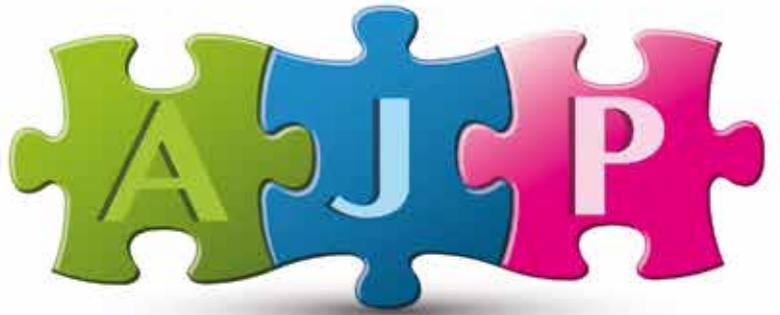


La lettre
de l'



Association des Juniors en Pédiatrie

Numéro 10 [Avril 2014] Gratuit

Que viva
ITALIA!

Côté associatif :
Les colo de l'AJD

Interne d'hier, pédiatre d'aujourd'hui :
En réanimation néonatale

Histoire de la Médecine :
Les enfants cobayes

Bureau

Noémie LAVOINE
Présidente

Benoit STERLING
Secrétaire

Caroline BROTTIER
Secrétaire

Zeynep DEMIR
Communication

Eloise GIABICANI
Trésorière

Coralie MALLEBRANCHE
Trésorière adjointe

Benjamin BUENO
Rédacteur en chef

Matthieu BENDAVID
Webmaster et vice-président

Ines CHATRIOT
Soirées AJP

Jérémie TENCER
Soirées AJP

David DRUMMOND
Soirées de l'atelier

Conseil d'Administration

Karine BOURDET
Brest

Marine BUTIN
Lyon

Florent CORNU
Marseille

Gaelle VEXIAU
Nancy

Aurore LAMBERET
Rennes

Caroline DUROUSSET
Saint-Etienne

Lucile BARNET
Toulouse

Mathilde MEOT
Tours

Editeur et régie publicitaire

Reseauprosante.fr / Macéo éditions
M. Kamel TABTAB, Directeur
06, Avenue de Choisy - 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
maceoeditions@gmail.com
<http://reseauprosante.fr/>

Imprimé à 1500 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

SOMMAIRE

N° 10

Edito : En 2014, Places aux jeunes !	03
Communication de l'AJP : Les soirées ateliers	04
Médecine d'ailleurs : L'Italie	07
Mise au point : Les coliques	11
Expérience pédiatrique Sénégalaise	16
Interview des paramédicaux : Cadres de santé et de soins	19
Le Congrès AJP 2014	22
Modification d'AMM : Restriction d'utilisation de la codéine	24
De nouveaux D.U. : Gynécologie de l'enfant et adolescent	29
Cas clinique : Un diagnostic qui sauve la vie...	31
Côté associatif : Les colo de l'AJD	33
Interne d'hier, pédiatre d'aujourd'hui : En réanimation néonatale	36
Histoire de la Médecine : Les enfants cobayes	40
Les annonces de recrutement	44

MISE AU
POINT :
LES COLIQUES



p. 11

CÔTÉ
ASSOCIATIF :
LES COLO
DE L'AJD



p. 33

MÉDECINE D'AILLEURS
L'ITALIE



p. 07

EDITO :

EN 2014, PLACE AUX JEUNES !



Sur sa lancée de 2013, l'AJP ne s'arrêtera pas en si bon chemin ! Les problématiques pédiatriques nationales restent entières : réaffirmer la place du pédiatre dans notre société n'est pas une mince affaire, et nos aînés se battent aujourd'hui pour notre exercice de demain. Grâce au dynamisme et à l'implication de chacun dans l'association, l'AJP a, au cours des années, largement gagné la confiance de ses pairs, ce qui nous permet aujourd'hui d'être consultés dans les grandes décisions concernant l'avenir de notre spécialité. Nous avons ainsi réussi à gagner le stage ambulatoire dans certaines régions, mais ce ne sont que les prémices. Les efforts doivent continuer !

Pour cela, l'AJP fait peau neuve. Les plus jeunes, plus motivés que jamais, reprennent les rênes et vont encore plus loin : les congrès et soirées de formation ne lésinent pas sur la qualité. La création du groupe Facebook et la rénovation du site de l'AJP augmentent notre réactivité. Ainsi, nous sommes prêts à vous écouter, vous informer, vous épauler. Plus on est de fous plus on rit, alors rejoignez-nous, où que vous soyez, car sans vous, l'AJP n'a pas de raison d'être.

Eh oui, car il ne faut pas oublier que la vocation première de l'AJP, c'est de vous faire du bien, vous internes de pédiatrie de France et d'ailleurs ! Je ne parle pas encore de massages ni de vacances au ski (sait-on jamais ?) mais de défendre vos intérêts auprès des grandes instances, de permettre les rencontres entre générations et entre interrégions, de stimuler et promouvoir les travaux scientifiques des plus jeunes, et de favoriser un climat convivial dès l'arrivée en premier semestre pour que tous, en tant que futurs collègues, apprenions à travailler en bonne harmonie ! Mettez-vous en contact avec nous si ce n'est pas déjà fait, car tout cela ne dépend que de vous.

A tous, merci et bonne continuation en 2014 !

Noémie Lavoine
pour le collectif « Bureau de l'AJP »

CONTACT MAIL
ajpediatrie@gmail.com

SITE WEB
www.ajpediatrie.org

FACEBOOK
AJPédiatrie

COMMUNICATION DE L'AJP : LES SOIRÉES ATELIERS



Les ateliers de l'AJP, ou comment découvrir le monde de la pédiatrie de façon informelle et moins académique que ce dont on a l'habitude sur les bancs de la fac.

Un loft du 11^{ème} arrondissement faisant office de cabinet d'architecture dans la journée, offre un cadre convivial pour gagner en compétence et partager tous ensemble le 2^{ème} jeudi de chaque mois.

Réservés pour l'instant aux 1^{ers} semestres, nous étions entre une quinzaine et une trentaine à assister aux deux premières sessions.

La soirée commence par un repas, l'occasion de faire connaissance, d'échanger autour d'une raclette sur nos débuts, nos bons moments comme des difficultés rencontrées.

David, en 7^{ème} semestre, initiateur des ateliers, ainsi qu'une équipe composée d'internes en 2^{ème} année, sont aussi présents et nous font part de leur expérience.

Avec des thèmes variés allant "des pleurs du nourrisson" à "peut-on rester humain en étant PUPH et qu'ont les enfants à nous enseigner", on apprend un versant de la pédiatrie qu'on ne retrouve pas dans les bouquins.

Chaque soir, ce sont 2 thèmes qui sont traités. Les intervenants sont issus de divers milieux. Ainsi pour "les pleurs du nourrisson" une pédiatre libérale, qui assurait des consultations sur le sommeil à Necker, s'associe à une jeune



maman, interne d'endocrinologie venue avec sa fille pour nous parler de sa propre expérience et de la façon dont elle-même gérait les pleurs de son enfant. Ainsi on apprend à la fois sur les phases d'éveil calme/agité, les cycles du sommeil, les angoisses des parents et comment leur parler et leur expliquer de façon simple à gérer tout ça.

Lors d'une autre intervention, c'est un PUPH de neuro-pédiatrie qui viendra nous parler de son parcours et de son interaction avec ses jeunes patients, qui ont tant à nous apprendre. Nous avons aussi eu la chance d'assister au topo d'une jeune PH des urgences nous apprenant au travers de différentes radio de thorax à ne pas passer à côté des diagnostics différentiels rares mais graves de bronchiolite. Enfin, une néonatalogiste nous a expliqué comment faire face à la mort en réanimation néonatale mais aussi à interagir avec les familles et à ne passer à côté de son stage, en se limitant aux prescriptions de parentérales.

Toutes ces interventions étant ponctuées des commentaires de David qui nous fait lui aussi part de son expérience, souvent à l'origine du choix de ces thématiques.

Je ne peux donc que vous inciter soit à participer à ces ateliers si vous êtes internes sur Paris soit à prendre l'initiative de créer ces ateliers dans votre propre ville et ainsi avoir le plaisir de découvrir cette belle spécialité d'une façon atypique.

Julien Denis

POINT DE VUE D'UNE INTERNE EXCENTRÉE

Ah, l'Atelier ! Quand on y vient une fois, on ne peut plus s'en passer. Rouennaise depuis peu, je n'hésite absolument pas à faire le déplacement pour ces soirées extraordinaires.

Je ne parle pas du super dîner convivial qui nous accueille chaleureusement tous les soirs, ni du suspens qui monte avant la révélation du thème surprise ! Je parle de la perspicacité avec laquelle l'Atelier arrive à cibler les cas particulièrement foireux qui embêtent les premiers semestres : Bronchiolites du nourrisson : quand hospitaliser les cas limites alors que le service est plein ? Ou encore la douleur abdominale de 3h30 du mat' : J'appelle mon chef ? Qu'est-ce que je fais ? Une immersion dans la pratique en toute sérénité.

En plus de tous ces petits conseils précieux, avoir droit à une intervention de MSF qui nous présente ses missions, c'est vraiment la classe !

Pour moi, ces soirées ressemblent à une pièce de théâtre où l'on est à la fois acteur et spectateur : on se laisse doucement porter par la mise en scène de l'organisation de la soirée, tout en participant activement en groupe (très sympa d'ailleurs !) à la réflexion proposée... Une façon de revisiter l'apprentissage parfaitement efficace et agréable !

Un grand merci à David, à l'AJP et bien évidemment à tous les intervenants successifs qui m'ont beaucoup apporté depuis le début de mon internat !

Kenza Zellali

Qui accompagne
et soutient
les internes ?

Depuis 1935, la MACSF est une mutuelle d'assurance créée par et pour les professionnels de la santé. Notre engagement est de les accompagner dans leur vie personnelle comme dans leur cadre professionnel.

Notre engagement, c'est vous.



3233* ou
macsf.fr

RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE - PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE
PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM
- Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX

MÉDECINE D'AILLEURS L'ITALIE



Cursus des études en médecine et de spécialisation en Pédiatrie en Italie

L'Italie est un pays méditerranéen de 300 km² avec une population d'environ 60 millions d'habitants. Dans le pays, il y a 35 Facultés de Médecine et Chirurgie ayant chacune plusieurs cours de formation de spécialisation.

L'admission à la Faculté de Médecine et Chirurgie se fait sur concours public. Maintenant le concours consiste en un questionnaire à choix multiples sur les connaissances de culture générale, de biologie, de physique, de chimie et de mathématiques. Dans les prochaines années le concours sera national, c'est-à-dire qu'après l'examen le candidat pourra choisir la ville où étudier par rapport à la place qu'il aura dans le classement final.

Les études de médecine durent six années et sont faites en langue italienne. Pendant les trois premières années on étudie les sciences de base et après, à partir de la quatrième année, on étudie les sciences cliniques et on fait au même

temps plusieurs stages dans différents services hospitaliers. Lors de la dernière année des études de médecine, le candidat est chargé de la préparation d'un mémoire de recherche dirigé par un des enseignants universitaires. Pendant les six années de médecine, il est possible de faire un stage de 6 à 12 mois dans les pays de la Communauté Européenne avec le projet Erasmus.

Après avoir terminé les examens et les stages, et avoir soutenu le mémoire, il est obligatoire de passer l'examen d'habilitation professionnelle pour travailler. L'examen consiste en trois mois de stage (un en chirurgie, un dans un service de médecine hospitalière, et un mois chez un médecin généraliste), puis un test à choix multiples sur les connaissances précliniques et cliniques médicales et chirurgicales. Il y a deux sessions d'examen chaque année.

Avec avoir obtenu l'habilitation professionnelle il est possible de travailler pour le SAMU, les résidences pour personne âgées ou hospitalisées pour pathologies chroniques, ou de remplacer un

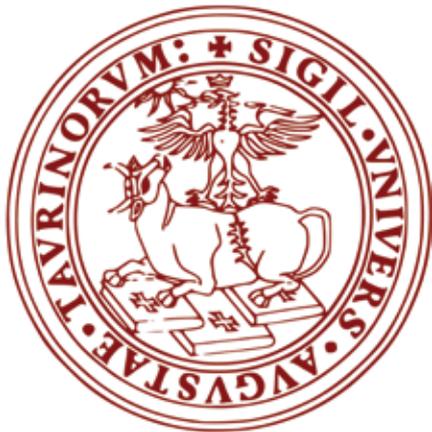


médecin généraliste. L'examen d'habilitation est fondamental aussi pour s'inscrire au concours d'entrée dans l'école de spécialisation.

Les études de spécialisation se font suite au concours prenant en compte la moyenne des notes des examens de médecine, les publications scientifiques, la participation à des congrès ou stages spécifiques et un test. Ce test est composé d'un quiz à choix multiples et une épreuve écrite sur la résolution d'un cas clinique. Le concours est spécifique à chaque spécialisation et pour chaque faculté : c'est-à-dire que le candidat doit donc choisir une spécialisation et une ville avant de passer le concours. Le Ministère de l'Université et de la Recherche voudrait changer la modalité d'admission aux écoles de spécialisation dans les prochaines années : il voudrait faire un concours national, plus ou moins comme il existe déjà dans certaines nations européennes.

Les écoles de spécialisation durent normalement cinq ans, sauf la chirurgie générale, la chirurgie cardiovasculaire et la neurochirurgie qui durent six ans.

La spécialisation de pédiatrie dans l'Université de Turin



Turin (Torino en italien) est une ville, chef-lieu de la province du même nom et capitale du Piémont en Italie. Turin fut la première capitale du Royaume d'Italie de 1861 à 1865.

L'agglomération de Turin compte près d'un million d'habitants, ce qui en fait la quatrième plus grande ville d'Italie. Elle est à 100 km de la frontière française. J'adore Turin car c'est une ville vivante, pleine d'activités pour les jeunes, avec des bonnes universités et pas chère de tout.



Dans la ville, il y a deux facultés de médecine : dans le centre-ville les cours de Médecine sont à l'hôpital San Giovanni Bosco et en dehors de la ville les cours sont donnés à l'hôpital San Luigi Gonzaga (www.unito.it/medicina).



Ospedale Infantile Regina Margherita, c'est l'hôpital pédiatrique de la ville

Les études de Pédiatrie se déroulent dans l'Hôpital Pédiatrique Regina Margherita qui est une polyclinique qui regroupe toute la sous-spécialisation pédiatrique. L'hôpital est lié à l'Hôpital obstétrique-gynécologique Santa Anna, qui est le plus grand point de naissance d'Italie. De plus, il est lié à l'hôpital San Giovanni Battista connu pour les transplantations d'organes. Dans les quatre premières années, l'internat est organisé en stage de 2 à 6 mois dans les différents services de l'hôpital, avec des périodes en néonatalogie, aux urgences, en pédiatrie générale, et dans les différents services spécialisés comme la gastroentérologie, la néphrologie, l'ophtalmologie, l'hématologie, la cardiologie, la pneumologie et l'endocrinologie. En cinquième année l'interne doit choisir une sous-spécialisation dans la pédiatrie et doit rédiger un mémoire de recherche dirigé par un des enseignants universitaires de pédiatrie.



