



Il faut manger pour vivre...

Au pays de Gargantua, de Top Chef ou de Joël Robuchon, la nourriture a une place particulière, dépassant largement l'aspect utilitaire de la nutrition. La «bonne bouffe», évoque convivialité, plaisir, bien être, santé, esthétique... On sait qu'un bon repas améliore le moral et la sensation de bien-être, qu'un bon état nutritionnel favorise la qualité de vie et la guérison. On sait aussi que les traitements et les maladies des enfants que nous prenons en charge malmènent leurs tubes digestifs, les rendent nauséux, modifient leurs envies, leurs rythmes alimentaires, les quantités qu'ils sont capables d'ingérer. L'équipe de «Sos Gourmandise» qui, à Bordeaux, propose aux enfants malades du foie gras ou des viennoiseries dans de belles assiettes l'a bien compris.

Pourtant-pour des raisons bactériologiques, dans lesquelles au vu de la littérature, l'«evidence based medicine» n'a pas une grande place- on prescrit encore beaucoup à nos patients des régimes protégés lorsqu'ils sont en aplasie. Les restrictions y sont souvent telles, les présentations si peu appétissantes, et la qualité gustative si médiocre, que les patients ne mangent plus rien. Une enquête anonyme récemment réalisée a révélé que 100% des jeunes en régime protégé pour aplasie avaient faim, que 80% d'entre eux mangeaient en cachette des sandwiches grecs ou des "khebbabs", que 90% partageaient les plats (non protégés) de leurs camarades...Une fois encore, principe de précaution et principe de réalité s'affrontent. Il semble urgent d'alléger nos règles et nos prescriptions et de se rappeler que pour bien soigner il faut certes respecter des protocoles, mais aussi savoir regarder et entendre nos patients et assouplir les consignes quand elles ne sont évidemment pas appliquées...

*Dr J. Saulpic
Clinique Edouard Rist*

le Journal du RIFHOP

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



DOSSIER

Lutter contre la maladie en innovant toujours

- Les leviers de l'innovation
- Picc Line / Formation par la simulation
- Enquêtes et évaluations
- Du cadre théorique au cadre de terrain
- Recherche clinique et questions éthiques
- La médecine ciblée
- Ponction osseuse motorisée / Sang de synthèse

JOURNÉES RIFHOP ET PALIPED

Inscriptions auprès de la secrétaire

Tél : 01.48.01.90.21, mail : contact@rifhop.net

Programmes et informations complémentaires sur sites :
www.rifhop.net/espace-des-professionnels/congres-et-formation
www.paliped.fr

■ **Matinée du Rifhop aux JPP**

Vendredi 3 octobre 2014, de 9h à 12h30

Institut des Cordeliers, 75006 Paris

"Les tumeurs cérébrales de l'enfant
au quotidien"

Comment repérer aux urgences un enfant ayant une tumeur cérébrale ?	V. Gajdos, Pédiatre, Clamart
Imagerie initiale d'une tumeur cérébrale de l'enfant : les bonnes questions, les bonnes pratiques, les bonnes réponses ?	C. Cellier, Radiologue, Curie
Quels enfants adresser en urgence aux neurochirurgiens lors de la découverte d'une tumeur cérébrale ou de l'axe spinal ?	M. Zerah, Neurochirurgien, Necker
Comment traiter ces enfants atteints de tumeur cérébrale ?	C. Dufour, Oncopédiatre, et une infirmière, IGR
Pourquoi adresser ces enfants aux équipes de médecine de réadaptation et neuropsychologique ?	Mathilde Chevnard, Médecin, et une cadre, Hôpital St Maurice
Un suivi endocrinologique est-il nécessaire pour tous les enfants atteints de tumeurs cérébrales ?	Jacques Beltrand, Endocrinologue, Necker

■ **Journée Paliped 23 septembre**

Espace Reuilly, 75012 Paris

"Articulation des soins en situation d'urgence"

Congrès de la SFAP
Société Française
d'Accompagnement et de
soins Palliatifs
du 18 au 20 juin 2014
MONTPELLIER
Le CORUM



**Institut
des Cordeliers
21, rue de l'École de
Médecine
75006 Paris**



Du 10 au 12 décembre 2014
Programme et inscriptions
www.pediadol.org

6^{ÈME} CONGRÈS
du réseau francophone de
**SOINS PALLIATIFS
PÉDIATRIQUES**

« SAVOIRS ET
INCERTITUDE »

2 et 3 octobre 2014
Saint-Malo



COMITÉ DE RÉDACTION

- Juliette Saulpic, pédiatre à E. Rist
- Arnaud Petit, pédiatre à Trousseau
- Valérie Souyri, cadre de santé, HAD AP-HP
- Laetitia Simonnot, coordinatrice à St-Maurice
- Emilie Joron, psychologue à l'Espace Bastille
- Martine Gioia, coordonnateur central Rifhop
- Lucie Méar, chargée de communication Rifhop

Le Rifhop est financé par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

MENTIONS LÉGALES

RIFHOP, association loi 1901.
Siège : 3-5 rue de Metz, 75010 Paris
Représentant légal et directeur de publication :
Béatrice Pellegrino
Conception et mise en page : Lucie Méar
Date de parution : 05 / 06 / 2014
Dépôt légal : 08 / 08 / 08 GRATUIT / ISSN : 1966-964X



• Journée des enseignants

La journée annuelle du Rifhop, destinée aussi aux enseignants du milieu ordinaire, s'est déroulée le mercredi 26 mars à la Clinique Édouard Rist.

Les innovations thérapeutiques puis pédagogiques avaient été retenues par le groupe des enseignants comme sujet principal. Après une présentation de la clinique et des caractéristiques propres aux "Soins-Études", la matinée s'est articulée autour d'une présentation sur les généralités actualisées des cancers

de l'enfant (Dr Saulpic) et d'une autre sur les essais thérapeutiques (Dr Auvrignon).

L'après-midi a permis de découvrir différents projets innovants comme des outils numériques (tableau numérique interactif et utilisation des tablettes), le rôle du réseau informatique de l'Éducation Nationale (tableau de texte numérique et atelier web) et des logiciels ou des applications (labomep, GéoGebra, iMovie), ainsi

que les premières images du film inclus dans le projet Comenius européen de Curie. Enfin, après un point sur le développement de la collaboration du Rifhop avec l'Éducation Nationale, des témoignages d'accompagnement scolaire à domicile, puis de rescolarisation sont venus compléter cette journée en lien avec les parents (témoignage filmé), la coordinatrice du Sapad 91, les enseignants du domicile et la coordinatrice Rifhop du secteur sud.

