

La lettre
de l'



Association des Juniors en Pédiatrie

Numéro 14 [Décembre 2016] Gratuit

SimPediatric Awards 2017

Sauverez-vous le patient à temps ??

Inscrivez-vous dans votre ville avant février
Finales à Marseille mai 2017

CONGRES AJP 2017
Les
17 et 18
JUN
RESERVEZ

Médecine d'ailleurs
Être pédiatre en Algérie

Dossier maladies rares
Les maladies mitochondriales

Histoire de la pédiatrie
Nourrices et 1^{ers} laits artificiels

Bureau

Maxime BACQUET
Président

Danaé DUOGNON
Secrétaire Générale

Eugénie SARDA
Coralie MALLEBRANCHE
Trésorière & Trésorière
adjointe senior

**Héloïse FOUCAMBERT-
MILLÉRIOUX**
VP Réseau et Conseil
d'Administration

Maya HUSSAIN
VP Humanitaire et
Relations Internationales

Inès CHATRIOT
Guide de l'interne
Evaluations des stages

Marie-Caroline PLOTON
Réforme du 3^{ème} Cycle

Jeremie TENCER
Événementiel

Matthieu BENDAVID
Webmaster

Daphnée Piekarski
Rédactrice en Chef

Editeur et régie publicitaire

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

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

SOMMAIRE

N° 14

Médecine d'ailleurs : Être pédiatre en Algérie	04
Vitamine K et prévention du risque hémorragique chez les nouveau-nés : Recommandation SFP	09
Un peu de dermato en images : Des plis tout rouges	11
Rêve d'Enfance : Qui sommes-nous ?	13
Dossier maladie rare : Les maladies mitochondriales	16
I. Maladies mitochondriales : quand y penser ?	16
II. L'AMMI : l'Association contre les Maladies Mitochondriales	21
Les grandes dates de l'AJP de l'année	26
SimPediatric Awards 2017 :	
Compétition sur mannequin haute-fidélité : Inscris-toi vite !!	28
Résultats de l'étude portant sur les connaissances en santé orale des internes en pédiatrie	30
Histoire de la pédiatrie : Les alternatives à l'allaitement maternel	31
I. Les nourrices au cours des âges	31
II. L'histoire du lait artificiel	33
Les annonces de recrutement	36



MÉDECINE D'AILLEURS
ÊTRE PÉDIATRE
EN ALGÉRIE

p. 04



VITAMINE K
ET PRÉVENTION DU
RISQUE HÉMORRAGIQUE CHEZ LES
NOUVEAU-NÉS :
RECOMMANDATION SFP

p. 09



RÊVE D'ENFANCE
QUI SOMMES-NOUS ?

p. 13



EDITO

Bonjour à tous et à toutes,

Je suis très heureuse de vous présenter la 14^{ème} lettre de l'AJP dont je suis la nouvelle rédactrice en chef depuis cet été. Je m'appelle Daphnée Piekarski et je suis en 3^{ème} semestre de pédiatrie à Paris. Il s'agit d'un journal (pour ceux qui ne le connaissent pas) qui paraît 2 fois par an en version papier diffusée dans tous les services de pédiatrie de France et de Navarre. Nous espérons bientôt pouvoir vous proposer aussi une version pdf sur notre site internet : <http://ajpediatrie.org/> et un accès à nos anciennes éditions. Ce journal est avant tout fait par et pour les internes de pédiatrie mais n'hésitez pas à faire partager ces articles autour de vous et dans vos services, auprès de vos séniors et du personnel infirmier !

L'AJP : qu'est-ce que c'est ? L'association des juniors de pédiatrie est à la fois une association locale : en Île-de-France et nationale. Vous en connaissez sûrement un peu, beaucoup, passionnément ou à la folie, la partie émergée de l'iceberg : les évaluations de stages, l'accueil des nouveaux internes, les soirées de formations, les after-works et le congrès annuel de l'AJP. Nous diffusons des sondages nationaux pour vos thèses et mémoires. Nous aidons à mettre en place des projets de médecine humanitaire. Nous avons un rôle d'informateur : sur vos droits et sur les dernières actualités en pédiatrie. Nous sommes des représentants des internes au niveau national notamment auprès du DES et du Collège National des Pédiatres Universitaires (avec la réforme du 3^{ème} cycle). Et pleins d'autres belles choses encore...

J'ai repris des thèmes des anciennes éditions tels que la pédiatrie à l'étranger, les associations de bénévoles, un peu d'histoire, un peu de clinique, etc. Pour qu'il y en ait pour tous les goûts.

Si vous avez envie d'écrire : faire connaître une de vos expériences, expliquer une recommandation, parler d'un cas clinique qui vous a marqué, d'un sujet qui vous passionne (en rapport avec la pédiatrie hein), je suis à la recherche de journalistes en herbe ! Envoyez vos propositions sur la boîte mail de l'AJP : ajpediatrie@gmail.com

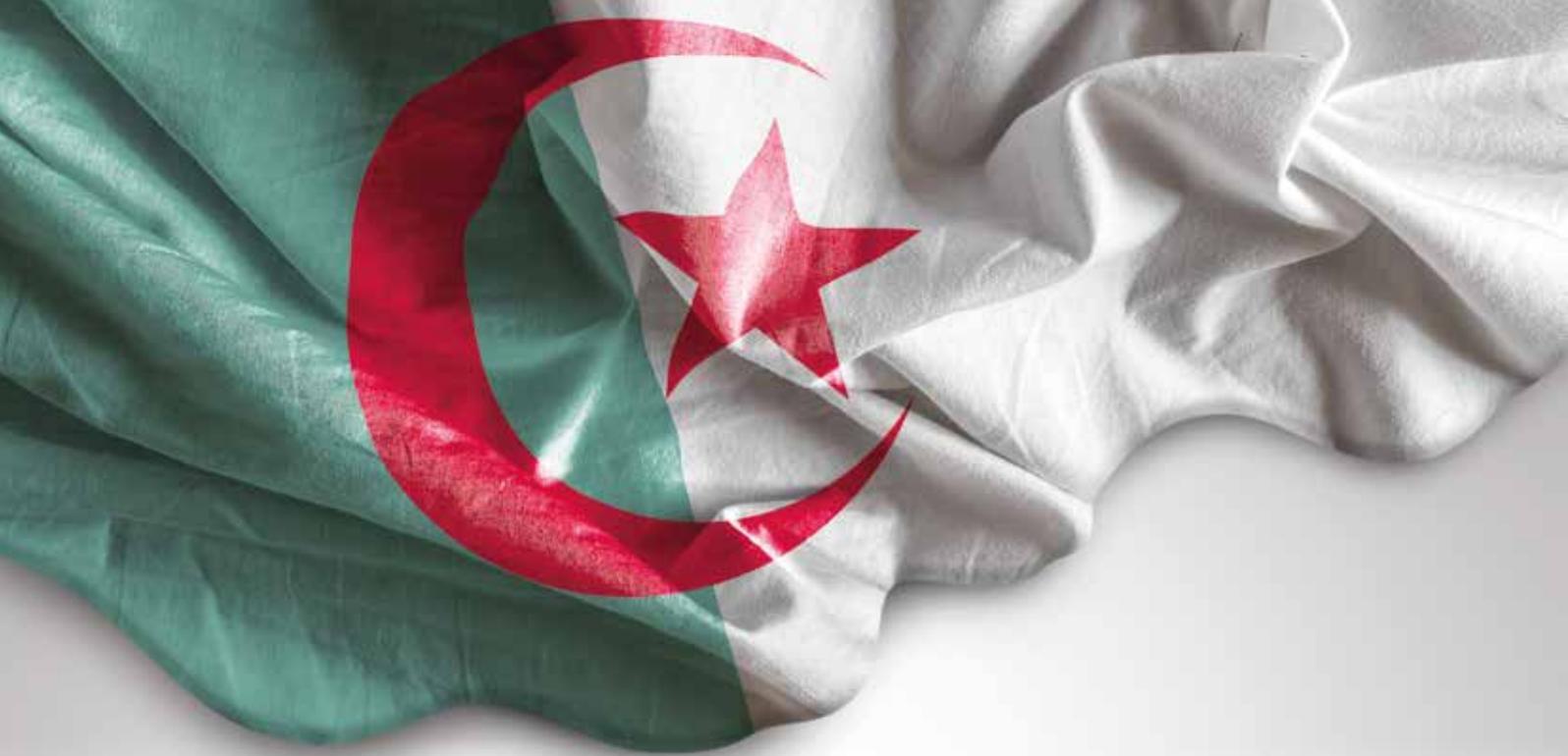
Très bonne lecture à tous et joyeuses fêtes !

Daphnée Piekarski
Paris, le 15/11/2016

CONTACT MAIL
ajpediatrie@gmail.com

SITE WEB
www.ajpediatrie.org

FACEBOOK
AJPédiatrie



MÉDECINE D'AILLEURS ÊTRE PÉDIATRE EN ALGÉRIE



Ghania a choisi durant un an de prendre un poste de faisant fonction d'interne en Ile-de-France en néonatalogie. Elle est originaire de Kabylie, une région du Nord de l'Algérie. Elle est diplômée de l'université d'Alger et est déjà pédiatre depuis 2013. Là-bas elle a surtout travaillé à l'hôpital, en particulier au CHU de Tizi-Ouzou en Kabylie et dans le grand Sud.

Bonjour Ghania, est-ce que tout d'abord tu peux nous parler de la région d'où tu viens ? Est-ce là où tu as fait tes études ?

La Kabylie est une région du Nord de l'Algérie à une centaine de kilomètres à l'Est d'Alger. Elle est bordée au Nord par la côte méditerranéenne mais c'est surtout une région montagneuse. Je viens d'un village de Grande Kabylie dans les montagnes près de la ville de Tizi-Ouzou.



Carte de la Kabylie

Contrairement à l'idée qu'on se fait du climat en Algérie, il peut y faire parfois froid, surtout en hiver où on a même de la neige ! J'y ai fait mon collège et mon lycée et j'y ai obtenu mon baccalauréat. Ensuite pour mes études de médecine, j'ai dû aller à la faculté de médecine de Tizi-Ouzou créée en 1977 et qui était rattachée à celle d'Alger. J'habitais sur place mais je rentrais souvent chez moi le week-end.

Qu'est-ce qui t'as donné envie de faire médecine ? Y-a-t-il des personnes médecins ou qui travaillent dans le domaine médical dans ta famille ? Est-ce qu'on t'a soutenu dans cette voie ou au contraire découragé de faire des études aussi longues ?

Mon père est infirmier, il a été cadre infirmier dans l'hôpital de ma région. A présent il est à la retraite, mais c'est lui qui s'occupait de tous les problèmes médicaux des personnes du village. Quand j'étais petite, si quelqu'un se blessait, c'est lui qui suturait les plaies. Il prenait la tension, dépannait les gens en médicaments, etc. Il n'y a pas de médecin dans le village et notre maison faisait office d'infirmerie. C'est ce qui m'a donné envie de faire médecine, de pouvoir soigner les gens.

Je suis la première à avoir eu mon bac en 1998 dans ma fratrie. C'était comme une évidence pour moi de faire des études de médecine. Mes sœurs ensuite ont aussi eu leur bac mais elles ont préféré suivre d'autres études. Dans ma région et

globalement en Algérie, selon moi, les parents encouragent leurs enfants à faire des études supérieures, notamment leurs filles.

Comment se déroulent les études de médecine en Algérie ? Existe-t-il un concours d'entrée comme en France ? Est-ce qu'il y a un équivalent d'externat ?

Toute personne qui a eu son bac peut s'inscrire en 1^{ère} année. Au moment où j'ai commencé, il y avait un tronc commun en 1^{ère} année qui englobait la médecine, la biologie, la pharmacie et la chirurgie dentaire. Selon les notes qu'on obtenait à la fin de l'année, on pouvait rentrer dans telle ou telle branche. La médecine est celle qui demandait les notes plus élevées avec la pharmacie. Donc ça ressemble à votre 1^{ère} année !

Ensuite on commence l'externat, et à partir de la 3^{ème} année, on est en stage à mi-temps et on a des gardes dans le service. La présence est plus ou moins obligatoire, c'est très service-dépendant. La 7^{ème} année, on a 4 stages de 3 mois d'internat où on travaille à temps plein à l'hôpital avec des gardes et astreintes. En même temps, on révise tout le programme mais nous n'avons pas d'examen à la fin comme vous. A l'issue de cette dernière année, on est médecin généraliste. On peut choisir de s'installer directement mais la majorité des gens choisissent de travailler initialement à l'hôpital pour acquérir de l'expérience.

