

Le spirituel en question

Editorial

La dimension du spirituel dans l'accompagnement et les soins palliatifs

Il fut un temps où la psychiatrie considérait le domaine religieux soit comme une manifestation de la névrose soit comme un délire à type religieux. Ce qui fut vrai pour la psychiatrie et la psychothérapie l'a été aussi dans d'autres domaines médicaux: La spiritualité des patients: « Uuh, c'est un sujet tabou, ça va pas! », la spiritualité des soignants: sujet plus que privé, à peine verbalisé. La situation française est encore plus particulière, compte tenu de la laïcité¹.

Cependant, au plus tard depuis le début du millénaire, on assiste à un véritable tournant spirituel, et ceci non seulement comme mouvement anti-institutionnel et anti-religieux (c'est le cas du « nouvel âge ») mais aussi au sein des institutions religieuses, y compris l'Eglise catholique². L'OMS, quant à elle, utilise le terme « spiritualité » comme concept ample qui englobe les spiritualités religieuses ainsi que toutes les quêtes spirituelles individuelles ou en groupe. Dans la Charte de Bangkok l'OMS déclare: « La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel »³.

En ce qui concerne les soins palliatifs, l'OMS avait déclaré déjà en 2002: « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psycho-sociaux et spirituels qui lui sont liés ».

Depuis les travaux de Cicely Saunders à Londres, le traitement de la douleur a été le geste « palliatif » par excellence. Or, l'OMS suit Cicely Saunders dans son accord de trois soins thérapeutiques: physique, psycho-social et spirituel⁴.

Comment intégrer donc le spirituel dans une thérapeutique palliative moderne? Mon expérience est celle du professorat de SPIRITUAL CARE au CHU de Munich, rattaché à la chaire de Médecine Palliative (www.spiritualcare.de). Ce qui est de loin le plus important c'est l'anamnèse spirituelle proactive, c'est-à-dire un entretien clinique donnant la parole au patient⁵, sachant que le patient lui-même n'ose guère relever les questions de spiritualité avec les médecins et thérapeutes.

L'hôpital Psychiatrique Universitaire de Genève a mené une étude randomisée comparant les malades bénéficiant d'une anamnèse spirituelle avec ceux qui n'en ont pas eu⁶. Les principaux résultats de cette étude sont intéressants dans le cadre des soins palliatifs: On a randomisé, et on a fait un suivi de 3 mois. Au niveau clinique, il n'y avait aucune différence entre les deux groupes.

« La différence que l'on a vue c'est au niveau de la relation thérapeutique avec le médecin. Ce sont des patients qui souvent manquent leurs rendez-vous. Ceux qui ont bénéficié de cet entretien, ils ne manquaient plus leurs rendez-vous. Il y avait aussi la satisfaction avec la relation thérapeutique: Elle s'est améliorée. Ils étaient beaucoup plus satisfaits à trois mois qu'au départ de leur relation avec le médecin. Finalement: les prendre comme une personne entière, globale, et tout d'un coup s'intéresser à autre chose que la maladie, mais à ce qu'ils vivent, ce qu'ils sont leurs croyances » (propos de Sylvia Mohr, recueillis par l'auteur).

L'anamnèse spirituelle rend la parole au patient dans un domaine souvent négligé et elle sensibilise les soignants. Il est vrai qu'il s'agit d'un domaine délicat où il faut éviter tout prosélytisme, tout en respectant les ressources spirituelles de la personne malade, qu'elles me soient familières ou pas. A noter les trois premiers volumes de la collection SOINS ET SPIRITUALITES qui viennent de paraître⁷⁻⁹.