Nous tenons encore à remercier l'équipe de la clinique Édouard Rist de nous avoir accompagnés dans cette organisation, et plus particulièrement les Drs Frossart et Saulpic, Mme Lechat (proviseur adjoint au service des études) avec le soutien de Mme Lévêque (coordinatrice du groupe enseignant du Rifhop).

■

L. Benard, coordinatrice Rifhop
secteur sud

• Questions sur l'intimité / Journée du Rifhop, 13 février

«**Et l'enfant dans tout cela?**», tel était l'intitulé de la journée organisée par le groupe des psychologues et pédopsychiatres du RIFHOP le 13 février.

Rester au plus près des besoins et des désirs de l'enfant atteint de cancer représente bien des difficultés. Parmi tous les besoins de l'enfant hospitalisé, il en est un qui est rarement abordé et qui pourtant est primordial, c'est celui de l'intimité. L'intime est un sentiment. Le sentiment d'être moi. C'est un lieu des questions relatives au sens de la vie et, en ce sens, l'expérience psychanalytique est une expérience de l'intime.

L'intimité, qu'elle soit physique ou psychique, est cet espace intérieur qui nous anime au plus profond de nous, un espace soustrait aux regards, qui ne se partage pas ou seulement avec quelques proches.

À l'hôpital, la rencontre entre les patients et les soignants font que l'intime et l'intimité ont partie liée.

Cet espace de l'intimité concerne le corps. Le corps dans ses dimensions affective, pulsionnelle et relationnelle. Le « corps » nous renvoie à la « pudeur » qui protège l'intimité.

«*Que signifie encore être impudique pour celui qui a été un patient ?* », interroge la philosophe Claire Marin dans un très beau livre « *Hors de moi* ». « *Où est l'impudeur de jeter sa vie hors de soi lorsqu'on a été forcé puis habitué à exposer sans cesse son corps aux médecins qui passent, aux internes qui apprennent, aux infirmières qui soignent... Quand tant de regards habitués à la maladie et à sa puissance dévastatrice ont traversé ce corps avec indifférence, lassitude ou résignation, il ne reste pas en lui grand-chose de pudique, de fier ou de sensuel. Il tombe dans le domaine public.* »

L'essentiel semble dit dans ces quelques lignes.

Mais à l'hôpital, les petites choses, les gestes quotidiens ont leur importance. Quand l'enfant arrive dans le service et qu'il trouve son nom écrit sur la porte de sa

chambre, cela montre qu'il n'est pas un objet mais une personne reconnue dans sa singularité. Quand un soin doit être fait, il ne l'est pas dans la chambre pour protéger l'intimité de celle-ci, ni dans la salle de jeu, mais dans une petite pièce réservée aux soins. À l'hôpital, l'enfant et l'adolescent redeviennent dépendants et la toilette par exemple est un moment délicat, parfois un moment de gêne. L'enveloppe personnelle n'est plus préservée. Frappons-nous toujours avant d'entrer dans une chambre ? Nous questionnons-nous sur notre propre intimité ? Comment s'est-elle construite ? Que dire des infirmières de nuit qui font leur travail quand tout le monde dort et qui, en parlant, dérangent ? Que dire de la chambre double, de la télévision qui marche trop fort, du téléphone portable qui sonne trop souvent, d'une seule salle de bains pour deux familles ? Deux infirmières pour deux enfants dans une même chambre, cela fait

beaucoup de passage. Doit-on subir les bruits du corps du voisin, écouter son histoire ?



Dans ce lieu de transmissions, de communication où les informations circulent, dans ce lieu ouvert qu'est l'hôpital, le « psy » occupe une place particulière. Il offre un espace en retrait, un espace « à penser », un lieu pour élaborer, un lieu qui permet de penser secrètement dans une intimité partagée.

■

M. Delage,
psychologue, Institut Curie

Lutter contre la maladie en innovant toujours

Malgré les progrès spectaculaires dont ont bénéficié l'hématologie et l'oncologie pédiatriques, au cours de ces 40 dernières années, les attentes des patients, des parents et des soignants restent majeures. Progresser, s'améliorer, guérir plus, guérir mieux, se reconstruire, grandir, accompagner la perte, accompagner la vie, sont autant d'axes d'amélioration et d'espoir, qui nourrissent les soignants, les enfants et les familles qu'ils accompagnent. Ils sont la source des inspirations qui vont conduire l'innovation et la recherche dans notre discipline.

Innover, c'est d'abord s'interroger. Toute nouvelle question débute par un temps d'élaboration et de partage entre les différents acteurs concernés, l'enfant malade étant positionné au cœur de cette réflexion. Cette question doit interroger un besoin, mais ce besoin est-il pertinent ? Est-il prioritaire ? Est-il réellement partagé par les soignants, l'enfant et sa famille ? Où se situe-t-il dans les axes d'amélioration du service, de l'établissement ou plus globalement dans la politique de santé nationale ?



Changer, remettre en question, avancer, innover sont des quêtes permanentes des soignants et parents entourant l'enfant malade. Pour autant, ces démarches doivent toujours être mises en perspective de la balance bénéfice risque pour l'enfant concerné et sa famille. Le changement prend du temps, nécessite de fournir des efforts tant sur le plan humain que sur le plan financier. Il a donc besoin d'être structuré de manière cohérente et s'appuyer sur des moyens et une méthodologie appropriés.

Pour la plupart des soignants et des familles, l'innovation reste souvent associée à la recherche clinique et principalement au développement des nouveaux anti-cancéreux. Rester focaliser sur cet aspect, ferait oublier qu'une part importante des progrès observés ces 30 dernières années sont liés à l'amélioration constante des soins de support. La sécurisation des produits sanguins, l'amélioration des dispositifs médicaux (cathéters veineux centraux), les nouveaux antifongiques, la maîtrise de l'allogreffe de moelle osseuse, les modalités d'hospitalisation, les avancées du cadre réglementaire, la place des parents et des associations, les plans cancers sont quelques exemples parmi d'autres pour illustrer l'effort majeur nécessaire pour accompagner ces progrès.

L'objectif de ce dossier est de mettre en lumière les initiatives mises en place en hématologie pédiatrique, pour améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer. Nous avons choisi d'illustrer l'innovation autour de thèmes variés, en partageant le point de vue de soignants et de représentant des associations de parents.

