

La lettre de l'AJP

Numéro 7 | Novembre 2012 | Gratuit



Focus sur Amiens

- Stage en pédiatrie ambulatoire
- Que pensent les parents ? L'interview
- Devenir pédiatre en CAMSP



Association des Juniors en Pédiatrie
Secrétariat SFP (Bâtiment LACAZE) Hôpital Armand Trousseau
26 Avenue Docteur Arnold Netter - 75012 Paris

Edito : Une nouvelle présidente	3
Pédiatrie ambulatoire : Vers un stage pour les internes	4
Focus sur AMIENS	7
Nouveaux DU : Autisme et TED	9
Interview des parents : La GEA	10
Cas clinique : Infection néonatale à entérovirus	14
Médecine d'ailleurs : Le Cameroun	17
Promouvoir la recherche en pédiatrie	22
Interne d'hier, pédiatre d'aujourd'hui : Pédiatre en CAMSP	24
Histoire de la médecine : Publication et découverte scientifique	26
Les annonces de recrutement	30



BUREAU :

- Noémie LAVOINE, présidente
- Angèle BOËT, vice-présidente
- Pierre MARCELO, secrétaire
- Benoit STERLING, secrétaire
- Zeynep DEMIR, trésorière
- Eloise PAIN PRADO, trésorière
- Benjamin BUENO, rédacteur en chef
- Matthieu BENDAVID, webmaster

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Karine BOURDET (Brest)
- Marine BUTIN (Lyon)
- Florent CORNU (Marseille)
- Gaelle VEXIAU (Nancy)
- Noelle LACHAUSSEE (Paris)
- Laurence TABONE (Paris)
- Aurore LAMBERET (Rennes)
- Caroline DUROUSSET (Saint Etienne)
- Lucile BARNET (Toulouse)
- Mathilde MEOT (Tours)

Editeur et régie publicitaire :

Macéo éditions

M. Kamel TABTAB, Directeur

11, Bd Ornano - 75018 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.



Moi, c'est Noémie. Il y a 3 ans, j'ai rencontré Angèle et l'AJP et ça m'a plu. Il y a un an, Angèle m'a dit : « Prépare-toi, je vais rendre mon tablier ». Et depuis 6 mois, j'ai pris son relais comme présidente de l'AJP. Je ne savais pas trop dans quoi je me lançais ni par où commencer.

Heureusement, je ne suis pas seule ! Il y a aussi Pierre, le secrétaire, sur qui on peut toujours compter quand on est dans le pétrin. Un article à écrire ? Il le fait. Un orateur se désiste ? Il le remplace. Une réunion de dernière minute improvisée ? Il y court. Il manque des petits fours ? Un prince charmant pour le spectacle de Noël ? Pas de problème, Pierre sait tout faire !

Il y a aussi Eloise, trésorière intransigeante et brillante statisticienne. Le sondage sur le stage ambulatoire, c'est grâce à son énergie. Un plan national est en train d'être présenté au ministère avec ses données à l'appui. Vous pourrez voir les résultats du sondage dans la lettre. Merci d'y avoir répondu aussi massivement. Eloise, c'est aussi celle qui vend son âme pour obtenir vos adhésions, sans lesquelles, vous le savez bien, nous perdons toute légitimité. Mais ne vous arrêtez pas à son sérieux, car Eloise c'est avant tout un humour mordant et un puits d'imagination !

Ensuite, il y a Matthieu, instigateur de la modernité dans ce nouvel AJP : Nouvelles gueules, nouveau site, nouveau logo... il vous prépare de quoi vous épater, et ce n'est que le début ! Il y a aussi Zeynep, notre grande organisatrice de soirées ; Benjamin, notre tout nouveau rédacteur en chef ; Marine à Lyon que je remercie tout particulièrement pour le superbe congrès AJP de l'année dernière ; Benoît, toujours au fait sur les actu marseillaises et nationales. Bravo à tous les référents régionaux qui ont la tâche bien difficile de faire vivre la pédiatrie dans chaque petit bout de France et sans qui le travail des autres n'a pas de sens.

Et avec le temps, je me suis rendue compte que la pédiatrie, c'était ça : des gens motivés aux quatre coins de la France pour porter leur discipline à bout de bras contre vents et marées. Car oui, on a beaucoup de soucis à se faire : départ en retraite d'un tiers des pédiatres libéraux dans les 10 prochaines années, sécurité sociale en difficulté, compétences disputées par d'autres professions de l'enfance...

Pour bien faire, il faut se former, s'informer et partager. C'est ce que j'ai compris en prenant la tête de l'AJP, et c'est la responsabilité de notre petite équipe. Mais cela n'a de sens que si vous en êtes aussi.

Alors je vous souhaite la bienvenue à la tête de l'AJP !

Noémie Lavoine

Stage en pédiatrie ambulatoire

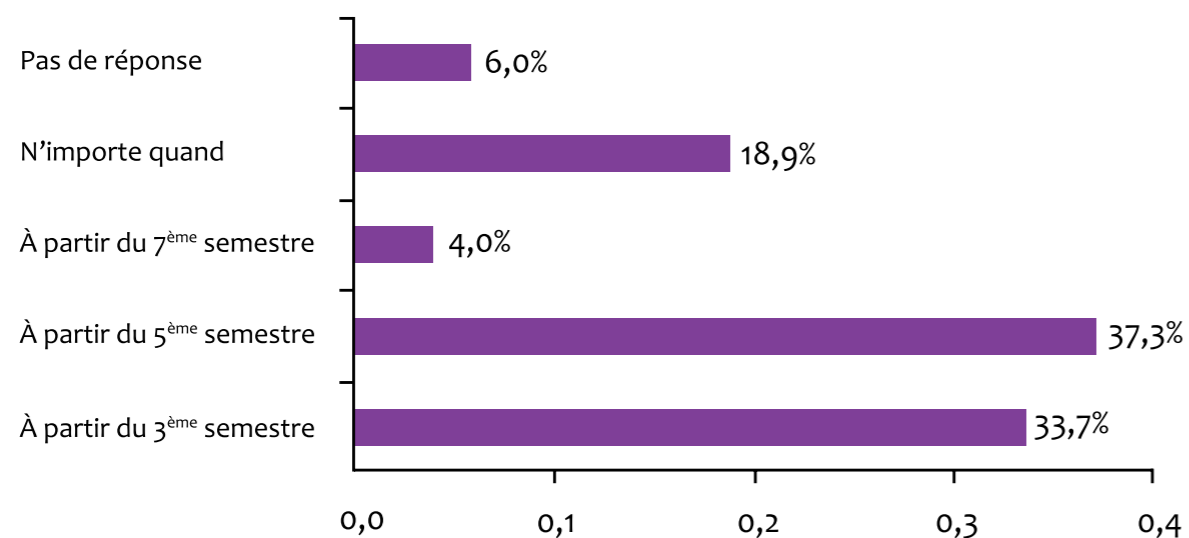
Le point de vue des internes : Enquête de l'AJP

Parmi les 6000 pédiatres français, un peu moins de la moitié exercent en libéral. Cependant, il n'est proposé aucun stage en pédiatrie ambulatoire (i.e. non hospitalière) au cours de l'internat. En effet, contrairement à nos collègues de médecine générale, nous nous installerons « en ville » sans avoir reçu les enseignements théorique et pratique qui font la spécificité de cet exercice. Pourtant l'envie semble être bien là, tant chez les coordonateurs régionaux des DES, qu'au sein des internes. Les tentatives de création de tels postes se heurtent parfois à la lourde logistique qui en découle, bien que certaines villes commencent à proposer ce type de stage en « hors filière ».

La majorité des internes doit donc actuellement se contenter de remplacements pour se faire une idée de ce que représente l'exercice libéral. Alors que de nombreux projets sont portés dans différentes régions, entre les associations d'internes, les ARS et les facultés, nous avons voulu sonder les internes sur leurs attentes pour un tel stage.

Nous avons mis au point un questionnaire court, que nous avons envoyé par mail aux internes de 15 régions. Nous vous exposons ici le résultat de ce sondage réalisé entre mai et octobre 2012. 572 internes ont été contactés et nous avons reçu 249 (43,5 %) réponses.

fig.1 : À partir de quel semestre envisagez-vous un tel stage ?



85,9 % des internes sont pour un tel stage. La figure 1 montre la répartition des réponses concernant le moment considéré comme opportun pour la réalisation de ce stage en ville.

85,3 % souhaitent faire leur stage chez plusieurs praticiens et 79,9 % aimeraient pouvoir faire ce stage également dans une autre structure de ville :

CAMSP, PMI, etc. 63,9 % sont pour un stage chez un praticien spécialisé. Cependant, les internes ne souhaitent pas effectuer ce stage dans une autre région que la leur (59,4 %). Concernant la possibilité de réaliser des gardes dans un hôpital de proximité, 73,5 % des internes y sont favorables et 69,1% envisagent également de faire ces gardes dans une maternité du secteur.

Fig.2 : Êtes-vous pour effectuer ce stage entre cabinet de ville, PMI, CAMSP, etc. ?

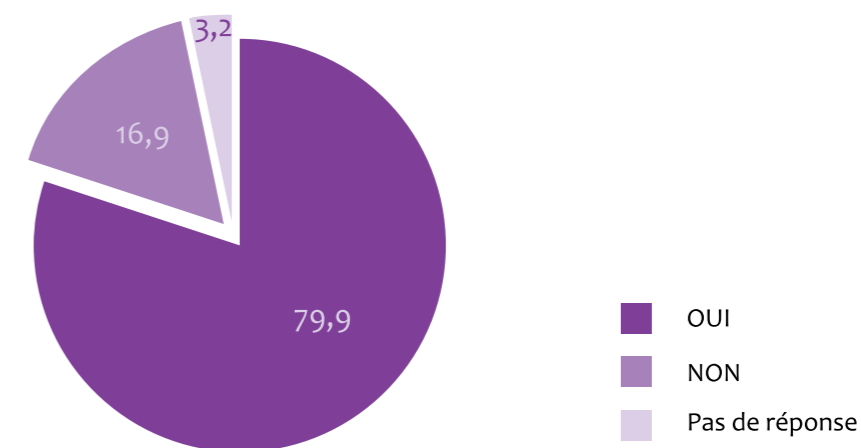
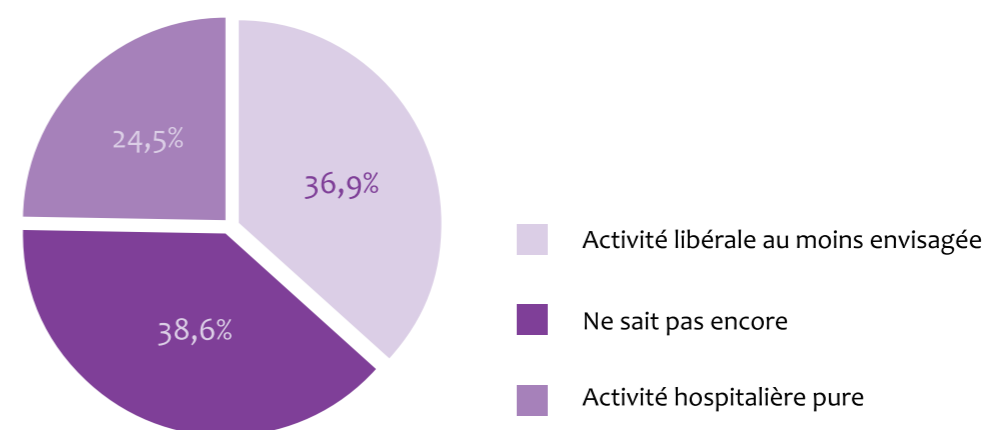


fig.3 : Quel mode d'exercice envisagez-vous ?



Au sujet d'un enseignement théorique, **92,8 % des internes** se disent **intéressés par des cours théoriques** sur la gestion d'un cabinet de ville et la pédiatrie ambulatoire : guidance parentale, prévention, nutrition etc. Sur le plan de leurs projets d'exercice futur, **seulement 12,4 %** de ces

futurs pédiatres **envisagent une installation dans une zone rurale.**

Une grande majorité (81,9 %) souhaitent faire un clinicat, et le mode d'exercice futur envisagé se répartit comme présenté en figure 3.