Eckhard FRICK

Professeur de Spiritual Care, Université de Munich

1. Frick E. Peut-on quantifier la spiritualité? Un regard d'outre-Rhin à propos de l'actuelle discussion française sur la place du spirituel en psycho-oncologie. Revue Francophone de Psycho-Oncologie 2006; 5: 160-164.
2. Turina I. From institution to spirituality and back: Or, why we should be cautious about the "spiritual turn" in the sociology of religion. In: Giordan G, Swatos Jr. WHH, eds. Religion, spirituality and everyday practice. Dordrecht Heidelberg London New York: Springer Netherlands, 2012:181-189.
3. WHO. Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf). 2005.
4. Saunders C. A personal therapeutic journey. British Medical Journal 1996; 313:1599-1601.
5. Frick E, Riedner C, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. European Journal of Cancer Care 2006; 15:238-243.
6. Huguélet P, Mohr S, Betrisey C, et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. Psychiatric Services (Washington, D.C.) 2011; 62:79-86.
7. Frick E. Se laisser guérir. Réflexion spirituelle et psychanalytique. Vol. 1. Bruxelles: Lumen Vitae, 2011.
8. Monod-Zorzi S. Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité? Vol. 2. Bruxelles: Lumen Vitae, 2011.
9. Jobin G. Des religions à la spiritualité. Une approche biomédicale du religieux dans l'hôpital. Vol. 3. Bruxelles: Lumen Vitae, 2011.

Témoignage

Dimension religieuse dans l'accompagnement en soins palliatifs

« Dimension religieuse dans l'accompagnement en soins palliatifs », sujet passionnant s'il en est car il fait partie de la mission des aumôneries catholiques. A la lecture de différents auteurs, on voit bien que l'articulation du spirituel est du religieux ne fait pas toujours l'unanimité. Ce fut d'ailleurs le thème d'une récente session destinée aux aumôniers du grand ouest. Le terme de spiritualité est selon moi à proscrire car il peut désigner des réalités aussi éloignées et même contradictoires que la foi chrétienne, l'ésotérisme, ou même les sciences occultes...

A contrario, il me paraît plus pertinent de partir de la notion de « détresse spirituelle ». Je cite la définition que nous avons placée en exergue de notre rapport annuel d'activité de l'aumônerie.

Détresse spirituelle: Perturbation du principe de vie qui anime l'être entier d'une personne et qui intègre et transcende sa nature biologique et psychosociale.

Quelques caractéristiques:

- Expression de préoccupations sur le sens de sa vie, de sa mort, de sa souffrance, et/ou remise en question de son système de croyance.
- Expression de préoccupations concernant sa relation avec Dieu, avec les autres
- Incapacité de participer à ses pratiques religieuses habituelles.
- Sentiment de solitude, de mésestime de soi, de culpabilité...

Pour ma part, je me contenterai ici de récapituler certaines convictions qui m'habitent au terme d'une mission de quinze ans, comme aumônier laïc sur différents sites du CHU: La Droitière, La Seilleraye, La Maison Beauséjour, auprès de personnes âgées, et également à l'Hôtel Dieu au sein de l'équipe des aumôniers.

Je dirai d'abord que face à l'épreuve de la maladie grave, le patient se trouve renvoyé à ses fragilités physiques, psychologiques et même à sa propre finitude... De nombreuses questions existentielles se posent, autant de deuils et de pertes sont à vivre pour le malade. Faut-il souligner combien le concours des différents professionnels de santé peut être précieux (psychologue, sophrologue, infirmières de dermatologie pratiquant le maquillage thérapeutique). Bien sûr ces sujets ne sont pas de notre domaine de compétence, mais les patients qui se sentent en confiance, se confient à nous aussi dans ce domaine. Je les invite selon les cas, à solliciter l'un ou l'autre des intervenants que je viens de citer. Il s'agit de souligner l'intérêt d'un réel partenariat de l'aumônerie avec tous les acteurs de soins, dans le respect mutuel des compétences de chacun. Cela nous permet ainsi de réaliser un accompagnement le plus ajusté possible aux attentes du patient. Naturellement la plus grande confidentialité est toujours de mise.

L'évocation d'un parcours de vie n'est jamais neutre!