Dr A. Petit, Oncopédiatre, Trousseau, Maître de conférence des Universités, UPMC

• Les leviers de l'innovation

■ Besoins et enjeux

Guérir tous les enfants reste l'objectif encore inachevé qui anime tout soignant prenant en charge des enfants atteints de cancer. Au-delà de cet objectif "quantitatif", nous nous devons d'aller désormais plus loin. Certes guérir est un objectif majeur, mais guérir mieux, guérir sans induire une ou des nouvelles maladies, sont autant d'enjeux qui doivent alimenter la recherche à tous les niveaux de la prise en charge du patient, depuis le diagnostic et l'annonce jusqu'au suivi à long terme. Cela passe par la formation adéquate des professionnels de santé, l'éducation de la population, les dispositifs d'accompagnement social,

l'organisation et l'accès aux soins et à aux progrès sur tout le territoire. L'innovation nécessite un partenariat étroit entre les professionnels de santé, les services hospitaliers, les réseaux, les instances nationales et européennes, les sociétés savantes, les universités, les industries et le milieu associatif, acteur majeur du progrès.

■ Cadre réglementaire

La recherche biomédicale est encadrée par une directive européenne, transposée en droit français, qui garantit la protection des personnes en matière de santé. La loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006, a notamment introduit les **Comités de**

protection des personnes (CPP). Les CPP sont composés de deux collèges, le premier rassemblant les professionnels de santé, le second rassemblant des représentants des associa-



tions de malades et d'usagers du système de santé, un psychologue, un travailleur social et des personnes qualifiées choisies en fonction de leurs compétences en matière juridique

ou en matière d'éthique. Afin de favoriser la recherche et l'accès aux nouveaux médicaments en pédiatrie, l'**Agence Européenne des Médicaments**, a amélioré le dispositif en imposant depuis 2006 une phase de développement pédiatrique, pour toute demande d'autorisation de mise sur le marché d'un nouveau médicament.

À l'échelle nationale, plusieurs **Plans Cancer** se sont succédés afin de structurer le parcours de soins en cancérologie pédiatrique. L'**Institut National du Cancer (INCa)** a établi des critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18

ans. 29 centres spécialisés, tous membres de la **SFCE**, ont été labellisés pour cette activité. Afin de garantir un égal accès à une prise en charge adéquate, les **RCP interrégionales pédiatriques (RCPP)**, lieu de la décision thérapeutique, ont été mises en place. Les établissements de santé ont développé une démarche de qualité et d'amélioration des soins dans le cadre de l'accréditation, selon les critères imposés par la **Haute Autorité de Santé**. Les évaluations des pratiques, sous leurs différentes formes, **EPP (Evaluations des Pratiques Professionnelles)**, **RMM (Réunion de Morbi-Mortalité)** ou **CREX (Comités de Retours d'Expérience)**, sont également des outils d'amélioration des soins qui sont devenus des outils de formation continue pour les professionnels de santé.

■ Organisation structurelle

Avancer en oncologie pédiatrique nécessite d'unir les forces. Le savoir et les connaissances s'enrichissent à travers chaque nouvelle prise en charge d'enfant soigné pour cancer. La SFCE fédère depuis de nombreuses années les équipes des différents services pédiatriques spécialisés et oriente grâce à ses comités thématiques, les grands thèmes de **recherche** à développer. Les comités sont les lieux de discussion, d'élaboration et de décision des protocoles thérapeutiques futurs.

La mise en place d'un projet de recherche est une longue procédure, qui nécessite un cheminement complexe au sein des différentes institutions de régulation et de contrôle à l'échelle nationale, européenne et parfois internationale. L'industrie pharmaceutique, en partenariat avec les services hospitaliers, permet

la mise à disposition des nouvelles molécules. Les chercheurs et médecins-chercheurs, au sein des universités et unités **INSERM**, en lien avec les **CHU** et les **CLCC**, sont des acteurs majeurs de la recherche académique, qui représente la plus grande partie de la recherche en oncologie pédiatrique. Afin de soutenir les équipes



médicales dans cette démarche, des "guichets d'interface" ont été créés, comme par exemple les 12 URCC (Unités de Recherche Clinique) à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Leurs missions sont de déployer une assistance méthodologique auprès des investigateurs. Outre les aspects réglementaires et éthiques, le financement des projets de recherche est souvent une grande difficulté. Le **PHRC-K (Programme Hospitalier de Recherche Clinique en Cancérologie)** est une source importante de financement, attribué annuellement dans le cadre d'appels à projets de recherche ministériels. Néanmoins, ce mécanisme de financement reste insuffisant, notamment en pédiatrie, où le financement privé, via les milieux associatifs,

reste une source majeure de l'innovation, en soutenant des projets de recherche fondamentale, clinique ou translationnelle académiques.

■ Acteurs

Le progrès est avant tout une affaire d'humains partageant des valeurs communes, personnelles, professionnelles et éthiques, dont l'objectif est l'améliora-

engagés dans l'enseignement au sein des universités, partenaires privilégiés des hôpitaux. **La recherche clinique**, grâce aux recueils anonymisés des données de santé dans le respect de la loi, permet de fournir des informations essentielles sur le parcours de soins, les besoins en santé et la connaissance médicale, via par exemple, le **Registre national des cancers de l'enfant** ou les nombreuses études de cohorte. Elle permet également d'améliorer l'efficacité des traitements grâce aux essais randomisés et d'enrichir l'arsenal thérapeutique en pédiatrie, grâce aux essais précoces de développement des anticancéreux.

La recherche fondamentale,

décryptant la biologie des tumeurs, vient s'adosser à cette recherche clinique. Elle nécessite au préalable la constitution de tumorothèque correctement annotée permettant d'alimenter des programmes de recherche, afin d'identifier par exemple de nouvelles cibles thérapeutiques. Enfin, les grandes orientations en matière de politique de santé à l'échelle nationale et européenne, ainsi que les **associations de parents et de patients**, sont des soutiens indispensables pour faire progresser la prise en charge des cancers de l'enfant.

Dr A. Petit

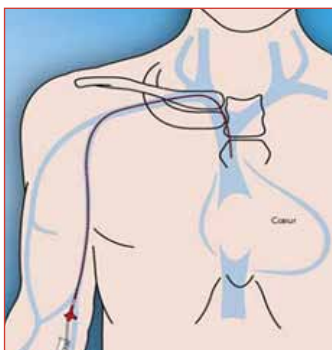
- *CHU : Centre Hospitalier Universitaire*
- *CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer*
- *INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale*
- *RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire*
- *SFCE : Société Française de lutte contre les Cancers et leucémies de l'Enfant et de l'adolescent*

• L'utilisation du Picc Line en onco-hématologie pédiatrique : stratégie de deuxième ligne ? (Intégralité de l'article sur www.rifhop.net / Espace Pro / Journal n° 19)

Habituellement, le choix de cathéters, à émergence cutanée ou site implantable, dépend de la thérapeutique envisagée, la durée du traitement, l'intégrité du capital veineux et l'organisation possible de la prise en charge à domicile, voire la compliance du patient.