L'école donne la permission de faire une formation à l'étranger jusqu'à 18 mois dans le but d'enrichir l'expérience professionnelle ou faire une expérience dans la recherche en science de base. Le passage d'année en année se fait sur la base de la validation des stages, sur la préparation d'une publication scientifique et sur un examen oral en fin de chaque année.

L'obtention du Diplôme de Pédiatrie requiert la validation de cinq années de stage, la réussite à tous les examens et la préparation d'un mémoire à la fin de la cinquième année.

A la fin des cours de formation en pédiatrie, l'activité du Pédiatre a une double orientation : soit une activité dans un cabinet, soit une activité hospitalière.



la Mole Antoneliana, symbole de la ville

Je viens de terminer une année de stage en France où j'ai dans un premier temps travaillé six mois au sein de l'unité INSERM U676 en recherche médicale en neurosciences. J'ai par la suite pratiqué pendant six mois aux services des urgences de l'hôpital Robert Debré à Paris. Cette expérience a été très enrichissante pour moi et me permet de venir exercer mon travail de pédiatre en France si je le désire.

Davide Massano



Nom : Prénom :

Coordonnées professionnelles à publier dans l'annuaire et sur le site SFPediatrie.com Sauf avis contraire ces informations seront portées sur l'annuaire de la Société Française de Pédiatrie. Toutefois, conformément à la loi n°78-17 du 06/01/78 CNIL 643955 vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès ou de rectification des informations vous concernant, en adressant un courrier au Secrétaire Général de la SFP.

Mode d'exercice : Hospitalier (préciser) :
 Libéral Pédiatrie préventive et communautaire Retraité Interne

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Tél. : Fax :

E-mail :@..... Année de diplôme :

Adresse de réception des Archives de Pédiatrie (si différente de celle ci-dessus)

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

L'adhésion donne droit à :

- la consultation de l'intégralité du site Internet www.SFPediatrie.com
- une réduction sur le prix de l'inscription au congrès annuel de la Société Française de Pédiatrie
- bénéficier d'un tarif d'abonnement privilégié aux **Archives de pédiatrie**, papier et en ligne, de janvier à décembre de l'année en cours.

Tarifs spéciaux

- Tous les internes en pédiatrie adhésion SFP seule 20 €
- **Internes 1^{er} année : adhésion + abonnement aux Archives de pédiatrie** **GRATUIT**
- Internes 2^e, 3^e, 4^e années et CCA et assistant (préciser l'année d'étude) : adhésion + abonnement aux Archives de pédiatrie 52 €

Soit un montant total de : €

Merci d'adresser votre bulletin d'adhésion accompagné du **règlement libellé à l'ordre de la SFP à Société Française de Pédiatrie**
 Hôpital d'Enfants Armand Trousseau
 26 rue du Dr A. Netter - 75012 Paris



Bulletin d'adhésion AJP
année 2013 - 2014

Association loi 1901 créée en 1997



Nom : Prénom :

Ville de CHU : Semestre :

Adresse personnelle :

Ville : Code Postal :

Tél. :

Mail :@.....

- Souhaite adhérer à l'AJP (joindre chèque de 15 € de cotisation annuelle)
- Souhaite participer à l'AJP (préciser pour quel type d'action ou activité)

Thèmes que j'aimerais voir aborder lors des soirées de formation ou congrès :

.....





COLIQUES : LE NOURRISSON EST AUSSI EN CRISE ?

Questions à se poser en consultation

1. Urgence organique ou pleurs non spécifiques ?

Les pleurs du nourrisson sont un des signes les moins spécifiques de l'ensemble de la séméiologie pédiatrique. **Les signes d'alerte doivent être recherchés lors d'un examen systématique de la tête au pied chez un nourrisson dénudé.** Une maladie sous-jacente pourra ainsi être détectée : ***It Cries : acronyme de l'anglais : « il pleure »***

- I - Infection : Infection (otite, méningite, pyélonéphrite)
- T - Trauma : Traumatisme (hématome sous dural, fracture)
- C - *Chest* : Cœur (tachycardie supra ventriculaire, insuffisance cardiaque)
- R - Reaction : Réaction (médicaments, alimentation)
- I - *Immunization* : Immunisation (vaccin), Intoxication (Co)
- E - *Eyes* : Œil (glaucome, brûlures oculaires)
- S - *Surgery* : Soins chirurgicaux (volvulus, hernie, torsion, invagination, syndrome du tourniquet)

2. Pleurs excessifs ou coliques du nourrisson ?

Rythme et horaires des pleurs

Les cris et pleurs surviennent de manière paroxystique, inconsolables, à horaire vespéral uniquement (à l'heure où les lions vont boire dans les contes africains !). Ce sont des pleurs d'adaptation nyctémérale qu'il convient de ne pas contrarier. Le nourrisson s'endort en sommeil agité.

Durée des pleurs

Les pleurs et/ou cris prolongés surviennent au moins 3 heures par jour pendant plus de 3 jours par semaine pendant au moins 1 semaine. C'est la définition normative des experts publiée dans les critères de ROME III.

Incidence

L'incidence des coliques est estimée entre 10 et 45 % dans les pays industrialisés. Ces coliques altèrent la sensation de bien-être (du nourrisson et de la famille...), ce qui en fait une

maladie selon les critères de l'OMS. **Parmi les 4 problèmes les plus importants repérés par les mères pendant les premiers mois de vie, on note que les coliques occupent la deuxième place dans leurs préoccupations** derrière les difficultés alimentaires (régurgitations, mauvaise prise des repas) et devant les troubles du transit et l'ictère. C'est donc un problème de santé publique.

Symptômes associés

Les pleurs sont associés à une agitation avec hypertonie et faciès érythrosique, distension abdominale et émission de gaz. L'examen clinique est normal chez un enfant eutrophe, souvent pléthorique. Les diagnostics différentiels sont donc facilement éliminés en pratique et le diagnostic de coliques ne requière aucun examen complémentaire. **C'est un diagnostic clinique.**

Chronopathologie

Les symptômes ont leur acmé vers 6-8 semaines de vie, indépendamment du terme et du poids de naissance de l'enfant (pic de fréquence des pleurs identique). S'ils varient au cours du temps, ils sont constants au cours de l'année sans variation saisonnière !

3. Mais alors, qu'est-ce qu'on fait ?

Examens complémentaires

Aucun examen n'est utile, et sûrement pas une fibroscopie, une fois le diagnostic établi.

Rassurer avec empathie

Il est nécessaire de réduire le hiatus entre un symptôme « bruyant » qui déséquilibre le fonctionnement du couple au quotidien (pas toujours stable à ce moment de la vie) et l'attitude de banalisation désinvolte vis-à-vis d'une pathologie bénigne prise par certains professionnels de santé. Cette sensation est acutisée par l'entourage qui assiste à un épisode de pleurs inconsolables. « Mais comment, vous ne faites rien ! Vous ne voyez pas qu'il souffre ? Il a peut-être quelque chose ? ». Il est indispensable de précéder et de commenter cette scène qui va sûrement avoir lieu, sous peine de voir les parents changer de médecin (en faveur de quelqu'un qui trouvera un remède adéquat, pensent-ils...).

Restaurer la notion d'inconfort ressenti comme une douleur

Le partage du vécu douloureux familial est une des principales demandes des parents. Le mot colique fait partie des terminologies de la douleur comme « la colique hépatique » ou la « colique néphrétique ». Or, les « coliques » du nourrisson correspondent probablement à un inconfort et non à une douleur. D'ailleurs, aucun traitement antalgique n'a été démontré comme efficace dans les coliques du nourrisson.

Déculpabiliser

Il faut convaincre les parents de s'octroyer des moments de répit pour mieux faire face sans se culpabiliser ni voir le sentiment d'abandonner son enfant devant la difficulté. L'aide d'une tierce personne, voire une hospitalisation dans de rares cas s'avèrent nécessaires.

Prise en charge comportementale

Prendre le nourrisson dans les bras en le berçant, le mettre sur le ventre en lui massant l'abdomen peut améliorer les symptômes et nécessite une démonstration pendant la consultation. D'autres types de manipulations ont été proposés comme un couchage sur des berceaux à vibrations ou des véritables séances de kinésithérapie ou d'ostéopathie, sans efficacité cliniquement démontrée.

Prise en charge médicamenteuse

La diméthicone (Polysilane[®]) a été largement utilisée en raison de son action sur la production des gaz. Son effet sur les coliques n'est pas supérieur à celui obtenu avec un placebo. La trimébutine (Débridat[®]) n'a jamais démontré un rôle thérapeutique.

Aucun médicament d'ailleurs, à notre connaissance n'a fait la preuve d'une quelconque efficacité.

Prise en charge hygiéno-diététique

Quelques conseils sur l'alimentation semblent de bon aloi : petits repas fréquents en vérifiant l'absence d'erreurs diététiques, maintien en position verticale lors des tétées, prise du repas dans un cadre apaisant, essai d'autres tétines ou de biberons conçus pour diminuer l'aérophagie, recommander à la mère qui allaite de ne pas consommer trop de légumes secs ni de choux, en la rassurant sur la qualité de son lait.

Le pic de fréquence des coliques est plus précoce en cas d'allaitement artificiel. Plusieurs études ont identifié une flore différente chez les enfants avec ou sans coliques. **Les derniers travaux de Savino proposant un traitement par *Lactobacillus Reuteri* sont très convaincants sur l'amélioration du temps de pleurs chez les nourrissons.** Ils ont été depuis confirmés par l'équipe de Szajewska.

S'il existe des antécédents familiaux d'atopie, il devient licite d'évoquer le diagnostic d'APLV (Allergie aux Protéines de Lait de Vache) et de tenter un régime d'éviction. Si un régime d'exclusion des PLV (Protéines de Lait de Vache) est mis en place, il ne doit pas être poursuivi en cas d'échec. En cas d'efficacité, il semble légitime de proposer une épreuve de réintroduction quelques semaines plus tard pour authentifier l'imputabilité des PLV.

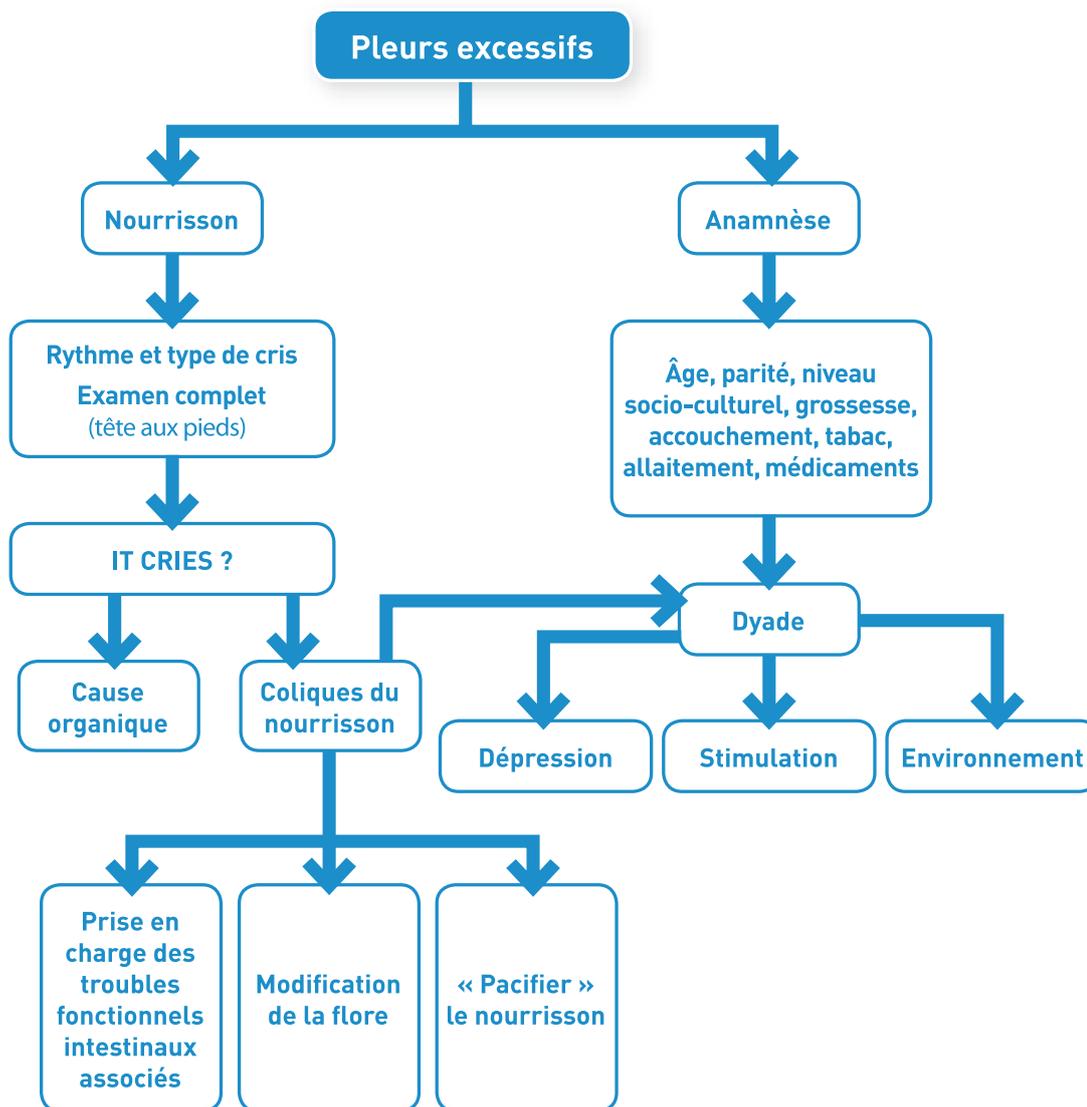
Prise en charge globale

À la fin de l'entretien, une figure triangulaire est proposée avec comme trois angles : le bébé, l'environnement et les troubles fonctionnels intestinaux. On propose aux parents de situer leur enfant dans ce triangle. Ce schéma a l'avantage de faire reprendre la main aux parents, d'avoir un dessin de l'évolution au fil des consultations (on refait le schéma à chaque consultation) et de mieux comprendre le phénomène, donc de maîtriser la situation qui de fait est moins anxiogène. Les bébés pleurent parfois tout autant, mais ces pleurs sont mieux tolérés...