Forts de ce sondage, les commissions formées pour la mise en place des stages chez le praticien vont pouvoir faire valoir les attentes fortes des internes. En effet, les internes de pédiatrie se sont, par ce biais, prononcés fort en faveur d'un tel stage et sont dans l'attente de recevoir cette formation essentielle à leur exercice futur. Il reste donc à organiser localement le stage chez le praticien en pédiatrie, tant en termes de formation des responsables de stage, que d'adéquation au nombre de postes d'internes ou de financement.

Nous vous remercions pour vos précieuses réponses !

Eloïse Giabicani

La réponse de nos pairs

Devant la demande des internes, la logique démographique et le prévisible départ en retraite d'un tiers des pédiatres de ville dans les 10 prochaines années, quelles sont les réponses de nos pairs, pédiatres libéraux et professeurs d'université ?



Le point de vue des pédiatres de ville

Plus que favorables au projet, ils sont très demandeurs de nous former pour assurer la relève, tant en nous apprenant la pédiatrie en cabinet qu'en nous sensibilisant à la manière de se définir d'un pédiatre par rapport aux autres professionnels de l'enfance.

Mais le temps qu'ils utilisent pour notre formation est un manque à gagner pour leur activité, et doit faire l'objet d'une légitime indemnisation qui reste à définir.

Le point de vue des enseignants

Eux aussi, enthousiastes à nous faire découvrir la ville, d'ores et déjà en pénurie de pédiatres, ne le sont pas à n'importe quel prix. Ils sont exigeants quant à la qualité de la formation, donc à celle des formateurs, et quant aux obligations des internes de participer aux permanences de soin durant leur stage ambulatoire.

Alors, si tout le monde est d'accord qu'est-ce qui bloque ?

Il y a plusieurs sons de cloche : tantôt le motif « budgétaire » est avancé, car ce mode de stage n'existant pas dans la maquette de pédiatrie, aucun budget ne lui est dédié. C'est comme ça que certains ont pu y accéder seulement par un hors filière en médecine générale (...). Tantôt le motif statutaire : quel statut de l'interne pendant ce stage, qui n'est ni sous la responsabilité d'un chef de service ni remplaçant ? La déontologie et la loi permettent-elles qu'un patient mineur consultant un pédiatre libéral sorte du cabinet avec une ordonnance signée de la main d'un interne ? Ces motifs découragent les négociations depuis plusieurs années.

Au final, est-ce qu'on avance ?

Oui, clairement. Car aujourd'hui, si certaines régions parviennent à mettre en place un stage ambulatoire pour les internes en pédiatrie, c'est souvent par un grand sens de la négociation et du système D, et ce stage n'est en aucun cas reconnu dans la maquette de pédiatrie.

Ensemble, les assemblées nationales de pédiatres ambulatoires, les collèges d'enseignants et l'AJP (grâce à vos réponses) construisent en ce moment même un projet visant à définir sur tout le territoire les modalités de mise en place du stage ambulatoire en pédiatrie. Les embûches administratives ont récemment été résolues par de nouveaux textes de loi, rendant ce projet plus que jamais à l'ordre du jour. Ce projet consiste à établir les conditions dans lesquelles le stage de l'interne peut être réalisé, comment un pédiatre de ville peut être agrémenté pour recevoir un interne stagiaire, les objectifs de stage, le nombre de maîtres de stage par interne, le contenu de la formation théorique associée, etc.



Si ce projet est accepté, il y aura encore une phase de recrutement et de formation des futurs maîtres de stage avant de voir émerger ces nouveautés parmi vos choix.

Encore un peu de patience, ça viendra !

Noémie Lavoine

Focus sur AMIENS : ville de Jules Verne

Une région pleine de ressources

32^{ème} ville française située dans la Somme en Picardie, Amiens est connue pour ses canaux « les Hortillonnages » qui lui ont valu le nom de « petite Venise du Nord », pour sa Cathédrale gothique, l'une des plus vastes au monde, et pour avoir abrité les dernières années de vie de Jules Vernes. A une heure de train de Paris, Amiens bénéficie également de son rayonnement.

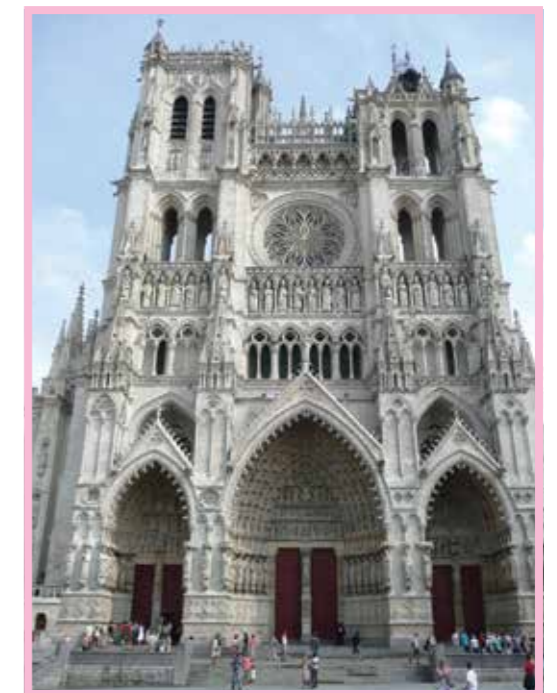


Les Hortillonnages avec vue sur la cathédrale au loin



Le quai Bélu dans le quartier St Leu

Hôpital en pleine croissance, tant en taille qu'en renommée dans la région, Amiens est en plein essor. Si Amiens s'essouffle un peu parfois au niveau ambiance de soirée pour une vie jeune, elle reste suffisamment proche de Paris pour se permettre des allers/retours les soirs et WE. Pleine de parcs, jardins, de petits lieux insolites, Amiens offre de nombreux lieux reposants. Un coliseum, un champ de course, des terrains de sport en plein air ou couverts permettent aux sportifs amateurs ou aguerris de se défouler.



La Cathédrale

Un internat convivial à échelle humaine

Assez parlé historique, parlons maintenant Pédiatrie ! Même si la population ne fait pas franchement rêver, on dit qu'en pédiatrie ce qui est compliqué c'est les parents. A Amiens, cela prend tout son sens. Bien que vous devriez connaître les mêmes situations cocasses, quand l'accent picard s'en mêle : ça se complique. Heureusement que les co-internes sont là, et qu'il y a St Leu : ses parcs, ses nombreux bars et sa vie étudiante pour décompresser. Grâce à des pro-

mos réduites (toutes composées d'une majorité de filles, j'ai bien dit majorité), 24 internes en tout sur Amiens cette année, l'ambiance est plutôt conviviale et les soirées, concerts, resto et pots entre internes se font volontiers. Les relations entre chefs, internes et externes sont favorisées par des moments d'échange soit au cours de staff, de prises de parole, d'exposés, ou de soirées... C'est peut-être ce côté humain, que l'on a plus facilement à Amiens, avec des promos réduites

où tout le monde se connaît, où tout le monde déjeune ensemble, qui m'a fait choisir Amiens.



Voici le futur CHU d'Amiens regroupant l'ensemble des pôles

Ce n'est pas un hôpital aux dimensions inhumaines où l'on est « qu'un des internes » de tel service, mais un lieu où les chefs de services t'appellent par ton prénom, et où tu ne finis pas ta journée en te disant que tu n'as parlé à personne.

L'activité médicale est séparée en quatre pôles : le pôle gériatrie, le pôle nord (où se situe la Pédiatrie et la plupart des chirurgies), le pôle sud, et le pôle gynécologique. Cette organisation complexe et éclatée ne durera plus longtemps puisqu'un mono centre se construit actuellement et sera terminé vers 2014, regroupant alors toutes les spécialités.

En ce qui concerne notre enseignement théorique organisé de DES, il est dispensé par nos chefs de service une journée par mois. Des cours communs avec nos collègues du G4 (Lille, Rouen, Caen avec qui nos inter CHU sont favorisés). De nombreux congrès et séminaires proposés et vivement recommandés, nous permettent alors de rencontrer nos chers confrères éloignés.

Les stages hospitaliers d'Amiens et sa région

Les 3 stages obligatoires pour notre DES: la réanimation dont le seul service se trouve au CHU, la néonatalogie (au CHU ou en périphérie) et un semestre de « pédiatrie générale » en périphérie. Deux semestres doivent être faits en périphérie. Les inter CHU et hors filières sont en options. Il nous reste alors 2 ans pour passer dans les différentes sous-spécialités que nous offre le CHU: neuro, cardio, pneumo, gastro, néphro, psy et endoc.

Les gardes s'effectuent toutes en pédiatrie, que ce soit en réa (une fois notre semestre de réa ou de néonatalogie au CHU validé) ou aux urgences au rythme de 4 à 5 par mois au CHU, et 7 à 8 en périphéries.

Creil : La ville prisée des parisiens...

Pour ma part, j'ai passé 6 mois à Creil riches en enseignements. Le recrutement y est assez important pour permettre de ne pas s'ennuyer, voir pleins de pathologies diverses et variées. Seule frustration : n'étant qu'une néonatalogie de niveau 2, les cas rares sont adressés ailleurs, et l'absence de chirurgie pédiatrique au sein de ce CHU fait adresser assez rapidement les

patients à leurs confrères d'Amiens ou de Paris. Mais l'ambiance, les qualités humaines, le savoir et l'accueil qu'on y trouve permettent d'oublier ce détail. Voilà, j'espère vous avoir donné envie de venir dans notre belle région, et si ce n'est pas le cas, c'est que vous ne m'avez pas bien lu ...

Clémence Elalouf

Vous souhaitez vous aussi faire découvrir votre ville ou région aux futurs pédiatres de France ? Vous souhaitez faire partager votre expérience d'interne ou de récent Docteur ? Ecrivez nous ! ajpediatrie@gmail.com
Rejoignez-nous aussi sur la page facebook de l'AJP : www.facebook.com/AJPediatrie

A la découverte de nouveaux DU...

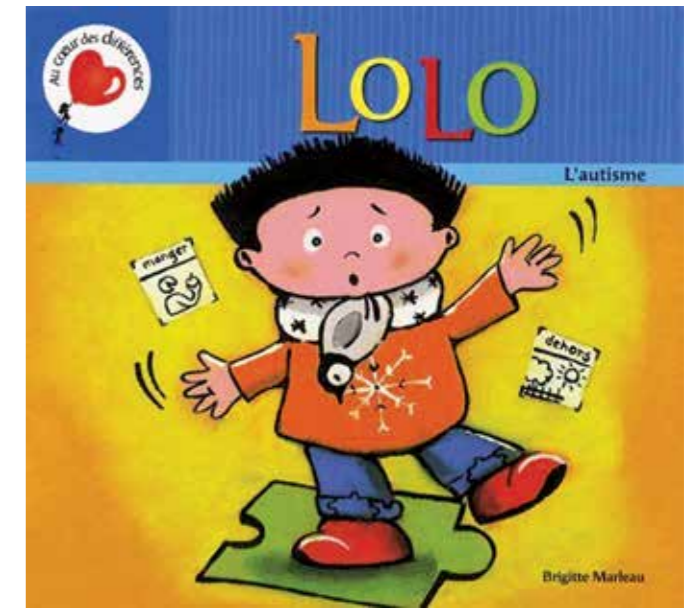
Autisme et Troubles envahissants du développement : Actualité et perspectives

Chers confrères,
Je suis interne de pédopsychiatrie au CHU d'Amiens. Durant mon année, je me suis inscrite au diplôme d'université (D.U) Autisme et Troubles envahissants du développement : Actualité et perspectives.

Mon intérêt pour la pédopsychiatrie est né au cours de mon externat à l'hôpital R. Debré dans l'unité de dépistage précoce pour enfants autistes. Une fois interne, j'ai souhaité acquérir des connaissances diagnostique et thérapeutique. Au cours de mes différents stages, j'ai travaillé avec des patients autistes. Je ne connaissais ni les médiations qui me permettait d'interagir avec eux, ni leurs particularités sensoriels. Au départ, j'ai vécu de grands moments de solitude...

