

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE DIJON

SOINS AUX ENFANTS HOSPITALISES EN  
HEMATOLOGIE/ONCOLOGIE :  
DIFFICULTES RENCONTREES ET RÔLE INFIRMIER

DESENFANT EMILIE  
PROMOTION 2001-2004

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
A. CADRE CONCEPTUEL .....	2
I. Le service d'hématologie/oncologie pédiatrique .....	2
2. Épidémiologie .....	2
3. Clinique et biologie .....	2
4. Diagnostic .....	3
5. Examens complémentaires .....	3
6. Traitements antinéoplasiques .....	3
b. Déroulement .....	4
7. Prévention et traitement des effets indésirables et des complications .....	4
a. Les troubles digestifs.....	4
b. L'aplasie médullaire .....	5
c. L'alopécie .....	5
d. Toxicité cardiaque, pulmonaire et rénale .....	5
8. Prévention et traitement de la douleur .....	6
a. La douleur chronique .....	6
b. La douleur aiguë .....	6
9. La guérison.....	6
II. Rôle infirmier .....	7
1. Cadre professionnel.....	7
2. Rôle infirmier, généralités .....	7
3. Rôle en collaboration .....	8
4. Le soutien psychologique .....	8
III. L'enfant hospitalisé.....	9
1. Admission à l'hôpital .....	9
2. Adaptation.....	9
3. Ressenti de l'enfant .....	10
4. L'enfant et ses parents .....	10
5. Conséquences de l'hospitalisation sur l'enfant .....	10
B. TRAVAIL DE RECHERCHE .....	12
I. Problématique .....	12
II. Présentation de la recherche .....	13
1. Population.....	13
2. Outil de recherche .....	13
3. Entretien.....	13
III. Analyse des entretiens .....	13
IV. Synthèse .....	19
CONCLUSION.....	19

## BIBLIOGRAPHIE

Annexe n°?: Grille d'entretien

## Introduction

Le thème de mon travail de fin d'études est : « Le rôle infirmier dans le soutien psychologique des enfants entre 8 et 10 ans hospitalisés dans le service d'hématologie/oncologie pédiatrique. »

Ce qui m'a amenée à choisir ce sujet est mon passage dans le service de pédiatrie "grands enfants", se trouvant à l'hôpital d'enfants de Dijon, à l'occasion d'un stage en deuxième année. Le cadre infirmier m'a proposé d'aller découvrir le service voisin dont il est également responsable, pendant quelques heures. J'ai accepté et je suis donc allée passer deux heures dans le service d'hématologie/oncologie pédiatrique.

Lors de cette visite, les infirmières m'ont expliqué leur travail, les pathologies rencontrées et les précautions particulières à respecter. J'ai ensuite accompagnée une infirmière dans la chambre d'une petite fille d'une dizaine d'années. Elle avait le visage triste, elle avait appelé car elle voulait de l'aide pour aller aux toilettes mais elle n'a pas réussi à se retenir et a mouillé son lit.

Elle s'est mise à pleurer malgré le fait que l'infirmière la rassure en lui disant que ce n'était pas grave et que ça pouvait arriver à tout le monde. Elle était inconsolable. Il a fallu qu'une seconde infirmière ainsi que le cadre infirmier viennent la voir et discutent avec elle pour réussir à la consoler. Mais malgré tout, son visage était toujours aussi triste. Cette petite fille m'a énormément marquée et je n'ai toujours pas oublié le visage qu'elle avait ce jour là.

J'ai trouvé une différence énorme entre ces deux services. Je me suis ensuite posée beaucoup de questions par rapport à ce que pouvaient ressentir ces enfants atteints de cancer. Je voulais également découvrir de quelle manière l'infirmière pouvait parvenir à les rassurer, les soutenir, les consoler et leur redonner le sourire.

J'ai ensuite choisi de cibler la tranche 8-10 ans car c'est un âge auquel les enfants sont assez grands pour se rendre compte de leur maladie et de tout ce qu'elle implique, et où ils ne sont pas encore entrés dans l'adolescence donc ont encore besoins de leurs parents et demandent beaucoup d'attention.

De plus, j'ai souhaité effectuer mon travail en me fixant sur les enfants ayant 10 ans au plus afin d'obtenir des réponses aux questions que j'ai pu me poser après ma rencontre avec cette petite fille.

Mon travail de fin d'études est donc divisé en deux grandes parties. La première partie est consacrée au cadre théorique sur les pathologies, les traitements, l'hospitalisation de l'enfant et le rôle infirmier en lien avec tout ceci. La deuxième partie portera sur l'élaboration et l'analyse d'entretiens visant à confirmer ou infirmer une hypothèse posée.

## A. CADRE CONCEPTUEL

### I. Le service d'hématologie/oncologie pédiatrique

#### 1. Définitions

« *Hématologie : science qui traite de la physiologie et de la pathologie des tissus hématopoïétiques (moelle osseuse, rate, ganglions lymphatiques) et du sang.* »<sup>1</sup>

« *Oncologie : étude des tumeurs et, par extension, des cancers.* »<sup>2</sup>

#### 2. Épidémiologie

« *Les cancers de l'enfant ne représentent que 1% de l'ensemble des cancers et touchent en France environ 1800 enfants et adolescents chaque année* »<sup>3</sup> et « *ils sont la seconde cause de mortalité chez les enfants ayant entre 1 et 15 ans* ».<sup>4</sup>

« *Le taux de guérison était d'environ 75% en 2002* ».<sup>5</sup>

Ils en existe un très grand nombre de formes différentes dont les plus fréquentes sont les leucémies (30%), les tumeurs cérébrales (20%), et les lymphomes (10%).<sup>6</sup>

#### 3. Clinique et biologie

Les premiers symptômes sont très variables et ne sont pas forcément évocateurs d'une maladie cancéreuse. En effet, ce sont les mêmes que ceux rencontrés lors d'affections bénignes et très fréquentes chez les enfants. On les distingue par leurs apparitions répétées sans causes logiques ou évidentes.

Parmi ces symptômes, on retrouve : pâleur de la peau et conjonctives blanches, fatigue croissante puis prostration, perte d'appétit, fièvre, hématomes, hémorragies, tuméfactions des gencives, gonflement des ganglions, douleurs abdominales, douleurs osseuses, douleurs articulaires, céphalées, troubles de la marche, chutes, déficits visuels...