■ Une nouvelle stratégie propose le recours au PICC line en hématologie-oncologie pédiatrique, si la durée d'utilisation est prévue supérieure à 6 jours et inférieure à 6 mois.

Le **PICC line**, Cathéter Central Inséré par voie Périphérique (Peripheral Inserted Central Catheter) représente une alternative aux abords veineux centraux "classiques". Depuis 2008, plusieurs équipes françaises de pédiatrie générale l'ont expérimenté.



Cette particularité de cathéter veineux central inséré par une veine périphérique lui confère des caractéristiques spécifiques qui le différencie des autres types de voies veineuses centrales tant sur le plan médical que dans son utilisation quotidienne. Par définition, le PICC line, d'une longueur de 50 à 60 cm, est inséré par une veine périphérique profonde du bras (fréquemment la veine basilique, en avant du pli du coude) sous repérage échographique jusqu'à la jonction veine cave supérieure – oreillette droite.

Cette mise en place s'effectue par un opérateur entraîné (anesthésiste ou radiologue) dans des conditions stériles, mais pas forcément au bloc opératoire en une vingtaine de minutes, de façon simple, non douloureuse, sans anesthésie générale (utilisation d'Emla 2 heures avant la pose, de Méopa et de Xylocaïne injectée localement en périphérie du guide). Les risques iatrogènes sont faibles : en effet l'accès brachial s'affranchit du risque respiratoire (pneumothorax).

En polyuréthane ou en silicone, souple et flexible, radio opaque, compatible avec les IRM, à simple ou à double lumière, muni d'une valve bidirectionnelle proximale permettant de rester en système clos à pression positive ou neutre, cette voie veineuse peut ensuite être conservée plusieurs semaines, voire plusieurs mois (jusqu'à 6 mois pour les cathéters en silicone).

Le cathéter peut être suturé à son émergence cutanée ou fixé avec des adhésifs stériles simples ou un dispositif adhésif sans suture (type Statlock®, Grip-lok®). Son retrait peut être effectué par un infirmier, sans anesthésie générale, sur prescription médicale par simple traction.

Les soins effectués correspondent à ceux d'une voie centrale selon les recommandations de la SF2H juin 2011 et adaptés aux recommandations Rifhop (fiches Rifhop VVC n°3 et n°7) en respectant une asepsie stricte.

■ Plusieurs aspects restrictifs viennent cependant pondérer le choix de ce dispositif.

En effet, l'absence de

fixation choisie en pédiatrie pour limiter les cicatrices de points et les brèches cutanées induit une **réfection délicate du pansement hebdomadaire**, surtout au domicile. Le risque de retrait accidentel sans conséquence hémorragique ou, plus facilement, le phénomène d'aller-retour (risque infectieux) ou de déplacement (troubles du rythme ou érosion de la veine si frottement) restent présents. La référence à la longueur de cathéter notée sur la fiche surveillance de voie centrale du classeur



Rifhop doit être vérifiée. Si les repères changent, le médecin devra être prévenu et une vérification radiologique pourra être demandée dans le centre de proximité s'il existe, ou dans le centre de référence.

Par ailleurs, étant donné la petite lumière du cathéter, le **risque d'obstruction** constitue la complication la plus fréquente. La gestion de ce problème est identique à celle des cathéters centraux. Un ou plusieurs rinçages en saccades douces, avec des seringues de 10 ml au moins pour limiter l'hyperpression conduisant à des fissures ou migrations du cathéter seront effectués. Enfin en dernière intention, l'injection de fibrinolytique s'effectuera sur prescription très précisément selon les protocoles hospitaliers

(fiche Rifhop VVC n°5).

L'autre complication majeure est le **risque infectieux** augmenté par le non-respect de l'occlusion du pansement de Picc Line. Il peut être conseillé d'entourer d'une bande ou d'un filet, le bras du patient dans la journée et de faire prendre la douche avec une protection. En cas d'inflammation (rougeur, chaleur, douleur, oedème) au point d'émergence, comme pour les autres VVC, il sera urgent de le signaler au médecin.

La **thrombose veineuse** représente la dernière complication la plus rencontrée. Elle survient essentiellement dans les 15 jours suivant la pose. Elle se manifeste cliniquement par un œdème du parcours du cathéter, de la main ou du bras, et par un cordon veineux induré.

En conclusion, les complications mécaniques, plus qu'organiques, sont souvent liées à la méconnaissance de ce matériel encore rare dans nos services. Il paraît donc fondamental d'accompagner par un complément d'information les professionnels de santé et les équipes soignantes. Ainsi, il reste pertinent de réfléchir à cette alternative de VVC sûre, avec peu de complications graves, une pose simple, un moindre coût, et la proposition éventuelle dans le début des phases d'entretien pour les enfants leucémiques.

■

S. Gomes, IDE principale d'HDJ Curie et
L. Bénard IDE
coordinatrice Rifhop

• Formation par la simulation en Onco-Hématologie Pédiatrique

■ La prise en charge d'un enfant atteint de cancer confronte régulièrement les soignants à des situations complexes ou inattendues, souvent rares, nécessitant une réaction rapide et adéquate.

Le champ de ces situations est finalement assez vaste. La situation peut être liée à l'urgence médicale, comme une détresse respiratoire brutale, ou un arrêt cardiaque, ou à une question d'un parent (ou d'un patient) dont le contexte de la demande, le contenu ou la réponse peuvent mettre le soignant en difficulté. La formation à ces situations permettra aux soignants non seulement une meilleure anticipation par une reconnaissance précoce de l'évènement, mais surtout une meilleure mise en oeuvre des réponses adéquates qui seront bénéfiques au patient et/ou son entourage.

■ La formation par la simulation en santé est une approche innovante, qui se prête à préparer tous les soignants, individuellement et en équipe, à vivre une situation inhabituelle dans des conditions «proches du réel». Le soignant est ainsi confronté à un évènement simulé, dans un temps court (10 minutes), qui va lui permettre d'activer et de mettre en pratique ses

connaissances. Une caméra et des examinateurs enregistrent les actions entreprises durant la séance, puis au cours d'une séance de retour ou «debriefing», ils invitent les participants à faire l'analyse des actions qu'ils ont entreprises, à ex-



primer leur ressenti et à identifier les points à améliorer. Cette démarche de formation, encore émergente en France, est en pleine structuration et largement encouragée par la Haute Autorité de Santé.