Si on choisit de se spécialiser, comme moi en pédiatrie par exemple, on passe vers le mois d'octobre qui suit notre 7^{ème} année un concours de résidanat, équivalent à votre concours d'internat. L'internat de pédiatrie dure 4 ans. A la fin, nous passons un examen écrit et oral devant un jury qui nous décerne notre diplôme. Pour moi c'était en 2013. Nous ne passons ni mémoire ni thèse.



Qu'est-ce qui t'avait donné envie de faire de la pédiatrie ? Où as-tu essentiellement travaillé pour l'instant ?

J'ai toujours aimé travailler avec des enfants. J'ai hésité avec l'ORL, puis le jour du choix je n'avais plus de doutes et je ne le regrette pas. J'ai fait mon internat à l'hôpital de Tizi-Ouzou. Il y a un service de pédiatrie générale avec un service de néonatalogie, nous n'avons pas de maternité sur place. Nous n'avons pas de service de surspécialités pédiatriques mais nous travaillons avec des pneumo-pédiatres, gastro-pédiatres, etc., qui se forment à Alger ou alors nous demandons des avis aux médecins d'adultes.

J'ai aussi fait quelques remplacements en ville.

En Algérie, le service civique est obligatoire. Nous « devons » des années à l'Etat. En tant que médecin spécialiste, cela signifie aller travailler dans un hôpital pendant 1 an si c'est dans une région rurale, peu médicalisée ou 3 à 4 ans si c'est dans un CHU. J'ai choisi d'aller passer 1 an à l'hôpital de Tindouf dans le Sud Ouest de l'Algérie. C'est une région plus pauvre, plus rurale que celle d'Alger ou que la Kabylie.

Est-ce qu'il existe des pathologies que l'on retrouve davantage en Algérie qu'en France en pédiatrie générale ? Est-ce que selon toi il y a des différences de pratiques ?

Comme nous n'avons pas de services dédiés à telle ou telles pathologies nous gérons tout nous-même de A à Z. Ce qui fait que nous avons une pratique très diversifiée ! Nous suivons aussi bien les enfants atteints de trisomie 21, de cardiopathie congénitales ou de syndromes polymalformatifs que ceux souffrant d'hypothyroïdie, par exemple. Le test de Guthrie n'existe pas chez nous. Une hypothyroïdie néonatale sera diagnostiquée

devant une suspicion clinique qui aura poussé à effectuer un bilan thyroïdien.

Par rapport à la France nous avons sûrement plus d'enfants atteints de drépanocytose ou de thalassémie, plus de tuberculose et aussi plus de gastro-entérites ! La bronchiolite frappe aussi l'hiver mais est moins virulente qu'en France.

Parlons un peu de la néonatalogie maintenant. A quoi ressemble le service de l'hôpital de Tizi-Ouzou ? Est-ce que tu peux comparer les deux services de néonatalogie où tu as travaillé en France et ceux que tu connais d'Algérie ?

Il n'y pas de diplôme de néonatalogie en Algérie. Les pédiatres qui travaillent en néonatalogie sont des personnes qui s'y intéressent et qui s'occupent de cette partie du service depuis des années. Il y a des services de réanimation néonatale à Alger mais avec très peu de postes. Je suis venue en France pour passer le DFMSA, l'équivalent d'un DESC de néonatalogie pour les médecins étrangers. J'aimerais travailler en néonatalogie en Algérie mais la spécialité elle-même n'existe pas en tant que telle.

Je peux parler du service de néonatalogie de Tizi-Ouzou où j'ai fait mon résidanat (internat). Nous n'avons pas de maternité au CHU. Nous hospitalisons des nouveau-nés transférés des cliniques publiques et ou privées de proximité. Nous n'avons pas réellement de limite de terme ou de poids pour décider de réanimer ou non les enfants. Si un enfant respire tout seul d'emblée, c'est gagné. Sinon c'est là que les difficultés commencent. Nous pouvons intuber les bébés en salle de naissance. Malheureusement, nous n'avons pas de surfactant. Seuls quelques grands

hôpitaux avec de grands services de néonatalogie d'Alger, d'Oran et de Constantine en disposent (et encore pas en quantités suffisantes). Une fois intubés, nous les gardons sous ventilation invasive puis nous faisons un relais avec une CPAP ou des lunettes à oxygène. Les enfants qui doivent rester sous ventilation invasive se dégradent de façon quasiment systématique et décèdent ensuite dans la majorité des cas car ils n'ont pas reçu de surfactant. Ceux qui survivent restent dépendant de l'oxygène pendant longtemps. En relais de la ventilation invasive, nous disposons des lunettes d'O2 principalement car au moment où j'y travaillais nous n'avions que 2 CPAP et 2 Babylog !

Notre principal problème est notre manque de moyens. Nous avons des infrastructures avec des normes internationales, des couveuses, des sondes nasogastriques, des cathéters veineux ombilicaux, ... Mais sans surfactant, sans matériel de ventilation adapté et sans parentérales, il existe un fossé avec les services où je suis passée en France. Un enfant qui fait une entérocolite et qui nécessite un traitement chirurgical a peu de chance de survivre par exemple. Cependant, tout cela ne nous empêche pas de sauver un certain nombre d'enfants prématurés.

Est-ce qu'il y a beaucoup de médecins qui viennent comme toi se former à l'étranger ? Est-ce que certains pédiatres sont « surspécialisés » en Algérie ? Comment se forment-ils ?

Un nombre important de médecins va se former à l'étranger. Par exemple en France en suivant des DU, des capacités ou des DFMSA. Car certaines spécialités ne sont pas reconnues en tant que telle en Algérie : la génétique, la gériatrie et d'autres encore n'ont pas de formation à part entière à la fac.

Le problème des « surspécialités » en Algérie est qu'il n'existe pas de service consacré à des surspécialités pédiatriques spécifiques. Peut-être quelques services à Alger, ou à Oran, mais ils font figures d'exception. Il y a quelques années, nous avons manifestés pour que des services et des formations de pédiatres surspécialisés voient le jour dans les CHU et à la fac mais nous n'avions pas

été entendus. Les pédiatres qui veulent surtout travailler dans un domaine, vont pratiquer chez les adultes ou se forment à l'étranger, mais n'ont pas de diplôme attribué par la fac. C'est pourquoi, je sais que ce sera compliqué pour moi quand je rentrerai si je veux être néonatalogue. J'aimerais importer des techniques que j'ai vues et pratiquées en France, ça ne sera pas simple, loin de là.

Est-ce que le français est encore très utilisé en Algérie ? Quelles sont les langues employées à l'école, à la fac, à l'hôpital, et dans la recherche ou la publication ?

Oui ! A l'école les cours sont en arabe mais nous apprenons le français dès le primaire. Pour la génération précédente, celle de mes parents, toutes les leçons étaient en français. A la fac, les cours de médecines sont dispensés en français de même que les présentations à l'hôpital. Tout ce qui est publication se fait en français ou en anglais. Chez moi on parle le kabyle et l'arabe.

Langues parlées :

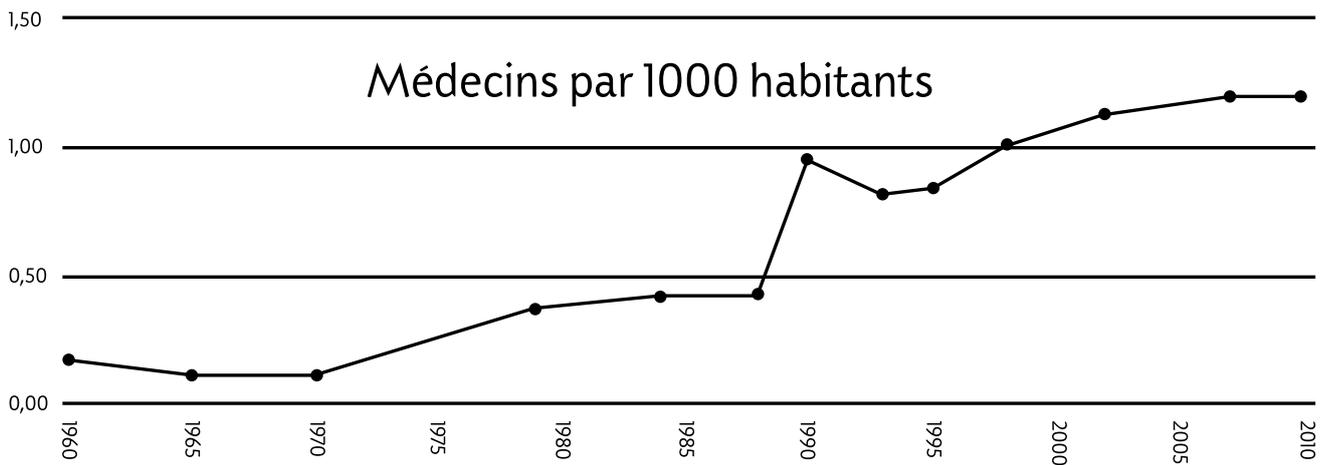
L'Arabe est la langue officielle et depuis 2016 : le tamazight ou le berbère.

Cette dernière est composée de plusieurs dialectes différents dont le kabyle parlé par environ 5 à 6 millions de personnes.

Le français quant à lui est employé par 11 millions d'Algériens.

Où travaillent essentiellement les pédiatres ? Êtes-vous en pénurie de médecin ?

La majorité des pédiatres sont installés en ville. L'Algérie ressemble à la France dans le sens où il y a une forte concentration de médecins et d'hôpitaux dans les villes principales. Les plus grandes facultés du pays sont celles d'Alger, d'Oran et de Constantine. La fac où j'ai été, est rattachée à celle d'Alger et a été créée dans les années 70-80. Nous n'avons pas de pénurie de médecins mais dans le reste du pays, notamment dans le Sud, nous souffrons des déserts médicaux, raison pour laquelle nous avons cette fameuse année de service civique. Les enfants sont surtout suivis par des pédiatres plutôt que par des médecins généralistes.



La banque Mondiale Perspective Monde, Université de Sherbrooke

Nombre de médecins par habitant en Algérie évolution sur 50 ans

Est-ce qu'il y a beaucoup de femmes médecins ? Et en pédiatrie ?

Oui, les métiers de la santé sont majoritairement féminins et la médecine ne fait pas exception. Dans ma promotion, nous étions 70 à 80 % de filles et en pédiatrie, ces proportions étaient les mêmes.

Aimerais-tu rester travailler en France ? En Algérie préférerais-tu travailler à l'hôpital ou en ville ?

Pour travailler en France, il faut passer un concours d'équivalence qui est difficile à avoir. De plus, j'aimerais aussi revoir ma famille et mes amis. En fait, je ne sais pas encore ce que je vais faire plus tard, rester ou partir, je vais sûrement d'abord rentrer et une fois en Algérie, réfléchir à cet avenir. A moins que je ne trouve un poste en France qui m'accepte comme FFI en attendant d'avoir ce fameux concours.

Je préfère travailler à l'hôpital. Je trouve ça plus stimulant et j'apprécie beaucoup de travailler en équipe.

Merci beaucoup Ghania pour toutes ces explications et pour le temps que tu m'as accordé.

Quelques chiffres pour finir :

- ♦ CHU de Tizi-Ouzou Mohamed Nadir : 1047 lits, 43 services : dont 60 lits de pédiatrie et 20 de néonatalogie.
- ♦ En Algérie en 2015 : 39 666 519 habitants, avec environ 1.27 médecins pour 1000 habitants.
- ♦ En 2014 : taux de fertilité : 2.86 enfants/femme ; taux de mortalité infantile : 22/1000.

A la fin de son stage, deux mois après cette interview, Ghania a réussi à trouver un poste de FFI en Ile-de-France en pédiatrie générale : Bravo à toi pour ta ténacité et ton courage ! En espérant que tu arriveras à obtenir l'équivalence que tu souhaites tant et que tu réaliseras ce dont tu rêves.

VITAMINE K



ET PRÉVENTION DU RISQUE HÉMORRAGIQUE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

RECOMMANDATION SFP

Voici une petite mise au point pour notre pratique quotidienne. Certains services ne s'étant pas encore mis à jour (même si la recommandation date de 2015) on peut parfois s'embrouiller les pincesaux.