---

<sup>1</sup> MANUILA L. et A., LEWALLE P. ET NICOULIN M. – *Dictionnaire médical* – 9<sup>ème</sup> éd., MASSON, Paris, 1999, 2001. – 678 pages.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Dr. LACOUR, Pr. SOMMELET, Dr. MEZLOY – *Votre enfant a un cancer, comment vous aider ?* – éd. Novembre 2001. – 154 pages.

<sup>4</sup> *Rapport de la commission d'orientation sur le cancer (janvier 2003), extraits du chap.8 concernant les enfants et les adolescents*, (en ligne) ; <http://www.donationlousalome.org/fichiers/commission.htm> (Page consultée le 17/01/2004).

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Dr. LACOUR..., op. cit.

## 4. Diagnostic

Les cancers de l'enfant se développant plus rapidement, il est impossible de les dépister comme ceux de l'adulte. C'est pourquoi leur découverte se fait souvent à un stade de développement avancé.

Différents examens cliniques, biologiques et radiologiques seront pratiqués dans le but d'établir le diagnostic de cancer et d'en analyser ses particularités.

Le diagnostic de leucémie pourra être posé en fonction des résultats d'un examen sanguin et d'un myélogramme, qui mettront en évidence une anémie, une neutropénie, une thrombopénie, et la présence d'au moins 20% de blastes (cellules sanguines immatures) dans la moelle osseuse.

Les autres cancers seront diagnostiqués grâce à des examens radiologiques (scanner, IRM...), un bilan clinique (qui montrera un gonflement des ganglions, des douleurs, des troubles divers), un bilan sanguin (qui mettra en évidence une augmentation des globules blancs et la présence de marqueurs tumoraux spécifiques), et une analyse biochimique à partir d'une biopsie (qui déterminera la nature maligne ou non des tissus prélevés).

## 5. Examens complémentaires

Une fois le diagnostic établi, on réalisera un bilan d'extension dont le but sera de déterminer la taille de la tumeur elle-même, d'apprécier l'atteinte des organes et des tissus voisins et enfin de vérifier la présence ou non d'éventuelles métastases.

Ce bilan se compose de divers examens choisis selon le type de cancer : radiographies, échographies, scintigraphies, scanners, IRM, biopsies médullaires, ponctions ganglionnaires...

Le bilan d'extension sera accompagné d'examens visant à évaluer l'état général de l'enfant et le fonctionnement de ses différents organes dans le but d'adapter au mieux les traitements anticancéreux.

## 6. Traitements antinéoplasiques

### a. Généralités

En fonction des résultats de tous ces examens, le médecin décidera du traitement. Il existe plusieurs sortes de traitements anticancéreux qui peuvent être utilisés seuls ou en association en fonction du stade de développement du cancer.

Il y a la chimiothérapie qui est l'utilisation de produits antinéoplasiques et dont le but est de provoquer l'apoptose des cellules cancéreuses (produits cancéricides), ou de bloquer leur prolifération (produits antiméiotiques, cytostatiques, cancérostatiques).

La radiothérapie est un traitement par radiations localisées sur la tumeur. Elle aura pour action de détruire les cellules exposées aux radiations.

La chirurgie, quand elle est possible, permet de retirer la tumeur et les tissus éventuellement atteints à proximité.

Quant à la greffe, elle est plus rare. Des greffes de moelle peuvent être pratiquées dans le traitement des leucémies, en complément de la chimiothérapie.

## b. Déroulement

Dès la confirmation du diagnostic, le médecin pose à l'enfant un cathéter veineux central pour commencer la chimiothérapie le plus tôt possible. Celle-ci est le plus fréquemment administrée par voie intraveineuse, mais il arrive qu'elle soit complétée par des ponctions lombaires permettant d'injecter les produits directement dans la moelle épinière.

Un plan de traitement sera élaboré par le médecin et devra être suivi à la lettre. Ce plan, sous forme de calendrier, est un protocole décrivant les doses de traitements à administrer chaque jour à l'enfant.

Quelque soit l'organisation du traitement, il se déroulera toujours en plusieurs cures, séparées chacune d'un temps de récupération d'environ trois semaines. En effet, la chimiothérapie n'agit pas uniquement sur les cellules malades, elle a les mêmes conséquences sur toutes les cellules saines de l'organisme, c'est à dire qu'elle va les détruire ou stopper leur prolifération. Le temps de récupération permettra donc aux cellules saines de se multiplier avant le début de la cure suivante.

La première cure sera toujours faite en hospitalisation complète mais les suivantes pourront se faire en hospitalisation de jour.

Chaque cure sera précédée d'un bilan sanguin dont les résultats permettront au médecin d'autoriser ou non sa mise en route.

L'objectif de ces cures est d'obtenir les meilleurs résultats possibles, c'est-à-dire la guérison, tout en limitant au maximum les effets indésirables et les séquelles dus aux traitements. Pour y parvenir, des examens biologiques et radiologiques seront pratiqués régulièrement pour évaluer la réponse et la tolérance de l'enfant à ces traitements. Le médecin pourra ensuite réajuster au mieux le plan de traitement en fonction des résultats obtenus.

Nous aurons donc la possibilité de limiter les troubles provoqués par les traitements mais pas de les supprimer.

## 7. Prévention et traitement des effets indésirables et des complications

Les traitements par chimiothérapie et radiothérapie sont lourds, ce qui implique un grand risque d'effets secondaires pouvant avoir de graves conséquences sur la santé de l'enfant.

Nous avons vu ces risques en cours de troisième année :

### a. Les troubles digestifs

*Nausées, vomissements* pour lesquels un traitement préventif sera débuter avant toute cure de chimiothérapie avec un antiémétique intraveineux (Primpéran<sup>®</sup>, Zophren<sup>®</sup>...).

*Constipation* qui sera traitée avec une alimentation adaptée et/ou avec des laxatifs. Il sera important de surveiller son évolution pour éviter une occlusion intestinale.

*Mucite* (atteinte des muqueuses digestives se traduisant au niveau de la bouche par une stomatite, des douleurs abdominales et de la diarrhée). Elle survient vers le dixième jour de chimiothérapie et entraîne une douleur très importante qui empêche souvent l'enfant de se nourrir. En prévention ou en traitement de la mucite, il sera prescrit des bains de bouche fréquents d'un mélange de bicarbonate et de Fungizone<sup>®</sup>.

