

La lettre de l'AJP



Numéro 5 | Avril 2012 | Gratuit

Focus sur Lille



- SFRP
- Psychomotricité
- Biothérapies
- Troubles de l'apprentissage



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

Edito	7
Le point sur la recherche : La lettre de la SFRP à l'AJP	4
La psychomotricité en hématologie pédiatrique	6
Biothérapies et maladies rares	8
Focus sur Lille	12
Cas clinique	15
Le mot du laboratoire Gallia	18
Stage chez le pédiatre libéral	20
Congrès des sociétés médico-chirurgicales de pédiatrie	22
Bulletin d'adhésion à l'AJP	24
Troubles des apprentissages : Qu'est-ce ? Comment et pourquoi les dépister ? Et après ?	25
ADMp® le logiciel en ligne d'aide à la Décision Médicale en pédiatrie	28
Les annonces de recrutement	30



BUREAU

- BOËT Angèle, présidente (Paris)
- DEMIR Zeynep, trésorière (Paris)
- BUTIN Marine, secrétaire (Lyon)
- CAIETTA Emilie, secrétaire (Marseille)

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- DEBATS Camille (Lyon)
- BODET Amélie (Caen)
- LAVOINE Noémie (Paris)
- MARCELO Pierre (Paris)
- PAIN PRADO Eloise (Paris)
- STERLING Benoit (Marseille)
- CORNU Florent (Marseille)
- LACHAUSSEE Noëlle (Paris)
- TABONE Laurence (Paris)

Editeur et régie publicitaire :

Macéo éditions

M. Kamel TABTAB, Directeur

11, Bd Ornano - 75018 Paris - Tél. : 01 53 09 90 05 - maceoeditions@gmail.com

Imprimé à 1100 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 tous !

Je profite de cette première lettre de l'AJP 2012 pour vous rappeler les actions menées par l'AJP. Comme vous le savez déjà sûrement, l'AJP s'articule en un bureau national et en associations régionales afin de pouvoir créer et maintenir une dynamique et une cohésion régionale. Son rôle est de permettre aux internes d'une même région de se connaître, accueillir les jeunes semestres, permettre de faire circuler les évaluations de stage, gérer l'organisation de formations et de soirées : tout ce qui est nécessaire au bon fonctionnement des promos et à la vie d'interne.

L'AJP a également un rôle de défense et de promotion des internes de pédiatrie en particuliers, mais aussi du métier de pédiatre et de la prise en charge de l'enfant en général.

L'AJP est ainsi membre du CNPP (Collège National des Professionnels de la Pédiatrie) qui réunit toutes les formes d'exercices, sociétés savantes et syndicats. Par le CNPP, la pédiatrie ne parle plus que d'une seule voix et se fera donc mieux entendre. C'est le CNPP qui formulera les propositions de formation et d'évaluation au futur conseil scientifique de la FPC.

Elle collabore aussi avec la SFP (Société Française de Pédiatrie) en étant membre de son conseil d'administration et de son conseil scientifique, la participation à l'organisation des congrès et depuis cette année avec le prix de recherche de master 2 AJP/SFP.

L'AJP est également impliquée dans la promotion de la recherche en étant membre de l'interface INSERM et de la SFRP (Société Francophone de Recherche en Pédiatrie), qui fait son entrée ce semestre dans la lettre de l'AJP.

Elle est également membre du comité scientifique et d'organisation des JFRN (Journées Francophones de Recherche en Néonatalogie).

Elle travaille également en collaboration étroite avec l'AFPA, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire qui regroupe la majorité des pédiatres ayant un mode d'exercice à prédominance libérale (cabinets de ville et maternités privées). Le but principal de l'AFPA est donc la formation de spécialistes de l'enfant de la conception à 18 ans. Elle est agréée comme organisme de formation continue. Ses principaux engagements actuels sont la promotion de la pédiatrie libérale auprès des jeunes praticiens, la création d'un stage chez le pédiatre libéral pendant l'internat.

L'enfant n'est pas un adulte en miniature. Les spécificités de son alimentation au cours des premiers mois, sa vulnérabilité face à certaines maladies, mais également ses formidables capacités d'apprentissage font de lui un être doté d'un potentiel de développement à la fois immense et redoutablement fragile. Qui, mieux que le pédiatre, possède les compétences appropriées pour une prise en charge si spécifique dans ses approches préventives et thérapeutiques ? Pourtant, beaucoup ne peuvent obtenir l'expertise de ce spécialiste formé pour s'occuper à la fois des enfants et de leurs parents, avec un rôle majeur d'éducation à la santé, de dépistage et de prévention. Dans notre pays, où le niveau de compétence du corps médical est pourtant excellent, l'évidente inégalité d'accès à la pédiatrie de ville dans certains départements très pauvrement dotés, voire quasiment sinistrés est une réalité comme l'a rappelé cette année le Pr Chantepie pour la SFP.

C'est pour cette raison qu'il est capital que les internes s'engagent dès maintenant pour soutenir et défendre leur formation et leur profession : pour participer et être informés des réformes de la CNIPI sur les maquettes des études et sur la réforme du post internat, sur les stages possibles, sur les débouchés, sur la défense de notre internat et surtout de notre métier.

Angèle Boët

La Société Francophone de Recherche en Pédiatrie (SFRP), composée de pédiatres de tous horizons qui essaient de concilier au quotidien pratique clinique et recherche, a pour objectifs de valoriser l'activité de recherche au sein de la pédiatrie, et de fournir aux plus jeunes, ville par ville et spécialité par spécialité, des conseils pratiques pour réussir au mieux leurs projets de recherche. Un des mots clé de la recherche est en effet l'anticipation : anticipation de l'année consacrée au projet, anticipation de la recherche des financements, etc.

Pour cette première lettre de la SFRP dans la lettre de l'AJP, nous sommes heureux de vous présenter une brochure intitulée « Guide de la recherche pour le jeune clinicien » qui est disponible en accès libre sur le site de la Société Française de Pédiatrie, ainsi que les résumés des deux travaux de juniors ayant obtenu le prix de la SFRP lors du congrès de la SFP 2011. Comme ce prix est renouvelé de manière annuelle, à vos crayons ! Et surtout, n'hésitez pas à aller visiter notre site internet si vous cherchez des infos complémentaires ou les noms de vos référents par spécialités et par villes...

1. Aider le jeune clinicien à affronter les difficultés inhérentes à un premier projet de recherche : l'exemple d'une brochure explicative (Justine Bacchetta, Lyon)

La recherche fait partie intégrante de la démarche médicale, qu'elle soit au lit du malade ou sur la paillasse. Si elle est une composante fascinante et passionnante du métier de médecin, les chemins qu'elle emprunte et qui y mènent peuvent parfois être longs et semés d'embûches administratives, pratiques et financières. La mise en place d'un projet de recherche peut ainsi être difficile et déroutante pour un jeune clinicien.

Nous avons ainsi rédigé une brochure d'information pour les jeunes cliniciens désireux d'entreprendre un projet de recherche, qu'il soit clinique ou fondamental, en abordant les différentes étapes obligatoires de la réalisation d'un projet de recherche, de l'idée initiale jusqu'à la publication finale des résultats.

Dans ce document sont abordés les différents types de recherche existants, les étapes clés de la conception du projet de recherche (choix d'une thématique de recherche, recherche d'un laboratoire d'accueil, recherche bibliographique, écriture du projet/protocole de recherche, recherche d'un financement personnel et recherche d'un financement pour le projet) ainsi que les étapes clés de la réalisation du protocole de recherche (réalisation pratique du projet au laboratoire, recueil et saisie des données, analyse statistique, présentation des résultats en congrès et publication des résultats). Les aspects éthiques et légaux de la recherche clinique et animale sont également détaillés, avant de proposer une vue d'ensemble du cursus hospitalo-universitaire. En annexe, une fiche spécifique à la pédiatrie (avec les principales dates de congrès et les facteurs d'impact des principales revues de la spécialité) est proposée.

Nous espérons ainsi pouvoir apporter une aide initiale aux jeunes cliniciens futurs chercheurs. Cette brochure est disponible en libre accès sur le site de la Société Française de Pédiatrie.

<http://www.sfpediatrie.com/professionnels-de-sante/recherche-prix/fondations-portails-guides.html>

2. Le prix de communication orale de la SFRP 2011 : Identification de mutations du gène KIF7, homologue de Costal2, dans les syndromes hydrolethalus et acrocalleux (Audrey Putoux, Lyon)

Les syndromes hydrolethalus (HLS) et acrocalleux (ACLS) sont des pathologies polymalformatives autosomiques récessives caractérisées par l'association d'une polydactylie et d'anomalies cérébrales. Seuls les cas finlandais de syndrome HLS sont expliqués par une mutation fondatrice du gène HYL51. Nous avons entrepris d'identifier le(s) gène(s) en cause dans ces 2 pathologies. Nous avons ainsi étudié une famille consanguine d'origine algérienne comportant 4 fœtus atteints d'HLS et 7 patients présentant un syndrome ACLS. Nous avons entrepris une étude de liaison génétique par puces Affymetrix 250 K puis une approche gène candidat. Nous avons ainsi identifié des mutations du gène KIF7 chez tous les individus atteints. Nous avons montré une dérégulation des cibles de la voie Sonic hedgehog (SHH) et une baisse de la forme répressive de GLI3 ainsi que des anomalies de la longueur du cil primaire chez des patients mutés. KIF7 est également un modificateur potentiel du phénotype d'autres ciliopathies. Au total, notre étude a identifié KIF7 comme le gène responsable d'un phénotype extrême définissant le deuxième locus d'HLS et le premier gène impliqué dans le syndrome acrocalleux. Nous avons démontré le rôle de KIF7 dans la voie SHH chez l'homme.

3. Le prix de poster de la SFRP 2011 : Variabilité du rythme cardiaque et douleur chez l'enfant. (Justine Avez-Couturier, Lille)

La variabilité du rythme cardiaque permet d'étudier le système nerveux autonome. AUCmin (Physiodoloris TM), calculé à partir d'une série RR sur un simple ECG, est lié au tonus parasympathique et reflète la balance analgésie/nociception chez l'adulte anesthésié (Logier, 2006). Nous avons étudié son application chez l'enfant conscient en réalisant une étude prospective non interventionnelle chez des enfants au cours d'une douleur procédurale (biopsie musculaire sous sédation), après consentement. AUCmin était moyenné sur 300 sec en : T1 avant lidocaïne, T2 après lidocaïne, T3 avant incision, T4 après incision. La douleur était évaluée par le score FLACC à T4. Les résultats étaient comparés avec le test de Wilcoxon ($p < 0,05$ pour significativité). Au total, 28 enfants ont été inclus (0,5-17 ans ; médiane 6 ans) ; AUCmin a diminué significativement entre T1 et T2 ($p = 0,01$), ainsi qu'entre T3 et T4 ($p = 0,008$). En T4, AUCmin discriminait les patients douloureux ($FLACC \geq 4$) ou non avec une aire sous la courbe ROC de 0,79. En conclusion, la diminution d'AUCmin après stimulation nociceptive pourrait permettre de repérer une douleur chez un enfant non communicant, mais les seuils exacts restent à déterminer. Les limites de l'étude sont le faible nombre de patients, l'influence de la sédation, et la ventilation non contrôlée.

