



## Journées Parisiennes de Pédiatrie 2014

Les Journées Parisiennes de Pédiatrie ont été créées dans les années 60 par des Professeurs de Pédiatrie des hôpitaux parisiens. Cette "institution", qui a eu lieu pendant de très nombreuses années à la Faculté des Saints Pères, s'est pérennisée avec des comités d'organisation qui ont maintenu la tradition de ces Journées. À la fin des années 2000 les JPP se sont déplacées à la Maison de la Chimie et ont lieu cette année à l'Institut des Cordeliers, rue de l'École de Médecine. Des séances simultanées sont apparues tout en maintenant une conférence plénière. Les plus jeunes, internes et chefs de clinique, sont venus plus nombreux à ces Journées, et représentent aujourd'hui plus du quart des participants. La session des lauréats du DES de Pédiatrie, créée en 2012, permet à ces jeunes médecins de présenter des travaux ayant fait l'objet de leur mémoire avec les félicitations du jury.

Les JPP restent l'occasion d'accueillir des collègues de la francophonie, dont l'Afrique, avec des sessions qui ouvrent traditionnellement cette manifestation. Le RIFHOP est un fidèle partenaire de ces séances introductives en organisant une réunion de travail, sur des thématiques différentes, les tumeurs cérébrales cette année, la radiothérapie l'année dernière, et d'autres sujets antérieurement traités tout aussi passionnants. Les JPP et ces réunions du RIFHOP sont une occasion de rencontre et d'échange entre spécialistes et pédiatres des hôpitaux généraux, force importante de notre réseau, au bénéfice de la qualité de la prise en charge des enfants atteints de cancer.

Une fois de plus, grâce au RIFHOP, la Cancérologie Pédiatrique est un modèle pour les autres spécialités pédiatriques des liens entre Pédiatrie "spécialisée" et Pédiatrie "générale".

*Pr G. Leverger  
Hôpital Armand Trousseau*

20

octobre 2014

# le Journal du RIFHOP

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



*Photographie Laurent Laveder <http://www.laurentlaveder.com>*

## DOSSIER : La nuit

- Soigner et être soigné (même) la nuit
- Préparer la nuit à l'hôpital / Travail de nuit : un choix ?
- Astreintes téléphoniques du pédiatre en HAD
- Témoignages d'adolescents en SSR
- Accueillir une urgence la nuit en CHP
- Situations palliatives : le jour et ... la nuit
- Des berceuses à Gustave Roussy
- La nuit "autrement vue"

[www.rifhop.net](http://www.rifhop.net)

**JOURNÉES RIFHOP ET  
PALIPED**

Inscriptions auprès de la secrétaire

Tél : 01.48.01.90.21, mail : [contact@rifhop.net](mailto:contact@rifhop.net)

Programmes et informations complémentaires sur sites :

- [www.rifhop.net/espace-des-professionnels/congres-et-formation](http://www.rifhop.net/espace-des-professionnels/congres-et-formation)
- [www.paliped.fr](http://www.paliped.fr)

■ **Journée Territoriale Rifhop**

28 novembre CHP Fontainebleau

Prise en charge globale de  
l'enfant atteint de cancer

■ **Journée Territoriale Paliped**

03 février 2015 Espace Scipion, 75005 Paris

■ **Journée Régionale Paliped**

17 mars 2015 Espace Reully, 75012 Paris



**Journées de la SFCE**

du 20 au 22  
novembre 2014 à  
l'Institut Curie  
Paris 75005



Du 10 au 12 décembre 2014

Programme et inscriptions  
[www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)

**Salon infirmier 2014**

05, 06, 07 novembre

Porte de Versailles, Paris

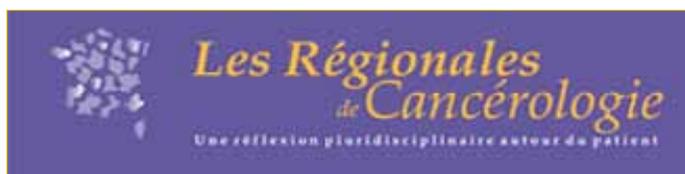
[www.saloninfirmier.fr](http://www.saloninfirmier.fr)

**JOURNÉES  
FRANCOPHONES DES  
AIDES SOIGNANTS**

22 et 23 janvier 2015  
Espace Charenton, Paris



inscription : [www.trilogie.com](http://www.trilogie.com)



01 décembre 2014

- Le cancer : une maladie chronique
- Ateliers : anciens patients Les Agueris
- Infos sarcome

inscription : [www.trilogie.com](http://www.trilogie.com)

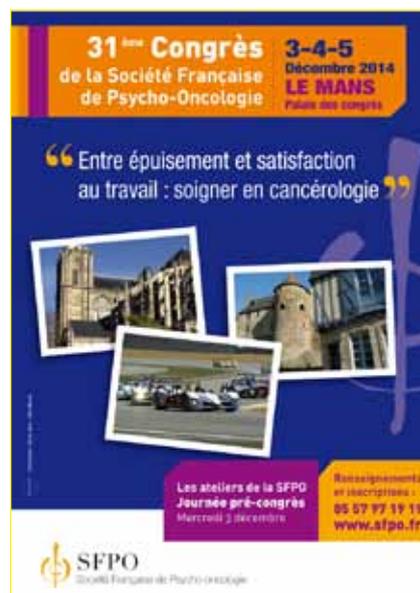
**MENTIONS LÉGALES**

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 : 30 / 09 / 2014  
Dépôt légal : 08 / 08 / 08 GRATUIT / ISSN : 1966-964X

**COMITÉ DE RÉDACTION**

Juliette Saulpic, pédiatre à E. Rist  
Arnaud Petit, pédiatre à Trousseau  
Valérie Souyri, cadre puéricultrice à R. Debré, AP-HP  
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



**Congrès SFPO**  
3-4-5 décembre  
Le Mans

"Entre  
épuisement et  
satisfaction au  
travail :  
soigner en  
cancérologie"

inscription : [www.sfpo.fr](http://www.sfpo.fr)

## • Journée de printemps du Rifhop : 05 juin 2014

■ La journée de printemps du RIFHOP a eu lieu cette année à Gustave Roussy le 5 juin 2014 autour du thème : «**Bien s'occuper des jeunes patients pour qu'ils prennent soin d'eux**». La matinée a été l'occasion de discuter des soins mis en place autour des enfants et adolescents malades et des modalités pour les aider à mieux comprendre leur maladie, leur traitement et à en supporter les éventuelles séquelles.

■ L'équipe du Sud Francilien (A. Aboab, psychologue et C. Guillaumat, pédiatre avec L. Bénard, Rifhop) a débuté cette journée par une vignette clinique de «**Soins complexes soutenus par un centre de proximité**». Elle a présenté l'histoire d'une fillette de 5 ans en cours de traitement d'une LAL qui a développé des troubles du comportement sévères (agressivité, idées morbides, désinhibition) dans un cadre familial peu soutenant. Le débat a porté sur l'analyse de l'origine des troubles présentés par l'enfant. S'agissait-il d'une problématique éducative, du choc de l'annonce, de troubles de la personnalité, d'une agressivité aggravée par la mise sous corticoïdes, d'un dysfonctionnement intrafamilial important? L'importance des collaborations entre les différents intervenants et les mesures alors nécessaires ont été largement discutées.