Les cours se déroulent les lundis et mardis une fois par mois à la direction de l'éducation permanente. La validation du DU passe par une assiduité au cours (2 absences maximum) et la rédaction d'un mémoire de 30 pages sur notre pratique clinique auprès d'enfants avec TED. J'ai réalisé mon mémoire à partir d'une petite étude sur les premières inquiétudes de sujets avec TED que j'ai aussi illustré par le cas clinique d'un petit garçon de 2 ans présentant des signes précoces de TED.

Nous étions une vingtaine de personnes inscrites toutes de professions différentes : psychomotriciennes, médecins scolaires, psychologues, pédopsychiatres, pédiatres en CMPP ou en CAMSP, internes de psychiatrie et de pédiatrie. Cette expérience a été très enrichissante, notamment grâce aux échanges.



La formation était variée et les intervenants issus de différents courants de pensée : neurobiologie, psychodynamique, développemental et intégratif. Les éducateurs abordaient les différents outils de communication (pictogramme, scénarii sociaux, etc.). Les pédopsychiatres présentaient leur travail en HdJ auprès d'enfants autistes, et les prises en charges thérapeutiques mises en place. Les outils diagnostiques étaient survolés (CARS, Vineland Behavior Scales, ERCA III, ADI et ADOS) ainsi que les outils d'évaluation des compétences (Mac Carthy, KABC, WISC-IV, PEP-R, etc.).

Ce DU m'a apporté une vision plus globale de ce qu'il était possible de proposer à des patients T.E.D. au niveau thérapeutique. Il m'a également permis d'adapter au profil de l'enfant des outils de communications. Enfin, il me semble que mon sens clinique s'est affiné.

Daphné Scoury

Pour plus d'information : www.autismes.fr

Interview des parents : que pensent-ils ?

Ils râlent, ils ne comprennent jamais rien, ne sont jamais d'accord, s'inquiètent de rien, s'inquiètent de tout. Mais finalement que pensent-ils ? Qui ? Les parents bien sûr ! Pour la première fois en pédiatrie, et particulièrement à l'AJP, on a décidé de s'intéresser aux parents.

Avec une interview à chaque numéro, la Lettre de l'AJP interroge des parents pour avoir leur vision des enfants, des maladies courantes et de nous ! Pour cette première, l'AJP se concentre particulièrement sur un sujet débordant : La gastro-entérite aiguë. Si banale, si simple, si connue et archi-connue ? Pas si sûr...

La Lettre de l'AJP : Tout d'abord présentez vous ?

Mme L. : Maman d'Augustin et de Thimotée, 32 ans, en congé parental. Je travaille dans le web, mon mari est ingénieur.

AJP : Comment se manifeste une gastro-entérite aiguë (GEA) pour vous ?

Mme L. : Pour l'avoir vu à l'hôpital, chaque cas est différent. Pour Augustin cela se traduit par des selles liquides et il boit parfaitement bien avec de l'Adiaril®. Tout se passe très bien, sauf au niveau des selles : c'est de l'eau. Et moins il y a de selles, plus il y a de l'eau, plus je m'inquiète.

Quand il est malade, il a systématiquement 40°. La dernière gastro, il a fait 40° de fièvre pendant 1 semaine, sans baisser véritablement. Il a baissé quand on l'a mis sous antibiotiques à l'hôpital, sous amoxicilline.

AJP : Quelles sont les causes de la GEA ?

Mme L. : Très honnêtement je ne sais pas, si ce n'est qu'en collectivité, il y a des enfants porteurs de virus qui ne se voit pas. Dans les crèches, il n'y a pas une hygiène extraordinaire et il faut peut-être qu'elles refusent les enfants avec la gastro. Quand mes enfants ont la gastro, je ne les mets pas en collectivité parce que pour certains enfants fragiles, cela peut être dramatique. Les causes, j'en sais rien. Je pense qu'il faut une hygiène, un « protocole » plus important.

AJP : Justement comment peut-on prévenir la GEA ?

Mme L. : Pour la petite histoire, 2 mois après une première hospitalisation d'Augustin pour une gastro, nous étions partis au ski avec d'autres parents dont un de leurs enfants avait la gastro. Moi immédiatement, branles bas de combat, j'achète des lingettes pour nettoyer le mobilier (boutons et poignets de porte), la solution hydro-alcoo-

lique pour chacun et surtout je mets l'enfant malade en quarantaine. Lavage de mains également en évitant le contact avec l'enfant malade mais aussi son entourage, potentiellement porteur. Ceci nous a permis d'éviter la gastro.



Et lors de la nouvelle hospitalisation, je prenais soin également de nettoyer le mobilier ce qui n'était pas forcément fait.

AJP : Lors d'une GEA, qu'est ce qui vous gêne sur le plan pratique ?

Mme L. : Tout est question d'organisation et cela peut faire partie de l'éducation des enfants surtout quand ils sont petits. Thimotée, 3 ans, sait que lorsqu'il y a une maladie, on se lave les mains (un bidon de SHA est à disposition) et je mets en « quarantaine » l'enfant malade.

AJP : Qu'est ce que vous redoutez ou craignez dans la GEA ?

Mme L. : La rapidité. Cela peut aller très vite. Augustin à 7 mois, cela a été très vite : je serais arrivée 3 heures après, c'était fini. Il était déshydraté, craquelé. En fait, on ne s'en aperçoit pas et en tant que parents, on n'est pas compétent.

AJP : Quels signes vous inquiètent ?

Mme L. : Mon curseur, c'est mon mari. Ce sont les cris/couinements qui l'interpellent, il y a 7 mois, c'était ça qui nous a conduit à l'hôpital. A la dernière gastro, c'est encore mon mari qui était là. Ce n'est pas évident pour une gastro, ils ne sont pas forcément plus faibles tout de suite. Il y a la fièvre, mais ça ne me fait pas forcément bouger. C'est surtout le physique de l'enfant : il est « craquelé », de plus en plus « marbré ». C'est aussi les selles, les vomissements (mais le mien ne vomit pas), la perte d'appétit et ils sont « chuin-chuin ».

AJP : Pour vous, quel est LE traitement de la GEA ?

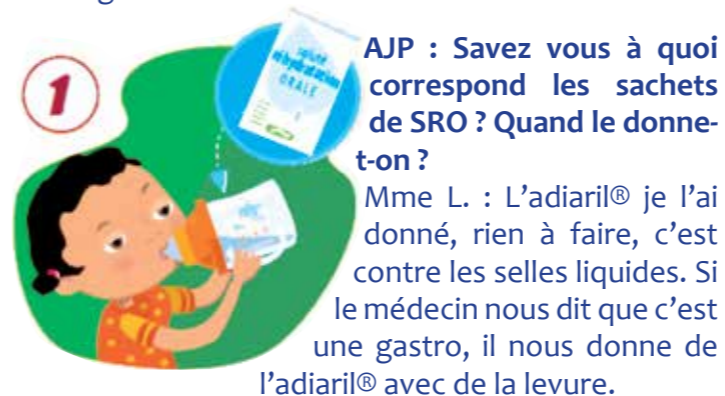
Mme L. : (NDLR : hésitation/réflexion)

AJP : Si vous hésitez, c'est qu'on a mal fait notre travail...

Mme L. : (rire) Je ne peux pas vous dire... C'est surtout le fait d'arrêter les selles qui est important. Et on a beau donner le traitement du médecin, cela ne s'arrêtait pas.

AJP : Alors justement, quel est l'objectif du traitement ? Qu'est ce que les pédiatres visent ?

Mme L. : Arrêter la déshydratation. Pour d'autres parents, c'est peut-être arrêter les vomissements ou autres mais pour mon enfant c'est ça, et c'est fulgurant.



AJP : Savez vous à quoi correspond les sachets de SRO ? Quand le donne-t-on ?

Mme L. : L'adiaril® je l'ai donné, rien à faire, c'est contre les selles liquides. Si le médecin nous dit que c'est une gastro, il nous donne de l'adiaril® avec de la levure.

AJP : Augustin, 16 mois désormais, a été hospitalisé du fait de la déshydratation liée à la GEA. Souvent les pédiatres banalisent peut-être les maladies courantes aux urgences...

Mme L. : Tant mieux, il vaut mieux car les parents peuvent être stressés.

AJP : ...Et qu'est-ce qui a pu vous marquer ou choquer aux urgences ?

Mme L. : Peut-être il y a un manque de place, mais c'est nous faire rentrer au bout de 24 heures

pour revenir après. Ce n'est pas « choquant » mais c'est prendre un risque inutile.

Ma mère travaille à l'hôpital, je sais combien ça coûte, qu'il faut 3 jours d'hospitalisation pour que ce soit rentable. Très bien, alors dites que c'est grave et faites 3 jours d'hospitalisation.

C'est du business, ça c'est choquant ! C'est trop « business ». Justement un des parents d'enfant hospitalisé était américain : Il était fou. Il disait qu'on aurait jamais vu ça aux USA. Alors ça coûte plus cher, mais ne vaut-il mieux pas que ça coûte plus cher ? C'est la santé quand même !



AJP : Lors de l'hospitalisation, qu'est-ce qui a été le plus dur pour vous ?

Mme L. : En même temps vous demandez ça à une maman qui n'est pas stressée... Non j'ai trouvé le service super, vraiment...

Pour chercher quelque chose... la médecine n'est pas une science exacte et vous avez beau avoir fait 10 ans d'étude vous ne pouvez pas mettre des mots sur chaque chose, mais le plus dur c'est de ne pas savoir, de ne pas comprendre : Augustin a fait 40°, une gastro puis une éruption cutanée intense, on posait des questions et on n'avait pas de réponses. « Oui c'est une virose », mais c'est-à-dire ? Ne pas savoir peut être embêtant car je pense à mon autre enfant, aux gens que l'on va côtoyer. Mais j'avais été très contente du service, il y a un lit pour les parents, c'était top.

AJP : Qu'est ce que vous attendez de l'équipe soignante à l'hôpital ?

Mme L. : Ce qui a manqué c'est un pro, un médecin avec une réelle expérience. A un moment, on a voulu vraiment parler à quelqu'un qui a de l'expérience et on n'en a pas eu. Et c'est important qu'il y ait un chef de service qui passe, qui voit les parents, qui explique, ça rassurerait un petit peu quand même.

Et messages aux médecins : Notez sur le carnet de santé ! Et aussi il n'y a pas eu de visite de contrôle après l'hospitalisation, c'est dommage...



AJP : Justement, nous représentons les internes de pédiatrie. Est-ce que vous avez rencontré des internes ? Dans quelles circonstances ? Quel est leur rôle ?
Mme L. : Ils ont un trop grand rôle. Je ne sais pas si c'est eux qui prennent ce rôle ou qu'on leur donne mais ils sont

énormément responsabilisés alors qu'en fait ce ne sont que des internes. Et c'est vrai quand on leur pose des questions, ils disent « je ne sais pas »

ou « je vais voir », cela fait bizarre. Vous êtes mis sur le devant de la scène, seuls, trop rapidement. Seuls parce que... Les raisons sont toujours les mêmes : pas assez de monde, business, manque de personnel, trop de malades d'un coup. C'est à la fois bien pour vous, vous êtes face au vrai boulot mais trop rapidement. En tout cas vous devriez être un peu plus épaulés.

AJP : Qu'est-ce qu'un interne selon vous ?

Mme L. : Ce n'est pas un médecin, c'est encore un étudiant. Ce n'est pas rassurant. Leur rôle ? Secondier, être le bras droit du médecin. Former un binôme cela serait super : Voir les deux, ensemble, au moins une fois par jour.

Benjamin Bueno

Vous souhaitez réagir ? Ecrivez nous sur ajpediatrie@gmail.com

L'Association des Juniors en Pédiatrie se dote d'un nouveau site web :

www.ajpediatrie.org

Retrouvez désormais toutes les informations sur les soirées AJP à travers la France, toutes les dernières actualités en pédiatrie...

...l'agenda de l'AJP, une galerie photo...

...les informations sur l'internat de pédiatrie en France, ville par ville et bien sûr toutes les informations sur le congrès de l'AJP!

