



n°38
fev.
2021

RiFhOP
RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
D'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE

JOURNAL du RIFHOP

ÉDITO

L'année 2020 fut sans aucun doute une des plus complexes à gérer pour les équipes hospitalières franciliennes. Chaque centre a dû faire face à

cette épidémie sans précédent qui a heurté si violemment notre système de soins. L'afflux de patients aux urgences et la saturation des réanimations ont retenti sur toute l'organisation hospitalière.

Réorganisation des soins, mesures barrières renforcées et distanciation sociale, consultations à distance et télétravail, sont autant de profondes modifications de notre façon de travailler et d'être au contact des patients. Quelle famille, quel soignant n'a pas éprouvé un sentiment d'injustice quand dans des situations graves ou palliatives, de fin de vie, l'accès aux familles était limité ? Et pourtant, la conscience de chacun de participer à un effort global dicté par des impératifs de santé publique a permis d'affronter cette crise.

Le RIFHOP a ainsi maintenu ses activités tout en se réinventant en particulier dans ses contacts avec les familles et les visites d'accueil. L'activité oncologique pédiatrique a été poursuivie permettant de soigner dans les meilleures conditions possibles nos jeunes patients, et ceci grâce à l'engagement complet et sans faille des différents acteurs des soins.

Dans ces conditions, qu'espérer pour 2021 ? La résolution de la crise bien évidemment, mais cela ne dépend pas de nous. Il est par contre de notre ressort de poursuivre des soins de la meilleure qualité possible malgré les contraintes sanitaires, de préserver les relations avec les familles malgré les distances sociales imposées et de continuer à travailler ensemble de manière concertée et efficace au sein du RIFHOP. C'est dans une telle situation critique que la notion même de réseau, d'interconnexions des professionnels et des équipes au service du patient, prend le plus son sens, et c'est donc dans une telle situation qu'il faut plus que tout le préserver.

*Dr Brice Fresneau,
Département de Cancérologie
de l'Enfant et de l'Adolescent, Gustave Roussy*



Prothèses & dispositifs médicaux

- **Prothèses orthopédiques**
Prothèses articulaires : quoi de neuf ?
Rééducation en SSR : Bullion
- **Prothèses capillaires... ou pas**
Inès & Charlotte
- **Prothèses oculaires et rétinoblastome**
Énucléation d'un œil : prise en soin
Le travail de l'oculiste
- **Voies Veineuses Centrales**
Toilette après la pose d'une VVC



RETOURS

Journée GO -AJA du 09 octobre 2020



SARS-Cov2 et distanciation : quels impacts sur nos patients ?

La 9^{me} Journée Go-AJA s'est déroulée en visio conférence sur les thématiques suivantes : « Cancer de la thyroïde », « Addiction chez les jeunes » et « SARS-Cov2 et distanciation : quels impacts sur nos patients ? ». Ce dernier thème a retenu notre attention, en voici une synthèse.

Les présentations se sont faites sous forme de témoignages en binômes représentant 4 catégories professionnelles :

1. IDEC : Marie-Cécile Lefort, Institut Curie et Christèle Riberon, IHOPe CLB
2. Professionnels de l'animation-éducation : Sandra Quié, animatrice, Institut Curie et Rodolf Mongondry, enseignant APA, IHOPe CLB
3. Psys : Tanguy Leprince, psychologue, IHOPe CLB et Etienne Seigneur, pédopsychiatre, Institut Curie
4. Médecins oncologues : Valérie Laurence, oncologue médicale, Institut Curie et Perrine Marec-Bérard, pédiatre oncologue, IHOPe CLB

- Maintenir des relations à distance
- Développer créativité et capacités d'adaptation
- Quand on perd le non verbal...
- De la fragilité de nos services et de nos postes
- L'importance de la présence physique et du lieu

La crise sanitaire et en particulier la période du confinement (nous évoquons ici le premier, celui du printemps 2020, considéré à l'automne 2020, moment où s'est déroulée cette journée) ont eu des répercussions sur le vécu des patients et sur les pratiques professionnelles.

Les AJA confinés à domicile ont plutôt bien vécu cette période qui a vu se transformer l'habituelle « distanciation

sociale » générée par la maladie et les traitements en une nouvelle « normalité » imposée et partagée par tous. Les échanges avec les soignants se sont faits par téléphone, en visio ou téléconsultation, hors les soins. Les adolescents, posés chez eux et moins stressés qu'à l'hôpital, étaient de ce fait plus disponibles pour partager leur vécu. C. Riberon dit qu'ils se dévoilaient plus que d'ordinaire, les discussions étant plus longues et plus profondes.

E. Seigneur explique que téléphone et téléconsultation ont parfois permis aux AJA de choisir le moment de l'entretien psy, souvent entre deux cures lorsqu'ils se sentent mieux physiquement et plus à même de s'exprimer, ce qui convoque par ailleurs le lieu de vie intime de chacun. Ainsi, ce changement de cadre géographique et temporel suppose pour les professionnels de repenser le cadre habituel, de développer créativité et capacités d'adaptation. Il met également en lumière les inégalités sociaux-économiques entre

patients en termes d'accès à la technologie, de possibilité de s'isoler et d'aisance à montrer son intérieur.

Soulignant l'importance du non verbal dans les relations soignants-soignés, le Dr V. Laurence dit ne pas se souvenir des patients vus en téléconsultation. Leur manière d'être, de se tenir, de s'habiller, qui disparaissent en mode virtuel sont en effet très importantes pour son expérience de clinicienne.

Enfin, S. Quié note que pour jouer et communiquer à distance, la grande majorité des jeunes se sont auto-suffis. En deuxième phase du confinement, après l'arrêt brutal de toutes les activités, R. Mongondry, enseignant d'APA (Activité Physique Adaptée) a réalisé des visios et des fiches pour maintenir le lien avec le domicile. Bien que cette génération soit très connectée, l'adhésion à des programmes APA nécessite malgré tout un lien physique et humain au départ. D'ailleurs, l'arrêt brutal de toutes les autres activités de soins de support : sophrologie, réflexologie, socio esthétique, etc. ont manqué aussi bien aux IDEC qu'aux AJA.

Dans ces relations à distance, MC Lefort trouve que la période épidémique a fragilisé la confiance des patients en la médecine. La Covid19 a généré beaucoup de questions par rapport aux traitements et en qualité d'IDEC, il lui a fallu s'investir plus que d'ordinaire pour recréer la confiance envers les traitements.