Six messages salutaires (SMS)

1. Examen de la tête aux pieds (du PC jusqu'au syndrome du tourniquet !)
2. Écouter, déculpabiliser, rassurer et guider (tâche difficile pour un diagnostic facile !)
3. Pas d'endoscopie aux nourrissons qui pleurent sans hypotrophie
4. Médicaments inefficaces : prescription inutile
5. Modifier la flore avec du *Lactobacillus Reuteri*
6. Proposer un hydrolysat poussé de protéines si terrain atopique

ALGORITHME



Article rédigé par le
Dr Marc Bellaïche
Gastro-pédiatre, hôpital Robert Debré, Paris

en partenariat avec les
Laboratoires GUIGOZ

Références

Hyman P et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519-1526.

Savino F et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in Infantile Colic: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Pediatrics*. 2010 Sep;126(3):e526-33.

Szajewska H et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the Management of Infantile Colic in Breastfed Infants: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Pediatr* 2012;162(2):257-62. 11 10.

“ YA' 2 TITAC ? * ”



* “ CAP' DE RETENIR 2 NOUVEAUX NOMS ? „

”

Confort devient

Formule
Épaissie

Effet bénéfique de la
souche *L.reuteri* sur les
rejets de lait⁽¹⁾



Transit devient

“bAa”

Effet bénéfique de la
souche *L.reuteri* sur les
constipations⁽²⁾

Les noms changent, pas les formules !

Des formules qui bénéficient de toute l'expertise des Laboratoires Guigoz, notamment grâce à l'ajout de *Lactobacillus reuteri* souche DSM 17 938**.

Efficacité prouvée de la souche sur :

- Les troubles fonctionnels intestinaux^(1,2,3)
- Les pleurs du nourrisson dès 7 jours⁽³⁾

** Sous licence Biogaia AB

1 - Indrio F et al. *Lactobacillus reuteri* accelerates gastric emptying and improves regurgitation in infants. European Journal of Clinical Investigation 2011 Apr;41(4):417-22.

2 - Coccorullo P et al. *Lactobacillus reuteri* (DSM 17938) in infants with Functional Chronic Constipation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. J Pediatr 2010;157(4):598-602.

3 - Savino F et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in Infantile Colic: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Pediatrics. 2010 Sep; 126(3):e526-33.

AVIS IMPORTANT : Le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson car il convient le mieux à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'un lait infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation, et de suivre l'avis du Corps Médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent également être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement.

LABORATOIRES
Guigoz

PARLONS BÉBÉ.
guigoz.fr

EXPÉRIENCE SÉNÉGALAISE...

EXPÉRIENCE HUMAINE, MÉDICALE ET PERSONNELLE

Début septembre, me voici parachutée au Sénégal. Ce n'était pas ma première expérience médicale en Afrique, ceci dit j'ai eu l'impression de tout redécouvrir. Cette ambiance chaude, colorée, bruyante, presque assourdissante était néanmoins déroutante !

Je suis accueillie comme il se doit à l'Hôpital Principal de Dakar (ancien Hôpital Militaire Français) et prend sans attendre mes fonctions...

N'ayant à peine le temps de poser mes sacs, et de déguster une mangue achetée sur le marché, on me présente les différentes unités de pédiatrie : la crèche ou le service de néonatalogie (environ 20 lits, occupation réelle 30 lits), la pédiatrie des petits (0-3 ans, 15 lits de soins intensifs, et 20 lits d'hospitalisation conventionnelle) et enfin la pédiatrie des grands (3-15 ans, même capacité) !

Ayant plus d'affinités pour la néonatalogie, je me dirige vers le bâtiment ci-dessous et tente de comprendre mon rôle et de faire l'inventaire du matériel dont je dispose.

La crèche ou unité de néonatalogie



Au bout de quelques minutes, arrive une sage-femme, un nouveau-né dans les bras, en me disant qu'il est un peu fatigué... en réalité, ce dernier est en état de mort apparente ! Le stress m'envahit, je me demande d'où elle vient et pourquoi je suis là, et surtout, où est mon chef ? Mais je réalise que le chef c'est bien moi... J'installe l'enfant sur une table de fortune, et demande aux infirmières de me donner du matériel pour aspirer, ventiler, faire quelque chose ! Finalement, l'enfant se met à crier, ouf !

Ne souhaitant réitérer une telle expérience, je poursuis l'inventaire de mon unité, et mes yeux ne cessent de s'écarquiller. Dans un espace réduit, j'entrevois une dizaine de couveuse (réservée aux moins de 1700 grammes faute de place), du matériel de perfusion, d'alimentation par sonde, quelques pousses seringues, une pharmacie avec des solutés, des antibiotiques...et c'est à peu près tout !

Quelques enfants (dont certains font à peine 2kg) sont délicatement emmaillotés sur une paillasse, avec une pancarte à leurs pieds. D'autres, plus fragiles, sont dans des berceaux alignés les uns à côté des autres. J'observe 2 infirmières qui ne cessent d'apporter leurs bons soins aux 30 bébés réunis dans cette « crèche », je les entends chanter et même, me remercier pour l'enfant !

Le dépaysement est total...

Etant en fin d'internat, j'avais la tête bien remplie de protocoles et de préjugés, je les ai bien vite oubliés en arrivant ici, car je ne pouvais raisonner avec tout ce que j'avais appris ! Le matériel manquait, le personnel manquait, j'étais un peu déroutée...



Service de néonatalogie



Finalement, au bout de 2-3 jours, on me transmet le téléphone de garde et on m'explique que je serai à la fois responsable de l'unité de pédiatrie (petits et grands), de la crèche, de l'accueil de la salle de naissance et enfin, que si on m'appelle aux urgences, j'étais le seul pédiatre sur place, donc, CQFD... Ils avaient oublié de me dire que la structure était l'une des plus fournies de la région, et que la plupart des médecins appelaient pour adresser leurs patients en consultation également !

Ne cessant de faire les aller-retours entre les différentes unités, je découvre l'ampleur de ma tâche, et là encore, je crains d'être prise à deux endroits à la fois ce qui n'a pas manqué d'arriver...

Lors de ma visite de début de garde, on m'explique qu'il y a un paludisme grave, une péricardite à staphylocoque drainée, une miliaire (dans la pièce commune de pédiatrie), un enfant récupéré après un sepsis, plusieurs accès palustres, des nourrissons perfusés pour déshydratation, des asthmes... bref, la liste ne cesse de s'enrichir ! Je prend note et mon unique objectif, est de maintenir tout le monde jusqu'au lendemain, jusqu'à ce que mes 4 collègues me rejoignent !

Je me sens désarmée mais réalise que la pénurie de structures médicales alentours est responsable de la sur-occupation du service.

Au fil des jours, je me rend compte que les enfants sont vraiment résistants et qu'avec peu d'équipements, on peut faire « des soins de qualité »...

Pour ce qui est de mon expérience à « la crèche », j'observe le bien fait des soins et des massages chez les tout petits ! Il n'y a évidemment aucune réticence à l'allaitement maternel, et une grande pudeur face à la mort. Elle n'était malheureusement pas rare en néonatalogie, l'infection remportant quasiment à chaque fois. Je ne parle pas des grands prématurés dont le pronostic ne peut être évalué compte tenu du fait qu'il n'y avait ni respirateurs ni Curosurf.

Peu à peu, je me fonde dans le décor, on m'appelle « Docteur Cynthia », je gagne leur confiance, je cesse de vouloir changer leurs protocoles, et se crée une grande complicité avec mon équipe ! Je leur avoue mon admiration pour leur travail (travail en 12h tous les jours, et avec le sourire) dans des conditions matérielles plus qu'imparfaites. Et je cherche à leur faire part de mon expérience, et notamment sur la prise en charge de la douleur des nouveaux-nés, en leur apportant quelques astuces simples tels la succion et les solutions sucrées !

J'apprends à faire de la médecine avec mes 5 sens... Car l'hémogramme et la bilirubine se lisent dans les conjonctives, et la CRP à la couleur de la peau ! « Intuber » n'est plus ma priorité, mais améliorer le pronostic de ce qui vont survivre oui, avec l'éducation aux soins de développement, accessibles et reproductibles à chaque fois.

Nos échanges ne cessent d'être chaleureux, à tel point que je repars avec beaucoup de souvenirs, beaucoup de sourires et quelques babioles touchantes à ramener dans mon pays !

Finalement, je n'ai pas fait de médecine humanitaire, vu quelques pathologies tropicales, mais surtout fait beaucoup de médecine ! En apprenant à regarder ces petits patients, j'ai appris à innover parfois mais surtout à utiliser mes connaissances d'une façon détournée et de trouver toujours une solution. Enfin, j'ai surtout appris à être humble, réalisant que ces derniers étaient plus résistants qu'on ne le pense, et que finalement on ne fait que passer !

Dr Cynthia Grondin

INTERVIEW DES PARA-MÉDICAUX CADRE DE SOINS ET DE SANTÉ EN PÉDIATRIE

Autrefois appelés surveillantes, elles peuvent avoir la réputation d'être terribles ou redoutables : nous parlons des cadres de service bien sûr ! Pour ce numéro 10 de la Lettre de l'AJP, nous poursuivons nos interviews consacrés aux paramédicales avec Pascale et Anne, anciennes IDE puéricultrices et désormais cadres de santé d'un service de pédiatrie générale en CHU.



ANNE

Cadre puéricultrice

PASCALLE

Cadre puéricultrice

La lettre de l'AJP : Qu'est-ce qui vous a poussé au métier d'infirmière puis de cadre ?

Anne : Je suis entrée à l'AP en 1986 en tant qu'auxiliaire de puériculture très heureuse dans cette fonction du fait de la proximité avec les familles et l'éducation à prodiguer. Ensuite j'ai eu envie de devenir infirmière, à force de voir les « IDE piquer » et pratiquer différents soins. J'étais alors davantage attirée par la technique. J'ai donc passé mon concours et exercée comme IDE dans différents service sur une période d'environ 10 ans.

Voulant continuer à travailler auprès d'enfants, j'ai passé le concours de puéricultrice. Ensuite j'ai été faisant fonction, puis cadre puéricultrice et ceci depuis 6 ans.

Pascale : J'ai toujours eu envie de m'occuper d'enfants, en particulier du tout petit.

J'ai donc débuté ma carrière d'infirmière en néonatalogie. Au départ, ce qui me plaisait c'était tout l'aspect technique du métier d'infirmière. Mais après 2 ans, j'ai ressenti le besoin de développer d'autres compétences, d'ordre éducatif et relationnel pour une prise

en charge optimale de l'enfant, j'ai décidé de poursuivre ma formation et de me spécialiser en intégrant l'école des puéricultrices.

Par la suite, au bout de 15 années d'activités en néonatalogie, avec la responsabilité d'encadrement de nouvelles infirmières et l'organisation des soins, il m'a semblé utile de poursuivre ma carrière. Il est vrai que mes supérieurs et ma famille me sollicitaient à préparer le concours d'entrée à l'école des cadres. Il est vrai que je n'en avais pas particulièrement envie mais commençais à m'ennuyer et gérais déjà certaines tâches relevant du faisant fonction de cadre. La première année en poste en tant que cadre fut difficile, je n'avais pas fait le « deuil » du métier de puéricultrice.

Aujourd'hui, ce qui me plaît le plus dans cette fonction ce sont les relations, la communication avec le personnel soignant .

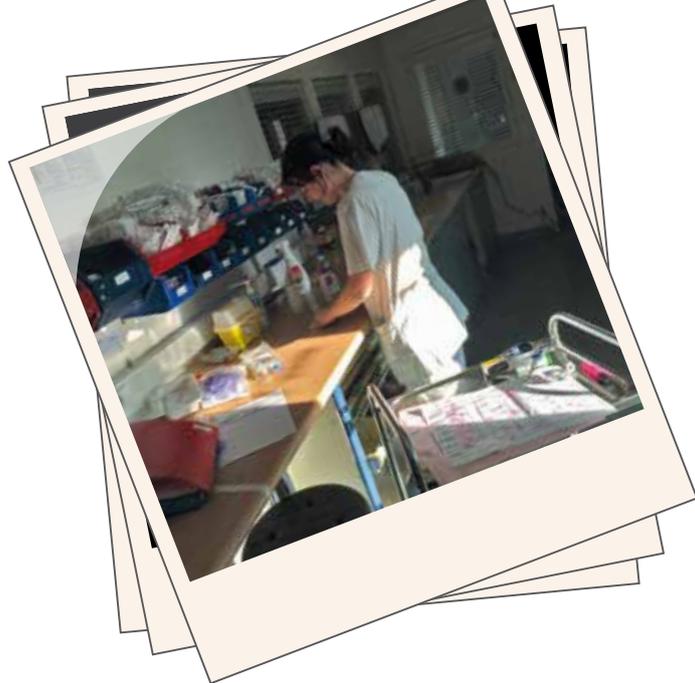
La Lettre de l'AJP : Quelles sont les particularités d'un service de pédiatrie ?

Anne : Gérer les familles quotidiennement : C'est tellement ancré dans notre esprit que l'on ne s'en rend plus compte ! C'est un accompagnement de tout instant. J'entends beaucoup dire que ce n'est pas nécessaire d'être cadre puéricultrice pour travailler en pédiatrie : je pense tout le contraire ! Tout ce que l'on a appris à l'école de puéricultrice facilite notre prise en charge de l'enfant hospitalisé.

Pascale : Sur ce point je suis moins catégorique : on a une fonction d'encadrement et nous pouvons le faire quelle que soit l'équipe. Nous savons manager, après il faut connaître la spécificité de chaque service. Grâce à notre formation de puéricultrice, nous sommes beaucoup plus à l'aise : nous avons la possibilité de montrer aux jeunes IDE nos expériences dans la relation et l'éducation aux parents, les soins, l'installation et la prise en charge du nourrisson.

La Lettre de l'AJP : Est-ce que les cadres ont un rôle de soins dans le service ?

Anne : Oui, nous avons un rôle de vérification, de surveillance des soins mais nous savons et pouvons faire des soins. Maintenant il y a



des techniques que l'on perd au fil du temps, mais quand les infirmières en ont besoin, elles nous demandent de l'aide. Il y a par contre des services où les IDE n'appellent pas les cadres.

Pascale : Nous solliciter n'est pas un problème. Anne a plus d'expérience auprès des plus grands, de mon côté prélever un nouveau-né ou petit ne me pose aucun problème.

La Lettre de l'AJP : Quels sont les problèmes rencontrés dans votre profession ?

Anne : Difficile de prendre du temps pour mener à bien un travail (dérangé souvent) : soit le téléphone, le personnel ou une famille. (NDLR : le téléphone a sonné à 3 reprises pendant l'interview) Il faut savoir gérer plusieurs tâches tout en conservant l'idée de priorité. Contrairement à ce que peuvent penser médecins et infirmières, nous ne faisons pas que des plannings. Nous avons énormément de réunions avec la direction, de formations et des milliers d'autres tâches à accomplir. On pourrait rester 24 heures au travail.

