

La lettre de l'AJP

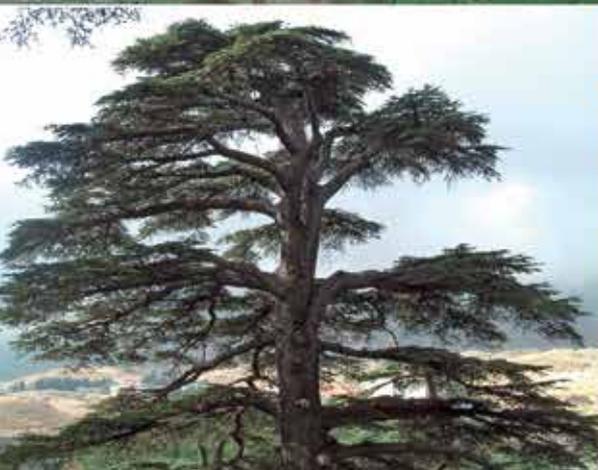


Numéro 8 | Avril 2013 | Gratuit

Focus sur le Liban



- Les parents face à la maladie chronique
- La régente des oursons
- L'histoire de la thermométrie médicale



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

Edito : Bienvenue en 2013	3
Stage de pédiatrie ambulatoire pendant l'internat	4
Médecine d'ailleurs : Le Liban	6
Interview des parents : Vivre la maladie chronique	9
Cas clinique : Une APLV qui fait perdre la tête	13
Congrès de la Société Française de la Pédiatrie	19
Mise au point : Le syndrome du bébé secoué	21
L'air du large à l'hôpital : La régale des oursons	24
Interne d'hier, pédiatre d'aujourd'hui : Pédiatrie générale en CH	26
Petite histoire de la médecine : Thermométrie médicale	28
Les annonces de recrutement	31



BUREAU :

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Karine BOURDET (Brest)
- Marine BUTIN (Lyon)
- Florent CORNU (Marseille)
- Gaëlle VEXIAU (Nancy)
- 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.



Bonjour à toutes et à tous,

Vous avez choisi ce beau métier de pédiatre, et l'AJP vous accompagnera plus que jamais en 2013 dans l'affirmation de ce choix. En effet, une menace pèse aujourd'hui sur la santé de l'enfant et de l'adolescent, faute de politiques et moyens mis en place pour réaffirmer la place primordiale du pédiatre dans la prise en compte de leurs besoins spécifiques. De nombreux acteurs de santé gravitent autour de l'enfant sans pour autant pouvoir l'aborder, comme le fait le pédiatre, de façon exclusive et dans le respect de ses particularités. Le pédiatre français a aujourd'hui pour responsabilité de se faire entendre en tant que spécialiste de l'enfant et de l'adolescent, acteur de prévention, promoteur de la recherche clinique pour l'enfant, défenseur de ses droits fondamentaux. Il lui appartient de s'informer de l'actualité médicale dans sa discipline tant que des problématiques de société qui engagent l'enfant et sa santé.

En tant que membre du Collège National des Professionnels de la Pédiatrie (CNPP), l'AJP se joint à toutes les formes de professions pédiatriques (libérale, collège universitaire, société savante, syndicats...) pour défendre la pédiatrie sous toutes ses formes. Elle y a un rôle particulier car, en représentant les pédiatres de demain, elle doit montrer que la relève sera assurée, que les futurs pédiatres ne sont pas près de désert, conscients d'être responsables de la santé de nos futurs citoyens. Se tenir informé dans sa région, discuter de l'actualité médicale et sociétale entre nous et avec nos aînés, formuler des avis et les faire connaître aux décideurs politiques, c'est l'une des vocations de l'AJP depuis sa création, plus que jamais à l'ordre du jour.

L'un des axes majeurs pour l'AJP, le CNPP, l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) et toutes les instances pédiatriques en 2013 est la problématique de la pédiatrie ambulatoire. Trop négligée pendant nos études, c'est pourtant elle qui fait la légitimité de notre profession, en procurant des soins spécialisés de proximité pour l'enfant et l'adolescent. Assurer l'avenir de la pédiatrie française doit donc passer par la promotion de la pédiatrie de ville. Concrètement, un stage ambulatoire agréé et créé pour l'interne en pédiatrie verra enfin le jour dans plusieurs régions françaises en 2013, avec pour vocation de s'étendre.

Je vous encourage donc pour l'année 2013 (mais pas seulement !) à garder l'œil ouvert et l'esprit critique : se tenir informé mais aussi savoir réfléchir et formuler son avis fait partie de votre responsabilité de futurs pédiatres. L'AJP est à vos côtés.

Bonne année 2013 !

Noémie Lavoine

Stage de pédiatrie ambulatoire pendant l'internat

Introduction

Depuis plusieurs années, il existe une forte volonté de la part des internes mais aussi des pédiatres, ambulatoires ou hospitaliers, d'intégrer un stage en cabinet dans la maquette du DES de pédiatrie. A l'instar du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) des internes en médecine générale, un stage ambulatoire de pédiatrie devrait être ouvert aux DES de pédiatrie dès novembre 2013, et ce au niveau national. Cette création est le fruit du travail entre le Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP), le Collège National des Professeurs de Pédiatrie, la Société française de Pédiatrie (SFP), l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) et l'Association des Juniors en Pédiatrie (AJP).

Pourquoi un stage en pédiatrie ambulatoire ?

Plusieurs raisons sont responsables de la naissance de ce stage :

- ◆ Premièrement, il existe une nécessité de mieux former les internes de pédiatrie à la pédiatrie ambulatoire puisque plus de 40 % des internes formés exerceront en médecine ambulatoire.

- ◆ D'autre part, il existe un regain d'intérêt des jeunes pédiatres pour l'installation en libéral. En effet, une étude nationale récente réalisée par l'AJP montre que plus de 60 % des internes de pédiatrie souhaitent réaliser un stage chez le praticien au cours de leur internat.
- ◆ Enfin, selon le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III, il est nécessaire d'aider les futurs pédiatres en vue de leur installation dans un des départements à faible densité médicale, la pédiatrie étant une pratique de soins de premier recours.

Quelles en seront les modalités ?

Le stage de pédiatrie ambulatoire sera ouvert aux internes DES de pédiatrie qui ont validé leur 5^{ème} semestre de DES. Les conditions et modalités de choix de ce stage seront identiques à celles des autres stages.

Pendant le stage de pédiatrie ambulatoire, les internes seront encadrés par 2 à 3 maîtres de stage qui sont des praticiens expérimentés, formés à l'accueil et la formation d'un interne en pédiatrie.

Le stage de pédiatrie ambulatoire comprendra deux phases distinctes, la 1^{ère} étant une phase

d'observation, la 2^{ème} étant une phase d'autonomisation progressive. L'interne sera en situation d'observation initiale pour une durée minimale d'un mois puis progressivement en autonomie supervisée. En autonomie supervisée, l'interne effectuera seul les consultations, les actes et les prescriptions, soit dans un local en parallèle des consultations du maître de stage, soit seul dans le cabinet ; le maître de stage étant joignable à chaque instant. En fin de chaque demi-journée, le maître de stage effectuera une supervision a posteriori en reprenant chaque dossier individuellement avec l'interne.

L'interne sera rattaché à un service de pédiatrie de proximité et participera à la liste de garde des urgences pédiatriques ou de réanimation pédiatrique/néonatale.

L'interne sera vu à 3 mois et en fin de stage par le coordonnateur du DES ou son représentant afin de faire le point sur le bon déroulement du stage.

Un travail de stage sous forme de synthèse de cas cliniques ou tout autre travail en rapport à l'activité pédiatrique ambulatoire pourra être demandé. La recherche en pédiatrie ambulatoire pourra faire l'objet du mémoire de DES.

Quels seront les objectifs spécifiques de ce stage ?

1. Développer sa pratique des examens systématiques de l'enfant aux différents âges, en particulier pour le suivi de son développement. L'intérêt étant de repérer, à un stade précoce, les pathologies débutantes.
2. Appréhender la prise en charge ambulatoire des pathologies aiguës et chroniques, de l'éducation à la santé et de la guidance parentale.
3. Prendre en charge l'enfant dans son milieu de vie, et d'appréhender la complexité des relations intrafamiliales et des relations de l'enfant avec les différents milieux dans lesquels il évolue, en particulier le milieu scolaire.
4. Connaître l'organisation d'un cabinet de pédiatrie libéral, ses avantages et ses contraintes.



5. Acquisitions de compétences professionnelles spécifiques à la pratique ambulatoire : dépistage des troubles auditifs et des difficultés scolaire, organisation de la diversification alimentaire...

Alors, que reste-t-il à faire ?

Concrètement, les hautes instances de santé ont donné leur feu vert au niveau national pour la mise en place de stages. Reste encore à former et sélectionner les maîtres de stage mais surtout à organiser, avec les Agences Régionales de Santé, la mise en place de ces stages.

Alors rendez-vous à la rentrée 2013 pour vos 1^{ers} stages de pédiatrie ambulatoire !

Matthieu Bendavid



Cursus des études et de spécialisation en Pédiatrie au Liban

Le Liban est un pays méditerranéen de 10 452 km². La population compte approximativement 5 millions d'habitants.

Actuellement, le pays compte 7 Facultés de médecine ayant chacune un cursus d'étude et de formation spécifiques. Les études se font en langue française ou anglaise.

L'admission aux différentes Facultés de médecine se fait sur concours ou sélection préalable avant l'entrée en première année, à l'exception de l'Université Libanaise où la sélection se fait après une année d'étude de biologie. Dans certaines Facultés le concours peut être présenté à titre d'étranger.



Maison libanaise d'architecture classique - Byblos

A la Faculté de Médecine de l'Université Saint Joseph

Les études médicales universitaires sont organisées en 3 niveaux : Niveau Licence (6 semestres, 30 crédits par semestre) - Niveau Master (4 semestres) - Niveau Doctorat (1 année d'externat et une année internat dans des services hospitaliers). Les deux dernières années sont chargées également d'enseignements théoriques et d'une préparation d'un mémoire de recherche dirigé par l'un des enseignants universitaires. Le diplôme de Médecine Générale est remis à la fin des 7 années de formation.