Des patients de tous âges, et pas seulement des personnes âgées en fin de vie, nous disent que

depuis qu'ils sont « cloués » sur leur lit d'hôpital, ils ont tout le temps de penser... Il est alors important pour eux de parler de leur vie, émaillée parfois d'événements particulièrement douloureux qu'ils ont pu subir, ou pour lesquels ils estiment avoir une part de responsabilité. Ces situations racontées sont parfois d'une grande complexité, concernant le domaine familial, avec des conflits, des séparations, mais aussi le domaine professionnel. Bien souvent cette souffrance morale reste présente, à fleur de peau, et les larmes viennent en ponctuer le récit. Selon les situations il conviendra de valoriser cette évocation du parcours de vie en soulignant les points positifs ayant trait à ses origines, à sa culture, à ses relations etc. Inviter le patient à nous parler de son métier semble souvent bénéfique. Exemple: Suite à un appel du service, je me rends au chevet d'un monsieur de 86 ans, en fin de vie m'a-t-on dit. Il semble en effet très fatigué complètement allongé dans son lit. Je me sens un peu désemparé, car le dialogue est bien difficile. L'idée me vient alors de lui demander: « Monsieur P, je suppose que vous avez exercé un métier? D'un coup il se redresse sur son oreiller: « J'étais officier mécanicien dans la Marine Nationale ». Et j'ai pu poursuivre l'entretien avec une personne qui s'était remise « debout ».

La dimension religieuse de l'accompagnement

Le vocable « dimension religieuse de l'accompagnement » me paraît une expression assez juste pour désigner la spécificité de cette composante essentielle de notre mission d'aumônerie. De nombreuses questions nous sont posées par l'ensemble des patients: pourquoi je suis malade? pourquoi moi? Est-ce Dieu qui me punit de quelque chose? Pourquoi tant de souffrance à l'hôpital? et dans le monde? La mort est-elle la fin de tout? Comment être sûr de retrouver plus tard les êtres aimés?

La foi chrétienne

La foi chrétienne propose des réponses à toutes ces questions touchant à la recherche de sens. Le chrétien est habité par l'intime conviction de l'existence de Dieu dont il a expérimenté la présence dans sa propre vie. Il adhère aux valeurs de l'Evangile, auxquelles il s'efforce de conformer sa vie. Cette foi, il l'a vit et l'exprime de différentes manières:

- **La prière personnelle**

- **La prière communautaire ou la messe à la chapelle**
Au cours de ma longue pratique auprès des personnes âgées, j'ai pu constater combien il était important pour les résidents croyants de se rassembler chaque semaine pour la messe.

A la chapelle un cahier accessible à tous permet de recueillir des intentions de prières qui seront partagées durant la messe ou lors d'un temps de prière.

- **La communion**

Certaines personnes souhaitent recevoir la communion le dimanche. Je pense à cette patiente en traitement de chimio pour qui il était indispensable de recevoir la communion tous les jours.

- **Les sacrements administrés par un prêtre**

Il est indéniable que des patients atteints de pathologies ou de traitements lourds tirent une force évidente de leur pratique religieuse. C'est précisément la fonction de chacun des sacrements, de donner la force de vivre un état de vie particulier, ou une étape particulièrement difficile. Les sacrements sont des gestes religieux, des rites ayant pour but de « faire signe », c'est-à-dire d'être signifiant, d'avoir du sens. Ils n'ont en effet de sens que s'ils sont demandés et vécus dans la foi, par le malade ou sa famille. Il est de notre rôle d'aumônier de discerner la pertinence et le moment de les proposer.

- **Le sacrement de l'onction des malades**

Concrètement ce sacrement se compose de différentes prières rituelles ponctuées par l'imposition des mains du prêtre et par une onction d'huile sainte sous forme d'un signe de croix qu'il trace sur le front et dans le creux des mains du patient. L'huile possède cette propriété de pénétrer de manière définitive dans le corps et fortifier la personne tout entière, corps et esprit.

- **Le sacrement de la réconciliation.**

Ce sacrement nous donne la force de pouvoir pardonner, ou du moins, de nous mettre en chemin vers un pardon encore impossible aujourd'hui; mais c'est aussi pouvoir croire au pardon pour soi-même. Ce besoin de réconciliation concerne notre rapport avec Dieu, avec les autres, mais aussi avec nous-mêmes et notre propre histoire.

- **La prière de recommandation des mourants**

L'Eglise nous propose une autre prière spéciale pour la fin de vie: « La prière de recommandation des mourants » que l'on dit très fréquemment, et de préférence en présence de la famille quand c'est possible. Le signe de croix sur le front du patient effectué par l'aumônier et repris par la famille de façon facultative constitue un geste d'adieu et par conséquent me semble-t-il un signe annonciateur du deuil.