Pascale : C'est vrai, nous ne sommes jamais tranquille pour travailler, préparer une réunion par exemple. Au début je revenais travailler le weekend-end.

Je ne supporte pas travailler dans l'urgence, j'essaie d'anticiper pour que tout soit organisé. Malgré cela, nous sommes tout le temps sollicitées et il m'a fallu du temps et de l'expérience pour réussir à gérer l'intrusion.

La Lettre de l'AJP : A Paris elles sont rares... Que pensez-vous de la spécialisation d'infirmière puéricultrice ?

Anne : La plus value, je l'ai ressentie comme puéricultrice. Nous avons une certaine tranquillité dans la pratique grâce aux connaissances acquises à l'école, connaissances dans l'alimentation du nourrisson, Le respect des cultures et des religions (surtout dans notre hôpital). La puéricultrice détient une maîtrise concernant les soins de l'enfant.

Pascale : Je suis d'accord. Nous pouvons transmettre aux IDE des points pratiques mais nous avons un apport dans la relation avec la famille que même des IDE expérimentées n'ont pas, nous sommes plus à l'écoute. L'approche n'est pas la même.

La Lettre de l'AJP : Sont-elles indispensables pour un service de pédiatrie ?

Anne : Oui.

Pascale : Peut-être pas toute l'équipe, mais il en faut.

La Lettre de l'AJP : Comment voyez-vous vos relations au sein de l'équipe ?

Pascale : Nous sommes toute une équipe qui doit travailler pour la prise en charge de l'enfant. L'interne est un jeune médecin qui doit être sollicité par les jeunes infirmières pour comprendre une pathologie, une prise en charge. Il est indispensable de notre côté de travailler avec vous car il faut que le médical et le paramédical avancent ensemble.

Anne : Nous avons une position délicate, entre deux : médecins et équipes paramédicales infirmières. Notre travail c'est que le service fonctionne pour la prise en charge optimale de l'enfant et des familles.

Pascale : Nous ne sommes ni leurs copines, ni celles des médecins, nous sommes une équipe de professionnelles avec un objectif commun : la prise en charge de l'enfant spécifique et globale. Mais nous devons aussi être équitables.

La Lettre de l'AJP : Est-ce qu'un interne est un médecin ? Quel est son rôle dans un service hospitalier ?

Anne : Oui. L'interne a des enfants en charge, il fait des prescriptions, il est responsable. Mais les internes ont aussi des chefs auxquels ils doivent se référer.

Pascale : Oui. Vous êtes des médecins, en cours d'apprentissage. Cela me fait penser aux infirmières qui débutent : elles sont diplômées et apprendront beaucoup sur le terrain. C'est vrai qu'il y a beaucoup de parents qui pensent que le médecin c'est le chef, pas l'interne. Il y a même des parents qui ne veulent rencontrer que le chef de service...

La Lettre de l'AJP : Que pensez-vous des relations entre IDE et internes ?

Anne : C'est comme dans la vie, c'est une question de respect des personnes. Il faut noter que le médecin collabore aujourd'hui plus volontiers avec l'infirmière qu'il y a quelques années.

Pascale : Le respect : c'est indispensable, vous êtes obligés de travailler ensemble. Vous êtes les deux plus proches de l'enfant. Par contre concernant les médecins de façon générale, j'ai l'impression que le côté clinique se perd au profit des examens complémentaires ou des documents. Parfois vous n'avez pas le temps de vous poser avec les infirmières pour discuter de la prise en charge : tout au long de la journée il doit y avoir des échanges.

Benjamin Bueno





Les 5 et 6 Avril A St Cyr/mer Hôtel « Dolce Fregate Provence »

Un week-end de pédiatriefolie vous attend !!

Dès le vendredi 4 avril après-midi venez découvrir Marseille, flâner dans les ruelles pittoresques du Panier jusqu'à l'esplanade du J4 abritant le Mucem, prenez le Ferry Boat pour traverser le Vieux Port et contemplez la Bonne Mère qui veille sur la ville ! Dinez dans un restaurant au charme provençal avant d'être logé pour la nuit chez un des internes de pédiatrie marseillais !

Pour tous, départ pour le congrès le samedi à **9h** depuis **l'hôtel IBIS de la gare Saint Charles** (bus NAP, Square Narvick, Esplanade Saint-Charles, 13001). Le bus vous y ramènera le dimanche à **17h**.

C'est au sein de l'hôtel « **Dolce Fregate Provence** » (Lieu dit Fregate, Route de Bandol, Golf de Dolce Frégate Provence, 83270 Saint-Cyr-sur-Mer) que se déroulera le congrès.

En plus d'un programme scientifique riche, vous bénéficierez des repas, de l'accès à la piscine intérieure et au jacuzzi (N'oubliez pas votre maillot !!!), d'une nuit à l'hôtel, et bien sûr d'une soirée inoubliable le samedi soir, comme à chaque congrès !!

Venez nombreux !!!



BULLETIN D'INSCRIPTION – CONGRÈS AJP MARSEILLE 5 et 6 AVRIL 2014 Merci de remplir lisiblement, dans son intégralité

Nom : Prén : Ville d'origine :

Numéro de téléphone : Adresse e-mail :

Date et heure prévue d'arrivée à Marseille :

Date et heure prévue de départ de Marseille :

Transport (voiture, train, autre) :

Participera à la soirée d'accueil du vendredi 4 avril : Oui Non

Aura besoin d'un hébergement le 4 avril au soir (non inclus) : Oui Non

Participera aux sessions de présentations (prix de 50€) : Poster Présentation (10min)

Envoyer ce bulletin et un chèque de participation de 60€ à l'ordre de l'AJP
à Eloïse Giabicani, 10 rue Henri Becque – 75013 Paris (Toutes vos questions sur congresajp2014@gmail.com)

COMPLÈT



« Du Nouveau-né à l'Adolescent »

Grandes questions et petits soucis au grès du développement

Samedi 5 Avril : 

Dès 09h30 : Accueil des participants

10h30-11h : « Code rouge ! » Dr V. ANDRES

11h-11h30 : « Cherchez la p'tite bête ! » Dr V. BREVAUT-MALATY

11h30-12h : « Petits soucis et grandes questions en maternité » Dr M. ZAHED

12h-13h : « L'alimentation dans les 1000 premiers jours de vie » Dr A. MOSCA

Pause déjeuner !

14h15-14h45 : « Tout sur le zizi du tout petit » Dr J-F. LECOMPTE

14h45-15h15 : « Anémie du nourrisson : le fer, bien sûr! Mais quoi d'autre? » Pr H. CHAMBOST

15h15-15h45 : « Tâches de naissance : que faire dans les 6 premiers mois » Dr S. MALLET

15h45-16h30 : Présentations des internes

Pause rafraichissements !

17h-17h30 : « Enfant en danger : le rôle du pédiatre » Dr V. BRESSON

17h30-18h30 : « La radiopédiatrie en quizZ » Pr M. PANUEL

Quartier libre !! I

Intégration des chambres, piscine, rencontres, commérages...

A partir de 21h : soirée avec cocktail dînatoire, musique, bar et ... surprises !!

Dimanche 6 Avril : 

9h30-12h10 : 4 ateliers de 30 min

- Allergie alimentaire avec Dr I. DENEUX
- Tout sur l'asthme de l'enfant (aspects pratiques) avec Dr M. OUDYI
- Mouvements anormaux avec Dr A. LEPINE
- QuizZ de dysmorphologie avec Dr T. BUSA

12h10-12h30 : « La pédiatrie vue du ministère de la santé » Pr B. CHABROL, présidente de la SFP.

Pause déjeuner !

13h45-14h15 : « Pipi au lit » Dr D. BRUNO

14h15-14h45 : « Quand adresser au pédopsychiatre » Dr S. DYE

14h45-15h15 : « Pédiatre libéral et handicap » Pr B. CHABROL

15h15-15h30 : remise des prix pour les présentations des internes

Fin du congrès ...Départ du bus à 16h !

MODIFICATION D'AMM

RESTRICTION D'UTILISATION DE LA CODÉINE AVANT 12 ANS ET APRÈS AMYGDALECTOMIE

La codéine est un morphinique de puissance moyenne (palier 2). Elle agit par transformation en morphine (par déméthylation), dans le foie, en général dans un rapport de 10 à 1, grâce à une enzyme du cytochrome P450 (dépendante du gène CYP2D6 qui comporte une grande variabilité).



La codéine a un pouvoir antalgique modeste (10 fois moins puissante que la morphine), elle est donc relativement peu efficace, et son efficacité est variable d'une personne à l'autre. Elle était cependant utilisée en pédiatrie, car elle a une réputation de bénignité, de bonne tolérance, et fait moins peur que la morphine.

Mais l'enzyme qui transforme la codéine en la substance efficace, la morphine, a une grande variabilité génétique : certaines personnes transforment plus ou moins la codéine en morphine. On retrouve deux catégories de personnes [1-4] :

1. Les "métaboliseurs lents" : chez eux la codéine n'est pas ou peu transformée en morphine et est donc inefficace (5 à 10%, voire 47 % de la population selon l'origine géographique de la population étudiée) ;
2. les "métaboliseurs rapides" ou "ultra métaboliseurs" : chez eux la codéine est beaucoup plus transformée en morphine, ce qui aboutit à un taux sanguin excessif (après une dose habituelle) et des manifestations de surdosage possibles qui, si elles ne sont pas détectées, peuvent être dangereuses voire fatales. La proportion de personnes ultra métaboliseurs est variable, de 1 à 7 % en général, mais a été retrouvée à 29 % dans une étude auprès d'Africains éthiopiens [1].

Cette particularité du métabolisme peut être analysée dans des laboratoires de pharmacogénétique ; ce test n'est pas réalisé en pratique clinique courante mais seulement lors d'études, ou d'effets indésirables.

Pour prévenir ce risque de surdosage dangereux inattendu, l'Afssaps a déjà en 2007 fait paraître un avis recommandant de ne pas se servir de la pipette graduée du sirop Codenfan® (1 mg = 1 mL) comme d'une pipette/poids mais comme une pipette/mg et de commencer toujours la première administration de codéine à la dose de 0,5 mg/kg au lieu de 1 mg/kg : à cette dose on testait l'efficacité et la tolérance.

Ces dernières années, malheureusement, trois décès et un accident qui aurait pu être fatal sont survenus chez des enfants traités par codéine après une amygdalectomie réalisée pour syndrome obstructif et apnées du sommeil ; tous ces enfants étaient métaboliseurs rapides [1, 5]. Dans cette situation d'obstruction chronique des voies aériennes supérieures, l'encombrement est persistant les premiers jours postopératoires, et il est possible que les récepteurs à l'hypercapnie et à l'hypoxie soient moins réactifs. Des cas isolés avaient déjà été publiés [6-8].

Il a été signalé également de façon tout à fait exceptionnelle le décès d'un nouveau-né allaité alors que sa mère prenait de la codéine pour la douleur ; il était également métaboliseur rapide [9-12] ; une étude cas contrôle chez 7 000 mères n'a pas retrouvé cette complication [13].



Une revue des cas de décès ou de dépression respiratoire publiés soit dans la littérature médicale soit signalés à la FDA a été faite, en remontant jusqu'à 1969, et publiée dans la revue New England Journal of Medicine début 2013 [14]. Cette enquête retrouvait 13 cas (incluant ceux de l'article de Kelly de 2012), dont 10 décès, chez des enfants de 21 mois à 9 ans : 8 après amygdalectomie, 3 au cours d'infection des voies aériennes supérieures ; seulement 7 sur les 13 avaient été publiés ; tous recevaient apparemment des doses normales de codéine ; sur ceux qui ont bénéficié d'analyse génétique du cytochrome impliqué, 4 sur 7 étaient métaboliseurs rapides.

Parallèlement la société américaine des ORL faisait une enquête en interne sur les décès après amygdalectomie (552 répondants) : deux décès imputables à la codéine ont été retrouvés, chez deux enfants (de 3 et 12 ans) amygdalectomisés pour syndrome d'apnées et obstruction, et confirmés comme ultramétaboliseurs [15].

Dans ce contexte la FDA a fait paraître en février 2013 une contre-indication à l'emploi de la codéine en post-opératoire de l'amygdalectomie, et une recommandation de n'utiliser la codéine chez l'enfant que si le bénéfice semblait supérieur au risque.

(<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm339112.htm>).

En Europe, l'agence européenne du médicament (EMA) a suivi, avec un communiqué du PRAC immédiatement relayé par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ex-Afssaps) en date du 12 avril 2013 : il s'agit d'une restriction de l'AMM de la codéine :

- « **Ne plus utiliser chez les enfants de moins de 12 ans, ni après amygdalectomie ou adénoïdectomie** » ;
- « **N'utiliser la codéine chez l'enfant de plus de 12 ans qu'après échec du paracétamol et/ou un AINS** », à la plus faible dose efficace, pour la durée la plus courte possible ;
- ne pas utiliser pendant l'allaitement.



À savoir, l'OMS (Organisation Mondiale de la santé, WHO en anglais) recommande maintenant clairement une stratégie à deux paliers :

1. Paracétamol + AINS (sauf contre-indication) ;
2. (ou d'emblée selon le degré de douleur) Morphine, orale ou IV selon la situation et les modalités possibles de surveillance.

(http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_perspainchild/en/).

Cette stratégie en deux paliers est à développer en France.

Nelly Schinkel

Commentaire Pédiadol

Cette recommandation est à prendre en compte comme une volonté de sécurité renforcée pour les enfants opérés d'amygdalectomie pour syndrome obstructif et apnées. La codéine était un « mauvais » médicament à l'effet modeste et incertain, mais ... elle nous « rendait service »...

Tous nos protocoles pour les situations intermédiaires de douleur doivent être revus.

L'association paracétamol-ibuprofène est recommandée en l'absence de contre-indication ; si échec, passage à la morphine (sauf dans certaines indications comme la migraine ou les douleurs chroniques).

La place du tramadol (métabolisé aussi par le même cytochrome, donc susceptible aussi d'entraîner des accidents graves), et de la nalbuphine (Nubain®) en milieu hospitalier, n'est pas encore bien établie entre ces deux niveaux.

Des groupes d'experts issus de plusieurs sociétés savantes (SFP [Société française de pédiatrie] – SFETD [Société française d'étude et de traitement de la douleur] – SFCE [Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et l'adolescent] – SFAR [Société française d'anesthésie et réanimation]-ADARPEF [Association Des Anesthésistes-Réanimateurs

Pédiatriques d'Expression Française] – SFORL [Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou] – AFPA [Association Française de Pédiatrie Ambulatoire]) se réunissent pour réfléchir aux alternatives.