Lors du retour en chambre S. Quié, animatrice, a pu revenir dans le service pour faire le lien entre les patients et les bénévoles travaillant en ligne. Elle note cependant que la demande de marcher dans les couloirs pour rencontrer ses pairs et le besoin d'activité plus d'une heure par jour restent essentiels aux yeux de tous les patients.

À l'hôpital, certains services AJA ont simplement disparus du jour au lendemain car transformés en unité Covid comme l'unité AJA de Curie. Son affectation à 90 % en médecine adulte Covid a été vécue de manière très violente par V. Laurence. La destruction momentanée du « nid » suivie de sa réintégration ont souligné l'importance du lieu pour se regrouper, autant pour l'équipe que pour les jeunes. V. Laurence insiste aussi sur l'importance

d'avoir la présence des familles, des frères et sœurs et des copains dans le service.

P. Marec Berard a été marquée par l'obligation du port du masque. Elle explique combien cet objet lui fait perdre en compétence médicale car il empêche de s'approprier mutuellement par le sourire et les expressions faciales. Par contre, un bénéfice secondaire de cette période a été pour elle le gain de temps dû à l'annulation de nombreuses réunions et déplacements, ce qui lui a permis de dégager plus de disponibilité pour son équipe et ses patients.

T. Leprince a trouvé dommageable la disparition des temps interstitiels insérés entre les temps de travail proprement dits, ces temps anodins que sont les rencontres informelles entre professionnels dans les couloirs, les pauses, les repas en commun, etc. Ils sont essentiels pour faire équipe. Sans eux, il a le sentiment qu'elle fonctionne (l'équipe) en mode « dégradé ».

Plusieurs professionnels ont reconnu avoir pris conscience du caractère éphémère des choses considérées comme acquises en temps « normal ». MC Lefort constate ainsi qu'un tiers des IDEC sont réparties dans les soins pendant le confinement, ce qui confirme la fragilité des ces postes. V. Laurence a été sidérée de voir la disparition en 24h de son unité AJA. Enfin, P Marec Berard reconnaît que les groupes de parole et les regroupements peuvent ne plus exister, ce qui remet en cause le caractère essentiel (ou non) de certains dispositifs.

A l'automne 2020, la crise sanitaire n'était pas finie. Des solutions ayant été inventées et trouvées durant celle-ci, E. Seigneur pose la question de savoir s'il faut les faire perdurer comme certaines téléconsultations qui ont bien fonctionné avec certains AJA. Globalement les intervenants trouvent que la qualité des prises en charge a toutefois diminué et revendiquent haut et fort le besoin de liens concrets pour avoir le sentiment de « bien faire leur travail ». L'importance de la présence physique sur le terrain, avoir des liens en « vrai », des liens « humains », la « vraie » vie quoi (!), vécus dans leur absence, reviennent en boucle comme une nécessité dans tous les témoignages.

✱

*Synthèse rédigée par Lucie Méar,
chargée de communication au Rifhop*

**Hôpital de La Fontaine
à Saint -Denis (93) ,
le nouveau CHP adhérent du
RIFHOP**

Groupement Hospitalier de Territoire



L'hôpital de La Fontaine à Saint-Denis rejoint le Rifhop. Son service de pédiatrie tout neuf dirigé par le Pr Escoda sera en mesure d'accueillir des enfants et adolescents soignés pour un cancer à partir de mars 2021. Les médecins référents seront les Drs Laure Nizery et Aurore Malric. La cadre de santé est Me Maria Mesa. Nul doute que cette nouvelle offre de soins améliorera le suivi des jeunes patients de cette partie de la Seine Saint-Denis.

FORMATIONS

RiFhop

JOURNÉE RÉGIONALE DU RIFHOP

**Organisée par le groupe des
psys**

10 juin

**En présentiel à Gustave Roussy
ou en visioconférence**

**Programme en cours de
construction**

THÈME : "LA SOLITUDE"

Paliped



**"ENFANTS POLYHANDICAPÉS :
DÉMARCHE ET SOINS PALLIATIFS"**

Judi 11 Février 2021
Forum 104

**"SOINS PALLIATIFS PÉDIA-
TRIQUES ET INCERTITUDES"**

Mardi 23 Mars 2021
Espace Reuilly



ANNONCES



**Ana-Rita
Esteves Ferreira**

Elle est la nouvelle infirmière coordinatrice Rifhop du secteur Nord Venant du service d'hématologie pédiatrique de l'Hôpital Robert Debré, elle prend tout juste ses fonctions parmi nous fin janvier 2021.

Bienvenue Ana-Rita !

Dr Brigitte Lescoeur

"Ce n'est pas par désamour. Fin octobre j'ai quitté mes fonctions de médecin du RIFHOP et je laisse cette formidable équipe poursuivre son travail si important pour faciliter le parcours de nos petits patients et leur famille.

Ce sera peut-être l'occasion pour les médecins plus jeunes de s'impliquer davantage dans le réseau et de prendre conscience à quel point la vie hors les murs de l'hôpital est un élément fondamental pour la réussite de nos traitements. En souhaitant à tous une bonne année 2021 !"

PROTHÈSES

Dispositifs médicaux les plus courants en cancérologie pédiatrique

© Le Corbusier

Quel lien entre une perruque simplement ajustée sur la tête et une prothèse fémorale, une chambre implantable et une prothèse du globe oculaire ? Ces dispositifs médicaux ou appareillages sont tous des corps étrangers mis "en place" ou "en plus" pour palier à une fonction ou répondre à une nécessité induite par les traitements de la maladie cancérologique.

Provisoires ou nécessaires à vie, ils sont alors évolutifs comme les prothèses articulaires qui grandissent avec l'enfant ou oculaires qui doivent être changées tous les deux ans avant l'âge adulte. Fonctionnels ou esthétiques, leur nécessité, leur mise en place et leur acceptation (ou non) par l'enfant ou l'adolescent s'inscrivent dans un processus plus ou moins long, nécessitant parfois de nombreuses semaines de rééducation.

Visibles ou invisibles, une phase d'appropriation est ainsi toujours nécessaire pour que les jeunes patients puissent intégrer (mentalement et physiquement) ces prothèses dans leur corps. L'accompagnement des soignants est primordial dans cette période. Les progrès techniques de fabrication et d'implantation chirurgicale des dispositifs actuels ont considérablement amélioré la qualité des soins pendant les traitements (VVC) et le confort de vie pendant et après la maladie.