En conclusion

Dans notre société, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, la moyenne d'âge d'entrée d'une personne âgée en institution est de l'ordre de 85 ans. Mais beaucoup de ces personnes âgées vivent à leur domicile.

Par ailleurs, on observe une évolution importante de la prise en charge des malades à l'hôpital. Ainsi 40 % des patients bénéficient de soins ambulatoires, c'est-à-dire qu'ils ne passent qu'une journée à l'hôpital pour leurs soins. Et ce chiffre doit rapidement passer à 60 %.

Cela a pour conséquence d'envisager autrement l'accompagnement religieux des patients non seulement à l'hôpital, mais davantage sur leurs lieux de vie. Et pour ce faire, de mettre en place ou de développer d'autres partenariats avec les différents intervenants territoriaux, soignants, médicaux sociaux, paroissiaux.

M. Yves BOULLENGER
Aumônier laïc à l'Hôtel-Dieu

Pratique soignante

« La souffrance spirituelle ? Pour moi, c'est celle que ressent une personne qui peut avoir le sentiment d'être entourée sans pouvoir pour autant communiquer ce qu'elle ressent au fond d'elle-même ; celle de quelqu'un qui ne parvient pas à accéder à cette profondeur d'échange où on laisse aux autres quelque chose de soi. Tout le monde a besoin de laisser quelque chose de soi. Tout le monde a besoin d'être là avec l'autre, de ne pas s'en sentir séparé. La réponse à cette souffrance n'est pas d'ordre religieux. Elle n'est pas d'ordre psychologique non plus. » Marie de Hennezel

Lorsqu'une personne vient d'apprendre qu'elle est atteinte d'une maladie grave et évolutive, l'idée de l'approche inévitable de sa propre mort se fait prégnante. Cet événement, universellement connu, que chacun s'efforce d'oublier avec beaucoup d'énergie, refait brutalement surface... génère énormément d'angoisse. Le sens donné à sa vie se trouve profondément et brutalement interrogé. Elle continue son parcours de vie en cherchant plus ou moins à y donner un sens et ainsi atténuer ses souffrances. Toutefois, en tant que soignants, nous sommes témoins de cette « quête » livrée par les patients, chemin unique, parfois intense... dont nous ne pouvons qu'être respectueux.

M.B. est âgé de 75 ans. Il est marié et père d'un fils adoptif qui habite en Vendée. Il vit dans la banlieue sud de Nantes. Il est retraité de la profession de boulanger.

Lorsqu'il arrive au SSR, suite à un séjour en service de neurologie de 2 semaines, il vient d'apprendre qu'il est atteint d'une SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique ou maladie de Charcot. Il s'agit d'une maladie neuro dégénérative motrice d'étiologie inconnue. Elle évolue différemment selon les gens entre quelques mois et plusieurs années et se manifeste par des paralysies d'installation progressive et de l'amyotrophie. L'atteinte des muscles respiratoires est fatale pour la personne.

M. B. présente alors un déficit moteur des membres inférieurs et à une moindre mesure, des membres supérieurs. Il a besoin d'aide pour les transferts et marche avec un déambulateur. Lors de son hospitalisation antérieure, il avait connu un épisode réversible de rétention urinaire. Le médecin du SSR repère d'emblée un syndrome dépressif : un antidépresseur est prescrit. Rapidement, M. B. manifeste de la tristesse, des pleurs à propos de sa perte d'autonomie qu'il observe avec beaucoup d'acuité. Il parle de sa mort prochaine... qu'il situe dans une à deux semaines... Après des réticences, il accepte de rencontrer la psychologue... dont il demande l'arrêt d'accompagnement aussitôt la première séance car il n'en voit pas l'utilité.

Quelques jours plus tard, on commence à le voir sourire et s'intéresser à autre chose que l'évolution de sa maladie : il apprécie le bouquet de roses de

son jardin amenées par sa femme. Cet épisode s'avère bref, puisqu'à la fin septembre, il commence à demander la mort. Quelques jours après, il évoque des douleurs, qui sont accompagnées médicalement.