Une publication suivra en 2014.

- [1] <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm313631.htm>
- [2] Williams DG, Patel A, Howard RF. Pharmacogenetics of codeine metabolism in an urban population of children and its implications for analgesic reliability. *Br J Anaesth* 2002 ; 89 (6) : 839-45.
- [3] Williams DG, Hatch DJ, Howard RF. Codeine phosphate in paediatric medicine. *Br J Anaesth* 2001 ; 86 (3) : 413-21.
- [4] Smith M, Muralidharan A. Pharmacogenetics of pain and analgesia. *Clin Genet* 2012 ; 82 (4) : 321-30.
- [5] Kelly LE, Rieder M, van den AJ et al. More codeine fatalities after tonsillectomy in North American children. *Pediatrics* 2012 ; 129 (5) : e1343- e1347.
- [6] Voronov P, Przybylo HJ, Jagannathan N. Apnea in a child after oral codeine : a genetic variant - an ultra-rapid metabolizer. *Paediatr Anaesth* 2007 ; 17 (7) : 684-7.
- [7] de Wildt SN, Koren G. Re : Apnea in a child after oral codeine : a genetic variant - an ultra-rapid metabolizer [corrected]. *Paediatr Anaesth* 2008 ; 18 (3) : 273-4.
- [8] Ciszowski C, Madadi P, Phillips MS et al. Codeine, ultrarapid-metabolism genotype, and postoperative death. *N Engl J Med* 2009 ; 361 (8) : 827-8.
- [9] Koren G, Cairns J, Chitayat D et al. Pharmacogenetics of morphine poisoning in a breastfed neonate of a codeine-prescribed mother. *Lancet* 2006 ; 368 (9536) :704.
- [10] Madadi P, Koren G, Cairns J et al. Safety of codeine during breastfeeding : fatal morphine poisoning in the breastfed neonate of a mother prescribed codeine. *Can Fam Physician* 2007 ; 53 (1) : 33-5.
- [11] Madadi P, Koren G. Pharmacogenetic insights into codeine analgesia : implications to pediatric codeine use. *Pharmacogenomics* 2008 ; 9 (9) : 1267-84.
- [12] Madadi P, Ross CJ, Hayden MR et al. Pharmacogenetics of neonatal opioid toxicity following maternal use of codeine during breastfeeding : a case-control study. *Clin Pharmacol Ther* 2009 ; 85 (1) : 31-5.
- [13] Juurlink DN, Gomes T, Guttman A et al. Postpartum maternal codeine therapy and the risk of adverse neonatal outcomes : a retrospective cohort study. *Clin Toxicol (Phila)* 2012 ; 50 (5) : 390-5.
- [14] Racoosin JA, Roberson DW, Pacanowski MA, Nielsen DR. New evidence about an old drug--risk with codeine after adenotonsillectomy. *N Engl J Med*. 2013 Jun 6;368(23):2155-7.
- [15] Goldman JL, Baugh RF, Davies L, Skinner ML, Stachler RJ, Brereton J, Eisenberg LD, Roberson DW, Brenner MJ. Mortality and major morbidity after tonsillectomy: Etiologic Factors and Strategies for Prevention. *Laryngoscope*. 2013 Oct;123(10):2544-53.

Infections de la rentrée : comment prévenir le risque ?

L'incidence des maladies infectieuses augmente en collectivité⁽¹⁾

Nidal Dès la naissance contient du *Bifidobacterium lactis*



Un probiotique qui contribue au renforcement
des défenses naturelles des nourrissons⁽²⁾.




Nestlé
NIDAL

Bien grandir, c'est pour la vie

NESTLÉ FRANCE S.A.S. SAZ 014 428 FCS-Mexox - 8 Rue Franklin D. Roosevelt - Produits Nestlé S.A. - 69007 LYON

(1) Florin D. Épidémiologie des infections en crèche. Comparaison des différents modes de garde. Impact de la pression des antibiotiques sur la résistance bactérienne. *Méd Mal Infect* 2000 ; 30 (Suppl 3) : 215-220.

(2) A' SSA Suisses n° 2002-SA-0188 et 2003-SA-0257.

Document professionnel strictement réservé à l'usage des professionnels de santé

Avis important : le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson car il convient le mieux à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'un lait infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation, et de suivre l'avis du Corps Médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent également être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement.

A LA DÉCOUVERTE DE NOUVEAUX D.U.

DIU GYNÉCOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENTE



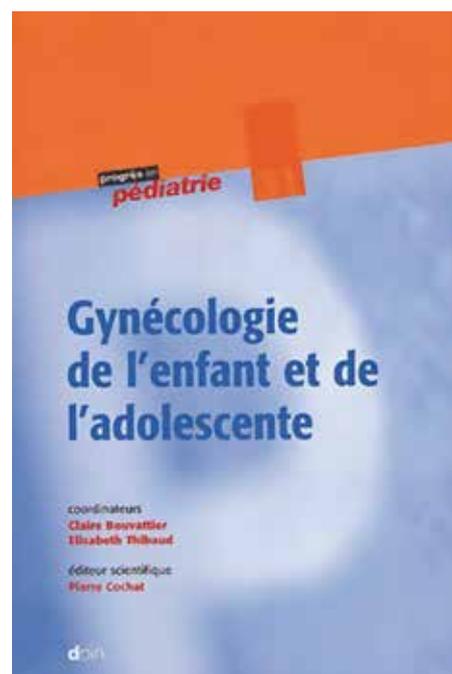
gyned

« Ah bon ça existe ?? »... Voilà probablement la question la plus fréquente qu'on m'aura posée au sujet de ce DIU... Donc oui, ça existe, et c'est même un DIU très formateur et réellement passionnant.

Pour moi il a eu lieu à Nice (2012-2013), et cette année il se déroule à Montpellier. Le coordonnateur en est d'ailleurs le Pr Charles Sultan. Commençons par le côté administratif : 2 sessions de 3 jours de formation, une présentation orale d'un cas clinique (10min), un examen écrit (attention, là aussi dans la ville qui accueille !) et un stage validant (projet à discuter avec le coordonnateur de chaque ville). Le coût : 315€ (formation initiale) en plus des frais d'inscription annuels.

Le contenu des cours est donc centré sur la gynécologie, avec une grande partie d'endocrinologie (troubles de la puberté, syndrome de Turner ou anomalies des OGE) mais aussi et surtout des sujets qui souvent remontent à notre internat comme les kystes de l'ovaires, le syndrome des ovaires polykystiques, les malformations utéro-annexielles, les pathologies mammaires, la contraception ou les infections et hémorragies génitales. Au total donc de nombreuses problématiques liées à l'adolescence, y compris l'abord des aspects psychologiques (avec même un cours de Marcel Rufo pour les adeptes !). Une formation qui m'a donc parue essentielle dans ma future pratique de pédiatre général et qui sera évidemment très prisée par les futurs endocrinologues pédiatres d'entre vous.

Les étudiants à qui s'adresse ce cours sont assez variés, gynécologues, pédiatres, médecins généralistes mais aussi généralistes. Concernant les enseignants, ils sont principalement endocrinologues (pédiatres ou non) ou gynécologues. L'ambiance était assez correcte, avec parfois une petite compétition entre les orateurs et plus de temps accordé aux débats de (et entre) spécialistes qu'aux questions des étudiants. Ceci mis à part, on profite tout de même pleinement d'un enseignement sérieux, complet et didactique.



La présentation orale est vraiment une formalité, elle consiste en l'explication d'un cas clinique (démarche diagnostique et/ou thérapeutique) en 10 minutes et est suivie de 5 minutes de questions.

Pour le stage pratique, les formalités en sont 30 journées dans un service reconnu comme formateur (souvent seulement des consultations), 20 journées pour les pédiatres et gynécologues. Dans les faits, on s'arrange avec le coordonnateur local, ce qui permet souvent de faire un programme panaché entre gynécologie, chirurgie et endocrinologie. Pour moi c'est vraiment là que j'ai appris énormément et mis en pratique les cours du DU, de l'examen gynéco du bébé à l'ado, à la pose d'implant, en passant par les problèmes de sévices mais aussi les problèmes infectieux.

Enfin, l'examen écrit est composé de 2 questions rédactionnelles (par exemple : puberté précoce ou syndrome de Turner) et 3 cas cliniques. L'examen est corrigé dans la journée. Petit point négatif pour ceux qui ne viennent pas du site, se déplacer à l'examen pour une journée c'est un peu dommage... sauf à en profiter pour passer quelques jours dans le coin ! Donc renseignez-vous sur les lieux du DU pour les années suivantes, au cas où il passerait par chez vous !

Pour moi suivre ce DIU a été passionnant et j'y ai acquis une expérience unique. Une compétence qu'il est bien rare de trouver chez les pédiatres et des situations qui nous laissent souvent désemparés : deux bonnes raisons de suivre ce DU !

Contacts

Responsables du diplôme : Pr Dewailly, ddewailly@chru-lille.fr
ou Dr Pienkowski, pienkowski.c@chu-toulouse.fr



Eloïse Giabicani



CAS CLINIQUE

UN DIAGNOSTIC QUI SAUVE LA VIE

Alice 10 jours est amenée par sa maman aux urgences au mois de février pour somnolence et moins bonne prise alimentaire.

Elle est née d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique à 37 SA et 1 jour, en siège (deuxième jumelle). Ses mensurations de naissances sont les suivantes : poids à 2420g, taille à 45cm et PC à 32,5cm. Son APGAR était de 4-9-10. Elle a été traitée pendant 48h pour fièvre maternelle, sans infection retrouvée. Elle a présenté un épisode d'hypoglycémie à 2,8mmol/L à J2 de vie, qui s'est corrigée avec enrichissement en dextrine maltose de son lait pour prématurés. Poids de sortie à J7 2570g.



Dans ses antécédents familiaux on retrouve des décès néonataux chez plusieurs frères et sœurs de sa grand-mère maternelle. Notion de consanguinité éloignée.

La maman vous décrit un nouveau-né qui boit mois depuis 4 jours, qu'il faut réveiller pour boire et qui présente une stagnation pondérale (2800g).

Dès son arrivée aux urgences, son état clinique est préoccupant et l'infirmière d'accueil et d'orientation est inquiète devant un bébé somnolent, avec les constantes suivantes : température 29°C, FC 90bpm, TA 45/24 mmHg,

SaO₂ 97%, FR 30/min. Elle présente une hypotonie généralisée et une somnolence. Le dextro que vous demandez immédiatement est à 2,5mmol/L. Cliniquement elle a un temps de recoloration cutanée à 2 secondes, pas d'ictère, pas de souffle cardiaque, des pouls perçus mais faibles et sa fontanelle antérieure est normotendue.

Devant la défaillance cardiovasculaire et neurologique vous appelez le réanimateur et débutez un remplissage vasculaire après resucrage, un réchauffage externe ainsi qu'une triple antibiothérapie. Elle est rapidement transférée en réanimation.

L'IRM cérébrale est normale, les dosages de toxiques sont négatifs, l'amoniémie est à 28μmol/L, les lactates à 2,2mmol/L, les chromatographies des acides aminés et organiques sont en cours. Concernant l'hypothèse infectieuse, ECBU et PL sont stériles au direct, la NFS est normale, la CRP est à 7mg/L et la PCT <0,05μg/L, la radiographie pulmonaire est normale. Enfin, on appelle le centre de dépistage néonatal qui nous confirme que la 17OHProgestérone était normale.

Quels autres examens demandez-vous ?

Le laboratoire d'hormonologie vous appelle pour vous informer d'un taux d'ACTH à 9 pg/mL (VN 130-150) et de Cortisol à 8 µg/100 mL (VN 15-45). Le reste du bilan hormonal est normal : IGF à 180 ng/ml GH=28,5 mUI/L, T4L=20 pmol/L, TSH=3 mU/L et Insuline <2 mUI/L. Les chromatographies seront également normales.

Quel est votre diagnostic ?

Le diagnostic est donc celui d'une insuffisance corticotrope isolée (ou déficit en ACTH).

Quel(s) traitement(s) urgent(s) entreprenez-vous ?

Un traitement substitutif par hydrocortisone 25mg/m² est immédiatement entrepris, permettant une normalisation rapide de la clinique.

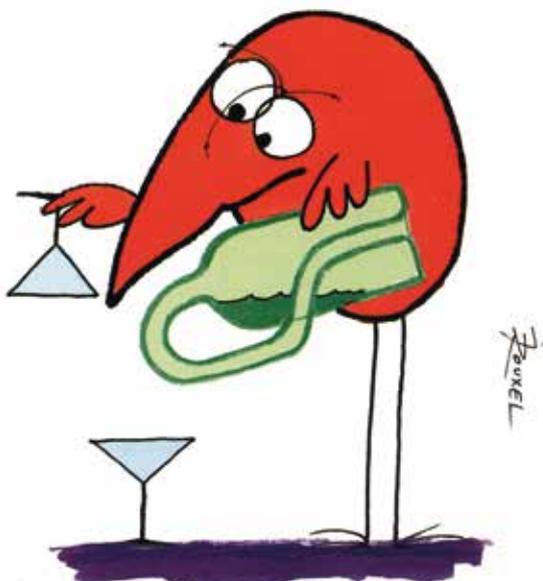
La recherche d'une mutation du gène TPIT est positive de façon homozygote chez Alice et hétérozygote chez ses deux parents et Audrey sa sœur jumelle.

Le déficit en ACTH lié à une mutation TPIT est associé uniquement avec des formes d'expression néonatales [1]. Il existe également des formes infantiles non liées à TPIT [2] qui égarent souvent le diagnostic et certains enfants décèdent faute de diagnostic et de traitement substitutif. Devant une hypothermie et un collapsus, volontiers accompagnés de symptomatologie digestive (vomissements, douleurs abdominales) chez l'enfant plus grand, il faut toujours penser à l'insuffisance surrénale aiguë, quitte à effectuer le bilan et traiter par hydrocortisone en attendant les résultats.

Éloïse Giabicani

1. Vallette-Kasic S, Brue T, Pulichino A-M, Gueydan M, Barlier A, et al. Congenital isolated adrenocorticotropin deficiency: an underestimated cause of neonatal death, explained by TPIT gene mutations. J Clin Endocrinol Metab. 2005; 90: 1323-1331.
2. Pham LL, Garot C, Brue T, Brauner R. Clinical, biological and genetic analysis of 8 cases of congenital isolated adrenocorticotrophic hormone (ACTH) deficiency. PLoS One. Oct 2011;6(10).

Les devises Shadok



S'IL N'Y A PAS DE SOLUTION
C'EST QU'IL N'Y A PAS DE PROBLÈME.