■ Pour autant, une telle approche a-t-elle une place au sein de nos services pédiatriques d'Hématologie et d'Oncologie ? Quels sont les thèmes prioritaires à aborder ? Comment peut-on la mettre en place ? Une enquête menée à l'Hôpital Trousseau, autour de la prise en charge de l'arrêt car-

diaque de l'enfant a montré que la majorité des soignants se sentaient en difficulté pour faire face aux premiers gestes d'urgence. 98% souhaitaient avoir une formation dédiée et 88% une formation en équipe intégrant infirmières (IDE),

auxiliaires puéricultrices (AP) et médecins. Une formation par la simulation a ainsi été mise en place dans le service d'Hématologie Oncologie Pédiatrique utilisant un mannequin de simulation haute-fidélité, piloté par un ordinateur qui permet aux 2 examinateurs de faire réagir en temps réel le simulateur, aux actions entreprises par les soignants. Le mannequin occupait une chambre dans le service comme un autre patient. Les soignants (1 à 2 IDE, 1 AP, 1 médecin par équipe) étaient sollicités à tour de rôle pour prendre en charge ce patient simulé.

■ Plusieurs scénarii ont été réalisés : arrêt cardiaque de l'enfant, choc allergique à l'asparaginase, troubles du rythme au cours d'une perfusion d'antracycline.

Quatre séances ont ainsi pu être réalisées pour 30 soignants, dont 24 IDE/AP et 6 médecins. Le retour de cette expérience est extrêmement positif et

a permis à chacun de vivre une situation difficile et anxiogène, riche d'enseignement sur ses points forts et ses limites, ainsi que sur le fonctionnement de chacun au sein d'une équipe pluridisciplinaire en situation critique.

■ On peut conclure de cette expérience que la formation par la simulation «haute-fidélité» pourrait avoir une place dans nos services pédiatriques spécialisés ou généraux. Elle mérite d'être développée et proposée dans le cadre du développement professionnel continu. La simulation «basse fidélité», déjà mise en place par le RIFHOP, pourrait également être développée par les services spécialisés pour l'apprentissage de certains gestes : pansement du cathéter veineux central ou mise en place d'une aiguille de Hubert sur une chambre implantable pour les IDE, ponction lombaire ou myélogramme pour les internes, grâce à l'utilisation de mannequins dédiés.

Enfin, des séances de simulation «relations patient/parents/soignants» pourraient être organisées à l'aide de comédiens, pour reproduire des situations relationnelles «sensibles ou à risque» comme l'annonce diagnostique, l'annonce palliative ou certains conflits qui peuvent s'installer entre parents et soignants. Les soignants, au travers de la formation, doivent pouvoir bénéficier de l'innovation, grâce notamment aux relations privilégiées entre les établissements de santé et les universités.

■
Dr A. Petit,
Oncopédiatre,
Hôpital Armand Trousseau



• Enquêtes et évaluations : un processus continu d'amélioration

■ Mise en œuvre

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé est initiée depuis 2004. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement. L'évaluation fait partie intégrante du processus de prise en charge infirmière.

■ Dans le cadre de la SFCE*, sous la présidence du Dr Michon, la création d'un comité des réseaux au plan national a permis à l'ensemble des réseaux de cancérologie pédiatrique de réfléchir à nos problématiques communes. Début 2014, un état des lieux des outils d'évaluation des réseaux a été réalisé par des membres du comité SFCE. Un questionnaire a été adressé aux 14 réseaux nationaux et 7 réseaux ont répondu à l'enquête. Les résultats montrent que l'évaluation est une démarche volontaire pour 85% des réseaux, mentionnée dans la charte (85%), réalisée pour le réseau lui-même (100%) et envisagée dans une perspective d'amélioration des pratiques (57%). Il s'agit d'une évaluation interne (auto-évaluation) dans 71 % des cas et 57 % des réseaux la voit comme une démarche imposée.

■ L'évaluation : un parcours semé d'embûches

Les réseaux soulignent l'intérêt de l'évaluation mais n'ont souvent que peu de moyens pour l'appliquer par manque de temps, de personnels dédiés, de compétences, notamment en méthodologie, avec une absence de financement dédié, sans accompagnement extérieur pour soutenir les équipes.

Depuis sa création, le RIFHOP s'est inscrit tout naturellement dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins via les procédures et les outils mis à disposition des professionnels.

■ Dès 2010, ont été réalisées :

- Deux évaluations du classeur de liaison auprès des professionnels et des familles en 2010 puis en 2012 qui ont conduit à un réajustement des documents.
- Une validation des « Recommandations médicales pour la prise en charge des neutropénies fébriles » qui a permis mis en évidence l'adhésion globale des prescripteurs des centres référents comme de proximité en 2011. L'enquête sera à renouveler sur 2015.
- Une auto-évaluation des infirmières libérales en 2013 concernant les soins apportés aux enfants sur



voie veineuse centrale lors des prises en charge des enfants en soins palliatifs. Nous avons obtenu 42 réponses sur 60 questionnaires envoyés et communiqué les résultats lors du congrès de la SFAP 2013.

- Une enquête sur la traçabilité de la douleur lors des gestes invasifs en oncologie et hématologie pédiatrique a permis d'activer un groupe de travail pour créer une fiche de liaison à inclure dans le classeur de liaison de l'enfant concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur des enfants : cette fiche sera accompagnée d'échelles d'évaluation de la douleur.

- Une évaluation sur la satisfaction des professionnels et des familles lors des interventions dans les établissements scolaires depuis 2013, encore en cours.

■ Projets 2014 et 2015

- Évaluation de l'application des recommandations concernant les Voies Veineuses Centrales sous forme d'audit de pratiques en auto évaluation interne dans tous les établissements partenaires et HAD.
- Évaluation plus générale de la prise en charge des

patients par l'ensemble des infirmières libérales.

Enquête sur le rapport d'activités de tous les établissements partenaires en proximité.

- Évaluation de la satisfaction des familles par rapport à la visite réalisée au domicile par les coordinatrices pour améliorer l'aide apportée.
- Enfin, l'étude des questionnaires de satisfaction distribués à chacune de nos journées de formation nous permet de progresser et de nous adapter le plus précisément possible aux demandes.

■ En conclusion

Comme chaque année, un bilan d'activités du RIFHOP est réalisé et mis en ligne sur notre site (www.rifhop.net) dans l'onglet de la présentation du réseau. L'évaluation des pratiques professionnelles est un phénomène continu d'amélioration de la qualité des soins comme le synthétise la roue de Deming. Ce processus est bien sûr à considérer comme une chance pour le patient. ■

M. Gioia, coordonnateur central Rifhop et L. Bénard, coordinatrice secteur sud-ouest

*SFCE = Société Française des Cancers de l'Enfant

#5 CONTINUOUS IMPROVEMENT



• Du cadre théorique au cadre de terrain le principe de réalité

■ **Les innovations dans la prise en charge des enfants d'onco-hématologie peuvent aussi se manifester dans le management quotidien des services.** C'est dans cette optique que j'ai rencontré Sandrine Zirnhelt, cadre de santé en hématologie à Robert Debré.