Nom	Fonction
Marcus Lacroix	Président
Flora Maréchal	Vice-président
Elodie Gauthier	Responsable communication
Erwan Thomas	Secrétaire et responsable des relations AJP-France
Mathieu Bruchaud	Trésorier
Benjamin Bueno	Historien de l'AJP

Cas clinique : infection neonatale a enterovirus

Histoire clinique

Mehraj un 5^{ème} enfant issu d'un couple pakistanais non consanguin. Il est né au terme de 36 semaines d'aménorrhée et 6 jours dans un contexte de fièvre maternelle et de tachycardie fœtale.

A la naissance : PN=3290g, Apgar à 9/7/10/10, ventilation au NEOPUFF® en pression positive pendant 3 minutes puis bonne adaptation à la vie extra-utérine.

A J4 de vie : apparition d'une fièvre à 38°C avec CRP à 16mg/l puis 80 mg/l. Rapidement, apparaissent une détresse respiratoire et hémodynamique nécessitant plusieurs remplissages et une triple antibiothérapie. Transféré dans une maternité de type II, Mehraj présente toujours des troubles hémodynamiques et respiratoires associés à une thrombopénie à 42 000/mm³ et une lame d'ascite sur l'échographie hépatique. Néanmoins la CRP chute rapidement à 14 mg/l.

A J5 de vie : transfert dans votre service de réanimation néonatale devant l'aggravation clinique. L'examen clinique d'entrée montrait, hormis la détresse hémodynamique et respiratoire, une hépatomégalie et un syndrome hémorragique clinique. Biologiquement, il existait une coagulation intra-vasculaire disséminée (thrombopénie à 19000/mm³, facteurs de coagulation entre 10 et 15%, TP à 12% et TCA à 263/34), associée à une cytolyse débutante et une CRP < 10mg/l.

Les principales étiologies bactériennes, métaboliques et hématologiques ayant été éliminées : Quel grand cadre étiologique évoquez-vous en l'absence d'anamnèse en faveur d'une anoxie périnatale ? Quels en sont les 2 principaux responsables ?

Introduction

Les insuffisances hépatocellulaires néonatales (IHCN) d'origine virales sont principalement liées à 2 virus : Herpès simplex virus et les Entérovirus. En l'absence de contexte herpétique maternel et devant la fréquence des infections néonatales à Entérovirus, une atteinte hépatique liée à ce dernier était le premier diagnostic à évoquer dans ce dossier.

Les infections néonatales à Entérovirus (INE) sont une cause fréquente de sepsis en période néonatale (3% des sepsis néonataux (1)). Le mode

de transmission est à la fois anténatal, per-partum et post-natal. Ce dernier mode de transmission est responsable de fréquentes épidémies dans les maternités avec un taux d'attaque parfois important.

Manifestations cliniques

La présentation clinique des INE est très variée allant de l'infection asymptomatique à l'infection fulminante parfois fatale notamment en cas de myocardite ou d'hépatite. La sévérité des INE dépend des défenses de l'hôte et de la virulence du sérotype impliqué (Coxsackie A / B, Entérovirus 71, Echovirus...). Les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés sont la fièvre, une asthénie et une irritabilité. Une éruption maculo-papuleuse aspécifique est observée dans environ 50 % des cas (2). Les autres manifestations cliniques comprennent une détresse respiratoire et des troubles digestifs (vomissements, diarrhée voire entérocolite ulcéro-nécrosante).

Environ 50 % des nouveau-nés atteints présentent une hépatite ou un ictère et une hépatomégalie est présente dans 20 % des cas (2, 3). L'hépatite peut évoluer en hépatite fulminante avec cytolyse hépatique, ictère et coagulation intra-vasculaire disséminée dont le pronostic est sombre (plus de 30 % de décès) (4).

Les autres localisations engageant le pronostic vital sont les atteintes neurologiques (méningo-encéphalite) et cardiaques (myocardites).

Diagnostic microbiologique

- ♦ **Culture** : à partir d'échantillons de selles, d'aspirations pharyngo-trachéales ou de liquide céphalo-rachidien, identification possible du sérotype.
- ♦ **Sérologie** : peu sensible, aucun antigène universel présent sur tous les types d'Entérovirus.
- ♦ **RT-PCR** : à partir d'échantillons sanguins, de liquide céphalo-rachidien, de selles ou d'aspiration pharyngo-trachéales.

Insuffisance hépatocellulaire en période néonatale

L'IHCN est rare mais est grevée d'une lourde mortalité. Elle est définie (5) par la survenue pendant les 4 premières semaines de vie d'un

tableau associant :

- ♦ Un INR $\geq 1,5$ non corrigé après administration de vitamine K et en présence d'une encéphalopathie hépatique (rarement présente, d'apparition tardive et de diagnostic difficile en période néonatale) OU
- ♦ INR ≥ 2 indépendamment de la présence ou de l'absence d'encéphalopathie hépatique.
- ♦ Des signes biologiques de défaillance hépatique.
- ♦ Le tout en l'absence d'hépatopathie chronique sous-jacente connue.

Les étiologies sont variées mais quelques éléments simples cliniques et paracliniques permettent d'orienter le diagnostic :

- **Hémochromatose néonatale** : cause la plus fréquente, atteinte auto-immune (auto-anticorps maternel) sur terrain génétique, augmentation de la ferritine et du coefficient de saturation de la transferrine.
- **Lymphohistiocytose hémophagocytaire primaire** : déficit congénital des fonctions cytotoxiques des lymphocytes T et des cellules natural killer, transmission autosomique récessive.
- **Infections virales** : Herpès simplex virus, Entérovirus, Adénovirus, Parvovirus.
- **Maladies métaboliques** : galactosémie (diagnostiquée sur le dosage de la galactose-1-phosphate uridyl-transférase (GALT), diminuée), tyrosinémie de type 1 (absence de fumaryl-acéto-acétate hydrolase), intolérance au fructose et certaines cytopathies mitochondriales.
- **Autres causes** : anoxie-ischémie (IHCN généralement réversible dans les 1^{ères} semaines de vie), intoxication maternelle au Paracétamol.

La prise en charge initiale consiste, dans un premier temps, à traiter toutes les principales causes jusqu'à obtention des premiers résultats :

- ♦ Transfert vers un centre spécialisé.
- ♦ Transfusion plaquettaire, de PFC et de culot globulaire selon la clinique et la biologie.
- ♦ Alimentation sans lactose.
- ♦ Aciclovir IV.
- ♦ Antibiothérapie (Céfuroxime / Amoxicilline) et antifongique (Fluconazole / Amphotéricine) : en effet, l'insuffisance hépatocellulaire est responsable d'un déficit immunitaire secondaire.

- ♦ Administration de vitamine K 1 fois par jour et de N-acétylcystéine jusqu'à obtention d'un INR normal.
- ♦ Maintien d'une glycémie $> 4 \mu\text{mol/l}$.
- ♦ Benzoate de Sodium en cas d'encéphalopathie hépatique.
- ♦ Prévention de l'ulcère gastroduodéal.

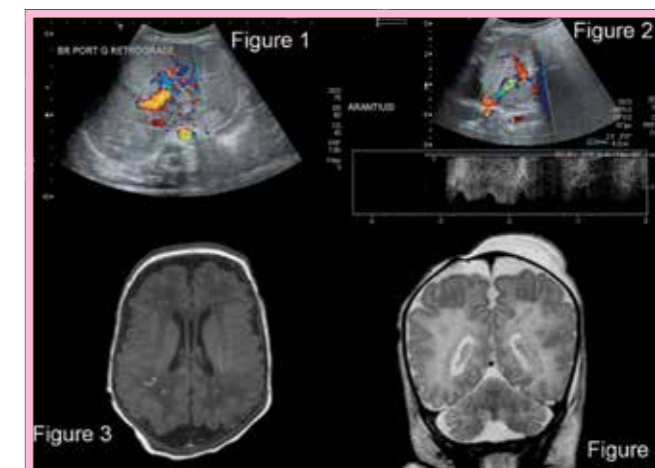
INE et insuffisance hépato-cellulaire

Les principaux Entérovirus impliqués dans les hépatites à Entérovirus sont l'Echovirus, Coxsackie A et B. En cas d'IHCN à Entérovirus, le taux de mortalité est de 25 à 40 % (4). Les facteurs prédictifs de mortalités en cas d'IHCN à Entérovirus sont la myocardite, l'encéphalite et l'hémorragie cérébrale.

Prise en charge spécifique : 2 traitements sont actuellement utilisés (6) dans les IHCN à Entérovirus :

- **Immunoglobulines IV** : Leur utilisation dans le traitement des infections sévères à Entérovirus a débuté lors des larges épidémies asiatiques et chez les patients présentant des déficits immunitaires. Le seul essai randomisé (7) évaluant l'impact des IgIV dans ces infections n'a montré qu'un bénéfice modéré (diminution de la virémie et de la virurie).
- **Antipicornavirus** : le Pleconaril est utilisée depuis plusieurs années aux Etats-Unis dans les infections sévères à Entérovirus mais il est indisponible en France pour le moment. Néanmoins, la plupart des études menées sur son efficacité ne montre pas de bénéfice majeur sur la morbi-mortalité.

Evolution



A J6 de vie : PCR entérovirus positive dans le sang et la trachée (identification d'un Echovirus 11), et augmentation de l'interféron sanguin.

Au cours de l'évolution, les divers examens d'imagerie réalisés chez Mehraj ont montré des signes d'hypertension portale, reverse flow de la branche portale gauche et reperméabilisation du canal d'Arantius, (fig.1), des hémorragies cérébrales punctiformes diffuses (fig.1), et un céphalématome en regard du trajet de cathéter central (fig.3).

Devant la sévérité et la persistance du tableau clinico-biologique, d'autres causes potentiellement associées à l'entérovirus ont été recherchées. Un myélogramme, un dosage de la GALT et des immunoglobulines, une étude des sous-populations lymphocytaires, un spot test pour la galactosémie, un profil des Acylcarnitines, des chromatographies des acides aminés sanguins et urinaires et une chromatographie des acides organiques urinaires ont été réalisés et sont tous revenus normaux.

Malgré une prise en charge intensive comprenant de multiples transfusions de plasma frais congelés et de culots plaquettaires, l'insuffisance hépatocellulaire a persisté. Mehraj est décédé à 1 mois et ½ de vie dans un tableau d'hémorragie digestive et pulmonaire (fig. 3).



Figure 5 - Hémorragie pulmonaire

La biopsie hépatique pré-mortem a montré une destruction sub-massive des hépatocytes remplacée par une réaction ductulaire de régénération, une stéatose micro-vacuolaire minime. Comme dans la littérature le confirme, il n'a pas été retrouvé d'inclusion virale intra-hépatocytaire.

Conclusion

Les infections néonatales à Entérovirus recouvrent un grand nombre de manifestations allant de l'infection asymptomatique à l'insuffisance hépatocellulaire fatale dans 1/3 des cas.

En cas de suspicion ou de confirmation d'une infection néonatale à Entérovirus, il est indispensable de craindre et de rechercher des signes cliniques et biologiques (bilan hépatique et d'hémostase, surveillance de l'ECG, échographie cardiaque) en faveur d'une complication pouvant être fatale.

Matthieu Bendavid
Dr Frédéric Dugelay

Bibliographie

1. **Enterovirus infections in neonates.** Marc Tebruegge, Nigel Curtis. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine.* 2009.
2. **Profile of enterovirus disease in the first two weeks of life.** Abzug MJ, Levin MJ, Rotbart HA. *Pediatric Infectious Disease Journal.* 1993.
3. **Neonatal enterovirus infections : emphasis on risk factors of severe and fatal infections.** Lin TY, Kao HT, Hsieh SH, et al. *Pediatric Infectious Disease Journal.* 2003.
4. **Prognosis for neonates with enterovirus hepatitis and coagulopathy.** Abzug MJ. *Pediatric Infectious Disease Journal.* 2001.
5. **Pediatric Acute Liver Failure (PALF) study group :** www.palfstudy.org
6. **Presentation, diagnosis, and management of enterovirus infections in neonates.** Abzug MJ. *Paediatric Drugs.* 2004.
7. **Neonatal enterovirus infection : virology, serology, and effects of intravenous immune globulin.** Abzug MJ, Keyserling HL, Lee ML, Levin MJ, Rotbart HA. *Clinical Infectious Disease.* 1995.

