



Un binôme soignant pour améliorer la prise en charge de la dyade enfant-parents

Hélène Billeau, Céline Bonhême, Sylvie Wascheul

► To cite this version:

Hélène Billeau, Céline Bonhême, Sylvie Wascheul. Un binôme soignant pour améliorer la prise en charge de la dyade enfant-parents. La revue de l'infirmière, 2020, 69, pp.44 - 45. <10.1016/j.revinf.2020.09.012>. <hal-03493101>

HAL Id: hal-03493101

<https://hal.science/hal-03493101v1>

Submitted on 15 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dochead Pratique

oncologie

Un binôme soignant pour améliorer la prise en charge de la dyade enfant-parents

Hélène Billeau

Auxiliaire de puériculture

Céline Bonhême

Infirmière puéricultrice

Sylvie Wascheul*

Cadre de santé puéricultrice

Service pédiatrie, Institut Curie, Centre oncologie Siredo (soins, innovations, recherche, enseignement en oncologie des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer), 26, rue d'Ulm, 75005 Paris, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : sylvie.wascheul@curie.fr (S. Wascheul).

Résumé

En oncologie et, à plus forte raison en oncopédiatrie, la qualité des prises en charge s'appuie sur l'expertise médicale et soignante des équipes, ainsi que sur leur savoir-être dans l'accompagnement des malades et des proches. Une équipe hospitalière illustre cette recherche d'excellence à travers le partage d'expérience d'un binôme auxiliaire de puériculture-infirmière engagé dans le parcours patient d'un enfant et de sa famille, lors d'une hospitalisation pour l'énucléation d'un œil.

© 2020

Mots clés – auxiliaire de puériculture ; énucléation ; infirmière ; oncologie ; prise en charge

Summary à venir

© 2020

Keywords à venir

L'Institut Curie de Paris (5^e) est le centre de référence national du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique du rétinoblastome [1]. Ce dernier est un cancer de la rétine survenant chez les jeunes enfants¹. C'est l'une des tumeurs cancéreuses de l'enfant les plus courantes ; elle se soigne particulièrement bien, pour peu que le diagnostic soit posé à temps.

TEG1 Le plus souvent, le pronostic vital de l'enfant n'est pas engagé. Autant que possible, un traitement conservateur oculaire est réalisé.

TEG1 Cependant, dans un certain nombre de cas, il faut procéder à l'énucléation de l'œil touché ; c'est-à-dire à son ablation chirurgicale, soit dès le diagnostic, soit après échec des traitements conservateurs oculaires. Lorsque l'énucléation est nécessaire, l'enfant est hospitalisé trois jours dans le service de pédiatrie. Cette durée peut paraître courte, au regard de l'intensité de tout ce que la famille s'apprête à vivre. L'enfant va être amputé d'un œil. L'idée même de cet acte est d'une grande violence pour tout un chacun. S'ajoutent à cela les contraintes physiques et émotionnelles induites par l'hospitalisation.

TEG1 Le service de pédiatrie a développé une procédure de prise en charge très poussée et rompue aux expériences successives. L'équipe soignante s'appuie dessus pour s'adapter à chaque situation et, notamment, veiller à l'impact émotionnel des informations reçues, des gestes exercés sur le patient, des situations vécues par l'enfant et sa famille.

TEG1 Une procédure rodée est un pilier de l'excellence recherchée dans un service hospitalier, car en consolidant la dimension technique du soin, elle permet aux soignants de se focaliser sur la prise en charge holistique du patient. Par cet article, nous souhaitons partager certaines des spécificités et des précautions qui sont observées lors de la prise en charge d'un enfant qui s'apprête à être énucléé d'un œil.

T1 La veille de l'intervention

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

TEG1 Nous travaillons à offrir à la famille un environnement le plus apaisant possible pour les trois jours d'hospitalisation. Nous les installons en chambre individuelle et invitons les deux parents à rester dormir auprès de l'enfant. Habituellement, un seul accompagnant est autorisé la nuit.

TEG1 Puis, vient le temps de l'entretien mené par le pédiatre. Ce dernier va prendre le temps d'expliquer à l'enfant, quel que soit son âge, et à sa famille toutes les étapes de l'hospitalisation. Chacun sera invité à poser ses questions au médecin. Un des soignants du binôme référent est également présent lors de cet

entretien. Cette condition est indispensable, car elle lui permet de répondre aux questions qui surviendront à distance de l'entretien tout en faisant écho à ce qui s'y dit.
De plus, les psychologues se présentent à la famille et se rendent disponibles.