La prévention doit s'appliquer dès la naissance à tous les enfants nés à terme, par l'administration systématique par voie orale de trois doses de **vitamine K1 à 2 mg** par dose : **une à la naissance (ou peu après), une entre 72 et 96 heures de vie et une à 1 mois de vie.** En cas de sortie précoce, après 48 heures de vie, la deuxième dose de Vitamine K1 peut être administrée avant la sortie au moment de la réalisation des tests de dépistage dits « de Guthrie ».

Chez l'enfant à terme (né à plus de 36 SA) alimenté par allaitement artificiel, la troisième dose de vitamine K à 1 mois n'est pas obligatoire. Le microbiote intestinal est plus riche en bifidobactéries chez les enfants allaités de façon exclusive, mais ce n'est pas le cas en situation d'allaitement par lait artificiel. Ces bactéries ne contribuent pas à la synthèse de vitamine K1 au niveau intestinal.

Pour une facilité de mémorisation, ce schéma pourrait être simplifié en préconisant une administration à : « 4 heures, 4 jours et 4 semaines ».

ATTENTION : dans les situations où le risque de maladie hémorragique est majoré, il est indispensable d'administrer la première dose de vitamine K1 dans la première heure de vie, puis schéma normal.

Concernant l'enfant prématuré, il est recommandé d'administrer à la naissance :

- ◆ Chez le nouveau-né prématuré de poids de naissance ≤ 1500 g : La posologie est de **0,5 mg en IVL**, (cette voie est à privilégier car il est rare que l'alimentation orale soit possible dès le premier jour).
- ◆ Chez le nouveau-né prématuré de PN > 1500 g : La posologie est de **2 mg per os** si l'alimentation orale est possible, sinon **1 mg en IVL**.

Par la suite l'administration de la vitamine K1 sera **répétée de façon hebdomadaire jusqu'au terme corrigé.**



Recommandations

Tableau 1- posologies et administration de la vitamine K chez le nouveau-né à terme

	Naissance et peu après	Entre le 3 ^e et le 4 ^e jour après la naissance	1 mois après la naissance
Nouveau-nés à terme sans risque particulier	2 mg per os	2 mg per os	2 mg per os
Nouveau-nés à terme à risque accru de MHN*	2 mg per os Ou 1 mg IVL	2 mg per os Ou 1 mg IM ou IVL	2 mg per os Ou 1 mg IM ou IVL

*médicaments chez la mère perturbant le métabolisme de la vitamine K sans administration concomitante de vitamine K, asphyxie périnatale, cholestase, jeune prolongé. La voie IVL remplacera la voie per os chez le nouveau-né ne pouvant s'alimenter. (Rappel : VITAMINE K1 ROCHE 2 mg/0,2 ml NOURRISSONS, solution buvable et injectable)

Tableau 2- posologies et administration de la vitamine K chez le nouveau-né prématuré

	Naissance	Une fois par semaine jusqu'au terme corrigé
Nouveau-nés prématurés de PN_≤1500g	0,5 mg IVL	1 mg per os Ou 0,5 mg IVL
Nouveau-nés prématurés de PN_{>}1500g	2 mg per os (si l'alimentation orale est possible) Ou 1 mg IVL	2 mg per os Ou 1 mg IVL

Il est inutile et non recommandé de tester systématiquement, en dehors de toute pathologie, les paramètres de la coagulation (Rappel : VITAMINE K1 ROCHE 2 mg/0,2 ml NOURRISSONS, solution buvable et injectable)

Sources

<http://www.sfpediatrie.com/recommandation/vitamine-k-mise-%C3%A0-jour-des-recommandations-prise-de-position-de-la-soci%C3%A9t%C3%A9-fran%C3%A7aise>

J-M. Hascoet, J-C. Picaud, A. Lapillonne, C. Boithias, P. Bolot, E. Saliba. Décembre 2015

UN PEU DE DERMATO EN IMAGES DES PLIS TOUT ROUGES

L'histoire

Garçon de 2 ans et demi, sans antécédents médicaux, amené par ses parents chez son pédiatre pour une éruption évoluant depuis 5 jours, en novembre.

Symptômes

- ◆ Pas d'AEG, apyrétique.
- ◆ Éruption unilatérale droite touchant le bras droit et le thorax à droite.
- ◆ Prurit discret.

Examen clinique

- ◆ Pas d'atteinte muqueuse.
- ◆ Petit ganglion axillaire droit.



QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

Exanthème périflexural asymétrique de l'enfant APEC

(Asymmetric périflexural exantheme of childhood)

Pic d'incidence : 2 ans

Lésions érythémateuses micro-papuleuses ou scarlatiniformes, parfois en placard eczématiforme, plus ou moins prurigineuses.

Début à proximité d'un grand pli (axillaires ou inguinale).

Evolution centrifuge héli-corporelle, bilatérale par rapport au pli.

Respect habituel du visage et des régions palmo-plantaires.

Bon état général : prodromes de type infectieux (fièvre modérée), adénopathie satellite possible.

Biologie usuelle normale.

Durée totale : 3 à 5 semaines. La guérison est spontanée et sans complication.

Traitement

- Dermocorticoïdes et antibiotiques inefficaces.
- Antihistaminiques contre le prurit et antipyrétiques si fièvre.
- Réassurance parentale.

Épidémiologie et étiologie

Redécouvert dans les années 90, confondu initialement avec le Sd de Giannotti Crosti dans les années 70.

Ubiquitaire en Europe.

Agent causal non identifié, probablement viral (Parvo B19).

Cependant une transmission inter humaine n'est pas établie.

Diagnostiques différentiels

- Dermatite d'irritation ou de contact.
- Borréliose.
- Exanthème scarlatiniforme.
- Eczéma, dermatite atopique (prurit).

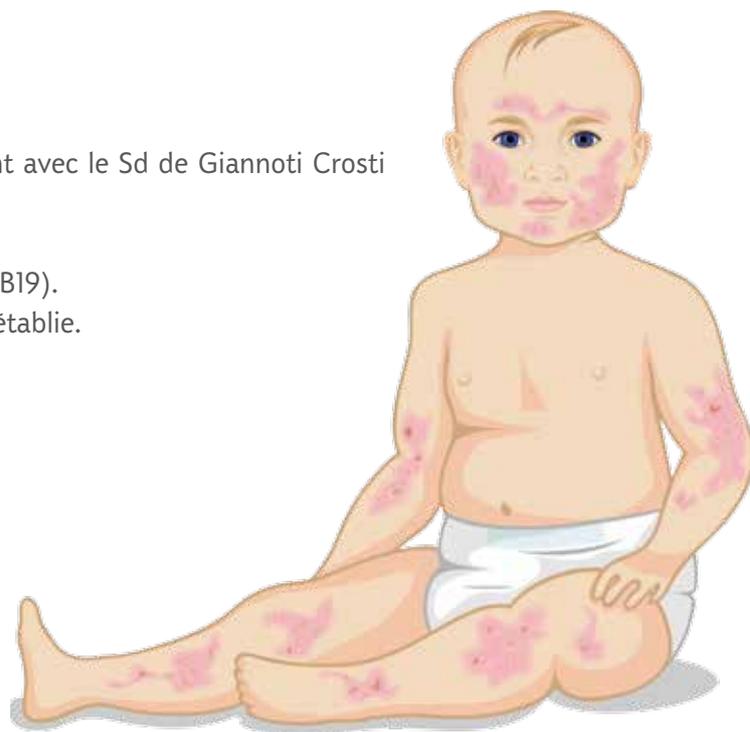
Pour en savoir plus

La revue du praticien

<http://www.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/free-item/ECN-free-item94.pdf>

Petite revue des exanthèmes moins classiques

http://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/_nouveaux_exanthemes_viraux_et_eruptions_paravirales_276313/article.phtml?tab=texte





RÊVE D'ENFANCE

QUI SOMMES-NOUS ?

« Parce que les enfants malades sont aussi des aventuriers » : voilà notre slogan, ce qui motive notre engagement. Rêve d'Enfance est une association gérée par 14 étudiants d'HEC Paris. Notre objectif est de faire rêver les enfants atteints de cancer ou en rémission et de leur permettre d'oublier leur maladie en leur faisant vivre des expériences inédites.

Rêve d'enfance c'est trois actions

Nous allons une fois par semaine à l'hôpital Trousseau de Paris rendre visite aux enfants atteints de cancer. Nous devenons des compagnons de jeu le temps d'une après-midi, parfois des confidents et nous les sortons de la routine de l'hôpital.

L'organisation de sorties mensuelles rythme la vie de cette association. A Disneyland, au Puy du Fou, à Roland Garros, lors d'une séance de char à voile au Mont-Saint-Michel... les enfants deviennent de grands aventuriers, se dépassent et y rencontrent de nouveaux amis. Mais surtout la maladie n'est pas évoquée et les enfants peuvent s'évader de leur quotidien. Nous sommes accompagnés d'internes pour ces sorties, ils sont pour nous d'une grande aide. Ils nous permettent



de mener à bien ces sorties en nous soulageant d'éventuels besoins d'ordre médical. Cette année deux nouvelles sorties ont été créées : à l'aquarium de Paris et à l'acrobranches de Vincennes.

Le grand projet reste la croisière en Corse de dix jours. Trente-deux enfants de dix à dix-sept ans nous ont suivi sur six bateaux afin de découvrir la Corse et de s'adonner à la voile. Six skippers nous accompagnent et apprennent aux enfants à naviguer. Six internes montent à bord pour nous aider à encadrer les enfants.

De Porto-Vecchio à Ajaccio, les enfants ont admiré les criques corses, ont alterné entre baignades et navigation et ont forgé de grandes amitiés.



Cette croisière est l'occasion pour les enfants de prendre confiance en eux et de gagner en autonomie en participant à la cuisine et aux tâches ménagères. Nous les encourageons également à se dépasser lors d'une ascension dans les montagnes Corses ou à l'occasion d'un Koh-Lanta organisé sur la plage. Mais surtout, ils profitent pleinement de dix jours de vacances dans un endroit paradisiaque où la maladie n'est plus un frein aux activités.

Bastian nous a récemment dit que la croisière lui avait beaucoup « appris sur lui-même, sur les autres et sur ce que peuvent penser les gens dans la maladie et en dehors ». Il nous a confié que cette expérience l'a « élevé et fait vibrer ». Ce sont ces témoignages et leurs sourires lors des sorties qui nous donnent envie de nous battre pour faire vivre et développer cette association. Actuellement, nous souhaiterions étendre l'action de Rêve

d'Enfance, notamment sur d'autres campus. Un de nos projets serait de participer à la Course Croisière EDHEC afin de gagner en visibilité.

Toutes ces activités sont entièrement offertes aux enfants. Nous sommes notamment soutenus financièrement par La Ligue contre le Cancer, Accuracy et Auchan qui permettent de faire vivre ce projet. Des dons privés nous sont également adressés et nous remercions chaleureusement nos généreux donateurs.