CÔTÉ ASSOCIATIF



« Rdv 10h30 gare de Lyon à Paris » disait la lettre. C'est là que je retrouve 3 de mes collègues que j'avais déjà pu rencontrer un mois auparavant. Autour de nous, des enfants chargés de leurs parents et de lourdes valises commencent à affluer. Premiers échanges dans le train : Ils ont 10-14 ans, ils ne sont que 15, et pourtant, retenir leurs prénoms me semble plus difficile à retenir que la liste items de l'ECN... A Grenoble, nous sommes rejoints pour terminer le voyage en car par 2 autres collègues accompagnant des enfants partant de Lyon. 4 heures de trajet, 3 cols montagneux et quelques sacs plastiques remplis plus tard, nous voilà arrivés à ABRIES...

Abries, petit village de 300 âmes, perché à 1550 m d'altitude, en plein cœur du parc régional du Queyras. Entre le Sud des Alpes et le Nord de la Provence-Côte d'Azur. En résumé : très chaud le jour, très froid la nuit, et cette agréable sensation de pouvoir vivre un peu coupé du monde pendant 3 semaines.

Mais, pas le temps de souffler : à peine arrivés, et il faut se dépêcher, car c'est déjà l'heure du repas. Bien. Oups ! Comment ça dextros et insulines ? Le midi, j'avais observé ma collègue DCEM4 ayant déjà 2 colos à son actif mener la valse des injections. Mais ce soir, nous étions chacune dans notre infirmerie : elle chez les garçons, moi chez les filles. Je n'avais encore que quelques très



vagues notions théoriques sur la correction des doses d'insuline... Ma collègue infirmière en savait tout de même plus. Tactique de secours : écouter les enfants et les laisser nous guider... Pour vivre tous les jours avec leur diabète, ils en savaient beaucoup plus que nous n'en savions et n'en saurions un jour...

Ah, pardon, je ne me suis toujours pas présentée : je m'appelle Coralie, désormais interne en 3^{ème} semestre de DES de pédiatrie, mais durant cet été 2010 étudiante en fin de DCEM2 à la Faculté de Angers. Mais, tout d'abord, à l'AJD, on ne dit plus « étudiant en médecine », mais « animateur de Santé »... Humhum me direz vous... Oui, car même si le rôle de professionnel de santé qui nous est attribué reste très important, notre rôle premier reste celui de cadre de l'enfant, devant prendre un maximum part aux activités ainsi qu'à la vie quotidienne. Et ceci en un véritable travail collaboratif entre l'équipe d'animation (4 animateurs BAFA chaperonnés par un directeur d'activité) et l'équipe des « médicaux » (2 étudiantes en médecine, 2 IDE et leur grand patron : le médecin directeur).

Pour comprendre mon rôle au cours de ces 3 semaines, rien de tel que de tenter de retracer une journée type en séjour AJD :

- Réveil des enfants à 7h15 (8h15 le dimanche pour cause de grasse matinée ;). Glycémies capillaires et bandelettes urinaires du réveil pour chacun. Puis, entre 7h55 et 8h15 : adaptation des doses et injections d'insuline. Tout doit être fini pour le petit déjeuner à 8h15.

- Activités du matin. Arrêt à 11h30 pour glycémies capillaires et injections du midi.
- Repas à 12h15
- Activités de l'après-midi (avec selon les enfants glycémie capillaire et injection du goûter), puis temps calme.
- 18h30 : glycémies capillaires et injections du dîner.
- Veillée.
- Bisous du soir (avec accessoirement glycémies capillaires du coucher).

Assez déroutant de prime abord, certes. Cela donne l'impression de passer la journée à voir ces enfants se piquer tous les bouts de doigts et à se faire des injections dans les bras, les cuisses, le ventre... Mais cela apparaît rapidement comme une évidence en constatant à quel point tous les gestes peuvent sembler naturels aux enfants. Ils sont maîtrisés à la perfection, parfois un peu plus récents et donc encore moins assurés pour certains, ou encore un peu trop anciens et donc un peu trop assurés pour d'autres (injections à travers le jean...). Il s'agit pour nous d'observer, de guider, de conseiller, d'apprendre, de réapprendre, de rappeler, de veiller à la sécurité (0 AES en 3 semaines soit environ 1400 injections et poses de cathéters... pas mal non ?).

La chaise m'étant dédiée en tant qu'animatrice de santé était celle de la table « Adaptation des doses ». Il s'agit de discuter avec chaque enfant, entre sa glycémie

capillaire et l'injection d'insuline, de la dose qui serait optimale en fonction d'une multitude de facteurs : les doses habituelles, la composition du repas (gare à la tartiflette, elle est traître !), l'activité physique prévue, l'appétit des enfants, l'activité physique passée, la contamination ou non par la gastro-entérite faisant rage, des éventuelles disputes avec les camarades juste avant l'heure du dextro...

Alors, il faut tenter de faire au mieux. D'écouter l'enfant qui se connaît. De tenter de lui apporter nos quelques éclairages scientifiques et avis d'adultes plus ou moins réfléchis. Mais, on comprend vite que parfois, il n'y a rien à comprendre. Que personne n'a jamais tort ou raison. Que ce qui marche un jour peut totalement échouer le lendemain, sans aucune raison rationnelle. En quelques mots, pour reprendre les termes de Joël, mon médecin directeur : « que rien n'est jamais gagné dans le diabète ».

Certes, un grand nombre d'enfants a un diabète relativement bien équilibré à la maison. Mais, une colo AJD, c'est tout sauf la maison : exit télé, internet et jeux vidéos et place au sport et à la rando, grande pourvoyeuse d'hypoglycémies... Modification des horaires de vie, des habitudes alimentaires (avec un mot d'ordre pour les repas : pas de privations, mais équilibre !). Alors les premiers jours sont difficiles. On oscille entre hypos et hypers, on augmente les doses pour certains, on les diminue pour la plupart. Et on apprend à faire connaissance avec les enfants, ainsi qu'avec ce diabète si redondant dans leur vie.

Bien vite, tout ce petit monde s'organise. Il y a les enfants dissipés, les plus sages (ou du moins assez doués pour le faire croire), les anims rigolos manquant un peu d'autorité, les autres devant de par ce fait nécessairement faire doublement preuve d'autorité, et Joël, le médecin directeur, menant tout ce petit monde au gré de ses histoires de glucides, de botanique et de contes en tous genres...

Jour après jour, on apprend. Sans cesse. Les premiers gestes tout d'abord : resucrer un enfant lors d'une hypo, avoir le réflexe bandelette urinaire lors d'une hyper. Puis savoir



quelle dose injecter en présence d'acétone. Tout ça sur fond de bobologie (grand apprentissage pour nous autres étudiants manquant cruellement de pratique dans ce domaine) : étude comparative sur les meilleures techniques d'extractions d'échardes, strappings de chevilles, traitement d'agressions par des hordes de fourmis rouges enragées, chutes et coups en tous genres... Apprentissage de la réfection du pansement du garçon s'étant écrasé un index et un majeur dans l'embrasure d'une porte dès le 3^{ème} jour de la colo... Apprentissage du port du ô combien lourd sac d'urgence au cours des randonnées...



Et puis il y a les moments de stress... Première (et unique heureusement) injection de Glucagon chez un enfant en malaise hypoglycémique sévère...

A chaque fois, il y a un partage. Avec l'enfant, avec qui l'on discute des événements venant de se produire. Avec les infirmières, qui m'ont toutes deux beaucoup appris sur les conduites à tenir, et auxquelles j'ai beaucoup envié leur capacité à garder leur calme. Et avec le médecin directeur, qui a nous a fait confiance et nous a laissé tenter par nous-même, tout en restant disponible au moindre doute.

Et, les jours s'égrènent, les uns après les autres, au rythme des sorties et des activités... Et 3 semaines passent.

3 semaines... Arrivée au bout de la course, je m'arrête et réfléchit un instant... Au final : mais qui éduque qui ? Certes, les enfants auront beaucoup appris. Sur leur diabète, les petites choses leur permettant de cohabiter un peu mieux avec cette maladie prenant beaucoup trop de place. Et surtout, comme dans n'importe quelle colo, ils auront appris sur eux-mêmes, sur les autres, sur la patience, le partage, la démocratie, les joies et difficultés de la vie en collectivité. Et moi... En ces 3 semaines, il me semble que parfois j'ai pu apprendre plus qu'en mes 4 années de médecine déjà écoulées, que ce soit sur le plan théorique et surtout sur le plan pratique. Mais surtout...

Pendant 3 semaines, j'ai pu vivre au jour le jour avec ces 40 enfants gérant leur diabète. Et c'est cela qui

change tout. Car, l'externat, c'est 4 heures à l'hôpital, 5 jours par semaine (bon, ok, l'internat c'est 80h au bas mot... mais bon...). Et en dehors du CHU ? Les patients ont une vie non ? Et bien, c'est un bout de cette vie que ce stage à l'AJD m'a permis de partager avec eux. De pouvoir appréhender les difficultés au quotidien, et parfois la non adéquation entre les recommandations bienveillantes des médecins et leur possibilité d'application dans la vie de ces enfants. Et, plus que tout encore, c'est de l'admiration devant ces enfants qui a pu naître en moi. Devant ces enfants qui vivent avec leur diabète, l'acceptant plus ou moins, mais qui ne se sont jamais plaints une seule fois de devoir encore et encore se piquer, supportant les hypos, les hypers, les bandelettes urinaires (enfin, presque ...). De ces enfants jouant parfois un peu de leur diabète, sachant être agités, parfois limite insupportables... Sachant être des enfants... Avec un soupçon de maturité supplémentaire, tout de même... Mais restant des enfants comme tous les autres, auxquels j'espère avoir pu apporter un petit peu pendant ces quelques semaines de leur vie à construire...

Alors, il est temps de se dire au revoir. On s'embrasse, s'échange des adresses mails et profils facebook ; on pleure beaucoup aussi. Et on se sépare, chacun retournant à sa vie... jusqu'à l'été prochain ?

Coralie Mallebranche

INTERNE D'HIER, PÉDIATRE D'AUJOURD'HUI EN RÉANIMATION NÉONATALE



En médecine, il existe des extra-terrestres : les pédiatres. Parmi eux, il existe un sous-groupe encore plus bizarre : les néonat...

Comment devient-on bizarre parmi les extra-errestres ? Bonne question !!

Sorti des grands discours sur la vocation, les « j'ai toujours voulu être pédiatre » (pas du tout mon cas, moi j'aurais voulu être archéologue quand j'étais petite ! Ou comment passer de Indiana Jones à Dr Doug Ross!J) ou autres phrases toutes prêtes, c'est un peu plus une histoire de passion, un genre de coup de foudre quoi !

Le prélude: un passage d'une matinée en P2 sur un des multiples stages de sémiologie en néonatalogie à la Pitié Salpêtrière: le service fermé au fond du couloir ou personne ne veut aller et ou la PH nous a consacré 2h pour nous faire visiter et nous montrer de quoi il s'agissait.

Les stages passent ensuite, dont celui de pédiatrie: c'est la valse des envies! Je serai chirurgien, je serai épiléptologue... Pédiatre? Bof bof !!!

Arrivée en D3 (tard quand même...) le stage de gynécologie obstétrique: 3 mois en gynéco à la Pitié toujours. Rebelote: personne ne veut aller

en néonatalogie sur le roulement des externes: moi j'veux bien !! Résultat: j'y vais pour 1 semaine, mais j'y suis restée 1 mois et demi sur les 3 mois! Cette fois les choses étaient assez claires: j'veux faire pédiatrie mais pour faire de la réanimation néonatale!

A partir de là: les choses se sont enchaînées assez logiquement: avant de plonger 4 ans dans un internat plutôt prenant: faut-il être sûre de son choix! Il me faudrait donc un stage d'été de D4 dans l'esprit: « Va à Trousseau en réanimation »! C'est parti: 1^{er} des passages: ça se confirme: objectif réanimation néonatale!

Le classement internat est au vert: ZOU! Pédiatrie Paris: direction la « périph »: Evry! 1^{er} stage de réanimation néonatale. C'est l'éclate totale! Tout le monde est sympa, l'activité complète (réanimation, USI, néonatalogie, UK, salle de naissance): des gestes, du suivi, et en plus une partie qui ne me laisse pas indifférente: l'accompagnement, le palliatif. Comme ça s'est



Transmissions journalières

vraiment très bien passé et que je m'entendais bien avec l'équipe, j'ai continué à y prendre régulièrement des gardes d'interne puis de sénior: une expérience non négligeable, très clairement!

Mon internat a clairement été orienté vers la réanimation néonatale: en tout 4 semestres de réanimation, de la cardio au CCML (2^{ème} grande découverte de mon internat), de la pneumo et de la neuro et un M2 sur la DBP (bon avec beaucoup de gardes quand même!).

Pour faire de la néonatalogie ce qui est bien c'est qu'il faut être assez polyvalent: il vaut mieux éviter d'avoir deux mains gauches pour les gestes, avoir des connaissances dans pas mal de sous-spécialités (avec toute la stratégie des choix de stage d'internat qui va avec): génétique, pneumologie, neurologie, gastroentérologie, néphrologie et bien sûr: la cardiologie!

Avoir des notions c'est parfait, mais en fait c'est quand même bien sympa la cardio: un petit stage en réanimation des cardiopathies au CCML, un DU, un DIU, des gardes et une petite thèse: bon et bien la réanimation des cardiopathies congénitales c'est passionnant aussi!

Et enfin, pour boucler «l'internat orienté vers la néonatalogie»: en dernière année, il faut s'inscrire au DESC de néonatalogie, passage obligatoire.

Dernière étape de la formation pratique: le clinicat: le CCU-AH, dis le CCA! C'est encore autre chose!





Formation des infirmières avec le SMUR 92



C'est Noël en réa Béclère !

On passe sur la course aux postes en elle-même, c'est un autre sujet. Le clinicat, ou l'assistanat selon, c'est surtout le 1^{er} gros poste : 2 ans au même endroit, avec la même équipe : plus d'autonomie, plus d'investissement, plus de patients, plus de continuité. Ça y est, pas besoin d'aller choisir tous les 6 mois ! Une vraie vie d'équipe se crée, dans le service avec tout le personnel soignant et paramédical, mais aussi avec les autres équipes quand on a la chance d'être en centre hospitalier avec d'autres spécialités : les autres pédiatres, les équipes de SMUR, les gynécologues, les sage-femmes...