Le 13 octobre, sa femme, lors d'un entretien personnel avec le médecin, évoque le projet de louer une maison accessible près de chez leur fils pour son mari et elle. Le médecin évoque avec elle le pronostic de la maladie et peut ainsi vérifier qu'elle élabore l'avenir en connaissance de cause. Le lendemain, le médecin parle avec M. B. de ce projet : en réponse, il lui dit que sa femme est folle ! Son seul projet est de mourir au plus vite. Il parle de son angoisse de chaque matin au réveil : les nouvelles dégradations de son corps et les nouvelles douleurs. Il refuse de continuer cet échange sur son avenir.

Dans les jours suivants, on note une perte d'autonomie notable avec l'arrêt de la marche et le début d'une incontinence... un passage évidemment difficile pour lui... il pleure. De nouvelles demandes de mort font rapidement suite à ces changements, il dit même qu'il veut « crever ». Il n'a plus goût aux activités de stimulations telles la kinésithérapie, l'ergothérapie. Les soignants parviennent à convenir avec lui d'un maintien du lever pour les repas pour lesquels il a, par ailleurs, besoin d'aide. Il refuse un rendez-vous avec un médecin rééducateur pour des conseils d'appareillages à visée de confort.

Fin octobre, commencent à apparaître les troubles du sommeil. Au début on le voit pleurer la nuit, puis, rapidement, il se plaint de cauchemars très angoissants. Les traitements ne parviennent pas réellement à atténuer ces deux problèmes. Au fil des semaines, il demande de plus en plus de présence soignante la nuit.

La dépendance s'installe peu à peu. Vers la mi-novembre il finit par accepter un fauteuil coquille. Son lit est équipé d'un matelas à air pour éviter les troubles trophiques. Son épouse le visite très régulièrement et se tient informée de l'évolution.

Un mois plus tard, il insiste auprès du médecin pour dormir, surtout la nuit : une seringue électrique d'hypnovel est prescrite la nuit. Au bout de deux jours, la dose semble efficace pour lui : il dort la nuit et est plus paisible le jour... répit bref puisque quelques jours après, en lien avec des douleurs, il exprime une forte angoisse ; il accepte l'hypnovel à visée anxiolytique en journée. Toutefois il réagit avec beaucoup d'intensité au moment de l'installation de la seringue : il exprime que cela veut dire pour lui qu'il va « enfin » mourir bientôt. et se met à pleurer... Aussitôt après, il évoque sa femme et son inquiétude à son égard, des regrets : de ne pas pouvoir lui parler... car elle ne lui laisse pas la parole ! il semble lui en vouloir pour quelque chose dont il préfère garder le secret... Finalement il ne peut accepter le traitement anxiolytique sans l'aval de son épouse... Suite à un échange du médecin avec elle, il

« adhère ». de façon perçue comme ambivalente par les soignants. Les jours suivants, il semble plus paisible, malgré une nette demande de présence soignante. Sa femme parle de lui comme un époux protecteur, elle se demande s'il ne la fuit pas en demandant plus de passages soignants pour prétexte de douleurs en sa présence ; ainsi elle reste moins de temps seule près de lui. Aurait-il du mal à se présenter « dégradé » physiquement à son épouse ?

Le lendemain, au cours d'un entretien avec le médecin, il parle de son histoire personnelle : il a été abandonné par son père à la mort de sa mère et séparé de ses frères et sœurs. Il a vécu à l'orphelinat y compris pendant la guerre. Il en est sorti pour aller vivre chez son parrain. Ce dernier lui a appris le métier de boulanger, qu'il n'a donc pas choisi. Puis il a souffert de ne pas avoir d'enfant biologique... Cette évocation est empreinte de regrets, et donc de souffrance morale à cette période de bilan. Il demande alors à être endormi pour ne plus penser, ne plus souffrir. Les doses d'hypnovel sont augmentées, y compris en journée.

Un peu plus tard le même jour, il parle des angoisses générées par la présence de son épouse, il fait un lien avec son enfance mais aussi avec des problèmes de couple. Il demande à nouveau à « partir », pleure.