Vous pouvez suivre nos activités et nous aider sur revedenfancehec.org

Marie CONTI

*Secrétaire Générale de Rêve d'Enfance
et toute l'équipe de Rêve d'Enfance !*



NOUVEAU
Enquête
observationnelle¹

Une solution efficace pour les troubles digestifs associés

98 %

- ▶ **DES NOURRISSONS**
présentent une
amélioration globale
du confort digestif¹
- ▶ **DES PARENTS**
déclarent que leur
bébé est soulagé¹



Disponible
en grandes et moyennes
surfaces et pharmacies

1. Efficacité et tolérance de NESTLÉ NIDAL Plus 1 ; premiers résultats intermédiaires sur 256 nourrissons de moins de 6 mois présentant au moins 2 troubles digestifs. Enquête observationnelle en cours de publication, 2015. *Fracto-oligosaccharides / Galacto-oligosaccharides

Document strictement réservé à l'usage des professionnels de santé

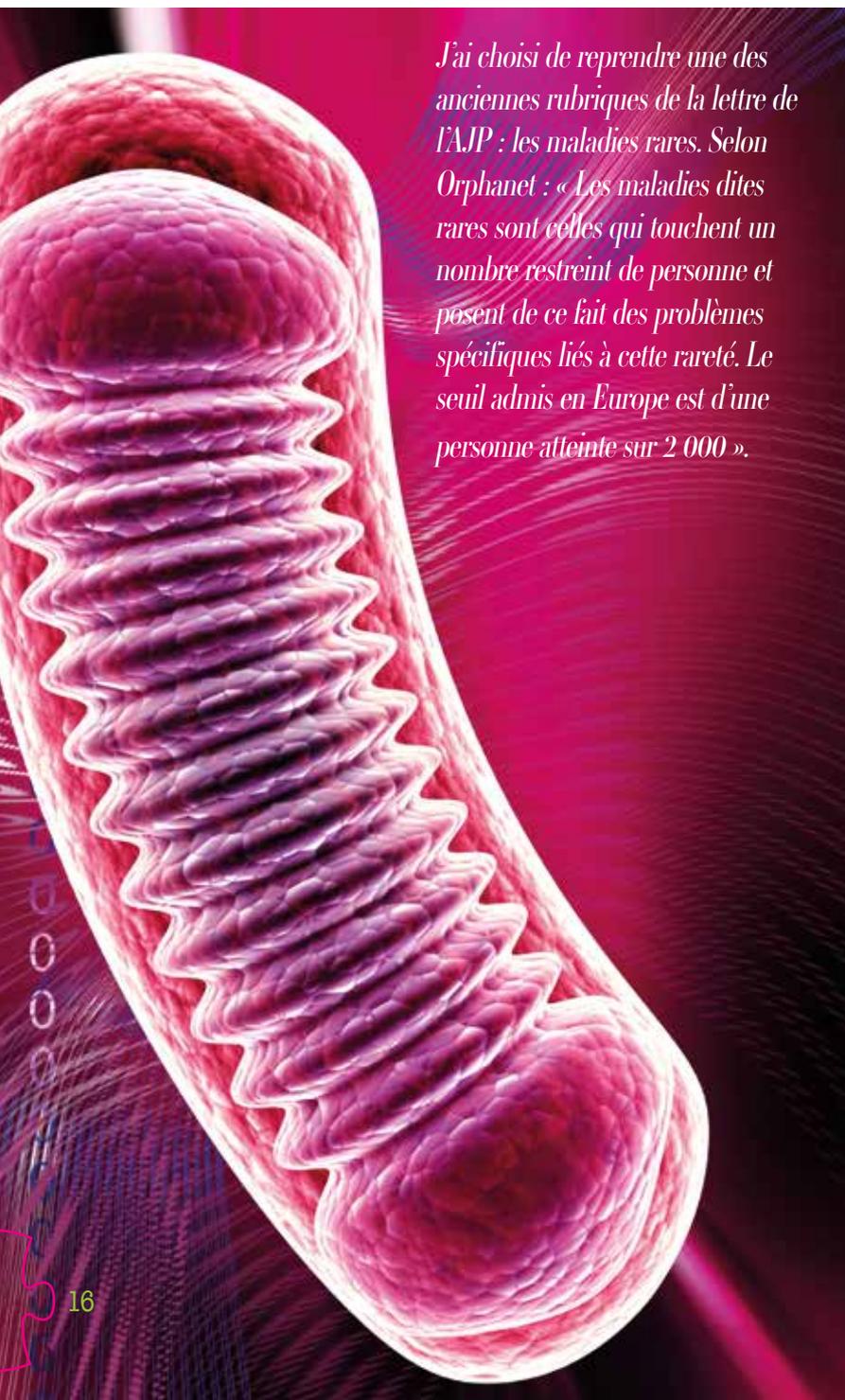
Avis important : le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson car il convient le mieux à ses besoins spécifiques.

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

DOSSIER MALADIE RARE

LES MALADIES MITOCHONDRIALES

I. MALADIES MITOCHONDRIALES



J'ai choisi de reprendre une des anciennes rubriques de la lettre de l'AJP : les maladies rares. Selon Orphanet : « Les maladies dites rares sont celles qui touchent un nombre restreint de personne et posent de ce fait des problèmes spécifiques liés à cette rareté. Le seuil admis en Europe est d'une personne atteinte sur 2 000 ».

Une des aides-soignantes de mon service m'a abordé durant mon stage pour me parler de l'AMMI, l'Association contre les maladies Mitochondriales. Elle avait elle-même malheureusement perdu un enfant souffrant de l'une de ces nombreuses pathologies rarissimes que sont les mitochondriopathie et s'était ensuite engagée dans cette association.

Pour mieux faire connaître ces pathologies nous vous proposons ce dossier qui est composé de deux articles : un premier plus médical reprend de façon simple ce que sont ces pathologies et un deuxième consacré à l'AMMI, rédigé par l'association.

Il ne s'agit pas pour nous bien sûr de connaître tous les détails de ces pathologies qui sont prises en charges dans des centres hyperspécialisés. Mais en tant que pédiatre, nous nous devons de savoir qu'elles existent et de savoir y penser, afin de limiter l'errance diagnostique parfois très longue de ces familles. Ces maladies peuvent avoir un pronostic sombre et l'accompagnement des familles est essentiel. Ce dossier est l'occasion de laisser la parole aux parents parce qu'une maladie rare ce n'est pas seulement des caryotypes et des puces qui mettent trois mois à revenir et qui se perdent dans les méandres des hôpitaux.

Bonne lecture à tous et merci à Karine et à l'AMMI pour votre contribution !

Daphnée PIEKARSKI

QUAND Y PENSER ?

Les maladies mitochondriales regroupent une grande variété de pathologies dont le dénominateur commun est un déficit de la chaîne respiratoire (CR) mitochondriale qui a pour rôle essentiel la synthèse d'ATP.

Epidémiologie

On a pensé à tort qu'il s'agissait de maladies rares de l'enfance, mais on a découvert que plusieurs maladies communes ont dans certains cas une origine mitochondriale, (ex : 3 % des diabètes). Les maladies mitochondriales touchent aussi bien l'enfant que l'adulte. Il n'existe pas de données épidémiologiques précises, et il est probable que

de nombreux patients ne sont pas diagnostiqués. On estime néanmoins actuellement l'incidence de ces affections entre 1 et 2,5 pour 10 000. Ces maladies sont sûrement les plus fréquentes des maladies métaboliques avec une incidence de 1/5000 naissances.

Physiopathologie

1° Origine génétique

Ce sont des maladies d'origine génétique : mutations touchant l'ADN nucléaire ou mitochondrial. La mitochondrie possède son propre ADN, l'ADN mitochondrial (ADNmt) qui code pour 13 protéines de la CR, deux ARN ribosomiaux (ARNr) 12S et 16S et 22 ARN de transfert (ARNt). Toutes les autres protéines de la CR et celles impliquées dans son assemblage et le maintien de l'ADNmt

sont codées par des gènes nucléaires. Ainsi tous les modes de transmission sont possibles dans les maladies mitochondriales, autosomique récessif ou dominant, lié à l'X, maternel et beaucoup de cas sporadiques. Pour rappel les mitochondries proviennent des ovules. Les mutations de l'ADN mitochondriales ont donc une transmission maternelle.

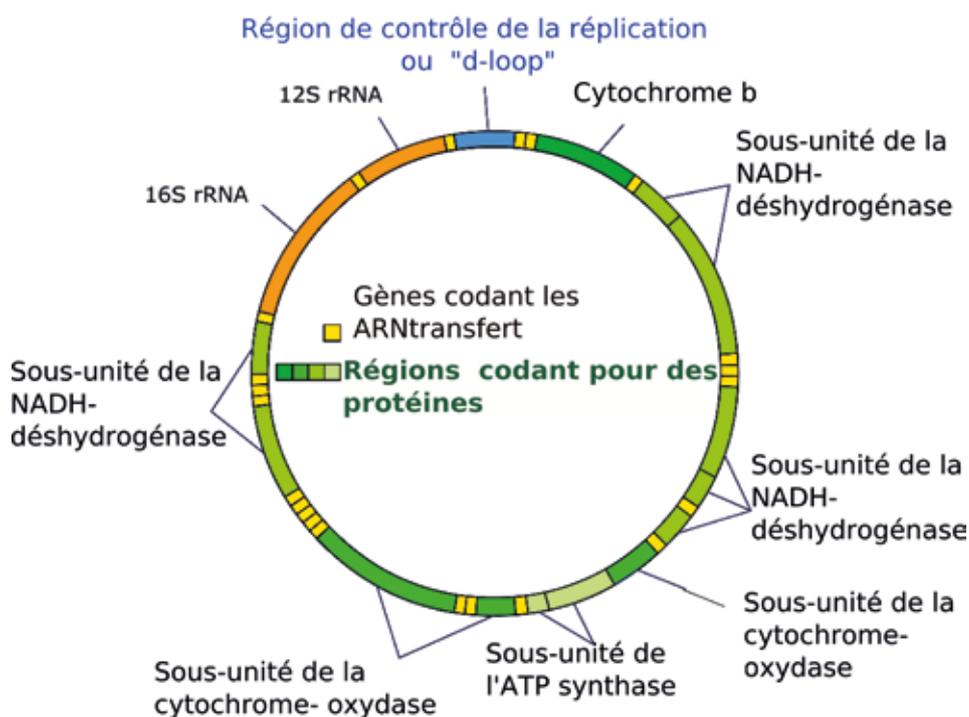


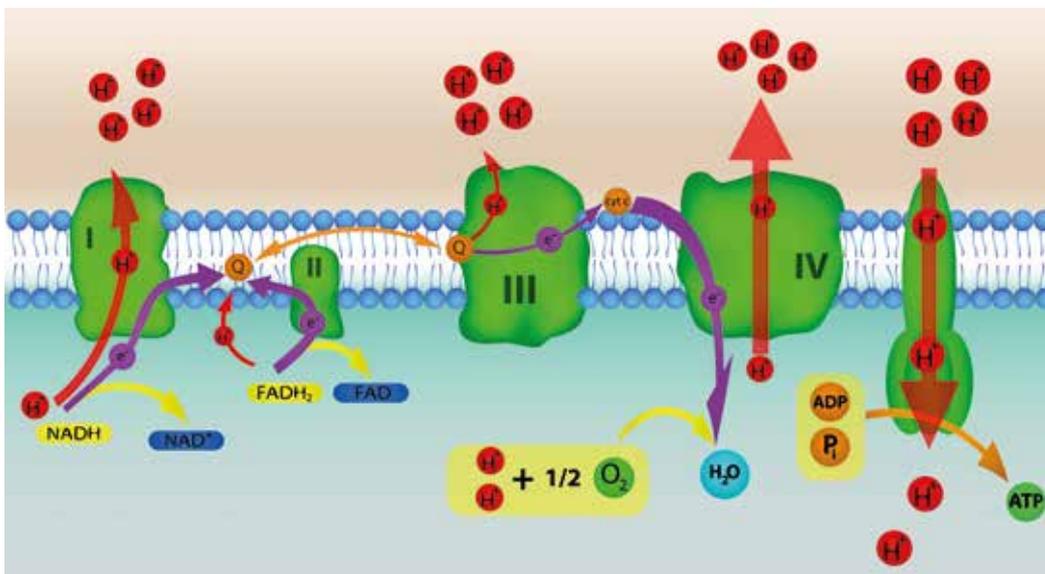
Schéma d'un gène mitochondrial

Source : http://commons.wikimedia.org/wiki/Image:Mitochondrial_DNA_it.png - Auteur : translation by Knopfkind; layout by XXXL1986

2° La chaîne respiratoire

La chaîne respiratoire a pour rôle essentiel la synthèse d'ATP. Cette synthèse se fait à partir de cinq complexes multi-enzymatiques localisés dans la membrane interne de la mitochondrie. Elle fait intervenir d'une part des réactions d'oxydation qui aboutissent à une consommation d'oxygène, d'autre part une réaction de phosphorylation de l'ADP intra mitochondrial en ATP. La chaîne respiratoire est composée de cinq complexes multi-enzymatiques qui fonctionnent comme transporteurs d'électrons dont, le complexe V, ou ATPase (quatorze sous-unités), assure la synthèse de l'ATP à partir de l'ADP et du phosphate inorganique dans la matrice mitochondriale.

Tout au long de la chaîne respiratoire les électrons provenant du NADH et du FADH₂, vont perdre de l'énergie qui sera utilisée pour former le gradient électrochimique de proton entre l'espace inter-membranaire et la matrice mitochondriale. Les électrons de basses énergies libérés à la fin de la chaîne respiratoire réagiront ainsi avec les molécules d'oxygène et les protons présents dans la matrice mitochondriale afin de former des molécules d'eau. L'ATP synthétase (complexe V) est une pompe ionique inversée, qui au lieu de transporter les protons dans le sens inverse du gradient de concentration, entraîne la synthèse d'ATP grâce au passage des protons dans le sens du gradient.