Vous souhaitez nous faire partager votre expérience clinique ? Vous souhaitez une mise au point sur un domaine particulier ? Ecrivez-nous ! ajpediatrie@gmail.com
Rejoignez nous aussi sur la page facebook de l'AJP : www.facebook.com/AjPediatrie ou sur notre site internet www.ajpediatrie.org

La spécialisation en pédiatrie dans un pays d'Afrique Sub Saharienne : Le Cameroun

Le Cameroun est un pays du golfe de Guinée, sur la façade occidentale de l'Afrique. Avec 475 442 Km² et une population estimée aujourd'hui à plus de 20 millions d'âmes, c'est un pays de taille moyenne en Afrique sub-saharienne.

Il possède une tradition médicale relativement ancienne avec la première promotion de médecins formés sur place sortis en 1975. Jusqu'en 1998, le pays compte une seule faculté de médecine située à Yaoundé, la capitale. La Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (F.M.S.B) de l'Université de Yaoundé I a pour ancêtre le Centre Universitaire des Sciences de la Santé (C.U.S.S) qui est une fierté nationale pour avoir formé plusieurs générations de médecins. Depuis lors, le panorama médical s'est enrichi de plusieurs autres facultés de médecine.

Les études de médecine au Cameroun

Les études médicales se déroulent sur 6 années avec 3 années de sciences fondamentales : anatomie, physiologie, pathologie etc. et 3 années de clinique (4^e, 5^e et 6^e année). Les années cliniques s'articulent autour de stages en milieu hospitalier. Les stages hospitaliers se déroulent dans les services des quatre principales spécialités médico-chirurgicales (médecine interne, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et chirurgie) sur des périodes allant de un à quatre mois.

En 6^{ème} année des études médicales, les stages hospitaliers durent un mois chacun et le reste de l'année académique est consacrée à un stage dit de « médecine intégrée » lors duquel l'étudiant en médecine finissant est confronté, en situation réelle, à l'exercice de la médecine. Ces stages de médecine intégrée se déroulent habituellement dans des hôpitaux périphériques, situés dans diverses régions du pays.

Ils sont bien sûr encadrés par des médecins référents qui ne sont pas forcément enseignants



Cérémonie de remise des diplômes et prestation de serment devant le buste d'Hippocrate

à la faculté de médecine, mais l'étudiant est encouragé à l'autonomie autant que faire se peut dans la prise en charge des patients de l'accueil du patient à sa sortie de l'hôpital, bref, en 6^{ème} année de médecine, les étudiants fonctionnent déjà comme des médecins assurant la prise en charge des patients, les visites dans les services d'hospitalisation et pour les plus téméraires, leurs premières interventions chirurgicales sous supervision (césariennes, cures de hernie etc.).

A l'issue de ce stage, l'étudiant a déjà pris la mesure de la tâche, beaucoup d'assurance et une bonne « petite » expérience pour affronter dans les mois qui suivent, la profession de médecin généraliste. A l'issue des 6 années de médecine, l'étudiant présente une thèse et devient docteur en médecine. Ce titre lui permet l'inscription au tableau de l'ordre national des médecins et lui ouvre l'exercice de la profession médicale en tant que médecin généraliste.

Tous les médecins formés par la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales sont recrutés dès la fin de leurs études médicales par le Ministère de la Santé Publique et affectés dans des hôpitaux afin d'y exercer, avec le statut de fonctionnaire.

La spécialisation en pédiatrie

Le retour à la faculté dans le cadre de la spécialisation encore appelée résidanat (de l'anglais residency) se fait sur un concours qui est ouvert aux praticiens ayant exercé au moins deux années après leur doctorat. Il est volontaire et non obligatoire.

La durée de la spécialisation en pédiatrie est de 4 années soit 8 semestres et se déroule dans les hôpitaux de la capitale Yaoundé (il y en a trois actuellement). La formation est d'emblée pratique, puisque les résidents (internes) ont tous déjà au moins deux ans d'exercice dans les cordes. Ainsi, il s'agit non pas de découvrir la spécialité, mais bien de parfaire une pratique généralement déjà assez assise.

La formation de pédiatrie passe par des stages hospitaliers qui occupent l'essentiel du temps de formation et par des séminaires, des cours et autres symposia organisés par la faculté ou par le département de pédiatrie.

Les activités à l'hôpital sont celles de tout service de pédiatrie générale ou spécialisée (néonatalogie, neuropédiatrie, oncologie, hématologie...) où le résident occupe un rôle central sous la supervision des enseignants et/ou des séniors. Les gardes assurent la continuité du service, elles sont « séniorisées » avec un séniord'astreinte. Le résident assure donc tout seul la garde et présente le rapport de garde le lendemain à l'équipe entrante. Dans les cas

difficiles, le séniord peut être joint par téléphone et au besoin se déplacer pour aider à la gestion d'un cas compliqué.

Selon les hôpitaux et leur organisation, le nombre de passages en garde varie de 20 à 60 entre 15H30 et 8H le lendemain. Selon les centres également, le résident est susceptible d'être appelé en maternité pour une césarienne d'urgence, un accouchement à risque ou pour un nouveau-né en détresse. Les journées sont bien remplies, la charge de travail reste importante et la formation très gratifiante car le fait d'être seul à gérer les problèmes en garde permet une autonomisation beaucoup plus rapide dans la prise des décisions face aux urgences pédiatriques.

Principales urgences pédiatriques

Les pathologies rencontrées sont aussi diverses que variées, le paludisme constitue 40 % des consultations, des hospitalisations et des dépenses de santé des ménages. Le Cameroun est aujourd'hui en zone de chloroquino-résistance et le traitement du paludisme simple repose depuis plusieurs années déjà sur des bi-thérapies avec des dérivés de l'artémésinine tandis que la prise en charge du paludisme grave fait appel à des perfusions de quinine par voie intraveineuse. L'anémie sévère, complication majeure du paludisme grave et de la maladie drépanocytaire, représente avec les déshydratations sévères, la malnutrition sévère, les infections bactériennes sévères et les convulsions, les principales urgences pédiatriques dans notre



Dr Dominique Enyama

contexte. La pathologie chirurgicale (IIA, péritonite aiguë par perforation surtout typhique) n'est pas rare de même que les complications d'affections chroniques telles que l'infection à VIH/SIDA, la drépanocytose et la malnutrition sévère.

L'absence de sécurité sociale, la pauvreté et les consultations tardives rendent compte d'une mortalité élevée mais beaucoup d'enfants ont la vie sauve grâce aux efforts d'équipes d'infirmières et de médecins qui travaillent souvent dans des conditions difficiles. Le niveau de pratique et des connaissances théoriques est tout à fait optimal, seul manque le matériel d'appui (scopes, streptatest, parfois oxygène) mais ce n'est pas fondamentalement ces équipements qui soignent les malades, mais les hommes qui s'en occupent.

Association des résidents en pédiatrie

Les résidents en pédiatrie sont constitués en une association qui s'appelle ARPEC (Association des Résidents en Pédiatrie du Cameroun) qui fait le lien entre les autorités universitaires, les divers partenaires (firmes pharmaceutiques et laboratoires) et les résidents. C'est un groupe très

actif qui accueille les nouveaux arrivants dans la spécialisation, renforce les liens et véhicule les informations.

Pourquoi pas un stage de pédiatrie au Cameroun ?

Personnellement, je suis convaincu qu'un stage de pédiatrie au Cameroun pourrait beaucoup apprendre à ceux qui s'intéressent à la pédiatrie ; les gestes sont « faciles » et courants (quasiment pas de garde sans une ou deux ponctions lombaires, une transfusion sanguine en catastrophe pour une anémie palustre sévère à moins de 5 gr/dL ou une réhydratation d'urgence sur une gastroentérite avec déshydratation sévère et pré-choc !).

Il n'existe malheureusement pas à ma connaissance d'accords avec les facultés françaises et même si les stages vous sont accordés au Cameroun, ce sera sans doute à titre bénévole. Il faudrait ensuite pouvoir se loger, se nourrir et se déplacer. Mais avec du soleil quasiment toute l'année et un peu le goût de l'aventure, cela peut s'avérer une expérience très enrichissante sur le plan médical comme sur le plan personnel.

Dr Dominique ENYAMA



Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

Vous avez fait vos études de médecine hors de France ? Vous souhaitez faire partager votre expérience et votre arrivée en France ? Ecrivez-nous sur ajpediatrie@gmail.com

Rejoignez nous sur notre page facebook !

AU PROGRAMME

Pour ceux qui veulent, on organise un petit pot dans Paris le vendredi soir, et une nuit chez l'habitant (les internes parisiens qui ont de quoi loger) : amis des régions, nous vous attendons nombreux !

Samedi 6 avril 2013

- Dès 10h00 : Accueil des participants au Golf Hôtel , Bussy St Georges
- 11h00 - 13h30 On se retrouve autour d'un brunch
- 13h30 - 14h00 : topo Nestlé
- **14h - 16h00 : Médecine interne de l'enfant**
- 16h00 - 16h30 : pause café/ateliers
- **16h30 - 18h00 : Problématiques hospitalières**
- 18h - 19h : communications orales par les internes
- A partir de 20h00 : dîner et soirée

Dimanche 7 avril 2013

- 08h00- 09h00 : petit déjeuner
- **09h00 - 10h30 : Demandez le spécialiste !**
- 10h30 - 11h : pause café/ateliers
- **11h00 - 12h30 : Les hormones, ça trompe**
- 12h30 - 13h00 : remise des prix (posters, topos et surprises) et mise au point AJP
- 13h00 - 14h00 : déjeuner + café détente
- **14h00 - 15h30 : Problématiques du pédiatre de ville**
- 16h00 : fin du congrès

Le lieu du congrès



Accès à l'hôtel

- ♦ **Par la Route** : A4 direction Metz Nancy, sortie n°12 Bussy St Georges (25km de Paris)
- ♦ **Par Métro** : Ligne A du RER, station Bussy St Georges. **Navette gratuite de l'hôtel à la station**
- ♦ **Par Train** : Gare TGV de Marne-la-Vallée Gare de Chessy 8 km de l'hôtel (2 stations de RER)
- ♦ **Par Avion** : Aéroport de CDG et d'Orly (25km de l'hôtel). Vatry (125km)

10^{ème} congrès



PARIS 2013
du 6 au 7 avril

I N S C R I S - T O I ! !



D È S M A I N T E N A N T

ACCUEIL SYMPA,
PROGRAMME EXCEPTIONNEL,
SOIRÉE ENDIABLÉE ET AUTRES SURPRISES
SAVE THE DATE !

Attention : nombre de places limité



*Nom : *Prénom : *Ville d'origine :

*Numéro de téléphone : *Adresse e-mail :

Date et heure prévue d'arrivée : Moyen de locomotion (voiture, train, autre) :

Intention d'arriver le vendredi 5 avril et participer au pot d'accueil dans Paris : Oui Non

Besoin d'un hébergement le 5 avril au soir : Oui Non

Poster et/ou présentation avec le super prix de 50 euros à la clé Poster Présentation

Envoyer ce bulletin et un chèque de participation de 60 euros à l'ordre de l'AJP à Noémie Lavoine, 12 rue Malher – 75004 Paris (06.22.75.87.35 ou ajpediatrie@gmail.com)

*obligatoires pour l'inscription

Promouvoir la recherche en pédiatrie

Retour sur le congrès de la Société Française de Pédiatrie : Bordeaux 2012

La Société Française de Pédiatrie (SFP), en tant que société savante, se donne pour mission de promouvoir la Recherche en Pédiatrie. Le congrès de la SFP est l'occasion, chaque année, de rappeler son importance.



La pédiatrie, tant dans sa généralité que ses nombreuses spécificités, est une discipline difficile à étudier. Sur le plan pratique, un enfant ne ressemble en rien à un adulte en miniature, nous le savons tous. Sur le plan scientifique, elle peut se rattacher à de nombreuses disciplines d'organe, mais tout de même, ce n'est jamais tout à fait pareil quand on étudie un organisme en développement. La recherche clinique le sait bien, tant il est difficile de mettre en place des essais thérapeutiques en pédiatrie, souvent bien longtemps après qu'un nouveau médicament ait

déjà depuis bien longtemps obtenu l'AMM chez l'adulte...