■ L'importance du «**continuum hôpital – domicile pour que les soins soient optimaux**» a été ensuite abordé (N. Marquis, IDE coordinatrice, A. Trouseau et L. Desille, Rifhop). Elles ont rappelé l'importance de l'organisation et du lien entre le binôme constitué par la

coordinatrice du Rifhop et l'équipe du centre hospitalier de spécialité (CHS) pour préparer les sorties avant le retour au domicile. L'accent a été mis sur l'anticipation de ces sorties, sans oublier ni les adolescents, ni les enfants hospitalisés initialement en SSR pour lesquels l'avis de l'évaluation des coordinatrices du réseau reste tout aussi important.



Vincent Van Gogh Amandier en fleurs, 1890

■ «**L'éducation thérapeutique en pédiatrie, de quoi parlez-vous ?**», J. Rouprêt-Serzec (pharmacien, R. Debré) a présenté sur ce thème les modalités de mise en place d'un programme dont l'objectif principal est de rendre autonome l'enfant et sa famille. Il s'appuie sur une relation d'échange à double sens et consiste à définir la balance entre les objectifs thérapeutiques de sécurité des soignants et les objectifs et besoins du patient.

■ «**Comment s'occuper d'un adolescent en rupture de soins?**» N. Boissel, hématalogue à St-Louis a insisté sur l'importance du Rifhop pour les adolescents avant 18 ans et les difficultés pour ceux qui sont plus âgés en raison du manque d'un réseau aussi structuré. La rupture de soins peut porter sur la compliance aux prises de médi-

caments mais aussi sur les venues aux rendez-vous... Un des messages clé est de «**comprendre sans juger**». L'assistance à l'entourage est également primordiale. Les propositions sont d'interroger systématiquement le jeune sur les effets secondaires des traitements, réfléchir au goût et à la galénique des thérapeutiques, simplifier au maximum les

prescriptions, expliquer les objectifs et les effets secondaires potentiels sans oublier de sonder la couverture sociale qu'a le jeune pour tout ce qui concerne les besoins financiers annexes.

■ «**L'importance des infirmiers/infirmières, coordinateurs/trices des soins dans une structure adolescents – jeunes adultes**» a été soulignée par M.C. Lefort, de l'Institut Curie et L. Dagorne de Gustave Roussy qui ont décrit leur rôle dans ces structures.

■ La conception du programme d'éducation thérapeutique joliment nommé «**ÉTOILE**» en hématologie-immunologie à l'hôpital Robert Debré (AP-HP) pour les enfants ayant besoin d'un traitement oral de chimiothérapie au long cours a été présenté (A.G. Briand, IDE et S. Le Bras, diététicienne).

■ Des groupes d'enfants et jeunes présentant des difficultés sociales après le traitement d'une tumeur cérébrale ont été développés à Gustave Roussy pour les aider à une meilleure prise de conscience de leurs difficultés, améliorer leur estime de soi et leur qualité de vie (A. Longaud, neuropsychologue et C. Lopez, pédopsychiatre). Elles tentent par des techniques comportementales (jeu de rôle, technique de modeling, travail sur les émotions, gestion des émotions négatives) de les aider à mieux s'intégrer dans la société.

■ L'après-midi fut consacré au bilan et aux projets des différents groupes de travail du Rifhop ayant pour objectif l'harmonisation des pratiques entre les différents centres du Rifhop et ce, au profit des patients. La vigueur des groupes des PHARMACIENS (Dr B. Lescoeur, R. Debré, C. Plard, St Camille), ANTI INFECTIEUX (Dr J. Saulpic, E. Rist, Dr C. Dufour, G. Roussy), PROFESSIONS ÉDUCATIVES (E. Cuguen, G. Roussy), TRACABILITÉ DE LA DOULEUR (Dr O. Sakiroglu, Margency, M. Gioia, Rifhop), PRATIQUES TRANSFUSIONNELLES (Dr F. Khelfaoui, St Camille) et VOIES VEINEUSES CENTRALES, FOCUS PICC LINE (L. Benard) a été l'occasion de discuter de l'avancée des projets finalisés et du futur : fiches validées, questionnaires, sondages, publications, ... Quelle richesse ! En définitive, le Rifhop, c'est vous. Continuez à vous investir dans ces groupes de travail ! (Voir le tableau des groupes en dernière page)...

■ D. Orbach, Président du Rifhop

« Oh ! Nuit !, viens apporter à la terre, le calme enchantement de ton mystère... ». Si c'était vrai !... Ces vers rappelés dans le film « Les Choristes » nous évoquent une face bien optimiste de la nuit : calme, apaisante, silencieuse, tranquille et réparatrice. Celle que l'interne de garde retrouve parfois dans un temps suspendu où il trouve des enfants paisiblement endormis, une auxiliaire qui donne un dernier biberon en murmurant une berceuse, une infirmière qui change une poche sur la pointe des pieds dans la « peine-ombre » . .

Mais les nuits : à la maison comme à l'hôpital, celles des patients, de leurs parents, celles du personnel, sont aussi, comme le dit la chanson : mystérieuses, angoissantes, solitaires, source d'incertitudes, de questions sans réponse. Celles où l'on nous demande sans préavis : « Vous croyez qu'il va s'en sortir ? ».

Celles du parent qui craque, qui ne supporte plus rien, qui exige de voir le médecin référent dans la minute ; celle des grands moments de solitude des équipes amenées à gérer des urgences vitales avec un

minimum de personnel... On pourrait écrire des pages et des pages des questionnements suscités par la nuit, sur cette temporalité différente où les moments d'angoisse s'étirent, mais où les moments paisibles, blottis sous la couette, sont beaucoup trop courts...

Nous avons tenté dans ce numéro d'aborder les problématiques spécifiques de cette moitié de nos vies. Vous y trouverez des témoignages d'infirmières, de médecins, d'éducateur, de psychologue... et les solutions que chacun trouve pour accompagner au mieux tous ces passages présents dans la nuit.

Bonne lecture, faites de beaux rêves !

Dr J. Saulpic, Clinique E. Rist



Vincent Van Gogh, La nuit étoilée, 1889

## • Soigner et être soigné, (même) la nuit

*Il est de notre responsabilité en tant que soignants d'assurer une continuité des soins tous les jours de l'année, mais aussi 24h sur 24h.*

■ À l'Institut Curie, les soins de nuit sont modifiés au cours du temps. Nous sommes passés d'un discours, il y a 15 ans, incitant les parents à laisser leur enfant seul à l'hôpital (« Profitez-en pour vous reposer et revenir en forme pour mieux vous occuper de lui »), à celui qui nous semble plus adapté aujourd'hui, de s'organiser

pour qu'au minimum un des parents puisse rester auprès du jeune malade s'ils le désirent, et ce, de jour et de nuit.