L'objectif de sédation est difficile à atteindre : le patient reste angoissé et vigilant malgré l'augmentation des doses, il demande beaucoup de présence, craint d'être « oublié », veut mourir... Ceci jusqu'au 30 novembre, date où il perd sa vigilance. M. B. décède deux jours après.

L'être humain, de façon universelle, s'interroge sur le sens de sa vie. Il a besoin de « faire du lien » dans son parcours personnel, du lien avec les autres, ses proches, les autres humains en général ; mais aussi du lien avec ce qui lui est le plus intime, avec lui-même si l'on peut dire. Cette potentialité humaine, outre l'aspect essentiel qu'elle contient, ouvre de nombreux chemins de liberté. On peut penser que l'épanouissement personnel en dépend. Toutefois, ce parcours de questionnement, de choix est parfois parasité. Et bien entendu, cela génère des souffrances.

L'histoire vécue par M. B. nous montre qu'en tant qu'accompagnants (proches ou soignants), nous sommes bien sûr à côté... Mais seulement à côté de la personne qui se prépare à partir. Nous jouons notre rôle en encourageant, en valorisant les projets de sa vie.

Nous pouvons penser que ces projets doivent émerger de la personne elle-même... ou, du moins, elle doit y adhérer. Nous en sommes parfois témoins, parfois non.

Françoise ROUAUX
Centre de Soins de suite Saint Sébastien

Extrait

« Rien, nous ne savons rien ou si peu, de ce qui nous anime, de ce qu'est la vie... que nous devons être extrêmement prudents sur le "lien mystérieux" qui unit le corps et la psyché.

Peut-être est-il nécessaire de repenser ce lien mystérieux à l'aune d'une autre définition de ce que l'on appelle la psychosomatique. En fait bien souvent, pour les néophytes, la psycho-somatique rime avec causalité corps-esprit. Or, ce n'est pas aussi simple. Si l'esprit agit sur la matière, via les glandes endocrines ou via d'autres circuits du cerveau, il n'agit pas de manière causale et surtout pas dans des maladies fort complexes comme le cancer. Il paraît évident aujourd'hui que quelque chose, là, se passe.[...]

Mais ce qui nous intéresse ici, bien plus que ces questions, notamment celle de savoir si l'esprit agit sur le corps-question à laquelle, nous l'avons vu, nous répondons par: oui, l'esprit agit sur le corps, mais pourquoi et comment nous ne le savons pas – c'est plutôt cette idée que la spiritualité est d'abord une expérience de l'altérité.

Il faut rappeler ici que l'hôpital n'est en aucun cas un lieu de culte, il serait plutôt un lieu de retrouvailles avec soi-même, l'autre et l'Autre. Il est nécessaire qu'il existe un pont, fait comme un lieu, pour l'accueil de soi. C'est ainsi que l'on pourrait se servir du spirituel comme d'une énergie du sacré, se rappelant que les grandes religions sont à l'image de l'homme et non pas l'inverse. Disant cela, c'est tenir le spirituel comme condition de l'humain. La laïcité en fait ne peut être que spirituelle, dans le sens où elle s'avère être extrêmement importante. La laïcité ne rejette pas le spirituel, elle s'éloigne de "l'Eglise", elle s'éloigne de la religion. Cette idée de spirituel permettrait de comprendre sans exclusion, pour une médecine "enfin globale et sans confusion". »

Eric DUDOIT,

*Au cœur du cancer, le spirituel
Editions Glyphes, 2007*

COMITÉ DE RÉDACTION

Gisèle DANDRIMONT

Infirmière libérale

Yannick HELARY

Les jardins du Vert Praud

Benoît MAILLARD

Respavie

Brigitte RENARD

Respavie

Françoise ROUAUX

Centre de soins de suite Saint-Sébastien

Journée des Référents

Mardi 23 octobre 2012 de 8 h 30 à 17 h 00
Espace Port Beaulieu - 9, bd Vincent Gâche - 44200 NANTES

Cette journée réservée aux référents aura pour thème:
L'euthanasie en question

*Si vous souhaitez
proposer un article
ou un thème :
tél. 02 40 16 56 40
e-mail : respavie@chu-nantes.fr*

Echo-réseau téléchargeable sur le site espace adhérent