelbaar lang'
- 1 boek voor de volwassenen met achtergrond informatie en tips
- 1 Handleiding

'Een wereld vol troost' werd samengesteld door Erik Verliefde et alii en is door CEGO Publishers uitgegeven.

Bestellen kan op:  
[www.cego.be](http://www.cego.be)

# *Mijn broertje is gestorven*

**Erik VERLIEFDE**

Klinisch psycholoog

Auteur van o.a. 'Loslaten tot leven' (Acco 2004), 'Ruimte voor verdriet' (Acco 2005),  
Samensteller van een "Wereld vol troost" (Cego 2006)  
Palliatieve eenheid Onze-Lieve-Vrouw Ziekenhuis Asse

"Het verlies van een kind" bekeken vanuit het standpunt van een broer of zus.

Als er in een gezin een kind sterft is dit een verlies dat het hele gezin schokt, dat het hele gezinsleven verstoort. In dit artikel wordt stilgestaan bij wat een dergelijk verlies betekent voor een broer of zus. Het komt veel voor, het treft ieder jaar een groot aantal mensen en toch wordt dit vaak niet-erkend.

Marie (37 jaar) getuigt:

*'Toen ik 6 jaar was is mijn oudere broer Jean-Pierre gestorven. Hij stak de drukke weg naast ons huis over zonder te kijken en een auto greep hem. Ik weet van dat moment niets meer. Kort na het overlijden "mocht" ik bij een tante logeren. Achteraf ben ik te weten gekomen dat ik toch twee maanden daar heb gewoond. Schijnbaar kon mijn moeder mijn opvoeding toen niet aan.*

*Mijn broer is doodgezwegen. Er zijn geen foto's van hem te vinden, een jaar later is mijn jongere broer geboren. En dat was de god van mijn moeder en vader. Het was net alsof hij de plaats in nam van ...*

*Vandaag vraag ik me nog altijd af wat er juist is gebeurd? Hoe zag hij eruit na het ongeluk? Waarom mocht ik niet mee naar de begrafenis? Zoveel vragen en geen antwoorden. Vandaag kan ik dit niet vragen aan mijn moeder want zij heeft het verleden afgesloten. Hoe zit het met haar verdriet? Ze begint te dementeren en nu hoor ik voor het eerst af en toe de naam van Jean-Pierre vallen. En dat maakt het nog pijnlijker want ik kan haar niet echt bereiken.'*

Vanuit ontwikkelingspsychologisch standpunt wordt er veel aandacht besteed aan de plaats in de kinderrij. Wat betekent het om het oudste kind te zijn? Welke rol heeft de jongste broer in het gezin?

Er is weinig of geen onderzoek gebeurd naar wat het betekent voor iemand als Marie om op zesjarige leeftijd haar plaats in de kinderrij te zien veranderen. Ongewild, doch voor altijd omdat haar oudere broer komt te overlijden. Wat voor impact heeft dit voor Marie zelf? Kinderen in een gezin leren ontzettend veel van elkaar. Ze fungeren voor elkaar als een soort sociaal laboratorium.

Broers en zussen leren omgaan met agressie. Ze zijn gedwongen om met elkaar te leven. De relatie met een vriendin kan beëindigd worden, doch als kind wordt je relatie met je zus niet beëindigd. Vandaar dat kinderen vaak hun agressie tonen ten opzichte van hun broer of zus. Indien een kind zich agressief opstelt tegenover een schoolvriend, dan is de kans groot dat dit de vriendschap in gevaar brengt. In een gezin gebeurt het zeer zelden dat agressieve uitingen tussen broers en zussen leiden tot het duurzaam verbreken van deze relatie. Kinderen leren in een gezin wat je wel en niet kunt permitteren in het omgaan met andere kinderen, zonder het risico te lopen te worden uitgesloten.

Ondanks de rivaliteit die vaak aanwezig is in het gezin, is er een gevoel van samenhangigheid tussen broers en zussen. Ondanks alle ruzies thuis, zullen kinderen meestal voor elkaar opkomen als er bijvoorbeeld op school iets gebeurt. Oudere kinderen zijn vaak beschermend, terwijl jongere kinderen zich vaak optrekken aan hun oudere broer of zus.

Tijdens de schoolleeftijd is er meestal een proces van deïdentificatie tussen broers en zussen. Waar op school, waar met leeftijdsgenoten conformiteit heerst, kan een kind binnen een gezin zich oefenen in het "eigen" zijn. Kinderen leren inzien dat zich kunnen onderscheiden van zus of broer omdat ze bijvoorbeeld veel sportiever zijn.



En als laatste punt zijn er de constant wisselende rollen tussen kinderen in het gezin. Broers en zussen spelen de hele dag door diverse rollen: de oudste zus die plaagt, die troost, die gerust stelt, die angst wegneemt, ...

En dan valt plots een schakel uit dit systeem weg. Na de dood van een broer of zus verandert er zoveel in een gezin. Het is een verlies waarbij iedereen in het gezin betrokken is. Broers en zussen dienen zich te herdefiniëren ten opzichte van elkaar: wat kunnen ze van elkaar verwachten, wat kunnen ze elkaar wel en niet geven, kan de rol van de overledene door iemand worden overgenomen?

*Ze hield van bomen.*

*'Ze ritselen van stilte  
ademen geheimen  
vrijen met de maan  
met nooit genoeg takken  
en durven dikke druppels huilen  
als het bos verdrietig is  
vogels landen er vol heimwee  
naar verten onverkend'*

*Een tekstje op haar kamer.  
Ze was mijn zus,  
vertrok te vroeg  
naar verten onverkend.  
Vandaag  
heb ik een boom geplant  
en durfde ik te huilen.*

(Ed Franck)

En dan is er de volwassen reflex om kinderen zoveel mogelijk weg te houden van afscheid en verlies. Vaak heerst de mythe dat kinderen toch niet kunnen rouwen want ze begrijpen het concept van dood nog niet.

Deze mythe klopt niet. Het is niet omdat kinderen nog geen doodskoncept hebben ontwikkeld dat ze niet kunnen rouwen. Baby's en jonge kinderen ervaren en reageren wel op de afwezigheid van bijvoorbeeld een vaste verzorger. Kinderen hebben heel jong al enige notie van dood. Een min of meer matuur doodsbegrip: de dood is universeel en

onomkeerbaar, de dood betekent het stoppen van alle lichaamsfuncties, komt voor bij kinderen tussen 5 en 7 jaar. Dit ontluikende begrip maakt kinderen juist kwetsbaar bij een confrontatie met verlies. Ze willen begrijpen, stellen zeer veel vragen, doch missen nog de levenservaring en verstandelijke mogelijkheden om de gebeurtenis – mijn zusje is gestorven – te vatten.