■ Les services d'AJA (adolescents-jeunes-adultes) devraient d'ailleurs aussi accepter que les copains/copines puissent rester auprès du jeune patient, et ce, même la nuit. Dans notre société, n'autoriser que les personnes de la famille proche à rester auprès du jeune patient est à risque de s'apparenter rapidement à

de la paléomédecine. C'est faire fi, me semble-t-il, de l'importance des liens parfois majeurs et même primordiaux pour les soins qui existent entre le jeune et sa/son compagne/compagnon. S'organiser pour arriver à respecter leur intimité semble de même important dans cette situation de maladie grave, en essayant de s'affranchir des fantasmes qui nous traversent aussitôt qu'on imagine deux jeunes rester la nuit ensemble dans la même pièce.

■ Le travail hospitalier des équipes paramédicales de nuit est connu pour être plus compliqué que celui de celles du jour.

De nombreux facteurs peuvent expliquer les motivations des femmes et des hommes de cette profession qui travaillent la nuit. Le calme relatif de la nuit, s'opposant à l'ambiance de « ruche » qui existe le jour est souvent très apaisant pour ceux qui travaillent sur ces deux périodes. L'absence

d'équipe médicale sur place et le nombre obligatoirement réduit de soignants obligent les para-médicaux à analyser de manière plus approfondie les situations avant de réveiller/contacter les médecins d'astreinte.

La solidarité des équipes de nuit est réelle pour se débrouiller à trouver un traitement manquant dans tout l'hôpital, pour s'organiser à faire un soin complexe même en nombre réduit de personnel ou pour résoudre un problème technique de manière efficace.

De plus, s'occuper d'une famille qui essaie de se reposer pendant quelques heures est un soin particulier : l'installation du parent restant auprès de son enfant, la réponse rapide aux sonneries des pompes, l'ouverture prudente de la porte, le change délicat de l'enfant pour ne pas (trop) le réveiller, l'allumage précautionneux de la lumière de la salle de bain en évitant la lumière centrale, l'enjambement prudent du lit du parent pour accéder aux pompes et le soin qui se doit d'être rapide et discret, nécessitent tout le professionnalisme de ces équipes.

■ **Les questions et interrogations des parents la nuit peuvent être déstabilisantes**, notamment lorsque l'on n'a pas directement participé à l'entretien de ceux-ci avec le médecin référent : Que dire ? Jusqu'où aller dans les informations transmises ? Mais ces moments restent néanmoins des périodes importantes que vivent les équipes de nuit et les familles.

Les échanges nocturnes entre l'infirmier/ière et l'enfant, parfois néanmoins seul, sont aussi souvent très riches et ce, probablement d'autant plus que le patient est âgé. Il se par-

tage des choses différentes d'avec celles du jour et il n'y a qu'à voir l'importance de certaines informations discutées le matin pendant les transmissions des équipes pour s'en rendre compte.

■ **Ce travail de nuit, certes passionnant par ce qu'il met en jeu, a néanmoins des contreparties négatives pour les soignants.** Bien sûr, la profession d'infirmière est directement concernée par ces problématiques. Les études\* des impacts du travail prolongé de nuit sur la santé des professionnelles font état d'une surmortalité, possiblement expliquée par une consommation médicamenteuse excessive, un déséquilibre nutritionnel, plus de stress, de fatigue chronique, de pathologie dépressive, de facteurs de risques cardio-vasculaires, de tabagisme, de surpoids principalement, et même de certains cancers. Le sommeil diurne est moins réparateur car plus court, perturbé par les éléments extérieurs, morcelé et caractérisé par l'absence de sommeil paradoxal. Les conséquences sociales et sur la vie personnelle sont aussi très importantes.

■ **Au domicile, la nuit est plus souvent source de stress supplémentaire pour les familles que de repos**, surtout en début de traitement. Les inquiétudes et les questionnements sur le caractère mortel du cancer de leur enfant peuvent

ressortir. Certains soucis, facilement résolus de jour, peuvent devenir source d'insomnie. Les questions ne manquent pas en cas de symptôme somatique : «*Que faire ?*». «*Dois-je rappeler le centre ?*». «*Devons-nous retourner à l'hôpital ?*». Signalons, néanmoins le respect souvent important de ces familles vis-à-vis des équipes de soins. MC Lefort, responsable de la hotline AJA ouverte 24h/24 à l'Institut Curie, signalait récemment n'avoir jamais été appelée de nuit par les familles ou les patients directement depuis plusieurs années, alors que les appels ne manquent jamais dans la journée.

Même si les transports sont plus rapides la nuit dans notre belle capitale, il reste néanmoins parfois difficile de convaincre les parents de faire hospitaliser leur enfant en pleine nuit. Nombre sont les familles, pourtant bien informées des risques d'une attente trop prolongée, patientant «encore quelques heures» jusqu'au petit jour pour appeler le centre en cas de fièvre apparue dans la nuit, en espérant probablement sa disparition et de pouvoir surseoir à cette nouvelle hospitalisation.

■ **Les données scientifiques sur la chronopharmacologie des médicaments sont exceptionnelles en oncologie pédiatrique.**

Tout au plus, nous organisons-nous en pratique, pour perfuser au maximum le Cisplatine la nuit afin de minimiser les vomissements. La nuit à l'hôpital est surtout marquée par le souhait d'éviter les perfusions de chimiothérapies non urgentes et les transfusions de produits sanguins pour minimiser les soins complexes à ce moment de la journée.

Un autre moment «à risque» pendant lequel les soins devraient être réduits, est le petit matin juste avant le changement des équipes paramédicales. On sait néanmoins que c'est à ce moment que sont souvent faits les bilans sanguins, les préparations de blocs, de transferts ou les changements de perfusions.

■ **Période de risques et de questionnements spécifiques**, que ce soit au domicile ou à l'hôpital, la nuit reste partie intégrante de l'organisation des différentes structures de soins du Rifhop. Même si cela est plus complexe, il est de notre responsabilité d'y assurer une sécurité identique à celle du jour :

- mise à disposition pour les familles et les correspondants des numéros de téléphone d'astreinte de toutes les équipes soignantes potentiellement joignables la nuit, y compris chirurgicales ;
- disponibilité 24h/24 des hospitalisations au domicile et d'un pédiatre de centre de référence joignable ;
- dossiers médicaux facilement accessibles ;
- et facilités d'accueil dans les structures du RIFHOP prenant en charge le jeune patient et sa famille.



Photographie Laurent Laveder <http://www.laurentlaveder.com>

■  
D. Orbach,  
Président du Rifhop,  
oncopédiatre, Institut Curie  
\*<http://www.lecese.fr/travaux-publies/le-travail-de-nuit-impact-sur-les-conditions-de-travail-et-de-vie-des-salaries>

## • Préparer la nuit à l'hôpital

■ Il est 20h, fin des transmissions, les couloirs se vident, les internes et les chefs donnent leurs dernières consignes avant leur départ. Les éclats de voix s'amenuisent et les visiteurs disparaissent les uns après les autres. Alors que ma journée de travail commence, la nuit va bientôt arriver pour les enfants du service.

■ La nuit est habituellement un temps de repos et de rêve. Pour certains patients, elle devient source d'angoisse, le sommeil sera difficile à trouver. Outre les peurs du jeune enfant liées à l'âge, plusieurs facteurs induits par l'hospitalisation pourront contribuer à renforcer ou réactiver certaines angoisses: le départ d'un parent, un examen difficile dans la journée, l'annonce d'un diagnostic ou d'un échec au traitement, les douleurs ou les inconforts non contrôlés.