Justine Bacchetta pour la SFRP
justine.bacchetta@chu-lyon.fr

La psychomotricité en hémato-oncologie pédiatrique



La psychomotricité est une profession paramédicale de plus en plus présente dans les services de pédiatrie. Thérapie à médiation corporelle, elle porte un regard global sur l'enfant, le considérant acteur de son développement, et

incluant les variations individuelles, l'impact environnemental et la vie psychoaffective. En s'aidant de divers médiateurs, elle aide l'enfant à se réapproprier son corps, à mieux le connaître et à redécouvrir le plaisir de bouger. Chaque service apportant sa spécificité sur l'enfant, le psychomotricien s'adapte à cette histoire médicale. Travaillant depuis 6 ans dans un service d'hémato-oncologie pédiatrique, c'est sur ce thème particulier que je vous propose le regard d'une psychomotricienne.

Au cœur d'une clinique pluridisciplinaire, la psychomotricité travaille sur 3 registres : l'enfant en premier lieu, mais aussi ses parents et enfin, dans une perspective plus large, sur l'équipe médicale et paramédicale.

Même malade, l'enfant reste un être en développement. En psychomotricité, nous travaillons donc en fonction de l'âge sur les acquisitions psychomotrices, les NEMS... pour que l'enfant conserve un développement harmonieux et que le séjour à l'hôpital ne soit pas une mise en parenthèse de la vie. Nous prêtons attention aux rapports que l'enfant entretient avec son corps. C'est pourquoi nous intervenons aussi en amont, pendant et parfois après un geste médical potentiellement douloureux (ponction lombaire, myélogramme), par le biais de la relaxation ou du toucher thérapeutique, pour restaurer l'enveloppe corporelle intrusée. Les modifications corporelles induites par les traitements perturbent l'enfant dans

l'investissement de son corps. Or c'est par la connaissance et la maîtrise de son corps que l'enfant construit son rapport au monde.

L'une des particularités de la pédiatrie est la place qu'occupent les parents. Ce sont des partenaires indispensables. Souvent bouleversés dans leur parentalité, ils cherchent leurs repères éducatifs et leur place parmi les nombreux intervenants gravitant autour de leur enfant. En psychomotricité, nous incluons les parents dans les prises en charge. Nous cherchons à les rendre actifs dans les séances, véritables tiers. Et nous les accompagnons dans la valorisation de leurs compétences à prendre soin de leur enfant.

Enfin, travailler en milieu hospitalier c'est exercer au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans une clinique du traumatisme. Le psychomotricien s'ancre dans le service en participant aux réunions et propose son regard global sur l'enfant. Les conditions d'hospitalisation strictes sont parfois un frein pour celui-ci. Au psychomotricien donc d'aménager l'espace de manière adaptée aux contraintes médicales mais aussi aux besoins de l'enfant. Ainsi, il situe l'enfant au cœur de son développement et le considère comme partenaire de l'échange. Il est fréquent aussi de côtoyer la mort, et la psychomotricité, en proposant des soins psychomoteurs spécifiques à ces situations, travaille avec l'équipe à envisager l'enfant vivant et porteur de désir.

Le semestre en hémato-oncologie pédiatrique est souvent long, difficile parfois avec les histoires de vie rencontrées, et demande



beaucoup d'investissement aux internes. C'est pourquoi depuis quelques années, à l'initiative de quelques-uns, je propose dans le service une petite session de formation sur la prise de conscience du dialogue tonique et l'importance du toucher comme aide complémentaire au regard médical. Ce temps vise aussi à une meilleure



compréhension de l'enfant, et est souvent vécu comme un temps de pause dans le stress du semestre !

Indications en psychomotricité : ou pourquoi faire appel à une psychomotricienne

Troubles tonico-émotionnels

Positions antalgiques ou vicieuses

Difficultés comportementales : Hyperactivité, léthargie, refus de contact...

Attitude de protection ou de négligence vis-à-vis de la zone lésée

Trouble du schéma corporel et/ou de la représentation corporelle

Troubles psychoaffectifs

Séquelles neurologiques

VIGNETTE CLINIQUE :

« V., 10 mois, est suivi pour LAL. Son développement psychomoteur est entravé par l'espace restreint dans lequel il est amené à évoluer (flux mobile).

Sa maladie est réfractaire aux différentes lignées de traitement, mais V. demeure un enfant actif qui a acquis la marche et cherche à développer ses compétences.

C'est un enfant très vivant ! Tout est prétexte à découvertes et rares sont les moments où il montre des signes de mal-être. Les séances de psychomotricité soutiennent cette sensorialité au fil des hospitalisations.

Avec différents supports sensoriels, V. met en mouvement et sollicite son corps. Seul enfant du couple, les parents sont très présents et participent à ces temps de jeu. V. apprécie particulièrement le gros ballon.

C'est un moment privilégié père-fils, où V. joue avec son équilibre, sa proprioception, ses coordinations, porté par son père. Puis les hospitalisations de V. s'espaceront de plus en plus, les parents ayant choisi le domicile comme lieu de décès. »

Marie THERAIN-SOMMAIN

Psychomotricienne
Onco Hématologie Hôpital Trousseau

genzyme Ce dossier est composé d'extraits de l'article « Biothérapies et maladies rares » publié par Sandrine Philippe, Farida Dolard, Bernard Dieu et Rémi Varin (pharmacie du CHU Rouen) et paru dans le *Moniteur hospitalier* d'oct. 2010⁽¹⁾.

Une production longue et complexe

Les biothérapies représentent une source majeure d'innovations. Leur procédé de fabrication peut varier de plusieurs semaines à plusieurs mois. Il est basé sur les connaissances de la génétique, de la biologie cellulaire, mais aussi sur le développement des biotechnologies et des procédés industriels. Explications.

La biotechnologie se définit par l'utilisation de cellules vivantes, d'organismes, ou de cultures tissulaires afin de produire un produit d'origine biologique.

A partir des années 70, une nouvelle étape est franchie avec l'avènement du génie génétique et des protéines recombinantes, suscitant un espoir chez les patients atteints de maladies rares.

Une protéine recombinante est une biothérapie produite par un procédé technologique, au sein d'organismes vivants procaryotes (levures, bactéries) ou eucaryotes (cellules de mammifères) dont le génome a été modifié afin d'exprimer le gène humain de la protéine à produire, appelée « protéine d'intérêt ». Le transgène



Crédit © photothèque Genzyme

correspond à la séquence isolée du gène d'intérêt qui est ensuite transférée d'un organisme à un autre par la transgénèse. L'intérêt majeur de cette technique est de palier la chimie traditionnelle qui ne peut pas synthétiser de molécules complexes comme les protéines humaines ; elle constitue également une alternative à l'extraction de protéines thérapeutiques à partir de matériels biologiques (tissus, plasma, etc.) qui peut être source de contamination.

Etapes de production d'une protéine recombinante

Le cycle de production peut durer plusieurs mois. Ce processus comporte cinq étapes qui précèdent la phase de production industrielle (cf figure ci-dessous).

Identification et isolement du gène d'intérêt

La première étape consiste à identifier et isoler le gène d'intérêt : après identification du gène codant la protéine d'intérêt, le transgène est isolé dans une banque d'ADN complémentaire (ADNc). L'ADNc est utilisé parce qu'il ne contient que les séquences codantes du gène contrairement à l'ADN endogène.

Transfert du gène d'intérêt dans un vecteur d'expression

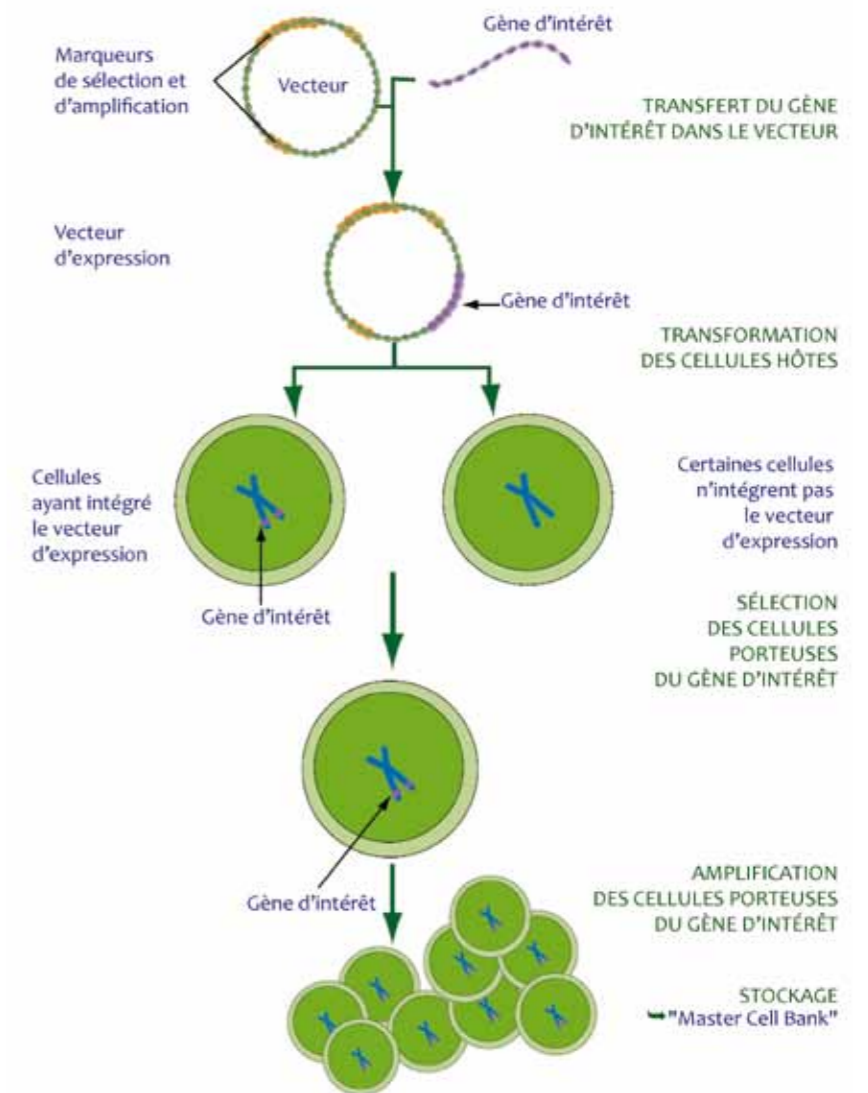
Le transfert du gène d'intérêt dans un vecteur d'expression servant de transporteur du matériel génétique correspond à la deuxième étape du processus. Différents vecteurs sont utilisés comme des plasmides ou des virus. Le vecteur doit contenir un promoteur fort afin d'initier la transcription ainsi que des marqueurs de sélection et d'amplification.

Introduction du vecteur au sein d'un organisme hôte

L'étape suivante consiste à introduire le vecteur porteur du gène au sein d'un organisme hôte. Le vecteur d'expression est introduit dans les cellules hôtes par différentes techniques chimiques, électriques, thermiques ou mécaniques.

Sélection et amplification des cellules hôtes porteuses du gène d'intérêt

Les cellules hôtes porteuses du gène d'intérêt sont ensuite sélectionnées et amplifiées. En effet, toutes les cellules hôtes n'intégreront pas le vecteur porteur du gène d'intérêt et ne pourront ainsi pas produire la protéine. Des séries de culture en milieu sélectif sont réalisées afin d'obtenir spécifiquement et en grande quantité les cellules porteuses du gène.



Etapes préliminaires de la production d'une protéine recombinante

Stockage des cellules hôtes porteuses du gène d'intérêt

La dernière étape consiste à stocker les cellules hôtes porteuses du gène d'intérêt. Ces cellules sont congelées et conservées sous forme d'une banque cellulaire, la «Master Cell Bank» (banque constituée des cellules de référence), à partir de laquelle sera produite une «Working Cell Bank» pour la production des lots de protéine. Ce système de banques cellulaires permet d'assurer la reproductibilité des lots produits à partir du même matériel contrôlé et validé.