Kinderen en jongeren ervaren grotendeels dezelfde gevoelens, gedachten en reacties als een volwassene bij het verlies van een broer of zus.

### **Rouwtaken**

De Amerikaanse onderzoeker J.W. Worden heeft enkele rouwtaken geformuleerd die zowel gelden voor volwassenen als kinderen. Deze taken mogen niet gezien worden als fasen omdat ze gedurende een rouwproces heel afwisselend kunnen voorkomen:

- ✓ Het aanvaarden van het verlies.
- ✓ Het ervaren van de pijn van het verlies.
- ✓ Het zich aanpassen aan een nieuw leven zonder de overleden broer of zus.
- ✓ De overledene emotioneel een plaats geven en de draad van het leven oppakken.

Nederlandse onderzoekers hebben voor kinderen een 'nulde' taak ontwikkeld. Deze taak gaat wel vooraf aan de vorige taken:

- ✓ Het leren omgaan met verlies en afscheid.

Tijdens de ontwikkeling van kinderen mag verlies geen taboe zijn, ze worden er mee geconfronteerd.

Kinderen beschikken echter niet over dezelfde mogelijkheden als volwassenen om te begrijpen wat er gebeurt en om in woorden uit te drukken wat er in hen omgaat.

Dit betekent dat kinderen hun rouw tonen in veel kortere episodes in vergelijking met volwassenen.

Dit wekt soms verkeerdelijk de indruk dat kinderrouw korter en minder intens is dan volwassenrouw.

Dit klopt absoluut niet. Kinderen hebben nood aan periodes van plezier en leuke gevoelens. Het is als het ware een schommelbeweging tussen rouwen en verder leven. Kinderen zijn niet in staat om een lange periode

ononderbroken met verdriet en pijn bezig te zijn.

Het belang van de kwaliteit van de opvang door de ouders tijdens het rouwproces van een broer of zus wordt door veel onderzoekers benadrukt. Het is echter niet evident om als ouder op het ogenblik dat je een kind hebt verloren de andere kinderen in het gezin op te vangen.

Er zijn een aantal beschermende en risicofactoren als we spreken over het rouwproces bij een kind.

#### **Enkele risicofactoren zijn:**

- ✓ Het aanwezig zijn van andere stressvolle gebeurtenissen (naast het overlijden) in het leven van een kind.
- ✓ Een gebrekkige relatie met de overledene.
- ✓ Het kind heeft een laag zelfbeeld en een externe locus of control (Het kind denkt dat het zelf geen controle kan uitoefenen, dat het zelf geen vat heeft op de gebeurtenissen).
- ✓ Indien er al bestaande mentale of psychische problemen zijn bij het kind of bij de ouders.
- ✓ Bepaalde omstandigheden van overlijden houden ook risico's in (bijvoorbeeld moord of trauma).

#### **Enkele beschermende factoren zijn:**

- ✓ De relatie met de ouders wordt gekenmerkt door een open communicatie, door warmte en positieve ervaringen.
- ✓ Ouders blijven hun ouderrol dragen.
- ✓ Het kind wordt aanvaard door leeftijdsgenoten, door leerkrachten, door belangrijke anderen.
- ✓ Een gezin met een hogere socio-economische status is een beschermende factor.
- ✓ Het kind heeft een interne locus of control.
- ✓ Het kind heeft zowel intellectuele als sociale mogelijkheden.
- ✓ Het kind krijgt de mogelijkheid om gevoelens en gedachten over de overledene te uiten. Dit wordt erkend door belangrijke anderen.

#### **Wat nuttig kan zijn :**

Kinderen ervaren dezelfde gevoelens als ouders, zoals protest, boosheid, verdriet, eenzaamheid, .... Het is goed om aan kinderen uit te leggen dat hun rouwgevoelens normaal zijn, ook al zijn deze gevoelens soms heel erg hevig. Zoek samen naar een manier om deze gevoelens te uiten.

Als volwassene is het niet verkeerd om je eigen gevoelens te tonen. Let wel op dat je een kind niet belast met jouw gevoelens.

Zeer jonge kinderen (onder de vijf jaar) hebben nog geen doodsbegrip, doch ze voelen wel dat er iets veranderd is in huis, dat er iemand niet meer is. Vaak ontstaat angst dat ze nu gescheiden zullen worden van nog andere leden van het gezin. Geruststelling is hier op zijn plaats.

Laat de kinderen vragen stellen, ook al herhalen ze honderd keer dezelfde vraag. Uw antwoord is eerlijk en open. Leg waarheidsgetrouw aan het kind – rekening houdend met de leeftijd – uit wat er aan de hand is. Moedig kinderen aan om over het verlies te communiceren (zowel verbaal als niet-verbaal) zonder ze te dwingen.

Communiceren met kinderen betekent ook spreken over dood. Vermijdt uitspraken als “zusje is voor altijd ingeslapen”, “broer is op reis” omdat dit vaak onduidelijkheid en angst bij kinderen te weeg brengt. Als kinderen uitspraken letterlijk opnemen, dan wordt het moeilijk.

Kinderen mogen in hun verlies kind blijven, ze hoeven geen volwassene te zijn. Geef ze de ruimte om te spelen, om kind te zijn ook tijdens momenten van afscheid en rouw.

Veranderingen in het leven van een kind worden zoveel mogelijk vermeden. Rouwende kinderen hebben vooral nood aan veiligheid en aan een duidelijke structuur. Vaste afspraken, gewoontes, het leven dat verder gaat, geven kinderen een gevoel van stabiliteit.

Laat een kind afscheid nemen van zijn gestorven broer of zusje. Laat het kind echter zelf de keuze, forceer niets. Als het kind betrokken wil zijn, geef dan op voorhand voldoende uitleg zodat ze voorbereid zijn op

wat komen zal. Stel aan het kind voor om iets te knutselen of te tekenen. Op deze manier stijgt de betrokkenheid van het kind.

Informeer de omgeving van het kind wat er aan de hand is. Als ze op school, in de jeugdbeweging, op de sportclub weten wat er is gebeurd, dan zal er anders gereageerd worden als het kind meer aandacht vraagt dan anders.

Zwijg de overleden broer of zus niet dood. Blijf de naam van hem of haar nog regelmatig noemen en verstop geen foto's of dierbare herinneringen.

### **Wat doe je beter niet?**

Het kind aanspreken in het bijzijn van andere kinderen (bijvoorbeeld uit de klas). Een kind wil vaak niet anders behandeld worden omdat zijn broer of zus gestorven is. Het is zeker niet goed om een kind zal zielig te behandelen.