*Déficit alimentaire* dû à des troubles du goût, des douleurs liées aux mucites et de la perte d'appétit. Afin d'éviter ce déficit, il faudra se renseigner sur les goûts de l'enfant et diversifier la nourriture. Dans le cas où le déficit alimentaire serait présent, il serait alors nécessaire de mettre en place la nutrition entérale ou parentérale en complément.

b. L'aplasie médullaire

C'est la réduction considérable voire la disparition complète dans la moelle osseuse des trois lignées sanguines ou de l'une d'entre elles. Les risques encourus par l'aplasie médullaire diffèrent selon les lignées sanguines touchées.

*Risque d'anémie* s'il s'agit de la lignée érythroblastique (lignée des globules rouges). En cas d'anémie, le médecin prescrira une transfusion sanguine de globules rouges.

*Risque hémorragique* s'il s'agit de la lignée mégacaryocytaire (lignée des plaquettes). Les premiers signes hémorragiques seront des épistaxis et des saignements des muqueuses. Le médecin prescrira alors une transfusion sanguine de plaquettes.

*Risque infectieux* s'il s'agit de la lignée granulocytaire (lignée des globules blancs). Ce risque est très important et demande des précautions particulières, en particulier chez l'enfant leucémique puisque, en plus du traitement, sa maladie a elle-même des effets néfastes sur ces lignées sanguines.

En prévention, chaque enfant sera placé en isolement protecteur pendant toute la durée du traitement et jusqu'à la fin de l'aplasie médullaire. Toute personne entrant dans la chambre devra donc se laver les mains et se vêtir d'un sarrau, d'un masque et d'une charlotte. L'enfant ne sortira de sa chambre qu'en cas d'examens spécifiques, et devra alors porter un masque pour se protéger. Un enfant leucémique sera également en isolement protecteur, mais dans une chambre avec un flux laminaire, sous lequel les germes ne pourront pas pénétrer. Tout ce qui sera passé sous le flux laminaire devra au préalable être stérilisé ou décontaminé.

Les enfants devront également suivre un régime spécial dans lequel certains aliments susceptibles de contenir de l'aspergillus seront proscrits (pain, fruits, légumes...).

Le risque infectieux fera l'objet d'une surveillance pluriquotidienne de la température. Dès qu'elle sera supérieure ou égale à 38°C, une antibiothérapie intraveineuse à large spectre sera débutée et des examens seront prescrits pour en découvrir l'origine.

c. L'alopécie

Elle survient après la cure de chimiothérapie ou de radiothérapie. Il n'existe pas de traitements préventifs ou curatifs efficaces, les cheveux et les poils repousseront seuls une fois les traitements terminés. En attendant, on pourra proposer à l'enfant de porter une perruque ou une casquette selon ses goûts.

d. Toxicité cardiaque, pulmonaire et rénale

L'altération de ces organes peut laisser des séquelles à vie, c'est pourquoi des examens complémentaires sont systématiquement réalisés avant le début du traitement. Ils permettent de détecter l'éventuelle fragilité d'une fonction physiologique de l'enfant dans le but d'adapter les traitements en fonction de leur toxicité.

## 8. Prévention et traitement de la douleur

La douleur chez l'enfant atteint de cancer a plusieurs origines. Elle peut être liée à la maladie elle-même, aux effets indésirables des traitements, ou encore aux différents examens et soins réalisés.

### a. La douleur chronique

C'est celle provoquée par la maladie et les effets indésirables des traitements. Pour la traiter efficacement, il faut l'évaluer fréquemment en utilisant l'Echelle Visuelle Analogique (sous forme de réglette), en observant le faciès, la posture et le comportement de l'enfant, et en tenant compte de ce qu'il dit. En fonction de ces évaluations, le médecin pourra adapter au mieux les traitements antalgiques.

Les antalgiques les plus utilisés sont les morphiniques car les douleurs sont très importantes. Il en existe différentes formes, orale, transcutanée et intraveineuse, mais la forme intraveineuse est souvent préférée puisqu'elle agit plus rapidement. L'enfant a donc la plupart du temps une PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient) qui lui permet de s'injecter une dose de Morphine<sup>®</sup> quand il en ressent le besoin. Ces doses sont déterminées et réglées au préalable par le médecin.

### b. La douleur aiguë

C'est celle induite par les différents examens ou soins réalisés comme les prises de sang, les ponctions lombaires, les biopsies médullaires, les myélogrammes, les injections intramusculaires, les réfections de pansements, les interventions chirurgicales...etc....

On peut la prévenir en ayant recours à des antalgiques avant et pendant le soin, à une anesthésie locale (Emla<sup>®</sup>) ou générale, ou à l'inhalation d'Entonox<sup>®</sup>.

Il est très important pour l'enfant que les soins soient le moins douloureux possibles car ils sont fréquents.

## 9. La guérison

La guérison d'un cancer est très longue, elle nécessite plusieurs années de traitement. Avant de pouvoir parler de guérison définitive, il faut parler de rémission complète. On considère qu'un enfant est en rémission complète lorsqu'on ne distingue plus aucune anomalie ou signe de cancer dans les résultats d'examens. Etant donné le risque important de rechute, il faudra entre 5 et 10 ans de rémission complète pour admettre la guérison définitive.

## II. Rôle infirmier

### 1. Cadre professionnel

Le rôle infirmier est défini par le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Les principales idées par rapport au rôle infirmier dans le service d'hématologie/oncologie pédiatrique sont :  
*Article 2 : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. »*

*Article 3 : « Relèvent du rôle propre infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. »*

*Article 5 : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage . »*

*Article 6 : « ...l'infirmier est habilité à pratiquer les actes soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin. »*

*Article 7 : « L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. »<sup>7</sup>*

### 2. Rôle infirmier, généralités

L'infirmière doit aider au bon déroulement de l'hospitalisation. Elle doit être présente, disponible pour l'enfant et sa famille afin de répondre à leurs interrogations ou les adresser à un professionnel connaissant mieux le sujet. Elle peut reformuler et éclaircir les informations données par le médecin, ainsi qu'expliquer le but, le déroulement et les éventuels effets secondaires des différents soins, examens et traitements à réaliser. Elle doit informer l'enfant et sa famille sur le fonctionnement et les habitudes du service, ainsi que sur les précautions particulières à prendre par rapport à l'isolement protecteur, au flux laminaire...etc....et veiller à leur application.

L'infirmière a également un rôle important dans la mise en œuvre des traitements selon les prescriptions médicales et les protocoles en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie. Grâce à ses connaissances sur les pathologies, les examens et les traitements, elle doit assurer la prévention des complications potentielles et informer le médecin sur leur apparition et l'évolution de l'enfant tout au long de la journée.