⁽¹⁾ Sandrine Philippe, Farida Dolard, Bernard Dieu, Rémi Varin. Biothérapie et maladies rares. Le *Moniteur hospitalier* n° 229, oct. 2010.

Ces cinq étapes clés finalisées, la phase de production industrielle proprement dite peut commencer. La production d'un lot de protéine recombinante est réalisée à partir des cellules de la « Working Cell Bank ». Ces dernières sont décongelées et mises en culture dans des réacteurs de taille croissante afin d'obtenir une quantité suffisante pour ensemercer les bioréacteurs de production à grande échelle (plusieurs milliers de litres).

La protéine est ensuite extraite à partir des produits intermédiaires de la culture en bioréacteur et purifiée par des techniques successives

de chromatographie et de filtration. Les étapes finales, la formulation galénique (ajout d'excipients), le conditionnement et la lyophilisation si nécessaire du produit fini, garantissent la stabilité et l'intégrité du médicament.

Toutes ces opérations sont réalisées dans un environnement contrôlé. Des contrôles qualités sont de plus effectués tout au long du processus de production ainsi que sur le produit fini afin d'assurer la pureté et l'activité biologique de la protéine. Le risque infectieux des biothérapies est bien moindre que celui des médicaments obtenus par extraction.

Cellules ou organismes vivants utilisés pour la production de protéines recombinantes

Le choix de l'organisme hôte repose sur les propriétés de la protéine à produire et sur celles de l'hôte lui-même.

Les cellules et organismes vivants hôtes

Hôte	Avantages	Inconvénients
Bactéries	Faciles à cultiver	Incapables de glycosylation Faible potentiel de sécrétion
Levures	Faciles à cultiver Potentiel de sécrétion	Glycosylation simple (mannose) Sécrétion des grosses molécules difficiles
Cellules d'insectes/ baculovirus	Potentiel de sécrétion	Banques de cellules productrices irréalisables Glycosylation simple (mannose)
Cellules animales	Glycosylation complexe Potentiel de sécrétion	Cellules fragiles et exigeantes (milieu de culture riche en nutriments, etc) : coût élevé
Cellules humaines	Glycosylation complexe Potentiel de sécrétion	Cellules fragiles et exigeantes (milieu de culture riche en nutriments, etc) : coût élevé
Animaux transgéniques	Glycosylation complexe Potentiel de sécrétion	Adaptés seulement à certaines protéines Problématique de gestion des troupeaux
Plantes transgéniques	Glycosylation complexe	Difficultés d'extraction et de purification Glycosylation (xylose) pouvant conférer des propriétés allergènes aux protéines

Les cellules de mammifères sont d'excellents outils pour la production de protéines recombinantes glycosylées. Elles sont capables de synthétiser des molécules de hauts poids moléculaires et de réaliser une glycosylation complexe tout en disposant d'un potentiel de sécrétion important. Néanmoins, ces cellules sont plutôt fragiles et exigent des milieux de culture très spécifiques.

Parmi les cellules de mammifères, les cellules ovariennes d'hamster chinois (CHO) sont reconnues comme étant le système de référence pour la production de protéines recombinantes glycosylées (hors vaccins recombinants) : 69 % des protéines recombinantes produites par des cellules de mammifères le sont par des lignées de cellules CHO.

Efficacité et tolérance des protéines recombinantes thérapeutiques

Avec vingt cinq ans d'expérience et de recul dans l'utilisation des protéines thérapeutiques, les procédés de production sont aujourd'hui maîtrisés. Il ressort notamment de cette expérience que le potentiel thérapeutique d'une protéine recombinante ne dépend pas de sa ressemblance avec la protéine originelle. Seulement une minorité de protéines recombinantes thérapeutiques commercialisées sont strictement identiques aux protéines endogènes.

L'un des principaux objectifs de la production de protéines thérapeutiques est l'obtention de propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques optimales, nécessitant des transformations possibles par rapport à la protéine originale.

Ainsi, des modifications réalisées au niveau de la structure primaire de la protéine thrombolytique rtPA ont permis d'améliorer la résistance de la protéine à son inactivation biologique et

d'augmenter ainsi sa demi-vie. Un changement au niveau de la région C-terminale des insulines recombinantes a permis également de réduire l'agrégation des protéines entre elles lors de l'injection sous-cutanée à forte concentration et ainsi d'améliorer la cinétique d'action.

Des transformations post-traductionnelles sont également décrites. Une étape supplémentaire de pégylation au niveau de l'interféron alfa ou encore l'addition de deux chaînes glycosylées sur une érythropoïétine permettent d'augmenter la demi-vie plasmatique de ces protéines et d'améliorer leur efficacité thérapeutique.

Toutes les biothérapies, du fait de leur nature protéique, peuvent engendrer une réaction immunitaire lors de leur administration. Les risques existent quels que soient la cellule hôte et le mode de production.

Seules quelques maladies rares bénéficient d'une prise en charge par des biothérapies.

Les biothérapies représentent aujourd'hui plus de 20 % des médicaments orphelins.

Prise en charge de la maladie de Gaucher

Le traitement par enzymothérapie substitutive (TES) consiste à palier le déficit en glucocérebrosidase endogène en administrant aux patients

l'enzyme recombinante par voie intraveineuse. Cette glucocérebrosidase est produite à partir du gène humain par les cellules CHO, système de référence pour la production de protéines glycosylées.

Retrouvez des informations sur la maladie de Gaucher chez l'enfant dans notre numéro 2 de la Lettre de l'AJP datant de mars 2011.

La Lettre de l'AJP remercie les auteurs de la publication « Biothérapies et maladies rares, Le Moniteur hospitalier, oct. 2010 » :

Sandrine Philippe, Pharmacien Assistant spécialiste, pôle pharmacie CHU de Rouen.

Farida Dolard, Pharmacien Attaché, pôle pharmacie CHU de Rouen.

Bernard Dieu, Pharmacien Praticien Hospitalier, pôle pharmacie CHU de Rouen.

Rémi Varin, Pharmacien MCU-Praticien Hospitalier, pôle pharmacie CHU de Rouen.

Voici en quelques lignes les raisons pour lesquelles Lille est une ville de choix pour faire son internat de pédiatrie.

L'internat de Pédiatrie à Lille

Avec vingt-deux postes d'internes par promotions, Lille est la 2^{ème} ville de Pédiatrie après Paris. Ceci est dû d'une part à la diversité des terrains de stages dans les hôpitaux périphériques et d'autre part à l'importance du Centre Hospitalier Régional Universitaire.

En effet, de nombreux postes de pédiatrie générale sont ouverts dans les hôpitaux périphériques et les terrains de stages y sont très formateurs. Au maximum quatre semestres (en général les premiers) peuvent être effectués dans des Centres Hospitaliers Généraux. Sont proposés des stages de Pédiatrie générale, d'Urgences pédiatriques et de Néonatalogie (4 centres périphériques de niveau III). Les villes périphériques sont nombreuses et sont plus ou moins proches de Lille : Armentières, Arras, Béthune, Boulogne sur Mer, Calais, Cambrai, Dunkerque, Lens, Maubeuge, Roubaix, Saint-Omer, Seclin, Tourcoing, Valenciennes. Il faut

y ajouter l'hôpital St Vincent de Paul à Lille, qui dépend de l'Université catholique.

Au CHRU, la plupart des services pédiatriques sont regroupés dans l'hôpital Jeanne de Flandre. Lille est un grand centre de compétence pour toute la région Nord-Pas de Calais, qui compte 4 millions d'habitants. Toutes les surspécialités y sont représentées. Au minimum quatre semestres doivent être effectués au CHU. Sont proposés les services suivants : Neuropédiatrie, Hématologie pédiatrique, Gastropédiatrie, Cardiologie pédiatrique, Pneumopédiatrie, Urgences pédiatriques, Réanimation pédiatrique, Hôpital de Jour, HPDD (Hospitalisation programmée à durée déterminée), NEMH (Néphrologie, Endocrinologie, Maladies Métaboliques, Hématologie bénigne), Génétique, Maternité, Néonatalogie (Soins continus, Soins Intensifs, Réanimation Néonatale). Il faut y ajouter l'Oncologie pédiatrique, située à côté du CHRU, dans le Centre anti-cancéreux Oscar Lambret.

La formation théorique a lieu un après-midi par semaine, une semaine sur deux environ, à l'hôpital Jeanne de Flandre. Cette formation est organisée en cycles de quatre ans, les internes de tous les semestres sont donc présents. Les cours sont dispensés en fonction des attentes des internes et régulièrement réévalués. Sont de plus organisés : une formation pratique d'urgence pour les nouveaux internes, des journées de « surspécialités » régulières, et un enseignement spécifique axé sur la lecture critique, la rédaction d'articles et la recherche en pédiatrie.



Une région à découvrir

Lille, principale métropole du Nord-Pas de Calais, ancien bastion industriel, c'est aussi et avant tout une ville étudiante et de culture. Que ce soit pour se donner rendez-vous Grande Place, flâner dans les ruelles du Vieux Lille ou aller boire une bière rue Solferino... difficile de ne pas se laisser charmer par la capitale des Flandres.

Notre région, le Nord-Pas de Calais est aussi pleine de richesses. Les premiers semestres

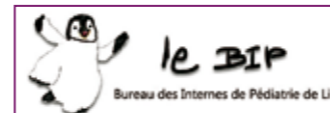
dans les hôpitaux périphériques sont d'ailleurs l'occasion de découvrir le coin et on profite des week-ends pour découvrir les plus beaux beffrois du Nord, déguster un welsh dans un petit estaminet (la brasserie locale) ou aller se balader sur la côte quand les beaux jours arrivent. Et si vous vous en lassez, il est toujours possible, le temps d'un week-end, d'aller rendre visite à nos voisins belges ou anglais !



Les ruelles du Vieux Lille



La Grande Place et ses illuminations



C'est l'association Lilloise des internes de Pédiatrie. Fondée en 1995 par et pour les internes, elle regroupe les 80 internes en cours de formation dans la région. Elle a pour principale mission de représenter et défendre les intérêts des internes, que ce soit pour le choix des postes à chaque semestre ou

pour l'activité au sein des services et en garde. Elle joue aussi un rôle dans la formation en relayant auprès des enseignants les demandes de cours spécifiques et en diffusant les informations sur les formations aux internes. Enfin, elle organise des soirées de rassemblement inter-promo qui sont l'occasion d'échanger et de se détendre !

Présentation d'une surspécialité : la Gastro-Nutrition

Avec six praticiens hospitaliers dont deux PUPH, un chef de clinique-assistant et deux assistants, la Gastropédiatrie est l'une des surspécialités les plus représentées à Lille. L'essentiel de l'activité (le service d'hospitalisation, l'hôpital de jour pédiatrique, les explorations fonctionnelles digestives ainsi que les consultations spécialisées) est regroupée au sein de l'hôpital Jeanne de Flandre.

Le service de Gastro-Nutrition pédiatrique, qui peut accueillir jusqu'à 19 enfants, est un centre de référence régional et national. Il accueille des enfants présentant des pathologies digestives très

variées. En effet, y sont hospitalisés à la fois des enfants présentant des pathologies pédiatriques courantes (Gastroentérites aiguës en période épidémique, RGO sévère, bilan de cassure staturale-pondérale, ...) et des affections plus rares (maladies inflammatoires du tube digestif, grêles courts, mucoviscidose, affections hépatiques variées, malformations congénitales...). L'activité de nutrition est aussi importante et le service accueille les jeunes patients atteints de pathologies digestives ou extradigestives variées bénéficiant d'une nutrition entérale ou parentérale. Il est un des centres agréés en France pour la nutrition

parentérale à domicile et héberge le Centre de référence national des affections congénitales et malformatives de l'œsophage.