■ Mes premiers soins réalisés, il me faudra tenter de rassurer et d'accompagner les enfants hospitalisés durant cette nuit à venir. Comment aider cet adolescent hermétique à tout contact, les yeux rivés sur son écran d'ordinateur ou de télévision jusqu'à 2 heures du matin? Quelle sera ma réaction face à cette jeune fille qui me réclame chaque soir à la même heure un antalgique puissant pour calmer ses angoisses et l'aider à s'endormir? Que faire avec ce petit qui chaque nuit depuis son hospitalisation mouille son lit? Comment veiller sur ce nourrisson dont la maman est partie angoissée et déchirée pour aller retrouver ses trois autres enfants à la maison? Une bonne connaissance de l'his-

toire de chaque patient est essentielle pour anticiper, comprendre et analyser les réactions de l'enfant.

■ Néanmoins, quelques règles vont m'aider en début de soirée à accompagner les enfants pour se préparer au coucher.

Un lit propre, confortable, la présence du doudou ou autre objet de réassurance, la proximité de la sonnette ou du portable, une évaluation et un contrôle corrects de la douleur, sont des prérequis indispensables.

■ Comme à la maison, l'approche du sommeil va être ritualisée en proposant à chaque enfant des actions adaptées à son âge et à son développement cognitif. Lire une histoire au petit permet de faire travailler son imagination, de créer une ambiance calme, propice à la détente. Donner des repères dans le temps au plus grand: «*Quand la grande aiguille de l'horloge sera ici, je viendrai te voir pour te coucher*». Mettre des limites aux adolescents sans interdire.

■ Accompagner la nuit, c'est aussi accompagner les parents. Soulager l'angoisse des parents, c'est aussi minimiser l'angoisse qu'ils peuvent transmettre à leur enfant. Le temps d'écoute et de partage avec les parents fait partie du rythme du travail de nuit, sur place ou par téléphone pour les parents qui n'ont pas pu rester.

■ Il est 7 heures, la relève arrive, discrètement... L'odeur agréable du café se mêle à celle des parfums, les premiers parents se lèvent pour aller au travail, les bébés réclament leur biberon... La journée commence... Je vais me coucher!

C. Aréqui, IPDE & Dr A. Petit, oncopédiatre, Trousseau

## • Travail de nuit : un choix ?

■ Pour les infirmières, et plus particulièrement en milieu hospitalier, le travail de nuit est inhérent à la fonction. Un stage de nuit est d'ailleurs obligatoire durant les études. Néanmoins, il semble que certains jeunes professionnels aient occulté cette facette du métier.

Durant de nombreuses années les équipes de nuit ont été en grandes difficultés

de nuit par la présence au travail réduite en termes de nombre de nuits.

Lors d'un recrutement, ce qui orientera le choix vers un poste de nuit est dans l'ordre de priorité : la difficulté à trouver un poste, le manque de choix sur l'établissement de poste de jour, la spécialité proposée, la politique d'accompagnement et d'intégration de



dues au recrutement infirmier de manière globale, au turn-over et à l'isolement des équipes la nuit.

Actuellement le marché du travail devenant plus difficile pour les jeunes professionnels, les exigences en termes d'horaires sont passées au second plan. Par ailleurs, beaucoup d'hôpitaux ont mis en place des politiques d'accompagnement (intégration de jour, IDE référentes en soins la nuit, passage obligatoire de jour une fois par an...) et de formations pour aider les jeunes diplômés et rompre l'isolement.

■ Au cours de l'entretien de recrutement peu de professionnels demandent spontanément des horaires de nuit.

La durée du temps de travail de 32h30 de nuit pour 35h de jour ne semble pas être un argument pour motiver le choix d'un poste de nuit. La motivation essentielle réside au niveau de l'organisation personnelle: garde d'enfants, horaires du conjoint, transports. Le travail en 12h est souvent évoqué comme un élément facilitateur du travail

l'établissement, la promesse à terme (1 an) d'un changement d'horaires sur un poste en alternance jour / nuit, la possibilité de s'intégrer de façon plus «sereine» de nuit avant de prendre un poste de jour soumis à plus de pressions.

■ Paradoxalement lorsqu'il est proposé après un temps de nuit «obligatoire» de prendre un poste de jour, beaucoup de professionnels ne souhaitent plus changer d'horaires soit parce qu'ils ne se sentent pas encore prêts, soit parce qu'ils ont trouvé une organisation satisfaisante sur le plan personnel.

En conclusion, de nos jours le travail de nuit n'est pas plus attractif en première intention, mais le contexte du marché du travail facilite ces recrutements. De plus, une fois en poste, les politiques d'accompagnement et de formations ainsi que l'organisation personnelle, assurent une certaine stabilité des équipes.

E. VIE  
Cadre supérieur de santé  
Hôpital Robert Debré

## • Astreintes téléphoniques du pédiatre en HAD, la nuit...

### ■ Le Docteur Brigitte Lescoeur assure depuis de nombreuses années des astreintes téléphoniques de nuit à l'HAD pédiatrique (Hospitalisation à domicile) de l'AP-HP.

Ce service hospitalier de soins à domicile est organisé en trois antennes pour la région Île-de-France : Robert Debré (75019), Louis Mourier à Colombes (92) et Kremlin Bicêtre à Villejuif (94). Trois médecins se partagent donc les astreintes de nuit. Ils disposent de fiches patients rédigées par les équipes de soins en prévision de ces gardes. L'HAD de l'AP-HP couvre le secteur de Paris intra-muros, plus un rayon de 15 km environ au-delà du périphérique. Le pédiatre d'astreinte est amené à se déplacer à domicile environ une dizaine de fois par an.

### ■ Évènements inattendus, angoisses et urgences

La nuit à la maison, lorsqu'ils sont inquiets, les parents d'enfants suivis en onco-hématologie appellent en premier lieu le service hospitalier référent. Mais, s'ils sont pris en charge par l'HAD, lorsqu'ils ont bien compris son fonctionnement, ils préfèrent souvent appeler son équipe de garde. Celle-ci gère elle-même les appels concernant les problèmes courants (pansement de KT décollé, sonde nasogastrique déposée, conseils de bon sens, informations



de base...), mais transmet tout le reste au pédiatre d'astreinte. La moitié de ces appels concerne la fièvre et une réassurance pour

confirmer vers quel service transférer l'enfant. Ensuite viennent les douleurs. La motivation des autres appels est toujours liée à un événement inattendu : éruption cutanée, vomissements (doit-on redonner



les médicaments ?), hémorragie... Il y a toujours de l'inquiétude derrière un coup de téléphone nocturne et ce sont plus souvent les mères qui appellent. Le signe clinique est toujours présent au premier appel, mais les parents arrivent parfois à confier leurs angoisses par la suite. Le calme de la nuit et la disponibilité du médecin y sont pour beaucoup.