Vermijd ongevraagde adviezen en oordelen. "Als ik jou was, dan ...", "Ik zal je eens vertellen wat je moet doen nu je broer gestorven is". Op deze manier dring jij jouw mening op en is het net alsof jij alles beter weet. Terwijl het kind zelf het best voelt wat het nodig heeft.

Gebruik geen clichés want als kinderen het letterlijk nemen dan geraken ze in de knoei. "Je mama en papa zullen wel een nieuw broertje maken", "Je zusje was zo lief dat ze nu bij God mag zijn". Mag een kind dan nog lief zijn? Want als kind letterlijk verder denken, dan is het beter om stout te zijn zodat ze niet zullen doodgaan.

Je mag het kind niet verbieden om na verloop van tijd nog bezig te zijn met het verlies en verandering. Kinderen stellen rouwgedrag vaak uit en tonen vaak veel later pas hun gevoelens. Uitspraken als "het heeft al lang genoeg geduurd" gebruik je niet.

Zoek niet te hard naar oplossingen voor een kind. Door daar te hard mee bezig te zijn, gebeurt het vaak dat een volwassene niet meer luistert naar een kind.

Neem geen gevoelens weg bij het kind. Een kind troosten is niet hetzelfde als direct de

tranen te drogen. Een kind troosten is een kind alle ruimte geven om zijn of haar gevoelens te uiten (zowel met woorden als op andere manieren).

Probeer het kind niet te forceren. Een kind weet vaak zelf goed wat het wil of niet. Als volwassene biedt je kansen, mogelijkheden aan, het kind maakt de uiteindelijke keuze. Het kind komt wel naar jou als het nodig is. Je kunt een kind geen andere gevoelens aanpraten dan welke hij of zij merkt.

Zorg ervoor dat je niet angstig overkomt. Jonge kinderen stellen vaak ontzettend veel vragen en vaak moeilijke vragen. Durf gerust toegeven dat jij niet alles weet. Durf raad vragen aan anderen.

### **Referenties**

- Dillen, L. (2006) *Kinderen in rouw rouwsluiers ontsluiert?*
- Federatie Palliatieve zorg Vlaanderen *Project niet te jong voor verlies* (eigen beheer).
- Keirse, M. (2002) *Kinderen helpen bij verlies*, Lannoo, Tielt.
- Kohnstamm, R. (2002), *Kleine ontwikkelingspsychologie: deel 2*, Bohn - Stafleu Van Loghum, Houten.
- Netwerk Palliatieve zorg Brussel-Halle-Vilvoorde *U hebt iemand verloren* (brochure eigen beheer)
- Verliefde E., Fiddelaers-Jaspers R. (2005) *Ruimte voor verdriet, omgaan met kinderen in verliessituaties*, Acco Leuven/Voorburg
- Weggemans M. (2006) *Broederziel alleen? Het verlies van een broer of zus een plaats geven*, Kok, Kampen.
- Worden J.W. (1996) *Verlies en rouw*, Swets & Zielingers, Amsterdam/Lisse



# *Lorsque l'enfant meurt*

**Serge MARCHAL**

Psychologue

CAM et Institut Bordet, 2008

Un des plus anciens témoignages des séquelles de la perte d'enfant nous a été transmis dans toute sa violence par la mythologie grecque. Niobé, reine légendaire épouse d'Amphion dont elle eut quatorze enfants, eut l'insolence de se comparer à la déesse Latone. Elle se vanta de lui être supérieure parce que celle-ci n'avait eu que deux enfants. Irritée, la déesse chargea de sa vengeance ses propres enfants. Apollon et Artémis tuèrent tous les enfants du couple. À l'horrible spectacle de tous les corps étendus et râlant, Niobé stupéfiée par la douleur devint immobile. Sa douleur fut si grande que Zeus, exauçant ses vœux, la changea en rocher d'où jaillissait une source alimentée par ses larmes abondantes. Amphion fou de douleur se suicida.

Perçue comme un événement cataclysmique, la mort de l'enfant suscite chez les parents un deuil particulièrement douloureux. Le décès de l'enfant déclenche sans doute chez tout adulte un sentiment d'injustice. Il est l'indice d'inachèvement, d'une promesse non-tenue. Si pendant longtemps, et cela reste vrai pour bon nombre de régions du globe, la mort de l'enfant avait un caractère banal, elle est d'autant plus inacceptable qu'elle est devenue exceptionnelle en Occident. Notre culture occidentale contemporaine aurait sacré l'enfant-roi (Raimbault, 1996). Ailleurs, l'enfant est utilisé, rentabilisé, rejeté une fois hors d'usage, mis en première ligne lors de conflits armés, éliminé en raison de son sexe.

La mort d'un enfant contrevient au cycle habituel de la vie moderne. Elle est devenue contraire à l'ordre des choses. Un malheur aussi écrasant ne s'inscrit pas dans les catégories mentales proposées par notre culture, par notre langue à travers lesquelles nous pensons. Il n'existe pas de mot pour désigner les parents qui perdent leur enfant. Cette mort fait tellement chavirer l'ordre naturel des choses qu'elle semble dès lors demeurer dans «l'impensé» (Luzy, 2006). Cette perte vient démanteler un schéma de vie

où la mort est une issue lointaine qui ne concerne pas le présent. Le bouleversement émotionnel devant la mort de l'enfant se nourrit aussi d'un bouleversement d'ordre culturel. L'enfant plus que tout autre doit être tenu à l'écart de la connaissance de la mort, même si ce dernier bastion du mensonge compassionnel est à son tour en train de s'effondrer (Kreicbergs U. et coll. 2004).

La perte d'un enfant est reconnue comme engendrant un niveau catastrophique de stress. Le deuil est l'un de ces quelques événements de vie qui vont mettre l'homme à l'épreuve dans ses capacités d'adaptation psychologiques, sociales et biologiques. Le deuil en tant que facteur de stress a évolué. En 1900, la mort du père était l'événement le plus important d'une vie d'homme, la perte la plus déchirante d'une vie (Freud). En 1967, l'échelle d'événements de vie plaçait le décès du conjoint en première position et la mort de l'enfant n'y apparaît pas (Holmes et al.1967). En 1987, dans l'échelle de sévérité des facteurs de stress psychosociaux du DSM III-R, la mort de l'enfant arrive en première position et est ressentie comme un stress catastrophique. Juste en dessous se trouve la mort du conjoint qui est considérée comme un facteur de stress extrême DSM III-R (1987).

