

Comité de rédaction

F. Aubier, A. Auvrignon, B. Pellegrino,
S. Sauvion, M. Gioia, L. Méar



Octobre 2008

N°2

Le journal du

Réseau

Ile de

France

Hématologie

Oncologie

Pédiatrie



RÉSEAU :

*Entrecroisement, assemblage,
labyrinthe, organisation,
combinaison, lacis,
détail, chaîne,
tissu, toile,
filet.*



Dans l'atelier de Mara Dominioni

**Réseau régional soutenu
l'ARHIF et l'AP-HP**

23 octobre

**Assemblée générale du
RIFHOP**

**Amphi Constant BURG
12, rue Lhomond
75005 PARIS
M° Luxembourg
ou Place Monge
CA à 18h
AG à 19h**

SOMMAIRE

- p.2** □ Comment inscrire un enfant dans le réseau
- p.3** □ Les Journées Parisiennes de Pédiatrie
- p.4-5** □ DOSSIER : Voies Veineuses Centrales
- p.6** □ Scolarité spécialisée
- p.7** □ Congrès de Lyon / Groupe Assistantes so
- p.8** □ Ressources documentaires /Poissy-St-Ge

COMMENT inscrire un enfant dans le RIFHOP ?

(Réseau Ile-de-France d'Épidémiologie-Oncologie Pédiatrique)

Le réseau s'articule autour de tous les enfants chez qui l'on a diagnostiqué un cancer. Inscrire un enfant est la première étape de sa prise en charge, celle-ci nécessitant, ou non, des actions de coordination. Pour aider chaque service à inscrire des patients dans le RIFHOP nous répondons à vos questions.

Tout nouvel enfant traité pour cancer en Ile-de-France doit être signalé au RIFHOP. Un document unique : Demande d'inscription dans le RIFHOP marquera cette première étape et permettra de demander le passage de la coordinatrice.

Où procéder à l'inscription ?

Dans le centre spécialisé, l'hôpital de proximité, ou l'établissement de soins de suite.

Qui procédera à l'inscription ?

Les cadres de santé et/ou le médecin référent qui remettra le Projet Personnalisé de Soins (PPS) à la famille.

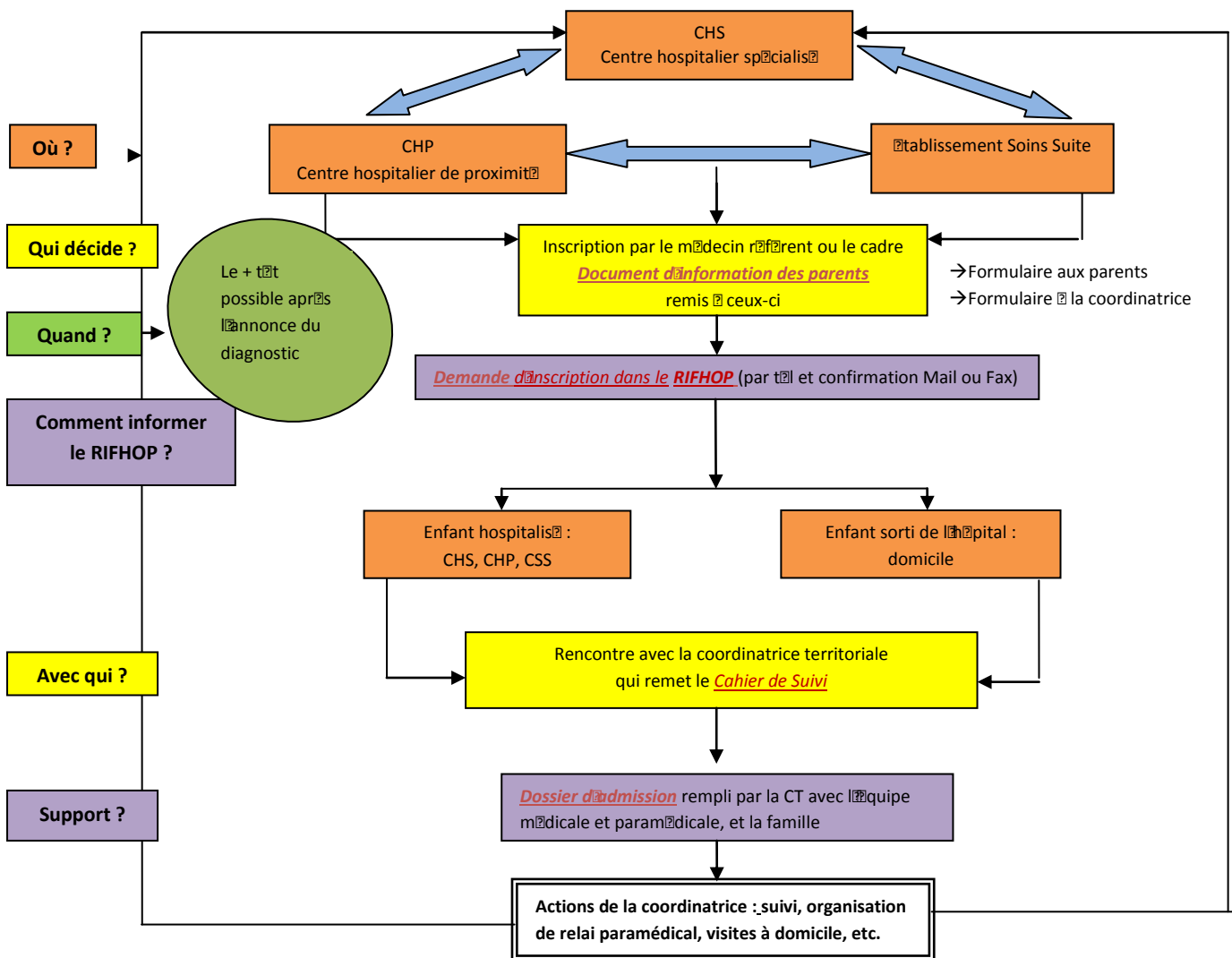
Comment ?