3° Déficit enzymatique

Un déficit enzymatique de la chaîne respiratoire provoque une modification profonde des équilibres d'oxydoréduction cytoplasmiques et mitochondriaux, par accumulation d'équivalents réduits (NADH, FADH). L'existence d'une hyper-

lactacidémie persistante et d'une perturbation des équilibres redox représente une indication formelle d'une exploration enzymologique de la chaîne respiratoire.

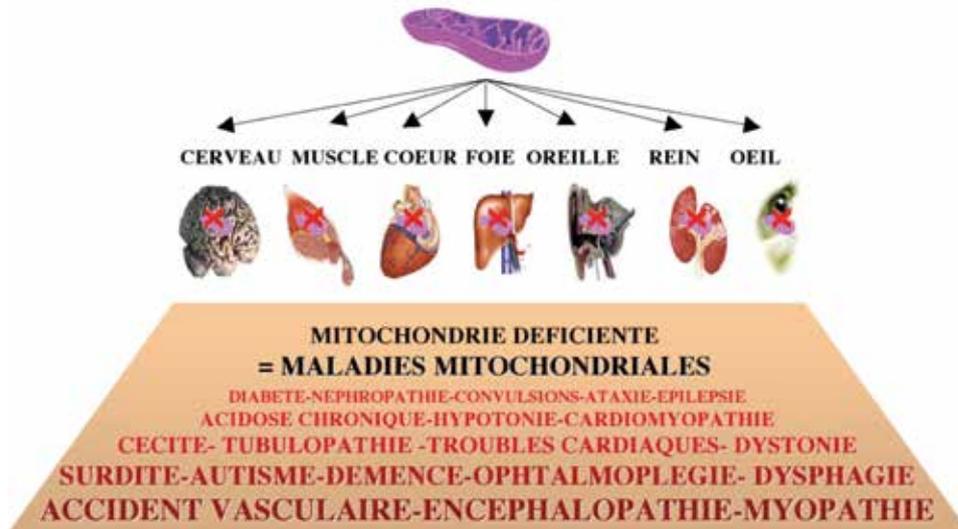
Clinique

De par la fonction ubiquitaire des mitochondries, une maladie mitochondriale doit être évoquée chez des patients présentant :

- (1) Une association inexplicée de signes neuromusculaires et non neuromusculaires.
- (2) Une évolution rapidement progressive.
- (3) Associant des organes a priori sans relation.

La maladie peut avoir un début prénatal, néonatal, dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte. Il s'agit la plupart du temps chez les enfants d'atteintes pluri-tissulaires, alors que chez l'adulte, les localisations sont plutôt musculaires et ophtalmologiques.

MITOCHONDRIE = CENTRALE ENERGETIQUE DES TISSUS



Les signes les plus fréquents d'une mitochondriopathie sont :

Signes ophtalmologiques

Un ptosis, une ophtalmoplégie externe, baisse d'acuité visuelle, une atrophie optique, une rétinite pigmentaire.

Signes neurologiques

L'encéphalopathie, l'épilepsie, la démence, l'ataxie et des troubles spastiques. Surdité.

Signes musculaires

Une myopathie, une fatigabilité musculaire excessive, une cardiomyopathie.

Liste non exhaustive des maladies mitochondriales

- ◆ Diabète (3 % des cas).
- ◆ Syndrome de Kearns-Sayre (ophtalmoplégie externe avec rétinite pigmentaire).
- ◆ Syndrome de Leigh (enc phalomyopathie nécrosante subaiguë).
- ◆ Syndrome MELAS (enc phalomyopathie, acidose lactique et accidents vasculaires cérébraux).
- ◆ Myopathie mitochondriale (enfant, adulte).
- ◆ Syndrome MERRF ( pilepsie myoclonique avec "ragged red fibers").
- ◆ Syndrome MNGIE (encéphalopathie Myo-Neuro-Gastro-Intestinale).
- ◆ Syndrome NARP (Neuropathie, Ataxie et Rétinite Pigmentaire).
- ◆ Syndrome de Pearson (insuffisances pancréatique exocrine et anémie).
- ◆ Ophtalmoplégie externe progressive chronique (PEO).
- ◆ Atrophie optique de Leber.
- ◆ Ataxie de Friedreich.
- ◆ Maladie de Alpers (poliodystrophie sclérosante progressive).

Diagnostic

1  Diagnostic enzymatique

L'activité de la chaîne respiratoire est estimée par deux techniques, la **polarographie** et la **spectrophotométrie**.

Les études polarographiques permettent de mesurer la **consommation d'oxygène** par des fractions enrichies en mitochondries. Ces études sont réalisées sur des préparations enrichies en mitochondries à partir de biopsies musculaires. Les études spectrophotométriques permettent

de mesurer **les activités des complexes de la chaîne respiratoire seuls ou par groupe** en utilisant des donneurs ou des accepteurs d'électrons spécifiques. Elles sont réalisées sur des biopsies de muscle, de foie, de rein ou de myocarde.

Quel que soit l'organe atteint, il est essentiel de prélever une biopsie de peau des patients (même en post-mortem immédiat) pour de futures investigations enzymologiques ou moléculaires.

2° Génétique

Les mutations de l'ADNmt sont en général hétéroplasmiques car il y a coexistence de molécules normales et mutées dans une même cellule ou un même tissu, les tissus les plus atteints ayant un fort taux de mutation. Les mutations de gènes

nucléaires représentent sûrement la cause la plus importante de maladies mitochondriales, surtout chez l'enfant. Ces mutations sont relativement difficiles à identifier.

3° IRM cérébrale

Pour les déficits isolés en complexe I qui montrent des anomalies du tronc cérébral et des noyaux gris ainsi qu'un pic de lactate au niveau biologique.

Traitement

Il n'y a actuellement pas de thérapie des maladies mitochondriales. Le traitement est essentiellement symptomatique et ne modifie pas de façon significative l'évolution de la maladie. Il s'agit de compléter par des cofacteurs (ubiquinone pour les déficits en ubiquinone), de recommandations diététiques (régime riche en lipides et pauvre en

sucres) et d'éviter des médicaments connus pour avoir un effet délétère (valproate qui précipite la défaillance hépatique dans les syndromes d'Alpers par exemple). Du fait de l'implication progressive d'organes dans l'évolution de ces maladies la greffe d'organe est rarement évoquée.

Conseil génétique

La possibilité d'un diagnostic prénatal se présente uniquement pour des familles dans lesquelles il y a eu un cas index chez qui le diagnostic d'une maladie mitochondriale a été établi formellement par identification de la mutation en cause. Il est alors possible de proposer un DPN moléculaire comme pour n'importe quelle autre maladie génétique autosomique récessive, dominante ou liée à l'X selon les cas.

Les remaniements de grande taille de l'ADNmt, délétions ou duplications partielles, se retrouvent dans la grande majorité des cas de façon sporadique. Le conseil génétique peut donc être a priori rassurant.

Les mutations ponctuelles de l'ADNmt (syndromes MELAS, MERRF, NARP et l'atrophie optique de Leber) sont presque toujours à l'état

hétéroplasmique, sont transmises selon un mode maternel et dans la grande majorité des cas sont retrouvées chez les mères et certains apparentés maternels des patients. Il n'y a aucun risque pour la descendance d'un homme porteur d'une mutation ponctuelle. En revanche, le risque est élevé pour la descendance et la fratrie d'une femme porteuse d'une mutation de l'ADNmt. Dans ce cas, il est possible de proposer un DPN moléculaire pour la prévention d'une récurrence de la maladie.

Cependant, il est toujours très difficile de se prononcer dans ce type de DPN. En effet, la proportion de molécules d'ADNmt mutées dans les villosités chorales ne permet pas d'estimer sa proportion dans d'autres tissus fœtaux, ni son évolution au cours du développement embryonnaire.

Sources

- **Le site internet de l'association de l'AMMI** : Association contre les maladies Mitochondriales
<http://www.association-ammi.org/index.php>
- **Collège de génétique**
<http://campus.cerimes.fr/genetique-medicale/enseignement/genetique9/site/html/cours.pdf>
- **Et un cours de biochimie**
<http://www.cours-pharmacie.com/biochimie/chaine-respiratoire-et-phosphorylation-oxydative.html>

II. L'AMMI

L'ASSOCIATION CONTRE LES MALADIES MITOCHONDRIALES

Association contre les Maladies Mitochondriales

Reconnue Assistance et bienfaisance N° W.783000012

Le commencement

L'AMMI, Association contre les Maladies Mitochondriales, a été fondée le 1^{er} juin 1998, par Isabelle Deram-Lafforgue, jeune maman de trente ans, à la suite du décès de sa fille unique, Laetitia à l'âge de dix mois, après avoir connu une errance diagnostique malgré l'entourage familial médical (tous étaient médecins, à l'exception d'Isabelle qui était pharmacienne).

Durant le combat contre la maladie qui l'a emportée et l'accompagnement, elle a promis à sa fille qu'elle continuerait à se battre pour défendre sa mémoire et faire connaître et reconnaître les maladies mitochondriales et lutter contre

leurs ravages afin que plus personne jamais ne connaisse ce qu'elles deux avaient traversé.

Laetitia est morte début janvier 1997, fin janvier sa maman avait déjà parcouru la France pour rencontrer les professeurs de médecine et les chercheurs spécialisés dans ces pathologies afin d'essayer de couvrir l'ensemble du territoire et de pouvoir rassembler les spécialistes des multiples atteintes organiques, systémiques et sensorielles. Déterminée, elle fonda avec l'appui du Professeur Arnold Munnich un Conseil scientifique des plus prestigieux dont il est toujours le président, ainsi que ceux qui ont participé à cette création.

Le logo

Le logo a été dessiné par la présidente fondatrice, il a été primé et protégé par l'INPI.

Sa charte : pour faire avancer le bateau il faut du vent et de l'eau, c'est-à-dire de l'énergie : ce qui manque à nos cellules lorsque la mitochondrie est malade. Le symbole du bateau est : « *tous ensemble dans un même combat et le petit bateau part chercher la thérapie et ne rentrera au port que pour la victoire* ».

Les lettres AMMI sont volontairement attachées pour créer du lien : « *Ensemble pour vaincre* ». Elles forment les vagues de la mer, le i a été ajouté

en minuscule pour que l'acronyme : Association contre les Maladies Mitochondriales soit AMMI et représente la solidarité dans l'harmonie et la douceur. Les couleurs sont volontairement choisies bleu et orange pour la dynamique, le bleu c'est la mer et le ciel, l'orange c'est la lumière et le soleil.



Les missions de l'AMMI

L'AMMI est une association dont les missions sont :

- De faire connaître les maladies mitochondriales, favoriser le diagnostic précoce, soutenir la Recherche.
- De réunir des familles de malades, leur apporter de l'écoute, de l'information et du réconfort. Soutenir les projets parentaux (conseils génétiques).
- Pour projet d'apporter une aide matérielle à l'aménagement du handicap.

Les partenaires

En avril 1998, la première assemblée générale était organisée au Kremlin-Bicêtre, dans le service du Professeur Olivier Bernard. Isabelle avait eu le temps de rassembler plus de cent adhérents venant de tous horizons. Cette première assemblée générale, en plus des adhérents, réunissait pour la première fois le Conseil scientifique de spécialistes venus de toute la France.

Pour rendre son combat plus efficace, elle s'est rapprochée d'autres associations de maladies rares et avec l'aide de l'AFM (association française des maladies rares : Téléthon), a été cofondatrice de l'Alliance Maladies Rares, créée en 2000 ainsi que de l'ensemble de la plateforme des Maladies Rares, regroupant entre autre Orphanet. L'AMMi est membre du Conseil national de l'Alliance Maladies Rares, adhérente d'Eurordis et participe à la mise à jour régulière d'Orphanet. Elle a participé à l'élaboration du plan Maladies Rares.

Dès 2001, l'AMMi a créé des délégations régionales qui assurent de l'information et du lien entre les familles et les hôpitaux.

Fonctionnement de l'AMMI

En ce qui concerne le fonctionnement propre et interne de l'AMMi : 400 adhérents actifs et plus de 600 donateurs. Elle a un bureau constitué de sept membres, élus pour un an, et renouvelable.