Les études post-doctorales de spécialisation se font suite à un concours prenant en compte également les notes des années d'études médicales et les évaluations de stage. Le concours est composé de questions à choix multiples et comporte des épreuves sur les sciences de base d'une part et sur les sciences cliniques médicales et chirurgicales d'autre part. Les médecins choisissent leurs spécialisations par priorité, en fonction de leur classement et en fonction des places offertes. Ainsi ils accèdent aux spécialisations médicales (14 spécialités) ou chirurgicales (10 spécialités). L'accès à la spécialisation en Pédiatrie, Anesthésie, Radiologie ou Anatomie Pathologique se fait d'emblée sans passer par un tronc commun de spécialisation médicale ou chirurgicale.

Pour plus d'informations et de documentations concernant la faculté de médecine de l'Université Saint Joseph : www.usj.edu.lb

La spécialisation en Pédiatrie à l'Université Saint Joseph

La durée totale des études nécessaires pour l'obtention du diplôme de spécialisation en Pédiatrie est de 4 ans. Les 3 premières années se déroulent dans le Département de Pédiatrie de « L'Hôtel-Dieu de France » (centre hospitalier universitaire de la Faculté de médecine de l'Université Saint Joseph) et des services de Pédiatrie agréés dans d'autres hôpitaux au Liban. Elles comportent



Campus des sciences médicales actuellement



Hôpital Hôtel-Dieu De France - Beyrouth

16 périodes (période étant équivalente à une durée d'un mois) en Pédiatrie générale : 6 en réanimation néo-natale, 4 en réanimation pédiatrique, 4 en spécialités, 4 aux Urgences, 4 en dispensaires ou cabinets, une en chirurgie pédiatrique et une période en ORL.

En quatrième année, le résident (médecin en cours de spécialisation) aura le choix de poursuivre sa formation dans un service agréé au Liban ou à l'étranger dans le but d'enrichir son expérience professionnelle en Pédiatrie générale ou en Pédiatrie spécialisée ou bien de faire une dernière année de recherche en sciences de base.

Le passage d'année en année se fait sur la base de la validation des stages et passage « d'examen cliniques objectifs structurés » tous les 6 mois en plus de la réussite à un examen écrit en fin de chaque année.

L'obtention du Diplôme en Pédiatrie, requiert la validation des stages, la réussite à tous les examens et la présentation d'un mémoire en fin de quatrième année.

Au bout de ce cursus de formation professionnelle, l'activité du Pédiatre a une double orientation : activité libérale dans son cabinet privé et une activité hospitalière. L'intégration dans une équipe pédiatrique multidisciplinaire lui permet de collaborer avec d'autres pédiatres spécialistes pour une prise en charge optimale de tous les patients.

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 aussi sur la page facebook de l'AJP : www.facebook.com/AJPediatrie

Les liens vers les autres Facultés de médecine

Université Libanaise : www.ul.edu.lb
Americian University of Beirut : www.aub.edu.lb
University of Balamand : www.balamand.edu.lb
Université Saint Esprit de Kaslik : www.usek.edu.lb
Beirut Arab University : www.bau.edu.lb
Lebanese American University : medicine.lau.edu.lb

Le Liban et la France : Histoire de la Faculté de médecine



Campus des sciences médicales en 1924

1875 : Fondation par les Pères Jésuites, de l'Université Saint Joseph, premier établissement d'enseignement universitaire catholique et francophone de la région.

1883 : Ouverture de l'Ecole de Médecine avec l'accord du gouvernement français.

1888 : Reconnaissance par le gouvernement français comme Faculté de médecine.

1887 - 1984 : Signature du diplôme de médecine par le ministre français de l'Instruction Publique.

1919 - 1983 : Remise de diplôme d'Etat français puis conjointement le diplôme libanais de l'Université Saint Joseph.

Depuis 1983 : Remise du seul diplôme libanais.

Dr Georges Gelwane

Qui accompagne
et soutient
les internes ?

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

Notre engagement, c'est vous.



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

3233* ou
macsf.fr

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

Interview des parents

Vivre la maladie chronique

« Ça va le diabète, ils gèrent... depuis le temps » « C'est rentré dans leur quotidien maintenant » Qu'est-ce qu'une injection d'insuline après tout ? Encore une fois nous sommes à côté... Pour ce numéro, l'interview d'une maman d'un enfant diabétique de type I depuis 1 an.

Après une première interview qui a bousculé nos conventions, nous abordons cette fois-ci, le vécu des parents dans la maladie chronique de leur enfant : Quelle représentation se font-ils de la maladie ? Comment vivent-ils au quotidien ? Quel rôle jouer ?

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

Mme J. : Maman de Bilal, 10 ans maintenant, et maman de 4 enfants.

AJP : Avant la découverte du diabète de Bilal, en aviez-vous entendu parler ? Qu'est-ce que cela représentait ?

Mme J. : Oui, mais je ne connaissais qu'un type : Le diabète de type 2, on me parlait de mal bouffe. Je connaissais également le diabète de la femme enceinte.

Cela représentait quelqu'un qui s'alimente mal, trop de sucre, de sel, de gras. Et j'étais surprise de découvrir lors de son hospitalisation, les différents types dont le diabète de l'enfant.

AJP : A quoi est dû le diabète de type 1 ? Quel est le traitement ?

Mme J. : On m'a expliqué que c'était l'hormone, l'insuline qui était insuffisante au pancréas. L'insuline, il n'y a que ça comme traitement. Il faut bien apporter cette insuline, d'où les injections. Pas de médicaments, réservés pour le diabète de type 2. Je pense que j'ai bien appris mon cours, plus ou moins.

AJP : Quels étaient les signes initiaux ? Les connaissiez-vous ? Quelque chose vous a alerté ?

Mme J. : Non, il a fallu du temps, que Bilal soit à la limite du coma. C'est vrai que je ne connaissais pas le type 1. Pour moi, il était fatigué et il perdait énormément de poids. Il suivait un régime, donc je pensais que cela venait de ça. Très fatigué, il buvait beaucoup, faisait beaucoup pipi. Et le signe qui m'a fait peur était qu'un matin sa bouche était complètement asséchée. J'ai été voir le médecin et voilà... C'est comme cela qu'on a appris le diabète de Bilal.



Je dirais qu'il n'y a pas assez d'information sur le diabète de type 1, il devrait y en avoir plus car cela va très vite. En l'espace d'un mois j'ai vu mon fils partir. Je ne m'en rendais pas compte mais il avait le diabète.

AJP : Comment s'est passé l'annonce diagnostic du diabète ?

Mme J. : Tout bascule. On a mal, on culpabilise : qu'est-ce qu'on a fait ? pas fait ? Pourquoi sur lui ? Il ne mérite pas cela. Tout de suite, j'ai pensé que je ne lui avais pas donné à manger correctement.

Cela sera contraignant, surtout jeune comme il est. Les habitudes vont changer, il va falloir que toute notre famille change ses coutumes, sa façon de vivre. Sur le coup c'est un choc, tout s'effondre, on se dit que cela n'est pas possible.

AJP : Est-ce que vous considérez Bilal comme malade ?

Mme J. : Oui. Oui. Il est malade car il doit faire attention. C'est une maladie chronique, à petit feu.

AJP : Vous inquiétez-vous concernant sa maladie ?

Mme J. : Tous les jours je m'inquiète. Quand il a mal à la tête, quand il a mal au ventre, quand il

est à l'école j'ai toujours peur qu'il soit trop bas et qu'il n'y ait personne. Quand on part en vacances, c'est pareil on est derrière lui, on le surveille et on ne le laisse pas aller.

Et au long terme aussi. Je pense que c'est pendant toute la vie d'une maman que l'on s'inquiète. Est-ce qu'il va bien ? Est-ce que cela va bien se passer ? Etant petit, 10 ans, c'est déjà beaucoup de contraintes, et il en parle.

AJP : Est-ce que vous en parlez avec lui ?

Mme J. : Oui, parfois il craque. Il voudrait manger comme les autres, du sucre, un bonbon/sucette, des chocolats, des pâtisseries. Je lui dis non et c'est vraiment une contrainte. On pallie autrement mais cela n'est jamais pareil.

La contrainte aussi de se piquer : Bilal fait son dextro tout seul, je ne lui autorise pas pour le moment de se piquer seul : Il est trop petit, cela serait donner trop de responsabilité à un enfant de cet âge là. Il aura tout le temps, toute sa vie pour se piquer, je ne serai pas tout le temps là. Pour l'instant, si je peux le faire, je veux lui épargner cela. Déjà dans sa petite tête, cela cogite pas mal, si je lui demande de se piquer : non.

Parfois il le fait, pour l'injection de 16h mais je suis là, je vérifie. Ou il me les prépare quand il est de bonne humeur. D'autres fois, il ne veut pas faire son injection de 16h quitte à ne pas prendre de féculent car il en a marre. Il y a des moments comme ça, des moments de faiblesse.



AJP : Donc c'est vous qui faites les injections d'insuline, comment le vivez-vous ? Vous utilisez le mot « piquer » justement ?

Mme J. : Au départ, je refusais de le piquer, je ne voulais pas accepter sa maladie. Je l'accepte maintenant mais parce qu'il faut faire avec. Je me rappellerai toujours qu'initialement à l'hôpital il était hors de question que je le pique. Puis en voyant sa détresse, son regard, son besoin de sa maman, préférant que ça soit moi plutôt que les infirmières... C'est parce qu'il m'a regardé plusieurs fois avec ce regard de supplication que j'ai commencé à piquer Bilal.

Maintenant je le fais, c'est une contrainte, parfois je n'ai pas envie mais je le fais parce qu'il faut bien qu'il vive.

AJP : Comment s'est présenté la semaine d'apprentissage du diabète ?

Mme J. : J'ai eu beaucoup de mal, je n'acceptais pas sa maladie. C'est les 2 derniers jours seulement où j'ai compris plus ou moins comment gérer.

Bilal a compris très vite, comme quoi un enfant a beaucoup à apprendre aux adultes. On devrait apprendre aux enfants avant d'apprendre aux adultes. C'est Bilal qui m'a appris, c'est lui qui me disait « Non maman tu te trompes ».

AJP : Il y a un temps d'acceptation du diabète aussi...