Ce dossier traitera des dispositifs les plus courants en cancérologie pédiatrique, leur principale différence avec le monde adulte étant, pour l'orthopédie et l'ophtalmologie, leur capacité évolutive, celle de grandir avec l'enfant.

Lucie Méar, Rifhop



Prothèses orthopédiques

Prothèses articulaires et oncologie pédiatrique : quoi de neuf ?

Introduction

La nécessité de réséquer toute la partie de l'os envahi par une tumeur maligne impose parfois le sacrifice d'une articulation. La seule solution de reconstruction satisfaisante conservant une mobilité, est alors la mise en place d'une prothèse articulaire massive.

Contrairement aux prothèses posées chez l'adulte pour, par exemple de l'arthrose, la résection dans le contexte tumoral, n'est pas purement osseuse

et impose le sacrifice aussi des structures ligamentaires stabilisatrices de l'articulation. Ces prothèses sont dites contraintes, c'est à dire qu'elles assurent la mobilité mais aussi la stabilité « articulaire », ce qui augmente grandement les contraintes subies.

Dans le domaine de la chirurgie oncologique pédiatrique, il faut d'emblée séparer les patients de moins de 10 ans et les plus de 10 ans car les problèmes posés sont tout à fait différents.

Patients de plus de 10 ans

Les prothèses utilisées sont les mêmes que chez l'adulte et le seul progrès est probablement la possibilité d'utiliser des prothèses non cimentées plus faciles à changer, avec moins de sacrifice osseux lors des changements. Nous rencontrons à cet âge deux problèmes spécifiques :

1. la gestion de l'inégalité de longueur due au sacrifice de un ou de deux cartilages de croissance, mais ceci reste assez facile à traiter. Lors

de la mise en place de la prothèse, on peut raisonnablement prévoir de surdimensionner la prothèse de un centimètre. On peut également mettre sur le segment osseux où le cartilage de croissance est conservé, une queue prothétique lisse et non scellée ce qui permet au cartilage de croissance de continuer à fonctionner avec une efficacité de 40 à 100% de la normale selon les études. Enfin, lors du suivi qui doit être régulier chez ces enfants, on pourra aussi freiner la croissance du côté long par une destruction d'un ou de deux cartilages de croissance (épiphysiodèse) car nous possédons des courbes qui nous donnent à chaque âge osseux et en fonction du sexe, le potentiel de croissance de chaque cartilage.

2. L'autre difficulté est due au fait que l'adolescent est beaucoup plus actif qu'un adulte et qu'il va prendre du poids au fur et à mesure de sa croissance et donc solliciter beaucoup plus sa prothèse avec un risque d'usure augmenté.

Enfants de moins de 10 ans

C'est à cet âge que se présente le maximum de difficultés avec la nécessité de remplacer l'articulation, de combler une perte de substance osseuse de grande taille et de gérer l'inégalité de longueur des membres inférieurs qui va être importante.

Les derniers progrès sont l'utilisation de prothèses de croissance électromagnétiques qui ont pour avantage de pouvoir être allongées sans intervenir chirurgicalement. Leur inconvénient essentiel est le caractère volumineux du système d'allongement qui nécessite une résection osseuse de 17 centimètres ce qui est très important à cet âge (un fémur chez un garçon de 10 ans mesure environ 35 centimètres).

Lorsque la tumeur n'impose pas une telle longueur de résection, il est toujours possible d'utiliser des prothèses à allongement mécanique, moins volumineuses, mais nécessitant une intervention (certes minime) à chaque allongement.

Le principe de l'allongement des prothèses repose sur un système de vis sans fin qu'il est possible de faire croître en appliquant un champ électromagné-



tique en regard de la prothèse. Ceci ne nécessite donc pas d'intervention, pas d'anesthésie, et peut être répété régulièrement. Ceci est également indolore pourvu qu'on ne fasse que 5mm d'allongement par séance. La reprise de l'appui est immédiate. Il est parfois nécessaire de prescrire quelques séances de rééducation afin d'éviter que le genou ne s'enraidisse en flexion.

Ces systèmes autorisent un gain de longueur de 5 à 10 centimètres en fonction de la longueur de résection. Ils sont maintenant fiables. Les contraintes subies par ces prothèses sont très importantes. Elles sont dimensionnées sur un squelette de petite taille et la croissance va non seulement augmenter le poids de l'enfant mais aussi le diamètre de l'os qui fait que la queue de prothèse qui a été mise en appui sur les corticales, va au fur et à mesure de la croissance en diamètre de l'os, perdre cet appui et donc augmenter le risque de descèlement. Ceci explique qu'il faille souvent changer la prothèse en fin de croissance.

Conclusion

La résection d'une tumeur osseuse de l'enfant et de l'adolescent nécessite parfois le sacrifice d'une articulation. La meilleure solution actuellement est la mise en place d'une prothèse articulaire qui permet une bonne mobilité et une reprise rapide de la fonction. Le sacrifice d'un ou de deux cartilages de croissance engendre une inégalité de lon-

gueur. Celle-ci reste facile à gérer chez les plus de 10 ans. En dessous de cet âge, la mise à disposition de prothèse de croissance à allongement électromagnétique est un grand progrès, qui permet de régler le problème de l'inégalité de longueur sans réintervention chirurgicale.

Il faut néanmoins garder à l'esprit que ces prothèses nécessitent une surveillance spécialisée même à l'âge adulte car un ou plusieurs changements de prothèses seront nécessaires au cours de la vie de l'individu.

★

*R. Pietton, P. Mary
Service d'orthopédie pédiatrique et de
chirurgie réparatrice de l'enfant
Hopital d'enfants A. Trousseau
pierre.mary@aphp.fr*

Mentions légales

RIFHOP, association loi 1901
Siège : 3-5 rue de Metz, 75010 Paris
Représentant légal et directeur de publication :
Graziella Raimondo
Conception et mise en page :
Lucie Méar
Date de parution : 26/01/2021
Dépôt légal : 08 /08 /08 GRATUIT
ISSN : 1966-964X

Comité de rédaction

Agnès Lehnert, pédiatre HAD Croix-St-Simon
Dominique Valteau, pédiatre chef de service à
Gustave Roussy
Céline Gilet, coordonnateur central RIFHOP
Lucie Méar, chargée de communication RIFHOP

Rééducation et traitement oncologique en SSR : Hôpital pédiatrique et de rééducation de BULLION

Nous sommes masseurs-kinésithérapeutes travaillant dans le service NEVADA du HPR de Bullion. Il s'agit d'un service dédié aux jeunes patients porteurs de pathologies oncologiques et/ou présentant des déficits immunitaires, où tous les âges se côtoient (contrairement aux autres services de l'hôpital).