### ■ Les limites du téléphone

De visu, un pédiatre juge immédiatement de l'état clinique de l'enfant et du caractère de l'urgence. Ici, c'est différent : l'évaluation de la situation se fait en solitaire et à distance, par l'interrogatoire des parents. *Est-ce vraiment inquiétant ? Faut-il le réhospitaliser ?* s'interroge souvent le Dr Lescoeur. Cependant, on peut demander à un enfant

de parler dans le combiné afin d'écouter sa respiration. Il est assez facile d'évaluer ainsi son état dyspnéique. *Ai-je bien compris ?* Il faut parfois composer avec les difficultés d'expression en français de personnes de

cultures différentes. Il est souvent difficile de faire la différence entre un appel motivé par l'angoisse et une situation réellement à risque chez les parents qui appellent très souvent ou qui n'expliquent pas bien la situation. *Ai-je bien répondu ?* Si l'on se trompe dans l'indication d'une réhospitalisation, il va sans dire que l'on n'est pas bien reçu par les collègues souvent surchargés dans les services.

### ■ Situations palliatives

Des dossiers plus complets, des transmissions plus conséquentes et des directives anticipées caractérisent les situations palliatives à domicile. Le pédiatre oriente l'interrogatoire en demandant aux parents ce qui leur a déjà été dit. Il essaie de savoir ce qui les inquiète vraiment. Il doit souvent les réassurer

en leur disant que ce qu'ils font est bien. Cependant la difficulté à anticiper le lieu du décès reste fréquente. *S'agit-il des derniers moments ou d'une crise aiguë ? Que va-t-il se passer s'ils restent à la maison ?* Toutes ces questions prennent une dimension particulière la nuit.

■ Ce poste d'interface entre la maison et l'hôpital, la fin du jour et le jour suivant, la clinique et le psychisme, le réel et le fantasmé, est, malgré l'expérience, générateur de stress pour Brigitte Lescoeur. Car il s'agit d'apprécier, de juger à distance, puis de passer la main aux bonnes personnes : le SAMU, le service hospitalier. Après un appel, le pédiatre d'astreinte doit attendre pendant des heures en se demandant s'il a bien jugé de la situation, sans rien pouvoir « faire ».

Mais au-delà des limites de l'appréciation à distance, l'accompagnement et l'écoute de nuit donnent une dimension supplémentaire aux compétences diagnostiques du médecin et à sa capacité de soutien et d'aide. Pouvoir garder un lien pendant la nuit avec les soignants est primordial pour les parents d'enfants gravement malades.

En HAD, les astreintes téléphoniques de nuit sont indissociables de la sécurité des patients et de la continuité des soins. Il va sans dire que ce « service » est d'autant plus appréciable dans les situations à risque.

■  
L. Méar, Rishop,  
d'après un entretien avec  
le Dr B. Lescoeur

## • La nuit à la clinique Édouard Rist en onco hématologie

La clinique Edouard Rist est une clinique de soins de suite et de réadaptation qui accueille près de 150 adolescents dans des services de spécialités différentes. Sa spécificité est d'offrir aux jeunes une structure « Soins-Étude » qui leur permet de suivre un cursus scolaire complet au sein même de l'établissement.

■ Comme dans toute communauté d'adolescents, la problématique du coucher y est réelle, majorée par la maladie et l'isolement. La plupart des adolescents se couche trop tard et rencontrent des difficultés pour se réveiller et aller en cours. Dans l'établissement, des animations communes à tous les services ont lieu le soir jusqu'à 22h afin de permettre aux jeunes de se détendre et de ne pas rester isolés. Après ce temps commun, s'ils sont censés retourner dans

pliquée : patient absent de sa chambre alors qu'un soin doit lui être prodigué, réveil du matin impossible ...

■ Ce constat a conduit à une réflexion d'équipe pour la mise en place d'un certain nombre de mesures. Un règlement intérieur est remis au patient dès son arrivée et son engagement est symbolisé par sa signature. Il permet de créer un échange avec le jeune. Concernant le coucher et la nuit, ce règlement rappelle aux jeunes leurs diverses obligations comme celles de se lever le matin pour aller en cours ; d'être de retour dans le service à 22h00 ; dans sa chambre à 22h30. Dans certains services de l'établissement, les téléphones portables sont remis à l'infirmière tous les soirs et récupérés le matin.

de dialoguer autour des difficultés qu'ils rencontrent. Ces moments de partage sont l'occasion d'échanger autour des notions de droits et de devoirs des patients. La communication a pour effet de générer des mouvements de pensées ; de bousculer les représentations des patients mais aussi celles des professionnels.

### ■ Troubles du sommeil

La plupart des jeunes avouent être en difficulté pour s'endormir, se réveiller le matin et investir leur prise en charge au sein de la clinique. Pour certains, les troubles du sommeil existaient déjà et n'auraient fait qu'empirer depuis le début de leur hospitalisation. Pour d'autres, les troubles du sommeil y seraient directement liés : « Ici, je fais plein de cauchemars, alors qu'à la maison je dors bien et je me couche plus tôt. Ici, je « zombite » toute la nuit, je me lève tard le matin et je dors toute la journée. Je préfère la journée car je suis moins inquiète et j'ai moins de pensées négatives dans la tête ».

Au cours d'échanges et de témoignages sincères, les jeunes s'accordent à dire qu'il est éprouvant et anxiogène de rester seul le soir et que : « Même quand on est deux, c'est difficile ». Une patiente nous raconte qu'elle éprouve depuis son arrivée un sentiment de fatigue majeure avec des troubles du sommeil importants suivis de difficultés pour se réveiller le matin. « La dernière fois, mon amie, m'a fait un massage de la tête et j'ai dormi toute la nuit. C'était trop bien, ça ne m'était jamais arrivé ».

Pour d'autres, ce sont les anxiolytiques donnés pour tenter de recouvrer un

rythme veille/sommeil qui présentent un inconvénient majeur. Une patiente m'informe qu'en plus de ne pas trouver le sommeil, elle serait victime d'hallucinations auditives. Si les troubles du sommeil peuvent être associés aux diverses problématiques que l'on retrouve au cours du développement de l'adolescent, ces troubles vont venir s'amplifier face aux angoisses morbides que suscite la maladie, et ceci malgré le suivi individuel psychologique dont ils bénéficient.



■ C'est la nuit qu'émergent de nombreux questionnements et interrogations concernant la maladie, d'interprétations diverses : la confusion entre la découverte de ses propres symptômes et ceux des autres ; les fantasmes autour de l'évolution de sa propre maladie et de celle des copains vont venir s'ajouter et accentuer les angoisses pré-existantes. Un soir, une patiente me demande : « C'est vrai qu'on va tous mourir ? »

### ■ Ils ont toujours faim !

Lorsque nous demandons aux jeunes de nous aider à trouver des solutions pour les soutenir et les accompagner au mieux, une des raisons qu'ils avancent est qu'ils « meurent de faim » au moment du coucher car ils mangent à 18h30 et qu'ils dormiraient certainement mieux « le ventre plein ». La nourriture est une préoccupation importante pour



Service Adolescents Jeunes Adultes de l'Hôpital St-Louis, Fresque murale dessinée par l'artiste Chanoir en collaboration avec les patients

leur chambre, les jeunes préfèrent se regrouper pour veiller ensemble. Ils se réunissent pour discuter, regarder un film, tenter d'oublier leurs solitudes, calmer les angoisses qui font surface au moment du coucher.