«L'innovation est devenue banale du point de vue des situations et des acteurs qu'elle mobilise. Elle n'est plus le seul fait des entrepreneurs et des chercheurs»*.

Dans les services à l'hôpital, l'innovation est présente partout. Dans l'évolution : des thérapeutiques mises en place, des règles édictées, dans le matériel et les dispositifs techniques utilisés, les formations initiales des professionnels ... Le cadre de santé doit adapter son management et accompagner les effets de ces mouvements permanents. Voici quelques exemples de projets ou d'action mis en œuvre dans le service.

■ **Le management par les compétences**

Il s'agit ici de repérer dans les équipes des compétences spécifiques réparties sur plusieurs personnes ou de les générer par la formation en fonction des besoins du service et du désir des soignants. Dans la prise en charge des enfants greffés, une technique de traitement de la GVH (maladie du greffon contre l'hôte), réfractaire aux autres traitements médicamenteux, est cours de développement à Robert Debré : la photophérèse extracorporelle (PCE). C'est un procédé qui vise à filtrer le sang du patient et à traiter les globules blancs extraits par photothérapie, puis à les lui réinjecter. L'innovation réside dans l'utilisation

de cette technique pour des enfants de petit poids (moins de 20 kg) et dans le fait qu'elle s'effectue au lit du patient (auparavant, ce traitement était administré uniquement en service de dialyse ou à Necker). Une trentaine d'infirmières ont été formées pour la partie théorique, et quatre d'entre elles ont terminé leur formation «pratique» et sont en capacité d'effectuer les séances de PCE dans le service aujourd'hui. Sandrine Zirnhelt raconte que ce projet a été très motivant et valorisant pour l'équipe lors de sa mise en place en septembre 2013. Cependant, les contraintes organisationnelles et les difficultés de gestion des ressources humaines ne permettent pas encore de générer autant de séances que souhaité.

■ **L'amélioration continue des pratiques**

L'évolution des normes, des règles de bonnes pratiques, mais aussi l'usage de nouveaux médicaments ou de nouveaux procédés entraînent inévitablement du changement dans les protocoles, procédures ou modes opératoires, et demandent donc une innovation perpétuelle.

Le service d'hématologie s'est, par exemple, engagé dans un processus de révision et d'évolution de toutes ses pratiques (médicales et de soins) afin de bénéficier de l'accréditation JACIE nécessaire à l'activité de greffe de moelle osseuse. L'accompagnement des soignants par l'équipe d'encadrement et par l'équipe médicale a permis de donner du sens au changement, et ainsi de permettre à chacun de participer à cette évolution exigée.



■ **L'accueil des nouveaux professionnels et des étudiants**

L'accueil et la formation des professionnels paramédicaux est une préoccupation importante au sein du service, et plus largement au sein de l'établissement.

Le service d'hématologie a fait le choix de détacher de son effectif soignant une infirmière. Cette dernière, appelée infirmière référente en soins, est une IDE expérimentée qui a pour mission d'accompagner ses nouvelles collègues et de faciliter leur prise de fonction, mais aussi d'être le tuteur (référént) de tous les étudiants effectuant un stage au sein du service. Ce positionnement «hors soins» et sa collaboration avec l'équipe d'encadrement lui permettent d'être au fait des innovations dans les enseignements et ainsi d'accompagner les professionnels de terrain en leur permettant d'adapter leurs méthodes de tutorat aux nouveaux besoins et exigences.

Finalment, on s'aperçoit que le processus d'innovation est perpétuel et se retrouve dans toutes les activités des professionnels soignants. La réussite, ou tout au moins la mise en œuvre de l'innovation ne peut s'envisager que collectivement.

C'est pourquoi Sandrine Zirnhelt est convaincue que les leviers de l'innovation s'articulent en trois étapes : 1 les idées, 2 les envies, 3 les moyens. Assurément tous les services de pédiatrie adhérents au Rihop répondront que le troisième point reste souvent le point faible du processus.

■
L. Méar, d'après un entretien avec S. Zirnhelt, cadre de santé, service d'hématologie pédiatrique, Hôpital Robert Debré

* (Norbert Alter, *L'innovation ordinaire*, PUF, Sociologies, 2000)

• Recherche clinique et questions éthiques

le regard d'une infirmière

■ **Les cancers de l'enfant, moins de 1% des cancers en France, sont considérés comme des maladies orphelines et posent la question de l'innovation thérapeutique.**

Dans les centres spécialisés, la recherche clinique est un élément important de la réflexion globale autour du traitement de ces maladies.

Les essais cliniques sont des expérimentations scientifiques menées sur l'homme avec l'objectif de faire progresser et d'améliorer les thérapeutiques. Ils font partie des étapes de développement d'un nouveau médicament avant sa mise sur le marché.

■ **Dans ce processus, on distingue 3 étapes importantes :**

- **Les essais de Phase 1** ont pour objectif l'étude de la toxicité d'un nouveau médicament et sa tolérance par l'organisme humain. À cette étape, on cherche à déterminer la dose maximale tolérée (DMT). Ce 1^{er} essai d'un nouveau médicament sur l'homme est l'étape qui suit directement la phase d'essai pré-clinique, c'est-à-dire les essais en laboratoires. Généralement, en oncologie pédiatrique, les essais de phase 1 concernent de nouveaux médicaments ayant été préalablement testés chez les adultes.

- **Les essais de phase 2** ont pour objectif d'étudier l'efficacité d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle association de thérapeutiques. Les essais de phase 2 peuvent être des essais comparatifs (randomisés) ou pas.

- **Les essais de phases 3** sont des essais comparatifs dont le but est de déterminer la supériorité du traitement expérimental sur le traitement standard.

■ **En France, la recherche clinique est très encadrée sur le plan législatif.**

La Loi Huriet-Sérusclat pose de manière très claire les conditions de licéité* de ces recherches et fait du consentement libre et éclairé de la personne un préalable incontournable. Les Comités de Protection des Personnes veillent au respect de la loi et à l'intérêt supérieur de l'Humain en matière de recherche clinique. L'histoire contemporaine est en effet encore marquée par les atrocités perpétrées par les médecins nazis en matière d'expérimentation sur l'Homme. La recherche clinique en oncologie pédiatrie pose de grandes questions éthiques avec lesquelles les patients, leur entourage et les soignants tentent d'avancer au quotidien. La justification morale de la recherche clinique est régulièrement interrogée.