Mme J. : Ah ça, il n'y a pas de limite. J'ai dû prendre 4-5 mois avant de réaliser, d'accepter qu'il soit malade. Mais j'ai eu beaucoup de mal.

AJP : Comment s'est déroulé le retour à la maison, à la vie quotidienne ?

Mme J. : Ce n'était pas facile du tout, toujours la continuité de la non acceptation de la maladie, même si on avait tout organisé pour lui. D'ailleurs, j'ai appelé plusieurs fois le service car j'étais perdue. On est largué, on est face à la maladie et seul.

AJP : Dans la famille, il y a eu un changement d'organisation ?

Mme J. : Complètement. Cela a été très dur pour son grand frère, il a été attristé par la maladie de son frère. Il a fallu changer les habitudes d'alimentation : d'un côté des yaourts sucrés et de l'autre des 0%. Pour les boissons c'est pareil, il n'a le droit qu'au Coca zéro. Ca a été très dur pour lui et pour ses frères.

Au niveau alimentaire : c'est une très bonne chose, on prend de très bonnes habitudes. Mais des fois, les autres veulent manger à l'extérieur des sandwiches, mais ce n'est pas possible. On le fait mais qu'une fois par mois. Notre vie a changé, on se calque par rapport à Bilal. On essaie de faire autrement mais tout revient toujours à lui.

AJP : Comment s'est passé la reprise scolaire ?

Mme J. : C'était compliqué : Il n'y a rien pour les enfants diabétiques. Il devrait y avoir plus d'informations sur le diabète et des efforts pour adapter les repas comme dans les hôpitaux. A la cantine, je regarde la veille le menu. Je fais aussi le maximum pour qu'il rentre à la maison pour manger équilibré le midi. Cela n'est pas évident, parfois, il mange à la cantine mais il manque toujours quelque chose et c'est à l'enfant de savoir. C'est encore une responsabilité pour lui, pour un enfant de 10 ans.

Pour le sport, cela ne change rien. Il peut toujours en faire, avec certaines précautions.

Par contre, au niveau des sorties, il existe un réel problème : Il ne peut pas aller au centre aéré le mercredi car il n'y a personne pour l'injection du goûter. Les sorties en car ne sont pas possibles également car il n'y a pas d'infirmière. On se sent lâché. Déjà il y a la maladie et au lieu de soutenir l'enfant on les laisse, on les punit encore. Bilal se demande : C'est une punition ? On me punit encore ?

AJP : Généralement, on dit que dans les maladies chroniques, les parents ou les enfants « sentent » mieux leur maladie que le personnel soignant ?

Mme J. : Bilal sent mieux sa maladie. C'est lui qui la porte, qui ressent tous les symptômes. Avant hier, il ne se sentait pas bien pensant être à 0,80gr/L et c'était le cas.

AJP : Alors réclame-t-il une aide ? un besoin médicale ?

Mme J. : Bien sûr lorsqu'il présente d'autres symptômes, il veut savoir ce qu'il se passe. Oui, il en a besoin, besoin qu'on le rassure parfois.

AJP : Y a-t-il des choses que vous n'avez pas comprises ?

Mme J. : On en apprend tous les jours.

AJP : Que pensez-vous des pompes à insuline ? Comment en avez-vous entendu parler ?

Mme J. : Il y avait un magazine de l'AJD et sur internet. Là, (NDLR : en hospitalisation de 2 jours pour un bilan annuel), son camarade de chambre a une pompe à insuline. Je ne suis pas prête et Bilal n'en voulait pas non plus : il ne veut pas porter quelque chose sur lui, car cela va se voir. Cela l'atteindrait encore plus.

Les stylos, c'était compliqué et si on passe à la pompe, c'est lui qui m'apprendra je pense. Il a ses propres termes, ses petits mots à lui d'enfant qui me permettent de mieux comprendre lorsqu'il m'explique les choses, c'est naturel.



AJP : Vous êtes-vous renseignée sur internet ? Est-ce une aide ?

Mme J. : Oui, tout au début, je voulais en savoir un maximum. C'est une aide.

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

Mme J. : Pour moi c'est quelqu'un qui travaille dans l'hôpital, qui a fini ses études. Je n'ai pas du tout fait la différence entre interne, chef de clinique, chef de service... Un externe, c'est quelqu'un qui vient, qui fait encore ses études. Mais un interne pour moi est un médecin à part entière et connaît très bien son boulot. S'il fait des rapports et dit quoi faire c'est qu'il a eu sa thèse, son doctorat, qu'il est médecin. Un chef a un peu plus d'expérience mais la maîtrise vous l'avez aussi.

Benjamin Bueno

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

Case report

Jules B., nouveau-né de 7 jours était amené aux urgences pour mauvaise prise alimentaire, selles liquides et mouvements anormaux du membre supérieur gauche.

Il s'agissait du deuxième enfant de parents non consanguins d'origine caucasienne. La grossesse et l'accouchement s'étaient déroulés sans particularité. Il n'existe aucun facteur de risque d'infection materno-fœtale.

Il était né à 40 SA et 1 jours : PN 4120g, TN 52,5 et PC 37,5. Score d'apgar 10/10. Il avait présenté un ictère pour lequel il avait eu 3 séances de photothérapie. Il était sorti de maternité à J4 de vie sous allaitement artificiel avec un poids de 3930g.

Depuis sa sortie, il prenait mal ses biberons, paraissait inconfortable et présentait des selles liquides glaireuses sans rectorragie et sans vomissement. Devant ces symptômes et la survenue de mouvements anormaux du membre supérieur gauche, évocateurs de clonies, ses parents l'avaient amené aux urgences.

Lors de l'examen, l'enfant était apyrétique. Il pesait 3850g, la FC à 170/minutes, la TA à 85/45mmHg. On notait des signes de déshydratation modérés. L'enfant était hypotonique avec une fontanelle antérieure tendue et un PC mesuré à 40 cm. On notait également un érythème érosif du siège. Le reste de l'examen était normal.

Il a présenté aux urgences une crise convulsive avec perte de contact, mouvements cloniques du membre supérieur gauche avec déviation du regard vers la gauche. Une injection IR de Valium® puis secondairement un traitement par Dilantin® ont permis de faire céder la crise.

Le bilan initial retrouvait une CRP < 10mg/l, une insuffisance rénale (créatinine à 137 µmol/l, urée 13 mmol/l) associée à une acidose métabolique avec hyperlactacidémie à 3,5 mmol/l. La glycémie, le ionogramme sanguin, l'ammoniémie, la calcémie ainsi que la NFS étaient dans les limites de la normale. Une TDM cérébrale ne retrouvait pas de processus évolutif intracrânien. La ponction lombaire réalisée retrouvait 28 000/mm³ hématies, 11/mm³ éléments, une protéinorachie à 2,41g/l, une glycorachie à 2,9mmol/l (glycémie 3,9 mmol/l). La recherche d'Interféron dans le LCR était négative de même que les PCR Herpes et Enterovirus. Sur le plan bactériologique, la culture du LCR et les hémocultures sont négatives.

La suite a été marquée par la survenue d'un nouvel épisode convulsif sous Dilantin® motivant la mise sous Gardenal® et le transfert en réanimation. Après 24h et poursuite du traitement par Gardenal® sans récurrence de convulsions cliniques, correction de la déshydratation avec majoration de l'insuffisance rénale, Jules a été re-transféré dans le service de pédiatrie pour poursuite de prise en charge.

L'examen clinique retrouvait une discrète asymétrie du tonus avec attitude hypertonique du membre supérieur G et une hypotonie axiale. Les ROT étaient vifs et diffusés à gauche.

Une IRM cérébrale retrouvait un thrombus étendu du torcular, de la partie inférieure du sinus longitudinal supérieur ainsi qu'une thrombose partielle des sinus latéraux plus marquée droite. Cette thrombose était associée à des lésions ischémohémorragiques de la substance blanche périventriculaire. Un traitement anti-coagulant curatif par HBPM (Lovenox® 50 UI/Kg/12h) a été alors débuté avec adaptation à la fonction rénale.

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

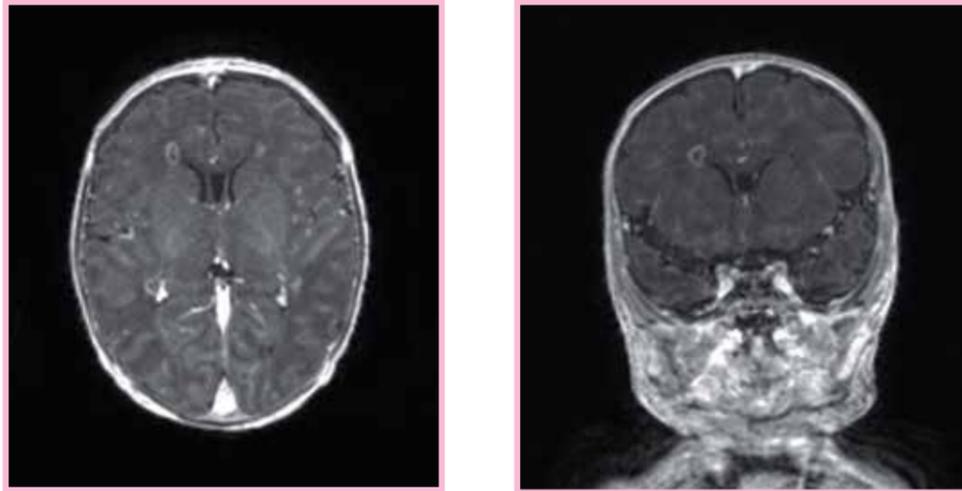
www.ajpediatrie.org

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!

Il s'est amélioré progressivement avec disparition de l'asymétrie de tonus. Devant le risque de récurrence de crise convulsive, un traitement anti épileptique par Keppra® a été mis en place en relais du Gardenal®.