Dans le cadre de l'aide à la Recherche, l'AMMi aide au financement de programmes de recherche, présentés devant le Conseil scientifique et ap-

L'AMMi a créé MeetOchondrie en 2005 avec l'aide du Dr Thierry Letellier (université Victor Segalen Bordeaux 2) et le soutien du directeur général de l'INSERM, le Pr Christian Bréchet. MeetOchondrie est un colloque francophone réunissant tous les acteurs de la Recherche fondamentale et clinique sur les mitochondries, regroupant les divers organismes : INSERM, CNRS, CEA, INRA, Universités. Nous comptons plus de deux cents participants à déjà huit congrès, comprenant des ateliers de formation pour étudiants.

Depuis 2008, l'AMMi a initié et participé à la création d'IMP (International Mitochondrial Patients), réunissant sept des principaux états membres : la France, le Royaume-Uni, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, l'Italie, la Belgique. Tous les ans, un meeting réunit les représentants dans les différentes capitales. Depuis avril 2011, l'UMDF (United Mitochondrial Disease Foundation) association américaine et l'AMDF (Australien Mitochondrial Disease Foundation) ont rallié IMP.

prouvés dans un second temps par le Conseil d'administration. Depuis sa création, l'AMMi a soutenu de nombreux programmes de recherche. Chaque année, l'AMMi consacre entre 30 et 40 000 euros à la recherche et 15 000 euros à l'aide aux malades, sous le contrôle d'une commission spécialisée.

Exemples de programmes de recherche soutenus

Le premier programme financé en 2001 pour le Pr Arnold Munnich dans le cadre du **séquençage de l'ADN mitochondrial** (7 000 euros) est issu du premier fond réuni enfin par la présidente fondatrice après tous les efforts pour mettre en place les collectes de fonds.

Depuis, chaque année, les programmes de Recherche soutenus sont de plus en plus nombreux et les financements de plus en plus importants. Au moins trois programmes de Recherche par an de 10 à 20 000 euros chacun. Nous apportons aussi des aides à des étudiants pour les achats de réactifs et de matériel de laboratoire pour leur thèse.

Exemples de projets financés par l'AMMi

10 000 euros au Pr Pascal Reynier à Angers dans le cadre des **travaux sur le gène OPA 1**.

Le Pr Didier Lacombe à Bordeaux et son collaborateur Cyril Goizet dans le cadre du suivi d'un **projet sur un gène mitochondrial impliqué dans l'atteinte du motoneurone**.

10 000 euros annuels sur 5 ans à Pierre Rustin pour ses travaux sur la **souris harlequin**.

5 000 euros tous les ans pour **MeetOchondrie** depuis huit ans.

10 000 euros au Dr Abdel Slama (Kremlin-Bicêtre) pour ses travaux sur **MNGIE**.

10 000 euros à Véronique Paquis pour l'**achat de puces ADN dans SURVEYOR**.

10 000 euros à Hélène Dollfuss pour ses travaux sur les **atteintes oculaires dans les maladies mitochondriales**.

10 000 euros au Pr Dries Dobbelaere pour ses recherches concernant le **métabolisme dans les désordres mitochondriaux**.

5 000 euros à Denis Pierron pour ses travaux sur le **polymorphisme**.

10 à 20 000 euros à Thierry Letellier et Denis Pierron pour leurs travaux communs sur le **programme MAGE à Madagascar** sur les sites des **sept « Eve » mitochondriales** expliquant les différentes manifestations d'une même mutation à travers leurs expressions, étude d'anthropologie des populations regroupant les universités Bordeaux 1 et Bordeaux 2.

5 000 euros à Giovanni Bénard pour ses travaux sur les **effets de seuil**.

Les collectes de fonds

Ces collectes se font par le biais de manifestations organisées par les délégations régionales sous la forme de manifestations sportives, festives, de concerts de musique et de chants, de clubs de sports, de courses dans les écoles avec implication des enseignants au niveau des sciences de la vie. Ces événements impliquent une intervention d'un membre de l'association et d'un chercheur pour expliquer la pathologie et les rudiments de la génétique aux enfants.

Ces projets sont soutenus activement par notre parrain, le comédien Guy Lecluyse (ami de parents

concernés par une enfant atteinte d'un syndrome de MERRF), venu se rallier à notre cause après le succès de *Bienvenue chez les Ch'tis* et son passage à l'émission *Qui veut gagner des millions* (72 000 euros).

Il nous a inscrits sur la liste des bénéficiaires de la vente des produits dérivés de *Bienvenue chez les Ch'tis*, régie par la Fondation de France qui chaque année depuis trois ans, nous verse 10 000 euros. Bon nombre de fonds sont également hélas récoltés lors des funérailles de nos enfants qui chaque année dépasse le chiffre de dix...

L'aide aux malades et aux familles

L'AMMi consacre un budget annuel de 15 000 euros qui va passer cette année sur proposition à 20 000 euros pour le soutien matériel aux malades et leur famille.

Les restes à charge de l'aménagement du handicap et de l'appareillage sont trop lourds et nous assurons l'aide et le soutien sous deux formes (chaque dossier est étudié en commission et en relation avec les assistantes de la MDPH et des mairies).

Ils consistent soit à la prise en charge totale du reste à charge, soit à une avance et un prêt à taux zéro, en attendant le financement de la MDPH, de la CAF et de tout autre organisme.

Bien trop souvent, nous devons aider les familles pour financer les obsèques des enfants.

Nous entretenons également des rapports fréquents avec des associations caritatives pour répondre ensemble à la précarité engendrée par la maladie et le handicap. Si nos maladies sont cruelles avec une prédilection pour les enfants en bas âge qu'elles emportent prématurément, bon nombre de jeunes adultes se retrouvent en situation de handicap avant d'avoir eu accès à un emploi ou trop peu de temps après, ce qui ne leur permet pas d'avoir des revenus suffisants et nécessaires à l'autonomie.



L'AMMi fait de l'accueil et de l'écoute 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en bénévolat total. Elle assure une veille scientifique et médicale, de l'information, la publication d'un journal, le « Petit AMMi ».

Dans le cadre du soutien aux familles, l'AMMi a mis en place depuis 8 ans **le week-end annuel des familles** qui regroupe sur un site de vacances et de loisirs les adhérents pour une durée de trois à quatre jours. Le séjour est entièrement offert et gratuit dans sa totalité, hébergement, alimentation et loisirs. Le but est de se retrouver pour échanger et également apporter un plus aux malades, aux parents et à la fratrie. Bien souvent, les chercheurs viennent nous y retrouver et partager ce week-end avec notre parrain.

Chaque année l'AMMi organise avec l'ensemble des cliniciens, chercheurs et membres des centres de référence CARAMMEL et CALISSON des réunions avec les adhérents.

L'AMMi a beaucoup de chance de pouvoir réunir les cliniciens et les chercheurs avec le soutien d'Arnold Munnich et le directeur de l'hôpital Necker qui nous accompagne de ses encouragements. Chaque année nous réunissons plus de quinze cliniciens et chercheurs pour une centaine de membres. Sont toujours présents les coordonnateurs des centres, dont le Pr Didier Lacombe, Dominique Bonneau, Véronique Paquis et leurs équipes avec celle de Necker dans son ensemble.

L'Académie Nationale de Médecine a décerné la médaille d'or au titre des récompenses pour ses actions de communication, le 17 décembre 2013.

Le bureau comprend un(e) président(e), Françoise Tissot, une vice-présidente, Emma del Rey, une secrétaire, Brigitte Vahed, un trésorier, le médecin général Loïc Niel, une secrétaire adjointe, Karine Legin, une trésorière adjointe, Carine Tuffery, Emma del Rey assure avec Aldo Armoët la coordination des délégations régionales.

Les indispensables pour votre internat :

À partir de
20 €
par an

Responsabilité civile professionnelle -
Protection juridique

- 10%
POUR LES ADHÉRENTS

Assurance auto

À partir de
4 €
par mois⁽¹⁾

Multirisque habitation

À partir de
16 €
par mois⁽²⁾

Complémentaire santé

Jusqu'à
21400 €⁽³⁾

Prêt internes



3233⁽⁴⁾ ou macsf.fr

L'assureur des professionnels de la santé



(1) Jusqu'aux 2 pièces. (2) Pour un interne célibataire de moins de 31 ans ou de moins de 36 ans pour un interne en chirurgie-dentaire ou pharmacie et de moins de 41 ans s'il est interne en médecine. (3) Sous réserve d'acceptation du dossier par notre partenaire financier et MACSF prévoyance. (4) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.



MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - ORIAS n°13004099 - MACSF prévoyance - SIREN n° 784 702 375 - Le Sou Médical - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 784 394 314 00032 - SAM - Entreprises régies par le Code des Assurances - MACSF financement - Société de financement - S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 8 800 000 € - Siège Social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - 343 973 822 RCS NANTERRE - MFPS : Mutuelle Française des Professions de Santé - N° Immatriculation 315 281 097 - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.

LES GRANDES DATES DE L'AJP DE L'ANNÉE

CONGRÈS ANNUEL DE L'AJP

RENDEZ-VOUS LES 17 ET 18 JUIN 2017 !!

... Après Annecy 2015 ...

... Après Nancy 2016 ...

L'Association Lyonnaise des Internes de Pédiatrie et son Baby Croco vous invitent au 14^e congrès national de l'AJP dans la capitale des Gaules ... Bienvenue au **congrès de l'AJP Lyon 2017 !!!!** L'ALIP se démène et se plie en quatre pour vous accueillir les **17 et 18 juin 2017** pour profiter de moments de partage, d'enseignement et de détente dans une ville de Lumières et d'histoire.

« Pediatrics for World », la pédiatrie autour du Monde, voilà ce qui articulera le programme scientifique de votre week-end : comment partir avec l'organisation Pédiatres du Monde, comment des drogues comme le cannabis peuvent être importés en France à visée thérapeutique, comment faire quand un enfant allergique alimentaire se trouve dans un pays exotique, ou encore comment gérer les états de stress post-traumatiques chez les enfants du bout du monde... Les intervenants, venant essentiellement de Lyon, apporteront leur expérience professionnelle et humaine, bien mieux que tous les livres sur ces sujets !

Au-delà de ce puits de connaissances, le week-end sera l'occasion de rencontrer les pédiatres de toute la France, échanger sur les différences de pratique, de ressentis, d'expérience ; rencontrer de nouvelles têtes, créer de nouveaux liens entre les pédiatres de demain.

Et rien de mieux pour forger ces liens que d'échanger lors des repas conviviaux ou lors des activités que nous vous proposerons, sportives, ludiques, chaleureuses de toute manière. Nous profiterons d'un cadre magnifique, à 15 minutes de Lyon, au Domaine Saint-Joseph, où nous pourrons profiter des salles de conférences, du magnifique extérieur et du logement sur place.



Le congrès de l'AJP ne serait pas le congrès de l'AJP sans la soirée gala du samedi soir, où musique, cocktail et belles tenues seront au rendez-vous !

Et pour ceux qui viennent de loin, ou ceux qui veulent profiter de Lyon avant le congrès, nous nous chargeons de vous faire visiter la ville et profiter d'une soirée de début d'été dans notre belle capitale.

Alors préparez-vous à vivre un congrès aux accents de l'international, organisé sous la bannière de la bonne humeur, en compagnie de l'AJP, de l'ALIP et d'un grand nombre d'internes de pédiatrie de toute la France. Notez dans vos agendas : pas de garde, pas d'astreinte les 17-18 juin 2017. Préparez également vos procurations pour les élections législatives. Chauffez vos 17 et 18 juin 2017 car vous attendons tous nombreux à Lyon !!!

LES SOIRÉES DE L'AJP 2016-2017 À PARIS :

DEMANDEZ LE PROGRAMME

Des soirées de formation pratico-pratiques...
...et des soirées détones pour se retrouver autour d'un verre

Ce début de semestre nous vous avons proposé :

NOVEMBRE

(Carré Necker 19 : 30)



14/11 Néonatalogie : Guide de survie en Néonat
Questions de parents et questions d'infirmières

24/11 : Pédopsychiatrie : Troubles des apprentissages

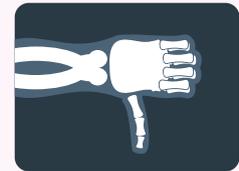


DÉCEMBRE

01/12 : Afterwork avec l'AJAR : au Point Zero

Association des Jeunes Anesthésistes Réanimateurs

Vers Noël : La Radio pour les nuls !