L'infirmière a aussi le devoir d'assurer ou de s'assurer de la réalisation des soins d'hygiène et de confort.

---

<sup>7</sup> France. L. JOSPIN, E. GUIGOU, B. KOUCHNER. – Décret n°2002-194 du 11/02/2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

### 3. Rôle en collaboration

Pour effectuer une bonne prise en charge de l'enfant, l'infirmière se doit de collaborer avec tous les personnels soignants susceptibles d'y participer, c'est-à-dire : médecins, chirurgiens, infirmières, auxiliaires puéricultrices, aides soignantes, diététiciennes, kinésithérapeutes, psychologues, pharmaciens, institutrices et animatrices.<sup>8</sup>

Elle a un rôle auprès de chacun d'entre eux :

Les médecins et chirurgiens prescrivent des soins, des examens et des traitements.

L'infirmière doit les réaliser, récupérer les résultats et les leur transmettre. Elle pourra également l'informer sur l'évolution de l'enfant et l'aider dans la réalisation de certains examens.

L'infirmière est elle aidée par les autres infirmières, les auxiliaires puéricultrices et les aides soignantes dans la réalisation des soins, la surveillance, le soutien, le réconfort et la distraction des enfants.

Les pharmaciens fournissent ou préparent les produits pour la chimiothérapie.

L'infirmière doit faire part des goûts de l'enfant à la diététicienne puis s'assurer que le régime mis en place est respecté.

Le kinésithérapeute fait faire des exercices à l'enfant pour l'aider à préserver sa force musculaire, il faudra donc l'informer de l'état de fatigue de l'enfant avant chaque séance pour qu'il puisse adapter leur intensité.

De même pour l'institutrice et l'animatrice, pour qu'elles puissent chaque jour adapter le travail et les jeux ou activités à l'enfant. Il sera aussi nécessaire de les informer sur son âge, son niveau scolaire et ses goûts.

Le psychologue qui s'occupe de l'enfant aura besoin d'informations sur son état de santé, et les différents problèmes rencontrés.

### 4. Le soutien psychologique

L'infirmière tient une place importante dans le soutien psychologique de l'enfant et de sa famille. Ces derniers se confient facilement à elle du fait qu'ils la côtoient tous les jours et qu'ils lui font confiance.

Dans ce cas, l'infirmière aura un rôle d'écoute, de soutien et de réconfort. Elle pourra proposer à la famille et à l'enfant de consulter un psychologue en leur expliquant qu'il pourrait les aider à traverser cette épreuve.

Le psychologue permettra à l'enfant d'exprimer son ressenti et ses angoisses par rapport à sa maladie et son hospitalisation, et il l'aidera à comprendre et à mieux vivre ce qu'il traverse.

---

<sup>8</sup> Dr. LACOUR, Pr. SOMMELET, Dr. MEZLOY. – *Votre enfant a un cancer, comment vous aider ?* –éd. Novembre 2001. – 154 pages.

### III. L'enfant hospitalisé

#### 1. Admission à l'hôpital

Une hospitalisation est angoissante à tout âge, mais en particulier chez l'enfant. C'est pourquoi il est important de bien le préparer quelques jours avant son admission, en lui expliquant, avec un vocabulaire adapté, le but, la nécessité, le déroulement et la durée de l'hospitalisation si elle est connue. Ses parents devront le rassurer en lui expliquant qu'ils ne l'abandonnent pas, qu'ils seront présents.

La difficulté en cas de cancer est que la première hospitalisation, après la confirmation du diagnostic, se fait très rapidement ne laissant pas la possibilité d'en discuter avec l'enfant qui n'y sera donc absolument pas préparé. A cela s'ajoutent des conditions difficiles puisqu'il n'est pas non plus préparé aux nombreux soins médicaux et examens pratiqués et à l'isolement en chambre ou sous flux laminaire qui le sépare brusquement de ses parents. De plus, l'hospitalisation est souvent très longue.

Il est essentiel que l'accueil dans le service se passe bien.

A l'arrivée de l'enfant et de sa famille, l'infirmière doit se présenter, présenter l'équipe soignante, le service, la chambre et expliquer les différentes activités qui seront proposées à l'enfant pendant son hospitalisation.

Tout ceci contribuera ainsi à faciliter son adaptation.

#### 2. Adaptation

L'adaptation de l'enfant en milieu hospitalier est plus ou moins longue selon sa personnalité, mais elle reste plus facile s'il a pu y être préparé.

Différents moyens peuvent être utilisés pour aider l'enfant à s'adapter :

L'infirmière peut conseiller aux parents d'apporter un nounours, un jouet ou un objet auquel l'enfant est attaché. Elle peut également les encourager à rester au maximum près de lui, le jour et la nuit selon les besoins de l'enfant. Elle doit également se renseigner sur ses habitudes de vie, ses goûts et sa façon de s'exprimer puis transmettre ces informations à toute l'équipe soignante. Ceci permettra une prise en charge personnalisée et par conséquent d'éviter de perturber l'enfant.

L'enfant, entre 8 et 10 ans, fait attention à son apparence, il faut donc dans la mesure du possible lui permettre de porter ses vêtements personnels.

Dans le service d'hématologie/oncologie, certaines choses peuvent être difficiles à réalisées en particulier à cause des précautions à respecter avec le flux laminaire. Les parents devront porter un masque, une blouse et une charlotte et n'auront donc pas le même contact que d'habitude avec leur enfant. De même, lui apporter des objets sera compliqué puisque tout doit être décontaminé.

Cependant, les enfants ayant entre 8 et 10 ans s'adapteront souvent plus facilement que les plus petits puisqu'ils commencent, à cet âge, à se détacher un peu de leurs parents.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> *Développement psychologique de l'enfant*, (en ligne) ;

[http://www.lueur.org/textes/doss/nf\\_dvpt\\_psy\\_enfant4.php](http://www.lueur.org/textes/doss/nf_dvpt_psy_enfant4.php). (Page consultée le 16/10/2003)

### 3. Ressenti de l'enfant

Lors de la première hospitalisation, l'enfant a souvent peur, il est angoissé car c'est pour lui l'inconnu, il ne sait pas ce qu'on va lui faire, ou ne comprend pas pourquoi il est ici, d'où l'importance de tout lui expliquer en détail.

Après 8 ans, il peut comprendre la notion de maladie, de ce fait il conçoit mieux la nécessité de l'hospitalisation.