Quand on évoque le décès d'un enfant, on pense toujours à la mort d'un jeune enfant. Être enfant n'est pas d'abord une question d'âge mais de filiation (Hanus, 2006). En raison de l'allongement de la durée de vie, il arrive de plus en plus souvent qu'un parent très âgé voit mourir un enfant lui-même âgé et nous savons peu de choses des effets de cette nouvelle situation. Si la perte d'un enfant est l'une des pires expériences que la vie puisse réserver, « faire son deuil » est à la fois douloureux et préjudiciable à la santé physique et psychique. Les effets à long terme peuvent être dramatiques : rupture du couple, évasion dans l'alcool, la drogue, troubles psychiques. Souvent, nos constats personnels conduisent

intuitivement à considérer un lien entre la perte d'un être cher, la mortalité et les troubles physiques et psychiques. L'hypothèse populaire selon laquelle le deuil prédisposerait, précipiterait ou exacerberait des maladies physiques a souvent été formulée. Dans quelle mesure ce deuil est-il un facteur de morbidité et de mortalité?

Après avoir été longtemps un sujet de prédilection de la littérature romantique, le deuil est devenu depuis la dernière décennie l'objet d'étude épidémiologique. Tout s'évaluant en épidémiologie, même nos comportements ou nos sentiments les plus intimes. Diverses études ont tenté d'évaluer précisément les répercussions de la mort d'un enfant. Si la littérature scientifique s'est beaucoup focalisée sur l'impact de la perte du conjoint, peu d'études ont évalué avec précision l'impact de la perte d'un enfant sur la mortalité de ses parents.

Une équipe israélienne a étudié la mortalité auprès d'une population de parents endeuillés. Les auteurs ont comparé deux cohortes (Levav et al. 1988). La première était constituée des parents de 2.518 soldats âgés de 18 à 40 ans tués durant la guerre du Kippour en 1973. La seconde était constituée des parents de 1.128 jeunes hommes tués dans des accidents entre 1971 et 1975. Le follow-up était de 10 ans. Ces deux cohortes étaient comparées aux statistiques de mortalité nationale. Les groupes étaient appariés pour le sexe, l'âge et l'année de décès. Les auteurs n'ont pas mis en évidence d'excès de mortalité. La seule différence significative concernait l'excès de mortalité chez les pères d'enfant décédé dans un accident.

Johansen et ses collaborateurs ont étudié la mortalité et l'incidence des cancers auprès de 11.231 parents dont un enfant était mort de cancer (Johansen et Olsen 1997). L'étude rétrospective est basée sur la consultation de différents registres nationaux avec un follow-up de plus de 40 ans. Aucune différence dans la fréquence des cancers n'a été trouvée. Les auteurs ont même noté une incidence inférieure des cancers pulmonaires comparée à la population contrôle sans que cela soit statistiquement significatif. Ils ont mis en évidence qu'il n'y avait pas de différence dans

la mortalité pour d'autres causes de décès (maladies auto immunes, allergiques, chroniques).

Li et ses collaborateurs ont investigué la relation entre le stress psychologique qu'est la mort d'un enfant et la maladie coronarienne dans une étude de grande ampleur. 19.361 parents ayant perdu un enfant de moins de 18 ans ont été comparés à une cohorte de 295.540 parents ayant les mêmes caractéristiques démographiques et socio-économiques. Le risque relatif de faire un infarctus du myocarde mortel était 1,36 et celui de faire un premier infarctus était de 1,28 pour le groupe des parents endeuillés. Les deux cohortes ont le même genre de risque pendant les 6 premières années du suivi. Durant la période d'observation allant de la 7<sup>e</sup> à la 17<sup>e</sup> année, la cohorte des endeuillés avaient un RR de 1,58 pour les infarctus mortels et un RR de 1,31 pour la survenue d'un premier infarctus. Les parents qui ont perdu un enfant de façon inattendue, en particulier de mort subite du nourrisson, ont un haut risque de faire un infarctus du myocarde.

Une équipe danoise a entrepris une vaste étude de cas témoin (Li J. et al. 2003). Un groupe de 21.062 parents ayant perdu un enfant de moins de 18 ans a été comparé à un groupe contrôle de 293.745 sujets appariés par le nombre et l'âge des autres enfants de la famille. Les caractéristiques socio-économiques et démographiques étaient analogues. La mortalité globale et spécifique a été étudiée sur une période médiane de 11 ans grâce à l'examen des registres de décès. Les résultats sont interpellants. Les parents endeuillés (les pères et les mères) vivent une année et demie de moins en moyenne que la population générale.

Chez les mères, la mortalité globale est accrue de façon hautement significative avec un risque de décès accru de 43 % sur la période de surveillance. Cette surmortalité maternelle s'explique à la fois par une augmentation des décès de causes non naturelles (accidents, suicides) dont le risque relatif est multiplié par 2,45 et par une augmentation très nette de la mortalité de causes naturelles après dix ans. Ce risque relatif de mortalité maternelle est multiplié de 44%.

L'excès de mortalité maternelle montre que le risque de décès des mères est plus important après une mort accidentelle (RR ; 1,72 p = 0,004) ou une mort inattendue (RR ; 1,67 p = 0,004) qu'après une mort naturelle (RR ; 1,33 p = 0,02) ou attendue (RR ; 1,14 p = 0,009).

D'autres travaux avaient déjà mis en évidence qu'une mort inattendue ou violente semblait être associée à plus de stress (Osterweiss et al. 1984, Rubin et al. 1993). Les parents ayant perdu un enfant dans un accident automobile présentaient une détresse psychologique plus grande que les parents dont l'enfant était décédé d'un cancer (Shanfield et al. 1987). Les mères de plus de 40 ans présentent une surmortalité, quelle que soit le type de décès, mais ce risque est particulièrement alarmant lorsqu'il s'agit d'une mort non naturelle (RR ; 2,97 p = 0,0003). Ce sont les mères les plus âgées, les plus éduquées ou celles vivant à la campagne qui sont le plus victimes de cette surmortalité.

Qu'en est-il des pères ? Le deuil n'est un facteur de surmortalité significatif (RR ; 1,57 p = 0,04) que pour les décès de causes non naturelles et seulement durant les trois premières années de deuil. On ne peut pas affirmer avec certitude une relation de cause à effet entre deuil et surmortalité. Des facteurs héréditaires ou environnementaux pourraient expliquer la mortalité chez les parents et leurs enfants. Mais l'absence de surmortalité naturelle chez les pères et le fait que les causes de décès chez les enfants et leurs mères étaient différentes plaident contre cette hypothèse. Le stress psychologique expliquerait l'accroissement des morts non naturelles chez les pères et les mères dans les premières années (suicide, comportements à risque augmentant la fréquence des accidents). La surmortalité maternelle de cause naturelle plus tardive pourrait être secondaire à une immunodépression liée au stress et/ou à un syndrome dépressif ou plus simplement à une augmentation des comportements à risque (sédentarité, tabagisme, alcoolisme, toxicomanies...) s'accompagnant d'un relâchement de la surveillance médicale.