Comme le rappelle au cours du congrès le Pr Régis Hankard, Président du comité scientifique de la SFP et coordinateur du Comité Interface Inserm Pédiatrie (CIIP), « la recherche contribue directement à la qualité des soins ». Il ne s'agit pas de penser de façon cloisonnée au chercheur cloîtré dans son laboratoire et bien en dehors de considérations basement pratiques d'un côté, et au clinicien uniquement préoccupé par ses patients de l'autre. La réalité est faite de ponts qu'il faut savoir construire et emprunter pour faire avancer la discipline.

Pour cela, la SFP met l'accent sur la formation des internes, et potentiels jeunes chercheurs en Pédiatrie, pour qui le projet de recherche est loin d'être une évidence. Comment encourager les jeunes internes à s'engager dans un projet de recherche ? Pour le master 2, plusieurs écueils : trouver un laboratoire d'accueil, construire un projet de recherche solide sans maîtriser le sujet, trouver un financement. La SFP et le CIIP ont réfléchi à élaborer des réponses concrètes



à ces problèmes souvent rébarbatifs : création d'un annuaire des équipes de recherche qui accueillent des jeunes pédiatres en formation, journées annuelles de formation à la recherche en pédiatrie, multiplication des prix de recherches alloués aux jeunes médecins.

Fait notable en ce sens en 2012 : l'AJP est fière de pouvoir, en son nom et grâce à la SFP, attribuer un prix de Master 2 de 15k€ à un interne en pédiatrie membre de l'association.

Car l'AJP a avant tout vocation à soutenir les internes pendant leur formation. Et promouvoir la recherche fait partie des fondamentaux à l'origine de la création de l'association en 1997.



Elle remercie donc la SFP pour lui accorder la possibilité de s'y tenir.

De façon pratique, voici quelques pistes à suivre si vous êtes curieux :

La formule simple auditeur : assister à la journée formation de la SFRP le 21 décembre 2012 à Paris-Cochin. Pour cela, renvoyez le bulletin d'inscription avant le 30 novembre (cf. page 29)

La formule sans engagement : présenter un poster ou une communication orale au congrès de l'AJP (dates : 6-7 avril 2013, lieu : Paris). Pour cela, adressez votre projet par mail : ajpediatrie@gmail.com

La formule chercheur affirmé : en quête de financement pour un M2 voire une thèse d'Université, rendez-vous sur le site de la SFP <http://www.sfpediatrie.com> où vous trouverez l'appel d'offres des prix SFP 2013. Attention date limite de dépôt le jeudi 13 février 2013 (dossier de candidature disponible début novembre sur le site de la SFP). Pour trouver un laboratoire d'accueil (liste 2012 des unités labellisées : <http://www.comites-d-interface.inserm.fr/cint/comites/pediatrie>).

La formule chercheur confirmé : trouver des financements, être orateur en congrès, je n'ai rien à vous apprendre ! On aura sans doute la chance de vous voir à Clermont-Ferrand, au Congrès 2013 (dates : 15-16-17 mai 2013), inscriptions également sur le site de la SFP.

A bientôt en labo, en congrès, à l'hosto, ou ailleurs !

Noémie Lavoine

Pour plus d'information : www.ajpediatrie.org ou ajpediatrie@gmail.com

Devenir pédiatre en CAMSP

Quand as-tu voulu devenir pédiatre ?

De mémoire, au collège déjà je disais que je voulais soigner les enfants. Aucune idée d'où cela venait : je n'ai aucun médecin dans ma famille et je n'avais jamais consulté un pédiatre de ma vie. Cette idée est restée... jusqu'à l'externat. Là, à chaque stage hospitalier on me disait : « Mais tu ne vas tout de même pas faire ça ! Pas de la médecine vétérinaire ! ». Je me suis alors mise à envisager d'autres spécialités mais... finalement j'ai choisi la pédiatrie.

Comment s'est déroulé ton internat ?

Je me revois encore en début d'internat : « Dans quel service de spécialité tu voudrais passer ? ». Et moi de répondre : « Je ne sais pas trop, tout ce que je sais c'est que la neuro, non merci. Pour voir des encéphalopathes toute la journée, même pas la peine... ». Chemin faisant, et après un stage aux urgences pédiatriques, je me suis rendue compte que le suivi prolongé et global des patients, c'était primordial pour moi. Au fil de l'internat, je me suis rendue compte que j'aimais beaucoup la clinique, que je n'étais pas la meilleure interne du monde pour diagnostiquer le syndrome rare qui touche 1 enfant sur 100 000. Par contre, l'accompagnement dans les annonces diagnostiques, le suivi prolongé et le soutien à la parentalité : j'aimais ça et j'étais plutôt bonne. Mais je ne savais toujours pas quoi faire...

Par contre, le milieu hospitalier m'irritait de plus en plus et je devais travailler ailleurs pour mon équilibre mental et physique à terme. A l'occasion de mon congé maternité, en fin de 2^{ème} année d'internat, j'ai enfin réussi à « me poser » pour réfléchir. Rien de mieux qu'une longue pause pour faire le point ! En me documentant à droite à gauche pour un métier qui allie prise en charge médicale globale et une qualité de vie supérieure à celle de l'hôpital, je me suis intéressée au secteur médico-social, et notamment au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce : Les CAMSP !

Le CAMSP prend en charge les enfants de 0 à 6 ans, à risque de handicap ou présentant un handicap afin d'effectuer leur suivi et d'organiser une prise en charge rééducative si besoin et accompagne les parents. Grâce à une amie interne, j'ai pu passer quelques journées d'observation dans un CAMSP parisien : J'ai pu voir le rôle des médecins, la prise en charge par les différents rééducateurs (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, éducateur de jeunes enfants, pédo-psychiatre) mais aussi les limites de telle structure : horaires limités pour les parents, manque de personnel, accès limité aux examens complémentaires. J'avais trouvé ma voie : travailler dans le médico-social, avec une compétence neurologique. J'ai donc orienté mes derniers stages hospitaliers en ce sens : génétique médicale, neurologie pédiatrique puis rééducation neurologique. Tous ces stages m'ont conforté dans ce choix et également dans le fait que je voulais quitter l'hôpital au plus vite.

Pas de clinicat pour moi. Bien sûr, j'aurai moins d'expérience en neurologie mais est-ce que cela vaut la peine de s'user la santé, de ne pas voir grandir ses enfants et de risquer le divorce ? Pour moi la réponse était clairement NON ! Certains



PUPH ne l'ont pas compris, et d'autres (peu nombreux) m'ont dit que le clinicat n'était pas indispensable pour cette voie.

Comment as-tu trouvé un poste après l'internat ?

La fin d'internat arrivant, j'ai débuté le DIU de Neurologie Pédiatrique. J'ai également envoyé des CV, 6 mois avant ma soutenance de thèse, poussée par certains de mes chefs. Le milieu médico-social est assez petit, ce qui fait qu'il y a peu de postes. Mais lorsqu'un poste est vacant, il n'y a pas forcément beaucoup de candidats. J'ai donc eu la chance de trouver un poste à mi-temps dans un CAMSP parisien. L'avantage du mi-temps : je peux conserver une activité de pédiatrie générale pour m'occuper d'enfants « normaux ».

Quel est ton rôle de pédiatre en CAMSP ?

Mes fonctions sont multiples : Je prends en charge des enfants de moins de 6 ans. Certains sont « à risque de handicap » comme les anciens grands prématurés, je les vois en consultation trimestrielle pour m'assurer de leur développement psychomoteur et initier une prise en charge précoce si besoin. D'autres sont adressés car ils présentent déjà un trouble du développement (trisomie 21, X fragile, hémiplégie, retard de développement global, leucodystrophie, maladie neuro-dégénérative), et je suis leur évolution en proposant une prise en charge rééducative adaptée, en fonction de l'enfant mais aussi des contraintes en personnel. Je donne également un avis sur les appareillages en lien avec les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes. Les enfants ayant une pathologie à dominante psychiatrique sont plutôt orientés en CMPP, en CMP ou bien avec les pédo-psychiatres du CAMSP. Un autre de mes rôles est l'accompagnement à l'intégration de l'enfant (crèche, école ordinaire, soutien avec AVS, orientation en IME), où l'avis du médecin est important pour conseiller au mieux les familles. Tout ce travail se fait en lien avec l'équipe médicale hospitalière qui suit déjà l'enfant.



Quelles sont les conditions de travail et l'évolution de carrière ?

Question salaire, nous ne sommes pas mal lotis dans le milieu médico-social avec un salaire en début de carrière qui équivaut à celui d'un PH débutant, et tout ceci aux 35 heures et sans astreinte ni garde. L'évolution de carrière est toutefois moins diversifiée : la seule évolution au sein d'un CAMSP c'est d'être promu médecin directeur technique, donc responsable administratif de la structure. Après, il existe d'autres structures dans le milieu si on veut changer d'air : les SES-SAD ou les IME, avec des populations d'enfants totalement différentes.

Bref, j'ai réussi à trouver une activité médicale variée, intéressante et épanouissante qui me convient. Et finalement, je ne vois pas tant d'encéphalopathes que ça... ;-) Et n'en déplaise à certains, sans passer par un clinicat qui nous est présenté comme « passage obligé » pour tout interne en pédiatrie qui se respecte.

Dr Laëticia DELBÉ-BERTIN,
Pédiatre fraîchement diplômée, Paris

**Vous êtes jeune thésé ?
Vous voulez nous faire partager votre parcours ?
Ecrivez nous !
ajpediatrie@gmail.com**

L'histoire d'une découverte scientifique se résume-t-elle à sa publication ?

Si l'on vous parle de la découverte de la double hélice d'ADN, vous répondez - sans l'ombre d'une hésitation bien sûr - « Watson et Crick ! Publié en 1953 (1), Prix Nobel 1962 ! ». C'est donc cela l'histoire d'une découverte, l'auteur et la date de publication d'un article scientifique ?

Mais qu'est-ce qu'un article scientifique ? D'un point de vue strictement technique, c'est un texte de quelques pages, synthétisant un travail médical, dans le but de faire partager ses connaissances et de faire avancer la médecine.

Mais ce qu'en retient l'Histoire, c'est une trace datée, signée, des grandes découvertes scientifiques. L'Histoire est friande de héros. Elle imagine le découvreur solitaire, isolé dans un laboratoire sombre, travaillant sans relâche à ses expériences absconses jusqu'à l'« Eurêka » qui le conduira à la gloire. L'Histoire, mauvaise lectrice, ne retient souvent que le premier auteur comme glorieux découvreur, laissant parfois dans l'ombre ceux et celles qui ont participé au travail. Certains l'ont bien compris, et ont astucieusement récolté seuls les fruits d'un travail collectif. D'autres ont même tenté de s'emparer de la découverte de leur concurrent.

La découverte de la trisomie 21 et celle du virus HIV illustrent bien le rôle clé joué par la publication scientifique dans l'écriture de l'histoire des sciences.

Découverte de la trisomie 21 : de l'importance d'être premier auteur.

La paternité de la découverte de l'anomalie chromosomique responsable du « mongolisme », la trisomie 21, est communément attribuée au Pr Jérôme Lejeune, pédiatre et généticien français, considéré comme l'un des pères de la génétique médicale française. C'est aussi quelqu'un de controversé, de par ses positions farouchement anti-avortement et anti-contraception.



Dans les années 1950, le syndrome de Down, décrit en 1866 par le médecin anglais John Langdon Down, est encore connu en France sous le nom de mongolisme. Le Professeur Turpin à l'hôpital Trousseau à Paris, travaille depuis longtemps sur cette maladie. Il a comme hypothèse étiologique une anomalie chromosomique, car le mode de transmission n'est pas mendélien, et il remarque que les femmes âgées donnent plus souvent naissance à des enfants mongoliens. Jérôme Lejeune est alors chargé de

recherche CNRS dans le service de Raymond Turpin. Il étudie et photographie les empreintes digitales comparées des jeunes mongoliens, de témoins et de primates.