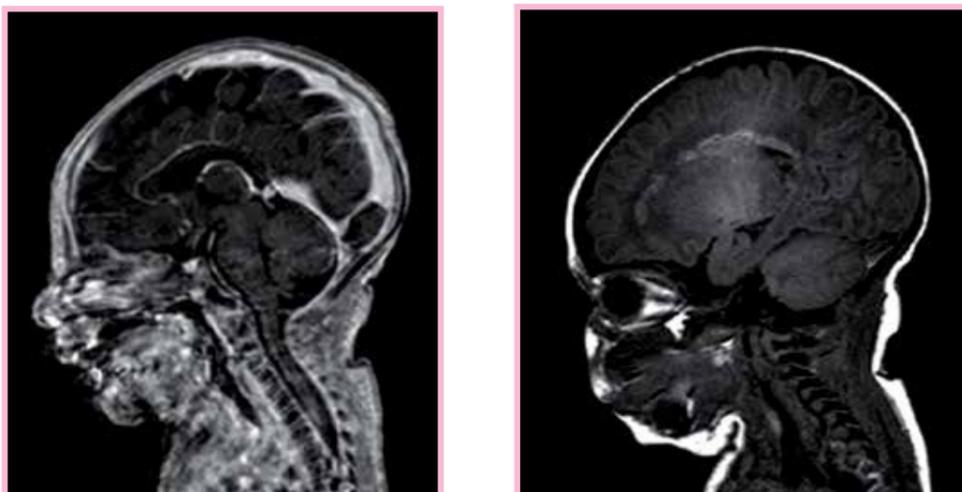


Un bilan de thrombophilie complet a été réalisé et ne retrouvait pas d'anomalies. Après hydratation intraveineuse, la fonction rénale s'est normalisée. Une échographie rénale réalisée à la phase initiale ne retrouvait pas d'anomalie.

Sur le plan digestif : Malgré la mise sous hydrolysats de protéines de lait de vache (Peptijunior®), les selles restaient liquides et glaireuses, les prises alimentaires restaient limitées à moins de la moitié des biberons proposés et le poids stagnait.

Des explorations digestives ont été réalisées : coproculture, virologie des selles, prick test, dialler test, RAST PLV, dosage de l'élastase fécale, dosage de la stéatorrhée : Tous normaux. Le bilan hépatique, la chromatographie des acides aminés plasmatiques et des acides organiques urinaires étaient normaux. Devant la persistance des symptômes, Jules a été mis sous hydrolysats poussés de protéines de lait de vache (Neocate®). Une normalisation du transit a lieu dans les 48h, associée à une bonne prise des biberons et une reprise pondérale. Cette évolution spectaculaire sur le plan digestif a permis de poser le diagnostic d'intolérance aux protéines de lait de vache.

Jules est finalement sorti après 3 semaines d'hospitalisation avec un examen neurologique normal. Il devait poursuivre son traitement anticoagulant pour une durée de 3 mois au total et avoir un suivi neurologique rapproché. Une IRM de contrôle à l'âge de 3 mois était également prévue.



Les thromboses veineuses centrales néonatales

Les TVCN sont des affections de plus en plus diagnostiquées du fait d'une plus grande sensibilisation des cliniciens face à ces tableaux cliniques peu spécifiques ainsi que grâce au développement des techniques d'imagerie.

Epidémiologie

L'incidence est estimée à 1 à 12 pour 100 000 [1, 2]. Elle est probablement sous-estimée du fait de plusieurs facteurs : tableau clinique aspécifique, accessibilité difficile aux techniques performantes d'imagerie, variabilité anatomique des systèmes veineux cérébraux et phénomènes de recanalisation rapide.

Facteurs de risque [6]

Il existe un risque plus élevé de développer une thrombose veineuse cérébrale chez le nouveau-né ; plus de la moitié des thromboses veineuses cérébrales de l'enfant surviennent avant l'âge d'un mois [3, 4].

Elles sont plus fréquentes chez les garçons avec un sexe ratio 3/1 [5].

Facteurs de risque maternels

- Chorioamniotite
- Diabète
- HTA

Facteurs de risque périnataux

- Inhalation méconiale
- Apgar <7 à M5
- Intubation à la naissance
- Infection néonatale (Méningite ++)
- Polyglobulie
- Déshydratation sévère
- Pneumonie
- Traitement par ECMO
- Cardiopathie congénitale
- CIVD
- Hernie diaphragmatique

A confronter aux facteurs de risque chez le nourrisson et l'enfant :

- Généraux : fièvre, déshydratation, infection.
- Affections de la tête et du cou : OMA, mastoïdite, méningite, sinusite, infection des VAS, TC, post opératoire de neurochirurgie, hydrocéphalie.
- Anémie : carence martiale, drépanocytose, thalassémie, anémie hémolytique auto immune, hémoglobinurie paroxystique nocturne.
- Maladies auto-immunes : Lupus, SAPL, Behcet, MICI, thyrotoxicose, syndrome de cushing, PTI.
- Affections malignes : leucémie, lymphome, tumeur cérébrale.
- Pathologie cardiaque : cardiopathie congénitale cyanogène, post cathétérisme
- Pathologie rénale : syndrome néphrotique, SHU.
- Latrogène : L-asparaginase, contraceptifs oraux, corticoïdes, Erythropiétine alpha.
- Pathologie métabolique : acidocétose diabétique, homocystinurie.

Comme chez l'adulte, il est recommandé de réaliser un bilan de thrombophilie complet avec :

- Recherche de mutation des facteurs II, V et MTHFR.
- Déficit en AT3, en protéine C et S.
- Hyperhomocystéinémie.

Des facteurs de risques pro-thrombotiques ont été identifiés chez 20 % des enfants testés dans des séries récentes [7]. Il est à noter que ce bilan doit être reconstrôlé (hormis la génétique) à l'âge de 6 mois afin de mettre en évidence des déficits passés inaperçus en période néonatale.

Chez le nouveau-né, il existe un déficit des inhibiteurs naturels de la coagulation tels que l'Anti-thrombine III, la Protéine C ou la Protéine S. Leur taux rejoignent les taux de l'adulte respectivement en 3 mois pour l'Antithrombine III, 6 mois à 4 ans pour la Protéine C et 6 mois à 1 an pour la Protéine S. Ces facteurs devront donc être réévalués à distance.

Physiopathologie et clinique

Survenue d'une occlusion veineuse menant à une congestion en amont du thrombus et à un œdème cérébral local secondaire par augmentation de la pression hydrostatique. Les complications habituelles sont la survenue de lésions hémorragiques (les plus fréquentes) corticales, sous-corticales ou des noyaux gris centraux ainsi que de lésions ischémiques. Ces lésions existent chez 30 à 66 % des enfants selon les études tous âges confondus [8].

Les manifestations cliniques des TVCN sont peu spécifiques :

- Crises convulsives (partielles ou généralisées).
- Altération de la conscience, coma.
- Léthargie.
- Nausées, vomissements, anorexie.
- Céphalées.
- Hémiparésie, hémianesthésie.
- Ataxie.
- Paralysie des nerfs crâniens.
- Défaillance respiratoire.

Chez les nouveau-nés, on rencontre une plus grande fréquence des crises convulsives alors que chez l'enfant les signes déficitaires sont plus fréquents [9].

Diagnostic et traitement

Le diagnostic positif repose sur l'IRM cérébrale avec injection de gadolinium. En effet, la TDM cérébrale avec injection ne permet pas le diagnostic dans 40 % des cas [10, 11]. Les signes évocateurs sont le signe du triangle dense avant injection au niveau du sinus en question (= hyperdensité spontanée du thrombus) et le signe du delta après injection (= rehaussement des parois du sinus avec défaut endoluminal).

A l'IRM, le thrombus est facilement identifiable à la phase aiguë : il apparaît en isosignal sur les séquences T1, en hyposignal sur les séquences T2. A la phase subaiguë, le thrombus est en hypersignal T1 et T2 [12]. Les sites les plus fréquents de TVC sont les sinus transverse, sagittal supérieur, sigmoïde et droit.

Le traitement de référence de la TVC de l'enfant est l'anticoagulation par Héparine de bas poids moléculaire ou héparine non fractionnée avec relais par Anti-vitamine K. Ce traitement est validé chez l'enfant y compris lorsqu'il existe des lésions ischémio-hémorragiques [13]. Ce traitement n'augmente pas le risque hémorragique et améliore le pronostic. Le traitement anticoagulant sera poursuivi pour une durée de 3 à 6 mois. Des études récentes [14, 15] semblent montrer que ce traitement est également efficace chez les nouveau-nés et il n'est pas noté d'augmentation des accidents hémorragiques bien que le maniement des anticoagulants en période néonatale soit difficile avec une exposition au surdosage et donc aux accidents hémorragiques. La société française de neurologie préconise un traitement d'une durée de 6 à 12 semaines en l'absence de contre-indication. (situation à haut risque hémorragique : chirurgie, traumatisme...). (Pour les posologies et le maniement des anticoagulants, se référer à cet article [13]).

En dehors du traitement anticoagulant, il faut traiter le facteur déclenchant et prendre en charge les complications (avec entre autres la mise en place d'un traitement anti-épileptique notamment si survenue de crises convulsives).

Pronostic

Les TVCN sont des affections graves. La mortalité à la phase aiguë varie de 2 à 19 % selon les études [2, 4, 15]. On retrouve des séquelles modérées à sévères chez 40 à 45 % des survivants [2, 4, 15]. Une épilepsie est retrouvée dans 16 à 41 % des cas [2, 15]. Il semblerait exister une association significative entre la présence à la phase aiguë de lésions ischémiques et les séquelles à long terme [15]. Un suivi prolongé de ces enfants est donc nécessaire en milieu spécialisé.

Dans ce cas, le patient a fait sa thrombose veineuse cérébrale sur un épisode de déshydratation sévère sur une APLV.

Nous ne ferons pas de rappel sur l'APLV ici mais il ne faut pas oublier que :

- Dans les allergies IgE médiées, les prick tests sont positifs et permettent de conforter le diagnostic.
- Dans les allergies non IgE médiées, les prick tests sont rarement positifs (25 % des cas) [16] et les IgE sériques spécifiques sont, par définition, négatifs. On utilise alors les patchs tests (Diallertest®) qui sont facile d'emploi. Ces derniers sont positifs uniquement dans 50 % des cas avant 1 an et dans 82 % des cas après 1 an [17].
- 10 % des APLV sont résistantes à un traitement par hydrolysate partiel de protéines de lait de vache et guérissent sous hydrolysate poussé.