T1 Le jour de l'intervention

La préparation au bloc opératoire ressemble à beaucoup d'autres.

TEG1 Au moment de descendre au bloc opératoire, le binôme de soignants fait office de brancardiers. En accompagnant l'enfant et ses parents, l'enjeu est de maintenir un climat rassurant.

TEG1 Une fois arrivés au bloc opératoire, lorsque le personnel vient chercher le patient, il lui est demandé une ultime fois, ainsi qu'à ses parents, quel œil va être opéré, pour des raisons d'identitovigilance. Les soignants référents les auront préalablement prévenus que ces questions leur seraient posées. Il s'agit d'éviter de les déstabiliser dans ce temps de séparation.

TEG1 La séparation de l'enfant et ses parents est toujours un temps chargé en émotions. Chaque famille appréhende différemment ce moment. Les parents sont raccompagnés dans le service par le binôme référent, qui reste disponible et leur propose de sortir un moment de l'établissement, s'ils le souhaitent.

TEG1 Au réveil de l'enfant, le personnel de la salle fait en sorte que les parents soient présents. Commence alors une prise en charge de la douleur, en administrant des antalgiques par voie intraveineuse de façon systématique.

TEG1 Une fois l'enfant remonté dans sa chambre, dans le service de pédiatrie, notre priorité est son confort. Nos actions visent à ce qu'il ne soit pas algique et qu'il trouve du réconfort auprès de ses parents :

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

TEG1 Dans l'après-midi, l'ophtalmologue vient rendre visite à l'enfant et sa famille. Si possible, l'un des deux soignants du binôme est présent à ce moment-là.

TEG1 Nous prenons également contact ce même après-midi avec l'infirmier libéral qui réalisera les soins post-énucléation deux fois par jour au domicile. Il s'agit de lui donner des informations précises et exhaustives sur cette prise en charge. Car, le plus souvent, les infirmiers libéraux réalisent ce suivi pour la première fois.

T1 Le lendemain de l'intervention

Le jour suivant l'opération, l'infirmière de nuit applique délicatement, alors que l'enfant dort encore, de l'huile de vaseline sur le pansement compressif. De cette façon, le pansement se retirera de lui-même, sans effort. Les parents redoutent parfois l'ablation du pansement. Des explications précises peuvent alléger leur peur. L'interne en ophtalmologie, présent la veille au bloc, passe vérifier que les suites opératoires immédiates sont sans complications.

TEG1 Dans la matinée, nous réalisons le premier soin post-énucléation. Un antalgique est administré en amont du soin. Nous attendons que ce dernier fasse pleinement effet avant de débiter.

- Dans la salle de soin, une fois l'enfant bien installé (le plus souvent sur l'un de ses parents), nous effectuons des gestes rapides et sûrs. Bien souvent, il a les paupières closes durant le soin, et ne peut donc appréhender aucun de nos gestes, à nous de le prévenir.
- Le soin est "simple" : il s'agit de nettoyer les sécrétions écoulées et d'appliquer une pommade antibiotique le long de la fente palpébrale. Pourtant, les sensations nouvelles et l'éventuelle douleur ressentie malgré les précautions prises peuvent rendre les gestes effectués insupportables à l'enfant. S'ajoute à cela le contexte plus ou moins apaisé dans lequel se déroule le soin.

TEG1 La plupart du temps, après la réalisation de ce premier soin post-énucléation, l'enfant peut sortir de l'hôpital. Plus rarement, il est nécessaire de prolonger l'hospitalisation en raison de la douleur.

T1 Conclusion

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

Les retours des familles, ceux des enfants, à distance de l'opération, nous confortent régulièrement dans nos choix et dans l'énergie qu'il nous est nécessaire de mobiliser. Ces échanges, ces remerciements appuyés, malgré leurs expériences traumatisantes, nourrissent nos savoir-faire et nos savoir-être, que nous affinons au fil du temps.

Note

¹ Chiffres clés autour du rétinoblastome : un seul œil (tumeur unilatérale) est atteint dans 60 % des cas contre 40 % pour les deux yeux (tumeurs bilatérales) ; il survient en général avant l'âge de 5 ans ; dans 50 % des cas, une prédisposition génétique est présente ; environ 95 % des enfants sont guéris dans les pays développés ; on compte environ 50 cas par an en France (source INCa).

Source : www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Référence

[1] Institut Curie. Le rétinoblastome. 2017. <https://curie.fr/page/le-retinoblastome>.