En 1956, Joe-Hin Tijo et Albert Levan établissent le premier caryotype humain, à l'aide d'un nouveau procédé de culture cellulaire (2). Raymond Turpin a alors l'idée de décompter les chromosomes d'enfants mongoliens. Malheureusement, personne en France ne maîtrise ces nouvelles techniques de cultures cellulaires. Personne, sauf Marthe Gautier, jeune chef de clinique dans son service.

Pédiatre de formation, Marthe Gautier se destine à la cardiologie pédiatrique. Avant de prendre un poste en cardiologie infantile à l'hôpital Bicêtre, elle effectue un stage à Harvard en 1955 afin de parfaire ses connaissances en cardiologie pédiatrique. Afin de financer son séjour, son contrat prévoit un mi-temps de technicienne dans un laboratoire de culture cellulaire. Revenue en France, son poste à Bicêtre lui est passé sous le nez. Elle atterri finalement à Trousseau, chez le Professeur Turpin. C'est en mettant en application ses techniques de culture cellulaires, qu'elle parviendra, dans un laboratoire de fortune, à mettre en évidence la trisomie 21. Ne disposant pas de microscope permettant de photographier ses cellules, c'est Jérôme Lejeune qui s'en

charge, dans son laboratoire mieux équipé. En 1959, la publication dans *les Comptes-Rendus de l'Académie des Sciences* de cette découverte rendra son premier auteur mondialement célèbre (3). Marthe Gautier reprendra la route de la cardiologie pédiatrique (4).

La découverte du VIH : chercher méthodiquement, publier astucieusement.

La querelle opposant l'équipe française de Luc Montagnier et Françoise Baré-Sinoussi à l'équipe américaine du Professeur Gallo, concernant la paternité de la découverte du virus du sida est bien mieux connue et a largement dépassé les milieux scientifiques. Il aura fallu des années pour que la communauté scientifique reconnaisse la primauté de l'équipe française. Tout aurait peut-être été plus simple, si l'équipe française avait pu mieux exposer ses travaux.

Nous sommes en 1983, en pleine émergence du sida. Les équipes du monde entier s'affairent à en découvrir l'agent infectieux responsable. L'équipe du Pr Gallo est déjà célèbre, pour avoir découvert en 1980 les premiers rétrovirus, les Human T cell-Leukemia Virus (HTLV) 1 et 2. Pour lui, l'agent responsable du sida est sûrement un HTLV, possiblement un nouveau membre, qu'il baptisera plus tard HTLV3. Utilisant certaines techniques élaborées par Gallo, notamment la culture lymphocytaire T en présence d'IL2, l'équipe de Pasteur isole, dans un prélèvement ganglionnaire d'un patient atteint du sida, un nouveau rétrovirus, baptisé *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV). Pourtant, peu habitués aux grandes conférences internationales, et écrasés par la machine à publication américaine, les français peinent à publier leur découverte. Gallo, intéressé, leur facilite l'accès à la revue *Science*. Le 20 mai 1983, *Science* publie l'article français (5) : « *Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS).* » On remarque tout de suite que *T-lymphotropic retrovirus* pourrait



presque s'abrégé par... HTLV... Titre peu percutant pour signifier qu'on a découvert un nouveau virus qu'on pense différent des HTLV... Arrangée par Gallo, qui en aurait même rédigé - à son avantage - l'abstract, la publication de cet article majeur est accompagnée de celle de 4 autres articles et d'un éditorial sur le rôle des HTLV dans le sida. Voilà comment Gallo, par un tour de passe-passe éditorial, a réussi à noyer la découverte française. Il ira même l'année suivante par faire renommer « ses » virus HTLV de **Human T-Leukemia Virus** en **Human T-lymphotropic Virus**... En 1984, Robert Gallo annonce avoir découvert un nouveau rétrovirus, l'HTLV-3, responsable du sida. Il faudra attendre 1986 pour prouver l'unicité des virus LAV et HTLV-3, renommés alors VIH (appartenant à la famille des lentivirus, à la différence des HTLV).

En 2008 est inauguré à l'hôpital Trousseau à Paris une plaque commémorative, 50 ans après la découverte de la trisomie 21. Marthe Gautier y figure en première place. La même année, Luc Montagnier et Françoise Baré-Sinoussi reçoivent le prix Nobel - sans Robert Gallo - pour la découverte du VIH.

Ces deux découvertes nous montrent l'importance de la publication scientifique dans l'Histoire des sciences. Mais elles nous montrent surtout que derrière la façade de la publication, l'histoire d'une découverte est souvent bien plus complexe et riche qu'un simple « Dupont, et al ».

Martin Castelle

1. WATSON JD, CRICK FH. The structure of DNA. *Cold Spring Harb. Symp. Quant. Biol.* 1953;18:123-31.
2. Harper PS. The discovery of the human chromosome number in Lund, 1955-1956. *Hum. Genet.* 2006 Mar;119(1-2) : 226-32.
3. LEJEUNE J, TURPIN R, GAUTIER M. [Mongolism; a chromosomal disease (trisomy)]. *Bull. Acad. Natl. Med.* 1959 Apr 7;143 (11-12):256-65.
4. Marthe Gautier. La découvreuse oubliée de la trisomie 21. La recherche [Internet]. Available from : <http://www.larecherche.fr/content/recherche/article?id=26428>
5. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science.* 1983 May 20;220(4599):868-71.



Bulletin d'adhésion 2012 - 2013 à l'



Association Loi 1901

Nom : Prénom :

Nombre de semestres : Ville de CHU :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

(nécessaire pour recevoir la lettre de l'AJP)

Tél. : e-mail :

Hôpital : Service :

Adresse :

Code postal : Ville :

Souhaite devenir ou rester membre de l'AJP. Je joins un chèque de 15 € à l'ordre de l'A.J.P. correspondant à la cotisation annuelle.

Souhaite être référent régional de l'AJP dans la région :

Souhaite participer à l'AJP, (préciser sur quelle activité) :

Les thèmes que j'aimerais voir abordés lors des soirées de formation sont :

A retourner accompagné du chèque de 15 € à l'adresse suivante :

AJP, Association des Juniors en Pédiatrie
Hôpital d'enfants A. Trousseau : Secrétariat de la SFP (Bâtiment Lacaze)
26 avenue du Dr A. Netter 75012 PARIS

ajpediatrie@gmail.com

www.ajpediatrie.org

Pour fêter les 30 ans de la
Société Francophone de Recherche en Pédiatrie
nous vous proposons une journée de réflexions et d'échanges sur

RECHERCHE ET PEDIATRIE : HISTORIQUE ET ENJEUX ACTUELS

- L'histoire et le présent de la SFRP
- Des parcours de pédiatres-chercheurs
- Le financement de la recherche
- L'éthique et recherche
- La recherche en pédiatrie pour les 30 années à venir

Le vendredi 21 décembre 2012

Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité

Ouverture par le Doyen Patrick Berche

Amphithéâtre LUTON, Hôpital Cochin

27 rue du Faubourg Saint Jacques

75014 Paris

Orateurs :

**J.Bacchetta, F.Bajolle, D.Bonnet, JL.Casanova, B.Chabrol, O.Claris,
F.Gottrand, V.Guigonis, A.Fischer, P.Gressens, R.Hankard, H.Maisonneuve,
N.Mahlaoui, A.Munnich, S.Sarnacki, G.Szinnai.**

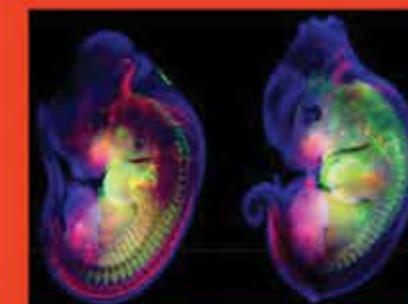
Facebook.com/sfrp.sfrp

Twitter.com/SFRP2



CONTACT

Dr Fanny BAJOLLE
Hôpital Necker Enfants Malades,
fanny.bajolle@nck.aphp.fr



Les annonces de recrutement

► Région Ile-de-France



La Ville de Gonesse
 27 000 habitants, située à l'Est du Val d'Oise, recrute pour le service Petite Enfance

Médecin Petite Enfance h/f

Intervenant sur les lieux d'accueil petite enfance (Halte-Garderie, crèche familiale, maison de l'enfance), vos missions portent sur plusieurs volets :

- Volet médical (visites médicales d'admission, suivi du développement psychomoteur et staturométrique des enfants, suivi des enfants présentant des pathologies ou porteurs de handicap, élaboration des protocoles et conditions du recours au service d'urgence)
- Volet prévention (dépister les problèmes de développement, veiller à l'intégration des enfants, suivi des vaccins...).

Vous accompagnez les assistantes maternelles, l'équipe et les familles, établissez les protocoles à appliquer et veillez à l'application des mesures préventives d'hygiène. Doté de qualités relationnelles et de communication, vous êtes motivé et dynamique.

Adresser candidature manuscrite et CV en précisant le poste, à M. le Député-Maire, Jean-Pierre BLAZY, DRH, 66 rue de Paris, BP 60, 95 503 GONESSE Cedex www.ville-gonesse.fr



► Région Nord-Pas-de-Calais



CENTRE HOSPITALIER Région de Saint-Omer

Le Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer :

- Equipe de 3 praticiens
- Service de pédiatrie de 18 lits dont 6 lits de néonatalogie
- Astreinte opérationnelle
- Maternité niveau II a en réseau avec le Centre Hospitalier de Calais niveau III
- 1 600 accouchements/an
- plateau technique neuf
- anesthésiste de garde sur place
- Pas-de-Calais (62)
- 43 ha arborés
- 50' de Lille
- 40' de la Côte d'Opale
- 2 h 40 de Londres
- 2h 30 de Paris
- Infrastructure scolaire réputée

RECHERCHE PÉDIATRES

- temps plein avec activité polyvalente
- possibilité de développement de compétences (neurologie, diabétologie, asthme...)

Contacts : Dr Ziad KHODR, Président de la CME : 03 21 88 71 91
 Dr Christian NOTTEAU : Chef de pôle : 03 21 88 71 73
 Direction des Affaires Médicales : 03 21 88 70 11

► Région Provence-Alpes-Côte d'Azur



La Clinique 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.

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.

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

► Région Rhône-Alpes



LE CONSEIL GÉNÉRAL DE LA LOIRE

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

MÉDECIN DE PÔLE SANTÉ PMI H/F

Au sein du pôle d'Action sociale, vous contribuez à la mise en œuvre de la politique médico sociale du Conseil Général.

Vous devez :

- Assurer la continuité du service - encadrer les missions de protection maternelle et infantile et participer aux missions de santé publique et de protection des personnes - Etre le garant auprès des familles des plans d'aide formalisés relevant d'une intervention médico-sociale et de la procédure d'agrément des assistantes maternelles - Exercer des activités cliniques - Contribuer à la démarche d'évaluation des politiques sociales au sein du territoire en assurant la collecte, l'analyse et la diffusion des informations liées à l'activité du service et à son environnement - Contribuer à la démarche de développement social local du pôle en contribuant à l'élaboration de diagnostics partagés et projets

d'intervention collective - Assurer l'encadrement technique et hiérarchique de l'équipe médico-sociale du pôle et des moyens spécifiques dédiés à l'accueil petite enfance.

Titulaire d'un Doctorat en médecine, vous justifiez d'une expérience d'encadrement au sein d'une collectivité territoriale ou dans un environnement social. Doté du sens de l'initiative, vous faites preuve d'esprit d'équipe, de synthèse et de capacités de négociation.

Poste à temps complet basé à Feurs.