Le reste du programme provisoire de l'année :

JANVIER

Urgences pédiatriques : Histoires d'urgences



FÉVRIER

Allergologie : L'allergo décryptée



MARS

Des clefs pour s'installer : informations sur l'installation, remplacement, URSSAF,...

AVRIL

Dermatologie : Motif de consultation : éruption cutanée



SimPediatric Awards 2017

COMPÉTITION SUR MANNEQUIN HAUTE FIDÉLITÉ INSCRIS-TOI VITE !!

*Parce que cette compétition n'a rien des ECN(i) ;
Parce que cette compétition est en équipe ;
Parce que cette compétition est conviviale ;
Parce que cette compétition nécessite une préparation qui
va faire de toi un super interne ;
Parce que cette compétition va te laisser des souvenirs
mémorables ;
Parce que les footballeurs ont eu l'Euro 2016, que les
athlètes ont eu les Jeux Olympiques 2016, et que les
internes de pédiatrie auront leur événement en 2017 ;
Nous sommes très heureux de vous annoncer la tenue de
la première édition des SimPediatric Awards, première
compétition de simulation à destination des internes de
pédiatrie de France.*

Cette compétition récompensera l'équipe d'internes de pédiatrie qui aura réalisé les meilleures prises en charge au cours de situations médicales et/ou médico-chirurgicales pédiatriques simulées sur mannequin haute-fidélité. A l'issue des qualifications, les meilleures équipes s'affronteront en demi-finales et finale lors du congrès de la Société Française de Pédiatrie qui se tiendra en mai 2017 à Marseille.

Les équipes seront composées de quatre internes (trois titulaires et un « renfort » qui peut être appelé en cas de nécessité sur un scénario complexe). Durant la phase de préparation, elles seront entraînées par un médecin sénior de leur choix qui sera leur « coach ». Chaque équipe choisira un nom, un slogan, et portera un signe physique reconnaissable.

Chaque super-région de France, définie par son indicatif téléphonique (01 pour l'Île-de-France, 02 pour le Nord-Ouest, 03 pour le Nord-Est, 04 pour le Sud-Est et 05 pour le Sud-Ouest), pourra qualifier une équipe en vue des demi-finales et finales à Marseille.

Au cours des demi-finales et finales, la compétition deviendra publique, avant tout pour qu'elle puisse servir à la formation des spectateurs. En effet, en participant aux SimPediatric Awards, les équipes d'internes permettront à des médecins moins jeunes de mettre à jour leurs connaissances grâce à des mises en situation grandeur nature et des prises en charge souvent exemplaires. Un expert de la situation simulée sera présent pour effectuer un rapide débriefing et donner les grandes lignes de la prise en charge à tous, participants et spectateurs.





La récompense prendra la forme d'espèces sonnantes et trébuchantes pour l'équipe qui sera parvenue à remporter la finale. L'important reste avant tout de participer pour les raisons suivantes :

- ◆ C'est l'occasion de se motiver pour améliorer rapidement ses compétences en pédiatrie, qu'elles soient techniques (pose d'une intra-osseuse, etc.) ou non techniques (communication au sein d'une équipe, etc.).
- ◆ C'est l'occasion de créer des relations fortes entre les internes et le coach de son équipe.
- ◆ C'est l'occasion de rencontrer des internes de toute la France et de profiter avec eux du Vieux Port de Marseille.
- ◆ C'est l'occasion de participer à la formation des médecins participant au congrès de la Société Française de Pédiatrie.
- ◆ C'est l'occasion de partager un moment festif, avec l'assurance que la France gagne la finale !

En pratique

- ◆ Toute la préparation se joue sur le semestre d'hiver. **Les équipes doivent être formées avant le 1^{er} février 2017.** Dès que votre équipe



est formée, vous pouvez envoyer un mail à simpediatricawards2017@sf-pediatrie.com pour l'inscrire en donnant les noms, prénoms, semestres, ville, téléphone et adresse de chacun des membres, idem pour le coach.

- ◆ En fonction du nombre d'équipes inscrites par région, des phases de qualification auront lieu ou non au niveau régional, avec évaluation des équipes en vidéoconférence ou sur enregistrement vidéo.
- ◆ Les internes de toute promotion peuvent participer, des points d'avance étant attribués aux jeunes semestres.
- ◆ Les phases de demi-finales et finales auront lieu au cours du semestre d'été, en mai 2017 à Marseille. Côté finances, il sera proposé que les chefs de service offrent l'inscription aux internes de leur service qui participent à cette compétition. Cette année, resteront à la charge des internes le transport et l'hébergement à Marseille.

Alors... A vos sthétos ! Et à très bientôt pour cet événement dont vous devez faire le succès !

**David DRUMMOND
et Alice HADCHOUËL**

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PORTANT SUR LES CONNAISSANCES EN SANTÉ ORALE DES INTERNES EN PÉDIATRIE



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES



INTERNAT EN PÉDIATRIE & SANTÉ ORALE

Bérat PJ¹, Jacq R², Vanderzwaln A² et Vital S²

1. Interne MBD, Hôpital Louis Mourier, HUPNVS, AP-HP
2. Odontologie Pédiatrique, Université Paris Descartes, Hôpital Louis Mourier, HUPNVS, AP-HP

Contexte :

-Pédiatre interlocuteur privilégié de la petite enfance
-Il peut jouer un rôle primordial dans la santé bucco-dentaire^[1,2].

Objectif :

Evaluer les connaissances et l'attitude des internes du DES de pédiatrie face à 4 photos de situations qu'ils peuvent rencontrer.

Matériel & méthode :

Un questionnaire électronique a été proposé aux 1800 internes de pédiatrie, via l'Association des Juniors en Pédiatrie (AJP). Il comportait des questions d'ordre général et 4 situations cliniques, pour lesquelles des propositions de diagnostic et d'attitude thérapeutique étaient proposées.

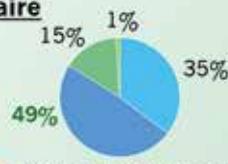
Résultats :

187 internes ont participé à l'étude, répartis sur l'ensemble de la France.

88% sont des femmes.



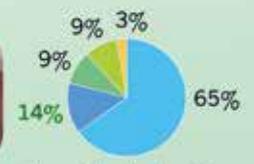
Expulsion d'une dent temporaire



→ 49% de prise en charge adéquate
→ 50% préconisent une réimplantation

- Adresser en urgence pour réimplantation
- Nettoyer la bouche et Ø réimplantation
- Réimplantation immédiate
- Autre

Lésions carieuses



→ 14% identifient des caries
→ 65% identifient une anomalie de structure

- Anomalies de structures
- Caries
- Colorations exogènes
- Colorations traumatiques
- Autre

Colorations bactériennes exogènes



→ 80% identifient des colorations bactériennes exogènes

- Anomalies de structures
- Caries
- Colorations exogènes
- Colorations traumatiques
- Autre

Dentinogenèse imparfaite



→ 76% diagnostiquent une anomalie de structure
→ 96% recherchent une anomalie génétique

- Anomalies de structures
- Caries
- Colorations exogènes
- Colorations traumatiques
- Autre

Discussion :

- ✓ Manque de connaissances des internes de pédiatrie concernant les situations bucco-dentaires courantes, telles que la traumatologie de la dent temporaire et les lésions carieuses précoces.
- ✓ Par contre, bonne connaissance concernant les anomalies dentaires d'origine génétique.
- ✓ Formation en santé bucco-dentaire souhaitée par les internes.
- ✓ Pertinence de la formation au moment de l'internat supérieure à celle des pédiatres en exercice^[3].
- ✓ **Nécessaire formation en santé bucco-dentaire pour permettre la prévention et le dépistage précoce par les pédiatres.**

" Rôle du pédiatre important en dépistage et orientation thérapeutique, mais nous n'avons pas une formation adaptée..."
Interne Marseille

REFERENCES :

1. Lewis CW et al. The role of the pediatrician in the oral health of children: a national survey. Pediatrics 2000
2. Keels A. et al. Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. Pediatrics 2008
3. Lewis CW et al. Chapter Oral Health Advocates: A Nationwide Model for Pediatrician Peer Education and Advocacy about Oral Health. Int J Dent. 2013.

HISTOIRE DE LA PÉDIATRIE

LES ALTERNATIVES À L'ALLAITEMENT MATERNEL

1 LES NOURRICES AU COURS DES ÂGES

L'allaitement maternel, a connu au cours de l'histoire, le recours notamment dans les cas de décès postpartum maternel, ou bien la mère n'avait pas suffisamment de lait. Elles sont les assistantes d'antan. Les enfants allaités par la même nourrice étaient appelés « de lait » par opposition aux frères ou sœurs « de sang ».

Dans l'Antiquité

Allaiter aurait été une fonction primordiale, d'autant plus qu'on considérait qu'à travers le lait maternel se transmettaient les traits de caractère : confier son enfant à une nourrice, c'était l'exposer à « téter les vices » de celle-ci.

Par la suite, le recours aux nourrices allait s'étendre aux mères plébéiennes (du peuple), qui ne pouvaient se permettre les services d'esclaves mais se rendaient au « Forum Olitorium » à Rome, sorte de marché où des femmes se regroupaient pour allaiter moyennant rémunération.

Du Moyen-Age au 17^{ème} siècle

Dans les classes aisées, le recours aux nourrices était la norme. Dans la noblesse, confier l'enfant à une nourrice permettait aussi à la mère d'enfanter de nouveau plus tôt et de s'assurer un héritier.

Dès l'année 1284, il s'était établi à Paris, des femmes appelées *Recommandaresses*, dont le métier consistait à procurer des nourrices aux habitants de la capitale. Des « meneurs » recrutaient ces futures nourrices dans les campagnes, les amenaient à Paris en voiture et les déposaient au bureau de ces *Recommandaresses*. Puis, lorsque



ces femmes s'étaient « pourvues » en nourrissons, ils les raccompagnaient dans leur village. Les transports de la province à Paris se faisaient dans des conditions lamentables, entraînant une forte mortalité infantile.

Toute cette « industrie nourricière » était très réglementée notamment pour limiter le nombre d'enfants par nourrice afin de prévenir leur dénutrition et la mortalité infantile. Voilà quelques exemples :

1. Le 29 janvier 1715, une ordonnance royale faisait défense aux nourrices, « *en cas de grossesse ou de toute autre maladie, de prendre ou recevoir chez elles des enfants pour les allaiter* ».
2. Une autre ordonnance de 1724 interdit aux nourrices « *d'avoir deux nourrissons à la fois, sous peine de l'amende et du fouet* ».
3. Le 1^{er} juin 1756, défense « *de mettre coucher à côté d'elles, dans le même lit, les nourrissons confiés à leurs soins* ».
4. Puis en 1762, interdiction « *de se charger de nourrissons avant le sevrage de leur enfant, lequel ne peut être âgé de plus de sept mois* ».

Un édit royal supprima définitivement, en 1769, la vieille institution des *Recommandaresses* et la remplaça par le « Bureau général des Nourrices et *Recommandaresses* pour la ville de Paris » ou

Grand Bureau. Il fut créé pour centraliser le recrutement et la rémunération mensuelle des nourrices et permettait de transmettre des nouvelles de leurs enfants aux parents.

Au 18^{ème} - 19^{ème} siècle

Pour les familles aisées, le choix de l'allaitement ne se posait quasiment pas et très rares étaient les bébés laissés à leur mère. Bien souvent, ceux-ci étaient envoyés chez des nourrices à la campagne, ou allaités par des femmes logées au domicile des parents, pour ceux qui disposaient de moyens plus conséquents.

Les raisons étaient tout d'abord d'ordre social : il était assez mal vu d'allaiter son enfant dans les couches supérieures de la société, car cela renvoyait à une animalité mal acceptée. Des questions de pudeur étaient également invoquées. De plus, les habitudes vestimentaires féminines des couches aisées de la société (corsets), étaient évidemment peu pratiques pour allaiter un nouveau-né : certaines femmes souffrant de mamelons aplatis ou rétractés secondaire à cette mode.

Fin du 19^{ème} siècle

Du fait d'une industrialisation naissante et du mouvement d'urbanisation qui en découlait, la pratique de la mise en nourrice se généralisa, causant une mortalité effroyable parmi les nouveau-nés. Toutes les classes sociales y recouraient : même les familles les plus pauvres faisaient des sacrifices énormes afin d'envoyer leur enfant en nourrice, loin de l'air vicié des villes. L'habitude de la mise en nourrice était à son apogée.