Par rapport à l'équipe soignante, il peut avoir des sentiments ambivalents car ce sont les personnes qui sont près de lui chaque jour, qui prennent soins de lui, qui le réconfortent et qui lui permettent de guérir, mais également celles qui lui font subir toutes sortes de soins et d'examen douloureux ou désagréables.

Entre 8 et 10 ans, l'enfant fait preuve d'une grande curiosité, il aime souvent apprendre de nouvelles choses. Il pose donc beaucoup de questions sur sa maladie, son traitement, ses soins, ses chances de guérison. Ayant le plus souvent conscience de la gravité de sa maladie, il va également s'interroger sur la mort, et l'envisager comme possible, ce qui va générer en lui une angoisse importante.

L'infirmière doit alors demander au médecin d'aller répondre aux questions de l'enfant et pourra ensuite éclaircir ce que celui-ci n'aura pas bien compris. Quoiqu'il arrive, il ne faut pas laisser l'enfant sans réponse car cela accentuerait son angoisse.

### 4. L'enfant et ses parents

Les parents sont inquiets et angoissés par la maladie de leur enfant.

Cette inquiétude peut avoir des répercussions sur l'enfant et son comportement.

Certains parents trop angoissés pendant les soins peuvent transmettre cette angoisse à l'enfant qui aura peur, sera méfiant et rendra la réalisation du soin difficile. De même, si les parents ne font pas confiance aux soignants, l'enfant le ressentira et ne leur fera, à son tour, pas confiance.

Voilà pourquoi la prise en charge d'un enfant nécessite également celle de ses parents, on ne pourra pas soigner l'enfant convenablement sans inclure les parents.

### 5. Conséquences de l'hospitalisation sur l'enfant

Les changements dans son état de santé entraînent aussi des changements dans la vie de l'enfant. Ces changements sont dus aux symptômes (douleurs, fatigue, perte d'appétit...), aux traitements lourds et leurs effets secondaires, aux soins répétitifs et douloureux, et aux hospitalisations fréquentes qui impliquent une séparation avec la famille, les amis et l'environnement personnel.

Les conséquences de ces hospitalisations sont des troubles du comportement, un repli sur soi, une régression affective se manifestant par un besoin important de soins, d'attention, d'affection et de protection. On remarque aussi une régression à type de succion du pouce, énurésie, pleurs.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> *Mon enfant va entrer à l'hôpital*, (en ligne); <http://www.ifrance.com/rossant/hospitalisation.htm>. (Page consultée le 12/09/2003)

Pour éviter ou limiter ces troubles, il faut apporter à l'enfant ce dont il a besoins à chaque âge.

Entre 8 et 10 ans, ils aiment apprendre, s'instruire, il faut donc continuer l'école pendant l'hospitalisation. L'école lui permet de maintenir ses habitudes quotidiennes et de ne pas se sentir exclu.

Il faut également lui proposer des activités créatives et ludiques en fonction de ses goûts et de ses habitudes pour lui donner l'occasion de s'évader du monde hospitalier et de retrouver ses marques.

La présence des parents et leur participation à la vie de l'enfant à l'hôpital limitera les troubles du comportement en lien avec la séparation du reste de la famille.

## B. TRAVAIL DE RECHERCHE

### I. Problématique

La question de départ à mon travail de recherche est : « Quels sont les facteurs explicatifs de la difficulté de réalisation des soins auprès des enfants de 8 à 10 ans dans le service d'hématologie/oncologie ? »

J'ai choisi d'orienter ma question de départ sur la difficulté de réalisation des soins suite à mon stage dans le service d'hématologie/oncologie pédiatrique, effectué en troisième année dans le cadre de la réalisation du travail de fin d'études. Au cours de ce stage, j'ai en effet assisté à des situations difficiles lors de la réalisation de différents soins, dont certaines avec une petite fille de 9 ans.

Cette petite fille devait subir plusieurs ponctions lombaires à quelques jours d'intervalle. La première à laquelle j'ai assisté était déjà sa deuxième. Le médecin l'avait prévenue deux jours avant. Le jour de la ponction, elle a beaucoup pleuré et répétait sans cesse qu'elle ne voulait pas qu'on lui fasse cette "piqûre". Au moment de lui poser le patch d'Emla<sup>®</sup>, elle a pleuré davantage et refusait qu'on lui touche le dos. L'heure de la ponction arrivée, beaucoup de monde est entré d'un coup dans la chambre : le médecin, l'interne, deux auxiliaires puéricultrices, une infirmière et moi-même. Ses parents étaient également présents. Dès notre entrée, elle a recommencé à pleurer. Ses parents n'ont réussi ni à la rassurer ni à la consoler. Elle se débattait tellement que deux personnes étaient obligées de la tenir et une troisième s'occupait du masque de l'Entonox<sup>®</sup>.

Pour la ponction suivante, le médecin a attendu le matin même pour la prévenir dans le but de limiter son angoisse. Malgré cela, elle a autant pleuré et s'est autant débattue que les fois précédentes.

Je me suis posée beaucoup de questions par rapport à ce pourrai faire l'infirmière pour éviter ou limiter les cas comme celui-là.

Personnellement, je ne savais pas comment réagir face à des situations difficiles comme celles-ci. A mon avis, la principale raison à cela était que je ne possédais pas suffisamment de connaissances en cancérologie et en pédiatrie.

C'est grâce à cette réflexion, que je suis parvenue à l'hypothèse suivante : « Si l'infirmière possède des connaissances et des outils spécifiques à l'hématologie/oncologie pédiatrique, alors elle pourra effectuer une prise en charge efficace de l'enfant au moment des soins. »

## II. Présentation de la recherche

### 1. Population

J'ai choisi d'interroger uniquement des infirmières puisque le but de mon travail est de découvrir par quels moyens une infirmière peut prendre en charge un enfant lors des soins difficiles.

Les infirmières interrogées travaillent dans le service d'hématologie/oncologie pédiatrique à l'hôpital d'enfant de Dijon.

### 2. Outil de recherche

Pour vérifier mon hypothèse, j'ai décidé de mener des entretiens directs. J'ai préféré un entretien à un questionnaire car il m'a semblé que, le sujet pouvant amener beaucoup de réponses différentes, j'apprendrai plus de choses en laissant les infirmières s'exprimer.

J'ai eu l'occasion de rencontrer cinq infirmières.