■ **La question du consentement en pédiatrie reste complexe.**

Même si la loi exhorte les médecins à tenir compte de l'avis de l'enfant toutes les fois que cela est possible, en pratique, les parents doivent se prononcer à sa place avec tout ce que cela comporte de responsabilité ; surtout à des étapes critiques de la maladie de l'enfant (échec thérapeutique, rechute maladie d'emblée incurable).

Les essais de phase 1 ou 2 sont le plus souvent proposés aux enfants en échappement thérapeutique, en rechute ou ayant des maladies d'emblée inguérissables avec les thérapeutiques actuelles. Il n'est pas question dans ces conditions de présenter les protocoles de recherche clinique comme LA solution miraculeuse qui va apporter la guérison, mais bien comme une alternative thérapeutique. Les équipes soignantes jonglent avec

l'espoir réel que ces médicaments apportent quelque chose à ces enfants en situation critique sans sur-estimer les bénéfices attendus et la prise en compte de la qualité de vie de l'enfant, dans les phases palliatives notamment.

■ **Dans les services spécialisés, les soignants non médicaux** sont un maillon important de la mise en oeuvre des proto-



coles de recherche clinique. C'est à eux que revient l'administration des médicaments à l'essai. Même si les protocoles d'essais cliniques font de plus en plus partie de la prise en charge quotidienne dans les centres spécialisés, leur application se fait dans des conditions très strictes et très contraignantes (il en va de «l'interprétabilité» des résultats) qui peut générer un a priori négatif chez les soignants non médicaux. La question de leur adhésion aux essais cliniques peut se poser.

Comment accepter d'infliger des effets secondaires importants et d'altérer la qualité de vie des enfants dans ces phases critiques, dans une visée altruiste ? Comment trouver sens à cela ? La formation des soignants non médicaux à la recherche clinique, leur plus grande implication dans les processus

décisionnels et la possibilité qui leur est donnée de partager leurs questionnements sans tabou ni crainte en équipe pluridisciplinaire sont des éléments importants dans cette quête de sens.

La recherche clinique en oncologie pédiatrique est incontournable aujourd'hui. Nous en voyons les usages au quotidien dans nos services spécialisés. Faire de la recherche clinique, ce n'est pas simplement tester de nouveaux médicaments. C'est aussi tenter de répondre à la question «comment faire mieux avec moins de médicaments?». Les protocoles de traitement désescaladés en sont l'illustration. L'enjeu majeur est bien l'intérêt supérieur de l'enfant malade d'aujourd'hui et celui de l'enfant malade de demain.

■
*Marie Solange Douçot,
infirmière, service de pédiatrie,
Institut Curie*

*licéité : c'est le caractère licite d'une chose. Une chose licite étant une chose permise par la loi (et donc par la morale...?)

■
Sur la recherche clinique et les thérapies ciblées, nous vous renvoyons vers d'autres articles à retrouver sur www.rifhop.net :

- "Les essais cliniques en cancérologie pédiatrique", Jean Hugues Dalle et Dominique Davoust, *Journal du Rifhop* n°11, septembre 2011, p 3.

- "Les nouvelles thérapies ciblées", Gilles Vassal, *Journal du Rifhop* n°16, juin 2013, p 3.

- "Place en 2013 et futur des thérapies ciblées", Christelle Dufour, *journalée du Rifhop* du 31 mai 2013, à Espace Membres

• La médecine ciblée une innovation à construire

Dans de nombreux secteurs de la médecine, l'innovation des traitements par les thérapies ciblées, est un grand espoir pour de nombreux malades. En cancérologie, la médecine ciblée adapte les traitements contre les tumeurs en fonction de caractéristiques biologiques précises et bien identifiées, le plus souvent dues à l'expression de gènes déterminés, afin de faire bénéficier le malade de thérapies moléculaires ciblées. Au dire de la communauté médicale, cette "révolution" sans précédent va dans le sens d'une bien meilleure prise en charge et d'un mieux guérir jamais égalé.

En regard de cette affirmation, aucun malade ne va remettre en cause les avancées de ces recherches et de leurs applications puisqu'il bénéficiera probablement de thérapies moléculaires ciblées devant permettre une meilleure efficacité et des conséquences moins lourdes pour l'individu.

Mais les certitudes des médecins et des chercheurs ne répondent pas aux préoccupations des malades: l'identification des caractéristiques biologiques des maladies ou des tumeurs, le plus souvent reliées à un ou des gènes posent des problèmes médicaux, sociaux et sociétaux nouveaux qui ne peuvent être oubliés dans les développements de ces nouvelles thérapies. Et parce qu'ils sont des adultes en devenir, les enfants doivent faire l'objet d'attentions exacerbées et de respect particulier.

Les parents des enfants malades, quelle que soit la pathologie, souhaitent que soient approfondis la sécurité des données, l'extension des études de recherche dans le temps, la confidentialité des résultats, la protection de

la vie privée pour tous les membres de la famille ainsi que la possibilité de l'enfant devenu adulte de reprendre les autorisations données par ses parents en un temps où il était mineur.

Le citoyen et la société entière se doivent de réfléchir aux conséquences que la médecine ciblée va engendrer et accepter le dialogue : la participation des patients et des associations dans tout processus de décision et de contrôle est essentielle pour faire de la médecine ciblée une véritable révolution thérapeutique acceptée.

■
Catherine Vergely
Secrétaire générale de
l'UNAPECLE (Union Nationale
des Associations de Parents
d'Enfants traités pour Cancers et
Leucémies)

• Faire évoluer les gestes ? dispositif motorisé pour ponctions osseuses

L'exploration d'une hémopathie maligne nécessite la réalisation de myélogrammes et parfois de biopsies ostéo-médullaires (BOM). Afin de réduire la douleur liée au geste, un traitement médicamenteux est utilisé (patch de lidocaïne, antalgique de pallier 2, MEOPA) permettant de rendre ce geste acceptable pour l'enfant. La rapidité d'exécution est un facteur important du confort car l'enfant supporte mal un geste qui dure et la contention parfois associée. Le matériel utilisé par l'opérateur est une aiguille adaptée, insérée dans l'os de manière manuelle. Les échecs de BOM ne sont pas rares et nécessitent de répéter la ponction.

Les industriels proposent depuis peu un dispositif d'insertion motorisé pour les aiguilles de myélogramme ou de BOM. Quelques études ont comparé l'utilisation d'un dispositif motorisé versus le

dispositif manuel chez l'adulte, pour la réalisation de BOM. La douleur immédiate liée au geste, évaluée par l'EVA, est comparable par les deux techniques mais la douleur résiduelle est significativement moins importante à 24 heures. La vitesse d'exécution est deux fois plus rapide, le taux de succès plus élevé et la biopsie osseuse de meilleure qualité.