Michael Levy

Références

1. Yang YK, Chan AK, Callen DJ, Paes BA. Neonatal cerebral sinovenous thrombosis: sifting the evidence for a diagnostic. *Pediatrics*. 2010;126:e693-e700.
2. Berfelo FJ, Kersbergen KJ, van Ommen CH, et al. Neonatal cerebral sinovenous thrombosis from symptom to outcome. *Stroke*. 2010;41:1382-1388.
3. deVeber G, Andrew M, Adams C, et al. Canadian Pediatric Ischemic Stroke Study Group. Cerebral sinovenous thrombosis in children. *N Engl J Med*. 2001;345:417-423.
4. Moharir MD, Shroff M, Stephens D, et al. Anticoagulants in pediatric cerebral sinovenous thrombosis: a safety and outcome study. *Ann Neurol*. 2010;67:590-599.
5. Golomb MR, Dick PT, MacGregor DL, Curtis R, Sofronas M, deVeber GA. Neonatal arterial ischemic stroke and cerebral sinovenous thrombosis are more commonly diagnosed in boys. *J Child Neurol*. 2004;19:493-497.
6. Dlamini N, Billingham L, Kirkham FJ. Cerebral venous sinus (sinovenous) thrombosis in children. *Neurosurg Clin N Am*. 2010 Jul;21(3):511-27.
7. Wu YW, Miller SP, Chin K, et al. Multiple risk factors in neonatal sinovenous thrombosis. *Neurology*. 2002;59:438-40.

8. Teksam M, Moharir M, deVeber G, et al. Frequency and topographic distribution of brain lesions in pediatric cerebral venous thrombosis. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2008;29:1961-5.
9. deVeber G, Andrew M, Adams C, et al. Cerebral sinovenous thrombosis in children. *N Engl J Med.* 2001;345:417-23.
10. Barron TF, Gusnard DA, Zimmerman RA, et al. Cerebral venous thrombosis in neonates and children. *Pediatr Neurol.* 1992;8:112-6.
11. deVeber G, Andrew M. The Canadian Paediatric Ischemic Stroke Study group. The epidemiology and outcome of sinovenous thrombosis in pediatric patients. *N Engl J Med.* 2001;345:417-23.
12. Leach JL, Fortuna RB, Jones BV, Gaskill-Shiple MF. Imaging of cerebral venous thrombosis: current techniques, spectrum of findings, and diagnostic pitfalls. *Radiographics.* 2006 Oct;26 Suppl 1:S19-41; discussion S42.
13. Jordan LC, Rafay MF, Smith SE, Askalan R, Zamel KM, deVeber G, Ashwal S; International Pediatric Stroke Study Group. Antithrombotic treatment in neonatal cerebral sinovenous thrombosis: results of the International Pediatric Stroke Study. *J Pediatr.* 2010 May;156(5):704-10, 710.e1-710.e2.
14. Vieira JP, Luis C, Monteiro JP, Temudo T, Campos MM, Quintas S, Nunes S. Cerebral sinovenous thrombosis in children: clinical presentation and extension, localization and recanalization of thrombosis. *Eur J Paediatr Neurol.* 2010 Jan;14(1):80-5.
15. Fitzgerald KC, Williams LS, Garg BP, Carvalho KS, Golomb MR. Cerebral sinovenous thrombosis in the neonate. *Arch Neurol.* 2006 Mar;63(3):405-9.
16. Isolauri E, Turjanmaa K. Combined skin prick and patch testing enhances identification of food allergy in infants with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 1996;97:9-15.
17. De Boissieu D, Dupont C. Diagnosis of non-IgE mediated digestive manifestations of cow's milk allergy. *J Pediatr* 2004;145:716.

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



Congrès de la Société Française de Pédiatrie



CLERMONT-FERRAND



2013



La Grande Halle d'Auvergne
Du 15 au 17 mai 2013

Inscription



www.pediatrie2013.org

Syndrome du bébé secoué : un diagnostic à avoir en tête

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un traumatisme crânien infligé secondaire à un acte de secouement violent d'un adulte envers un nourrisson. L'incidence est sous-estimée de façon certaine et est supérieure à 30 nourrissons pour 100 000 personnes par année. L'âge moyen de survenue est entre 4 mois et demi et 6 mois avec une prédominance de garçons (sex-ratio 3:2). Le secouement est responsable d'un déchirement des veines ponts corticales entraînant une hémorragie sous-durale ou sous-arachnoïdienne. Il entraîne également des lésions de cisaillement de la jonction entre les substances blanche et grise et possiblement des lésions ischémiques diffuses à l'origine de séquelles neurologiques lourdes. Le diagnostic est donc important à poser, d'une part, pour éviter un retard à la prise en charge aggravant le pronostic à long terme et, d'autre part, pour protéger l'enfant potentiellement en danger.

Diagnostiquer : le piège des vomissements isolés au milieu de l'épidémie de gastro-entérites

Le diagnostic peut être difficile à évoquer devant un tableau clinique fruste, avant la constitution du tableau typique d'hypertension intracrânienne ou l'apparition de convulsions. Dans notre pratique quotidienne, les parents ont souvent consulté plusieurs fois devant des vomissements apparemment isolés dans les 48h précédant le malaise ou les convulsions qui vont faire poser le diagnostic. Sont bien sûr fondamentaux devant tout nourrisson qui vomit : la prise du périmètre crânien (PC), la recherche d'un décrochage sur la courbe de PC, la palpation de la fontanelle et l'examen neurologique attentif. Les signes d'alerte supplémentaires sont les modifications du comportement (irritabilité, somnolence, moins bon contact, baisse de la prise alimentaire), la pâleur (secondaire à la déglobulisation) ou la présence d'ecchymoses. Des données anamnestiques peuvent inquiéter telles que le retard de recours aux soins, des explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, des consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme ou un antécédent de mort non expliquée dans la fratrie.

La suspicion du diagnostic doit faire hospitaliser l'enfant en urgence en milieu spécialisé et prendre les mesures de protection adéquates au cas par cas. Les recommandations validées en 2011 par la Haute Autorité de Santé vont guider les professionnels pour le diagnostic de secouement et ses implications judiciaires.

Chez un enfant de moins de 1 an, et après avoir éliminé les diagnostics différentiels :

Le diagnostic de secouement est hautement probable, voire certain, en cas :

- d'hémorragies intracrâniennes extra-axiales (hématome sous dural (HSD), hémorragies sous-arachnoïdiennes) plurifocales ;
- ET d'hémorragies rétiniennes profuses ou éclaboussant la rétine jusqu'à la périphérie (type 3 de Defoort-Dhellemmes) ;
- ET d'histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant.

D'autres arguments peuvent être présents et conforter le diagnostic de secouement :

- lésions cérébrales hypoxiques ;
- lésions cervicales (hématome intracanalair, lésions médullaires, lésions de la jonction occipito-vertébrale ou cervico-dorsale) ;
- description d'un secouement violent par une personne qui y a assisté.



Renseignements et inscriptions



EUROPA ORGANISATION

19, allées Jean Jaurès
BP 61508
31015 Toulouse cedex 6 - France
Tél: 0534 452645
Fax: 0561 420009
pediatrie2013@europa-organisation.com

Le diagnostic de secouement est probable en cas :

- d'hémorragies intracrâniennes extra-axiales plurifocales, avec ou sans hémorragies rétiniennes de tous les types ;
- OU BIEN d'hémorragie extra-axiale unifocale avec hémorragies rétiniennes de type 2 ou 3 ;
- ET d'histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant.

En cas de diagnostic probable, c'est le signalement qui est préconisé, en conformité avec l'avis du conseil national de l'ordre des médecins.

Le diagnostic de secouement est possible en cas :

- d'HSD unifocal ;
- ET d'histoire clinique absente, fluctuante, ou incompatible avec les lésions constatées ou avec l'âge de l'enfant.

Le diagnostic de secouement peut être écarté en cas :

- d'HSD unifocal, avec éventuellement fracture linéaire et ecchymose en regard ;
- ET d'histoire clinique constante, compatible avec les lésions et avec l'âge de l'enfant, et décrivant un traumatisme crânien accidentel violent.

Diagnostiquer mais aussi prévenir

Au cabinet ou aux urgences, les consultations pour pleurs du nourrisson ne sont pas rares. Un nourrisson peut, en effet, pleurer 2h par jour, même sans raison. Notre rôle est de s'assurer qu'il n'y a aucune cause médicale à ces pleurs, de rassurer les parents mais aussi de les aider à faire face aux pleurs. Le message à faire passer est que le mieux, en cas d'exaspération par les pleurs, est de coucher l'enfant sur le dos, dans son lit, et de quitter la pièce.

Dans un but d'information et de prévention, ont été créés 2 sites internet : www.bebesecoue.com axé sur les pleurs et la conduite à tenir, et, www.syndromedubebesecoue.com à l'attention des professionnels de santé et juristes.

Dr Katia Lind
Dr Anne Laurent-Vannier
Service de rééducation des pathologies neurologiques acquises de l'enfant
Hôpitaux de Saint-Maurice

Bibliographie

1. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue
2. Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T, Chazal J, Christophe C, Defoort-Dhellemmes S, Fortin G, Rambaud C, Raul JS, Rey-Salmon C, Sottet F, Vieux E, Vinchon M, Willinger R. Audition publique « Syndrome du bébé secoué. Quelle certitude diagnostique ? Quelles démarches pour les professionnels ». Recommandations de la commission d'audition. Ann Phys Rehabil Med 2011;54:600-25.
3. A. Laurent-Vannier. Syndrome du bébé secoué, quoi de nouveau sur le diagnostic de secouement, le mécanisme en jeu et l'aspect judiciaire. Arch Ped 2012;19:231-234.
4. Simonnet H, Chevignard M, Laurent-Vannier A, Prévention du syndrome du bébé secoué. Ann of Phys Rehabil Med 2011, CO12-001.



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



L'air du large à l'hôpital : la régata des oursons



Quatre jours d'évasion

Depuis 1992, 40 à 50 enfants de l'hôpital Robert Debré et récemment 10 enfants de la Fondation Rothschild participent à la Régata des Oursons qui se déroule tous les ans en Juin pendant 4 jours.

Cet évènement avait lieu en baie de Concarneau jusqu'en 2011. Depuis 2012, c'est l'école de voile de Quiberon qui nous accueille sous le patronage de Jacqueline Tabarly, notre marraine depuis 13 ans.