### 3. Entretien

**Question 1 :** Avez-vous suivi la formation d'infirmière puéricultrice ?

**Question 2 :** Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service ?

**Question 3 :** Avez-vous eu une formation par rapport à la prise en charge des enfants ?  
Si oui : Laquelle ? En quoi vous a-t-elle aidée ?

**Question 4 :** Quelles difficultés rencontrez-vous lors des différents soins auprès des enfants de 8 à 10 ans ? Comment se manifestent-elles ?

**Question 5 :** Quels outils utilisez-vous pour pallier à ces difficultés ?

**Question 6 :** Ces outils sont-ils efficaces pour pallier à toutes les difficultés rencontrées ?

Si non : Quelles difficultés reste-t-il ?

**Question 7 :** Pensez-vous qu'il vous manque quelque chose pour effectuer une bonne prise en charge de l'enfant de 8 à 10 ans ?

## III. Analyse des entretiens

A première vue, les infirmières interrogées rencontrent plusieurs difficultés lors des soins et ont chacune leurs façons de procéder pour les supprimer. Cependant, la plupart d'entre elles disent ne pas trop rencontrer de problèmes avec les enfants de la tranche d'âge 8-10 ans.

Chacune d'entre elles reprend le fait que les enfants ayant entre 8 et 10 ans connaissent et comprennent les raisons de leur hospitalisation et la nécessité des soins, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel. Par contre, certaines voient ceci comme quelque chose de positif dans la réalisation des soins alors que d'autres le voient comme négatif.

En effet, une infirmière sur les cinq pense que le fait que l'enfant soit assez grand pour se rendre compte du soin entraîne des difficultés à le lui faire accepter. Elle dit :  
« *De 8 à 10 ans, ils sont assez grands pour se rendre compte des soins et c'est pas forcément facile de leur faire accepter les soins en fait. Parce que quand c'est des plus petits, finalement ils acceptent quand même pas mal parce qu'ils se rendent pas trop compte, mais c'est vrai que les grands c'est difficile de leur faire accepter les soins.* »

Trois autres infirmières pensent quant à elles que les connaissances de l'enfant peuvent aider celui-ci à accepter les soins et à coopérer lors de leur réalisation :  
« *...ils comprennent bien ce qu'on leur fait et puis ils sont dans un service où ils savent ce qu'ils ont, il savent pourquoi ils sont là donc ils sont généralement assez coopératifs, surtout dans cette tranche d'âge là.* »  
« *...à cet âge là ils comprennent, ils savent que c'est important et ils se font une raison donc ils s'adaptent quand même bien.* »  
« *C'est un âge où l'enfant comprend et puis coopère...* »

Dans les deux cas, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, les infirmières utilisent en majorité (quatre infirmières) un premier outil qui est l'explication. L'enfant étant à un âge où il est très curieux et pose beaucoup de questions, l'explication est indispensable :  
« *...on lui explique le but du soin, on lui dit que c'est nécessaire pour qu'il guérisse...* »  
« *...expliquer les choses simplement mais clairement...* »  
« *...des explications adaptées malgré tout au fait que ce sont des enfants.* »  
« *...on lui explique le soin...* »  
« *...à cet âge là il faut qu'on explique comment ça va se passer, ce qu'on va lui faire, à quoi ça sert...* »

Pour pouvoir expliquer le plus clairement et le plus simplement possible, il est nécessaire que l'infirmière connaisse parfaitement la préparation, le déroulement, le but et les effets indésirables des soins pratiqués en hématologie/oncologie.

Un autre outil semble important puisqu'il apparaît plusieurs fois dans les réponses de quatre infirmières :

« *On discute avec l'enfant...* »  
« *C'est vraiment de la discussion...* »  
« *Du réconfort, du soutien.* »  
« *...il y a tout un dialogue pour ces enfants là.* »

Le dialogue, l'écoute et le réconfort font partie du rôle de l'infirmière dans le soutien psychologique de l'enfant. Les entretiens permettent d'en constater l'importance au moment de la réalisation des soins.

Dans certaines circonstances, les explications ne seront pas suffisantes pour faciliter le soin. L'infirmière, dans l'entretien n°3, explique cela :

« *Il y en a qui se laisseront jamais faire, t'as beau leur expliquer, ils veulent pas écouter...* »

Différents facteurs responsables des difficultés lors des soins sont mis en évidence par les infirmières.

L'un de ces facteurs rejoint la peur de l'inconnu abordée dans la partie sur le ressenti de l'enfant. En particulier lors de la réalisation d'un soin pour la première fois, l'enfant ne sait pas à quoi s'attendre :

« ...des fois les enfants imaginent plein de choses. »

Il a donc besoin de se représenter concrètement ce qui va lui être fait pour diminuer la peur.

Dans ce but, trois infirmières sur cinq expriment la possibilité de montrer à l'enfant le déroulement du soin sur une peluche :

« On peut essayer de reproduire le soin sur une de ses peluches pour lui montrer... »

« Des fois on peut lui montrer sur une peluche. »

« ...souvent c'est montrer un petit peu... »

Lorsque ce besoin de découvrir ce qui l'attend n'est pas satisfait, l'enfant aura peur et il apparaîtra des difficultés supplémentaires.

La peur peut le pousser à réagir à l'encontre du soin et des soignants :

« Ils refusent, ils nous boudent, ils pleurent... »

« C'est parfois de l'opposition... »

« Ils vont refuser les soins, ils vont pas vouloir se laisser faire, ils vont pleurer, ils vont se débattre... »

« ...un refus... »

« ...des pleurs. »

« ...s'il est pas d'accord, il le manifeste avec des gestes et des paroles. »

Dans ces cas là, on reprend l'idée évoquée dans le cadre conceptuel qui était de proposer des activités à l'enfant pour lui permettre de s'évader du monde hospitalier. L'infirmière pourra trouver un moyen de sortir un peu l'enfant du contexte du soin :

« ...les faire participer... »

« Moi j'utilise souvent le jeu ou l'humour. »

« ...des fois discuter d'autre chose aussi ça permet à l'enfant de se destresser. »

Toutes ces manières de procéder sont un moyen de détourner du soin l'attention de l'enfant ou de lui permettre de se concentrer sur autre chose que sur sa peur en le faisant participer.

Pour que ces outils soient efficaces, l'infirmière devra tout de même connaître l'enfant, ses goûts et sa manière de réagir.