Précédemment, Li et son équipe avaient observé une légère augmentation du risque global 18 % (p = 0,028) de cancer chez les mères endeuillées durant la période de suivi

allant de 7 à 18 ans (Li et al. 2002). Ils ont surtout mis en évidence un risque accru (65 % p = 0,01) de cancer lié au tabagisme chez les mères durant la même période. Les auteurs n'ont observé aucune autre augmentation significative du risque de cancer. Ces données suggèrent que la mort d'un enfant est associée à l'augmentation des cancers induits par des modes de vie néfastes.

Quant à la différence nette observée entre les pères et les mères, les auteurs l'expliquent par un vécu probablement moins intense du deuil chez les pères ou par une capacité supérieure de surmonter la disparition d'un enfant. Rappelons-nous cependant qu'il s'agit de statistiques et qu'à titre individuel il faudra se poser la question du désir d'enfant. En particulier : qu'est-ce qu'un enfant pour celui, celle qui le veut ? Cette question se dissocie selon les sexes, selon la différence de statut de l'enfant dans le psychisme de l'homme et de la femme et selon chaque individu (Raimbaut, 1996).

En conclusion la mort d'un enfant, surtout si elle est inattendue ou accidentelle, paraît être un facteur de surmortalité. On peut diviser la période d'après décès en deux temps. Les six premières années sont caractérisées par une surmortalité des deux parents liée au stress. Les causes des décès sont des causes non naturelles (accidents et suicides). Cette période semble plus courte pour les pères que pour les mères. Durant la seconde période, qui peut être longue -plus de 20 ans-, la surmortalité qu'elle soit coronarienne ou oncologique concerne surtout les mères. Cette surmortalité est liée à la détérioration de la qualité de vie marquée par la dépression et/ou par l'augmentation des comportements à risques comme le tabagisme.

### **Les conséquences psychiatriques**

Li et son équipe ont évalué les répercussions psychiatriques de la mort d'un enfant (Li et al. 2005). Ils ont croisé les données exhaustives du registre d'état civil et celles du registre des hospitalisations psychiatriques. Il a été possible de définir une cohorte de 1.082.503 personnes nées depuis 1952 et qui avaient eu au moins un enfant entre 1970 et 1999. Parmi cette

population, les données du sous-groupe des 17.033 parents qui avaient perdu au moins un enfant durant la période d'observation ont été croisées avec le registre des hospitalisations en psychiatrie. Une fois exclus les sujets ayant déjà été hospitalisés en psychiatrie avant la mort de leur enfant, le risque d'être hospitalisé pour une affection psychiatrique est augmenté de 67 % à la suite du décès d'un enfant. Ce risque augmente davantage pour les mères (+ 78 %) que pour les pères (+ 38 %). Il diminue avec le temps. La première année, le taux d'hospitalisation des mères pour troubles dépressifs est multiplié par 6,83 contre 1,33 la cinquième année. Pour les pères, les effets psychiatriques entraînant une hospitalisation sont moins prolongés, puisqu'après 5 ans, le taux d'admission en psychiatrie rejoint celui de la population générale sauf pour la toxicomanie (+ 47 %). Toutes les hospitalisations pour motifs psychiatriques sont significativement augmentées après un tel deuil, celles qui sont justifiées par un trouble affectif (+ 91 % mères) ou une toxicomanie (+ 116 % mères) mais aussi, ce qui est plus surprenant, celles qui le sont pour schizophrénie (+ 89 % mères). Le seul facteur diminuant le risque d'hospitalisation est le nombre d'enfants vivants de la famille. La perte d'un enfant unique est particulièrement dévastatrice. Le risque d'hospitalisation est multiplié par 3,79 lorsque l'enfant est unique et 1,35 lorsque la famille compte trois enfants ou plus.

L'interprétation de ces résultats est compliquée. Si une relation de cause à effet entre deuil et décompensation de pathologies psychiatriques s'avère logique, on ne peut exclure absolument l'intervention d'autres interprétations comme l'abaissement du «seuil» d'hospitalisation après un décès ou une «causalité inverse» (c'est-à-dire un lien entre une pathologie psychiatrique sous-jacente et le décès de l'enfant). L'étude a seulement inclus les parents qui ont été hospitalisés. Il est possible que les auteurs aient sous-estimé les taux d'incidence pour les troubles psychiatriques en général. Une recherche plus ancienne avait mis en évidence la plus grande fragilité psychiatrique des mères par rapport aux pères.

Brent et ses collaborateurs ont évalué les séquelles psychiatriques chez les parents et les

frères et sœurs d'adolescents décédés par suicide et des contrôles (Brent et al. 1996). Ces deux groupes ont été suivis jusqu'à 3 ans après le suicide. Les frères et sœurs n'ont pas montré un risque accru de développer des troubles dépressifs, des troubles de stress post-traumatique (PTSD) au cours du suivi. Les mères ont montré une augmentation des troubles dépressifs alors que les pères n'ont pas montré d'augmentation de l'incidence des troubles par rapport aux contrôles.

L'étude sur la mortalité avait montré un nombre important des suicides chez les mères (Li et col. 2003). Généralement il est admis qu'être parent a un effet protecteur contre le suicide (Davies D. 2006). Qin et Mortensens ont mené une étude longitudinale de grande ampleur à partir des registres danois afin d'évaluer cette hypothèse. 18.611 personnes ont été comparées avec 372.220 sujets contrôles (Qin et al 2003). Ces chercheurs ont montré que la mort d'un enfant influence très fortement le suicide parental. Ce constat est particulièrement vrai si l'enfant est très jeune. La mort d'un enfant de moins de six ans est particulièrement inductrice de suicide chez les parents (RR 5,18 pour les pères et 4,70 pour les mères  $p < 0,01$ ). Ce risque diminue quand l'enfant décède plus âgé, mais la mort d'un enfant de plus de 18 ans par suicide a un fort impact sur le suicide parental spécialement chez les mères. Le risque de suicide est surtout particulièrement important le mois qui suit le décès de l'enfant.