Cette régata a plusieurs objectifs

- Proposer à des enfants, entre 6 et 16 ans, suivis à l'hôpital, de s'ouvrir sur l'extérieur et de vivre avec leurs soignants une expérience inoubliable au bord de la mer : la découverte et la pratique de la voile avec des skippers confirmés.
- Mettre tout en œuvre (moyens humains et logistiques) pour emmener tout enfant, même lourdement handicapé avec bien sûr un accord médical.
- Permettre à tout le personnel de l'hôpital (soignants, administratifs, médico-techniques, ouvriers) de vivre une belle aventure humaine en accompagnant ces enfants.
- Des réunions ont lieu, préalablement, entre soignants et accompagnateurs pour mettre en place chaque prise en charge et assurer ainsi à l'enfant une sécurité maximale.
- Chaque accompagnateur a une mission très précise suivant la place qu'il occupe dans l'institution (médecin, kiné, infirmier(e), aide-soignant(e), logisticien ou administratif).

Les enfants sont choisis par les équipes médicales et soignantes des services hospitaliers. Chaque année, des journalistes et médias nationaux sont contactés par la direction de la communication de l'hôpital Robert Debré : ils viennent rencontrer les enfants et leurs accompagnateurs pour rendre compte de l'évènement.

Les quatre jours sont rythmés par une régata avec une vingtaine de voiliers la journée, deux



soirées karaoké et une boum le samedi soir avec remise de diplômes et de trophées couronnée par un feu d'artifice.

Un témoignage de Balla, 6 ans : « C'est la première fois que je vois la mer et c'est grand. On est allé sur une petite île : Houat, on nous a donné des ballons pour jouer au foot. On s'est bien amusés, mais j'étais collante à cause de la pommade (crème solaire !). Au retour, j'ai dirigé le bateau qui est un oiseau noir (Le Pen Duick 5 ou mésange noire) et mis le moteur. Je voudrais bien revenir ! ».

Tout le monde rentre à Paris le dimanche soir la tête pleine de souvenirs. Une soirée est prévue au mois de Novembre de chaque année afin de remettre aux enfants et aux accompagnateurs un film réalisé pendant ce séjour.

Cette régata n'existerait pas sans le soutien de nos partenaires : Association Robert Debré, Fondation de Paris-hôpitaux de France, Lion's Club, ACEF, Fondation Rothschild, l'école Ste Thérèse d'Ozoir la Ferrière, l'association les Petits Princes, etc.

La régata des oursons permet aux enfants d'oublier le temps d'un week-end leur maladie et de leur donner des forces pour lutter contre celle-ci.

Lorsque le sourire apparaît sur leur visage, on sait que l'on a gagné notre pari.

Annie Escot

Cadre de Santé, Hôpital Robert Debré



Une spécialisation tardive en pédiatrie générale...

Malgré plusieurs périodes de doute et une tentation récurrente d'arrêter mes études de médecine, j'ai su assez tôt que je voulais devenir pédiatre. J'ai souvent entendu des médecins pour adulte dire que c'était trop dur de voir toute la journée des enfants malades... mon point de vue était tout à fait différent ! Je supportais mal de voir des adultes malades, car je les considérais souvent en fin de parcours et cela me décourageait. J'avais l'impression que la prise en charge des adultes consistait à prolonger leur vie de quelques années, alors que de soigner des enfants permettait qu'ils grandissent et poursuivent une vie normale, et je trouvais cela bien plus motivant ! Même après un semestre en oncologie, je n'ai pas changé d'avis : les enfants sont toujours pleins de vie et de ressources, et je n'ai jamais trouvé cela triste de les soigner.

Quant au cadre dans lequel je souhaitais travailler, je n'ai pas non plus hésité très longtemps. Après deux stages de pédiatrie générale (à Lagny sur Marne et à Necker), je suis passée dans des services très différents. Beaucoup m'ont intéressée et je me suis sentie à l'aise dans toutes les équipes. Néanmoins je n'ai retrouvé nulle part ailleurs l'ambiance familiale d'un service de pédiatrie au sein d'un hôpital général. Le service de pédiatrie du CH de Marne la Vallée (ex « Lagny ») comporte plusieurs secteurs (pédiatrie, néonatalogie niveau IIB, maternité, hôpital de jour et urgences pédiatriques indépen-



dantes des urgences adultes). Les pédiatres du service sont affectés dans les différentes unités mais on fait de tout pendant les gardes, ce qui



oblige à être polyvalent (et implique notamment d'être à l'aise en salle de naissance). Au sein du service, chaque pédiatre a cependant une consultation orientée vers une « sur-spécialité » (pneumologie, hématologie, rhumatologie, néonatalogie, gastroentérologie, neurologie, endocrinologie), généralement acquise par un DU.

J'ai donc débuté dans ce service par 2 ans et demi d'assistantat en pédiatrie et pu profiter de l'expérience de chacun des pédiatres dans son domaine. Ayant manifesté rapidement mon désir de rester travailler au sein de cette équipe, il m'a fallu choisir à mon tour un domaine à approfondir. Mon choix s'est orienté vers la neurologie pour plusieurs raisons. Tout d'abord (et tout à fait par hasard...) parce que mon sujet de thèse portait sur un sujet neurologique. Ensuite parce qu'il existe une carence importante en neuropédiatres en Seine et Marne, que ce soit en CAMSP ou en milieu hospitalier. Enfin parce que j'avais accepté dès mon arrivée (sans savoir de quoi il s'agissait réellement) de suivre sur le plan somatique des enfants autistes pris en charge dans les hôpitaux de jour rattachés à l'hôpital de Lagny : forte de cette (brève !) expérience, il m'a été proposé de prendre un poste « mixte » en pédiatrie et pédopsychiatrie. Une structure

appelée UNITED a en effet ouvert en 2011 au sein de l'hôpital, destinée à l'évaluation diagnostique (psychiatrique et neurologique) d'enfants avec troubles envahissants du développement (TED). Il s'agit du septième centre de ce type créé en Ile-de-France (cinq à Paris intra muros, un à Versailles). J'ai donc passé le DIU de neuropédiatrie et suis allée régulièrement suivre des consultations de neurologie à Bicêtre et à Robert Debré. L'enseignement du DIU est évidemment plus difficile à assimiler quand on ne travaille pas toute la journée dans un service de neuropédiatrie, et j'ai dû m'accrocher un peu ! Cela m'a permis également d'orienter ma consultation de pédiatrie vers plus de neurologie (essentiellement épilepsie, retard psychomoteur).

Je travaille donc une journée et demie par semaine avec une pédopsychiatre, des psychologues, une orthophoniste et une psychomotricienne. Il est très intéressant de voir les divergences d'approche d'une même situation entre les pédiatres et les pédopsychiatres. Ces derniers sont souvent plus analytiques et nous plus pragmatiques, leur rythme est également différent du nôtre. Je me suis demandé au début ce que je pouvais apporter dans cette équipe mais j'ai fini par me rendre compte que de voir une même situation sous différents angles permettait de considérer les enfants et leur pathologie de manière plus globale et de leur proposer ainsi une prise en charge plus adaptée. Je crois en outre que cela est ras-

surant pour des parents d'entendre un diagnostic concordant et exhaustif après l'avis de deux spécialistes différents.

Je n'ai pas regretté un seul instant d'avoir choisi de travailler en pédiatrie dans un hôpital général. L'activité est extrêmement variée, chacun peut se perfectionner dans un domaine mais s'enrichit aussi des connaissances des autres et l'ambiance est particulièrement agréable ! Je crois qu'au cours de notre internat, on ne nous incite pas suffisamment à choisir ce genre de poste alors que la majeure partie des enfants de la région parisienne sont soignés en hôpital général !

Je profite d'ailleurs de cette lettre pour glisser qu'un poste de pédiatre en néonatalogie est vacant à partir de mai 2013...

Dr Frédérique Beaudonnet



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

De fortes fièvres Docteur, de fortes fièvres... Une brève histoire du thermomètre

« - De fortes fièvres Docteur, de fortes fièvres...
- Ah bon mais combien ? Vous avez mesuré ?
- Oh je ne sais pas Docteur, 36, 37°C, vraiment de fortes fièvres... ».

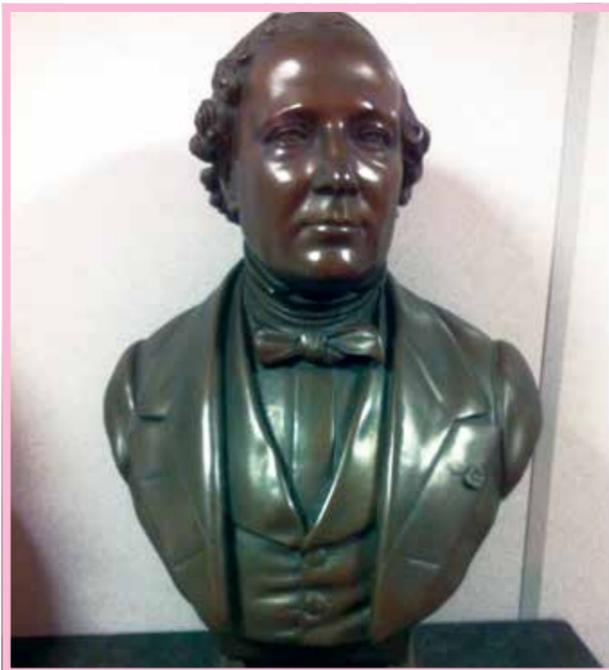
Au-delà de son caractère hautement cocasse, cette anecdote personnelle a le mérite de mettre en lumière la différence de perception et de représentation que peuvent avoir parents et soignants devant la fièvre. Beaucoup de parents s'attachent à rattacher la fièvre à ses manifestations les plus évidentes : sensation de chaleur, inconfort, sudation, hallucinations parfois. Là où le corps médical lui, la restreint le plus souvent à la simple augmentation de la température corporelle. Une fois terminées ces hautes considérations, l'enfant renvoyé dans son foyer et ma garde terminée, je me suis empressé d'oublier ces réflexions.