Notre équipe pluridisciplinaire de rééducation est constituée d'une vingtaine de professionnels : masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciennes, orthophonistes et d'une neuropsychologue.

Nous accueillons régulièrement en post opératoire des enfants porteurs de prothèses (visibles ou invisibles) souvent en lien avec un ostéosarcome.

Ils bénéficient dans notre établissement d'une prise en charge alliant la rééducation et la poursuite du traitement oncologique (chimiothérapie, radiothérapie...) tout en tenant compte des effets secondaires (gestion de la fatigue, de l'aplasie, des nausées, des douleurs, des transfusions, des hospitalisations itératives...).

La rééducation se fait bien entendu en adéquation avec les consignes du chirurgien orthopédique, notamment en ce qui concerne l'appareillage et la reprise progressive de l'appui. Les prises en charge ont lieu au sein de notre plateau technique quand l'état de santé du patient le permet, en chambre ou dans le service quand cela s'avère nécessaire. La prise en charge pluridisciplinaire implique aussi bien l'équipe de rééducation dans sa globalité que tous les acteurs qui gravitent autour de l'enfant : les équipes : soignante, scolaire, éducative...

Lors de leur séance de masso-kinésithérapie, les patients bénéficient en fonction de leur état clinique :

- du traitement de la douleur (massage, moyen non médicamenteux, TENS*),
- de massages de(s) cicatrice(s) (manuels ou à l'aide du LPG*), selon le stade de cicatrisation, permettant d'assouplir et de diminuer

les conséquences douloureuses et esthétiques car la cicatrisation est souvent altérée par la chimiothérapie et la radiothérapie,

- d'un travail de gain des amplitudes articulaires (avec ou sans la mise en place de séances d'arthromoteur* de type kinetech),

- d'un travail de renforcement musculaire avec ou sans la mise en place d'électrostimulation,

- de la mise en place, la surveillance et l'apprentissage des appareillages en lien avec les orthoprothésistes et du gypsothérapeute*.

- de la reprise progressive de l'appui (sur table de verticalisation puis dans les barres parallèles ainsi que l'apprentissage du béquillage). L'évolution naturelle se fait vers le réapprentissage de la marche en intérieur comme en extérieur, des escaliers, le travail de l'équilibre et enfin la reprise des activités sportives telles que le vélo.

La rééducation se fait au rythme du patient, en respectant les difficultés rencontrées, notamment liées au traitement oncologique, aux possibles retard de cicatrisation, aux aplasies, à la fatigue, à la douleur...

En fin de prise en charge, les patients peuvent également bénéficier de réentraînement à l'effort au sein d'une salle dédiée avec du matériel de sport, sous couvert de la surveillance des constantes, tout en contrôlant l'évolution de leurs performances. Nous disposons également d'une piscine pour faire des séances de balnéothérapie, en général en petit groupe, ce qui permet une auto-émulation positive.

Le bénéfice de séjours longs

Ces prises en charge, qui s'étalent souvent sur plusieurs mois, loin d'être tristes, sont souvent riches humainement. Elles nous permettent de voir l'évolution de nos patients et de leur famille, depuis l'intervention chirurgicale (voire parfois avant cette chirurgie), jusqu'au retour

à une autonomie complète, et nous permettent d'aider l'enfant ou l'adolescent à se projeter dans l'après... Toute cette rééducation se fait avec les familles qui peuvent bénéficier d'hébergement sur place et être présentes auprès de leur enfant.

Les patients d'oncologie connaissent souvent leur pathologie et leur traitement comme personne, mais pour s'en assurer et les aider dans leur gestion de la maladie nous les suivons dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique. Au-delà de l'aspect strictement

rééducatif, ces moments sont souvent l'occasion d'échanges informels et d'empathie permettant d'accompagner ces jeunes et leurs familles avec plus de sérénité vers la guérison.

Malheureusement, il arrive aussi que la maladie soit plus forte et que nous devions accompagner nos patients et leur famille dans les soins palliatifs en gardant toujours à l'esprit une prise en charge globale et pluridisciplinaire tournée vers le confort physique et psychique du patient et de son entourage.

★

*Constance Roche,
Joséphine Norbert-Grelet,
masseurs-kinésithérapeutes, HPR Bullion*

***TENS** : «neurostimulation électrique transcutanée», technique d'électrostimulation destinée à soulager la douleur à l'aide d'un courant électrique de faible tension transmis par des électrodes placées sur la peau.

***LPG** : appareil qui permet de travailler les cicatrices en les assouplissant par des massages

***arthromoteur** : appareil de mobilisation articulaire passive

***gypsothérapeute** : professionnel qui réalise et met en place des systèmes d'immobilisation ou de contention de l'appareil locomoteur (résine, plâtre, attelles...) ainsi que des installations.

Prothèses capillaires...ou pas

"Je ne me distingue pas d'une personne valide par ma calvitie, mais parce que mon coeur pompe du poison".

À l'âge de deux ans j'ai commencé mes premiers traitements anticancéreux (MIBG, radiothérapie, chimiothérapie...), la totalité de mes cheveux étaient tombée. Donc j'ai été chauve pour la première fois de ma vie, mais je n'ai pas de souvenirs, j'ai su tout mon passé grâce aux photos (prises à cette époque) et aux paroles de ma famille.

J'ai retrouvé mes cheveux au fil du temps. J'ai vécu simplement, pleinement pendant une longue période, jusqu'en août 2020 où j'ai rechuté. J'ai re-perdu, puis rasé mes cheveux seule, car je ne voulais pas gâcher du temps en les regardant tomber. Dans ma tête c'était: «Plus vite tu les raseras, plus vite ils repousseront».

Une fois le crâne nu, je n'ai pas du tout été choquée, je n'ai pas eu peur de moi contrairement à ce qu'on m'avait mis dans la tête. Pour être sincère, je me suis trouvée jolie. La première chose à laquelle j'ai pensé, c'était de protéger mon entourage et ma famille. J'ai énormément cogité sur ça en me posant beaucoup de questions. C'était plus pour eux que j'avais peur car je ne suis pas ma priorité.