Kreicbergs et ses collaborateurs ont voulu évaluer l'évolution du risque de dépression et d'anxiété chez des parents endeuillés (Kreicbergs et al. 2004). Ils ont contacté tous les parents d'enfants décédés d'un cancer entre 1992 et 1997. 80% des parents ont répondu à un questionnaire et ils ont été comparés à un groupe équivalent de parents non-endeuillés. Les auteurs ont mis en évidence un risque relatif d'anxiété de 1,5 et de dépression de 1,4 par rapport aux sujets contrôles. Le risque d'anxiété et de dépression est en augmentation entre la quatrième et la sixième année suivant le décès et décroît pour atteindre des niveaux similaires aux non-endeuillés. Les auteurs ont mis en évidence que l'âge de l'enfant au moment du décès était un déterminant de la détresse. Les parents et spécialement les mères ayant perdu un enfant de 9 ans et plus

présentent un risque accru d'anxiété et de dépression par rapport à celles ayant perdu un enfant plus jeune. Cette observation avait déjà été faite par Sirki et al. en 2000, qui avaient rapporté que le temps nécessaire à la résolution du deuil pour un adolescent était plus long que pour un enfant plus jeune.

En conclusion, la littérature met en évidence une plus grande vulnérabilité psychiatrique des parents. Celle-ci se marque par une augmentation des hospitalisations psychiatriques durant les cinq premières années du deuil. La vulnérabilité des mères semble plus importante que celle des pères. La détresse psychologique est évidente et engendre des troubles dépressifs, de la toxicomanie mais aussi des troubles psychiatriques graves comme la schizophrénie ce qui est plus inattendu. Cette détresse s'exprime en termes d'anxiété et de dépression. Elle peut durer longtemps (4 à 6 ans) après le décès alors que la mort pouvait être anticipée. Le suicide est un autre visage de cette détresse. La mort d'un enfant est un facteur de dangerosité surtout si le disparu est un enfant unique, s'il est très jeune ou s'il s'est lui-même suicidé. Le risque suicidaire est important les premières semaines du deuil et les pères semblent plus vulnérables. Le suicide d'adolescent ou de jeunes adultes semble engendrer plus de passage à l'acte suicidaire chez les mères.

### **La filiation et le deuil**

Les études comparatives entre divers types de relation au défunt, comme le décès d'un enfant, d'un parent ou d'un membre de la fratrie montre de manière systématique que le décès d'un enfant adulte induit les réactions du deuil et le niveau de dépression les plus intenses et les plus persistants par rapport au décès d'un conjoint, d'un parent ou d'un membre de la fratrie (Christ et al. 2003, Cleiren 1991, Leahy 1992, Sanders 1980). Les recherches cliniques tendent à trouver des symptômes de dépression plus importants et plus persistants dans le cas de la perte d'un enfant adulte que dans le cas de perte d'un

parent ou d'un conjoint (Leahy, 1992). Cleiren (1991) et Nolen-Hoeksema et al. (1999) ont mis en évidence que le décès d'un enfant résultait en de plus hauts niveaux de dépression que la mort d'un jumeau, d'un partenaire ou d'un parent. Rando (1992) montre que ce qui vaut pour la perte d'un enfant en bas âge l'est aussi pour la perte d'un enfant à l'âge adulte. La mort d'un enfant adulte induisant un deuil plus intense et plus persistant que celui d'un partenaire ou d'un parent semble inconsistant avec la théorie du stress (Lazarus et Flokman, 1984). Selon ces auteurs, le décès d'un partenaire devrait être caractérisé par un nombre plus important de facteurs de stress. Le décès d'un conjoint est associé à des pertes potentiellement plus nombreuses et plus stressantes comme la perte d'une relation de partage des responsabilités dans la gestion de la vie quotidienne, l'éducation des enfants, la nécessité de prendre ou de retrouver un travail, la perte de revenu, la perte de l'intimité. Cependant, depuis le 19<sup>ième</sup> siècle, le statut de l'enfant dans la famille occidentale a bien changé. Les travaux de Badinter (1980) ont bien éclairé comment parents et société se sont beaucoup investis dans leurs enfants au cours du 20<sup>ième</sup> siècle. La baisse conjointe de la mortalité infantile et du taux de natalité a sensiblement modifié la nature du désir de cet enfant. L'enfant précieux revêt les atours de l'enfant-roi et, à ce titre, son deuil s'avère sans doute l'un des plus précieux. On parle d'enfant fantasmagorique parce que ce dernier est porteur des souhaits les plus grandioses des parents. Si cet enfant merveilleux vient à trahir le rêve de ses géniteurs, la déception qui s'ensuit est intense. L'improbabilité de survivre à son enfant implique que les parents d'aujourd'hui ne sont pas équipés pour gérer cette perte (Zech, 2006).

La théorie de l'attachement peut nous aider à comprendre pourquoi le deuil d'un enfant adulte est plus intense, plus persistant. La théorie de l'attachement postule que la nature du deuil dépend des liens rompus. Ceux-ci sont différents dans toutes les relations. Les relations parent enfant et enfant parent sont toutes deux caractérisées par un attachement. Il existe cependant des différences entre ces deux types d'attachement. Lorsque l'enfant quitte le foyer parental, la relation d'attachement entre l'enfant et ses parents



deviendrait moins prépondérante du côté de l'enfant, alors que pour les parents ce ne serait pas le cas. Ainsi, les enfants se sépareraient émotionnellement de leurs parents et la relation avec le partenaire serait principalement investie. Ce mouvement de balancier dans l'ordre de l'attachement est d'ailleurs indispensable à leur propre croissance. Il est moins probable que ce type de substitution puisse se passer du côté parental (Zech, 2006). D'autre part, la forte identification impliquée dans le lien parent enfant fait que lorsqu'un enfant décède, les parents ressentent souvent qu'une partie d'eux-mêmes est aussi morte. Il semble donc qu'au plus l'enfant est âgé, au plus l'attachement est important, au plus la réponse à la perte est intense. Ces résultats ont été confirmés par Dijksta (2000).

La relation parent enfant est sûrement la plus complexe et la plus persistante de toutes les relations humaines. Les parents, la mère surtout, commencent à interagir avec l'enfant plusieurs mois avant la naissance et s'il meurt avant eux, cette relation se poursuit longtemps après sa mort. Le but de l'investissement parental est d'en arriver à produire un humain adulte autonome et heureux. C'est pourquoi la mort d'un enfant vient consacrer la faillite de l'investissement biologique et existentiel de la mère.

Toute mort est douloureuse, toute mort d'enfant l'est plus encore. Désormais pour ces parents, il y aura toujours la vie avant et la vie après le drame. Après la pétrification initiale, il faut se reconstruire alors qu'aucun apprentissage préalable, aucune expérience ne sont véritablement aidants. La douleur est et continuera à être leur compagne. Avec le temps, beaucoup la tiendront en laisse. Quelquefois elle les bouscule, les fait tomber et quelquefois les tue. Si ces études épidémiologiques de grande ampleur ne nous apprennent rien sur la douleur individuelle qu'occasionne un tel drame, elles soulignent l'importance d'une attention constante et prolongée des praticiens vis-à-vis de parents endeuillés.