Il est difficile pour le personnel, en nombre réduit la nuit, de contrôler leurs va-et-vient perpétuels entre l'intérieur et l'extérieur, entre les différents services, et entre les chambres. La situation devient vite com-

Cependant nous nous interrogeons sur les mesures à mettre en place en cas de non-respect. Faut-il sanctionner davantage les jeunes qui se couchent tard alors qu'ils ne parviennent pas à rester seuls le soir et à trouver le sommeil ? Faut-il réhabiliter les « salles-patient » en soirée afin de créer une plus grande proximité avec le personnel et favoriser une cohésion de groupe ?

■ Des espaces de paroles sont aussi mis en place afin

les adolescents et il semblerait qu'ils ne parviennent pas à accepter les horaires imposés, d'où l'idée d'une collation vespérale. Nous envisageons aussi d'organiser un atelier cuisine, non pas pour «nourrir», mais pour leur offrir la possibilité d'être actif dans un projet qui leur tienne à cœur et les laisser s'exprimer autour de leurs propres besoins et envies.

#### ■ Envies de zénitude

Par ailleurs, les ados nous demandent souvent s'ils pourraient bénéficier de massages ou de séances de relaxation. Ils se plaignent souvent de tensions musculaires, d'être «stressés» et pensent que ce type de soins favoriserait leur endormissement. Nous avons donc créé un atelier «zénitude» au sein du service : séances de détente en groupe après le dîner. Ceci nous a

permis de noter de petits changements chez certains patients : «*C'est trop bien car après l'atelier j'ai pas besoin de demander un Atarax, je vais me coucher direct*».

«*Maintenant, le soir quand je suis stressée, je pose ma main sur mon ventre, j'écoute ma respiration, et ça me calme*».

Le plus difficile reste de faire venir à ces ateliers les adolescents qui en ont le plus besoin mais n'en sont pas vraiment conscients : ce sont eux qui présentent le plus de difficultés pour respecter les horaires de coucher.

■ **Ces adolescents, déstabilisés par le diagnostic de leur maladie, vont devoir faire face simultanément aux bouleversements propres à l'adolescence et à ceux de la maladie.** L'image de soi, les représentations concernant leur corps, leur environnement social, leurs pairs vont se

voir modifiés et devront évoluer au cours de leur prise en charge. À l'hôpital, même s'ils sont entourés de professionnels présents pour les soutenir et de pairs avec lesquels ils peuvent communiquer, ils restent éloignés de leur famille, découvrent un autre univers, doivent gérer leur maladie et la rencontre d'adolescents parfois plus malades qu'eux, parfois qui disparaissent...

Finalement, il s'agit aussi de jeunes qui restent avant tout des adolescents avec des problématiques d'adolescents et qui ont besoin d'être rassurés, entourés, contenus et surtout, de recevoir beaucoup d'attention. Pour certains le besoin d'attention s'exprimera à travers la transgression du cadre, alors que pour d'autres il s'agira de se replier sur soi-même. C'est alors aux professionnels de faire preuve de

La beauté de la lune a capté mon regard

et seule dans la brume je souris dans le noir,

Personne ne comprend

mais je l'aime, c'est ainsi,

l'univers fascinant

du royaume de la nuit.

Références du poème : <http://poemes-gothiques.sky-rock.com/2420754839-poeme-goth-la-beaute-de-la-lune.html>  
Rouma Roumaïssa

patience pour les accompagner au mieux tout au long de leur parcours. Ce qui n'est pas chose facile!

■  
C. Roesler  
Éducatrice spécialisée, rattachée au service d'Onco-Hématologie de la clinique Édouard-Rist

## • Accueillir une urgence la nuit en CHP

■ **Dans les différentes missions ou défis des équipes de centre de proximité, l'une des plus difficiles est l'accueil d'urgence nocturne de nos petits patients.**

Difficile, car cette prise en charge est fondamentale en terme médical (mise en route d'une antibiothérapie adaptée dans les 6 heures du début de la fièvre, traitements symptomatiques) et en terme d'instauration de confiance avec la famille et le centre de référence. Elle implique que le médecin référent du CHP ait réussi son travail auprès des familles et de son équipe.

■ **L'équipe est le plus souvent confrontée à la peur de mal faire,** et surtout à l'angoisse d'affronter un patient porteur d'une «maladie grave» et sa famille. De plus, les médecins de nuit ont parfois des angoisses par rapport aux indications transfusionnelles ou même d'antibiothérapie

si les enfants ne sont pas de manière certaine en apnée.

Comme partout, les médecins référents essayent d'atténuer ces différents problèmes : informations médicales accessibles, protocoles, création d'un circuit patient particulier, passage



quotidien auprès de l'équipe de garde pour les prévenir d'un «risque» d'accueil nocturne, formation médicale et paramédicale au cas par cas et accessibilité du référent pour répondre aux différentes interrogations de l'équipe.

Après plusieurs années d'expérience, le message passé

auprès des parents, concernant l'importance d'appeler quelle que soit l'heure en cas de fièvre, et après en avoir expliqué les raisons, est quasiment bien reçu par toutes les familles ou adolescents et jeunes adultes suivis en hématologie ou oncologie. Finalement, le plus complexe

est de convaincre les équipes médicales et paramédicales que la prise en charge de ces enfants n'est pas plus compliquée qu'un patient lambda, même si elle suit des règles et des principes plus rigoureux.

■ **En amont, on se rend compte que prévenir l'équipe soignante**

**d'hospitalisation sur les potentialités d'accueil, le type de voie veineuse centrale et les difficultés techniques et/ou psychologiques propres à chaque patient, à chaque famille est aussi très important et facilitant pour tous.**

Tous les soignants impliqués peuvent se féliciter lorsqu'ils retrouvent le matin avec le sourire un des petits patients entrés durant la nuit, médicalement bien pris en charge, et apaisé avec ses parents malgré les circonstances de son admission. Cela n'est pas «gagné» à chaque fois, mais la persévérance, et surtout la communication et la coordination entre chaque équipe (urgence, hospitalisation complète) ne fait qu'améliorer l'accueil des patients en urgence la nuit.

■  
Dr. B. Mesples,  
CHU Louis Mourier, Colombes

## • Situations palliatives : le jour et... la nuit

*L'objectif premier des soins palliatifs est de maintenir un confort et une qualité de vie maximale jusqu'au décès du patient. Dans cet objectif une équipe toute entière se relaie jour et nuit pour accompagner l'enfant et sa famille dans ce moment de «vie».*

■ **Le jour et la nuit sont deux univers différents, deux univers que tout oppose**, lumière et obscurité, bruit et silence, calme et agitation, présence et isolement mais avec une dominante commune : le patient au cœur du soin. Dans le cadre des prises en charge d'enfants en soins palliatifs et de leurs familles, la nuit majore les angoisses déjà présentes et en induit de nouvelles. L'angoisse de mort forcément associée au moment de l'endormissement : «*Et si je ne me réveille plus jamais ?*», l'angoisse de voir son enfant arrêter de respirer : «*Je ne peux pas dormir, j'ai peur qu'il parte*», les angoisses associés à la douleur...

Lorsque l'heure des visites s'achève, les parents se retrouvent seuls avec leur enfant, et l'isolement soudain ramène au premier

plan les angoisses, les peurs... Il n'est alors pas rare de voir des parents déambuler dans les couloirs en plein milieu de la nuit, la tête pleine de questions. Il nous faut prendre du temps, s'asseoir avec eux, les écouter parler, ou tout simplement être là. Il est nécessaire de toujours proposer un accompagnement sur mesure à ces parents, en gardant à l'esprit que ces derniers moments auprès de leur enfant doit être le moins «traumatisant» possible, et qu'ils garderont ces moments, ces odeurs, ces images gravés à jamais dans leur mémoire.

■ **De jour comme de nuit, la gestion de la douleur et du confort fait partie des priorités dans la prise en charge des soins palliatifs.** Les douleurs présentes le jour le sont bien souvent aussi la nuit, et à celles-ci s'ajoutent les douleurs neuropathiques spécifiquement nocturnes, les douleurs liées au positionnement pas toujours évident à trouver pour dormir, mais aussi celles majorées par l'angoisse. On ne peut compter le temps passé à observer, évaluer la

douleur, préparer des antalgiques, masser, positionner dans un sens puis dans un autre. L'énergie déployée est proportionnelle aux besoins de l'enfant, ceci de jour comme de nuit.

■ **La seconde priorité est évidemment de préserver au maximum le repos et le sommeil des enfants.** Les soins se font dans l'obscurité, le calme et le silence. Pour pallier au manque de lumière chacun à sa méthode : lampe frontale, lampe de poche, stylo lampe, collier lampe... Et les chuchotements sont de mise, pas question de se mettre à crier dans les couloirs.

■ **Du côté des soignants, nous sommes toujours moins nombreux la nuit, le travail en binôme n'est alors pas toujours possible, on se sent beaucoup plus seul face à la douleur physique et psychologique de ces enfants et de leurs parents, face à la dégradation parfois très rapide, trop rapide de l'état d'un patient.** Il n'est pas toujours évident de trouver tout le temps nécessaire à une bonne prise en charge et une bonne pré-

sence aidante auprès de ces familles. Alors on improvise comme on peut, l'équipe se mobilise, les collègues augmentent leur charge de travail afin de libérer du temps à la soignante qui s'occupe d'un enfant en soins palliatifs.



Ainsi, le travail en équipe a-t-il un rôle majeur dans ces prises en charge. Il faut savoir passer le relai quand cela devient trop éprouvant, et il est nécessaire de prendre soin de ses collègues en les soutenant. Les transmissions jour/nuit, souvent très longues, sont néanmoins nécessaires pour ces prises en charge sur mesure qui évoluent parfois d'une heure à l'autre...

■  
N. Harbaoui, IDE &  
S. Peru, IPDE, Institut Curie

## • Les Berceuses : un doux relais vers la nuit de l'enfant malade pour aider toute la famille

*La prise en charge d'un enfant pour un cancer a un impact majeur sur la vie de la famille. Il est souvent difficile de concilier le soutien à l'enfant malade, la présence auprès des autres membres de la fratrie et une vie de couple harmonieuse. Rester auprès de l'enfant malade durant les périodes d'hospitalisation, notamment le soir et la nuit, fait partie des problèmes complexes auxquels les parents sont confrontés, partagés entre des besoins incompatibles.*

■ **Lorsque le choix des parents est celui de passer la nuit auprès du reste de la famille**, la période de séparation peut être difficile et culpabilisante pour les parents qui ont l'impression «d'abandonner» leur enfant et que celui-ci leur manifeste très visible-



ment sa détresse et son désaccord. Afin de rendre ce moment de séparation plus simple à la fois pour l'enfant et les membres de sa famille, depuis 1995 l'association des «Blouses Roses» a débuté à Gustave Roussy une initiative proposant un relais au chevet des enfants seuls par des berceuses. Ces

personnes viennent lire une histoire, regarder un dessin animé, en parler avec l'enfant et permettent une transition douce vers la nuit. Ce moment agréable partagé, peut être annoncé à la fois à l'enfant et à sa famille. La séparation est ainsi apaisée par cette perspective d'un moment agréable pour l'enfant. Elle permet aux parents de partir le cœur plus léger pour passer sans culpabilité, un moment nécessaire avec les autres membres de la famille.

■ **À Gustave Roussy, des bénévoles se proposent donc chaque soir** de la semaine pour tenir compagnie aux

enfants et construisent avec leurs parents des rendez-vous rassurants et attendus par certains enfants. Cette prise en charge alternative et chaleureuse pour l'enfant, permet de prendre en compte la fratrie et le couple parental en cherchant à réduire l'impact de l'hospitalisation sur le reste de la famille.

■  
V. Amaury, Bénévole, responsable à Gustave Roussy de l'équipe des berceuses (Blouses Roses),

Dr D. Valteau-Couanet,  
Chef de département de Cancérologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Gustave Roussy, Villejuif.

## • La nuit "autrement vue"

■ L'hôpital est un lieu d'accueil et de soins que la maladie et les traitements, la douleur et la nuit, la proximité de la mort, malgré les efforts des équipes, rendent souvent « inhospitalier ».

Les adolescents et les parents évoquent un espace indéterminé – en dehors des bruits du monde – où se joue par moments une expérience de déréalisation à la lisière du cauchemar. La maladie rend vulnérable, et enfants et adolescents ont souvent besoin d'une présence pour ne pas se confronter seuls à la maladie la nuit et, selon les âges, à la mort.

Ainsi **Clara**, adolescente de 14 ans, après des symptômes éprouvants liés à ses dernières chimiothérapies, exprime sa peur du retour à l'hôpital pour la suite de ses traitements et demande à sa mère de passer la première nuit avec elle. Le sourire fatigué par la nuit suivante passée seule, elle fait le décompte des nuits qui lui restent.

« Est-ce que tu dors ? » demande **Ilyana**, 6 ans, à sa maman car elle préférerait s'endormir sous la garde de celle-ci.

### ■ Sécuriser les tout petits

À l'âge où les rythmes veille-sommeil des tout-petits se rapprochent de ceux des plus grands, le recours à la tétine, aux doudous et différents rituels d'endormissement facilite la séparation du bébé d'avec son environnement. Parmi ces rituels, certaines comptines rappellent que la nature, elle aussi, se prépare doucement pour la nuit, avec certains animaux dont les cris n'ont plus rien de terrifiant puisqu'ils sont « une chanson de nuit » ou souhaitent

« une bonne nuit » à l'enfant, ceci laissant supposer qu'elle pourrait être mauvaise.

Pour se séparer de leur environnement en toute quiétude, les bébés doivent être contenus et en sécurité psychique. Cela demande parfois aux mamans l'aide d'un psychologue pour mettre en lumière les enjeux qui sous tendent leurs liens inconscients à leur bébé et identifier leurs propres angoisses de séparation. Ce fut le cas de **Rebecca** et de sa maman. La petite fille âgée de deux mois à son arrivée dans le service, y « habite » depuis 8 mois et a appris à s'endormir seule, paisiblement, lorsque fièvre et douleurs la laissent tranquille. C'est lorsqu'elle rentrera à la maison qu'elle devra être rassurée.

■ Dans le secteur greffe de notre service d'hématologie, les parents ne peuvent rester au chevet des enfants la nuit. Par conséquent, il est important de repérer en amont de la greffe les symptômes pré existants à la maladie comme l'anxiété de séparation pour pouvoir préparer l'enfant à passer ses nuits tout seul.

Après la visite du secteur greffe, **Vadim** déclare se sentir protégé par toutes les portes. Mais de quoi ? Son monde interne ou du monde extérieur ? Elles ouvrent pour chacun vers un ailleurs peuplé de fantasmes différents.

**Sébastien** ne peut supporter l'enfermement qui fait naître



Marionettes géantes de la compagnie Royal de Luxe, Nantes

œil bousculant l'intimité ou déformant les meubles de la chambre. Certains ont peur de s'abandonner et / ou d'être abandonnés, peur aussi de faire des cauchemars comme **Victor**, 11 ans, qui dans un décor blanc, est

Portrait d'une mère et de sa fille  
Emile Munier (1840-1895)



des fantasmes de claustrophobie et des angoisses de mort. Il redoute la nuit et dort la journée pour rester éveillé la nuit. Il veut voir le ciel et menace de sortir du flux. Un travail psychologique régulier associé à des techniques d'hypnose ont permis d'adoucir le passage du soir à la nuit.

La nuit, quand on est seul, les bruits non identifiés font peur, l'obscurité aussi pour certains. Mais pour d'autres, c'est la lumière qui dérange, comme un gros



poursuivi par un montre gigantesque et rouge. Lui est minuscule et ne peut s'échapper, des entraves douloureuses aux pieds. Les douleurs osseuses sont réapparues depuis quelques jours et avec elle la peur de la rechute. **Kylian**, 6 ans ayant reçu une greffe de cellules souches de moelle osseuse, a oublié ses rêves, le refoulement opérant au matin. Mais il met en scène un scénario imaginé à l'état de veille où il est un géant de fer rouillé qui se réveille menaçant parce qu'il a peur et qui doit apprivoiser ou ré-apprivoiser le monde. Les aventures de ce géant sont ponctuées de temps où il s'endort à bout d'énergie et se réveille régénéré...

Si les enfants sont différemment vulnérables la nuit, les équipes dans leur multidisciplinarité devront continuer à créer un environnement « suffisamment bon » (D. Winnicott), jour et nuit, pour que les nuits des enfants se couvrent de jour...

■  
A. Haggège Bonnefont,  
psychologue en Hématologie,  
Hôpital Robert Debré

## • Groupes de travail

Ce tableau synthétise l'ensemble des groupes de travail actifs au sein du Rifhop. En fonction de votre profession et de vos intérêts personnels, vous pouvez contacter les responsables si vous souhaitez participer à l'un ou l'autre de ces groupes, ou obtenir plus d'information sur les sujets traités.

GROUPES	Responsable	Mail	Projets 2014-2015
<b>Classeur de liaison</b>	Lucie Méar	lucie.mear@rifhop.net	Versions 2014 et 2015
<b>Voies Veineuses Centrales</b>	Laurence Benard	laurence.benard@rifhop.net	Fiche Picc Line / Évaluation des recommandations/ Actualisation DVD VVC
<b>Assistants sociales</b>	Chantal Sivek	chantal.sivek@trs.aphp.fr	Préparation d'une journée AS en 2015
<b>Anti infectieux</b>	Juliette Saulpic Christelle dufour	juliette.saulpic@fsef.net	Fiche Infections à SCN sur VVC / Vaccinations post chimio / CAT devant un contage varicelleux en cours de chimio / Traitement des infections à Clostridium difficile
<b>Pharmaciens</b>	Christine Plard	c.plard@ch-bry.org	Fiche Anti émétiques, Fiche CAT exposition chimio à domicile Contacts pharmaciens de ville
<b>HAD / Partenaires du domicile</b>	Jean Michon Martine Gioia	jean.michon@curie.fr	Enquête rétrospective
<b>Professions éducatives</b>	Brigitte Dessutter	bdessutter@ctpmargency.com	Plaquette professionnelle
<b>Psy</b>	Ariane Bonnefont Camille Bailly	ariane.bonnefont@rdb.aphp.fr camille.bailly@rdb.aphp.fr	Fertilité : conservation du tissu germinal
<b>Pratiques transfusionnelles</b>	Fatima Khelifaoui	f.khelifaoui@ch-bry.org	Fiche transfusions
<b>Traçabilité douleur</b>	Oya Sakiroglu	osakiroglu@ctpmargency.com	Questionnaire sur les pratiques et Fiche classer
<b>Accueil en CHP</b>	Christelle Dufour Laurence Benard	christelle.dufour@gustave-rousseau.fr	Recommandations
<b>Comité rédaction</b>	Lucie Méar	lucie.mear@rifhop.net	Journaux n°18-19-20-21-22-23
<b>Enseignants</b>	Bénédicte Lévêque	benedicte.leveque@ac-paris.fr	Travail sur l'orientation scolaire
<b>Infirmières libérales</b>	Lucie Méar	lucie.mear@rifhop.net	Brochure Soins à domicile
<b>Psychomotriciennes</b>	Marie Sommain	marie.sommain@club-internet.fr	
<b>Matériel</b>	Martine Gioia	martine.gioia@rifhop.net	Fiches communes Rifhop-Paliped et ordonnances type
<b>Cadres de santé</b>	Martine Gioia	martine.gioia@rifhop.net	Problématiques managériales

## • Bonus Les Doudous

Les réalisateurs du DVD :

«**EST-CE QUE LES DOUDOUS VONT AU CIEL ?**», ont élaboré 4 nouveaux chapitres concernant : la fratrie, le soutien aux parents, la loi Léonetti et les réseaux. Ces bonus (1 heure environ au total) sont disponibles sur demande à Paliped : [contact@paliped.net](mailto:contact@paliped.net)

## • 10 ans de créativité



L'atelier des Arts plastiques de l'Institut Curie a fêté ses 10 ans au centre Georges Pompidou (Beaubourg) le samedi 13 septembre. Sur une magnifique idée d'Élodie Thébault, professeure d'Arts plastiques dans le service de pédiatrie, des blouses de soignants ont été créées par des couturiers à partir de dessins d'enfants hospitalisés.

Soignants, enfants et mannequins de métier ont défilé main dans la main sur la scène du Forum. Un grand moment d'émotion et d'esthétisme !

## • Réorganisations dans les CHP

- **CHU LOUIS MOURIER À COLOMBES (92)** : ouverture d'un nouvel Hôpital de jour au 1er janvier 2015. Capacité d'accueil augmentée à 6 lits.

- **CHP SIMONE VEIL, MONTMORENCY (95)** : déménagement du Pôle femme-enfant sur le nouveau groupement hospitalier Eaubonne- Montmorency prévu le jeudi 20 novembre 2014. Le service d'hospitalisation conventionnelle et d'hospitalisation de jour se répartissent sur 2 secteurs dédiés. La capacité d'accueil des unités reste identique pour le moment : 5 lits en HDJ.

- **CHP MARC JACQUET, MELUN (91)** : Le Dr Bouabdallah prend ses fonctions en novembre. Le service de pédiatrie assurera de nouveau les surveillances biologiques, les pansements de KT et les prises en charge des aplasies fébriles.