C'est cet été que j'ai retiré mon foulard «grâce» à la chaleur, et je ne l'ai plus remis parce que je me suis rendue compte que j'attirais plus l'attention avec. Aujourd'hui je me suis habituée à ma nouvelle tête, mes cheveux ne me manquent pas et je ne fais rien pour cacher cette calvitie.

À l'école pendant les cours je reste dans mon coin car je travaille plus efficacement ainsi. Mes amis me font des compliments et me répètent que j'ai du courage : ça les touche de me voir me battre avec autant d'énergie et de ne pas lâcher prise malgré la chimiothérapie et toutes les répercussions que ça cause. J'ai la chance d'être entourée mais je ne m'en rends pas compte, cette sensation de solitude étant très présente en moi.

Pour parler de mon apparence, je ne porte pas de perruque, d'une part car je ne sais pas en mettre, puis parce que je me sens mal avec : ce n'est pas moi. Je me maquille légèrement quand je suis à l'extérieur et je fais des maquillages de style artistique chez moi car c'est une passion.



J'ai de la chance d'être gémeaux et je m'en-foutiste par rapport au regard des autres. Je m'assume totalement, je me sens tellement bien, belle, je me sens moi. Pourtant je n'ai pas forcément confiance en moi, c'est juste que je me soutiens et me complimente énormément dans mon miroir.

Je me comprends, c'est ça qui m'aide et c'est ça qu'il faudrait que tu fasses, car sache qu'il n'y a personne qui pourra t'aimer, te comprendre plus que toi-même. Prends l'habitude de te demander si tes actions vont dans le sens de la vie que tu as envie de créer. Ça prendra le temps que ça prendra, mais j'ai confiance en ta réussite et si y'a bien quelque chose que je vois là tout de suite, c'est pas ta calvitie, c'est tout ce que tu as accompli pour en arriver là. Sois fière de toi et dis toi que t'es une battante parce que, encore une

fois, on est jamais mieux servi que par soi-même. Alors si ça te fait du bien, ou si ça te donne confiance en toi de te complimenter, fais-le et ne t'arrête pas. Ce n'est pas du narcissisme c'est de l'estime et du respect de soi. Et même si ça l'est, c'est tout aussi légitime.

Moi c'est Inès Hanrion, j'ai 18 ans.

✱

La perruque

Bonjour, je m'appelle Charlotte, j'ai 13 ans et demi, j'ai eu un lymphome de Hodgkin et j'ai été soignée par chimiothérapie, ce qui m'a fait perdre mes cheveux.

Je continuais d'aller à l'école, donc j'ai dû porter une perruque. Je suis allée la chercher dans un institut spécialisé («La Galerie des turbans» à Paris). Là-bas, la conseillère était à mon écoute et a pu trouver une prothèse capillaire qui ressemblait le plus possible à mes cheveux d'origine.

Il existe différents types de perruques : synthétiques, naturelles ou mixtes. J'ai choisi la mixte car elle me semblait la plus appropriée. Je l'ai choisie avant de perdre mes cheveux pour que la dame puisse voir la couleur, la longueur et la texture de mes cheveux. Je l'ai portée 3 mois, de la première chute de cheveux jusqu'au confinement, où j'ai préféré être sans rien chez moi. Après les vacances et le confinement, mes cheveux avaient repoussé, donc j'ai pu aller à l'école sans perruque.

J'espère que mon témoignage vous servira.

Prothèses oculaires et rétinoblastome à Curie

COMMENT PRENDRE SOIN DE L'ENFANT ET SA FAMILLE LORS D'UNE HOSPITALISATION POUR L'ÉNUCLÉATION D'UN ŒIL ?

L'auxiliaire de puériculture et l'infirmière, en binôme, partagent ici leur expérience. L'Institut Curie est le centre de référence national du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique du rétinoblastome.

Le rétinoblastome est un cancer de la rétine survenant chez les jeunes enfants

Le plus souvent, le pronostic vital de l'enfant n'est pas engagé. Autant que possible un traitement conservateur oculaire est réalisé. Cependant dans un certain nombre de cas, il est nécessaire de procéder à l'énucléation de l'œil, c'est-à-dire son ablation chirurgicale,

L'équipe soignante s'appuie dessus pour pouvoir adapter sa prise en charge à chaque situation, et veiller notamment à l'impact émotionnel des informations reçues, des gestes exercés sur le patient, des situations vécues par l'enfant et sa famille.

Une procédure rodée est un pilier de l'excellence recherchée dans un service hospitalier, car en consolidant la dimension technique du soin, elle permet aux soignants de se focaliser sur la prise en charge holistique du patient. Par cet article, nous souhaitons vous partager certaines des spécificités et précautions qui sont observées lors de la prise en charge d'un enfant allant être énucléé d'un œil.

seul accompagnant est autorisé la nuit. Ensuite, vient le temps de l'entretien mené par le pédiatre. Ce dernier va prendre le temps d'expliquer à l'enfant, quel que soit son âge, et sa famille toutes les étapes de l'hospitalisation. Chacun sera invité à poser ses questions au médecin. Un des soignants du binôme référent est également présent lors de cet entretien. Cette condition est indispensable car elle lui permet de répondre aux questions qui surviendront à distance de l'entretien tout en faisant écho à ce qui s'y dit. De plus, les psychologues se présentent à la famille et se rendent disponibles.

Le jour de l'intervention

La préparation au bloc opératoire ressemble à beaucoup d'autres, il s'y ajoute la dilatation des yeux du patient. Nous la réalisons à l'aide d'un collyre instillé dans les deux yeux toutes les cinq minutes et ceci jusqu'à l'arrivée au bloc opératoire. En effet un fond d'œil est systématiquement réalisé avant une énucléation.

Le moment est venu de descendre au bloc opératoire. C'est alors le binôme de soignants qui fait office de brancardiers. En accompagnant l'enfant et ses parents, l'enjeu est de maintenir un climat rassurant. Une fois arrivés au bloc opératoire, lorsque le personnel vient chercher le patient, il est demandé aux parents de décliner l'identité de leur enfant. On leur demande également une ultime fois quel œil va être opéré, tout ceci pour des raisons d'identitovigilance. Les soignants référents les auront prévenus préalablement que ces questions leur seraient posées. Il s'agit d'éviter de les déstabiliser dans ce temps de séparation. La séparation de l'enfant et ses parents est toujours un temps bouillant d'émotions. Chaque famille appréhende différemment ce moment. Les parents sont accompagnés dans le service par le binôme référent qui reste disponible et leur propose de sortir un moment de l'établissement s'ils le souhaitent.



soit dès le diagnostic, soit après échec de traitements conservateurs oculaires. Lorsque l'énucléation est nécessaire, l'enfant est hospitalisé trois jours dans le service de pédiatrie ; durée d'hospitalisation qui paraît courte en regard de l'intensité de tout ce que la famille s'apprête à vivre.