1- Le Document d'information des parents doit leur être remis. Le Formulaire d'inscription d'un enfant ou d'un adolescent (au verso) devra être signé et le double (feuille libre) transmis à la coordinatrice.

2- Téléphoner la coordinatrice territoriale concernée et adresser confirmation par l'envoi (mail ou fax) du document : Demande d'inscription dans le RIFHOP (un mailing sera adressé dans tous les services).

La rencontre avec la coordinatrice territoriale (CT) du RIFHOP permettra de faire connaissance avec l'enfant et sa famille, d'établir le Dossier d'admission et de remettre le Cahier de suivi. Les actions prévues par la CT seront notées dans le Dossier d'admission et transmises à l'équipe.

Reste à déterminer ensemble les circuits d'information pour partager avec les équipes les éléments significatifs de la prise en charge des enfants.





LE NÉPHROBLASTOME OU TUMEUR DE WILMS

La première partie a été présidée par le **Pr. Yann Révillon** (Hôpital Necker Enfants Malades) et a porté sur le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de cette tumeur rénale.

Le **Dr Olivier Hartmann** (Institut Gustave Roussy) a fait un rappel sur l'évolution depuis plus 30 ans du traitement de cette tumeur dont la survie dépasse actuellement les 90%. Il a rappelé les différents protocoles de la Société internationale d'oncologie pédiatrique (SIOP) qui ont permis d'améliorer progressivement le pronostic tout en diminuant les séquelles à long terme. Aujourd'hui le traitement associe chimiothérapie pré opératoire, chirurgie puis traitement post opératoire adapté au résultat anatomopathologique et à la qualité de l'exérèse.

Le **Dr Hervé Brisse** (Institut Curie) a illustré ensuite le rôle essentiel de l'imagerie à toutes les étapes de la prise en charge : le diagnostic, le bilan d'extension et la surveillance. Il a insisté pour le bilan d'extension sur l'importance de l'analyse du rein controlatéral, la précision de l'extension veineuse, la recherche de rupture tumorale et de métastase à distance. Le rôle de l'imagerie est primordial pour juger de l'opérabilité, notamment dans les formes bilatérales. L'échographie reste l'examen de base pour la surveillance, mais l'IRM est le meilleur examen de surveillance pour les néphroblastomatoses. En cas de doute sur le diagnostic initial ($\approx 10\%$) si une biopsie est décidée, elle doit toujours se faire par voie postérieure pour éviter l'ensemencement de la cavité abdominale.