Merci d'adresser votre dossier de candidature (lettre de motivation, CV et prétentions salariales) **sous référence D609**, avant le 09/01/2013, 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

► Région Lorraine

LE CONSEIL GENERAL de la MEUSE RECRUTE POUR LA DIRECTION DE la Solidarité Service PMI



MÉDECIN DÉPARTEMENTAL, CHEF DU SERVICE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Missions et Activités principales :

- Définir et mettre en œuvre la politique Départementale de PMI en lien avec les médecins et les responsables territoriaux, en application des obligations légales et des priorités définies par l'Assemblée Départementale
- Promouvoir et développer des actions de prévention médico-sociale dans le domaine de la PMI
- Garantir le respect des conditions d'accueil individuel et collectif de la petite enfance
- Participer à l'élaboration de la politique de prévention, de dépistage et de signalement de la maltraitance sur mineurs
- Assurer une veille sanitaire et apporter un conseil technique en matière de santé publique dans le domaine de compétence de la PMI

Merci d'adresser votre candidature par courrier (lettre de motivation manuscrite, C.V.) à :
 Monsieur le Président du Conseil Général de la Meuse - Direction des Ressources Humaines
 Hôtel du Département - Place Pierre-François Gossin - BP 514 - 55012 BAR LE DUC CEDEX
 Ou par mail : drh@cg55.fr

www.meuse.fr

CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR (DRÔME PROVENCALE)

en pleine expansion situé à 1h30 de la mer et à 1h30 de la montagne



RECRUTE UN PEDIATRE

- (PRATICIEN HOSPITALIER Temps Plein
- ou ASSISTANT SPECIALISTE qui évoluera en Praticien Hospitalier)

Pour compléter l'équipe actuelle de 4 Praticiens
 -17 lits de Pédiatrie
 -6 lits de néonatalogie niveau II A - Nouvelle unité de Néonatalogie capable d'accueillir 9 nouveaux-nés opérationnelle d'ici fin 2013)
 -Maternité type II A : entre 1600-1700 accouchements

-Astreintes opérationnelles
 -Consultations pédiatriques spécialisées existantes : Endocrinologie pédiatrique, pneumo-allergologie pédiatrique, chirurgie pédiatrique.
 D'autres consultations spécialisées sont à développer.
 -Plateau technique complet

Renseignements :
 Dr ARZIM - Responsable de l'Unité médicale de Pédiatrie :
 04 75 53.40.69 ou 04.75.53.40.46
 mohamed.arzim@ch-montelimar.fr

Candidatures :
 Mme la Directrice du CENTRE HOSPITALIER - B.P. N° 249 - 26216 MONTELMAR Cedex
 Tel : 04 75 53 41 28 - direction@ch-montelimar.fr

LE CENTRE HOSPITALIER ALBERTVILLE-MOUTIERS

Situé à proximité des stations de ski (Val d'Isère, Tignes, Courchevel...) et des villes comme Grenoble et Annecy

RECHERCHE

PÉDIATRE (1 temps plein ou 2 temps partiel) inscrit à l'Ordre

- 14 lits de pédiatrie
- 6 lits de néonatalogie
- Maternité de niveau 2 A avec 1 200 accouchements par an
- 1350 entrées en pédiatrie

Contact :
 Dr PLASSE ou Dr FERRER : 04.79.89.55.50 (secrétariat)
 Bureau des Affaires Médicales : Mme SAUGUES Emilie
 04 79 89 56 64 - Courriel : e.saugues@cham-savoie.fr



BP 126 - 73208 ALBERTVILLE CEDEX (Savoie)



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 nouveau bâtiment médical et secteur d'imagerie.

POSTE D'ASSISTANT SPECIALISTE

- Equipe de 11 pédiatres avec nombreuses surspécialités
- 3 chirurgiens pédiatriques
- Garde sur place avec un interne
- Pédiatrie : 29 lits
- Hôpital de jour : 6 places
- Néonatalogie niveau 2B : 12 lits dont 3 de soins intensifs et 6 lits kangourou
- Urgences Pédiatriques : 15 000 passages / an
- Maternité : 2300 accouchements par an,
- Plateau technique complet

Valence, ville de 65.000 habitants dynamique et accueillante entre Vercors et Provence. Située sur un axe géographique central entre Paris et Marseille, à proximité de Grenoble et Lyon.

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter :
 Dr Agnès JUVEN, chef de service, ajuven@ch-valence.fr, 04 75 75 75 86
 Stéphanie PIOCH, DRH-DAM, spioch@ch-valence.fr, 04 75 75 75 02



Le CENTRE HOSPITALIER de VIENNE (Isère) - Ville de 30 000 habitants à 30 km au Sud de LYON

Recherche POUR SON SERVICE DE PEDIATRIE NEO NATOLOGIE 1 PRATICIEN TEMPS PLEIN

Service neuf • 14 lits + 2 lits hospitalisation de jour + 6 lits de néo natologie • équipe de 5 pédiatres.
 Service en garde sur place • Nombre d'entrées annuelles : 1500
 Nombre de passages aux urgences pédiatriques : 10 000
 Maternité : nombre d'accouchements : 1800 • plateau technique IRM

Tout renseignement peut être obtenu auprès de Monsieur le Docteur FARHAT
 Chef du Pôle mère enfant au 04.74.31.33.89/90
 Candidature (CV et lettre de motivation) sont à adresser à
 Monsieur le Directeur - BP 127 38209 VIENNE CEDEX



Professionnels de santé Rejoignez le nouveau Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL) (HauteSavoie)

Dans une région à fort potentiel touristique, sportif et culturel, dans un cadre agréable entre lac et montagne, (proximité de Chamonix), à 20 km du grand Genève, permettant les communications internationales (aéroport), dans zone d'attraction de 200 000 habitants

LE CHAL RECRUTE UN PEDIATRE TEMPS PLEIN

Activité de pédiatrie et néonatalogie niveau IIa avec astreintes opérationnelles

Renseignements
 Dr TESTARD 04 50 82 28 29
 htestard@ch-alpes-leman.fr
Candidatures à adresser à :
 Direction des Affaires Médicales
 Tél. 04 50 82 24 93
 pgonin@ch-alpes-leman.fr



Clinique Saint Vincent de Paul
 MATERNITE, CHIRURGIE ET CHIRURGIE AMBULATOIRE, RADIOLOGIE, SCANNER, VACATIONS IRM MAISON DES CONSULTANTS

Bourgoin-Jallieu (38), 20 mn de Lyon, 15 mn aéroport, 30mn de Grenoble et Chambéry

Seule clinique privée du nouveau Médipôle du Nord Isère
 1^{re} maternité du territoire, 33 lits, 1600 acchts/an, participe au réseau périnatal Aurore, autorisation de néonatalogie niveau II A en cours, équipe de 5 gynécos
 Recherche, pour renforcer son équipe, un

Avec l'ouverture du nouveau Médipôle, vous bénéficiez de toute la modernité des installations et de la technicité du matériel.

Le dynamisme de la région (augmentation du taux de natalité de 6%), l'abondance des demandes de consultations vous permettront de vous créer une clientèle dès votre arrivée.

Nous recherchons un 4^{ème} pédiatre sachant créer une relation de confiance avec les familles. Ce praticien assurera la prise en charge des nouveau-nés en salle de naissance, leur suivi en maternité et en cabinet.

Expérience en néonatalogie souhaitée. Astreinte Tj/4

4^{ème} PEDIATRE Statut libéral

www.clinique-bourgoin.com

Pour tout renseignement, contacter le Dr Buthiau, pédiatre, au 04 74 19 06 05 ou la direction de la clinique 04 74 43 61 12
 Candidature à adresser à : clinique.bourgoin@clinique-bourgoin.com



Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (29)
Établissement de 1065 lits avec des activités MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPHAD recherche, pour compléter l'équipe composée de 4 postes PH temps plein

UN(E) PÉDIATRE Poste PH ou Assistant, ou Contractuel à orientation pneumologie de préférence.

Vous pouvez faire parvenir vos candidatures à la Direction des Affaires Médicales :
Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - Kersaint Gilly - 29600 MORLAIX
Tél secrétariat : 02.98.62.69.11
Courriel : glenaour@ch-morlaix.fr

Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - 15, rue de Kersaint Gilly
BP 97237 - 29672 MORLAIX Cedex.

www.ch-morlaix.fr

Le Conseil général d'Ille-et-Vilaine recrute

En Bretagne, l'Ille-et-Vilaine (1 million d'habitants) donne forme au développement solidaire. 4000 collaborateurs relaient les orientations stratégiques sur l'ensemble du département : favoriser le dynamisme et l'innovation, promouvoir l'égalité des chances, garantir aux territoires des atouts comparables et préparer un avenir durable. Assurons le vôtre.

Au sein du Pôle Egalité des Chances, la Direction Enfance Jeunesse et Sports recrute pour son service accueil du jeune enfant - protection maternelle et infantile un :

Médecin de Protection Maternelle et Infantile (MFI)
Catégorie A - filière médico-sociale - médecin territorial

Vous êtes chargé sur votre circonscription, de la mise en œuvre des actions relatives à la politique du Conseil Général en matière de protection maternelle et infantile et participez à l'élaboration d'une politique globale de santé. Référent médical de votre circonscription et garant du secret médical suivant le code de déontologie, vous exercez directement et par délégation, les missions de santé en faveur des populations démunies et mettez en œuvre les dispositions du code de la santé publique.

Vous contribuez à l'animation du CDAS en collaboration avec le conseiller technique, le responsable du CDAS et le médecin de l'équipe d'animation. Ainsi, vous participez au diagnostic de votre territoire, veillez à l'urgence de projets d'action et vous vous assurez de leur mise en œuvre et de leur évaluation. Vous organisez les tâches des personnels paramédicaux et médico-sociaux et veillez à la coordination des acteurs en interne et en externe.

Vous exercez des activités cliniques (consultations infantiles, bilans complets en écoles maternelles), des actions de coordination avec les médecins, services médicaux et sociaux pour les personnes qui ont un accès insuffisant aux systèmes de soins et avez un rôle d'accompagnement des personnes, des enfants et des familles.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter Anne LE FEVRE au 02.99.02.38.05

Accédez à l'offre complète directement en flashant ce code ou en vous rendant sur [www.ille-et-vilaine.fr/offres d'emploi](http://www.ille-et-vilaine.fr/offres_d'emploi)

Merci d'adresser avant votre candidature (lettre de motivation et CV) à
M. le Président du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine DRH - 1, av. de la Préfecture
CS 24218 - 35042 Rennes cedex.

www.ille-et-vilaine.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE NIORT

► Région POITOU-CHARENTES
► Situation attractive sur le plan autoroutier et TGV
► Proximité de La Rochelle et Ile de Ré
► Pédiatrie-Néonatalogie de niveau II B
► Maternité : 1 596 naissances/an
► Néonatalogie : 4 lits intensifs + 10 lits de suite : 315 prises en charge
► Pédiatrie : 21 lits : 2813 prises en charge
► 5 places d'Hospitalisation de jour
► Urgences pédiatriques spécifiques médicales : 10135 passages/an

RECRUTE
DEUX PEDIATRES

Candidature à adresser à :
Monsieur Michel BEY, Directeur-Adjoint
Direction des Affaires Médicales : 05 49 78 20 34
dam@ch-niort.fr

Pour tout renseignement, contacter :
Dr Ariane ZELINSKY-GURUNG, Chef de Service
Tél. : 05 49 78 35 25
azelinsky@ch-niort.fr



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



La Fédération hospitalière de France est partenaire





Communiquez
avec de nombreux
contacts



Gérez en toute
liberté les informations
de votre profil



Créez gratuitement
vos propres réseaux
et rejoignez un grand
nombre de réseaux
de la santé



Recherchez des
offres de recrutement
et constituez votre
nouveau plan de
carrière

MÉDICAPÉDIA

SANTÉ PUBLIQUE

Informez-vous grâce à la base de connaissances et
participez à son enrichissement en devenant rédacteur

Partenaire officiel de la Fédération Hospitalière de France, **Réseau Pro Santé** est un réseau social dédié aux professionnels de la santé, du médical, du paramédical et de l'administratif.

Ses membres peuvent créer et adhérer à des réseaux publics et privés de tous types.

Le site propose des milliers d'offres de recrutement, d'emploi, de stage, de formation, de remplacement, de cession, en exercice libéral et humanitaires.

Réseau Pro Santé dispose également d'une base de connaissances, à travers ses rubriques Médicapédia (encyclopédie médicale) et santé publique.



Rejoignez le réseau en vous
inscrivant gratuitement sur
www.reseauprosante.fr