Quelques années plus tard, mon regard croise un superbe buste, dans les bureaux administratifs de l'hôpital Necker, car il est bien logique que les œuvres les plus précieuses ne soient pas exposées au public ou aux soignants, mais réservées à l'élite administrative, qui au demeurant se contrefiche de toutes ses statues de toubibs. Sur le socle, il est inscrit « HENRI ROGER, médecin à l'Hôpital des



Enfants Malades, un des fondateurs de la thermométrie médicale ». La thermométrie médicale, voilà bien une discipline fascinante... Pourtant, il est bien évident qu'un jour, de brillants physiologistes ont dû se pencher sur la question : de quand, au juste, date l'établissement des normes de température corporelle ? Qui a défini qu'à partir de 38°C on devenait fébrile ? (Ou sub-fébrile, selon sa religion médicale)...

La fièvre, du latin febris (chauffer, brûler) est un phénomène connu et décrit depuis l'Antiquité. Les médecins antiques la considèrent alors comme une maladie à part entière, un état pathologique mélange de sueurs, confusion, altération de l'état général, parfois vomissements, hémorragie, et bien sûr augmentation de chaleur corporelle. Galien fut le premier à penser que l'augmentation de la chaleur corporelle constituait « l'essence de la fièvre ». En l'absence d'instrument de mesure fiable, sa remarque fut perdue pour plusieurs siècles. Théorisé par le Jésuite Jean Leurechon en 1624, la paternité du thermomètre est attribuée au médecin italien Sanctorius de Padoue, puis perfectionné par Ferdinand II de Médicis en 1654. Très rapidement, ce nouvel instrument est utilisé afin de mesurer la température corporelle. Les pionniers de cette discipline se nomment entre autres Hermann Boerhaave, du syndrome éponyme, médecin Hollandais (1168 - 1734), Anton de Haen, physicien autrichien (1704 - 1776) qui



le premier nota qu'une augmentation de la température pouvait indiquer un état pathologique. C'est au XVII^{ème} siècle que la norme de la température corporelle fut établie : après des années de querelles sur leurs recherches, Balgden, Dobson, Lavoisier, Gentil, Edward, Antoine Becquerel, font tout simplement la moyenne de leur résultats expérimentaux pour aboutir au chiffre constant de 37°C. Ceci faisant de nous le mammifère le plus froid, au passage, comme le rapporte Edouard Lavielle dans une thèse vétérinaire de 1928 [1]. Si la relative constance de la température corporelle nous apparaît comme une évidence, les médecins de l'époque en furent fascinés, et étudièrent longuement la température en fonction de la température extérieure, des apports énergétiques, du sommeil...

C'est en 1844 que le statufié Henri-Louis Roger, publie un travail intitulé « de la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique » [2] complété en 1872 par « application de thermométrie à la thérapeutique dans les maladies de l'enfance » [3]. Selon son biographe officiel*, Henri-Louis Roger (1809 - 1891) devient agrégé de médecine en 1847. Pédiatre à l'hôpital des Enfants Malades, il est surtout connu pour ses travaux sur l'auscultation pédiatrique, et ses recherches post-mortem sur la cardiologie infantile, notamment la CIV. Dans ses travaux, – disponibles en ligne sur le site de la BIUS – il détaille parfaitement sa méthode de mesure – axillaire –, établit des normes de température en fonction de l'âge qui feraient blêmir nos jeunes externes, et montre quelques particularités pédiatriques. On peut citer l'immaturation du nouveau-né et du prématuré : il décrit ainsi parfaitement la chute de la température corporelle du nouveau-né en quelques heures, chose qu'il pense être d'abord physiologique – il établit des normes à 35°C à quelques heures de vie – avant d'en comprendre le caractère pathologique et de recommander dans son ouvrage de 1872 de ne plus emmener prestement les enfants à l'église si tôt nés... Reprenant ses travaux en 1885 dans un « traité sur la thermométrie médicale » (736 pages, un must have) [4], Paul Redard conclut que

* Wikipedia Inc.

1. Lavielle E-L-J. Réflexions sur la thermométrie. [Paris]: Faculté de Médecine de Paris; 1928.
2. Henri R. De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique. Archives générales de médecine. Paris; 1844;
3. Henri R. applications de la thermométrie à la thérapeutique dans les maladies de l'enfance. Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. Paris; 1872;
4. Redard P. Traité de thermométrie médicale. Paris: Librairie JB Baillière et fils; 1885.



« les enfants, [...] les nouveau-nés, [...] ressemblent sous bien des rapports à des animaux à sang froid ». On y apprend également que l'inverse de la fièvre, avant de s'appeler hypothermie, s'appelait algidie, du latin algeo, avoir froid, la même racine qu'algie, la douleur.

Henri-Louis Roger insiste sur la nécessité du traitement de la fièvre, « agent destructeurs des humeurs », « fille mère de nombreuses altérations ». Sa pharmacopée ne comprends alors ni Doliprane® rose ni Efferalgan® caramel, il propose donc d'utiliser la digitaline, le sulfate de quinine, le tartre sibié, mais aussi des mesures physiques, comme le bain froid, ou la saignée !

Finalement ses travaux précurseurs seront honteusement volés et pillés par un médecin allemand, Karl August Wunderlich (1815 – 1877). En étant moins chauvin, Wunderlich a énormément contribué à faire de la thermométrie un outil sémiologique majeur. Il fut le premier à considérer la fièvre comme un symptôme et non une maladie – des siècles après Galien –, et établit l'utilité des courbes de température.

Et même si ces recherches m'ont permis de comprendre l'évolution du concept de fièvre, d'une maladie généralisée à celui d'un symptôme objectif et mesurable, je ne sais toujours pas s'il faut ajouter 0,5 ou 0,8°C en axillaire, je pense que ça dépend de l'infirmière du jour...

Martin Castelle

Bulletin d'adhésion 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 D^r A. Netter 75012 PARIS
ajpediatrie@gmail.com
www.ajpediatrie.org

Les Annonces de Recrutement

► Région Ile-de-France

Le Conseil général du Val d'Oise **RECRUTE**

"plus de 120 métiers au service des Valdoisiers"

Jeunes médecins (h/f)

MISSION Vous cherchez : • un exercice médical qui associe de l'activité clinique avec la possibilité de développer ou de participer à des actions en matière de santé • à vous enrichir auprès d'une équipe pluridisciplinaire.

Si vous souhaitez participer à la mise en œuvre de la politique départementale en matière de santé de l'enfant, santé de la famille et santé publique, mais aussi mener des actions préventives, éducatives, curatives et de promotion de la santé dans une Direction Prévention Santé bien identifiée au sein du Conseil général avec 2 services de santé, équipés d'outils et de dispositifs développés pour un exercice médical de qualité, venez découvrir sur www.valdoise.fr l'étendue de nos attributions, de nos responsabilités médicales ou médico-sociales, et rejoignez nos équipes!

Les postes à pourvoir sont à temps complet, temps partiel ou bien sous forme de vacations (quelques heures par semaine) et localisés sur tout le Val d'Oise (Cergy, Argenteuil, Sarcelles, Beaumont...).

Rémunération attractive. 32 jours de congés annuels et 20 jours de RTT.

Le Conseil général du Val d'Oise recrute **des médecins responsables d'équipe Protection Maternelle et Infantile, des médecins de secteur PMI et planification familiale.**

Ces postes sont ouverts aux médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, infectiologues...

POSTULER Merci de déposer votre candidature sur www.valdoise.fr, rubrique «offres d'emploi», en précisant la référence Méd/SSO

Tous nos postes sont diffusés sur www.valdoise.fr

Le conseil général du Val d'Oise, c'est 3700 collaborateurs, 120 métiers différents, 27 directions et missions
Environ 350 sites extérieurs, 17 organismes associés

www.valdoise.fr

essonne.fr

L'Essonne, votre prochaine grande idée

Le Conseil général de l'Essonne recrute

Des Médecins de consultation de PMI et de planification et d'éducation familiale (h/f)

Vous assurez les consultations et actions de prévention médico-sociales en faveur des enfants de moins de 6 ans en centre de protection infantile, en école maternelle ou de protection maternelle et planification et éducation familiale. Vous effectuez un suivi médico-social des consultants et collaborez à la conception et à la mise en œuvre des activités du centre et des projets d'actions collectives de promotion de la santé. Vous participez au réseau de prise en charge médicale et sociale des consultants et au développement du partenariat institutionnel.

Vous connaissez les champs de compétence des différents intervenants dans le domaine médico-social et du cadre juridique et réglementaire lié aux missions de protection maternelle et infantile et de planification familiale. Vous maîtrisez les règles éthiques et déontologiques liées à la profession et/ou aux missions auxquelles vous contribuez. Vous êtes capable d'analyser et d'évaluer les besoins de santé. Vous savez animer un groupe et vous aimez travailler en partenariat. Vous faites preuve de discrétion.

Le poste nécessite le diplôme de docteur en médecine. L'exercice des activités du poste nécessite des déplacements, le permis de conduire B est souhaité.

Dans le cadre de son protocole d'accueil et d'intégration des travailleurs handicapés, le Conseil général de l'Essonne facilite leur accès aux emplois territoriaux. Ce poste est handi-accessible.

Merci de postuler de préférence en ligne sur notre site Internet www.essonne.fr ou par courrier à l'attention de Monsieur le Président, Conseil général de l'Essonne, Direction des Ressources Humaines, Service Recrutement, boulevard de France, 91012 Evry cedex.

4 587 agents - budget : 1,2 milliard d'euros orc.fr



► Région Provence-Alpes-Côte d'Azur



Hôpital Privé la Casamance

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

UN/UNE PÉDIATRE,

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

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 Auvergne

LE CONSEIL GÉNÉRAL DE HAUTE-LOIRE

recrute pour sa direction de la vie sociale

UN MÉDECIN - RESPONSABLE DU SERVICE DE LA PROTECTION MATERNELLE INFANTILE (H/F)

Vous pilotez les activités du service PMI et mettez en œuvre les procédures et processus de travail. Vous dynamisez l'équipe pluridisciplinaire de la PMI avec les médecins de territoires et participez à l'application des politiques sociales et de santé publique du Département, notamment pour le secteur « enfance-famille ». Vous êtes force de proposition pour des améliorations ou orientations politiques en faveur de l'enfance et du dispositif de l'enfance en danger. Vous organisez la planification familiale et pilotez la politique départementale d'accueil du jeune.