Le **Dr Pascale Philippe Chomette** (Hôpital Robert Debré) a présenté ensuite la prise en charge chirurgicale. Elle a rappelé l'importance de l'abord premier des vaisseaux, de l'exérèse des adénopathies avec pose d'éventuels clips de repérage et des difficultés liées au thrombus éventuels. Elle a également souligné l'importance de l'exploration complète de la cavité abdominale et de l'examen du rein controlatéral. Elle a insisté enfin sur la nécessité de prise en charge par un service de chirurgie spécialisé et l'importance de la concertation pluridisciplinaire (chirurgien, oncologue, radiologue, néphrologue et anesthésiste).

Le **Dr Danielle Berrebi** (Hôpital Robert Debré) a terminé cette première partie sur les différents aspects anatomopathologiques. Elle a

souligné le rôle important de l'anatomopathologiste pour confirmer le diagnostic de néphroblastome et permettre la classification en 3 groupes de risque : Bas Risque, Risque Intermédiaire et Haut Risque. Le traitement post opératoire dépendra de cette classification qui tient compte à la fois de l'aspect histologique et du stade local.

La deuxième partie, présidée par le **Pr. Guy Leverger** (Hôpital Armand Trousseau) a commencé par la présentation de 6 cas cliniques et s'est poursuivie par un exposé du **Pr. Judith Landman-Parker** (Hôpital Armand Trousseau) sur le suivi à long terme des patients. Les cas cliniques ont été présentés par :

Les **Dr C. Dallot** (CH Fontainebleau), **Dr A. Petit** (Hôpital Armand Trousseau), **Dr J. Saulpic** (CH Saint-Camille), **Dr C. Laurent** (CH Louis Mourier) et **Dr S. Sauvion** (CH Jean Verdier). Ces cas cliniques ont permis de souligner :

- L'importance de l'imagerie et en particulier du scanner pour porter le diagnostic et faire le bilan d'extension ;
- le rôle essentiel de l'examen anatomopathologique pour confirmer le diagnostic et classer la tumeur en fonction du risque histologique et local ;
- l'association avec certaines malformations telle que l'hémi hypertrophie ;
- le risque de maladie veino-occlusive (MVO) pendant la chimiothérapie, surtout lié à l'Actinomycine D).

Enfin, le **Pr Judith Landman Parker** a présenté le suivi à long terme qui, comme l'a rappelé le **Pr Guy Leverger**, a été le thème de sa thèse. Elle a rappelé l'excellent pronostic de cette tumeur, la guérison étant de l'ordre de 90%. De plus, beaucoup de patients guérissent maintenant sans avoir reçu ni Anthracycline, ni radiothérapie, et n'ont donc pratiquement aucune séquelle avec un bon pronostic fonctionnel rénal dans les formes unilatérales.

Comme l'année dernière, cette réunion a été un vrai succès avec 45 participants et beaucoup d'échanges et de discussions pendant tout l'après-midi.

Dr Françoise Aubier
Hôpital d'Enfants Margency (95)
Croix Rouge Française

Voulez-Vous Connaître les Voies Veineuses Centrales ?

L'objectif de ce groupe de travail est d'aboutir à un protocole commun appliqué dans l'ensemble des hôpitaux adhérents du RIFHOP afin de permettre l'amélioration de la prise en charge des patients porteurs d'une V.V.C. Il se concrétise aujourd'hui sous la forme de fiches plastifiées au format de votre choix (pour poches, charriot, classeur). Utiles et pratiques, à utiliser comme soutien de formation, de réflexion ou de mémorisation.

Ces 3 axes prioritaires animent depuis maintenant deux ans le groupe VVC RIFHOP. Les motivations du groupe VVC trouvent leurs origines dans l'ensemble des services d'oncologie, hématologie pédiatrique où les infirmières réalisent des soins pluriquotidiens auprès d'enfants porteurs de voies veineuses centrales (VVC).

Les petits enfants et les adolescents atteints de cancer sont tous porteurs d'une Voie Veineuse Centrale (VVC) : soit un cathéter central extériorisé (KTC) soit d'une chambre implantable (CI).