Pour les internes (trois à quatre internes de spécialité et un interne de médecine générale), le semestre permet de rencontrer et de suivre des enfants atteints de nombreuses pathologies digestives. C'est aussi l'occasion d'assister aux consultations



et aux explorations endoscopiques, par exemple à la pose de gastrostomies. Enfin, c'est l'opportunité d'apprendre à diagnostiquer une dénutrition chez l'enfant et à mettre en place et adapter une nutrition entérale ou parentérale. Au début du semestre, des cours sont dispensés par les différents médecins du service afin de mieux appréhender les différentes pathologies rencontrées.

Quelques éléments de Sémiologie digestive d'Ichi :

- « Min gamin i part en diarrhée et i garde rein » : Gastroentérite aiguë avec intolérance alimentaire totale
- « Ya qu'les frites qui passent » : J'ai du mal à appliquer les règles hygiéno-diététiques
- « I boit du lait bleu » : Je lui donne du lait demi-écrémé
- « Pour mingier, l'tio i fait à s'mode » : Pour les repas, je n'ai aucune autorité sur mon enfant

Un semestre à Boulogne sur Mer

Sous-préfecture du Pas-de-Calais, Boulogne-sur-Mer est aussi un important hôpital périphérique de Lille avec un service de Pédiatrie générale et de Néonatalogie développé.

Un peu de Géographie...

Située sur les côtes de la Manche, Boulogne-sur-Mer est une ville de 50 000 habitants environ. Elle est avant tout célèbre pour son port qui est le plus grand port de pêche Français. Elle attire aussi les touristes pour son aquarium géant et musée de la Mer : Nausicaa. Ancienne cité fortifiée, on visite aussi sa vieille ville et sa citadelle. Enfin, elle est à proximité des plus belles stations balnéaires de la Côte d'Opale. C'est l'occasion de s'initier au sport local : le char à voile, et d'apercevoir les falaises Anglaises !



La citadelle



Wissant et le Cap Blanc-Nez

Le centre hospitalier et le service de Pédiatrie

L'hôpital a une activité développée dans toutes les spécialités. La pédiatrie et la Néonatalogie (centre de niveau IIB) sont ainsi d'importants services dans la Région. Les internes de spécialité passent en Pédiatrie et en Néonatalogie au cours du semestre. En pédiatrie, toutes les surspécialités sont représentées et le temps est partagé entre les urgences pédiatriques, le service de pédiatrie générale (20 lits) et les consultations. En néonatalogie, le stage est l'occasion de découvrir la discipline et de passer en maternité et en salle de naissance.

Et l'internat !

Boulogne, c'est aussi un périphérique de choix car l'internat y est très sympa ! La ville étant à 1h30 de Lille, la plupart des internes y restent le soir et c'est l'occasion de faire des rencontres et de partager de bonnes soirées. C'est un hôpital assez familial et les praticiens apprécient souvent de se joindre à nous ! De plus, les logements fournis (studios individuels ou grandes maisons en colocation) sont très confortables.

Pour plus de renseignements :

<http://www.bip-lille.com> ou biplille@gmail.com

Vous recevez un jeune homme de 15 ans, qui consulte pour asthénie, fièvre et toux depuis 3 jours.

Dans ces antécédents antécédents, on retrouve la notion de :

- dermatite du nourrisson ;
- furoncles, et abcès sous cutané récidivants ;
- fractures.

Sur le plan clinique :

l'enfant est conscient et orienté, l'hémodynamique est normale sans instabilité. Cependant il est polypnéique avec des crépitants diffus retrouvés à l'auscultation.

Vous réalisez une radiographie de thorax qui retrouve une pneumopathie abcédée du lobe supérieur droit (fig. 1) ainsi que le bilan biologique suivant :

NFS : Hb 15g/dl, VGM 98 fL, GB 13 610/mm³, PNN 8900/mm³, PNE 750/mm³, PNB 10/mm³, Lymphocytes 3650/mm³, monocytes 300/mm³, plaquettes 470 000/mm³.
CRP : 112 mg/l.

5 jours après sa sortie d'hospitalisation, il consulte à nouveau pour apparition de boutons dans le creux axillaire droit :

Vous évoquez le diagnostic de folliculite à Staphylococcus Aureus du creux axillaire (fig. 2).

Devant cette association clinique, quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Quel bilan réalisez-vous ?



figure 1



figure 2

Hyper IgE Syndrome Autosomique Dominant

Synonymes : syndrome d'hyper immunoglobuline E-infection récurrente, syndrome de Buckley, syndrome de Job.

Le syndrome hyper IgE autosomique dominant (HIES) est un déficit immunitaire complexe. Il s'agit d'une maladie multisystémique, affectant le système immunitaire, le tissu conjonctif, le squelette, le développement dentaire, ... Les manifestations cliniques et la sévérité des symptômes sont variables d'un sujet à l'autre.

Les sujets atteints d'HIES ont une susceptibilité accrue aux infections à S. Aureus, et fongiques.

L'HIES est caractérisée par une triade : abcès cutanés récidivants à staphylocoques, pneumonie récidivante, élévation du taux sérique d'IgE (>2000Ui/ml).

Epidémiologie :

incidence annuelle 1/1 000 000
sex ratio : 1

Génétique :

La majorité des cas est sporadique.

Dans les cas familiaux, la transmission est autosomique dominante. Dans 70 % des cas, on retrouve la mutation du gène codant pour la protéine STAT 3 : Signal Transducer and Activator of transcription 3 situé sur le chromosome 17q21.

STAT 3 a un rôle important dans la transduction du signal de certaines cytokines et dans la régulation des cellules Th17 médiées par l'IL-6. La lignée Th17 a un rôle important dans le processus inflammatoire et dans la défense immunitaire contre certaines infec-

tions (notamment contre les bactéries extra cellulaires et le candida albicans)

Dans 30 % des cas, l'étiologie est inconnue.

Des « cas familiaux de transmission autosomique récessive » ont été décrit en 2004 (Renner et al.)

L'expressivité est variable.

Manifestation clinique :

Il s'agit d'une maladie multisystémique.

- **Atteinte cutanée :** éruption cutanée néonatale, eczéma, furoncle, abcès cutané récidivant, candidose cutanéomuqueuse, fissure rétroauriculaire.



- **Pulmonaire :** pneumopathie récidivante à SA, abcès pulmonaire, fistule broncho pleural, pneumatocele, colonisation par des agents infectieux opportuniste : Pseudomonas Aeruginosa, Aspergillus.



- **Dysmorphie :** faciès caractéristique, asymétrique, front proéminent, yeux enfoncés, arête nasale large et pointe du nez charnue, prognathisme, pathologies dentaires avec anomalie de la dentinogénèse.
- **Osseux :** fractures pathologiques, scoliose dans 60% des cas.

Le National Institute of Health (NIH) a défini un score clinico biologique, qui permet une approche diagnostique et l'évaluation des patients HIES.

Table 1

Scoring System with Clinical and Laboratory Tests for Related Individuals with HIES

CLINICAL FINDINGS	points									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	10
Highest serum-IgE level (IU/ml) [Normal < 130 IU/ml]	< 200	200-500			501-1000				1001-2000	> 2000
Skin abscesses	None		1-2		3-4				> 4	
Pneumonia (episodes over lifetime)	None		1		2		3		> 3	
Parenchymal lung anomalies	Absent						Bronchiectasis		Pneumatocele	
Retained primary teeth	None	1	2		3				> 3	
Scoliosis, maximum curvature	<10°		10-14°		15-20°				> 20°	

Fractures with minor trauma	None				1-2				> 2	
Highest eosinophil count (cells/ μ l) [700/ μ l = 1 SD, 800/ μ l = 2 SD]	<700				700-800				> 800	
Characteristic face	Absent		Mildly present					Present		
Midline anomaly (cleft palate, cleft tongue, hemivertebrae, other vertebral anomaly)	Absent							Present		
Newborn rash	Absent							Present		
Eczema (worst stage)	Absent	Mild	Moderate					Severe		
Upper respiratory infections per year	1-2	3	4-6					> 6		
Candidiasis	None	Oral	Fingernails					Systemic		
Other serious infections	None							Severe		
Fatal infection	Absent							Present		
Hyperextensibility	Absent							Present		
Lymphoma	Absent							Present		
Increased nasal width	< 1 SD	1-2 SD						> 2 SD		
High palate	Absent						Present			
Young-age correction	> 5 years					2-5 years		1-2 years		\leq 1 year

Biologie :

Syndrome inflammatoire biologique non spécifique au cours des épisodes infectieux aigus. Une hyper éosinophilie peut être présentée.

Bilan immunologique :

Élévation du taux sérique d'IgE > 2000 UI/ml.

Remarque : la sévérité des complications infectieuses n'est pas corrélée à la concentration d'IgE sérique.

La concentration des autres classes d'immunoglobuline est normale dans la majorité des cas.

Enquête génétique, avec établissement d'un arbre généalogique.

Recherche de la mutation STAT 3, après recueil de consentement éclairé.

Diagnostic de certitude si les éléments suivant sont réunis : concentration d'IgE > 1000 UI/ml, score clinique > 30 (incluant : pneumonie récidivante, éruption du nouveau-né, fractures pathologiques, caractéristique faciale et palais supérieur) et mutation du gène STAT 3.

Références :

Hyer IgE Syndrome with Recurrent Infections An Autosomal Dominant Multisystem Disorder, N Engl J Med 1999; 340:692-702
images : archive Dermatologie vol 140, sept 2004
Orphanet J Rare Disease. 2011.6:76

Diagnosics différentiels :

- Mucoviscidose.
- Maladie granulomateuse chronique.
- Dermatite atopique.
- Infection VIH.

Principe du traitement :

- Traitement curatif des épisodes aigus.
- Prévention des récives ++.
- Antibioprophylaxie anti staphylococcique au long cours.
- Hygiène cutanée.

Evolution :

Augmentation du risque de survenue de maladie auto immune, et de maladie lymphoproliférative chez les patients HIES.

Morbidité et mortalité élevées

Zeynep DEMIR
Pr Loïc DE PONTUAL

chaque « futur pédiatre » membre de l'AJP

Depuis plus de 10 ans, c'est-à-dire plus de deux générations d'interne, Gallia est partenaire privilégié de votre association.

Compte tenu des nombreuses et quasi permanentes modifications de l'exercice de la médecine et de la pédiatrie en particulier (T2A, restructuration, pôle, pratique libérale en clinique, en cabinet de groupe, en remplaçant..) nous souhaitons recueillir vos avis et vos suggestions en termes :

- de formation (participation au congrès, inscription à un DIU, année à l'étranger...) ;
- de meilleure connaissance de l'installation mais également de la pratique libérale ;
- de l'évolution très probable des congrès dans les mois et années à venir ;
- de la réalisation d'étude clinique, etc.