Avec les parents aussi c'est différent : informations, bonnes nouvelles, annonce, accompagnement, médecin référent ou pas l'implication est présente ! Avec la grande particularité de la néonatalogie : ces nouveau-nés qui débarquent souvent trop tôt ou alors pas du tout comme prévu, finalement y'a que le personnel de la réanimation et les parents qui vont bien les connaître avant le retour à la maison ! C'est sûrement pour ça qu'un des plus grands risques de la néonatalogie c'est la prise de poids ! La table de la salle de repos est toujours recouverte de chocolats ou bonbons en périodes de fêtes ou lors de sorties des enfants !



dernier jour des internes

N'oublions pas le U de CCA ! Les étudiants ! Il y a le choix : les cours à la fac, les cours aux externes du pôle, les P2 (je sais, c'est plus P2, mais impossible de retenir la nouvelle abréviation), les infirmières et bien sur les internes : soyons francs, majoritairement ils ne feront ni réanimation ni néonatalogie : le but est donc d'essayer de leur apprendre le boulot sans les rebuter totalement : les trucs, les astuces, les pièges, leurs montrer leur rôle : transmettre la passion en plus c'est du bonus !

Ensuite, et là c'est encore un peu l'inconnu : ça recommence ! A peine posé dans son 1^{er} bureau les questions reviennent : mais qu'est-ce qu'on va faire après ??? Où on va aller ? 2^{ème} clinicat ou assistantat ? Poste de PH ? Recherche ??? Même service ou ailleurs ???
On verra ça dans 1 an ! ;)

Angèle Boët

CCA en réanimation néonatale
au CHU Antoine Béclère

A bientôt en réanimation Antoine Béclère !!



HISTOIRE DE LA MÉDECINE

LES ENFANTS COBAYES

Aujourd'hui, derrière ce titre un brin racoleur, il n'est pas question d'aborder de scabreux épisodes de l'histoire de la médecine et de l'expérimentation humaine, mais de mettre en lumière la genèse de deux techniques, de nos jours largement répandues à tout âge, et qui trouvent – toute ou partie – de leur origine dans la médecine pédiatrique.

La ponction de Quincke

Fin du XIX^{ème} siècle. La tuberculose sous toutes ses formes est alors l'un des principaux fléaux, et un sujet d'études multiples pour les médecins. La circulation du LCR est alors bien connue, ainsi que la symptomatologie de la méningite et ses complications : céphalées, hypertension intracrânienne, convulsions. De là l'idée d'une soustraction de LCR dans un but thérapeutique.

L'un des premiers à s'y essayer est un anglais, **Walter Essex Wynter** (1860 – 1945) : médecin généraliste. Il publie en 1891 dans the Lancet, quatre aspirations du LCR effectuées entre 1889 et 1890, chez 4 enfants de 13 mois à 11 ans, tous atteints de méningite tuberculeuse⁽¹⁾. Sa technique n'est pas encore à proprement dit une ponction. Wynter aborde chirurgicalement la dure-mère en L2, incise, introduit une canule métallique connectée à une tubulure en caoutchouc, et enfin laisse s'écouler le liquide. Sa technique apporte un soulagement à court terme, même si ses 4 patients décèdent par la suite.

Au même moment, à Kiel en Allemagne, **Heinrich Quincke** (1842 – 1922), interniste et chirurgien célèbre pour sa description notamment de l'œdème

éponyme et des signes de l'insuffisance aortique, se lance lui aussi dans l'exploration du LCR. Il rapporte lors d'un congrès de médecine interne en 1891 à Wiesbaden ses premiers succès de ponctions ventriculaires puis lombaires, chez des



Heinrich Quincke

enfants de 12 et 2 ans présentant des signes cliniques d'hypertension intracrânienne. Le deuxième survécut après 3 ponctions lombaires évacuatrices, faisant douter de la nature tuberculeuse de son atteinte. Quincke publie finalement ses travaux sur la ponction lombaire chez 5 enfants et 5 adultes, citant au passage le travail de Wynter^(2,3). Ses travaux reçoivent un écho très favorable, et la ponction lombaire sera longtemps dénommée ponction de Quincke. De même, les aiguilles à PL couramment utilisées se dénomment aiguilles de Quincke, même s'il est désormais recommandé d'utiliser des aiguilles atraumatiques de type Sprotte ou Whitacre⁽⁴⁾.

Rapidement, il apparait qu'au-delà de son aspect thérapeutique hasardeux, la ponction lombaire se révèle surtout un formidable outil diagnostique. **Arthur H. Wentworth** (1860 – 1906), professeur assistant à Harvard, importe la technique aux Etats-Unis. Il rapporte en 1893 une série de 29 ponctions lombaires avec analyse du LCR effectuées chez des nouveau-nés et nourrissons sains⁽⁵⁾. Ses travaux lui valent un procès de la part des comités antivivisections, et il faillit y perdre toute crédibilité. Finalement l'importance de ses résultats – il démontre à quel point l'analyse du LCR est un examen rentable – lui sauve la mise, et il devient la même année le premier professeur de Pédiatrie du tout nouvel hôpital John Hopkins à Baltimore.

Au fait, en reparlant d'aiguilles à PL, savez-vous pourquoi l'on utilise systématiquement un mandrin ? Certainement pas pour piquer à travers les méninges. En effet, dans les années 1950, il était extrêmement courant de piquer sans mandrin, en particulier chez les jeunes enfants, avec une aiguille à ailettes⁽⁶⁾. Cette technique augmentait considérablement la réussite de la PL, en permettant la visualisation immédiate d'un reflux. Par la suite, il a été bien documenté un lien avec le développement de tumeur épidermoïdes spinales, liées à l'introduction d'une carotte de peau par une aiguille dépourvue de mandrin⁽⁷⁾.

Le tubage de la glotte

Les origines exactes de l'intubation trachéale sont plus floues, de Vésale introduisant un roseau dans la gorge au XVI^{ème} siècle, à William Macewen, qui aurait pratiqué l'une des premières intubations en 1878 sur un homme éveillé, en passant par les descriptions d'intubation soro et naso-trachéales lors de morts subites par Charles Kite de Gravesend en 1788⁽⁹⁾. Mais là aussi la médecine pédiatrique semble être un champ large d'expérimentation.

Nous sommes toujours à la fin du XIX^{ème} siècle, mais après la tuberculose, place à la diphtérie. Le croup, complication redoutée, entraîne la mort par suffocation de nombreux enfants. Le traitement de référence est alors la trachéotomie, technique complexe, en particulier chez le plus jeune, et grevée d'une lourde mortalité.



Position du praticien et de l'enfant selon Marfan
Extrait de Sperati G. et al. Acta Otorhinolaryngol Ital.2007

En revanche, une fois la peau franchie, rien ne vous empêche de retirer le mandrin, afin par la suite de mieux visualiser le reflux. Cette technique intermédiaire, décrite comme « méthode de Cincinnati », permettrait d'améliorer la réussite de la PL⁽⁸⁾. Libre à vous d'essayer !

Un médecin français, **Eugène Bouchut** (1818 – 1891), pédiatre aux Enfants Malades à Paris, élabore une nouvelle technique. Avant lui, plusieurs médecins (Dieffenbach à Berlin, Reybart à Lyon et Weinlechner à Vienne)



Eugène Bouchut

ont tenté une cathétérisation du pharynx, sans grand succès. Bouchut introduit à la main au moyen d'un cathéter incurvé, un tube métallique dans la glotte, qu'il fixe à l'extérieur par un fil de soie, permettant une libération des voies aériennes. La technique est fonctionnelle, mais la forme et les angles pointus du matériel de Bouchut sont source de lésions traumatiques très douloureuses. Bouchut présente alors ses travaux sur 7 enfants à

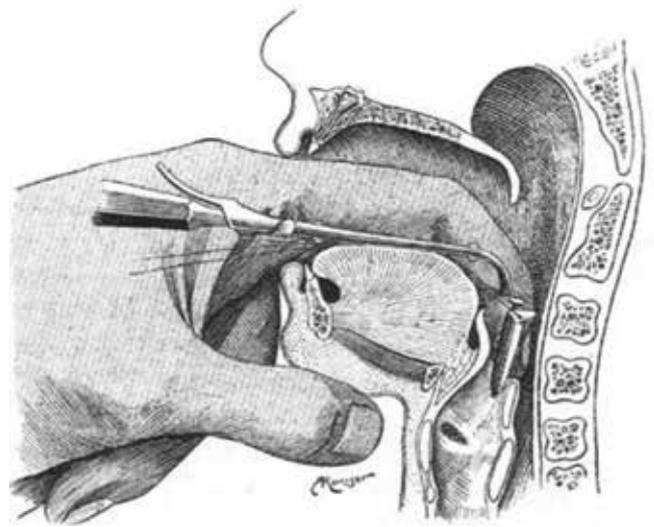
l'Académie de Médecine en 1858⁽¹⁰⁾. La technique ne convainc pas, en grande partie du fait des critiques d'Armand Trousseau, l'un des pères de la trachéotomie, alors au sommet de sa gloire. Seul Joseph-François Malgaigne y voit une technique d'avenir. Bouchut, humilié, abandonne alors ses recherches sur le sujet et retourne à ses tubercules.



Joseph O'Dwyer

Presque 30 ans plus tard, de l'autre côté de l'Atlantique. Ignorant – semble-t-il – les travaux de Bouchut, un autre pédiatre, **Joseph O'Dwyer** (1841 – 1898)⁽¹¹⁾, développe sensiblement la même technique, avec un matériel nettement moins traumatique. Il présente

ses résultats obtenus chez 2 enfants atteints de diphtérie à ses collègues New-Yorkais en 1885⁽¹²⁾. A l'inverse du pauvre Bouchut, il reçoit un accueil enthousiaste, notamment de la part d'Abraham Jacobi, grande figure de la pédiatrie américaine. « L'intubation d'O'Dwyer » se répand alors, et devient un traitement de référence du croup diphtérique, jusqu'à l'avènement de la vaccination diphtérique dans les années 1920. Comme tout grand héros, O'Dwyer meurt tragiquement, rattrapé par son destin, d'une myocardite diphtérique. L'article de Sperati et al, dans lequel j'ai largement puisé, raconte en détail cette histoire, et fournit de superbes illustrations⁽¹³⁾. On y apprend notamment



Tubage de la glotte guidé au doigt.
Extrait de Sperati G. et al. Acta Otorhinolaryngol Ital.2007

comment O'Dwyer reconnut le travail précurseur de Bouchut, et comment ce dernier admit le rôle majeur des innovations techniques apportées par son collègue américain, même s'il fit part de son amertume de voir que la jalousie et l'envie de ses collègues français avait freiné ses recherches.

Par la suite, l'intubation trachéale accompagna essentiellement les progrès de l'anesthésie et de la ventilation mécanique. Les techniques de laryngoscopie directe se développèrent au début de XX^{ème} siècle, essentiellement chez l'adulte, et il faudra attendre les années 1940 pour que l'intubation trachéale soit de nouveau de mise chez l'enfant.

Martin Castelle

Références

1. Essex Wynter W. Four Cases Of Tubercular Meningitis In Which Paracentesis Of The Theca Vertebralis Was Performed For The Relief Of Fluid Pressure. The Lancet. 1891 May;137(3531):981–2.
2. Quincke, HI. Die Technik der Lumbalpunktion. Berlin & Vienna; 1902;
3. Pearce JM. Walter Essex Wynter, Quincke, and lumbar puncture. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1994 Feb;57(2):179.
4. Armon C, Evans RW, Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Addendum to assessment: Prevention of post-lumbar puncture headaches: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2005 Aug 23;65(4):510–2.

5. Lederer, Susan. *Subjected to science: human experimentation in America before the Second World War*. JHU press. 1995;
6. Baxter AL, Fisher RG, Burke BL, Goldblatt SS, Isaacman DJ, Lawson ML. Local anesthetic and stylet styles: factors associated with resident lumbar puncture success. *Pediatrics*. 2006 Mar;117(3):876–81.
7. Lumbar puncture and epidermoid tumours. *Lancet*. 1977 Mar 19;1(8012):635.
8. Bonadio W. Interpreting the traumatic lumbar puncture. *Contemp Pediatr Res Q*. 1992;1:23–32.
9. Doherty JS, Froom SR, Gildersleve CD. Pediatric laryngoscopes and intubation aids old and new. *Paediatr Anaesth*. 2009 Jul;19 Suppl 1:30–7.
10. Bouchut E. D'une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage du larynx. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. Paris; 1859;23:1160–2.
11. Wiedemann HR. Joseph O'Dwyer (1841-1898). *Eur J Pediatr*. 1992 Jul;151(7):471.
12. O'Dwyer J. Two cases of croup treated by tubage of the glottis. *NY Med J*. 1885;421:146–51.
13. Sperati G, Felisati D. Bouchut, O'Dwyer and laryngeal intubation in patients with croup. *Acta Otorhinolaryngol Ital Organo Uff Della Soc Ital Otorinolaringol E Chir Cerv-facc*. 2007 Dec;27(6):320–3.

Les Annonces
de Recrutement



LE CONSEIL GÉNÉRAL DU VAL-DE-MARNE

RECRUTE sans délai

Au sein de la Direction de la Protection Maternelle et Infantile & Promotion de la Santé

Des Médecins de PMI (h/f)

De secteur d'Espace Départemental des Solidarités et de Centre de Planification et Education Familiale

Médecins généralistes, médecins spécialistes en pédiatrie ou gynécologie, vous assurerez:

- des consultations infantiles
- participerez aux modes d'accueil et à l'enfance en danger ou à des consultations d'orthogénie et des suivis de grossesse.

Thèse et inscription à l'ordre des médecins requises.

Merci d'adresser votre candidature (LM et CV)

en rappelant les réf. 01681-MédecinsPMI à Monsieur le Président du Conseil général du Val-de-Marne, Hôtel du Département, Direction des Ressources Humaines, 94054 Créteil Cedex ou par courriel sylvie.roulland@cg94.fr



MAIRIE DE PARIS

recrute par voie de détachement de préférence

Pour sa Direction des familles et de la petite enfance
Sous-direction de la Planification, de la PMI et des Familles.
Service de la Protection maternelle et infantile.

Médecin de secteur de PMI (f/h)

Le service de PMI assure: • les missions départementales définies par le Code de la Santé Publique • les missions municipales au sein des établissements d'accueil de la petite enfance.

Il est divisé en sept territoires qui couvrent l'ensemble de la collectivité parisienne.

Il s'articule avec les 3 territoires de périnatalité, les territoires de petite enfance, l'aide sociale à l'enfance, le service social polyvalent et le service de santé scolaire.

Placé sous l'autorité hiérarchique d'un médecin, pilote de Territoire ou par délégation du médecin-adjoint de territoire, vous participez à l'élaboration et la mise en œuvre sur votre secteur: • des actions de prévention et de promotion de la santé des enfants de moins de 6 ans et de protection de l'enfance • de la politique d'accueil de la petite enfance.

Vous exercez vos missions dans le cadre des orientations du service. L'institution s'assure que vous avez les moyens nécessaires à l'exercice de vos missions, notamment en organisant des réunions d'échange de pratiques professionnelles.