Cet outil est indispensable à l'administration des traitements intraveineux nécessaires : chimiothérapie, antibiothérapie, transfusion sanguine et plaquettaire, alimentation parentérale. Ce système évite à l'enfant d'être piqué tout au long du séjour et durant toute la durée du traitement variant de 3 mois à 1 an.

L'enfant sain qui est brutalement confronté à la maladie grave et mortelle est bouleversé dans sa tête et dans son corps. Son image corporelle est modifiée par les traces de la maladie (tumeur, cicatrice, hématomes, perte de cheveux, amaigrissement).

Mais de plus, le système de VVC implanté dans le diagnostic vient ajouter une autre transformation symbolique radicale : cet enfant est malade et le restera jusqu'à l'ablation de ce tuyau ou à la chambre, toujours visible de la maladie. De plus, la VVC leur fait mal et peur en début de traitement notamment après la pose. Ce dispositif inquiète les parents soucieux des précautions à prendre vis-à-vis de ce corps étranger dit si précieux par le médecin et les soignants.

**UNIFORMISER
HARMONISER
SÉCURISER**

La problématique réside dans la multiplicité de prise en charge de cette Voie Veineuse Centrale. Les différences se retrouvent dans le choix de matériel et dans la forme des pansements associés aux techniques de manipulation (héparinisation, quantité de rinçage).

Même si la formation aux techniques de VVC est dispensée de façon traditionnelle par l'ensemble des soignants aux nouvelles diplômées, étudiantes infirmières et nouvelles embauchées, la diversité dans la transmission des techniques nous autorise à dire aujourd'hui qu'autant il y a de VVC et d'infirmières, autant de techniques de soins se rencontrent et se côtoient. Si les mesures d'asepsie sont toujours respectées, ces façons différentes de faire les soins interrogent et inquiètent les patients et leurs familles transitant entre plusieurs structures, du service spécialisé, au service de pédiatrie générale, jusqu'aux soins à domicile.

LES 6 FICHES DISPONIBLES

- N°1 : Pansement de cathéter central extériorisé**
- N°2 : Pansement de CI**
- N°3 : Prélèvement sur KTC et CI**
- N°4 : Pose et retrait d'aiguille de CI**
- N°5 : Recommandations générales de désobstruction de VVC**
- N°6 : Changement de l'embase (Hub) sur cathéter à émergence cutanée**

Vous obtiendrez les fichiers numériques sur simple demande au secrétariat du RIFHOP : **01.48.01.90.20**

Les soignants des différents services d'oncologie-hématologie pédiatriques sont demandeurs d'un outil commun, clair, rigoureux, informatif et formatif ciblé sur une pratique de soins uniforme et homogène de prise en charge des VVC.

Dans cette optique, le groupe s'est attaché à améliorer la pratique des soins infirmiers concernant la prise en charge d'une Voie Veineuse Centrale. Ce groupe s'est constitué

de 25 personnes dont des médecins, des infirmières, des puéricultrices et des cadres de santé d'une dizaine d'hôpitaux d'Île-de-France dont les 4 centres référents Parisiens (Curie, Institut Gustave Roussy, Saint Louis/Robert Debré, Trousseau).

Méthode

Le travail a débuté par une bibliographie et une enquête auprès des différents intervenants portant sur les pratiques existantes. Ensuite, en fonction des résultats, des ateliers pratiques ont été organisés afin de rédiger les protocoles tenant compte des expériences et des demandes de chacun : asepsie, confort du patient, gain de coût.

Le travail a commencé ses travaux en 2001 par le recensement et la lecture des protocoles V.V.C existants des 5 centres référents Parisiens et d'autres unités pédiatriques (Toulouse, Longjumeau, Eaubonne/Montmorency), Le groupe VVC s'est constitué en juin 2006 aux Journées Parisiennes de Pédiatrie et, à raison d'une réunion par trimestre, d'échanges téléphoniques et électroniques, il a finalisé en juin 2008 la dernière fiche « **Changement de l'embase de KTC** ».

Résultats

6 fiches techniques ont été ainsi créées : Pansement de cathéter central extériorisé, Pansement de CI, Prélèvement sur KTC et CI, Pose et retrait d'aiguille de CI, Recommandations générales de désobstruction de VVC, Changement de l'embase (Hub) sur cathéter à émergence cutanée

Ces fiches sont toutes déclinées de façon visuelle. Elles sont uniformes dans leur conception par l'écriture et les tableaux synthétiques conçus pour une lecture aisée et rapide. Elles ont la possibilité d'être plastifiées et réduites selon le choix du soignant (recensées dans un classeur, accrochées au chariot de soins, en version format poche).