Comme vous le savez Gallia est spécialisé en Nutrition infantile et il est évident que nous concentrons nos efforts en ce domaine qui prend son origine dès le désir de grossesse et jusqu'au troisième anniversaire du jeune enfant de par la réglementation actuelle; ainsi notre domaine d'expertise s'étend de la nutrition anténatale à la diversification alimentaire en passant par la néonatalogie, la gastro-nutrition pédiatrique. Ainsi nous travaillons sur des questions très variées : la nutrition de la femme désireuse d'enfant, la femme enceinte puis la mère allaitante, la nutrition du petit poids de naissance hypotrophe ou non, la nutrition du nourrisson sain que ce soit lors du sevrage ou à l'occasion de petits troubles digestifs, la prévention de certains troubles (infectieux, allergie...), la diversification avec des produits spécifiques et l'introduction des aliments, sans oublier la qualité, la sécurité et le développement et les grandes acquisitions.

Nous souhaitons également par un moyen simple vous informer de nos recherches et développement qui conduisent à faire progresser nos formules infantiles.

En effet, les recommandations et les recherches cliniques avancent à grand pas que ce soit sur la nutrition de la future mère, du petit poids de naissance, la meilleure connaissance de la composition du lait maternel, l'âge d'introduction de certains nutriments, le dépistage de certaines intolérances comme le gluten avec de nouvelles recommandations...

Nous souhaiterions recueillir votre avis sur vos besoins sur ces nombreuses questions, sur la manière de communiquer entre nous, sur les travaux que nous pourrions mener ensemble ; la liste ci-dessus n'est pas exhaustive...

Plutôt que de vous proposer un questionnaire fermé, je vous invite à me faire part de vos remarques et suggestions par mail louis-dominique.van-egroo@danone.com

A bientôt pour vous faire un retour de vos remontés et de nos propositions en retour, en coordination avec le Bureau de l'AJP, afin d'optimiser le partenariat « AJP Gallia ».

Docteur Louis Dominique Van Egroo
Directeur des affaires médicales Blédina

RELAIS ET COMPLÉMENT D'ALLAITEMENT MATERNEL

Gallia CALISMA 2
Inspiré du lait maternel



Parce que le lait maternel est la référence, tant pour ses qualités nutritionnelles que pour son effet protecteur, la recherche du laboratoire Gallia a mis au point une formule unique prenant en compte ces 2 dimensions : **Gallia Calisma 2**. **Gallia Calisma 2** bénéficie d'un procédé de fermentation exclusif qui induit notamment la production de **TOS***, des fibres non digestibles et résistantes à l'activité gastrique. Ces **TOS*** sont reconnus pour avoir un **effet bifidogène**, qui se traduit par le développement des bifidobactéries endogènes, entraînant une stimulation du système immunitaire intestinal. On retrouve également cet **effet bifidogène** dans le lait maternel. Avec **Gallia Calisma 2**, dès 6 mois, les mamans peuvent passer le relais en toute sérénité.

*Trans Galacto-Oligo-Saccharides.

LABORATOIRE
Gallia Protégeons ce qui est fragile.

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

BSA - RCS Villefranche-Tarare 391 374 922

Stage chez le pédiatre libéral

Le stage chez le praticien est proposé depuis de nombreuses années aux internes de médecine générale. Plusieurs autres spécialités, dont la pédiatrie, souhaitent pouvoir également bénéficier de ce stage, essentiel pour la plupart d'entre eux à la formation et à la préparation de leur exercice futur.

Petit rappel historique sur la création de ce stage :

De tous temps, l'enseignement de l'exercice médical s'est fait sous forme de compagnonnage. L'objectif principal du 3^e cycle est un rôle d'école pratique : c'est un cycle dit professionnalisant, les terrains de stage se doivent d'être utiles à la formation. Ainsi les responsables du 3^{ème} cycle des études médicales ont mis en place le stage pratique des futurs généralistes auprès des praticiens.

Initié par la loi de 1972, le stage du médecin généraliste auprès du praticien aura mis plus de 25 ans pour entrer vraiment dans les faits. Dès 1974, la Commission Fougère prévoyait le stage du résident chez le praticien et dans des structures telles que PMI, santé scolaire, contrôle médical, centre de santé... Vingt ans après les conclusions de la Commission Fougère, deux décrets parus le 16 mai 1997 instaurent un stage obligatoire d'un semestre auprès des praticiens généralistes agréés effectué pendant les trois derniers semestres du résidanat et pouvant se dérouler sur plusieurs sites de stage. Ces décrets résultent de propositions des universitaires du 3^e cycle de médecine générale et du Collège National des Généralistes Enseignants avec le soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Pour les futurs pédiatres :

La pédiatrie est une spécialité extrêmement transversale et riche qui permet de toucher et de se former à toutes les surspécialités durant l'internat. Ainsi un choix de stage très varié s'offre aux internes de pédiatrie : cardiopédiatrie, néphropédiatrie, pédiatrie générale, réanimation, médecine néonatale, SAMU...

Cependant, un très grand nombre d'internes ne feront pas carrière en CH, pour des raisons à la fois de choix de carrière (avec parfois des carrières mixtes hospitalières et libérales) mais également du fait que le nombre de postes disponibles ne permet pas à tous les internes issus des promotions post augmentation du numéris clausus de choisir cette carrière.

De plus, la pédiatrie libérale offre également une pratique variée de la pédiatrie et reste primordiale dans l'organisation de la prise en charge de nos jeunes patients et joue un rôle majeur dans la solidité des réseaux de soin.

Dans notre spécialité, les stages en pédiatrie ambulatoires notamment les stages en pédiatrie libérale chez le praticien ne sont pour le moment pas proposés aux internes de pédiatrie.

La quasi-totalité des internes de pédiatrie interrogés ayant répondu à de récents questionnaires sont au moins intéressés par des informations sur la pédiatrie de ville. Une grande majorité est également intéressée par la possibilité de réaliser un stage chez le praticien (de plus en plus d'internes sont intéressés par ce choix de carrière et réalisent des remplacements, soit au cours de leur internat, soit en prenant une disponibilité)

Quelques tests et pilotes ont été réalisés précédemment sous des formes intermédiaires dans certaines régions, mais leur modalité (soit une semaine, soit une journée) n'a pas permis aux internes de pouvoir pleinement en profiter comme lors des stages chez le praticien et SASPAS très appréciés des internes en médecine générale.

C'est pour cela, que le projet de stages pédiatriques consiste en un stage de type SASPAS proposé pour tous les internes le souhaitant dès le 5^{ème} semestre. L'interne sera mis en situation progressive d'autonomie supervisée. Son emploi du temps sera partagé entre un binôme de praticiens pédiatres, ayant une activité relativement générale (on évitera une activité exclusivement spécialisée de ville type pneumopédiatre, gastropédiatre...) et si possible complémentaire (un pédiatre ayant une activité de maternité au sein de binômes par exemple). Les futurs maîtres de stage devront bien sûr répondre à certains critères pour pouvoir recevoir et former des internes : suivre certaines formations, posséder un certain équipement au cabinet, être informatisé... Les internes resteront rattachés à un CHU et devront à priori effectuer des gardes aux CH de rattachement.

Les objectifs pédagogiques de ce stage sont très riches : apprentissage du déroulement d'une consultation ambulatoire (Le carnet de santé, le nouveau-né, l'enfant normal, dépistages et PEC précoce, PEC de maladie chronique, l'adolescent mais aussi les consultations non programmées ou exigences des parents, gestion des conseils téléphoniques, les gestes techniques au cabinet et les certificats), pratique de la pédiatrie en maternité pour les pédiatres y exerçant.

Il s'agit également d'appivoiser l'environnement professionnel : apprendre à gérer les demandes d'avis des correspondants, à connaître les modalités d'intervention et à gérer les relations avec les institutions comme la PMI, la médecine scolaire, les CMP/CMPP et avec les intervenants : orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, orthoptiste et la cellule de signalement. Egalement : découvrir la FMC en ambulatoire.

Enfin, il s'agit bien sûr de se familiariser avec les modalités de gestion d'un cabinet : les logiciels, les formalités, législation, la comptabilité professionnelle, le système de santé, les règles d'hygiène au cabinet, la trousse d'urgence.

Ce stage permettrait enfin à tous les futurs pédiatres de se former correctement à ce mode d'exercice essentiel de la pédiatrie et permettrait pourquoi pas de faire naître des vocations.

Des projets de stage comme celui-ci sont en cours de validation et ce de façon plus ou moins avancée dans différentes subdivisions de formation.

Pour la région Ile-de-France, après différents problèmes initiaux, celui-ci commence à prendre forme : en novembre 2011, la directrice de l'offre de soins et medico-sociale à l'ARS a annoncé publiquement qu'il y aurait prochainement des stages en pédiatrie libérale pour les DES de pédiatrie et le financement de ce stage est en train de se réfléchir.

La prochaine étape sera donc la commission d'agrément en mai 2012 qui nous l'espérons permettrait dans les semestres suivant de proposer ce stage aux internes.



L'AJP à la SFP :

Remise de la bourse AJP/SFP permettant le financement d'une année de master 2 pour un interne de pédiatrie :

Remise de la bourse le 7 juin 2012.

Retrouvez également les communications des anciens boursiers.

Le congrès de la SFP est un des plus gros congrès pédiatrique, touchant tous les thèmes et toutes les surspécialités. L'AJP organise au sein de la SFP plusieurs sessions lors du congrès. Nous espérons vous y trouver nombreux !!

<p>Jeu, 7 Juin 09:30 – 11:00</p>	<p>TR23 – Génétique pratique pour le pédiatre → Table Ronde</p>	<p>Amphithéâtre A</p>
<p>Modérateurs TR : A. BOET (Viry Châtillon), D. LACOMBE (Bordeaux) 09:30 – 10:00 Approche du cardiopédiatre P. PARISOT (Paris) 10:00 – 10:30 Retard mental D. HÉRON (Paris) 10:30 – 11:00 Signes ORL S. MARLIN (Paris)</p>		
<p>Jeu, 7 Juin 17:30 – 18:30</p>	<p>A7 – Du curatif au palliatif : annonce, continuité des soins → Atelier</p>	<p>Salle F1+F2</p>
<p>Modérateur : M. SCHELL (Lyon) Conférenciers : A. BOET (Viry Châtillon), J. TANDONNET (Bordeaux)</p>		
<p>Ven, 8 Juin 08:00 – 09:00</p>	<p>A11 – « Docteur, il a mal ! » : à vous de jouer, quizz interactif → Atelier</p>	<p>Salle F1+F2</p>
<p>Conférenciers : A. BOET (Viry Châtillon), B. TOURNAIRE (Paris)</p>		

Bulletin d'adhésion 2012 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
bureauajp@yahoo.fr
www.ajpediatrie.fr

Troubles des apprentissages

Qu'est-ce ? Comment et pourquoi les dépister ? Et après ?

La dysphasie, la dyslexie, la dysorthographe, la dyspraxie, la dyscalculie et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité sont des **troubles spécifiques des apprentissages (TSA)** dont l'origine est reconnue comme neurodéveloppementale. Ils ne proviennent pas d'une déficience avérée, qu'elle soit sensorielle, motrice ou mentale, ni d'un traumatisme, d'un trouble envahissant du développement ou d'une cause environnementale (psychologique, pédagogique, sociale). Ces difficultés apparaissent très tôt dans la vie, interagissent avec la vie sociale de l'enfant et persistent souvent à l'âge adulte. Une souffrance psychique associée est fréquente et peut être cause – à elle seule et/ou associée au TSA – d'échec scolaire. Il est important de (re)préciser ici que le niveau d'éducation/de diplôme est parmi les variables qui prédisent le mieux l'état de santé d'un individu (espérance de vie, prévalence de pathologies...). Il est donc légitime d'affirmer que le dépistage des TSA est une action de santé publique de haute importance. Et il est donc indispensable que les médecins en contact avec les patients concernés soient au minimum formés à leur dépistage, quand ce devrait être à leur prise en charge et suivi. Qui sont les patients concernés, ceux pour lesquelles des actions bénéfiques peuvent être tentées ? Les enfants. Et qui sont leurs médecins ? Nous, les pédiatres (ainsi que nos collègues généralistes et médecins scolaires). C'est ainsi que chaque pédiatre libéral, chaque neuropédiatre devrait être à même de dépister les enfants à risque afin de tirer la « sonnette d'alarme », et d'éviter qu'un enfant de 10 ans normalement intelligent termine son CM2 sans avoir appris à lire.

Les critères diagnostiques à la base des définitions proposées sont :

- des critères de **discordance** entre le niveau attendu et le niveau réel observé dans certaines compétences ou épreuves étalonnées pour l'âge (un écart d'au moins 18 mois à 2 ans par rapport à la norme étalonnée) ;
- des critères d'**exclusion d'une autre étiologie**, à rechercher (déficience auditive, visuelle, intellectuelle, difficultés environnementales...) : examen clinique, consultations ORL et ophtalmo, réalisation d'une évaluation psychométrique (WPPSI-III avant 6 ans, WISC-IV après). Pas d'examens complémentaires systématiques, seulement si signes d'appel (dysmorphie, signes de localisation...) ;
- des **critères spécifiques** apportés par des **bilans étalonnés** ;
- Ces difficultés d'apprentissage persistent durablement malgré une pédagogie et des prises en charge adaptées (**durabilité**).

Dans la moitié des cas plusieurs troubles sont associés.

Des facteurs génétiques sont en cause et des dysfonctions cérébrales à l'imagerie fonctionnelle ont été mises en évidence (défaut de synaptogénèse fœtale).

I. DYSLEXIE

Elle concernerait 5 à 7% des enfants scolarisés en primaire.

Il s'agit d'un trouble durable d'acquisition de la lecture, retentissant sur l'intégration scolaire, provoquant un décalage minimum de 18 mois à 2 ans entre l'âge de lecture et l'âge chronologique. Toute difficulté d'acquisition du langage écrit (LE) doit être repérée (parents, enseignants) au plus tard courant CP si trouble du langage oral (TLO) en maternelle et fin CP/début CE1 en l'absence d'antécédents.

Tout déficit du LE impose un examen médical afin d'établir la véracité de la plainte (tests étalonnés :

BREV ; Odedys) ainsi que son caractère spécifique ou non (en particulier, réaliser une évaluation psychométrique). En cas de TLE secondaire, la prise en charge est neuro et/ou pédopsychiatrique. En cas de trouble spécifique du LE, un bilan orthophonique est nécessaire ainsi qu'une rééducation si : les adaptations pédagogiques ne suffisent pas après quelques mois, le trouble est sévère d'emblée, il existe un TLO associé.

II. DYSPHASIE

7% des enfants de 3 ans ont un langage déficitaire dont 5% par un trouble spécifique et sévère du langage oral (TSLO). 20% de ces TSLO (soit 1% de la population générale) présentent un trouble sévère persistant après l'âge de 6-7 ans. Ces 1% représentent ce que l'on nomme en France les « dysphasies ». La dysphasie est un trouble structurel et primaire du langage oral (expressif et/ou réceptif). Elle s'évalue au moyen de tests étalonnés (ERTL4, 6 ; BREV).

Ce sont les difficultés d'entrée dans le langage écrit qui représentent le risque principal des TSLO : 25% de TSLE en cas de retard de langage simple (transitoire), 90% en cas de dysphasie.

Il faut retenir qu'un enfant en petite section de maternelle ne faisant pas de phrases (agrammatique), étant inintelligible ou ayant un trouble de la compréhension (3 critères de gravité d'un TLO à 3 ans) doit bénéficier d'1 bilan et d'1 séance d'orthophonie hebdomadaire, de 2 séances/semaine en moyenne section et de 3/semaine en grande section de maternelle. Le grand enjeu de la dysphasie est la mise en place du langage écrit en CP.

III. DYSCALCULIE

Elle concernerait 5 % des enfants scolarisés et serait fréquemment associée aux TLE ou aux dyspraxies. Il s'agit d'un trouble structurel des compétences numériques et des habiletés mathématiques chez des enfants d'intelligence normale ne présentant pas de déficit neurologique acquis.

3 critères diagnostiques (DSM IV) :

- aptitudes arithmétiques décalées de 2 ans par rapport à l'âge mental de l'enfant à tests étalonnés : BREV, tedi-maths, k-abc, UDN.
- retentissement majeur sur le plan scolaire et/ou dans la vie quotidienne.
- difficultés non secondaires à un déficit sensoriel (CQFD).

Si le diagnostic est confirmé, il faut prescrire une rééducation logico-mathématique (pratiquée le plus souvent par des orthophonistes).

IV. DYSPRAXIE

Trouble spécifique du développement moteur altérant la coordination et la planification, se traduisant par un trouble de la réalisation gestuelle. Il s'agit d'un enfant anormalement « maladroit » dont les difficultés à construire (legos, cubes, ...), à reproduire des dessins, à tracer des lettres contrastent avec des performances verbales, conceptuelles, de raisonnement et de catégorisation intactes.

Il faut suspecter une dyspraxie devant un enfant présentant un retard électif dans les activités pratiques (n'aime pas les jeux de construction, ne dessine pas, ne parvient pas à s'habiller seul...) sans retard de développement dans les autres secteurs (motricité globale, langage...), ceci sans amélioration entre 2 consultations à 6 mois d'intervalle, avec des performances non améliorées par l'afférence visuelle (modèle, démonstration).

Le diagnostic repose sur la réalisation d'un bilan psychométrique retrouvant une discordance (>20 points) entre l'échelle verbale (normale, voire élevée) et l'échelle de performance (faible).

Il faut alors prescrire un bilan et une rééducation hebdomadaire en psychomotricité et/ou ergothérapie (dès la moyenne section de maternelle devant une dysgraphie).

En cas de persistance de difficultés graphiques handicapantes et/ou d'organisation, l'outil informatique peut-être proposé avec une formation préalable en ergothérapie de 18 mois à 2 ans.

La réussite scolaire de ces enfants est un enjeu d'autant plus important qu'ils sont « inaptes » à un métier manuel...

V. TDA/H

Le trouble déficitaire de l'attention, avec ou sans hyperactivité concernerait 5.6 % des enfants dont une majorité de garçons. Les polémiques quant à la prise en charge de ces patients continuent à faire rage. Il est néanmoins raisonnable aujourd'hui de considérer ces troubles comme pouvant être un symptôme d'un désordre biologique comme d'une réaction psychologique à une situation donnée. Il est aujourd'hui largement admis que lorsque le symptôme en lui-même est suffisamment pénalisant pour l'enfant (que ce soit à l'école ou à la maison), il est légitime de mettre en route un traitement médicamenteux par métylphénidate sous couvert d'une psychothérapie.

Le diagnostic repose sur les critères du DSM-IV afin de mettre en évidence 3 symptômes : inattention et/ou hyperactivité, impulsivité. On peut aussi s'aider de questionnaires (type questionnaires de Conners) pour évaluer les plaintes et la gêne. Ceux-ci sont à faire remplir par les parents et l'enseignant. En fonction de ces critères cliniques et d'éventuels tests neuropsychologiques d'attention et des fonctions exécutives, la nécessité d'un traitement médicamenteux sera évaluée. Une prescription initiale hospitalière puis annuelle est nécessaire (pédopsychiatre, pédiatre, neurologue) et peut-être renouvelée tous les 28 jours par un médecin libéral. Un respect des contre-indications est fondamental (cardiaques, dépression, angoisse majeure, mauvaise tolérance : sommeil, alimentation...) ainsi qu'un accompagnement psychologique (soutien, psychothérapie, apprentissage de techniques non médicamenteuses de prise en charge, guidance parentale).

Le traitement est normalement une thérapeutique transitoire dont l'enfant doit pouvoir se passer à l'adolescence.

VI. LE DEPISTAGE EN 30 MINUTES AU CABINET...

INTERROGATOIRE des parents : quel trouble ? ancienneté ? isolé ou non ? retentissement scolaire et/ou dans la vie quotidienne ? atcd personnels (neurologiques, grossesse...) et familiaux (troubles identiques ? niveau d'études frères et sœurs ?...).

EXAMEN CLINIQUE : général, sensoriel (si non fait, prévoir consultations spécialisées), neurologique complet (courbe de PC, revêtement cutané, morphotype...).

LA BREV : conçue par des neuropédiatres, des orthophonistes et des neuropsychologues, il s'agit d'une batterie de dépistage des troubles cognitifs chez l'enfant de 4 à 9 ans. Son utilisation permet un rapide « screening » neuropsychologique et s'intègre totalement dans la réalisation d'un examen neuropédiatrique complet. Ses 2 objectifs sont : détecter les enfants suspects de déficit cognitif et orienter vers le professionnel compétent en fonction du type de trouble suspecté. La BREV permet d'obtenir des informations objectives sur le fonctionnement du LO, LE, fonctions graphiques/visuo-spatiales/exécutives, de l'attention et de la mémoire ainsi que sur les acquisitions scolaires. Elle permet le dépistage des enfants précoces, des enfants déficitaires sur le plan cognitif que ce soit à titre systématique, en situation d'échec scolaire ou dans les pathologies à haut risque de désordre neuropsychologique comme l'épilepsie (Landau Kleffner...).

La BREV s'inscrit dans une démarche globale et dans un raisonnement de l'examineur qui doit posséder des connaissances de base sur les TSA.

En conclusion, les TSA représentent un enjeu de santé publique dont nous les pédiatres sommes les premiers intervenants. Il faut être vigilant quant aux plaintes parentales ou des enfants et savoir dépister les enfants à risque. La réalisation de ce dépistage nécessite une formation minimum que les centres de référence se font un plaisir de prodiguer...

Le logiciel en ligne d'Aide à la Décision Médicale en pédiatrie interfaçable dans tous les logiciels métier



www.admp.fr

Le logiciel en ligne d'Aide à la Décision Médicale partagée accompagne la nouvelle convention médicale en offrant une plateforme simple et efficace au service de la pratique pédiatrique, dans une véritable approche métier.

La bonne aide au bon moment en ligne ou dans le logiciel métier !

Les contenus médicaux d'ADMP®, issus des référentiels et des recommandations de bonne pratique, ont été rédigés grâce au Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) attribué par la CNAMTS à l'AFPA et la SFP, sociétés savantes pour la PÉDIATRIE. En bénéficiant ainsi de la caution scientifique de 200 auteurs-experts libéraux et hospitaliers qui sont les rédacteurs de plus de 1500 fiches, ADMP® vise à une **mise à disposition des référentiels** plus efficiente et adaptée à la **pratique quotidienne**.

➔ 2 modes d'accès

L'accès aux informations d'Aide à la Décision Médicale partagée se fait en temps réel :

- en s'identifiant sur le site www.admp.fr. Le moteur de recherche intégré en page d'accueil (mots-clés, filtres ...) permet un accès rapide et simple aux informations.
- via le LOGICIEL METIER qui est en liaison permanente avec ADMP et l'interroge automatiquement sur l'existence de données en adéquation avec le motif de consultation en cours ou le diagnostic. Les informations disponibles sont proposées dans une liste qui permet l'accès directs aux fiches ADMP (actuellement dans les logiciels AxiSanté, InfanSoft et dans éO Médecin).