Profil: Médecin, vous avez le sens du service public et utilisez l'outil informatique et les logiciels bureautiques. Rigoureux, organisé, disponible, doté de capacité d'écoute, d'analyse et de synthèse, d'aptitude au travail en équipe et en partenariat, vous possédez une expérience confirmée en PMI notamment en protection de l'enfance et en management.

Contact et envoi des candidatures: M^{me} Elisabeth HAUSHERR, médecin chef du service départemental de PMI. Tél.: 01 43 47 73 50 (email: elisabeth.hausherr@paris.fr)

www.paris.fr

Le Centre Hospitalier de Courbevoie - Neuilly-sur-Seine-Puteaux

36, bd du Général Leclerc - 92205 NEUILLY-SUR-SEINE

Recrute, pour assurer la responsabilité médicale de l'antenne de Colombes de son Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)



Centre Hospitalier
Courbevoie • Neuilly • Puteaux

Un(e) pediatre ou neuropediatre

Sur un poste à temps partiel (60%) de praticien hospitalier ou praticien hospitalier contractuel.

Contactez pour plus d'informations :

Dr Elsa MIOSSEC-CHAUVET - Médecin directeur du CAMSP du C.H. de Courbevoie - Neuilly-sur-seine - Puteaux

Tél. : 01 40 88 62 16 - Courriel : emiossec-chauvet@chcn.net

Rejoignez une ville ambitieuse pour ses enfants !



Ville de
Bonneuil
sur-Marne

www.ville-bonneuil.fr

La ville de Bonneuil-sur-Marne, classée en Zone Urbaine Sensible, Zone Urbaine Prioritaire, Zone d'Education Prioritaire compte un grand nombre de familles en situation de précarité économique et sociale. Mais c'est surtout une ville chaleureuse, dynamique et égalitaire qui veille à permettre à chaque enfant et parent de pouvoir bénéficier des prestations municipales.

Avec pas moins de 25 % de la population âgée de moins de 18 ans, c'est tout naturellement que la municipalité développe de nombreuses initiatives éducatives, culturelles et préventives dédiées aux très jeunes enfants. La Ville s'est engagée dans une politique petite enfance ambitieuse qui constitue une véritable priorité. En créant des conditions d'accueil optimales avec de petites structures, des taux d'encadrement et de personnel qualifié bien supérieurs au cadre réglementaire; et en développant continuellement le service rendu aux familles, la commune démontre son investissement dans ce secteur et sa volonté de répondre toujours davantage aux besoins de la population.

Médecin Petite enfance h/f

Médecin à temps non complet (450h annuelles ou 0,3 ETP)

Vous êtes le garant des conditions d'accueil sur le plan de la santé, de la sécurité, de l'hygiène, et du bien-être des enfants accueillis au sein des établissements d'accueil du jeune enfant de la Ville, en complémentarité de l'équipe pluridisciplinaire.

Chargé de donner votre avis sur les admissions, vous assurez un suivi préventif des enfants et veillez à leur bon développement physique, psychique et affectif.

Vous décidez de la mise en place de mesures spécifiques adaptées aux situations de crise (maladie contagieuse d'un enfant ou du personnel, accident survenu sur la structure) et veillez à l'application des mesures d'hygiène générale ou particulière.

Vous formez le personnel des structures au respect de ces mesures et aux premiers secours.

Médecin spécialiste en pédiatrie ou médecin généraliste disposant d'une expérience dans le secteur de la petite enfance et de l'accueil en collectivité, vous maîtrisez les règles d'hygiène et de sécurité ainsi que l'élaboration et la mise en place de protocoles.

Vos qualités relationnelles et pédagogiques avérées vous permettront de faire appliquer les règles, de transmettre des consignes et vos connaissances.

Disponible et réactif, vous saurez discerner les situations à risque pour l'enfant et solliciter les services sociaux le cas échéant en concertation avec la responsable.

Envoyez-nous votre candidature (CV & lettre de motivation), en précisant l'intitulé du poste, à l'attention de M. le Maire, Direction des Ressources Humaines, 7 rue d'Estienne d'Orves, CS70027, 94381 Bonneuil sur Marne cedex ou par courriel à : recrutement@bonneuil94.fr





Proche de Marseille et des Calanques, Aubagne bénéficie d'un cadre de vie agréable et ensoleillé, avec une population jeune, active et une économie dynamique.

Hôpital Privé la Casamance

Établissement de référence du Territoire Aubagne-La Ciotat recherche pour sa maternité et son activité libérale de consultation

UN/UNE PÉDIATRE,

intégré(e) dans une équipe de 4 praticiens. Ce recrutement s'inscrit dans un projet d'évolution de la maternité vers un niveau 2.



Pour tout renseignement n'hésitez pas à contacter la direction de l'établissement.
33, boulevard des Farigoules - 13400 AUBAGNE CEDEX
tel : 04 91 88 42 85
mail : sec.direction@clinique-la-casamance.fr

LE CONSEIL GÉNÉRAL DE LA LOIRE

760 000 hab., budget de 726 millions d'euros, 2 600 collaborateurs

Le Conseil général de la Loire recrute pour Pôle vie sociale, Direction de l'action sociale et de la santé

MÉDECIN DE SANTÉ PMI h/f

Médecin territorial, catégorie A

Au sein de l'Espace d'Action sociale et de santé de Firminy, vous contribuez à la mise en œuvre de la politique médico-sociale du Conseil Général. Vous encadrez les missions de PMI et participez aux missions de santé publique et de protection des personnes. Vous garantissez la qualité du service rendu à l'usager et assurez l'encadrement technique et hiérarchique de votre équipe.

Missions : • Assurer la continuité du service et garantir la qualité et la cohérence des activités médico-sociales • Exercer des activités cliniques • Être le garant de la procédure d'agrément des assistantes maternelles • Contribuer à la démarche d'évaluation des politiques sociales • Assurer l'encadrement technique et hiérarchique de l'équipe

Profil : Titulaire d'un Doctorat en médecine, vous possédez une expérience d'encadrement au sein d'une collectivité territoriale ou dans un environnement social. Une expérience en pédiatrie serait appréciée. Organisé, doté du sens de l'initiative, vous faites preuve d'esprit d'équipe, de synthèse et de capacités de négociation.

Ce poste est ouvert aux agents titulaires de la Fonction publique et aux personnes inscrites sur liste d'aptitude.

Merci d'adresser votre dossier de candidature (lettre de motivation et CV) **sous la réf. D710** à Monsieur le Président du Conseil général de la Loire, DRH, 2 rue Charles de Gaulle, 42022 SAINT-ETIENNE Cedex 1 ou par courriel: emploi@cg42.fr en indiquant la référence du poste en objet.

Au cœur de la région Rhône-Alpes, à proximité de l'axe rhodanien et des massifs alpins, la Loire offre une qualité de vie exceptionnelle : un patrimoine historique et contemporain, des atouts éducatifs, culturels et sportifs propres aux grandes métropoles, une activité économique en plein essor et un environnement naturel préservé.

www.loire.fr

Conseil général LOIRE EN RHÔNE-ALPES

Safari-rh.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE RECRUTE POUR SON SERVICE DE PEDIATRIE NEONATOLOGIE

Un établissement au cœur de sa restructuration architecturale et de son projet médical avec l'inauguration d'un bâtiment médical et secteur d'imagerie en 2011 et un bâtiment chirurgical restructuré pour 2015.

Recherche 2 pédiatres PH

Recherche un assistant spécialiste

Equipe de 13,6 ETP Pédiatres
4 chirurgiens pédiatriques
6 internes

Garde sur place avec un interne
Double garde en cours d'organisation
Possibilité de surspécialisation (néonatalogie, endocrinologie, neurologie, etc...)

Pédiatrie : 29 lits
dont 4 lits de surveillance continue
Hôpital de jour : 6 places
Néonatalogie niveau 2B : 12 lits
dont 3 de soins intensifs et 6 lits kangourou
Urgences Pédiatriques individualisées : 15000 passages / an
Maternité : 2300 accouchements par an

Situation géographique privilégiée : Valence au cœur de la Drôme-Ardèche, à 2h de la méditerranée, 1h du ski, facilité d'accès par le TGV (Lyon 30 mn, Paris 2h, Marseille 1h, Grenoble 45 min).

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter :
Dr Agnès JUVEN, chef de service, ajuven@ch-valence.fr, 04.75.75.75.86



Recrute pour le service Promotion de la santé de la personne,

Deux médecins scolaires

médecin 2^{ème} classe à médecin 1^{ère} classe - H/F
(réf : E00794)

Vous participez à la promotion de la santé en faveur des enfants scolarisés et à la réalisation des missions déléguées par l'Education Nationale en matière de santé scolaire : mesures de prévention de santé publique et d'éducation à la santé, prévention et dépistage des handicaps, protection de l'enfance.

Un médecin de PMI

médecin 2^{ème} classe à médecin 1^{ère} classe - H/F (réf : E00140)

Vous participez à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile : mesures de prévention de santé publique et d'éducation à la santé en faveur des futurs parents et des enfants de moins de six ans, prévention et dépistage des handicaps, protection de l'enfance.

Retrouvez le détail complet de cette annonce sur le site
<http://www.emploi.formation.eu>

Date de clôture
31 janvier 2014

Merci de postuler à cette offre sous la référence du poste choisi (avec lettre de motivation et CV) directement sur notre site CUS'EMPLOI à l'adresse suivante : www.emploi.strasbourg.eu



LE CENTRE HOSPITALIER DE PITHIVIERS RECHERCHE

Un médecin temps plein

pour rejoindre l'équipe du pôle mère-enfant, service de pédiatrie, (maternité de niveau 1).

Le titulaire du poste pourra être amené à intervenir sur le site de Montargis (maternité de niveau 2).

Expérience exigée en réanimation néonatale.

Accompagnement vers un statut de praticien hospitalier.

Poste libre de suite aux candidats répondant aux conditions réglementaires d'exercice de la médecine en France (inscription au Conseil de l'Ordre).

Possibilité de logement provisoire.

Lettre de candidature et CV à adresser à la direction : Tél. : 02 38 32 31 01 - Email direction : direction@ch-pithiviers.fr

Chef de pôle : ghabart@ch-pithiviers.fr

Le GARD

www.gard.fr



Le Conseil général du Gard recherche des médecins chef de service ou adjoints au chef de service en PMI (titulaires ou non titulaires).

Missions principales du médecin en PMI

- Mettre en œuvre la politique départementale en matière de PMI et les actions de santé à l'échelon de son territoire, et participer à la réflexion relative leurs évolutions.
 - Mettre en œuvres les missions de PMI : agrément, suivi des pratiques professionnelles et contrôle des assistantes maternelles et familiales, surveillance et contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, consultations prénatales, postnatales, nourrissons, centres de planification et d'éducation familiale, actions de prévention et dépistage du handicap des enfants de moins de six ans et conseils aux familles pour la prise en charge de ces handicaps, en particulier au cours des bilans de santé des enfants de 3 à 4 ans.
 - Assurer la responsabilité des actions de prévention médico-sociale en faveur de la famille et de l'enfance de son territoire en articulation avec le médecin coordonnateur départemental de la PMI.
- Le médecin chef de service aura en plus la responsabilité de l'encadrement hiérarchique d'une équipe et les missions qui en découlent.

Contact : Emploi-drh@gard.fr - Conseil général du Gard - Rue Guillemette - 30044 Nîmes Cedex 9

C.H. BASTIA



LE CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA RECRUTE

Postes temps plein

• 2 Pédiatres •

avec expérience en réanimation néonatale (PH titulaire - Praticien contractuel ou assistant)

Activité variée de pédiatrie générale, urgences, maternité et néonatalogie.
Le service de pédiatrie entièrement rénové comprend 18 lits de pédiatrie
et 7 lits de néonatalogie dont 2 de soins intensifs. Maternité niveau II B.

Renseignements :

- Dr Alice Moulin - 04 95 59 10 24
- Madame Françoise Vesperini - Directrice des affaires médicales
04 95 59 11 87 - affaires.medicales@ch-bastia.fr



DÉPARTEMENT DE LA GUYANE LE CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS

RECRUTE PEDIATRE

- Assistant spécialiste
- Praticien contractuel
- Praticien hospitalier

La Guyane : 240 000 habitants - 84 000 km² dont 96% couvert de forêt équatoriale. Une densité de population inférieure à celle du Sahara occidental et une croissance démographique supérieure à celle du Bangladesh. Moyenne d'âge : 25 ans.
Taux de natalité : 30 ‰ (métropole : 13 ‰)

Saint Laurent du Maroni : situé entre le fleuve Maroni et la forêt amazonienne. 38 000 habitants d'une grande diversité culturelle : noirs marrons, amérindiens, créoles, hmongs, brésiliens, haitiens, métro.

Le service : 12 lits de pédiatrie (17 en 2014) - 6 lits de néonatalogie (12 en 2014) et 3 berceaux de soins intensifs (6 en 2014). Consultations externes, SAU et pédiatre en mater.

L'équipe médicale : 6 à 7 praticiens temps plein, 2 internes et externes.

L'activité médicale est marquée par les pathologies de pédiatrie générale, maladies infectieuses et tropicales, néonatalogie (niveau 2b) et l'exercice en milieu isolé.

Le projet : Le centre hospitalier de l'ouest guyanais se développe pour répondre aux besoins d'une population en pleine expansion. La construction d'un nouvel hôpital, à l'horizon 2017, prévoit l'ouverture d'un service de pédiatrie générale plus grand et d'un service de néonatalogie plus performant de niveau 3. En 2013 le service de pédiatrie s'organise dans la perspective de l'ouverture du nouvel hôpital.

Dans cette dynamique, l'hôpital recrute de nouveaux pédiatres attirés par une expérience de terrain, plus ou moins prolongée, en milieu tropical. Durée minimum du contrat : 6 mois. Possibilité de titularisation à court terme sur un poste de PH. Possibilité aussi d'accueil de juniors en formation : stage d'internat (DES pédiatrie, DES médecine générale) ou de FFI.

Profil du candidat : diplôme ou expérience équivalente en pédiatrie générale, néonatalogie niveau 3 et urgences pédiatriques. Fiches de poste sur demande.

• **Dr Nathalie Parez** •
Chef du service de pédiatrie
n.parez@ch-ouestguyane.fr
fixe : 05 94 34 89 65
mobile : 06 94 24 28 36

• **Mr Gérard Barsacq** •
Directeur général
g.barsacq@ch-ouestguyane.fr
05 94 3487 01

• **Dr Gabriel Carles** •
Président de la CME
g.carles@ch-ouestguyane.fr
05 94 34 87 53

LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
**1 000 STRUCTURES
MÉDICO-SOCIALES**



**WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI**

PLUS DE 30 000
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE 15 000 CV

LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS A UN
ESPACE CANDIDAT



Rejoignez la communauté des Pédiatres



Sur
Reseauprosante.fr

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr