

La lettre
de l'



Association des Juniors en Pédiatrie

Numéro 11 [Janvier 2015] Gratuit

Réforme de l'internat



A la découverte de nouveaux D.I.U.
D.I.U. pathologies infectieuses pédiatriques

Le point sur la réforme du
3^{ème} cycle des études de médecine

Retour sur le congrès
AJP 2014 à Marseille



Bureau

BENDAVID Matthieu
Président

BROTTIER Caroline
Vice-présidente, relations
avec le DES de pédiatrie et
les référents régionaux

MALLEBRANCHE Coralie
Trésorière, partenariats

CHATRIOT Inès
Droit des internes, chargée
de communication

PLOTON Marie-Caroline
Formation des internes

LAVOINE Noémie
Vice-présidente, infor-
mation pour les futurs
internes

DEMIR Zeynep
Soirées AJP

TENCER Jérémie
Soirées AJP, outils numé-
riques

DENIS Julien
Information pour les futurs
internes, évènements

LAUBY Clara
Soirées de l'Atelier

MAYER Sophie
Rédactrice en chef

BACQUET Maxime
Formation des internes

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° 11

Edito : Une rentrée 2014 chargée	03
Retour sur le congrès AJP 2014 à Marseille	04
Le point sur la réforme du 3 ^{ème} cycle des études de médecine	09
De nouveaux D.U.I. : Pathologies infectieuses pédiatriques	13
Nouvelles recommandations dans la prise en charge des infections urinaires de l'enfant	15
Congrès de la Société Française de Pédiatrie et de l'Association des Pédiatres de Langue Française : Pré-programme	20
Bilan à un an des stages en pédiatrie ambulatoire	23
Nutrition infantile : les 1 000 premiers jours	24
Cas clinique : Traumatisme, infection et douleurs osseuses	25
Histoire de la Médecine : Les prémices de la pédiatrie en tant que spécialité	28
Les annonces de recrutement	33

CONGRÈS AJP 2014 À MARSEILLE

p. 04



RÉFORME DE L'INTERNAT

POINT SUR LA
RÉFORME DU
3^{ème} CYCLE DES
ÉTUDES DE
MÉDECINE

p. 09



HISTOIRE DE LA MÉDECINE

LES PRÉMICES
DE LA PÉDIATRIE
EN TANT QUE
SPÉCIALITÉ

p. 28



EDITO :

UNE RENTRÉE 2014 CHARGÉE

Profitant de la motivation des plus jeunes, l'AJP s'est diversifiée dans ses actions pour les internes. Dans son rôle de promotion et de défense de la pédiatrie, l'AJP s'est en effet impliquée dans plusieurs projets législatifs récents : le parcours de soins de l'enfant, la réforme du médecin traitant et celle du 3^{ème} cycle des études de médecine.

A peine remis des émotions du congrès AJP en Avril 2014 à Marseille, le bureau s'est attelé à la lourde tâche de la réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine. Comme vous le savez sans doute, le 3^{ème} cycle va être profondément modifié dès la rentrée 2016-2017. En effet, le système actuel de DES présente plusieurs faiblesses (disparité organisationnelles interrégionales, absence d'évaluation...).

A l'avenir, le DES s'articulera autour de trois phases successives (phase socle, intermédiaire et de mise en responsabilité) dont l'objectif principal sera une meilleure formation grâce à une réelle progression pédagogique. L'évaluation des internes sera renforcée par la mise en place d'un contrôle continu en ligne possible grâce au *e-learning*. Enfin, l'internat se conclura par une phase où l'interne pourra, en responsabilité, avoir la charge d'enfants et prendre des gardes en équivalent de sénior.

Afin de vous mettre au courant de ces dernières réflexions, nous avons renforcé notre communication nationale grâce à notre vice-présidente qui a su, pour la 1^{ère} fois depuis plusieurs années, reprendre contact avec l'ensemble des référents AJP régionaux de France métropolitaine et des DOM-TOM.

Mais l'AJP ça n'est pas que des réformes. Chaque année, nous vous proposons des soirées d'enseignement, des événements locaux et un congrès national annuel. La 11^{ème} édition a connu un succès sans précédent. Nous vous attendons donc nombreux pour la 12^{ème} édition à Grenoble les 18 et 19 Avril 2015 !

Enfin, l'AJP c'est aussi des internes : les membres du bureau national, les associations locales et surtout vous ! Nous ne le répéterons jamais assez mais l'AJP n'existerait pas sans vous. Nous sommes à votre écoute car nous souhaitons, plus que tout, améliorer votre quotidien et vous permettre de profiter au mieux de votre internat.

A tous, nous vous souhaitons une bonne rentrée 2014 !

Matthieu BENDAVID

Pour le collectif « Bureau de l'AJP »

CONTACT MAIL

ajpediatrie@gmail.com

SITE WEB

www.ajpediatrie.org

FACEBOOK

AJPédiatrie



RETOUR SUR LE CONGRÈS AJP 2014 À MARSEILLE

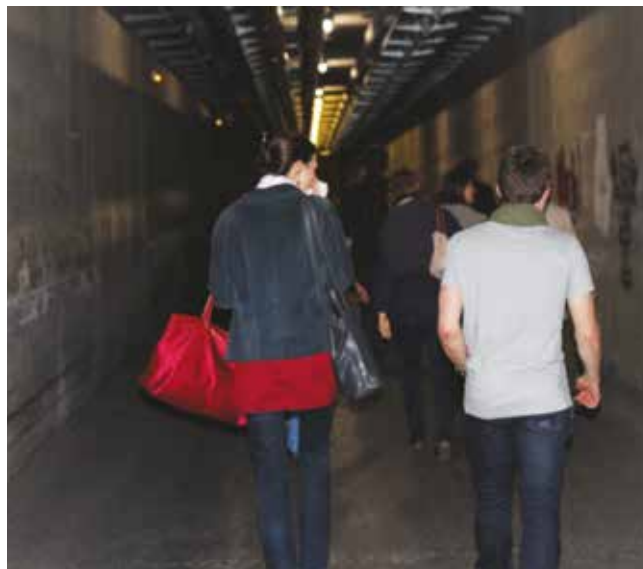
Voilà 6 mois que nous sommes revenus de Marseille (et plus précisément de St. Cyr-Sur-Mer) avec la tête pleine de souvenirs et de moments forts. Les samedi 5 et dimanche 6 Avril 2014 s'est tenu la 11^{ème} édition du congrès AJP. Organisée par le 1^{er} Comité d'Organisation du Congrès de l'AJP (COCA), cette édition a marqué les esprits grâce à son équipe dynamique, la qualité de ses conférences, le choix du lieu – idyllique – et par une soirée mémorable. Retour en arrière sur ces 2 jours de folie.

L'arrivée

Accueillis dès le vendredi après-midi, l'équipe marseillaise nous a proposé une visite guidée des divers quartiers de Marseille (le Panier, le Vieux Port...) avant de nous amener au CHU de la Timone pour y déguster, sur le toit, un buffet devant un superbe coucher de soleil.



La soirée s'est conclue par une visite, non prévue, des sous-sols « très accueillants » de la Timone.



Le samedi - En route pour le Dolce Fregate Provence

Pas le temps de se reposer. C'est aux premières heures d'une journée ensoleillée que nous sommes arrivés sur le lieu du congrès. Et là, émerveillement, le COCA a compris comment joindre l'utile à l'agréable.



A peine le temps d'admirer le cadre que nous sommes partis pour une journée intensive de formation entrecoupée d'un repas à l'extérieur. Le thème principal du congrès était : « Du nouveau-né à l'adolescent : grandes questions et petits soucis au gré du développement ». Les sujets abordés étaient riches et variés allant des questions de puériculture en maternité, en passant

par le possible déterminisme de l'alimentation des 1000 premiers jours de vie ou par le « zizi du tout petit » et en terminant par un quizz de radiopédiatrie. Petite anecdote, chaque intervenant devait dire, de façon improvisée, au cours de son topo, l'un des mots piochés au sort parmi un vocabulaire typiquement local.

Les internes n'étaient pas en reste puisque comme à l'accoutumée, deux internes ont présenté oralement leurs travaux (David Drummond et Julien Denis). Nous avons aussi eu le droit à plusieurs posters commentés.



Soirée du samedi

C'est la tête remplie de connaissances que nous nous sommes rendus – après une pause « piscinesque et jacuzziésque » pour certains – au dîner puis à la traditionnelle soirée du samedi soir. Le COCA nous avait réservé des animations basées sur les 5 sens. Répartis en équipes selon nos « costumes » nous avons participé à un quizz grandeur nature. La vue nous permettait de reconnaître des lieux et personnalités marseillaises, le goût, l'odorat et le toucher nous ont fait découvrir des produits pas forcément des plus ragoûtants et l'ouïe nous a replongé dans des tubes bien connus (ou pas...). La soirée s'est poursuivie sur la piste de danse avec un groupe de musique, formé d'un pharmacien et d'un médecin, et jusqu'au bout de la nuit grâce à un DJ exceptionnel !



C'est vers 3h du matin que nous avons achevé notre périple et que nous sommes dirigés vers notre lit pour une nuit courte mais méritée.



Le dimanche, pas de grasse matinée !

En effet, dès 9h30 le lendemain matin et après un petit déjeuner avalé en moins de 10 min, 4 ateliers nous attendaient, où notre plus grande attention (et participation) était requise. Ce nouveau type de session avait pour thèmes l'allergie alimentaire, l'asthme de l'enfant, les mouvements anormaux et la dysmorphologie.

Nous avons poursuivi la journée avec d'autres conférences tournant autour des besoins de santé publique, du handicap et de la pédopsychiatrie.

Et comme à chaque congrès, l'ensemble des internes s'est réuni pour la fameuse photo de groupe.



Un congrès qui restera dans les annales

Cette 11^{ème} édition a été un succès sans aucune fausse note. Merci au COCA 2014 pour ce congrès mémorable.



Nous vous attendons nombreux pour la 12^{ème} édition du congrès AJP à Grenoble (au Lac d'Annecy) !

Le bureau de l'AJP

CONGRÈS AJP 2015 GRENOBLE

**Les 18 et 19 Avril 2015
Au bord du Lac d'Annecy
Imperial Palace**



Dès le Vendredi 18 Avril au soir, venez découvrir les charmes de Grenoble. Dînez sur place avant d'être logé la nuit chez un des internes de pédiatrie grenoblois !



C'est au sein de l'Imperial Palace d'Annecy (Allée de l'Impérial, 74 000 Annecy) que se déroulera le congrès.

En plus d'un programme scientifique riche, vous bénéficierez des repas, d'une nuit à l'hôtel et bien sûr d'une soirée inoubliable le samedi soir comme à chaque congrès.

Venez nombreux !

Inscrivez en ligne (paiement sécurisé !)

<https://www.weezevent.com/congres-ajp-2015>

LE POINT SUR LA RÉFORME DU 3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES DE MÉDECINE



Depuis quelques années, se projette une réforme de l'internat. La ministre de la Santé a missionné un groupe de travail pour établir les 1^{ères} bases de ce que pourrait être le nouveau troisième cycle des études de médecine. Ce travail a abouti à un rapport, celui des Prs. Couraud et Pruvot, dont les 1^{ères} propositions, très généralistes, permettent de visualiser la prochaine maquette de l'internat.

Ce nouvel internat devrait être mis en place pour la rentrée 2016

L'Association des Juniors en Pédiatrie a été consultée par les différentes structures pédiatriques en charge de la réforme de l'internat de pédiatrie, à savoir le Conseil National des Universités (CNU), le Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU), la Société Française de Pédiatrie (SFP) et les coordonnateurs du DES de pédiatrie en France. Des propositions ont été émises par ces différentes structures mais les internes sont et doivent être impliqués dans cette réforme car nous serons les premiers concernés.

1. Etat des lieux

Le système actuel des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) présente plusieurs faiblesses :

- **Grande disparité organisationnelle entre les différents DES et Diplômes d'Etudes Spécialisées complémentaires (DESC), mais aussi au sein d'un même diplôme d'une inter-région à une autre.**
- **Absence de progression pédagogique lors du cursus.** Les stages se succèdent sans réelle modification des objectifs ni réel parcours logique d'un semestre à un autre.
- **Quasi-absence d'évaluation formalisée des compétences** en dehors de certaines spécialités ou dans le cadre des Diplômes Universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU).
- **Période de mise en responsabilité aléatoire selon les disciplines et les sites.** Plus spécifiquement pour la pédiatrie, la variété qui en fait son attrait en devient une faiblesse. Les internes ne cherchent généralement pas à se spécialiser lors de l'internat (ils effectuent des stages dans des sur-spécialités très différentes) mais seulement lorsqu'ils prennent leur poste de chef ou s'installent en ville.

2. Principes généraux de réorganisation du troisième cycle des études médicales

Le troisième cycle s'articulerait autour de trois phases successives – phase socle, intermédiaire et de mise en responsabilité – dont la durée respective doit être encore déterminée (durée totale de 4 à 5 ans). Voici les 1^{ères} propositions émises lors d'une réunion de coordination nationale ayant eu lieu les 26 et 27 Septembre 2014.

La phase socle sera découpée en 3 ou 4 stages de 6 mois comprenant la pédiatrie générale, la néonatalogie et les urgences pédiatriques et/ou un stage de spécialité transversale comme la neurologie ou l'endocrinologie. Le choix de ces stages se fera probablement en fonction du classement ECN. Au cours de cette phase, l'interne devra acquérir les connaissances de base de la pédiatrie ainsi que des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la médecine (communication avec le patient et son entourage, communication interprofessionnelle, éthique...).

A l'issue de cette phase, une évaluation des compétences techniques et relationnelles de l'interne sera réalisée par l'équipe pédagogique et le coordonateur du DES. Un contrat de formation sera alors établi en fonction des souhaits de l'interne et après discussion avec le coordonateur et l'équipe pédagogique. **Ce contrat déterminera une option au sein du DES.** Ces options correspondront à nos actuels DU/DIU/DESC et conditionneront une compétence particulière. Exemples d'option : cardiologie pédiatrique, pneumo-allergologie pédiatrique, néonatalogie...

3. Enseignement hors stage

La formation théorique des internes s'articulera autour de séminaires présentsiels, d'e-enseignements (*e-learning*) et de simulations. Des référentiels nationaux, établis et validés par les différentes sur-spécialités pédiatriques, seront mis à la disposition de tous les internes.

Pour certaines options, **une régulation des flux pourrait être mise en place.**

La phase intermédiaire sera découpée en stages de 6 mois orientés selon l'option choisie et le contrat de formation établi. La durée totale n'est pas encore déterminée : 3 à 4 semestres en fonction de la durée totale de l'internat (cf. ci-dessous). L'enseignement hors stage sera poursuivi et axé sur l'option choisie. Les compétences de l'interne seront évaluées pendant et à la fin de cette période.

A l'issue de cette phase, une thèse d'exercice devra être réalisée et soutenue car elle conditionne l'accès à la phase de mise en responsabilité.

Enfin, **la phase de mise en responsabilité** permettra à l'interne, l'exercice des fonctions de médecin avec prise de responsabilités dans un cadre sécurisé et encadré. L'interne sera alors en 1^{ère} ligne pour la prise en charge des enfants en tant que référent et la réalisation de gardes de sénior. La durée de cette phase devrait être de 1 an (avec soit deux stages de 6 mois dans des services différents ou dans le même service).

A l'issue de cette phase, la validation du stage et d'un mémoire de DES permettront la **délivrance du DES de pédiatrie.**





4. Questions en suspens

De nombreuses questions restent pour le moment sans réponse :

- Comment les internes choisiront-ils leur option ? Sur quels critères se fera la distribution des options entre les internes ?
- La disponibilité des options au sein des régions revient-elle à une régulation des flux (nombre de personnes formées, de postes et lieux ouverts, maillage territorial) ?
- Combien de terrains de stage formateurs pour une option donnée y aura-t-il par région ? En effet, il y aura des difficultés pour accéder à certaines spécialités dans certaines régions avec la probable nécessité de faire des inter-CHU.
- Quel est l'aboutissement de l'option à la fin du DES ? Est-ce l'équivalent d'une sur-spécialité ou bien d'une compétence seulement ?
- Statut de l'interne en phase de mise en responsabilité : salaire ? Permet l'accès au secteur 2 ?

5. Et maintenant ?

Un sondage national lancé mi-novembre et clôturé début décembre a réuni plus de 600 réponses d'internes sur les quelques 1200 en France. **Près de 75 % d'entre eux souhaitent, pour la prochaine maquette, que l'internat soit prolongé d'un an, le portant ainsi à 5 ans** (soit 4 ans pour la phase socle et intermédiaire et 1 an pour la phase de mise en responsabilité).

Il est désormais acquis que les internes en pédiatrie en France sont favorables à un allongement de leur formation. Reste à convaincre désormais les Ministères de l'Education et de l'Economie du bien-fondé de cette demande. L'AJP se mobilise avec les divers responsables nationaux de la formation des internes et les coordinateurs du DES de pédiatrie afin de faire aboutir cette demande.

Nous vous tiendrons régulièrement informés des avancées.

**Maxime Bacquet
Caroline Brottier
Matthieu Bendavid**

De 0 à 2 ans, bébé multiplie sa taille par 2



Les 1000 premiers jours de bébé sont une période clé pour le développement de son organisme.

Lui fournir ce dont il a besoin pour bien grandir est essentiel. C'est pourquoi NESTLÉ NIDAL* contient :

Un taux de protéines ajusté**
POUR UNE CROISSANCE^{1,2} HARMONIEUSE

Des AGPI-CL***
POUR LE BON DÉVELOPPEMENT CÉRÉBRAL^{3,4,5}



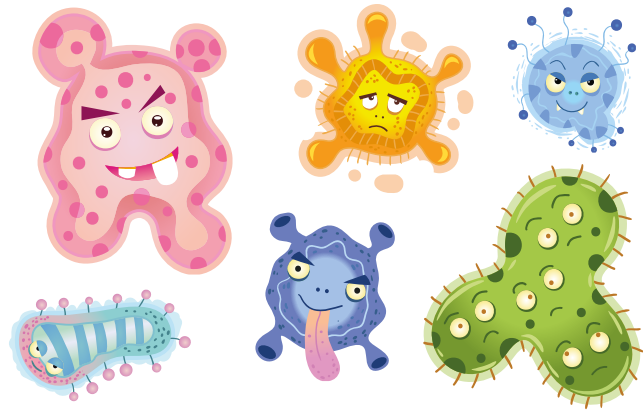
Bien grandir, c'est pour la vie

Document 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.

*Des formules qui conviennent à l'alimentation particulière du nourrisson dès la naissance, quand il n'est pas allaité et dès 6 mois dans le cadre d'une alimentation diversifiée. **Conformément à la réglementation. ***Acide Gras Poly-Insaturés à Chaine Longue. Chez NESTLÉ NIDAL Croissance, qui contient des acides gras essentiels (acide linoléique et alpha-linolénique). (1) Bäärä NCR *et al.* Whey predominant, whey modified infant formula with protein/energy ratio of 1.8 g/100 kcal: adequacy and safety for term infants from birth to four months. *JPGN* 2002; 35: 275-281. (2) Turck D *et al.* Adequacy and safety on an infant formula with a protein/energy ratio of 1.8/100 kcal and enhanced protein efficiency for term infants during the first 4 months of life. *JPGN* 2006; 43: 364-371. (3) Colombo J *et al.* Long-term effects of LCPUFA supplementation on childhood cognitive outcomes. *Am J Clin Nutr* 2013;98:403-12. (4) Briand A *et al.* 2014. Lipid intake in children under 3 years of age in France. A position paper by the Committee on Nutrition of the French Society of Paediatrics. (5) Willerts P *et al.* Effect of long-chain polyunsaturated fatty acids in infant formula on problem solving at 10 months of age. *Lancet* 1998;352:688-91.

A LA DÉCOUVERTE DE NOUVEAUX D.I.U.



D.I.U. PATHOLOGIES INFECTIEUSES PÉDIATRIQUES

Les microbes sont nos amis, il faut les aimer aussi ! Qui n'a pas été tenté par ce DIU ? Que l'on se destine à la pédiatrie de ville, à la pédiatrie générale, à l'onco-hématologie, à la néonatalogie, ou à la pédiatrie spécialisée, on le sait bien, on aura tous à gérer des pathologies infectieuses ! D'abord, c'est chouette de faire un DIU, c'est une autre façon de se poser des questions, de réfléchir, de revoir un peu de théorie !

Il était difficile de le placer dans notre maquette puisqu'il était concentré en 3 semaines sur le même semestre. Il est maintenant « étalé » sur deux semestres, avec 1 semaine à Lyon, 2 semaines à Paris. Le contenu des cours est très varié entre cours de raisonnement infectieux (antibiothérapie, résistance et épidémiologie bactérienne, immunologie), présentation de maladies infectieuses, communautaires et du voyage, sensibilisation aux terrains particuliers (onco-hématologie, mucoviscidose, prématuré, etc.).

L'évaluation consiste en un examen écrit, et un mémoire, qui doit être présenté à l'oral. Le sujet est assez ouvert, et l'étude doit être réalisée dans un service qualifiant en maladies infectieuses. Pour le mémoire, pas de panique ! Les responsables du DIU sont très disponibles pour l'aide aux choix des sujets ! Pour la rédaction, il y a des cours prévus de méthodologie à la dernière session, qui aident aussi ! La majorité des personnes qui assistent au DIU sont des internes.

L'intérêt de ce DIU, au-delà de revoir les maladies infectieuses de l'enfant, est de comprendre le raisonnement infectieux, grâce à des cours

variés, présentés par des infectiologues, des immunologistes, des pédiatres généralistes ou spécialisés, des microbiologistes, des statisticiens...

Le plus utile pour moi était les cours de bactériologie, où l'on revoit les mécanismes de résistance, les notions de pharmacocinétique/pharmacodynamie, les notions de pression de sélection. Ça a changé ma pratique en stage, en me faisant mieux poser les questions de choix d'antibiothérapie, de durée de traitement, etc. Bref un DIU, ça ouvre l'esprit !

Petit point négatif quand même : le coût ! Pour une raison mystérieuse, il est assez coûteux par rapport aux autres DIU ! Vous ne regretterez pas de le faire, mais c'est tout de même à prendre en compte !

Contacts

Responsables du diplôme :

Pr. Faye (Paris 7)

albert.faye@rdb.aphp.fr

Pr. Chalumeau (Paris 5)

martin.chalumeau@nck.aphp.fr

Pr. Grimprel (Paris 6)

secretariat.grimprel@trs.aphp.fr

Pr. Gillet (Lyon)

yves.gillet@chu-lyon.fr



LES ANTIBIOTIQUES
UTILISÉS À TORT
ILS DEVIENDRONT
MOINS FORTS

Bulletin adhésion AJP année 2014-15

Association loi 1901 créée en 1997



Inscription en ligne désormais possible (paiement sécurisé)
<https://www.weezevent.com/inscription-ajp-2014-2015>

Nom : Prénom :

Ville de CHU : Semestre :

Adresse personnelle :

Ville : Code Postal :

Tél :

Mail :@.....

Souhaite adhérer à l'AJP (joindre chèque de 16 € de cotisation annuelle ou s'inscrire en ligne :
<https://www.weezevent.com/inscription-ajp-2014-2015>)

Souhaite participer à l'AJP (préciser pour quel type d'action ou activité)

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



**12^{ÈME} CONGRÈS DE L'AJP
GRENOBLE 2015
Réservez votre week-end dès maintenant !
18-19 AVRIL 2015**

Bulletin d'adhésion

à retourner accompagné du chèque de cotisation (à l'ordre de l'AJP)

à un membre bureau ou à l'adresse suivante :

Secrétariat de la Société Française de Pédiatrie (SFP) / Association de Juniors en Pédiatrie (AJP)

Hôpital d'enfants Armand Trousseau - 26 avenue du Dr Arnold Netter, 75012 Paris

Site internet : www.ajpediatrie.org

Nous contacter : ajpediatrie@gmail.com



NOUVELLES RECOMMANDATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS URINAIRES DE L'ENFANT

Article basé sur les dernières recommandations du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP), de la Société Française de Pédiatrie (SFP) et de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), publiées en Septembre 2014.

Introduction

Les précédentes recommandations ont été éditées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2007. Les changements proposés répondent donc à des données scientifiques nouvelles, telles que l'évolution des résistances aux antibiotiques, des publications scientifiques évaluant de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

La prise en charge des infections urinaires (IU) de l'enfant est à un tournant, tant en ce qui concerne les méthodes diagnostiques à utiliser, que la nécessité ou non de dépister un reflux vésico-urétéral et la remise en question de l'intérêt de l'antibioprophylaxie. Cette évolution survient dans un contexte d'émergence de souches d'*Escherichia coli* multi-résistantes communautaires.

Méthodes diagnostiques d'une infection urinaire chez l'enfant

Les principaux points développés par les auteurs sont les suivants :

- Devant un syndrome fébrile, la réalisation d'un recueil urinaire doit tenir compte de la probabilité d'infection urinaire (IU) selon l'existence ou non de facteur(s) de risque : âge < 3 mois, garçon, antécédent de pyélonéphrite aiguë (PNA) **ou d'uropathie, fièvre isolée > 39° depuis plus de 48h.**
- La bandelette urinaire (BU) positive pour les leucocytes et/ou les nitrites doit conduire à la réalisation d'un examen cytotobactériologique des urines (ECBU) avant toute prescription d'antibiotiques.
- La valeur prédictive négative de la BU est > à 90%.
- **Des études récentes montrent que la BU peut être utilisée dès l'âge d'un mois (1).**
- **Le recueil des urines par poche urinaire doit être abandonné :** certes la négativité de cet examen rend très improbable le diagnostic d'IU, mais sa positivité n'a malheureusement qu'une très faible

valeur prédictive positive (< 50%) même en cas de condition de prélèvement optimale (lavage, désinfection, temps de pose court...).

- **A chaque fois que cela est possible, d'autres modes de prélèvement de l'ECBU** (per mictionnel au jet, cathété-

risme urétral ou ponction sus-pubienne) **doivent être mis en œuvre.**

- Dans le cadre des PNA, une hémoculture doit être réalisée si l'enfant a moins de 3 mois, a un antécédent d'uropathie ou présente un sepsis sévère.

Traitement des pyélonéphrites aiguës (= infections urinaires fébriles)

Etat des lieux :

- En France, comme dans d'autres pays, la proportion de souches d'entérobactéries productrices de β -lactamases à spectre élargi (BLSE) a régulièrement augmenté ces dernières années (2) et la reprise de l'augmentation de la consommation d'antibiotiques observée en France (3) risque d'accélérer le problème. Néanmoins, cette proportion reste inférieure à 10 %.
- Les souches d'*Escherichia coli* BLSE sont résistantes à la plupart des pénicillines et céphalosporines. Les aminosides et les carbapénèmes restent actifs sur ces souches. Cependant, l'utilisation des carbapénèmes expose au risque d'émergence sous traitement de bactéries encore plus résistantes, notamment par la production de carbapénémases. De plus, leur modalité d'administration (intraveineuse (IV), plusieurs injections quotidiennes) conduit à des hospitalisations longues et coûteuses au cours

desquelles l'enfant doit être isolé. Il paraît donc essentiel, à chaque fois que cela est possible, d'épargner les carbapénèmes au profit d'autres molécules.

- Les aminosides restent actifs sur la majorité des entérobactéries BLSE. Leur efficacité en monothérapie en dose unique journalière a été démontrée dans les PNA.
- La plupart des BLSE sont inhibées par les inhibiteurs de β -lactamases comme l'acide clavulanique (4).
- **L'utilisation de l'association Amoxicilline-Ac. clavulanique avec le Céfixime permet de diviser les CMI par 8** et peut s'envisager comme relais per os des PNA à entérobactéries BLSE après vérification de la synergie *in vitro* de ces deux antibiotiques sur la souche testée. **La CMI de la double bandelette utilisée doit alors être < 1 mg/l.**



Stratégie thérapeutique initiale dans les PNA

- **Enfant hospitalisé** (< 3 mois, et/ou sepsis et/ou uropathie sévère sous-jacente) :
→ Céfotaxime 150 mg/kg/j IV (maximum 6 g/j) (à privilégier) **OU** Ceftriaxone 50 mg/kg/j IV en 1 injection (maximum 2 g/j).

Associé à...

→ Amikacine 30 mg/kg/j IV en 1 injection.

- **Enfant > 3 mois consultant aux urgences pédiatriques sans nécessité d'hospitalisation :**

→ Soit Amikacine 30 mg/kg/j IV en 1 injection.

→ Soit Ceftriaxone 50 mg/kg/j IV en 1 injection (maximum 2 g/j) (IM si voie IV impossible).

→ Soit traitement oral (enfant > 3 mois, fièvre < 4 jours, état général conservé, pas d'antécédent d'infection urinaire, d'uropathie ou d'antibiothérapie dans les 3 derniers mois) : Céfixime 8 mg/kg/j per os.

- **Enfant > 3 mois consultant dans un cabinet médical :**

→ Soit Ceftriaxone 50 mg/kg/j IM en 1 injection (maximum 2 g/j).

→ Soit traitement oral (enfant > 3 mois, fièvre < 4 jours, état général conservé, pas d'antécédent d'infection urinaire, d'uropathie ou d'antibiothérapie dans les 3 derniers mois) : Céfixime 8 mg/kg/j per os.

Adaptation thérapeutique après récupération de l'antibiogramme

- **Si Ampicilline sensible** : Amoxicilline.
- **Si Ampicilline résistant mais Cotrimoxazole sensible** : Cotrimoxazole (contre-indiqué avant 1 mois).
- **Si Cotrimoxazole résistant mais Céfixime sensible** : Céfixime (contre-indiqué avant 6 mois).
- **Si Cotrimoxazole et Céfixime résistant mais Ciprofloxacine (et acide nalidixique) sensible** : Ciprofloxacine.
- **Si Cotrimoxazole, Ciprofloxacine et Céfixime résistant mais que l'étude in vitro de la synergie Céfixime + Amoxicilline-Ac. clavulanique montre une CMI < 1 mg/l** : association Céfixime + Amoxicilline-Ac. clavulanique (après avis auprès de l'équipe d'infectiologie).
- **Par contre, si la CMI de l'association Céfixime + Amoxicilline-Ac. clavulanique est > à 1 mg/l**, dans ce cas, un traitement IV est obligatoire (Pipéracilline-Tazobactam, pénèmes, aminosides...).

La durée totale de traitement est de 10 jours.

Traitement des cystites aiguës

Malgré des CMI élevées, l'association Amoxicilline-Ac. clavulanique peut être utilisée comme alternative dans les cystites en raison de concentration dans les urines très largement supérieures aux CMI (ce qui n'est pas le cas pour le parenchyme rénal) même pour des cystites à entérobactéries BLSE.

Stratégie thérapeutique initiale et adaptation suivant l'antibiogramme

- Les antibiotiques utilisables sont **l'Amoxicilline, l'Amoxicilline-Ac. clavulanique, le Cotrimoxazole et le Céfixime.**
- En cas d'amélioration clinique, il est probablement inutile de changer d'antibiotique, quel que soit le résultat de l'antibiogramme.

La durée totale du traitement est de 5 jours.

Quid de la cystographie et de l'antibioprophylaxie

Un reflux vésico-urétral (RVU) est fréquemment retrouvé (35 %) après un premier épisode d'IU et encore plus souvent (75 %) lors d'IU récidivantes (5).

Les échographies réalisées à l'occasion d'un épisode d'IU sont insuffisamment sensibles pour dépister tous les RVU, même ceux de haut grade. La cystographie rétrograde permet certes de dépister la quasi-totalité des RVU mais ces derniers ne relèvent généralement ni d'une antibioprophylaxie, ni d'un traitement chirurgical ou endoscopique. Ils guérissent spontanément dans l'immense majorité des cas.

L'efficacité de l'antibioprophylaxie sur la fréquence de récurrence des PNA reste controversée. Néanmoins, aucune étude ne retrouve de bénéfice en termes de survenue des cicatrices rénales et ce, indépendamment du grade du RVU (6). En revanche elles favorisent la sélection et la diffusion de souches résistantes.

Enfin, les deux molécules disponibles en France qui ont réellement été étudiées dans la prophylaxie des IU, le Cotrimoxazole et la Nitrofurantoïne, posent des problèmes de tolérance qui ont conduit à un retrait d'AMM de la Nitrofurantoïne.

Au total, sauf situation particulière, il n'y a pas lieu de prescrire une cystographie rétrograde ou une antibioprophylaxie après une première pyélonéphrite.



En résumé

- La BU peut désormais être pratiquée dès l'âge de 1 mois (au lieu de 3 mois).
- Le système de recueil par poche à urines doit être définitivement abandonné.
- Un traitement oral peut être envisagé d'emblée dans certains cas de PNA.
- La vigilance doit être accrue sur l'émergence d'infections urinaires communautaires à entérobactéries BLSE.
- La place de la cystographie rétrograde et de l'antibioprophylaxie relèvent du domaine du spécialiste.

Le bureau de l'AJP

Bibliographie

1. Glissmeyer EW, Korgenski EK, Wilkes J, Schunk JE, Sheng X, Blaschke AJ, et al. Dipstick screening for urinary tract infection in febrile infants. *Pediatrics*. 2014 May;133(5):e1121–1127.
2. Mariani-Kurkdjian P, Doit C, Bingen E. [Extended-spectrum beta-lactamase producing-enterobacteriaceae]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie*. 2012 Nov;19 Suppl 3:S93–96.
3. ANSM. Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 : nouveau rapport d'analyse de l'ANSM. Novembre 2014.
4. Bingen E, Bidet P, Birgy A, Sobral E, Mariani P, Cohen R. In vitro interaction between cefixime and amoxicillin-clavulanate against extended-spectrum-beta-lactamase-producing *Escherichia coli* causing urinary tract infection. *J Clin Microbiol*. 2012 Jul;50(7):2540–1.
5. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics*. 2011 Sep;128(3):595–610.
6. RIVUR Trial Investigators, Hoberman A, Greenfield SP, Mattoo TK, Keren R, Mathews R, et al. Antimicrobial prophylaxis for children with vesicoureteral reflux. *N Engl J Med*. 2014 Jun 19;370(25):2367–76.

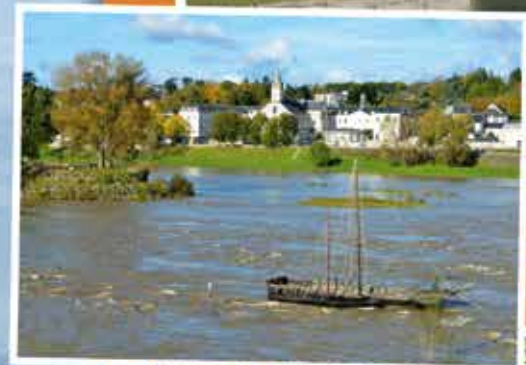


Congrès de la Société
Française de Pédiatrie
et de l'Association
des Pédiatres
de Langue Française

Tours

2015

du 27 au 29 mai 2015
Centre International de Congrès de Tours



www.pediatrie2015.org

PRÉ-PROGRAMME - MERCREDI 27 MAI

	Auditorium Ronsard	Auditorium Descartes	Salle Sorel	Salle A	Salle B
9h00 10h30	PAP 1 Hyponatrémie	TR 1 Maladies rares autour de la Méditerranée	TR 2 Accouchement sous X et devenir des enfants	TR 3 L'observance en pédiatrie	Communications Orales
	PAP 2 Hypophosphatasémie				
	MAP 1 Prise en charge d'une myolyse aigue				
10h30 - 11h00 Pause					
11h00 12h30	Séance inaugurale - Auditorium Ronsard				
	Remise de prix (SFP) - Auditorium Ronsard				
	Conférence plénière - Auditorium Ronsard				
12h30 14h00	SYMPOSIUMS PARTENAIRES				
14h00 15h30	TR 4 La migraine	TR 5 L'expérience INFOVAC	TR 6 Urgences en néphrologie pédiatrique	MAP 2 L'Ebstein Barr Virus dans tous ses états	TR 8 Résultats préliminaires de la cohorte ELFE
				TR 7 Aide à la parentalité des parents handicapés	
15h30 - 16h00 Pause					
16h00 17h30	AT 1 Allaitement : idées reçues	TR 9 Nouveautés en vaccinologie en 2015	TR 10 Les tubulopathies vedettes	TR 11 Quand suspecter une urgence métabolique ?	Session des LAUREATS
	PAP 3 Neutropénie fébrile hors chimiothérapie				
17h30 18h30	PAP 4 Anémie du nourrisson	MAP 4 Progrès en vaccination contre le méningocoque	MAP 6 HTA : le dédale des causes et le poids de l'HTA essentielle chez l'enfant	AT 2 Education thérapeutique en ville et à l'hôpital	ARCHIVES «Pédiatrie au quotidien»
	MAP 3 Anomalies du PC : comment ne pas rater une maladie métabolique ?	MAP 5 Antipaludéens récents chez l'enfant dans le paludisme d'importation	MAP 7 Néphropathie du purpura rhumatoïde		
18h30 19h30	SYMPOSIUMS PARTENAIRES				

PRÉ-PROGRAMME - JEUDI 28 MAI

	Auditorium Ronsard	Auditorium Descartes	Salle Sorel	Salle A	Salle B
8h00 9h30	PAP 5 Souffle cardiaque	TR 12 Infections néonatales : faut-il changer nos habitudes ?	TR 13 Nutrition thérapeutique (entérale, parentérale)	TR 14 Comment améliorer le pronostic des enfants atteints de cancer en Afrique ?	Communications courtes
	PAP 6 Anomalies de la minéralisation osseuse				
	PAP 7 Pruir de l'enfant				
9h30 11h00	TR 15 Antibiothérapie probabiliste : les lignes bougent	TR 16 Poumon et prématurité	TR 17 Alimentation de 1 à 3 ans : quel niveau de preuves ?	TR 18 Ethique de la coopération des parents et des soignants	Communications orales
11h00 - 11h30 Pause					
11h30 12h30	TR 19 Les douleurs des nouveau nés	TR 20 Nouveaux dépistages néonataux	TR 21 Diététique et troubles fonctionnels digestifs : quel niveau de preuves ?	TR 22 Pathologies du myocarde	Communications orales
12h30 14h00	SYMPOSIUMS PARTENAIRES				
14h00 15h30	TR 23 Bactéries et diarrhée	TR 24 40 ans d'épidémiologie néonatale, et après ?	TR 25 Allergie alimentaire	TR 26 L'homosexualité à l'adolescence	AT 3 Jeux de rôle autour des soins douloureux
					MAP 8 Uvées de l'enfant : diagnostic et prise en charge en 2015
15h30 - 16h00 Pause					
16h00 17h30	CV 1 Pour ou contre la corticothérapie inhalée chez l'ancien prématuré ?	TR 27 Cœur et situations obstétricales pathologiques	TR 28 L'enfant différent : de son quotidien à son devenir adulte	TR 29 Equipe ressource en soins palliatifs	TR 30 Urgences en rhumatologie et médecine interne pédiatriques
	PAP 8 Suspicion d'intolérance au gluten				
17h30 18h30	AT 4 Infections materno foetales et résistances dans le monde	AT 5 Evaluation hémodynamique par échocardiographie en néonatalogie	AT 6 Prescription hors AMM	AT 7 Prescription de morphine chez l'enfant	MAP 9 Microbiome et rhumatismes : bonnes et mauvaises idées des régimes alimentaires
	PAP 9 Douleurs thoraciques				MAP 10 Comment interpréter une augmentation d'immunoglobuline
18h30 19h30	SYMPOSIUMS PARTENAIRES				

PRÉ-PROGRAMME - VENDREDI 29 MAI

	Auditorium Ronsard	Auditorium Descartes	Salle Sorel	Salle A	Salle B
8h00 9h00	MAP 11 Préceptes religieux et conséquences nutritionnelles MAP 12 Allergie au lait : cru ou cuit ? Qui l'eût cru ?	AT 8 Diabète de l'enfant de moins de 5 ans	AT 9 Cas vidéo radio-cliniques de pneumologie	MAP 13 Corticostéroïdes inhalés : quels schémas ? CV 2 Secret des ados : faut-il en parler aux parents ?	MAP 14 Nouveautés sur l'épidémiologie et la prophylaxie de l'endocardite MAP 15 Encéphalites aux urgences : diagnostic et prise en charge
9h00 10h30	PAP 10 RGO de l'enfant PAP 11 Dysphagie de l'enfant PAP 12 Constipation du nourrisson	TR 31 Les dents, reflet des pathologies du squelette	TR 32 Evolutions thérapeutiques en pédiatrie générale	PAP 13 CAT devant un bilan thyroïdien perturbé MAP 16 Puberté précoce : épidémiologie, facteurs prédisposants et traitement MAP 17 Etat des lieux de la vitamine D en France	Communications orales
10h30 - 11h00 Pause					
11h00 12h30	TR 33 Asthme grave	MAP 18 L'enfant qui ne mange pas de morceaux PAP 14 Douleur abdominale aiguë MAP 19 Réhydratation IV versus sonde gastrique	AT 10 Pathologies vulvaires de la petite fille PAP 15 Acné	TR 34 Puberté et maladies chroniques	TR 35 Enseignement de la pédiatrie : de la théorie à l'évaluation
12h30 14h00	SYMPOSIUMS PARTENAIRES				
14h00 15h30	TR 36 Place du pédiatre dans le repérage précoce et le suivi de l'enfant autiste	MAP 20 Conséquences osseuses des maladies chroniques TR 37 Collaboration associations et équipes soignantes dans les hôpitaux	AT 11 Evaluation de la gravité des bronchiolites MAP 21 La médecine de l'adolescent : encore un « no man's land » ?	TR 38 Les tests diagnostics en pédiatrie	Communications orales
15h30 - 16h00 Pause					
16h00 17h30	TR 39 Actualités en dermatologie pédiatrique	TR 40 Cas cliniques en pédiatrie générale et en PMI	TR 41 L'adolescente athlète	MAP 22 Les règles de décision clinique aux urgences AT 12 Pièges rédactionnels dans les publications	TR 42 Urgences neurologiques : coma, convulsions, ...



Bulletin d'adhésion 2015

Nom : Prénom :

Coordonnées professionnelles à publier dans l'annuaire et sur le site SFPediatric.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.SFPediatric.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 22 €
- Internes 1^{ère} année : adhésion + abonnement aux Archives de pédiatrie GRATUIT en ligne uniquement pas d'envoi papier.
- Internes 2^e, 3^e, 4^e années et CCA et assistant (préciser l'année d'étude) : adhésion + abonnement aux Archives de pédiatrie 54 €

**BILAN
À UN AN**

DES STAGES EN PÉDIATRIE AMBULATOIRE

Article publié dans le *Quotidien du Médecin* paru le lundi 17 novembre 2014

Un an après leur lancement, l'Association des juniors en pédiatrie (AJP) revient sur la mise en place des stages et le vécu des internes qui y ont participé.

Cette nouvelle modalité de stage a pu voir le jour grâce aux diverses instances nationales de pédiatrie. La motivation première des internes ayant choisi ce stage était de découvrir le monde libéral, dans l'idée d'exercer en ville à la fin de l'internat. Et quoi de mieux que de passer 6 mois en compagnie de pédiatres passionnés par leur métier pour les conforter dans leur choix ?

L'intérêt de ce stage, par rapport aux remplacements, réside dans la qualité de la formation, qui fait toute la différence. Le stage se déroule de la façon suivante : les deux premiers mois sont une phase d'observation avec autonomisation progressive. Cela permet de comprendre comment le cabinet fonc-

tionne et surtout d'apprendre quelques notions de base de pédiatrie qu'on ne nous enseigne pas. À la différence des remplacements, l'encadrement et la formation sont optimisés afin de progresser et d'améliorer le sens clinique des internes.

Les mois suivants comportent des périodes de remplacement toujours avec un pédiatre présent et disponible pour un avis, en alternance avec des périodes de consultations en binôme avec un des pédiatres. C'est un des points forts du stage qui offre l'opportunité d'un apprentissage constant, d'un échange quotidien entrecoupé par des périodes de remplacement qui permettent de mettre en pratique les nouvelles connaissances acquises.

Suivre le développement de l'enfant

Les consultations sont variées : infectiologie, pneumologie, endocrinologie, neurologie... L'interne en formation apprend aussi à définir un degré d'urgence, à savoir quand orienter l'enfant. Mais c'est également le suivi de l'enfant dans son développement, ses progrès, ses apprentissages qui font toute la richesse de ce stage.

De plus, ce stage permet de prendre du recul sur une vision quasi exclusivement hospitalière de la pédiatrie. Les maîtres de stages peuvent d'ailleurs être très actifs dans le domaine de la recherche. Ils transmettent aux internes leur intérêt pour les

études cliniques, les guidant même dans leurs projets, thèses, mémoires...

Ce stage permet de garder un pied à l'hôpital pour les plus réticents à la médecine de ville exclusive, car les maîtres de stage ont souvent une activité annexe à l'hôpital.

Ce stage est hautement recommandé pour tout interne désireux d'exercer en ville. C'est une grande victoire que d'avoir obtenu l'ouverture de ces postes et il est primordial de les maintenir. L'intérêt d'élargir le nombre de terrains de stage reste indiscutable.

Propos recueillis par Matthieu Bendavid d'après un entretien avec deux internes ayant participé aux stages en pédiatrie ambulatoire, Aurélie Sellam et Jessica Kabla.



PARLONS BÉBÉ.
guigoz.fr

JOURNÉE GUIGOZ MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET INTERNES

1^{er} publi-communicé
Egora Panorama du médecin

NUTRITION INFANTILE : LES 1 000 PREMIERS JOURS

La nutrition précoce représente un moyen d'intervention privilégié pour agir sur la santé du nourrisson et celle de l'adulte à venir.

La qualité de la nutrition précoce est un déterminant majeur de la santé ultérieure de l'adulte. C'est le concept des 1 000 jours en pédiatrie. Ces 1 000 jours vont de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans. Cette période clé du développement est considérée comme une fenêtre d'intervention privilégiée pour agir sur la santé du nourrisson et celle de l'adulte à venir. C'est ce qu'on appelle la « programmation nutritionnelle ». Le Dr Hugues Piloquet (CHU de Nantes) souligne « qu'un environnement nutritionnel optimisé à cette période de la vie peut réduire l'incidence future des maladies chroniques comme l'obésité, les dyslipidémies, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 ».

Le lait maternel ou infantile a une place primordiale dans l'alimentation du nourrisson. Le lait maternel est l'aliment lacté de référence, recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, de manière exclusive les six premiers mois et en complément d'une alimentation diversifiée jusqu'à l'âge de 2 ans.

En pratique, le Dr Piloquet a insisté sur trois points.

- 1 Les apports protéiques :** « C'est lors des deux premières années que la croissance est la plus rapide et elle est étroitement liée aux apports protéiques », a-t-il expliqué. Une étude récente a montré que l'utilisation de formules lactées à taux de protéines élevé (jusqu'à 3,2 g/100 kcal) est associée à un gain de poids supérieur à celui qui est associé au lait maternel, pendant les deux premières années de vie. Et ce gain pondéral persiste. « Ces données, a souligné Hugues Piloquet, ont conduit à modifier les formules des laits infantiles et il faut utiliser celles qui ont un faible taux de protéines si le poids de l'enfant est normal à la naissance. ». Certaines se rapprochent maintenant du lait maternel avec 1,2 g de protéines pour 100 mL et sont intéressantes pour les enfants qui ne sont pas allaités au sein.
- 2 La diversification alimentaire :** elle doit être débutée entre 4 et 6 mois. C'est une période où les enfants acceptent facilement les nouveaux aliments. Les études montrent que lorsqu'elle a lieu avant 6 mois, la diversité alimentaire à 7 ans est plus importante.
- 3 La prévention de l'allergie :** il faut identifier les enfants à risque (un parent, un frère ou une sœur avec histoire de dermatite atopique, urticaire, rhinite allergique ou asthme). Pour ceux qui ne sont pas allaités au sein, il faut utiliser dès la naissance et jusqu'à l'âge de 6 mois un lait hypoallergénique (HA) parmi les formules dont l'efficacité préventive sur le risque allergique a été démontrée par des études cliniques.

D'après la communication du Dr Hugues Piloquet (CHU de Nantes) lors de la « Journée Médecins Généralistes et Internes » organisée par les laboratoires Guigoz (Nestlé).

CAS CLINIQUE

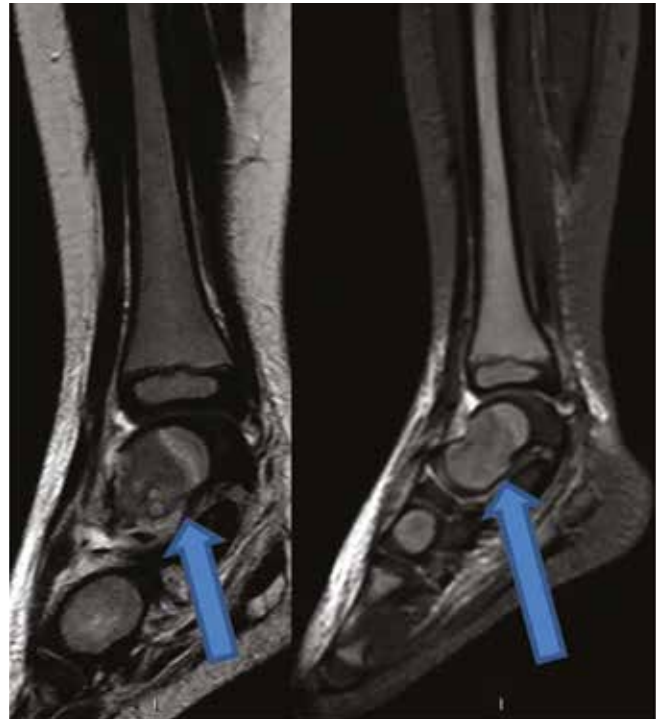
TRAUMATISME, INFECTION ET DOULEURS OSSEUSES

Oussman, 2 ans, porteur d'un déficit en G6PD, consulte en septembre pour impotence fonctionnelle de la jambe droite secondaire à un traumatisme léger dans les escaliers le matin même. Le diagnostic porté est celui de fracture épiphysaire distale du tibia (stade I de la classification de Salter et Harris). Le traitement consistera en une botte plâtrée pendant 6 semaines.

Lors de l'ablation du plâtre, l'orthopédiste remarque un œdème inflammatoire de la cheville controlatérale (gauche). L'imagerie pratiquée est alors en faveur d'une ostéomyélite aiguë de l'astragale (iconographie 1) associée à une arthrite de contiguité. Le bilan sanguin réalisé retrouve une absence de syndrome inflammatoire et une NFS avec Hb 8,7 g/dl, VGM 76 fl (dosage des réticulocytes non réalisé), GB 6500 / mm³ dont 3100 PNN/mm³ et plaquettes à 257 000 / mm³.

La prise en charge consistera en une arthrotomie avec exploration de la cavité articulaire (trouvant un liquide séro-hématique ainsi qu'un astragale nécrotique et friable), plusieurs prélèvements à visée microbiologique et un lavage articulaire. Les prélèvements microbiologiques (dont l'ARN 16S) reviendront tous négatifs. Un traitement antibiotique est néanmoins poursuivi compte tenu de la suspicion initiale.

Quinze jours après le geste opératoire, Oussman est revu en consultation d'orthopédie. Il persiste quelques douleurs de cheville gauche. Un bilan de contrôle réalisé montre : Hb 5,9 g/dl, VGM 78 fl, réticulocytes 14 000 / mm³, GB 5700 / mm³ dont 2900 PNN / mm³ et plaquettes à 340 000 / mm³. La CRP reste négative. Un diagnostic d'anémie hémolytique est suspecté malgré l'absence de réticulocytose. L'enfant est



Séquences T2 (g) et SPIR (d)

Iconographie 1

transfusé en culot globulaire et retourne au domicile. La sérologie parvovirus B19 reviendra négative.

Vous le recevez aux urgences un soir car les parents ont fait contrôler la numération formule sanguine deux semaines après la transfusion. Celle-ci retrouve : Hb 3,3 g/dl, VGM 72 fl, réticulocytes 3 000 / mm³, GB 3300 / mm³ dont 800 PNN / mm³ et plaquettes à 135 000 / mm³.

Cliniquement Oussman vous paraît fatigué mais la tolérance hémodynamique de cette anémie est bonne. Il est apyrétique. Il existe une hépatomégalie à 2 cm. Il n'y a pas de splénomégalie ni d'adénopathie. Le reste de l'examen est sans particularité en dehors de douleurs résiduelles de la cheville droite.

Quels autres examens demandez-vous aux urgences ?

Les principaux résultats des examens demandés sont les suivants :

- Le bilan d'hémolyse est normal.
- Le bilan martial reviendra normal.
- Le bilan inflammatoire retrouve : CRP 63 mg/l.
- Contrôle de la NFS : retrouve les mêmes valeurs.
- Frottis sanguin : lymphocytes jeunes d'allure blastique.

Quel est votre diagnostic ?

Hémopathie maligne, type leucémie aiguë probablement lymphoblastique

En reprenant l'histoire, on retrouve les arguments typiques d'atteinte osseuse dans les hémopathies malignes : atteinte préférentielle des membres inférieures, impotence fonctionnelle important pour un traumatisme mineur, bandes claires métaphysaires (iconographie 2, radiographie de la cheville droite initiale)...



Iconographie 2

Douleurs osseuses et hémopathie maligne

La survenue de manifestations osseuses est fréquente au cours des leucémies aiguës, notamment chez les enfants et dans les leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL)(1). Les douleurs sont habituellement diffuses, d'horaire inflammatoire et siègent le plus souvent au niveau du squelette axial, ou aux os longs des membres inférieurs (fémurs, tibias)(2).

Les atteintes articulaires au cours des leucémies sont liées à une atteinte spécifique par infiltration leucémique de la synoviale, ou plus rarement à une réaction synoviale à l'infiltration périostée ou capsulaire adjacente. Les arthrites leucémiques sont plus fréquentes chez l'enfant ; elles compliquent 12 à 65 % des leucémies de l'enfant, le plus souvent les LAL (2-4).

Dans le cas clinique présenté, si le tissu synovial ou osseux de l'astragale avait été envoyé en anatomo-pathologie, il est probable que le diagnostic aurait été posé plus tôt.

Oussman est actuellement pris en charge pour une LAL. Les douleurs osseuses ont rapidement cessé après mis en route du traitement spécifique.

Matthieu Bendavid

Bibliographie

1. Roux S, Mariette X. Manifestations ostéoarticulaires des hémopathies malignes (myélome exclu). EMC - Appar Locomoteur. 2006 Jan;1(1):1-11.
2. Robazzi TCMV, Barreto JHS, Silva LR, Santiago MB, Mendonça N. Osteoarticular manifestations as initial presentation of acute leukemias in children and adolescents in Bahia, Brazil. J Pediatr Hematol Oncol. 2007 Sep;29(9):622-6.
3. Menon S, Isenberg DA. Rheumatological manifestations of haematological diseases. Ann Rheum Dis. 1995 Oct 1;54(10):787-95.
4. Rennie JA, Auchterlonie IA. Rheumatological manifestations of the leukaemias and graft versus host disease. Baillières Clin Rheumatol. 1991 Aug;5(2):231-51.

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



HISTOIRE DE LA MÉDECINE

LES PRÉMICES DE LA PÉDIATRIE EN TANT QUE SPÉCIALITÉ



Sous-enseignée dans notre cursus, l'Histoire de la médecine est pourtant riche en anecdotes et en leçons. Le fondement de la médecine remonte à la nuit des temps et les médecins de l'antiquité en ont posé les premières bases scientifiques. Pourtant, la pédiatrie ne vit le jour en tant que spécialité officiellement reconnue que vers la fin du XIX^{ème} siècle (1). Découvrons ensemble, quels ont été les prémices de la pédiatrie.

1. Comment peut-on définir les concepts de pédiatrie et de pédiatre ?

La pédiatrie n'est pas née de l'individualisation d'un groupe de maladies, liée aux progrès de la physiopathologie, comme la cardiologie ou la pneumologie. Elle ne doit pas non plus son existence à des techniques particulières d'intervention, comme la chirurgie ou l'urologie. Et elle n'a pas été liée au développement d'une instrumentation spéciale permettant de visualiser et d'explorer les organes, comme l'ophtalmologie ou l'otorhinolaryngologie.

La pédiatrie s'adresse non à un organe ou un groupe d'organes particulier, non à une technique particulière, mais à un sujet particulier : **l'enfant**. Et, de suite, précisons qu'elle s'adresse non pas à un malade seulement, mais à l'enfant, ou mieux à l'enfance, dans toutes ses dimensions : physiologie, pathologie, psychologie, éducation, et surtout, prévention. Le pédiatre suit l'enfant depuis sa naissance et à travers son développement,

sa croissance, ses vaccins et ses maladies. Il est l'interlocuteur privilégié des parents, surtout de la mère dont il est censé calmer l'anxiété dès qu'elle apparaît, c'est-à-dire dès la naissance de l'enfant et à la moindre incongruité.

2. La pédiatrie avant le XVIII^{ème} siècle

Jusqu'au XVII^{ème} siècle, les spécificités et la personne de l'enfant étaient pratiquement ignorées, même les grands philosophes se désintéressent de l'enfant. L'enfant n'est qu'un adulte miniature à la survie précaire. Certes, il y a eu de tout temps des médecins qui s'intéressèrent aux maladies des enfants. Ces auteurs, cependant, documentaient les maladies des enfants en tant que chapitre de la médecine générale et non en tant que matière digne d'un intérêt exclusif.

La 2^{ème} moitié du XVII^{ème} siècle est marquée par la publication de textes spécifiquement dédiés à l'enfant. Georg Ernst Stahl (1659-1734) et surtout Friedrich Hoffmann (1660-1742) ont écrit des chapitres et même de courts ouvrages de contenu pédiatrique, qui ont retenu l'intérêt général, du fait de la notoriété de leurs auteurs. Quant à Walter Harris (1647-1732), son traité *De Morbis Acutis Infantum*, publié en 1689, eut droit à dix-huit éditions et de nombreuses traductions.

C'est à partir du XVIII^{ème} siècle que l'enfant va progressivement être perçu comme un être en croissance et maturation, somatique et psychique, en même temps qu'un sujet d'éducation et d'apprentissages. Toutefois, le nouveau-né sera longtemps considéré comme un simple « tube digestif », un être réflexe,

sans aucune compétence, dénué de sentiments et de sensations, une considération à peine nuancée quand cet être devient rampant puis ambulant.



3. L'enfant du XVIII^{ème} siècle

Deux approches sont possibles à cette époque, héritées des siècles précédents.

Dans une première approche, l'enfant apparaît comme un être en devenir, donc imparfait, faible, carence, et, par définition, « malade ». Toute maladie est sous-tendue par l'idée, ou la crainte, de la mort. L'enfant, déséquilibré et fragile, est donc toujours près de la mort.

Une deuxième attitude est de voir dans l'enfant un adulte en miniature. La théorie embryologique de la préformation avait la vie dure au cours du XVIII^{ème} siècle. Selon cette théorie, dès la germination, l'embryon est un modèle réduit de l'adulte à venir, qui se « déplie » pour ainsi dire, progressivement. L'enfant fonctionne donc comme un adulte, mais à une échelle réduite. Il est toujours faible, mais il n'est plus

un « malade », et on est en droit de lui manifester de la tendresse et de l'intérêt. Cependant, cette approche ne reconnaît pas encore l'originalité de l'enfance.

C'est sans doute par le biais de l'éducation que l'on a plus généralement pris conscience du fait que l'enfant méritait une considération particulière, un traitement spécifique, des études spécialisées...

Citons quelques auteurs qui essayèrent d'interpeller sur la façon dont était considéré l'enfant à cette époque :

Charles-Augustin Vandermonde (1727-1762) in « Essai sur la Manière de Perfectionner l'Espèce Humaine » en 1756 (2) : « *Quelque humiliant que soit pour nous l'instant par où nous avons commencé, ne dédaignons pas de nous en retracer l'image, puisque c'est la date de notre être et le terme de notre félicité. Considérons l'enfant sans nous considérer nous-mêmes... Faisons pour nos enfants* ce que l'on a fait pour nous. Faisons plus, rendons-les plus parfaits...* ».

Jean-Emmanuel Gilibert (1741-1814) in « L'Anarchie Médicinale, ou la Médecine considérée comme nuisible à la société » (3) : « *Le peuple, pour qui les enfans sont plutôt une charge qu'un secours, s'inquiète fort peu de les perdre. Il faut, pour ainsi dire, lui faire violence pour l'obliger à les soulager... Le peuple n'estime pas assez ses enfans pour faire de grands sacrifices dans le traitement de leurs maladies* ».

George Armstrong (1720-1789), fondateur du premier dispensaire pour le traitement des enfants pauvres : « *Les enfans, tant qu'ils sont petits, et surtout lorsqu'il s'agit d'une famille nombreuse et que les parents vivent dans la gêne, ne sont pas considérés suffisamment indispensables pour qu'on s'en occupe beaucoup...* » (4).

* Au XVIII^{ème} siècle, le terme d'« enfant » au pluriel s'écrivait encore « enfans »

4. Les premiers pédiatres et les premiers ouvrages pédiatriques

Ils sont nombreux et l'on peut citer : Walter Harris (1647-1732, auteur du « Traité des Maladies Aiguës des Enfants »), William Cadogan (1711-1797), William Heberden (1710-1801), William Buchan (1729-1805), Michael Underwood (1737-1820), Alphonse Le Roy (1742-1816), August Friedrich Hecker (1763-1811), Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), Charles-Michel Billard (1800-1832)(5)...

Ces médecins se donnèrent la lourde tâche de réformer le monde des enfants.

Les traités visant à « l'éducation physique » ou « physique et morale » des enfants furent nombreux, surtout après 1770. En plus de conseils proprement éducatifs, on y traitait d'alimentation et d'hygiène et les auteurs essayaient de donner aux parents assez de connais-

sances pour qu'ils soient capables de reconnaître les symptômes d'alarme entraînant le nécessaire recours au médecin. Ce dernier, quant à lui, était instruit de la manière d'approcher le petit malade, d'interroger les parents ou la nourrice, d'examiner l'enfant et sur la manière de le traiter.



5. La conversion du monde médical et non médical à la pédiatrie

Ces premiers pédiatres avaient à convaincre d'une part leurs confrères médecins de la possibilité d'abord, puis de l'urgence de prendre les petits enfants en traitement. D'autre part, nos médecins pionniers avaient à convaincre, tâche non moins difficile, les mères de famille ou plus généralement les parents – sans oublier les nourrices – de l'avantage qu'ils auraient à confier leur enfant à la Faculté avant qu'il ne soit trop tard. Sortir l'enfant de la « province » des mères, des nourrices, des sages-femmes, des vieilles femmes, ce n'était pas chose facile à réaliser.

Le but de ces promoteurs était donc d'opérer un véritable trans-

fert de la responsabilité envers les enfants pour tout ce qui touchait leur bien-être physique, de l'environnement féminin des petits enfants vers le monde des médecins éclairés.

Autre problème essentiel, celui de la communication. Etymologiquement, l'enfant (du latin « *infans* ») est « celui qui ne parle pas ». Bien qu'au XVIII^{ème} siècle le mot « enfant » soit surtout situé par rapport aux « parents », le mot anglais « *infant* » a mieux retenu l'implication étymologique de petit enfant. Pour tous ceux qui connaissent le prix qu'attache le médecin à la relation singulière avec « son » malade, il sera évident que le praticien

non averti ait été tout d'abord dérouté par cette situation : le petit enfant contracté ou au contraire débridé dans sa terreur et la mère envahie par une anxiété viscérale. Le médecin doit écouter la mère à travers les cris du nourrisson, la mère écoute le médecin tout en essayant de calmer l'enfant et ce dernier se sent perdu entre l'intrus et sa mère qui semble l'avoir livré à lui. Tout cela n'est évoqué ici que pour souligner toutes les particularités et les difficultés qu'il a fallu surmonter pour susciter des vocations pédiatriques.

6. Conclusion

Les auteurs que nous avons cités, ont fait plus pour l'individualisation de la spécialité qu'on a bien voulu reconnaître jusqu'à présent. S'insurgeant contre la mortalité infantile, contre la négligence des nourrices et le fatalisme des parents, contre le manque d'intérêt théorique et pratique de la profession médicale, ces praticiens se heurtaient à des obstacles de taille. Ce n'est que par leur obstination, par leur enthousiasme aussi, par la répétition et la vulgarisation de leur argumentation, qu'ils finirent par se faire entendre, à la fois par les jeunes médecins ouverts au progrès et par les parents intelligents.

La pédiatrie est désormais une science à part entière et qui a su évoluer et se moderniser. Les

découvertes génétiques et biologiques, mais aussi physiologiques ont permis de renforcer les connaissances pédiatriques déjà acquises.

Mais est-ce vraiment l'octroi d'un certificat de spécialiste, à l'issue d'un enseignement spécial, qui signe l'établissement d'une spécialité ? Formellement, sans aucun doute. Il est cependant indéniable que bien avant 1872, date de l'apparition du mot « pédiatrie », des médecins ont consacré la plus grande partie de leur temps et de leur énergie à la prise en charge des enfants. N'étaient-ils alors pas *ipso facto* des spécialistes ? En tout cas, même s'ils ne se nommaient pas « pédiatre », ils en étaient les prémices.



Johann Peter Frank

Laissons le dernier à Johann Peter Frank, l'un des fondateurs de la santé publique (6) : « *Combien d'enfants nouveaux poursuivraient sainement leur carrière... si nos médecins... plus sincèrement animés du désir de servir l'espèce humaine, attachaient sérieusement leurs peines et leurs soins à cultiver un champ resté trop longtemps en friche* ».

Matthieu Bendavid

Bibliographie

1. Voigt HH. Naturwissenschaften in Göttingen: eine Vortragsreihe. Vandenhoeck & Ruprecht; 1988. 130 p.
2. Vandermonde CA. Essai sur la maniere de perfectionner l'espece humaine. Chez Vincent, Imprimeur-Libraire; 1756. 468 p.
3. Gilibert JE. L'anarchie medicinale, ou la médecine considérée comme nuisible à la société. 1772. 396 p.
4. Armstrong G. An account of the diseases most incident to children, from the birth till the age of puberty; with a successful method of treating them. To which is added an essay on nursing... also a short ... account of the dispensary for the infant poor. T. Cadell; 1783. 224 p.
5. Billard C-M. Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle. J.-B. Baillière; 1837. 846 p.
6. Reich E. System der Hygieine: Diätetische und polizeiliche Hygieine. Enke; 1871. 562 p.



Les Annonces de Recrutement



L'Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de BULLION (78) recrute **MEDECINS PEDIATRES**

Très bel environnement, à 1 heure de Paris environ.



1 poste de PH en oncologie pédiatrique vacant dès décembre 2014 (mutation du médecin référent).

1 poste de PH pour la prise en charge de l'obésité chez l'enfant vacant 1^{er} semestre 2015 (départ à la retraite).

1 poste d'attaché (pouvant évoluer en poste de PH en pédiatrie polyvalente vacant dès janvier 2015).

Organisation de l'hôpital :

- > Equipe médicale constituée de : 8 pédiatres (8 ETP) et 2 médecins MPR (2 ETP).
- > 130 lits en hospitalisation complète et 10 places d'hôpital de jour de la naissance à 18 ans.
- > Répartition en unités de 15 lits en moyenne par type de pathologie pour l'oncologie et l'obésité et par âge pour les autres pathologies.
- > Pathologies pédiatriques polyvalentes en SSR avec des spécialités (oncologie, obésité et diabète, nutrition orale et parentérale, neurologie, respiratoire, orthopédie et brûlures).
- > Plateau technique de rééducation, radiologie de base sur place, plateau de diététique.
- > Maison d'éducation thérapeutique.

Activité variée, équipe dynamique et soudée.
Collaboration étroite entre plusieurs spécialités.

Formation requise :
DU d'oncologie pour le poste de PH en oncologie.
DU d'obésité acquis ou envisagé pour le poste de PH en obésité souhaité.

Gardes et astreintes :
3 à 4 gardes par mois sur place.

Rémunération :
Selon grille des salaires de la fonction publique.

Adresser lettre de motivation et votre curriculum vitae à :

- > Madame la Directrice HPR de Bullion - Route de Longchêne - 78830 BULLION ou par mail : ahertault@hpr-bullion.fr
- > Dr ALBONICO présidente de CME - valbonico@hpr-bullion.fr - 01 34 85 43 16
- > Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion - 78830 Longchêne



Fondation reconnue d'utilité publique, Santé Service est le premier acteur de l'hospitalisation à domicile (HAD) en Ile-de-France. Il gère également des SSIAD ainsi qu'un organisme de formation. Nos équipes pluridisciplinaires (900 salariés) interviennent auprès de plus de 1 300 patients chaque jour, dans le cadre d'une prise en charge coordonnée, à la demande de nos prescripteurs médecins hospitaliers et médecins traitants et en relation avec de nombreux partenaires territoriaux.

Nous recherchons h/f en CDI, à mi-temps

PÉDIATRE COORDONNATEUR EN HAD Chevilly-Larue (94)

Médecin pédiatre, vous souhaitez contribuer à la mise en œuvre, sur le terrain, de projets de soins coordonnés entre ville et hôpital et vous impliquer dans une activité sanitaire en fort développement. Doté de qualités relationnelles de négociation, de diplomatie et d'ouverture, la perspective d'inscrire votre action dans un travail en équipes transversales et pluridisciplinaires vous attire tout particulièrement.

Contactez Violaine Nouvel au **01 46 97 59 81** / recrutement@santeservice.asso.fr

L'Institut Hospitalier Franco-britannique (270 lits et places - Spécialités : Pédiatrie, maternité & néonatalogie (niveau 2A), chirurgie, médecine, urgences, oncologie, ambulatoire, UGA), situé à 5 mn du métro Anatole France (ligne 3) à Levallois-Perret (92), recherche :

PEDIATRE H/F CDI temps plein Poste à pourvoir de suite

Mission : Au sein de l'équipe de pédiatres, vous intervenez sur le secteur des urgences pédiatriques et êtes amené à effectuer des gardes en maternité et en pédiatrie.

Vous participez notamment au :

- > Déploiement du projet médical,
- > Développement du réseau territorial,
- > Développement de la démarche qualité et gestion des risques ainsi qu'aux bonnes pratiques professionnelles.

Profil : Médecin spécialisé en pédiatrie et inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, vous possédez des compétences en réanimation du nouveau-né.

Rémunération : Selon profil et grille interne (Convention Collective Fehap).

Pour postuler : les candidatures sont à adresser à la Direction des Ressources Humaines, par mail : recrutement@ihfb.org ainsi qu'au docteur ZOUCH - coordinateur des urgences pédiatriques : mohamed.zouch@ihfb.org

**INSTITUT HOSPITALIER
FRANCO-BRITANNIQUE**
4, RUE KLEBER - 92200 LEVALLOIS - 01 47 39 59 29
CONSULTEURONS 01 44 39 22 00
3, RUE SARRES - 92200 LEVALLOIS - 01 47 39 59 29
CONSULTEURONS 01 44 39 22 00





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@valdemarne.fr



A i d a p h i

"au cœur de l'action sociale"

L'AIDAPHI

Association œuvrant dans le champ de l'économie sociale et solidaire, recrute pour :
CENTRE MEDICO PSYCHO PEDAGOGIQUE D'ORLEANS - SAINT JEAN DE BRAYE

1 MÉDECIN D'EQUIPE (pédiatre ou pédopsychiatre) CDI de 0.20 à 1 temps plein (à négocier)

- Assure la coordination du travail de synthèse des membres de l'équipe interdisciplinaire et anime les réunions de synthèse.
- Est responsable des prescriptions de soins auprès des organismes de prise en charge.
- A un rôle de clinicien en effectuant lui-même des consultations voire des suivis.
- Est garant des soins proposés et de la situation de l'enfant dans sa globalité.

Adresser C.V. et lettre de motivation à l'attention de Mme La Directrice du CMPP

au 71 avenue Denis Papin - 45800 SAINT JEAN DE BRAYE - Tél. : 02 38 53 76 22 - Fax : 02 38 65 58 70 - Mail : cmpporleans@aidaphi.asso.fr

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan recrute

Un pédiatre

Poste à temps plein à pouvoir immédiatement (Création de poste)

Le service :

- Equipe médicale actuelle : 5,5 ETP de pédiatres.
- 15 lits d'hospitalisation complète et 2 places d'hospitalisation de jour de pédiatrie.
- 3 programmes d'éducation thérapeutique autorisés : diabète, obésité, asthme.
- 9 lits autorisés de néonatalogie dont 3 de soins intensifs.
- Maternité de niveau 2B (1452 naissances, 1416 accouchements en 2013), labellisée I.H.A.B depuis 2006.
- 4 salles de naissance.

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan, c'est :

1 195 lits et places, 2 300 salariés
(médicaux et non médicaux), 7 pôles d'activité clinique.

Travailler au Centre Hospitalier de Mont de Marsan,
c'est aussi :

Bénéficier de la qualité de vie dans Sud-Ouest en général et en Aquitaine en particulier, profiter de la proximité de la côte atlantique l'été et des stations des Pyrénées l'hiver, bénéficier de la proximité de grandes villes comme Bordeaux ou Pau, habiter à 3 heures de Paris (T.G.V.) tout en étant à 2 heures de l'Espagne.



centre hospitalier
MONT DE MARSAN

Personnes à contacter :

- Madame BOUQUEREL - Directeur des affaires médicales - affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 10 22
- Madame PRIQUELER - Chef de service - laurence.priqueler@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 18 03
- Avenue Pierre de Coubertin - 40 024 Mont-de-Marsan cedex

www.ch-mt-marsan.fr

LA VILLE DU HAVRE RECHERCHE

UN PEDIATRE (H/F)

Poste à temps partiel (à déterminer entre 50% et 80%) - Référence : 4796
 POUR LA DIRECTION PETITE ENFANCE ET FAMILLE

Cadre d'emplois des médecins territoriaux, Filière médico-sociale.

Sous la responsabilité du Directeur Petite Enfance et Famille, vous assurez les missions prévues dans le décret 2000-762 du 1^{er} août 2000, relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans : actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel participant à l'accueil du jeune enfant et des parents.

Vous veillez à l'application des mesures préventives d'hygiène générale et des mesures à prendre en cas de maladie contagieuse, d'épidémie ou d'autres situations dangereuses pour la santé.

Vous organisez les conditions du recours aux services d'aide médicale d'urgence.

Dans le cadre d'un accueil régulier, vous assurez les visites médicales des enfants lors de leur admission en crèche collective, une fois par an et à leur sortie.

Vous assurez le suivi préventif des enfants accueillis et veillez à leur développement, à leur adaptation dans la structure, en liaison avec le médecin de la famille.

Vous jouez un rôle d'interface dans le cadre du réseau avec les partenaires sociaux.

Vous élaborez des Projets d'Accueil Individualisé en fonction des besoins et accompagnez les équipes dans la prise en charge d'enfants porteurs de handicap.

Vous pouvez être amené à assurer la formation du personnel et à participer à des groupes de réflexion.

Merci d'adresser votre lettre de motivation et CV en précisant la référence indiquée, par courriel drh@lehavre.fr ou par voie postale à l'adresse : Mairie du Havre - Service Recrutement et Parcours Professionnels
 1517 place de l'Hôtel de Ville - CS 40051 - 76084 Le Havre Cédex

Lieu, jours et horaires de travail

Ensemble des structures municipales de la direction.
 Rue Gustave Flaubert - Le Havre.

Du lundi au vendredi, poste à temps partiel (à déterminer entre 50 et 80%).

Compétences requises

Diplôme de médecine, spécialisé en pédiatrie, ou médecin généraliste possédant une expérience particulière en pédiatrie.

Sensibilisation à l'environnement de l'enfant et de sa famille.

Goût pour le travail en équipe.

Sens des relations humaines.

Sens du service public.



lehavre.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 œuvre 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 coordonateur 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

UN POSTE DE PSYCHIATRE/PEDOPSYCHIATRE À TEMPS PLEIN

Est à pourvoir dans le pôle de pédopsychiatrie des Hautes-Pyrénées (environ 110 agents et 8,00 ETP médicaux).
Statut et/ou contrat à déterminer selon C.V. (P.H. contractuel, assistant, etc...)
Quotité de temps : 1,00 ETP.

Travail centré sur trois structures sur Tarbes :

CMP pour enfants et adolescents | CATTP Ados | CATTP pour 6/12 ans

Éléments d'attractivité professionnelle :

- Service validant pour la spécialité pédopsychiatrie.
- Possibilités de formations continues ou universitaires à proximité : organismes spécialisés à Tarbes, Pau, Toulouse, C.H.U. à Toulouse et à Bordeaux.
- Pôle très dynamique, bien doté en unités, pourvu en personnel soignant et médical, travaillant en réseau étoffé avec les autres professionnels et structures.

Éléments d'attractivité extra professionnels :

- Proximité de la haute montagne et des stations.
- Toulouse à 1h30 (autoroute ou train direct), Bordeaux à 2h15 (autoroute).
- Océan (côtes basque et landaise) à 1h20.
- Aéroport international à 20 minutes, avec liaison A-R vers Paris tous les jours.

Renseignements : Dr Anne CAMPAN : 05 62 50 11 20 et D.R.H. : 05 62 99 55 55



Le Conseil Général de la Vienne recrute actuellement deux postes de pédiatres :

Conseil
Général
de la
Vienne



- Un poste vacant au 1^{er} octobre 2014, pouvant être pourvu à temps plein à quotité de travail répartie entre les Maisons Départementales de la Solidarité de Civray (50 %) et Montmorillon (50 %) mais peut également se décliner sous la forme de deux postes à mi-temps (1 poste à 50 % à la MDS de Civray et 1 poste à 50 % à la MDS de Montmorillon).
- Un poste à 100 % sur le territoire d'intervention de la Maison Départementale de la Solidarité de Poitiers à compter du 1^{er} février 2015.

Recrutement par voie statutaire.

Compétences techniques demandées :

- Docteur en médecine générale ayant des compétences en pédiatrie et en gynécologie.
- Expérience en PMI ou forte motivation pour ce travail.
- Compétence dans la conduite de projets.
- Maîtrise de l'outil informatique.

Pour toute vos candidatures, merci de contacter :
Emlyn Le Rhun - Chargée de recrutement
05 49 55 67 92 - elerhun@cg86.fr

ou directement sur notre site Internet :
www.lavienne86.fr

Le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER)

Bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes.
Equipés des dernières technologies.

Recrute pour compléter son service de pédiatrie-néonatalogie.

Réalisant plus de 1 400 accouchements par an.

1 Pédiatre à temps plein

Poste à pourvoir par un praticien hospitalier titulaire ou contractuel.
Conditions salariales intéressantes, rémunération attractive liée à la majoration DOM (+40%), prise en charge du billet d'avion.

Pour tout renseignement,

merci de contacter la Direction des Affaires Médicales - affaires.medicales@gher.fr

Merci d'envoyer votre candidature et CV à :

Madame Sabrina Wadel

Directrice des Affaires Médicales

s.wadel@gher.fr

GHER - 30 Route Nationale 3 - ZAC Bras Madeleine
BP 186 - 97470 - Saint-Benoît - Ile de la Réunion



Le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER)

Bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes équipés des dernières technologies.

Recrute pour une période de 3 à 6 mois à compter du 1^{er} décembre 2014.

1 pédiatre à temps plein

Poste à pourvoir par un praticien hospitalier titulaire ou contractuel.

Conditions salariales intéressantes, rémunération attractive liée à la majoration DOM (+40%), prise en charge du billet d'avion et de l'hébergement.

Le service fonctionne avec 8 lits de Pédiatrie, et 8 lits de Néonatalogie (6 en box individuels et 2 lits en unité kangourou).

Maternité Niveau 2A de plus de 1 400 accouchements par an.

Pour tout renseignement, merci de contacter la Direction des Affaires Médicales - affaires.medicales@gher.fr

Envoyer CV accompagné d'une copie des diplômes et des éventuelles attestations de travail à l'attention de Madame Sabrina WADEL - Directrice Adjointe chargée de la Stratégie et des Affaires Médicales - GHER - 30 Route Nationale 3 - ZAC Bras Madeleine - BP 186 - 97470 - SAINT BENOIT - Ile de la Réunion



Le Centre Hospitalier de Mayotte recherche des

PEDIATRES

pour compléter son équipe

Nous recherchons des praticiens expérimentés avec diplôme UE.

Inscrits à l'Ordre des Médecins.

Aimant travailler en équipe.

Le tout dans un DOM, au milieu d'un très beau lagon.

Rémunération contrat d'un an :

Salaire de base PHC 4e échelon + 10 % + 40 % majoration OM + indemnité de précarité - prise en charge du billet d'avion + indemnité de changement de résidence - hébergement et voiture de location pendant les 2 premiers mois.

Possibilité de mutation, mise à disposition et contrat de remplacement de courte durée (2 mois minimum).

Personne à contacter :

Marie-Paule CLEMENT - Affaires médicales

Tél. : 02 69 61 86 94

Mail : mp.clement@chmayotte.fr



Le Centre Hospitalier de Mayotte



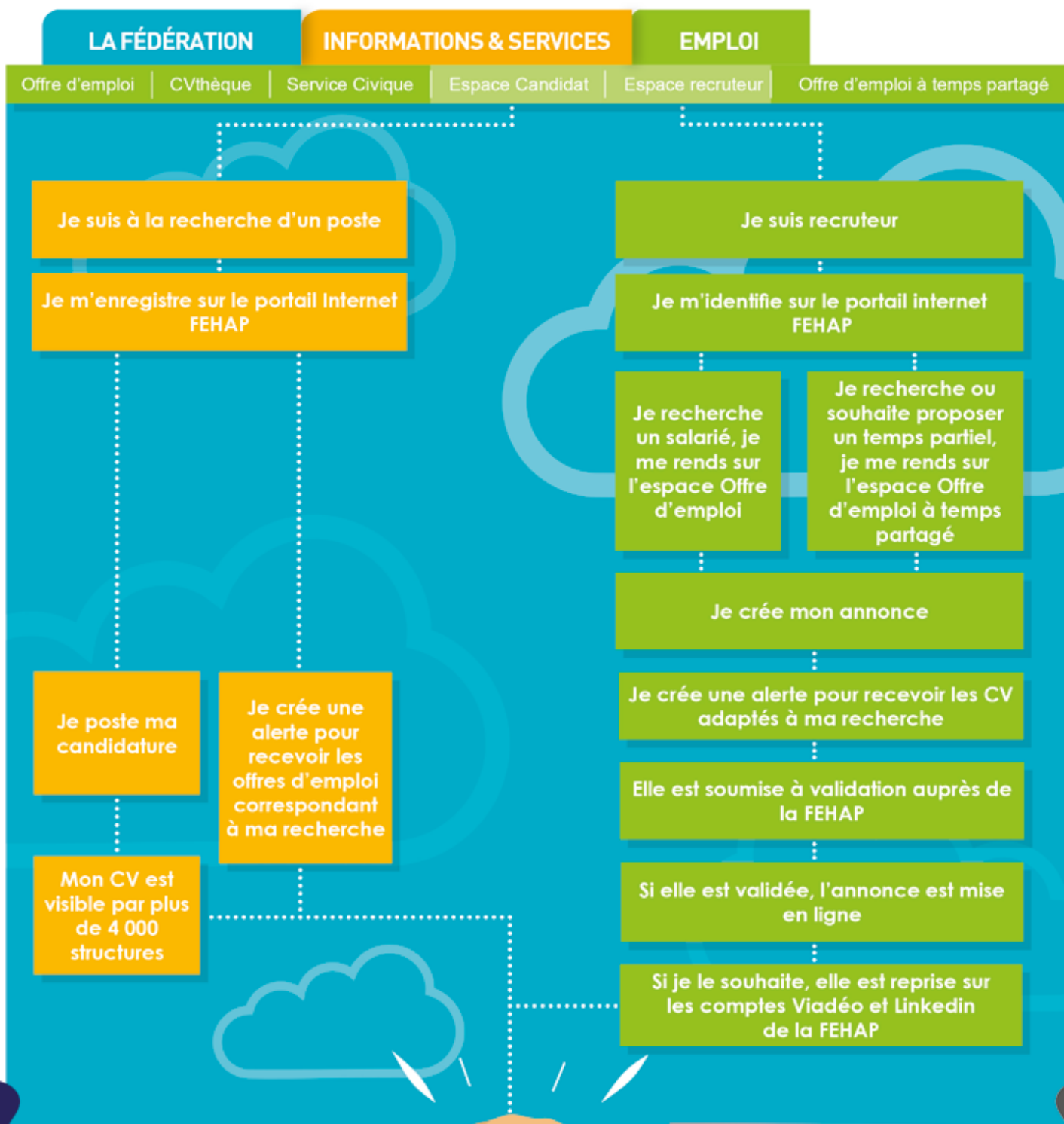
Centre Hospitalier de Mayotte
Ensemble, l'avenir prend forme



Situé au Coeur de l'Océan Indien
(à 2 h d'avion de la Réunion et 1 h de Madagascar), dans un contexte de développement d'activités et d'accroissement de ses capacités

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr



MATCHING !

Rejoignez la communauté des Pédiatres



Sur
Reseauprosante.fr

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