Malheureusement, d'après l'infirmière utilisant le jeu, ces outils ne sont pas efficaces pour tous les soins. Elle dit :

« ...le jeu ça marche plutôt bien sauf pour les ponctions lombaires et les médullogrammes, c'est quand même bien douloureux et là parfois ça marche pas... »

Les soins et examens pratiqués dans le service d'hématologie/oncologie sont lourds et douloureux car souvent invasifs. La douleur représente d'ailleurs l'une des difficultés principales d'après les infirmières interrogées :

« ...en fait le problème des soins c'est que c'est des soins douloureux, c'est vrai que pour les soins qui ne sont pas douloureux dans l'ensemble ça se passe pas mal. »

« C'est la douleur en fait. »

Pour éviter cette douleur, l'infirmière doit connaître et savoir utiliser les différents moyens de prévention. On retrouve, dans les réponses à l'entretien n°5, les outils présentés dans le cadre conceptuel :

*« La pommade Emla, les patchs qui évitent la douleur, pour éviter la douleur des piqûres, on a le gaz Entonox. Et puis les antalgiques, par exemple si un enfant est sous Morphine, on lui fait un bolus avant de lui refaire son pansement. »*  
*« C'est plus des outils pour la douleur. »*

L'infirmière ayant suivi la formation sur la douleur pense que la prise en charge de celle-ci est parfois insuffisante :

*« ...des fois on cherche pas trop à comprendre... on cherche pas vraiment le sens de cette douleur. »*

Sa formation complémentaire l'a beaucoup aidée :

*« ...la formation sur la douleur m'a apporté sur le fait de réfléchir à cette douleur, se poser la question pourquoi il se plaint maintenant... »*

Si ces outils contre la douleur sont mal utilisés ou ne sont pas assez efficaces, les enfants auront peur des soins à venir. trois infirmières abordent cette peur liée à la douleur :

*« ...ils ont peur d'avoir mal. »*

*« C'est surtout la peur parce que souvent on leur demande après le soin et ils disent qu'ils n'ont pas eu mal. »*

*« Peur de la douleur pour tout ce qui est soins invasifs, tout ce qui est injection tout ça, donc le soins douloureux surtout. »*

*« ...il va plus craindre d'enlever le pansement. Il se dit qu'on va lui faire mal. »*

La peur d'avoir mal peut elle aussi amener les enfants à pleurer, refuser les soins et se débattre.

Malheureusement, les soins étant indispensables pour leur guérison, ils devront être faits de force. La majorité des infirmières interrogées (quatre sur cinq) parle de ce moyen lorsque rien ne permet de rassurer l'enfant :

*« ...des fois on est obligé de faire les soins alors que l'enfant n'est pas tout à fait prêt à les accepter mais des fois on a pas le choix... »*

*« ...des fois on est obligé de faire les soins en forçant un petit peu l'enfant. »*

*« ...des fois malgré tout ce que tu fais, t'es obligé de le faire avec force, t'as pas le choix. »*

*« ...il va falloir que quelqu'un vienne les tenir. »*

*« ...quand il y a rien qui fait, tant pis, on fait les choses un peu de force. »*

*« ...du coup on fait les choses un peu de force. »*

*« ...on est obligé de faire avec chaque enfant même si à ce moment là il est pas décidé, si il se sent pas prêt. »*

Lorsqu'ils sont faits de force, les soins se passent forcément mal et la peur au prochain soin sera encore plus grande.

Une infirmière explique cela en une phrase :

*« Le fait que ce soit répétitif, ils ont la mémoire de comment ça s'est passé la dernière fois, et du coup c'est ça qu'ils appréhendent. »*

Il est vrai que les soins et examens sont très nombreux et très fréquents entre le diagnostic, les examens complémentaires, la surveillance de l'efficacité des traitements et les traitements eux-mêmes.

Dans le cadre conceptuel, je n'avais parlé que du problème de la répétition des soins par rapport à la douleur. Mais après la lecture des entretiens, il paraît évident que leur fréquence peut également poser un problème en fonction des conditions dans lesquelles il est réalisé.

Faire un soin de force à un enfant aura un impact direct sur le stress de l'enfant lui-même, mais va également induire du stress chez ses parents. L'enfant ressentira ce stress lors du prochain soin qui sera par conséquent encore plus difficile à réaliser.

La présence des parents n'est donc pas toujours recommandée lors des soins pour lesquels on pense rencontrer des difficultés.

Plus de la moitié des infirmières interrogées considèrent que la présence des parents au moment des soins peut-être une difficulté :

*« ...il y a aussi les parents... les parents qui refusent les soins mais ça c'est déjà plus rare. »*

*« ...les difficultés, des fois, c'est plus avec les parents parce qu'ils se posent plus de questions, ils se projettent dans l'avenir, ils ont peur... »*

*« ...si les parents sont là, et s'ils sont stressés, ça va induire le stress sur les enfants donc forcément ça va mal se passer. »*

L'infirmière doit donc bien connaître les parents et les enfants et s'adapter en fonction de chacun.

Pour éviter tout problème de ce genre, l'idéal serait que tout se passe bien dès le premier soin. deux infirmières parlent de l'importance de dire la vérité à l'enfant à propos des soins :

*« ...on ne leur ment jamais parce qu'avec les enfant en disant la vérité tu te trompes jamais. »*

*« La règle de base c'est jamais leur mentir, jamais la première fois dire qu'un soin qui peut faire mal ne va pas faire mal... »*

*« Toujours leur dire la vérité... »*

*« ...on leur dit il reste tant d'intramusculaires ou tant de ponctions lombaires... »*

Dire la vérité permettra de préserver la confiance entre l'enfant et l'infirmière qui, comme on le retrouve dans le cadre conceptuel, est nécessaire pour le soutien psychologique.

Tous ces outils et ces moyens sont en effet utilisés par les infirmières interrogées, mais chacune d'entre elles ajoute que la prise en charge d'un enfant au moment d'un soin ne se limite pas à l'utilisation de simples outils.

A la question : « Pensez-vous qu'il vous manque quelque chose pour effectuer une bonne prise en charge de l'enfant de 8 à 10 ans ? », elles n'ont presque pas parlé des outils mais plutôt de formations et de connaissances sur l'enfant.