➔ 1 utilisation quotidienne

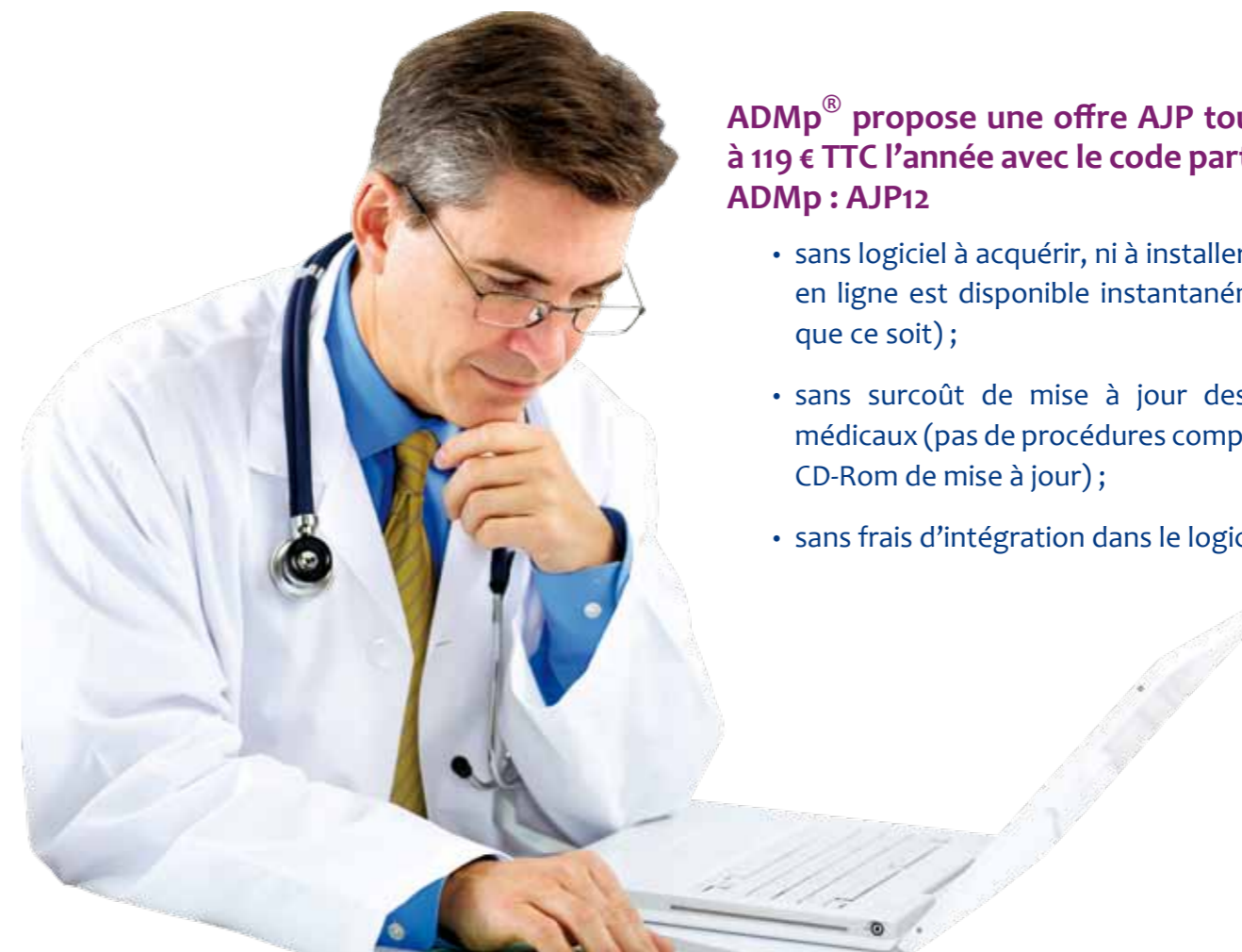
ADMP® répertorie une liste d'actes et de thérapeutiques appropriés pour une pathologie spécifiée et facilite ainsi :

- l'accès aux recommandations de bonne pratique (HAS, sociétés savantes ...);
- la prescription d'examens complémentaires de biologie, imagerie et actes para-cliniques à visée diagnostique et le calcul **de leurs coûts** ;
- la prescription des médicaments grâce à l'accès aux monographies de la **BCB-Dexther (agrée par la HAS)** ;
- le partage de documents informatifs et pédagogiques concernant les soins avec les patients.

➔ L'intégration de la nouvelle convention médicale

La nouvelle convention médicale intègre **un nouveau volet dédié à l'organisation du cabinet et la qualité du service**. Tous les médecins peuvent **valoriser** l'utilisation d'outils de gestion modernes au service de leurs patients (utilisation d'un logiciel de prescriptions).

www.admp.fr, outil d'aide à la décision couplé avec la base de données médicamenteuse Claude Bernard, agréée HAS et indépendante des laboratoires et de l'industrie pharmaceutique, a vocation à s'intégrer dans un **logiciel d'aide à la prescription certifié**.



ADMP® propose une offre AJP tout-en-un à 119 € TTC l'année avec le code partenaires ADMP : AJP12

- sans logiciel à acquérir, ni à installer (le logiciel en ligne est disponible instantanément et où que ce soit) ;
- sans surcoût de mise à jour des contenus médicaux (pas de procédures complexes, ni de CD-Rom de mise à jour) ;
- sans frais d'intégration dans le logiciel métier.

Les annonces de recrutement

► Région MIDI-PYRENEES



Haute-Garonne, mettez du sud dans votre vie !

Le Conseil général de la Haute-Garonne recrute dans le cadre d'emploi des médecins territoriaux :

- pour sa Direction Enfance et Famille

Médecins de protection maternelle et infantile h/f

Sous l'autorité du Médecin Départemental de PMI, vous êtes responsable de la mise en oeuvre des missions de Protection Maternelle et Infantile en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires des unités territoriales d'action médico-sociale.

Dans le cadre de vos missions, exercées dans le respect du Code de la Santé Publique et du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, vous élaborerez et conduirez des actions de prévention en faveur des femmes enceintes, réalisez des consultations pédiatriques, des bilans d'enfants âgés de 3/4 ans dans les écoles maternelles, participez aux

actions de prévention en faveur des mineurs en danger, ainsi que leur prise en charge et veillez au respect de la réglementation dans les structures d'accueil de la petite enfance.

Vous disposez de compétences, formations ou expériences acquises sur le terrain, dans le domaine de la petite enfance ou de la santé publique. Dynamique, disponible et organisé, vous avez le sens du service public. Vous disposez également d'aptitudes relationnelles et appréciez le travail en équipe pluridisciplinaire. Permis B obligatoire.

www.haute-garonne.fr

Pour répondre à cette offre, merci de bien vouloir adresser votre candidature :

- soit en remplissant le formulaire de dépôt de candidature en ligne rubrique offres d'emploi
- soit par courrier (en joignant votre lettre de motivation, CV ainsi que la photocopie du dernier arrêté de situation administrative ou la photocopie de l'attestation de réussite au concours)

à l'attention de : M. le Président du Conseil Général de la Haute Garonne,
1 Boulevard de la marquette, 31090 Toulouse Cedex 09.



► Région NORD-PAS-DE-CALAIS

Le Département du Nord, préparateur d'avenir...

Le Département du Nord 2.5 millions d'habitants, 11 000 agents et plus de 3 milliards de budget recrute

4 Médecins responsables de Service PMI H/F

VOS MISSIONS

- assurer l'encadrement technique et hiérarchique de l'équipe dans ses diverses missions (suivi en consultation et à domicile des enfants de moins de 6 ans, suivi en consultation et à domicile des femmes enceintes, agrément des assistants maternels et familiaux...)
- développer des projets dans le cadre des orientations départementales (prévention précoce, accueil d'éveil, lieux d'accueil parents enfants type « maisons vertes »...) et du partenariat (professionnels de santé, réseaux de périnatalité, CAF, CAMSP, Éducation Nationale, Centres Sociaux...)

- participer aux missions de Protection de l'Enfance
- participer au contrôle de la qualité d'accueil des crèches, haltes-garderies...

→ Postes basés au sein des Directions Territoriales de Cambrésis, Avesnois et Valenciennes.

→ Référence de l'offre n° AJP-2846
Date de clôture : 30/06/2012

8 Médecins consultants PMI H/F

VOS MISSIONS

- assurer des activités médicales de prévention (selon vos compétences, consultations infantiles 0-6 ans et bilans des 4 ans ou consultations prénatales et de planification familiale...)
- être le référent médical de la consultation ou du service
- participer aux missions de Protection de l'Enfance
- participer au contrôle de la qualité d'accueil des crèches, haltes-garderies...

- contribuer au montage de projets de santé publique sur le territoire au regard des besoins de la population.

→ Postes basés au sein des Directions Territoriales de Métropole Roubaix-Tourcoing et Valenciennes, Cambrai, Lille, Douai et Flandre Intérieure.

→ Référence de l'offre n° AJP-2165
Date de clôture : 30/06/2012

Nord
Le Département

Pour postuler
espace-metiers@cg59.fr

→ Consultez le détail des offres sur : cg59.fr rubrique « offres d'emploi ».

Le Département du Nord développe une politique de recrutement dynamique dont l'un des objectifs majeurs est de promouvoir l'accueil des personnes reconnues « travailleurs handicapés ».



POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL EN NEONATOLOGIE

La maternité du Groupement de Coopération Sanitaire Flandre Maritime (groupement public / PSPH)

- Maternité de niveau 2A de plus de 1600 naissances/an pour un bassin sanitaire de 3400 naissances - recherche un praticien hospitalier temps plein et/ou temps partiel pour compléter l'équipe de maternité-néonatalogie :
- Service de néonatalogie niveau 2A de 12 lits intégré dans une fédération avec un établissement de niveau 3 (possibilités de journées en niveau 3 ou de participation aux gardes)
- Gardes sur place
- Bonne coopération gynéco-obstétricale avec une équipe dynamique
- Projet de restructuration dans un nouveau bâtiment en cours
- Possibilité de développer une surspécialité

Pour toute information :
Dr E. Robin
Service de néonatalogie
GCS Flandre Maritime
03 28 58 61 15
emmanuelle.robin@ch-dunkerque.fr

↳ Dunkerque ville littorale animée et sportive dans une agglomération de 240 000 habitants
↳ CHU de Lille à proximité (80 km) Paris 1H30 en TGV
↳ Maternité de niveau 3 au CH de Calais (30 km) - Belgique (15 km)

► Région CHAMPAGNE-ARDENNE

LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'AUBE RECRUTE

Sous l'autorité du chef de la mission PMI, vous mettez en oeuvre, au sein d'une circonscription d'action médico-sociale (basée à Bar sur Seine ou à Arcis sur Aube), les missions de PMI définies par le code de la Santé Publique. Vous assurez la prévention, protection, promotion de la santé de l'enfant et de sa famille dans leur environnement.