Chaque fiche propose un contenu modélisé qui s'articule autour des points suivants :

1 Définition	4 Matériel
2 Législation	5 Déroulement de la technique de soin
3 Mots clefs	6 Observations

Au cours des discussions, si les priorités étaient d'axer les protocoles autour de l'asepsie et le confort du patient et de la sécurité, le choix du groupe a été d'élargir les missions du protocole classique pour une personnalisation du soin selon :

- les besoins du patient,
- l'environnement (Domicile, Hôpital de jour, Services de soins),
- les outils et les moyens de l'unité de soins
- l'observation de l'infirmière.

Les protocoles ont donc été conçus afin de prendre en compte les spécificités des établissements et des patients pour leur permettre d'être plus facilement applicables.

Ce nouvel objectif a été rendu possible par :

- la réduction du nombre de réfection du pansement (tous les 7 jours) entraînant le confort du patient ;
- La rigueur dans la méthodologie et la technique par le choix de la réalisation d'un pansement en 1 ou 2 temps selon le besoin et la surveillance du patient (prélèvement quotidien, sortie à domicile) ;
- La personnalisation du soin en fonction du lieu, des moyens, du matériel et de l'observation de l'infirmière (choix d'utilisation d'un matériel différent : type de pansement, Cosine, ...).

Pansement de KTC : réalisation de l'escargot



Les 2 temps du pansement avec un tissu stérile sous la valve

Perspectives

En plus de l'apport professionnel et personnel que nous a apporté ce travail de groupe, fort d'échanges et d'expériences, deux points restent aujourd'hui à finaliser. D'une part, suite à la diffusion des protocoles dans les services, et suite aux formations qui l'ont suivi, un audit de pratique est à organiser afin de vérifier la bonne application de ceux-ci. D'autre part, se pose la question pour le groupe de diffuser le fruit de leur travail aux autres structures pédiatriques où seraient présents des patients porteurs de VVC.

B. Girard, pour le groupe **V.V.C RIFHOP**

L'ENSEIGNEMENT EN HÉMATO/ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE

Mardi 2 septembre : c'est la rentrée ! Yoan, huit ans, traité pour une leucémie depuis plusieurs mois, attend avec impatience Solène, l'enseignante de l'hôpital qui doit se rendre à son domicile cet après-midi afin de faire sa rentrée. Yoan connaît bien Solène puisqu'elle l'a déjà suivi une bonne partie de son année de CP. Il débute son CE1 et doit être scolarisé à domicile jusqu'aux vacances de la Toussaint ; le retour à l'école est envisagé fin novembre. Pour Mario, la rentrée s'est effectuée à l'hôpital où il a été greffé cet été. Mario doit être hospitalisé encore au minimum plusieurs semaines avant de pouvoir rentrer chez lui. Il commence donc son CM2 à l'hôpital et le poursuivra à domicile avant de retrouver ses camarades de classe en janvier.

L'an passé, Mario a déjà bénéficié d'assistance pédagogique à domicile assurée par une enseignante de son école.

Comme Yoan et Mario, chaque année, des milliers d'enfants et d'adolescents sont contraints de quitter, pour une période plus ou moins longue, leur école, leur collège ou leur lycée suite à une maladie onco-hématologique.

La scolarisation en milieu hospitalier remonte au début des années soixante lorsque l'éducation nationale a créé des postes d'enseignants dans les hôpitaux. Des associations d'enseignants bénévoles, comme l'école à l'hôpital, complètent souvent ce dispositif.

Concernant l'assistance pédagogique à domicile auprès des élèves malades ou accidentés, les modalités sont précisées par la circulaire MEN n° 98-151 du 17 juillet 1998. Ce service, gratuit, est assuré par des enseignants volontaires, prioritairement ceux de l'école, ce qui permet d'assurer la continuité pédagogique. Le jeune peut ainsi poursuivre ses apprentissages scolaires pendant la période d'hospitalisation ou de maintien à domicile. Cette prise en charge pouvant se faire en lien avec des associations habilitées.



Dans le cadre du RIFHOP, un groupe de travail regroupant des enseignants spécialisés s'est constitué cette année afin de réfléchir à une meilleure prise en charge scolaire des jeunes élèves suivis en hématologie-oncologie.

L'objectif de ces regroupements est de favoriser la réflexion et la communication entre les divers enseignants intervenant à l'hôpital, à domicile et dans l'établissement scolaire

du jeune. Deux réunions de travail se sont déroulées successivement à Curie et au centre Édouard Rist. Elles ont abouti à la rédaction d'un annuaire des enseignants engagés dans la scolarisation des enfants et des adolescents atteints de pathologie onco-hématologiques. Le prochain chantier concerne la rédaction d'un carnet de liaison pédagogique. Une rencontre par bassin de vie est prévue au cours du premier trimestre de l'année scolaire afin de réfléchir à la construction d'un outil pédagogique utilisable à tous les niveaux de la scolarisation.

Sylvie Oliveira

Enseignante spécialisée/Coordonnatrice SAPAD 91

APPEL AUX PSYCHOMOTRICIENS(NES)°TRAVAILLANT EN HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE

En qualité de psychomotriciennes des services de pédiatrie de l'Institut Curie, de l'Hôpital Armand Trousseau et de l'Institut Gustave Roussy, nous nous sommes rencontrées afin de constituer au sein du RIFHOP un groupe des psychomotriciens travaillant auprès des enfants atteints de cancer.

Notre souhait :

- échanger** sur nos pratiques lors de réunions régulières,
- communiquer** sur notre travail en oncologie (production d'écrits, interventions dans les écoles de psychomotricité, dans les congrès, etc.),
- créer un annuaire** des psychomotriciens travaillant en oncologie.

N'hésitez pas à nous rejoindre !

CONTACT : Anne Le Bouar d'Artigues / anne.lebouar@igr.fr / Tél : 01.42.11.63.23

Les réseaux de cancérologie se réunissent à LYON

Une première pour le RIFHOP

Pour la première fois, le RIFHOP, a participé aux IV^{ème} **Assises Nationales des Réseaux de Cancérologie** organisées à Lyon le 18 et 19 octobre 2008. Le RIFHOP était représenté par le Dr Jean Michon, Président, le Dr Anne Auvergnon, Secrétaire Générale et Martine Gioia, coordonnateur central.

Deux séances plénières et divers ateliers ont permis une large participation des membres des réseaux venus nombreux. Nous avons pu retrouver nos pairs en pédiatrie, notamment les réseaux de Lyon, Grenoble et *ONCO 28*. Les organisations sont différentes mais l'objectif reste commun à tous : des soins de qualité par des équipes dédiées aux enfants et au plus proche de leur domicile. Souhaitons une plus grande représentativité des réseaux pédiatriques l'an prochain.

La table ronde concernait « l'articulation du Pôle Régional de Cancérologie (PRC), du Réseau Régional de Cancérologie (RRC), et de l'organisation locale des soins ». Chaque réseau a présenté des expériences variées dues à l'hétérogénéité des régions, du fait des diversités géographiques, des antériorités et des modèles organisationnels. À vrai dire, il n'existe pas de modèle, d'où l'intérêt de garder une certaine souplesse comme l'a montré l'exposé de Mr Gilles Echarhour (ARH d'IDF). Il propose de laisser place aux innovations pour répondre aux problématiques particulières. Concernant l'évaluation, le RIFHOP adhère au processus qui consiste à évaluer les objectifs contractualisés dans le cadre des moyens alloués. Nous l'envisageons en terme d'identification des faiblesses et des forces afin d'évoluer vers une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Le Pr Durand-Zalewski (Henri Mondor, AP-HP), grâce à une approche systémique, nous a rendu compte du rapport *IGAS 2006* concernant l'évaluation des réseaux. Nous aurions tout intérêt à regarder les incertitudes les plus redoutées et à envisager alors comment les modifier : le réseau est un « outil de réduction de l'incertitude » (Cf. « *Health-économique* », PSCI d'octobre 2008, volume 3).

De nombreux posters ont été réalisés par les réseaux et le premier prix est revenu à *OSMOSE* à propos de la mutualisation de deux réseaux de santé sur un même territoire (92350 Le Plessis Robinson). Le second prix est revenu à *ONCO 28* qui présentait le réseau de soins en oncologie pédiatrique en Eure et Loire.

Prenons date des prochaines assises à Nice les 1^{er} et 2 octobre 2009 où nous souhaitons mettre en avant les partenariats du RIFHOP.

Martine GIOIA
Coordonnateur central du RIFHOP

Nous apprenons avec tristesse le décès du Dr Fawaz Fayad cet 04/10/08. Fawaz était chirurgien viscéral à Jean Verdier, Saint-Camille et Trousseau. Il se passionnait pour l'oncologie pédiatrique. Il était particulièrement apprécié de ses collègues et de ses patients pour sa compétence, sa gentillesse et son humour. Il nous manque d'ajout.

Dr Sylvie Sauvion

Le groupe RIFHOP des ASSISTANTES SOCIALES

Depuis le début de l'année 2008, un groupe d'assistants sociaux s'est fédéré dans le cadre du RIFHOP. Le groupe se constitue au fur et à mesure et est composé de professionnels de différents établissements (AP-HP, hôpitaux de proximité, Institut Curie, Institut Gustave ROUSSY, SSR). À ce jour nous avons une quinzaine de contacts.

Les premières réunions nous ont permis des échanges informels sur les pratiques professionnelles en service social. Un certain nombre d'axes de réflexion et de travail sont désormais définis. Pour cette année, le groupe s'est fixé comme objectif de finaliser deux supports écrits :

✕ **Une fiche sociale** complète de liaison **inter-services sociaux** dans le cadre du RIFHOP destinée aux différents référents sociaux qui ont en charge l'enfant.

✕ **Une fiche sociale** destinée aux **services cliniques** qui sera transmise lors des transferts des enfants.

Par ailleurs une réflexion est engagée sur la **prise en charge des patients venant de l'étranger**.

Les rencontres sont toujours chaleureuses et les réunions permettent une meilleure connaissance des sites où sont accueillis les enfants. Un des objectifs du groupe est de s'engager sur des projets dont le but principal sera de favoriser au mieux la prise en charge des patients. J'ai la chance de pouvoir animer et de coordonner ce groupe, pour moi c'est une grande satisfaction professionnelle. Ayant été dans des temps anciens assistante sociale dans un service d'hématologie, cette mission me permet de participer d'une autre manière à l'amélioration de l'accompagnement des patients et de leur famille.

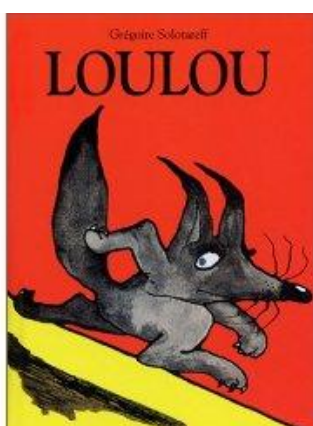
Le RIFHOP nous a aidé à nous ouvrir sur ces rencontres et l'enthousiasme de mes collègues au regard de ce groupe me permet de penser que nous allons vers de beaux projets au bénéfice de la prise en charge de tous nos patients .

Chantal SIVEK, responsable du service social de l'hôpital Armand TROUSSEAU

Littérature jeunesse au CDRN/FXB

Au sein de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon, le Centre de Ressources National soins palliatifs François-Xavier Bagnoud (CDRN FXB) possède une documentation très précieuse pour les professionnels et les personnes concernés par la fin de la vie, notamment en pédiatrie. Vous y trouverez des revues, des ouvrages, des mémoires et des vidéos pour approfondir vos connaissances et votre réflexion.

Sont également consultables les albums et les ouvrages abordant la maladie grave, l'accompagnement, la mort et le deuil pour les tous petits, les enfants et les adolescents.



L'amitié, la peur...du loup ou d'autre chose...

Grégoire Solotareff
L'École des loisirs, 2006

Faire un soin en proposant à l'enfant de lui raconter une histoire à travers laquelle il se reconnaîtra permet très souvent d'ouvrir le dialogue. L'intermédiaire que constitue le livre et l'imaginaire qu'il déploie aident souvent à dénouer, dédramatiser ou adoucir certaines situations.

Sur le site Internet du CDRN FXB, vous trouverez des bibliographies et des notes de lecture consacrées à la littérature de jeunesse, mais aussi beaucoup d'autres informations utiles aux professionnels de l'enfance. En vous abonnant à « CDRN Infos », lettre d'information électronique mensuelle, vous serez informés, entre autres, des dernières parutions en littérature jeunesse.

*CDRN soins palliatifs François-Xavier Bagnoud
Information et Documentation
Contact : 01.49.93.64.33 ou*

cdrnfxb.documentation@croix-saint-simon.org

Site Internet : www.croix-saint-simon.org/cdrnfxb

Le centre de documentation est ouvert au public du mardi au vendredi de 10h à 18h (nocturne le jeudi jusqu'à 20h) sur rendez-vous sauf le mardi. Entrée 5 euros.

Mentions légales : RIFHOP, association loi 1901.

Siège : 79, avenue Diderot, 94100 Saint-Maur.

Représentant légal et directeur de publication : Jean Michon

Responsable de rédaction : Anne Auvrignon

Date de parution : 15/10/08. Dépôt légal : 08/08/08, GRATUIT.

ISSN 1966-964X

SANDRINE ZIRNHELT

**Nouvelle
Coordinatrice
Territoriale
RIFHOP
Secteur EST**



Diplômée en 1992, notre nouvelle recrue a été pendant 5 ans infirmière en hématologie dans le service du Professeur Leverger à l'Hôpital Trousseau.

Elle a ensuite exercé en libéral de 1997 à 2005 en Haute-Savoie. En parallèle, elle travaillait également au sein de l'association « À Chacun Son Everest ! ». Elle deviendra par la suite directrice de la maison de Chamonix, responsable des stages et infirmière référente pour cette même association de 2006 à 2008.

Redescendue parmi nous depuis le 15 septembre, elle a effectué plusieurs stages dans les CHS et prend ses fonctions sur l'est du réseau à partir du 14 octobre. Son bureau est basé à l'hôpital Jean Verdier de Bondy (93).

POISSY/SAINT-GERMAIN Ça déménage !

L'équipe pédiatrique du CHI Poissy-St Germain, autour du Dr Armengaud, est heureuse de vous annoncer la fusion de ses unités sur le site de Poissy. Après un combat difficile, nous avons emménagé dans un bâtiment neuf regroupant Urgences, consultation et HDJ. De plus, l'unité d'hospitalisation se rénove pour s'adapter aux besoins des grands enfants et ados. Après un an de rodage, nous voilà dans de meilleures conditions pour assurer notre mission au sein du RIFHOP.

Après la prise en charge dans un centre de référence, le changement d'équipe est un moment clé, souvent difficile pour l'enfant et ses parents. Lors d'un 1^{er} entretien, le Dr Guillois ou moi-même essayons, avec G. Rossi (puéricultrice coordonnatrice) de poser les jalons d'une coopération constructive. Ils font vite connaissance avec l'équipe d'HDJ : Dr Crosnier (pédiatre), Evelyne et Véronique (puéricultrices), Karine (AP) et Thibault Le Drogo (psy). Parfois, l'équipe de salle prend le relais dans la continuité médicale (Drs Blanc, de Tournemire, Bellagha) et paramédicale (IDE et AP encadrées par S. Combette, F. Arligui-psy).

À l'occasion du remaniement de notre service, la prise en charge de ces malades qui nécessitent un investissement fort des équipes de soins, a suscité réflexions individuelles et débats entre soignants qui constitueront sans doute une petite pierre dans la construction des travaux du RIFHOP (KTC, soins palliatifs, fratrie ...). Ensemble nous essayons de répondre au mieux à l'attente des familles inquiètes de venir dans un service moins spécialisé : soins de qualité, écoute et soutien, explications et conseils...Ainsi, dans la continuité de ce travail d'équipe, nous avons été ravis d'accueillir Lucie MÉAR, qui va être une aide précieuse pour consolider l'acquis et concrétiser de nouveaux projets. Nous comptons sur son dynamisme pour faire fructifier localement l'élan formidable du RIFHOP au service des enfants et de leur famille.

Dr Béatrice PELLEGRINO

*Pédiatre, responsable de l'hématologie
et des urgences pédiatriques au CHI de Poissy*