L'enfant va être amputé d'un œil. L'idée même de cet acte est d'une grande violence pour tout un chacun. S'ajoute à cela la nécessité d'être hospitalisé et les contraintes physiques et émotionnelles induites par l'hospitalisation. Le service de pédiatrie a développé une procédure de prise en charge très poussée et rompue aux expériences successives.

La veille de l'intervention

C'est un binôme de soignants «référents» qui accueille l'enfant et sa famille. Ils seront leurs interlocuteurs privilégiés tout au long de l'hospitalisation. Ce binôme est composé d'une auxiliaire de puériculture et d'une infirmière. Au moins l'une des deux possède une expérience aguerrie de cette prise en charge.

Nous travaillons à offrir à la famille un environnement le plus apaisant possible pour les 3 jours d'hospitalisation. Nous les installons en chambre individuelle et invitons les deux parents à rester dormir auprès de l'enfant. Habituellement, un

Au réveil de l'enfant, le personnel de la salle de réveil fait en sorte que les parents soient présents. Débute alors une prise en charge de la douleur en administrant des antalgiques par voie intra-veineuse de façon systématique.

Une fois l'enfant remonté dans sa chambre, dans le service de pédiatrie, notre priorité est son confort. Nos actions visent à ce qu'il ne soit pas algique et qu'il trouve du réconfort auprès de ses parents :

- nous poursuivons le protocole de prise en charge de la douleur débuté en salle de réveil et l'adaptions le cas échéant. Les antalgiques restent administrés par voie intra-veineuse au moins jusqu'au lendemain matin.
- nous recherchons son confort en maintenant la pénombre dans sa chambre et en invitant les parents à le prendre dans leurs bras, à s'allonger auprès de lui.
- nous procédons à la reprise alimentaire en fonction de sa demande.
- parfois le pansement compressif mis en place pour limiter le risque hémorragique est source d'inconfort pour l'enfant qui se gratte et cherche à le retirer. Si jamais le pansement vient à céder nous évaluons la nécessité de procéder à une réfection.

Dans l'après-midi, l'ophtalmologue vient rendre visite à l'enfant et sa famille. Dans la mesure du possible, l'un des deux soignants du binôme est présent à ce moment-là.

C'est aussi au cours de cet après-midi-là que nous prenons contact avec l'infirmier libéral qui réalisera les soins d'énucléation deux fois par jour au domicile. Il s'agit là de lui donner des informations précises et exhaustives sur cette prise en charge. Car, le plus souvent les infirmiers libéraux réalisent ce suivi pour la première fois, et n'ont pas idée de ce en quoi consiste précisément cette chirurgie.

Le lendemain de l'intervention

Le lendemain de l'intervention, l'infirmière de nuit applique délicatement, alors que l'enfant dort encore, de l'huile de vaseline sur le pansement compressif. De cette façon, le pansement se retirera de lui-même, sans effort. Les parents redoutent parfois l'ablation du pansement. Des explications précises peuvent alléger leur peur.

L'interne en ophtalmologie présent la veille au bloc opératoire passe vérifier que les suites opératoires immédiates sont sans complications. Dans la matinée, nous réalisons le premier soin post-énucléation. Un antalgique est administré en amont du soin. Nous attendons que ce dernier fasse pleinement effet avant de débiter le soin. Une fois dans la salle de soin et l'enfant bien installé (le plus souvent sur l'un de ses parents), nous effectuons des gestes rapides et sûrs. Bien souvent, l'enfant a les paupières closes durant le soin, il ne peut donc appréhender aucun de nos gestes, à nous de le prévenir.

Le soin est « simple » : il s'agit de nettoyer les sécrétions écoulées et d'appliquer une pommade antibiotique le long de la fente palpébrale. Pourtant, les sensations nouvelles et l'éventuelle douleur ressentie malgré les précautions prises peuvent rendre les gestes effectués insupportables à l'enfant. S'ajoute à cela le contexte plus ou moins apaisé dans lequel se déroule le soin. La plupart du temps, après la réalisation de ce premier soin post-énucléation, l'enfant peut sortir de l'hôpital. Plus rarement, il est nécessaire de prolonger l'hospitalisation en raison de la douleur.

Conclusion

Il apparaît clairement que cette hospitalisation peut être la source de nombreuses expériences difficiles, inconfortables, traumatiques pour l'enfant et ses parents. Pour prévenir cela, et parce que le rôle de tout soignant réside, entre autres, dans la recherche du confort pour le patient et son entourage, nous sécurisons autant que possible l'expérience de toute la famille.

Les retours des familles, celui de l'enfant, à distance de l'opération, nous confortent régulièrement dans nos choix et dans l'énergie qu'il nous est nécessaire de mobiliser. Ces échanges,

ces remerciement appuyés, malgré leurs expériences traumatisantes, nourrissent nos savoirs-faire et nos savoirs-être que nous affinons au fil du temps.

✱

*Hélène Billeau,
auxiliaire de puériculture,
Céline Olivier,
infirmière puéricultrice,
Service de pédiatrie, Institut Curie*



Les signes cliniques du rétinoblastome

(extrait du site de l'association RETINOSTOP)

Exemple de leucocorie chez un jeune enfant. Un reflet blanc dans la pupille ou la persistance d'un strabisme ne doivent jamais être négligés.

Leucocorie : au début, le reflet blanc de la pupille ou leucocorie n'est visible que dans certaines directions du regard et sous certains éclairages. Elle peut être vue précocement sur des photos prises au flash.

Strabisme : s'il est très intermittent et de courte durée, le strabisme peut être banal chez le nourrisson. En revanche, un strabisme permanent unilatéral ou bilatéral signale une atteinte de la partie centrale de la rétine qui empêche la fixation par l'œil malade.

Quel que soit l'âge de l'enfant, ces constatations doivent imposer très rapidement une consultation ophtalmologique avec examen du fond d'œil.

D'autres signes cliniques plus rares peuvent orienter le diagnostic de rétinoblastome, telle que l'augmentation de volume de l'œil pouvant devenir douloureux avec rougeur péri oculaire (buphtalmie).