## Bibliographie

- Badinter E. *L'amour en plus, histoire de l'amour maternel. XVII –XX siècle.* Paris, Flammarion, 1980.
- Christ G, Bonanno G., Malkinson R., Rubin S. *Bereavement experiences after the death of a child.* In Field MJ & Behrman RE. *When children die : improving palliative and end-of-live care for children and their families.* Institute of Medecine Washington DC. National Academy Press. 2003.
- Cleiren M. *Adaptation after bereavement* Leiden DSWO Press. 1991.
- Davies D.E. *Parental suicide after the expected death of a child at home.* BMJ, pp 647-648.2006.
- Dijksta IC. *Living with loss : Parents grieving for the death of their child* Thèse de doctorat. Utrecht.2000. In Zech. 2006
- Freud S *L'interprétation des rêves.* PUF 1900 Trad. 1926
- Hanus M. *L'enfant qui n'est plus* In *La mort d'un enfant. Fin de vie de l'enfant, le deuil des proches.* Vuibert, Paris 2006.
- Holmes T.H. and Rahe H. *The social readjustment rating Scale.* Journal of psychosomatic research, 11, pp 213-218, 1967.
- Johansen, C. Olsen, J.H., *Psychological stress, cancer incidence and mortality from non-malignant diseases.* British Journal of Cancer 75, (1), 144-148, 1997.
- Kreicbergs U. & al: *Talking about death with children who have severe malignant disease.* N Engl J Med. 351: 1175-86, 2004
- Kreicbergs U, Valdimarsdottir U, Onelöv E, Henter JI, Steineck G. *Anxiety and depression in parents 4-9 years after the loss of a child owing to a malignancy : a population-based follow-up.* Psychological Medecine, 34, pp 1431-1441, 2004.
- Lazarus RS& Folkman S. *Stress, appraisaisal and coping.* New York, Springer Publishing. 1984.
- Levav I, Friedlander Y, Kark JD, Peritz E. *An epidemologic study of mortality among bereaved parents.* New. Engl. J. Med. 319 (8) pp 457-61.1988
- Leahy JM. *A comparison of depression in women bereaved of a spouse, child, or a parent.* Omega, 26, pp 207-218. 1992.
- Li J, Johansen C, D Hansen, Olsen J. *Cancer*

*incidence in parents who lost a child: a nationwide study in Denmark.* Cancer, nov 15, 95 (10) pp 2237-2242, 2002

- Li J, Hansen D, Mortensen PB, J. Olsen: *Myocardial infarction in parents who lost a child: a nationwide prospective cohort study in Denmark* Circulation; 106 (13) :1634-9. 2002

- Li J., Precht DH, Mortensen PB, Olsen J. *Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study.* Lancet, 361, pp 363-367. 2003.

- Li Jiong et coll. : *Hospitalisations for mental illness among parents after the death of a child.* New Engl. J. Med. 352: 1190-96. 2005.

- Luzy Cl. & Luzy D. *L'après-Maud in La mort d'un enfant. Fin de vie de l'enfant, le deuil des proches.* Vuibert, Paris 2006.

- Nolen-Hoeksema S & Larson J *Coping with loss.* Mahwah NJ : Erlbaum .1999.

- Osterweis M., Solomon T & Green M. *Bereavement: reactions, consequences and care.* Washington DC, National Academy Press. 1984.

- Qin P, Mortensen PB *The impact of parental status on the risk of completed suicide.* Arch. Gen. Psych. , 60, pp 797-802, 2003.

- Rubin S. *The death of a child is forever : The life impact of child loss* In Sroebe M, Stroebe W & Hanson R *Handbook of bereavement.* New York Cambridge University Press.1993.

- Sanders CM *A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child and parent.* Omega, 10, pp 303-322. 1980.

- Shanfield SB, Swain BJ, & Benjamin G. *Parent's responses to the death of adult children from accidents and cancer A comparison.* Omega, 17, pp 289-297, 1987.

- Sirki K, Saarinen -Pihkala U.M. Hovi L, *Coping of parents and siblings with the death of a child with cancer : death after terminal care compared with during active anticancer therapy.* Acta Paediatrica, 89, pp 717-721, 2000.

- Zech E. *Psychologie du deuil. Impact et processus au décès d'un proche* Mardaga, 2006.



## *A suivre... / Wordt vervolgd...*

Nous lisons dans MC-Informations, périodique trimestriel de l'Alliance des Mutualités Chrétiennes de mars 2008 :

### **Accords et conventions 2008**

« *Le ticket modérateur pour la visite à des patients palliatifs en MRPA-MRS est supprimé, de même que le ticket modérateur pour les patients palliatifs lors d'une consultation (actuellement, seule la visite à domicile du médecin généraliste aux patients palliatifs est intégralement remboursée).* »

Sur le site officiel de l'INAMI, nous retrouvons cette mesure inscrite dans « **Projets Accord 2008** ».

A suivre donc...

In het driemaandelijke tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten van maart 2008, CM-Informatie, lezen we het volgende :

### **Akkoorden en overeenkomsten 2008**

“*Het remgeld voor huisbezoek bij palliatieve patiënten in ROB-RVT wordt afgeschaft, evenals het remgeld voor palliatieve patiënten bij raadpleging (thans wordt enkel het huisbezoek van de huisarts aan palliatieve patiënten volledig terugbetaald).*”

Op de website van het RIZIV, staat deze maatregel vermeld onder de rubriek “**Projecten Akkoord 2008**”

Wordt vervolgd...

# Des ressources dans le deuil

## QUELQUES ADRESSES UTILES

### **Cancer et Psychologie**

Av. de Tervuren 215/14, 1150 Bruxelles  
Tél : 02 735 16 97

[www.canceretspsy.be](http://www.canceretspsy.be)

[www.espace-papillon.org](http://www.espace-papillon.org)

*Soutien pour personnes endeuillées et groupes pour enfants confrontés au décès d'un proche*

### **CAM Centre d'Aide aux mourants**

Bd de Waterloo, 106, 1000 Bruxelles  
Tél : 02 538 03 27

*Soutien psychologique individuel*

### **Fondation Contre le Cancer**

Ch. de Louvain 479, 1030 Bruxelles  
Tél : 02 736 99 99 et 0800 15 800

[www.cancer.be](http://www.cancer.be)

*Accompagnement psychologique pour les proches.*

### **Plate-forme de soins palliatifs de Bruxelles**

Ch. de Louvain 479, 1030 Bruxelles  
Tél : 02 743 45 92

[www.palliatifs.be](http://www.palliatifs.be)

*Soutien psychologique pour la famille dont un proche est décédé à domicile dans un contexte palliatif.*

### **Parents désenfantés**

Av. Houzeau 88a, 1180 Bruxelles  
Tél : 02 735 22 87

*Lieu de parole et d'écoute pour les familles en deuil d'un enfant.*

### **Vivre son deuil Belgique**

Av. Reine Astrid 11, 1340 Ottignies  
Tél : 010 45 69 92

*Ecoute téléphonique, entretiens individuels, groupes d'accompagnement.*

Les unités de soins palliatifs des hôpitaux organisent souvent des groupes de parole pour les familles de patients décédés à l'unité.