Votre profil :

- Être titulaire d'un diplôme de médecin généraliste, ou qualifié en pédiatrie, en gynécologie, ou en pédopsychiatrie
- Justifier d'une expérience en pédiatrie ou en PMI et maîtriser la législation en matière de PMI
- Connaître les missions et organisation administratives du Conseil Général
- Avoir des capacités de management, d'écoute, de rigueur, et des qualités relationnelles
- Permis B et véhicule

Lettre de candidature manuscrite + CV à :

M. le Président du Conseil Général de l'Aube- Direction des Ressources Humaines
Hôtel du Département - 2, rue Pierre Labonde - BP 394 - 10026 TROYES CEDEX

Contact :
Mme PLIQUE
(mission PMI)
sylvie.plique@cg10.fr

2 MÉDECINS

de Protection Maternelle et Infantile en circonscription (H/F)

À TEMPS PLEIN

Aube
Conseil Général

Centre hospitalier  de Rambouillet

LE CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET

(à 30mn de la Gare Montparnasse)

UN PRATICIEN HOSPITALIER PEDIATRE A TEMPS PLEIN

Affectation :
 Service de pédiatrie (19 lits)
 Néonatalogie de niveau II A
 Hopital de jour- Urgences pédiatriques sur site SAU
 Equipe constituée de 5 pédiatres temps plein

A Compter du 1^{er} mai 2012

Centre Hospitalier  de Rambouillet

Contacteur :
 Docteur MULLER - Tél. : 01.34.83.78.66
 E-mail : S.Muller@ch-rambouillet.fr
 ou Direction des Ressources Humaines - Tél. : 01.34.83.76.23

La Ville de BONNEUIL SUR MARNE, 17 000 habitants surclassée 20 – 40 000 habitants, 12 km à l'est de Paris, 500 agents associent leurs compétences pour rendre la ville dynamique, solidaire et conviviale.



Ville de Bonneuil sur-Marne www.ville-bonneuil.fr

Recrute pour sa crèche familiale et son multi-accueil « Les matins du Monde » :

Un Pédiatre (h/f)

Cadre d'emploi : Médecin à temps non complet (150 H annuelles dans chacune des entités)

Votre rôle : garantir les conditions d'accueil sur le plan de la santé, de la sécurité, de l'hygiène, et du bien-être des enfants accueillis au sein de la crèche familiale et du multi-accueil « Les matins du Monde » en complémentarité de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans ce cadre, vous êtes plus particulièrement chargé de :

- donner votre avis sur les admissions des enfants lors des visites
- assurer un suivi préventif des enfants et veiller à leur bon développement physique, psychique et affectif
- déterminer et décider de la mise en place de mesures spécifiques adaptées aux situations de crise (maladie contagieuse ou accident)
- veiller à l'application des mesures d'hygiène générale ou particulière
- former le personnel.

Médecin spécialiste en pédiatrie, justifiant d'une expérience significative dans le secteur de la petite enfance et de l'accueil en collectivité, vous maîtrisez les règles d'hygiène et de sécurité et savez les faire appliquer. Disponible, réactif et pédagogue, vous maîtrisez l'élaboration et la mise en place de protocoles.

Doté d'aptitudes au travail d'équipe, en réseau et en partenariat, vous savez discerner les situations à risque pour l'enfant et solliciter les services sociaux le cas échéant en concertation avec la responsable.

Envoyez-nous votre candidature (CV & lettre de motivation), sous la référence RH/PED/LAJP, à l'attention de Monsieur le Maire, Direction des Ressources Humaines, 7 rue d'Estienne d'Orves, BP7027, 94381 Bonneuil sur Marne cedex ou par courriel à : recrutement@bonneuil94.fr

LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE CRETEIL


VAL DE MARNE

RECRUTE DES MEDECINS DE CRECHES

Titulaires du CES de pédiatrie

Sous l'autorité administrative de la coordinatrice Petite Enfance vous exercerez au sein des crèches municipales les fonctions suivantes :

- visites d'admission et de réadmission ainsi que surveillance périodique des enfants accueillis en crèche,
- information régulière des personnels en matière d'urgence médicale et d'hygiène,
- conseil aux directrices de crèche en matière de diététique et d'hygiène des locaux,
- réunions avec les familles,
- participation à l'établissement de procédures et de pratiques homogènes


 Ville de Créteil

Adresser candidature à
 Monsieur le Député-Maire - DGRH
 Place Salvador Allende - 94010 CRETEIL CEDEX
 Ou par mail à anne.schiele@ville-creteil.fr



L'HOPITAL GENERAL D'AJACCIO

PÔLE MERE-ENFANT RECRUTE UN PEDIATRE

PRESENTATION DU SERVICE DE PEDIATRIE
Service de 18 lits de pédiatrie, 6 lits de néonatalogie dont 3 de soins intensifs.

NEONATOLOGIE : Niveau II B par dérogation en raison de notre éloignement géographique avec astreintes et non des gardes sur place. Participation au réseau de la région PACA de néonatalogie pour le suivi des grands prématurés. Participation à l'Evacuation sanitaire réalisé par le SAMU 2A si nouveau né à très haut risque.

- Mise en place D'une Formation Intra Muros De Réanimation Du Nouveau Né
- Création D'une Unité Kangourou
- Mise en place d'une consultation de néonatalogie dans le grand sud de la Corse.

PEDIATRIE
 Accueil de tous les enfants nécessitant une hospitalisation pour cause médicale ou chirurgicale de toute la Corse du Sud (pas d'autres unités d'hospitalisation dans le département) : pathologies multiples et très variées y compris celles relevant de la sur spécialités. D'où l'existence d'une collaboration étroite avec le CHU de Marseille :

CONSULTATIONS délocalisées de 2 PUPH en neurologie pédiatrique, un PUPH en génétique et d'une PH en hématologie pédiatrique, contact téléphonique avec les autres équipes étroites du fait de la nécessité de gestion des patients de toutes les sur spécialités

PROJET : TRAVAIL EN PARTENARIAT AVEC LE SERVICE DE PEDOPSYCHIATRIE

- participation à la création du Centre Ressource Autisme de Corse
- création d'une unité médico-judiciaire au sein du service
- mise en place d'un réseau « difficulté scolaire » en partenariat avec un neuropsychologue

CADRE DE VIE AGREABLE : plage à 2 mn de l'hôpital et montagne à 2 pas, bonne entente au sein de l'équipe médicale, paramédicale et avec les obstétriciens. Equipe jeune avec de multiples projets à développer.

Les candidats adresseront leur CV + lettre de motivation + contact téléphonique au chef de service, par Mail :

- Direction des affaires médicales, Madame Brigitte LEONETTI
 Tél : 04 95 29 91 63 -
 Mail : affmed.brigitte@ch-ajaccio.fr
- Contact : Chef de pôle, Madame Edeline COINDE
 Tél : 04 95 29 90 90
 Mail : e.coinde@ch-ajaccio.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT QUENTIN

2^{ème} établissement de la région Picardie, offre 979 lits dont 522 en MCO, un plateau technique complet récemment reconstruit



Recrute un Pédiatre

à 1h de Reims, de Lille, 45min d'Amiens, 1h30 de Paris et de la côte Picarde

Pour son service de Médecine néonatale et Soins intensifs du Nouveau Né

Profil candidat :
 Qualifié en pédiatrie et compétent en néonatalogie

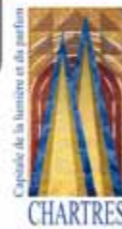
Pour tout complément d'information :
 Contacter M. le Dr CASTERMAN
p.casterman@ch-stquentin.fr - 0323067203

Adresser candidature et cv. :
 M. le directeur, BP 606 - 02321 ST QUENTIN CEDEX
directiongenerale@ch-stquentin.fr - 0323067340

► Région CENTRE

Direction Générale des Ressources, Direction des Ressources Humaines - CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE.
Un poste de MÉDECIN DE CRÈCHE est à pourvoir au CCAS de Chartres (14 heures hebdomadaires).

- Placé sous la responsabilité du Directeur du Service Petite Enfance, il travaille en collaboration avec tous les membres de l'équipe, notamment les directrices des établissements et la psychologue du service.
- Conformément au décret n° 2010 - 613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements d'accueil des enfants de moins de six ans :
- Le médecin de la crèche veille à l'application des mesures préventives d'hygiène générale et des mesures à prendre en cas de maladies contagieuses ou d'épidémie, ou d'autre situations dangereuses pour la santé.
- Il définit les protocoles d'actions dans les situations d'urgence, en concertation avec le Directeur Petite Enfance et l'ensemble des équipes de direction du Service Petite Enfance.
- Il réalise des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel.
- En liaison avec la direction du service, la famille, le médecin de l'enfant, et l'équipe de l'établissement, le médecin s'assure que les conditions d'accueil permettent le bon développement et l'adaptation des enfants.
- Il veille en particulier à l'intégration des enfants présentant un handicap, d'une affection chronique, ou de tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention toute particulière, et, le cas échéant, met en place un Projet d'Accueil Individualisé ou y participe
- Il établit le certificat médical autorisant l'admission de l'enfant.
- Pour l'exercice de ses missions et lorsqu'il l'estime nécessaire, le médecin de l'établissement, à son initiative ou à la demande du professionnel de santé présent ou apportant son concours au service et avec l'accord des parents, examine les enfants.
- Il participe aux réunions du personnel, et aux réunions d'équipe.



Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation, CV), à
 La Mairie de Chartres
 Direction des Ressources Humaines
 Hôtel de Ville - Place des Halles
 28019 CHARTRES Cedex
 ou par mail :
 dorothee.bignon@ville-chartres.fr
 dans les meilleurs délais.

LE CONSEIL GENERAL DE L'INDRE

Située au cœur du Berry, à 250Km au sud de Paris, Châteauroix dispose d'une situation géographique exceptionnelle. En effet, le Berry, niché entre les Châteaux de la Loire et les contreforts du massif central, est un territoire authentique, véritable écrin de verdure accueillant qui révèle d'innombrables merveilles à découvrir.



RECRUTE UN MÉDECIN DE PROTECTION MATERNELLE INFANTILE

Diplômé d'un doctorat d'Etat en médecine et d'un Certificat d'Etudes Spécialisées en Pédiatrie, vous avez la charge des consultations des enfants de moins de 6 ans, des bilans de santé dans les écoles maternelles. Vous participez à l'évaluation des signalements d'enfants en danger. Vous apportez un soutien technique au personnel médico-social des circonscriptions d'action sociale mais aussi à l'élaboration de projet d'accueil collectif de la petite enfance et à l'instruction du dossier d'autorisation.

Les candidatures manuscrites, accompagnées d'un curriculum vitae détaillé doivent être adressées à M. le Président du Conseil Général de l'Indre, Direction des Relations Humaines, B.P. 639, 36020 CHATEAUROUX CEDEX. Renseignements au 02.54.08.36.13

► Région RHONE-ALPES

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 04.75.53.40.66
 mohamed.arzim@ch-montelimar.fr

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

Le CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ANNEMASSE-BONNEVILLE (HAUTE SAVOIE)

Dans le cadre de l'ouverture depuis le 1^{er} février 2012, de son nouvel hôpital d'une capacité de 445 lits, avec équipements techniques performants, un projet médical affichant des objectifs ambitieux pour répondre à l'offre de soins du territoire Haute Savoie Nord dans des conditions optimales.

RECHERCHE : SON 6^{ÈME} PH EN PÉDIATRIE 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 M. GONIN - Directeur des Affaires Médicales
 B.P. 525 74107 ANNEMASSE Cedex - Tél. 04 50 82 24 93 - pgonin@ch-alpes-leman.fr

Proche de Genève, de son aéroport international, à 150 km de Lyon et de Grenoble, à 4 h de Paris par le TGV, dans une région au fort potentiel touristique, sportif et culturel



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





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



Communiquez avec de nombreux contacts



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



Gérez en toute liberté les informations de votre profil

MÉDICAPÉDIA
SANTÉ PUBLIQUE

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

Réseau Pro Santé est une plateforme sociale dont l'intérêt est de susciter l'échange et de faciliter le quotidien des professionnels de la santé, en proposant divers services allant de la création de réseaux, à la recherche d'offres de recrutement, à la consultation et l'enrichissement d'une base de connaissances.



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