Rétinostop
Association française sur
le rétinoblastome, can-
cer de la rétine, maladie
orpheline qui touche
l'enfant.

Appareillage d'une perte du globe oculaire chez l'enfant

Destinées à appareiller la perte d'un globe oculaire, les prothèses oculaires de substitution, permettent de nos jours une parfaite réhabilitation esthétique et donc sociale de nos petits patients.

Ces prothèses réalisées en polyméthacrilate de méthyle, matériau biocompatible léger et confortable sont dans la majorité des cas parfaitement acceptées et bien tolérées. Néanmoins l'absence de coopération, bien compréhensible chez les très jeunes enfants lors des premières visites chez l'oculariste, rend souvent difficile l'appareillage qui se fait la plus part du temps sans son consentement. Il faut donc établir dans la mesure du possible, dès la première consultation et avec l'aide de la famille, une relation de confiance indispensable à son acceptation.

La réalisation de la prothèse suit un protocole précis et défini.

1. La prise d'empreinte de la perte de substance, sans prémédication ou anesthésie, se fait au fauteuil si l'enfant est coopératif ou bien en position allongée. Maintenu par une assistante ou un membre de la famille, elle est rapide et indolore. Elle consiste à injecter dans la cavité oculaire un élastomère de silicone qui permet d'enregistrer et de visualiser le volume de la perte de substance.



2. L'empreinte en silicone est mise en moufle, puis retirée et remplacée par de la résine. Cette ébauche de la future prothèse sur laquelle on positionne une lentille ayant la forme et la taille de l'iris est essayée et ajustée sur

le patient. Elle permet de visualiser la position et le centrage de l'iris et d'évaluer l'ouverture de la fente palpébrale.



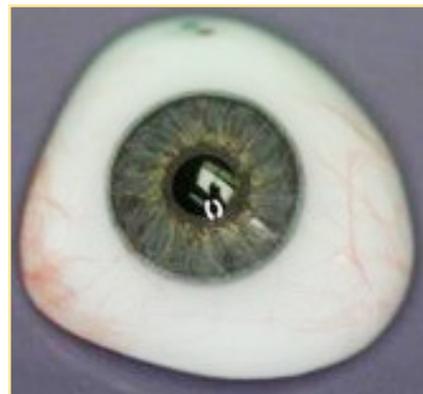
3. La prothèse est réalisée en deux couches de résine. Une première couche profonde représente la sclérotique de l'œil sur laquelle sont reproduits les caractéristiques chromatiques de l'iris et de la sclère.



4. La couleur de l'iris est fidèlement peinte à la main sur une capsule. La coloration est obtenue avec des pigments minéraux et orga-



niques biocompatibles en accord avec les caractéristiques de l'œil sain. Il en est de même de la représentation de la vascularisation de la sclère en respectant la transition scléro-limbique pour créer le «flou» limbique. La seconde couche superficielle, transparente et parfaitement polie, protège les téguments de l'orbite de toute irritation.



5. Pose de la prothèse. C'est le grand jour pour l'enfant et la famille. La prothèse est essayée sur l'enfant. On vérifie la position de l'iris et la hauteur de la fente palpébrale, par comparaison avec l'œil adelphe*. Parfois quelques retouches s'avèrent nécessaires pour parfaire le résultat.

L'appareillage de jeunes patients nécessite, bien évidemment, une prise en charge et une coopération multidisciplinaire de la part du pédiatre, de l'ophtalmologiste, du prothésiste et de la famille pour leur faire accepter les contraintes de l'appareillage qui s'échelonne sur plusieurs années.

Ces prothèses sont prises en charge par la sécurité sociale de la naissance à 10 ans sans limitations de renouvellement. Selon la croissance de l'enfant, leur volume est augmenté à chaque remplacement pour favoriser le développement du cadre orbitaire. De 10 à 20 ans elles sont renouvelées tous les deux ans.

*

Yves Quentin, oculariste indépendant

*adelphe : en médecine désigne l'autre organe, controlatéral, dans le cas

Voies Veineuses Centrales

Comment redevenir autonome sur la toilette de son enfant après la pose d'une VVC ?

Lors de la prise en charge d'un patient en oncologie, nous sommes amenés à lui poser une voie veineuse centrale, ou VVC, dispositif visant à faciliter l'abord veineux pour l'administration de traitements de type chimiothérapies, antiémétiques, antibiotiques, transfusions sanguines et plaquettaires... Ces soins peuvent être mal vécus par l'enfant et ses parents car ils peuvent induire une douleur.

On parle de chambre implantable PAC (matériel sous-cutané), de cathéters centraux extériorisés ou encore de Picc-line.

Comme tout dispositif étranger il y a des risques liés à une intervention chirurgicale mais aussi un risque infectieux. Il apparaît donc primordial d'expliquer à l'enfant et/ou à ses parents tous ces éléments et de leur donner les bonnes informations afin de permettre une acceptation du dispositif et une surveillance efficace notamment lors des perfusions mais aussi lors du retour à domicile. Le rôle éducatif de l'équipe soignante prend tout son sens.



Cathéter extériorisé de type Broviac

Chaque type de dispositifs a ses avantages et ses inconvénients, notamment liés au fait qu'il soit intérieur ou extériorisé. Ainsi un PAC, ne nécessitera plus de pansement passé 4 jours, mais une aiguille et un pansement devront être posés à chaque utilisation. Un cathéter extériorisé ou un Picc Line nécessitent la présence d'un



Picc Line brachial

pansement en permanence, obligeant à une vigilance importante par rapport à l'occlusion du pansement, à sa propreté... La localisation du Picc Line en brachial ne facilite pas les mobilisations et l'habillage. Le choix du dispositif a des répercussions sur le patient et son mode de vie : toilette, habillage, activités possibles ou interdites.

L'acceptation de ce nouveau dispositif, dans le cadre de la maladie est donc très variable selon les enfants.

Dans les suites immédiates de la pose de la VVC les enfants sont souvent douloureux et anxieux. Ils ont peur de bouger et adoptent parfois une position vicieuse (l'oreille collée à l'épaule). Il est important de les rassurer et de proposer une antalgie. Souvent, cette position et cette douleur disparaissent spontanément les jours suivants. Nous sensibilisons aussi l'enfant et les parents à faire attention lors des contacts physiques. Ceux-ci ne sont pas du tout interdits, bien au contraire, mais des précautions sont à prendre notamment lorsqu'une aiguille de Huber est en place sur un PAC ou que le cathéter est relié à la perfusion afin de ne pas risquer de décoller le pansement, de mobiliser le dispositif, voire de déperfusion.