## ET

## QUELQUES LIVRES

- De Broca A., (2005). Enfants en soins palliatifs, des leçons de vie. Paris : Editions L'Harmattan.

- Gril J. (2007). Vivre après la mort de son enfant. Paris : Albin Michel.

- Hanus M. (1998). Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant. Maloine.

- Hanus M ; (2000). La mort retrouvée. Paris : Editions Frison-Roche, Collection Face à la Mort.

- Hanus M. (2006). La mort de l'enfant. Paris : Editions Vuibert.

Humbert N. (2004). Les soins palliatifs pédiatriques. Montréal : Editions Hôpital Sainte-Justine, Collection : Intervenir.

- Jacquet-Smailovic M. (2003). L'enfant, la maladie et la mort. Bruxelles : De Boeck & Belin.

Oppenheim D. (2002). Parents en deuil. Le temps reprend son cours. Paris : Eres.

- Raimbault G. (1999). Lorsque l'enfant disparaît. Paris : éditions Odile Jacob, Collection Opus.

- Raimbault G. (2005). L'enfant et la mort. Problèmes de la clinique du deuil. Paris : Dunod, Collection Enfances.

- Schmitt E.-E. (2002). Oscar et la Dame Rose. Paris : Albin Michel.

### **Livres pour enfants**

- Delval M ;-H ; (2002). Un petit frère pour toujours. Paris : Bayard. (dès 3 ans)

- Dubois C.-K. & Gilson P. (2004). L'étoile de Léa. Mijade. (dès 5 ans)

- Honoré P. (1997). Tout contre Léo. Ecole des Loisirs. (dès 6 ans)

- Kaldhol M. & Oyen, W. Adieu Valentin. Paris : Pastel. (dès 8 ans)

- Masini B. & Boucher M. (2001). Mon petit frère de l'ombre. Grasset Jeunesse (dès 9 ans)

- Zeevaert S ; (1998). Max, mon frère. Paris : Bayard Poche. (dès 9 ans)

- Lowry L. (1982). Un été pour mourir. Duculot. (pour adolescents).

# AGENDA

Consultez aussi notre site / Zie ook onze website

[www.palliatifs.be](http://www.palliatifs.be)

## Nederlands

- ✓ Donderdag 17 april 2008, van 13 tot 16u, Brussel

### « Dementie en continue zorg »

Studienamiddag voor hulpverleners en vrijwilligers, georganiseerd door het platform voor palliatieve zorg van Brussel. Gastspreker Pr. Dr. Anja Declercq. Inschrijvingen: Tel 02 743 45 92 of [palliabru@palliatifs.be](mailto:palliabru@palliatifs.be)

- ✓ Dinsdag 22 april 2008, Utrecht  
« Beslissen rondom het levenseinde »  
Congres over palliatieve sedatie, morfine, en euthanasie in de praktijk.  
Inschrijvingen: [www.bsl.nl/levenseinde](http://www.bsl.nl/levenseinde)

- ✓ Donderdag 24 april 2008, 19u, Brussel  
« Patiëntenrechten in de praktijk »  
Info avond. Inschrijvingen: T 02 513 16 33 of [cmd.jette@uw.be](mailto:cmd.jette@uw.be)

- ✓ Donderdag 22 mei 2008, Heverlee  
« Longtumoren »  
Minisymposium Panal  
Gastspreker Dr. Hans Struyven,  
Inschrijvingen : Tel 016 23 91 01 of [palliatief.netwerk@skynet.be](mailto:palliatief.netwerk@skynet.be)

## Français

- ✓ Lundi 14 et mardi 15 avril 2008, à Charleroi  
« Entraînement à l'écoute active »  
Journée organisée par l'asbl Sarah et animée par Dominique Pinchart.  
Inscriptions : Tél 071 37 49 32 ou [asbl.sarah@skynet.be](mailto:asbl.sarah@skynet.be)

- ✓ Jeudi 24 avril 2008, à Charleroi  
« L'essence et les sens de mon accompagnement »  
Journée organisée par l'asbl Sarah et animée par Isabelle Mertens.  
Inscriptions : Tél 071 37 49 32 ou [asbl.sarah@skynet.be](mailto:asbl.sarah@skynet.be)

- ✓ Samedi 10 et dimanche 11 mai 2008 à Bruxelles

### « Un geste qui touche »

Deux journées organisées par Cancer et Psychologie et animées par Danielle Michaux. Inscriptions : Tél 02 735 16 97 ou [canceretpsy@skynet.be](mailto:canceretpsy@skynet.be)

- ✓ Dimanche 25 et samedi 31 mai 2008 à Bruxelles

### « Les bases de l'accompagnement »

Deux journées organisées par Cancer et Psychologie et animées par Martine Hennuy. Inscriptions : Tél 02 735 16 97 ou [canceretpsy@skynet.be](mailto:canceretpsy@skynet.be)

- ✓ Lundi 2 juin 2008, de 9h30 à 16h, à Bruxelles

### « Ecoute approfondie »

Journée organisée par Entraide et Amitié et animée par Mme Emmanuelle Charlier.  
Renseignements et inscriptions : Tél 02 219 15 62 ou [isabelle@entraideetamitie.be](mailto:isabelle@entraideetamitie.be)

- ✓ Lundi 26 mai 2008, à Charleroi  
« Secrets et non dits dans l'accompagnement »  
Journée organisée par l'asbl Sarah et animée par Emmanuelle Charlier.  
Renseignements et inscriptions : Tél 071 37 49 32 ou [asbl.sarah@skynet.be](mailto:asbl.sarah@skynet.be)

- ✓ Jeudis 29 mai et 5 juin 08, à Charleroi  
« La douleur : mise à niveau pour soignants professionnels »  
Journée organisée par l'asbl Sarah et animée par Bernadette Wouters.  
Inscriptions : Tél 071 37 49 32 ou [asbl.sarah@skynet.be](mailto:asbl.sarah@skynet.be)

## English

- ✓ Saturday June 7th 2008, Brussels  
« Pain in Women »  
Annual Scientific Meeting of the Belgian Pain Society  
Inscriptions : Phone 0493 79 07 51 or [info@belgianpainsociety.org](mailto:info@belgianpainsociety.org)