Par rapport à leur prise en charge actuelle des enfants, on note quelques points importants :

*« ...on prend le temps. »*

*« Si on arrive vers le gamin en étant pressé en disant qu'il faut qu'on se dépêche parce qu'on a plein de boulot, déjà la c'est perdu d'avance. »*

*« ...ce qu'il faut beaucoup c'est du temps, de la patience, prendre le temps d'aborder l'enfant calmement pour tous les soins, c'est très important. »*

*« ...la façon d'aborder l'enfant c'est quelque chose de drôlement important. »  
« ...des fois c'est simplement connaître l'enfant, sa façon qu'il a de réagir et comment il a été élevé et quelle méthodes les parents utilisent et des fois on sait pas ça... »*

*« ...c'est l'habitude en fait, on sait faire les soins et comment les amener... »  
«...l'expérience fait que voilà... »  
« ...quand je suis arrivée dans le service, il y avait une infirmière qui était là depuis 20 ans donc tu apprends... »*

Il ressort des entretiens que les principaux atouts pour effectuer une bonne prise en charge sont la patience, la façon d'aborder l'enfant, et la connaissance de chaque enfant et de ses habitudes de vie.

Une infirmière précise : *« ...c'est pas un problème d'efficacité des outils. »*

Apparemment, ce ne sont pas tant les outils en eux-mêmes qui sont important, mais la façon de les utiliser.

Seulement une infirmière pense qu'il ne lui manque rien pour effectuer une bonne prise en charge de l'enfant pendant les soins. Elle dit avoir suffisamment d'expérience dans le travail en pédiatrie et avoir appris les méthodes de prise en charge en travaillant auprès d'infirmières et d'auxiliaires puéricultrices ayant beaucoup d'ancienneté.

Les quatre autres infirmières pensent au contraire qu'il leur manque beaucoup de choses.

Il leur serait apparemment utile d'avoir des formations supplémentaires sur l'enfant malade, le stress et la douleur. Certaines souhaiteraient également pouvoir comparer leur travail avec d'autres services pour améliorer leur prise en charge.

*« ...on a pas eu non plus de formation psychologique "accompagnement de l'enfant"... enfin, c'est pas une fin de vie, mais l'enfant qui ait une maladie chronique... »*

*« ...on a eu la formation douleur à l'IFSI, mais pas spécifique aux enfants... »*

*« ...peut-être effectivement que si on avait ces formations là en plus, peut-être qu'on travaillerai un peu différemment et que ça aiderai à la prise en charge de l'enfant. »*

*« Savoir au niveau psychologique. »*

*« Si on pouvait avoir des formations qui nous expliquent le comportement de cet enfant à cet âge là. »*

*« Oui, je crois qu'il manque toujours des connaissances. »*

*« ...peut-être qu'il faudrait savoir gérer plus le stress. »*

*« Qu'on puisse en parler en équipe, avec des professionnels, et ici on en a pas. »*

*« ...il y a certainement d'autres manières de prise en charge qu'on connaît pas. »*

*« ...il faudrait pouvoir aller voir comment ça se passe ailleurs, prendre des idées ailleurs. »*

## IV. Synthèse

Après l'analyse des cinq entretiens, on se rend compte que l'utilisation de chaque outil nécessite des connaissances sur les traitements, les soins et les enfants en général. L'infirmière doit également bien connaître chaque enfant et chaque parent si elle veut pouvoir adapter sa prise en charge.

Nous pouvons remarquer que l'infirmière ayant le plus d'ancienneté dans le service et le plus d'expérience en pédiatrie ne ressent pas de manque au niveau de sa prise en charge des enfants. C'est également celle qui éprouve le moins de difficultés lors des soins. Certaines infirmières éprouvent cependant le besoin d'avoir une formation spécifique à la psychologie, au comportement et à l'accompagnement de l'enfant en fin de vie ou ayant une maladie chronique.

L'hypothèse : « Si l'infirmière possède des connaissances et des outils spécifiques à l'hématologie/oncologie pédiatrique, alors elle pourra effectuer une prise en charge efficace de l'enfant au moment des soins. » est donc en partie vérifiée.

## Conclusion

Ce travail a été très intéressant à réaliser puisqu'il m'a permis d'approfondir ma réflexion sur le ressenti et la prise en charge des enfants atteints d'un cancer. Les entretiens avec les infirmières m'ont permis de trouver des réponses à mes questions par rapport aux différents facteurs responsables des difficultés de réalisation des soins.

Je pense qu'il serait judicieux de vérifier si ces facteurs sont identiques chez les enfants plus petits.

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres

Dr. LACOUR, Pr. SOMMELET, Dr. MEZLOY. – *Votre enfant a un cancer, comment vous aider ?* –éd. Novembre 2001. – 154 pages.

Dorothy R. MARLOW. – *L'infirmière et l'enfant*. – éd.1972. –Canada. – 643 pages.

MANUILA L. et A., LEWALLE P. ET NICOULIN M. – *Dictionnaire médical* – 9<sup>ème</sup> éd., MASSON, Paris, 1999, 2001. – 678 pages

### Textes législatifs

France. L. JOSPIN, E. GUIGOU, B. KOUCHNER. – Décret n°2002-194 du 11/02/2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

### Documents électroniques

*Mon enfant va entrer à l'hôpital*, (en ligne) ;  
<http://www.ifrance.com/rossant/hospitalisation.htm>. (Page consultée le 12/09/2003)

*Rapport de la commission d'orientation sur le cancer (janvier 2003), extraits du chap.8 concernant les enfants et les adolescents*, (en ligne) ;  
<http://www.donationlousalome.org/fichiers/commission.htm>. (Page consultée le 17/01/2004).

*Développement psychologique de l'enfant*, (en ligne) ;  
[http://www.lueur.org/textes/doss/nf\\_dvpt\\_psy\\_enfant4.php](http://www.lueur.org/textes/doss/nf_dvpt_psy_enfant4.php). (Page consultée le 16/10/2003).

*Charte de l'enfant hospitalisé*, (en ligne) ;  
<http://www.donationlousalome.org/fichiers/charte.htm>. (Page consultée le 16/10/2003).

*La douleur en fin de vie aux âges extrêmes*, (en ligne) ;  
<http://www.atlantasante.com/PARISDOULDECALibeu.htm>. (Page consultée le 10/01/2004).

*L'enfant de 8 à 10 ans*, (en ligne) ; <http://www.animassport.org/dossiers/conenf.html>. (Page consultée le 10/01/2004).

*Particularités épidémiologiques des Cancers chez l'enfant*, (en ligne) ; <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/cancped/.../lecon144a.htm>. (Page consultée le 18/01/2004).

### Autres

Cours de troisième année en hématologie/cancérologie.

**ANNEXE N°?**

GRILLE D'ENTRETIEN