Ce dispositif n'a jamais été évalué chez l'enfant. Les facteurs qui semblent d'emblée limitant sont le bruit du dispositif et son image que l'on peut facilement assimiler à une «perceuse». Ces deux aspects nécessitent une évaluation chez l'enfant ainsi qu'une réflexion sur l'accompagnement à ce geste, par une information adéquate et des mesures de distraction pour l'enfant.

■
Dr Arnaud Petit,
oncopédiatre, Hôpital Trousseau

• La transfusion sanguine idéale : mythe ou réalité ?

La transfusion sanguine dépend des donneurs sains. Les risques imprévisibles de la transfusion et la difficulté d'approvisionnement en produits sanguins ont stimulé le développement d'une stratégie alternative : la production ex vivo des globules rouges (GR). Les cellules souches hématopoïétiques (CSH) présentes dans la moelle osseuse et le sang du cordon ombilical sont le matériel de base de la reproduction ex vivo des GR.

Amplifier la prolifération des CSH primitives, induire leur engagement exclusif vers la lignée érythroïde et aboutir à la maturation finale du GR, est la phase la plus complexe dans la production ex vivo des GR. Des quantités importantes de GR sont nécessaires, l'objectif est de 2000 milliards par concentré globulaire pour

répondre aux besoins transfusionnels. Pour prétendre à une application clinique, un tel programme nécessite le développement de nouvelles technologies. Le concept serait celui d'un automate de culture capable de fabriquer, de conditionner de grandes quantités de GR, et de conserver l'auto renouvellement des CSH et leur différenciation.

La culture du GR permettrait une approche nouvelle dans la recherche du GR «universel», (groupe O Rhésus négatif). Récemment, la production de cellules érythrocytaires matures à partir de cellules souches embryonnaires humaines et de cellules pluripotentes induites d'origine humaine a été rapportée (Yamanaka, 2011). Aujourd'hui la génération d'un «sang artificiel» en quantité massive se révèle difficile. Des

avancées considérables, quasi révolutionnaires devraient être réalisées. Un rêve



Si ces résultats sont confirmés chez l'homme, il sera alors possible d'envisager la constitution de banques de sang de cordon pour la production de GR.

■
Dr Fatima Khelfaoui,
oncopédiatre,
Hôpital de St Camille
(Bry sur Merne)

• **Traçabilité de la douleur**
Un nouvel outil dans le classeur de liaison

Le groupe de travail Traçabilité Douleur, animé par le Dr Oya Sakiroglu, vient de finaliser une fiche recto-verso pour tracer l'évaluation de la douleur et sa prise en charge lors des gestes invasifs. Cette réalisation fait suite à une enquête menée par le Rifhop auprès de tous nos partenaires d'octobre à décembre 2013 (à retrouver sur notre site internet dans l'Espace Membres).

La fiche recto est à remplir par le CHS au moment de la sortie : c'est un mémo de ce qui convient à l'enfant. La fiche verso est à remplir par les CHP et au domicile : c'est la traçabilité lors des soins.

La place de cette fiche est prévue dans le classeur de liaison sous l'onglet "Transmissions". À partir de janvier 2015, dans la nouvelle édition du classeur, cet onglet deviendra : "Transmissions et douleur".

La fiche Douleur sera accompagnée de trois échelles d'évaluation fournies par Apicil et accrochées à l'anneau supérieur du classeur : EVA, Visage et FLACC.

D'ici à fin décembre nous pourrons réajuster le document si besoin en fonction du retour des équipes. Une évaluation de la mise en place de la fiche est à prévoir en 2016.

La fiche recto : à remplir 1 seule fois par le CHS

Mémo douleur <small>les des gestes invasifs à remplir à la première sortie du CHS</small>									
Fiche remplie le :	Fonction PAC	Pansement ET ou autre	Injection ou perfusion			Fonction lambaine		Autre	
DATE			SC	IM	IV	DL	IT		
Medicaments utilisés (Morphine, Nubain, Atarax, Misco, Irbis, Seclorine...), à préciser									
Participation des parents									
Distractions (chansons, comptines, tablettes, vidéos, poupée chiffon, ...) à préciser									
Traitements non médicamenteux	Techniques hypo analgésie								
	Relaxation								
Comportement pendant les soins	Avant								
	Pendant								
	Après								
Echelle utilisée et notation	Avant								
	Pendant								
	Après								

La fiche verso : pour tracer tous les gestes invasifs en CHP et au domicile

Traçabilité de la douleur <small>les des gestes invasifs en CHP et au domicile</small>							
Date et heure	Identité du soignant	Nature du soin	Durée du soin	Présence d'un parent	Technique utilisée à visée analgésique	Evolution après	
						Douleur	Confort Comportement

Fiche téléchargeable sur le site du Rifhop à :
 Classeur de liaison / Version 2014

• **Bienvenue à Marilyne...**

Depuis la création du RIFHOP, sur le secteur Nord, les infirmières coordinatrices ont changé régulièrement d'activité. Valérie Descartes part s'installer en cabinet d'infirmière libérale dans le 95. Nous poursuivons ainsi notre belle collaboration.

À dater du 16 juin nous accueillerons Marilyne CALANDREAU infirmière puéricultrice actuellement en poste à l'Institut Curie, dans le service d'oncologie pédiatrique de notre cher vice-président. Nous sommes heureux de son arrivée parmi nous. Ses expériences professionnelles en centre de référence lui permettront de maintenir le degré de formation auprès de ses paires.

Nous en profitons pour remercier l'Institut Curie qui pourvoit largement aux recrutements de RIFHOP et Paliped et tous les services spécialisés qui accueilleront Maryline pendant quelques jours.



Martine Gioia la présentera à tous les services de pédiatrie générale de son secteur courant juillet pour assurer la poursuite des projets en cours.

• **... et à Marie-Laure**



Arrivée en avril 2014 dans notre Association, Marie-Laure SERON est la nouvelle secrétaire du Rifhop-Paliped.

Agée de 41 ans, elle occupait un poste de secrétaire au SSIAD et à l'HAD de la Croix-Saint-Simon. Son expérience dans le milieu associatif et son professionnalisme sont les qualités requises pour une parfaite collaboration.

• **Nouvelle fiche Picc Line**

Le groupe Voies Veineuses Centrales vient de finaliser cette fiche pour répondre à la demande des infirmières libérales et celles des centres de proximité qui rencontrent de plus en plus souvent ce dispositif (voir article page 6).

Fiche téléchargeable sur le site du Rifhop à :
 Outils du Rifhop / Fiches