Titulaire d'un Doctorat d'État en médecine et si possible du certificat d'études spéciales en pédiatrie et en santé publique, vous faites preuve de compétence d'ordre médical, en matière d'écoute, d'analyse, en matière d'encadrement et d'animation d'une équipe et de travail en transversalité. Organisé et rigoureux, vous savez mobiliser votre équipe et respecter le secret médical et professionnel. Disponible, vous alliez l'esprit de synthèse au sens du travail en équipe.

Pour tout renseignement sur ce poste, prendre contact avec Mme Josiane COUTAREL Directrice adjointe enfance famille au 04 71 07 42 62.

Vous pouvez consulter la fiche complète sur notre site : www.cg43.fr

Adresser lettre de candidature + CV au Conseil Général de la Haute-Loire, Service emploi, formation, relations sociales, 1, place Monseigneur de Galard, CS 20310, 43011 Le Puy en Velay Cedex
Tél : 04.71.07.41.44 - Mail : srh@cg43.fr




CENTRE HOSPITALIER Intercommunal des Alpes du Sud
Gap - Sisteron

LE CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL DES ALPES DU SUD GAP (05) - SISTERON (04)

RECRUTE POUR SON SERVICE DE PÉDIATRIE (SITE DE GAP)

1 PÉDIATRE

TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

Pour tous renseignements, contacter :
Dr A.M. ZOCCARATO - chef de service - 04 92 40 61 65
Affaires Médicales - 04 92 40 61 72

► Région Alsace



Strasbourg.eu
à COMMUNAUTÉ URBAINE

recrute pour le service Famille et petite enfance

UN MEDECIN REFERENT A TNC 17h30 - h/f

médecin de 2ème classe à médecin de 1ère classe

Vous menez une action de santé collective et individuelle en matière d'éducation et de promotion de la santé ; vous conseillez et formez les personnels et participez à l'intégration d'enfants porteurs de handicap, d'une affection chronique ou de tout problème de santé nécessitant une attention particulière ; vous veillez à l'application des mesures préventives d'hygiène générale dans les structures accueillant des enfants de 0 à 4 ans.

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

Date de clôture : 28 septembre 2013

Merci de postuler à cette offre sous la référence E00155 (avec lettre de motivation et CV) directement sur notre site CUS'EMPLOI à l'adresse suivante : www.emploi.strasbourg.eu



► Région Bretagne

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (29) établissement de 1052 lits et 230 places avec des activités MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPHAD recherche son 4^{ème} praticien : équipe composée de 4 postes PH temps plein et un assistant régional.

UN(E) PÉDIATRE

Poste PH, Assistant ou Contractuel

Le service dispose d'un pédiatre généraliste, d'un pédiatre orienté en diabétologie-endocrinologie, d'un neuropédiatre. Ce service comporte 4 lits de néonatalogie et 16 lits de pédiatrie générale. Il réalise 1 700 entrées annuelles en moyenne dont 140 en néonatalogie. La maternité du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix effectue 800 naissances par an en niveau IIa. L'équipe médicale fonctionne en astreinte opérationnelle.

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 : glenaur@ch-morlaix.fr



► Région Rhône-Alpes

Notre département de 306 000 habitants dispose d'un cadre de vie exceptionnel. Il bénéficie de la dynamique économique de la région Rhône Alpes. 1 700 collaborateurs ; budget 2013 : 394 millions d'euros

LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ARDÈCHE

recrute par voie statutaire des médecins territoriaux (H/F)
Pour sa Direction Générale Adjointe Solidarités, Education et Mobilités

- Un Médecin Directeur Adjoint Santé-Famille
Sous l'autorité du Directeur Enfance Santé Famille, vous mettez en œuvre le Projet de Direction unique Enfance Santé Famille en fonction des niveaux de réalisation définis et la politique départementale en matière de protection maternelle et infantile.
Poste basé sur PRIVAS
- Deux Médecins Protection Maternelle et Infantile
Sous l'autorité du Directeur Adjoint de l'Unité Territoriale, vous assurez l'aide technique dans le cadre des missions PMI: Consultation de nourrissons, bilans de santé en écoles maternelles et Centres de planification. Vous participez à la prévention et prise en charge des enfants victimes de maltraitance.
Postes basés sous GUILHERAND GRANGES et ANNONAY

Postes à pourvoir au plus tôt

Pour plus de renseignements et postuler en ligne : <http://www.ardeche.fr/recrutement>

Vous pouvez aussi envoyer votre candidature à : Département de l'Ardèche DRH/Service emploi et compétences Hôtel du département BP 737 07007 Privas Cedex
Pour tous renseignements : DRH, Service emploi et compétences 04 75 66 77 82



LE CENTRE HOSPITALIER DE PÉRIGUEUX

Établissement de 1255 lits et places et 2500 agents situé au coeur de la Dordogne.
À 1h30 de Bordeaux et 1h de Limoges.

RECRUTE

1 PÉDIATRE POSTE PH TEMPS PLEIN OU POSTE ASSISTANT

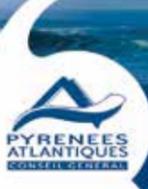
PARTAGÉ AVEC LE CHU DE BORDEAUX

Service comprenant 24 lits de pédiatrie générale, 12 lits de néonatalogie niveau 2B dont 3 lits de SINN, 4 lits d'HDJ accueil d'urgences pédiatriques spécifiques. Gardes sur place.
Service neuf ouvert en 2010. Cadre de vie agréable.



Centre hospitalier de Périgueux

Contact : Dr L. Pradeaux - chef de service
0553452692 - laurent.pradeaux@ch-perigueux.fr



Le Conseil général des Pyrénées-Atlantiques
recrute pour la Maison de la Solidarité Départementale de Pau

un Médecin de PMI (h/f)

à temps non complet (70%)

Rattaché au médecin responsable du service départemental de PMI, vous participez à l'organisation, à la mise en œuvre et à l'évaluation sur le territoire de la MSD des missions définies par le CSP et le CASF.

Vous travaillez en étroite collaboration avec les acteurs de la MSD, et notamment les acteurs de santé. Vous participez également à l'élaboration du projet de service de la MSD et vous vous inscrivez dans les actions partenariales. Vous veillez aussi au respect des règles déontologiques et éthiques, notamment à celui du secret médical.

Vos missions recouvrent également le management, la coordination ainsi qu'un volet administratif, technique et organisationnel.

Poste basé à Pau avec déplacements. Horaires réguliers.

Merci d'adresser votre candidature, soit sur notre site : www.cg64.fr, soit par courrier (lettre de motivation et CV) à M. le Président du Conseil général, DRH, 64 avenue Jean Biray, 64058 Pau CEDEX 9, avant le 31/05/2013.

La fiche de poste détaillée peut être consultée sur www.cg64.fr - offres d'emploi



LES HOPITAUX DU BASSIN DE THAU à Sète (dans l'Hérault)

RECRUTENT 1 PRATICIEN HOSPITALIER CONTRACTUEL

temps plein - spécialiste en pédiatrie

Le poste est à pourvoir dans les meilleurs délais.
Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins demandée.

Conditions :
Pour postuler à cette offre, vous devez être titulaire d'un diplôme de Docteur en médecine et du D.E.S. de Pédiatrie.

Renseignements :
Dr CAVALIER - Responsable du service Pédiatrie - 04 67 46 56 39
Mme ALBA - Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales
04 67 46 57 08 - secdrham@ch-bassindethau.fr



La Ville de Nantes

La Ville de Nantes, 6ème ville de France recrute par voie statutaire (mutation, détachement, liste d'aptitude) ou à défaut contractuelle pour sa direction petite enfance

UN MÉDECIN RÉFÉRENT des établissements petite enfance

Médecin territorial - h/f - Offre 7079

Intégré à l'équipe de direction, vous coordonnez, animez et assurez le suivi médical des enfants accueillis dans les 25 multi-accueils municipaux avec le soutien de l'infirmière puéricultrice.
Vous mettez en place ou participez aux actions de prévention santé dans les établissements.

Compétences requises :

- médecin spécialiste ou généraliste possédant une expérience particulière en pédiatrie
- conduite de projet et travail en mode partenarial
- capacités relationnelles et rédactionnelles

Conditions de travail attractives, autonomie et temps partiel négociable

Adresser candidature, curriculum-vitae, dernier arrêté de situation administrative ou photocopie de l'attestation de réussite au concours à :
Monsieur le Maire de Nantes, Direction des Ressources Humaines, PRH 2, 2 rue de l'Hôtel de Ville, 44094 Nantes cedex 1

Contact :
Mauricette CHAPALAIN
Directrice petite enfance
02 40 41 31 05



DEPARTEMENT DE MAYOTTE

Direction Générale Adjointe Chargée de la Solidarité et du Développement Social
Direction de la Santé et de la Protection Maternelle et Infantile



RECRUTE MEDECIN DE PMI

(Pédiatres, Gynécologues, généralistes)

Missions du poste :
Il met en œuvre les actions d'ordre médico-social sur la circonscription au sein de laquelle il exerce ses fonctions. Il participe à la mise en place de la politique départementale de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance.

Activités principales :

- assurer des consultations médicales et des actions de prévention en faveur des moins de 6 ans dans le centre de protection infantile et en école maternelle
- organiser le suivi médico-social des enfants et participer à la protection de l'enfance (détection et signalement des maltraitements, prise en charge des enfants en danger) ;
- contrôler les accueils périscolaires sur son secteur ;
- assurer des consultations prénatales
- assurer des consultations de planification familiale
- concevoir et piloter des actions collectives de promotion de la santé et collaborer au développement du partenariat institutionnel.

Le profil

- bonne connaissance de la politique départementale de PMI
- capacités d'analyse des besoins de santé sur un territoire
- aptitude à l'animation d'intervenants médicaux et médico-sociaux.

DÉPARTEMENT DE MAYOTTE

Monsieur le Président du Conseil général
Direction des ressources humaines et de la logistique
Conseil général de Mayotte - BP 101 - 97600 Mayotte
Tél : 02 69 64 90 00 - Mail : germ@cg976.fr

Madame le docteur Anna DAUBIGNEY
Directrice des services PMI
Tél: 02 69 64 32 87
Mail : anna.daubigney@cg976.fr - dspmi@cg976.fr



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