L'un des soins nécessitant une éducation particulière est la toilette.

La première toilette est réalisée par le soignant en présence du parent. Les jours suivants, on inverse jusqu'à

ce que le parent (ou l'enfant) soit complètement autonome. L'éducation sera adaptée en fonction du type de VVC, de l'âge et de l'état physique de l'enfant (bain, douche, lavabo ou toilette au lit). Une toilette du haut du corps au gant est réalisée puis le reste du corps est lavé à la douchette. Si une douche ou un bain doit être pris, nous nous assurons que le pansement soit bien occlusif et nous protégeons les robinets proximaux de perfusion. Vigilance aussi lors de la réalisation de shampooing à ne pas mouiller le pansement (tête en avant ou en arrière).

Pour un patient qui vient poser la VVC en ambulatoire, il est nécessaire de faire une éducation concise et adaptée. Le passage d'une infirmière libérale au domicile pour la réfection du pansement est organisé et au moindre doute il faut appeler notamment si le pansement est mouillé pour éviter le risque infectieux. Souvent de la colle est utilisée comme suture pour le PAC, nous expliquons alors qu'il ne faudra pas la frotter jusqu'à cicatrisation complète (8 à 10 jours).

L'équipe aide le patient et ses parents à se réapproprier ce corps modifié, porteur de matériel et de stigmates.

Il nous arrive de rencontrer des difficultés dans nos prises en charges. La barrière de la langue entraîne des difficultés de compréhension et nous devons adapter notre discours et nos outils : supports visuels, dessins, gestuelle, traducteur informatique, présence d'un interprète... mais nous parvenons toujours à nous comprendre au final.

L'autre difficulté rencontrée est la non compliance de certains parents qui ne prennent pas en compte les recommandations faites par les soignants : la douchette est passée sur le pansement car cela va plus vite, qu'une toilette au gant n'est pas suffisante. « Un pansement de VVC est propre

que s'il est refait tous les jours» nous a répondu un papa. De même, des parents ne nous avertissent pas lorsque le pansement est humide ou ouvert car il faudrait le refaire et que ce soin fait mal à leur enfant et qu'il pleure. Des habitudes d'hygiène différentes existent aussi et qui ne sont pas en accord avec les recommandations de l'hôpital, il faut alors essayer d'amener peu à peu les parents à changer ces habitudes, au moins transitoirement le temps des traitements.



Illustration : ©Together.StJude.org, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, USA

En résumé, les VVC sont des dispositifs importants pour le bon déroulement des traitements mais ils nécessitent un accompagnement, une éducation et une adaptabilité de la part des soignants pour que les patients et leurs parents les acceptent et en prennent soin, les parents redevenant acteurs de la sécurité et du bien-être de leur enfant. Et une fois cette étape atteinte, pour certains les petites boîtes de protection deviennent des petites «coccinelles» ou autres fantaisies tirées de leur imagination et qui les accompagnent dans leurs parcours.

✱

Béatrice Pontillo, IDE,
Isabelle Ponchart, aide soignante,
Département de Cancérologie de
l'Enfant et de l'Adolescent, Gustave Roussy



2020 Année COVID

Comment nos infirmières coordinatrices ont adapté leurs missions

Visites à domicile, aide à l'intégration en classe et suivi scolaire des patients, staffs dans les centres spécialisés, soutien des équipes de proximité, formation des infirmiers libéraux, d'HAD ou des CHP : toutes ces missions assurées par nos infirmiers coordinateurs supposent un déplacement et une présence en face à face. L'épidémie de Covid19 et les mesures de «distanciation sociale» les ont obligés à repenser leurs modes d'intervention auprès des familles, des écoles et des soignants.

Globalement, nos 6 infirmiers sont satisfaits d'avoir pu maintenir leur niveau d'activité y compris pendant les deux périodes de confinement. La fréquence des visites à domicile, staffs et interventions en milieu scolaire est restée sensiblement identique. Seul le nombre des formations a véritablement chuté, mais en proportion moindre pour les infirmières libérales. Par contre, la forme a considérablement changé : omniprésence des visioconférences et des appels téléphoniques en relai du présentiel. Il y a cependant quelques nuances à apporter.

Les visites à domicile étaient en général déconseillées lors du 1er confinement sauf exceptions. Ainsi, elles ont continué à être réalisées avec toutes les précautions nécessaires à la demande des IDEC ou des médecins du Centre spécialisé : appréciation de la famille, de la complexité des soins au domicile, ou pour répondre à une demande de la famille... Car comme le remarque l'une de nos coordinatrices : «La visibilité sur le logement et l'attitude non verbale pendant l'échange manquent vraiment». Dans le cas contraire, les entretiens téléphoniques ont permis des échanges longs et riches avec les parents.

Pour les staffs hospitaliers, que ce soit en visio ou en présentiel, une coordinatrice affirme que la qualité des échanges a été maintenue, alors que pour une autre, ce mode d'échange fonctionne «plus ou moins bien».

Les établissements scolaires étant tous équipés de système de visio conférences, la totalité des réunions avec les équipes éducatives a été maintenue bien que le nombre des personnes présentes ait été réduit. Un coordinateur a également réussi à échanger en visio avec une classe de 4^{ème}. Une autre a privilégié les entretiens téléphoniques avec les enseignants, plutôt que les interventions en distanciel.

Les séances de formation habituellement délivrées aux soignants ont pu avoir lieu uniquement sur la période entre les deux confinements, sauf au cas par cas auprès des cabinets d'infirmiers libéraux. Toutes les autres ont été annulées.



Le soutien direct des équipes hospitalières a continué par téléphone, ce qui comporte au final deux avantages : réduire le temps de transport et dégager plus de temps pour parler des familles et assurer encore un suivi de qualité. Une de nos infirmières coordinatrices en tire une satisfaction professionnelle et une conclusion positive : «J'aime prendre le temps de parler des familles que je vois et que je trouve profondément bouleversées en cette période (Cancer + Covid). J'ai le sentiment qu'elles ont d'autant plus besoin d'être rassurées et accompagnées. Dans l'ensemble, les gens sont plus facilement joignables car le téléphone a pris encore plus d'importance dans notre quotidien. Nous échangeons tous plus facilement et n'hésitons pas à nous recontacter aussi souvent que besoin.»

✱