Dans les années 1820, le Grand Bureau fut concurrencé par des bureaux privés et connut un lent déclin puis ferma définitivement ses portes en 1876. Il existait à Paris, en 1906, une vingtaine de bureaux de nourrices où se recrutaient les « nourrices sur lieu » et les « nourrices au loin ». La nourrice sur lieu avait la préférence, car elle offrait infiniment plus de garanties mais elle coûtait plus cher. Au début du XX^e siècle, comme

au siècle précédent, c'est dans les départements du Nord et en Bretagne, où la misère poussait les femmes à venir chercher un emploi dans la capitale, que se recrutaient les nourrices.

Le taux de mortalité infantile était relativement élevé pour les bébés envoyés à l'extérieur : l'appât du gain conduisait bien souvent les nourrices à « louer » leurs services à plusieurs familles. C'est pourquoi, il arrivait régulièrement que les enfants qui leur étaient confiés meurent de malnutrition, les nourrices ne pouvant bien sûr pas « fournir » suffisamment de lait pour tous les enfants dont elles avaient la charge. De leur côté, les nourrices étaient elles-mêmes des mères dont l'enfant était encore au sein : ainsi tous pâtissait de la situation, les enfants des pauvres autant (sinon plus), que les enfants des riches... Les nouveaux-nés étaient trop rapidement sevrés et nourris avec

des soupes et des bouillies à base de laits d'animaux avec des conditions d'hygiène et matérielles souvent précaires. Les conséquences de ces pratiques furent désastreuses : le lait mater-

nel n'allait presque jamais à l'enfant auquel il était destiné et les nourrices laissant leur propre nourrisson à d'autres mains afin d'allaiter un enfant étranger contre rémunération.

La fin des nourrices

Les statistiques de cette fin du 19^{ème} siècle sont choquantes : 71 % de mortalité chez les enfants mis en nourrice versus 15 % chez ceux allaités par leur mère. A Paris, en 1790, sur 21 000 enfants, seuls 1801 étaient allaités par leur mère, 19 000 par une nourrice vivant à domicile.

Les médecins estimèrent que, face au désastre que représentait pour l'enfant la mise en nourrice, dans les cas où la mère ne pouvait allaiter, l'enfant avait plus de chance de survie en restant dans sa propre famille, même nourri au biberon. Théophile Roussel, médecin et homme politique, fit adopter en 1874 une loi qui mit en place un « Comité supérieur de protection de l'Enfance » et établit la surveillance de tout enfant de moins de deux ans, placé en nourrice. Toute femme se présentant comme nourrice dans un bureau de recrutement

devait subir un examen médical et présenter un certificat du maire de son lieu de domicile.

Une propagande active menée en faveur de l'allaitement maternel par les moralistes et par certains médecins amena le corps médical, dès la deuxième moitié du 19^{ème} siècle, à réhabiliter l'allaitement maternel.

La fin du 19^{ème} siècle et le début du 20^{ème} voient la disparition progressive des nourrices (le dernier bureau de placement ne ferma qu'en 1936) et leur remplacement, progressif par des biberons plus sûrs avec l'avènement des lits artificiels. À noter que les nourrices elles-mêmes donnaient elles aussi, de plus en plus le biberon : à la veille de la guerre de 1914, on estime que seuls 7,5 % des enfants en nourrice étaient nourris au sein.

2 L'HISTOIRE DU LAIT ARTIFICIEL

Le lait artificiel, ou lait infantile, ou substitut de lait maternel, désigne « tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage » (OMS 1981).

Laits d'animaux

Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, pour pallier aux carences des mères ou aux insuffisances des nourrices, les laits d'animaux étaient utilisés : lait d'ânesse, de chèvre, de vache, ... Celui d'ânesse était alors considéré comme le plus digeste mais plus compliqué à obtenir et à l'opposé celui de chèvre le plus difficile à digérer pour bébé.

Quant au lait de vache, facile à se procurer, il était coupé avec de l'eau d'orge, du gruau, des décoctions de lentilles ou autres féculents, pour essayer d'en faciliter la digestion, ce qui en réalité n'arrangeait pas les choses... Une autre théorie voulait que l'on donne du lait demi-écrémé, aux bébés de moins de 4 mois et du lait entier aux autres. Les difficultés



de digestion du lait de vache sont dues en partie au fait qu'il contient trois fois plus de protéines que le lait maternel notamment trop de caséine et qu'il manque de graisses polyinsaturées.

Des nourrices qui manquent de lait

Ainsi que nous l'avons vu dans la première partie, des nourrices de campagnes pouvaient se retrouver « trop sollicitées ». Elles recourraient alors à des laits « artificiels », qu'elles préparaient elle-même, le plus souvent à base de lait de vache, ce qui, vu les conditions d'hygiène déplorables,

entraînait la mort de nombreux bébés. Les récipients servant de biberons ou de tétines étaient mal lavées. Le principal souci était la conservation de ce dérivé de lait de vache, surtout dans les grandes villes !

Les prémices : Parmentier et le lait concentré américain

C'est en 1805, qu'Antoine Augustin Parmentier, savant des Lumières connu pour ses travaux sur la pomme de terre, a procédé à la première tentative de séchage intégral du lait. En 1856, l'Anglais Grimwade se lançait aussi. Dans les deux cas, les poudres obtenues se délayaient mal dans l'eau.

En 1851, l'Américain Gail Borden Jr inventa le procédé du lait concentré. **Le lait concentré**

sucré, ou **lait condensé** (anglicisme du terme *Condensed milk*), est obtenu à partir de lait de vache, duquel une partie de l'eau a été retirée par évaporation sous vide et auquel a été ajouté 40 à 60 % de sucre. Ce produit peut ainsi se conserver plusieurs années. Pendant la guerre de Sécession, l'armée de l'Union en commanda pour ses troupes en quantités très importante.

Une farine lactée : Von Liebig en 1865 et Nestlé en 1866

Dès la fin du 18^{ème} siècle, la chimie moderne se développe et la composition du lait se précise progressivement. À la fin du 19^{ème} siècle, on estime qu'il est essentiellement constitué d'eau (près de 90 %) et d'une quinzaine de substances appelées « matières sèches ou solides », parmi lesquelles sont identifiés le lactose et la caséine.

1865 : Justus Von Liebig est un professeur de chimie allemand. Il créa un substitut de lait maternel pour deux de ses petits enfants qui ne pouvaient pas être allaités et non qui ne sont pas allaités après avoir analysé la composition chimique du lait humain et du lait de vache. Il fabriqua en 1865 le premier *lait artificiel pour enfant*, mélange à partir de farine de blé, d'extrait de malt et de bicarbonate de potasse devant être délayé dans de l'eau et du lait de vache écrémé.

1866 : En Suisse, Henri Nestlé, un pharmacien, qui avait perdu plusieurs de ses frères et sœurs avant leur majorité, voulait trouver une solution pour lutter contre la malnutrition des bébés. À cette époque, la mortalité infantile pouvait atteindre 15 à 20 % durant la première année de vie. En 1866, la farine lactée (à base de lait de vache et de céréales) fut mise au point sur le modèle du lait artificiel pour enfant de Von Liebig. Cette invention se voulut une solution pour les mères qui ne pouvaient pas allaiter, mais aussi à la pénurie de nourrices.

Donné aux enfants âgés de quelques mois, son produit n'était pas initialement destiné aux nourrissons. Son audience ne dépassa guère la clientèle locale. Tout change lorsqu'en septembre 1867, un nourrisson âgé de quinze jours, prénommé Wanner, assimile mal le lait maternel ou toute autre nourriture. Condamné par les médecins, le bébé aurait alors été nourri grâce à la farine lactée d'Henri Nestlé.

« *La base de ma farine lactée, explique Henri Nestlé, est le bon lait suisse, concentré moyennant une pompe pneumatique, à basse température, qui lui garde toute la fraîcheur du lait chaud. Le pain est cuit d'après une nouvelle méthode de mon invention et mélangé dans des proportions scientifiquement justes, pour former une nourriture qui ne laisse plus rien à désirer* ».

1867 : Henri Nestlé commercialisa sa farine après sa réussite avec le bébé Wanner en 1867 avec plus de succès que son prédécesseur Von Liebig. Ses premières implantations internationales se font dès 1868 la même année, dans quatre pays : Suisse, Allemagne, France et Angleterre. Puis aux Etats-Unis en 1900 et en Grande-Bretagne en 1901.

Puis le lait en poudre : Guigoz 1908

En 1908, le premier lait en poudre pour enfants est inventé. Maurice Guigoz, suisse lui aussi, utilisa le **procédé de dessiccation**. Il fit **chauffer le lait sous vide, à basse température** puis le reconstitua avec de l'eau. Un médecin de Fribourg testa auprès de nourrissons le lait obtenu. Le lait « Crémo », face à une mortalité

infantile encore importante, triompha et obtint la médaille d'argent à l'Exposition nationale de Berne, en 1914. Désormais nommé Guigoz, le lait se vendit dans les boulangeries et les officines. Dès 1927, cette poudre, à base de lait de vache, débarqua sur les étals des pharmacies françaises dans des boîtes métalliques de 500g.

La commercialisation et le succès

Nestlé lança en 1934 le premier lait pour les problèmes de transit : *Pelargon*. Des affiches avec des bébés souriants, en pleine santé, se mirent à fleurir sur les murs. Progressivement, des dizaines de marques différentes virent le jour. Jacquemaire mit en vente, en 1951, *Alma* (du latin "qui nourrit"). Aujourd'hui, il est plus connu sous le nom de *Blédilait*. *Gallia*, un laboratoire spécialisé dans le lait infantile, naît également à cette période-là.

Après la Seconde Guerre mondiale, c'est l'âge d'or du lait en poudre notamment avec le baby-boom ! Symbole de la libération de la femme, le papa donne aussi le biberon. Seul problème : l'allaitement maternel perd peu à peu du terrain. Les premières "nourettes" (biberons prêts à l'emploi) s'installent dans les maternités.



Pas de pub !

Dès 1976, et surtout à partir de 1991, un cadre légal est fixé en Europe. Les pouvoirs publics de la santé, qui souhaitent favoriser l'allaitement maternel, veulent éviter la confusion dans l'esprit des parents. Ainsi par exemple : on ne dit plus "lait", mais "préparations". De même, l'utilisation des

termes "humanisé" ou "maternisé" est interdite. L'étiquetage ne peut comporter aucune représentation destinée à idéaliser le produit. Plus clair encore : en 1994, toute publicité pour le lait 1^{er} âge est proscrite ! Adieu bébé au grand sourire sur les emballages et dans les pharmacies.

Mes sources et pour en savoir plus

- <http://www.infor-allaitement.be/pages/histoire.php>
- <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article60>
- <http://www.produits-laitiers.com/article/la-saga-du-lait-4-la-maitrise-de-la-qualite-et-de-la-conservation-une-revolution-1800-1950>
- <http://lemorvandiaupat.free.fr/nourrices.html>
- <http://www.histoire-en-questions.fr/metiers/nourrices.html>

Daphnée PIEKARSKI

La 3^{ème} partie au prochain numéro

3 LA CONSERVATION DU LAIT ET HISTOIRE DE BIBERONS



CENTRE HOSPITALIER LEON BINET DE PROVINS (77)

(Ile-de-France - Cadre de vie agréable - Cité médiévale classée au patrimoine mondial de l'UNESCO, située au sud-est de Paris - 80 km - 1 h de trajet)



- › 200 lits MCO, jouissant d'un bassin d'attraction de plus de 100 000 habitants
- › Plateau technique complet (scanner – IRM – laboratoire)
- › Urgences – SMUR
- › Unité de Réanimation (8 lits) et de soins continus (4 lits)
- › Maternité niveau 2 A
- › Pédiatrie avec unité de néonatalogie (4 lits)

Adresser candidature à :
Mme Emilie BAYARD - Affaires Médicales
Mail : ebayard@ch-provins.fr - Tél. : 01 64 60 43 92

Recherche Praticien Temps Plein

Pour son Equipe de Pédiatrie
Pôle Femme-Mère-Enfant

Inscription à l'Ordre des Médecins exigée

POSTE A POURVOIR IMMEDIATEMENT

Possibilités statutaires et/ou contractuelles ouvertes en fonction du profil

Renseignements :
M. le Docteur Mohamed ABDELHADI - Chef de Pôle
Mail : mabdelhadi@ch-provins.fr - Tél. : 01 64 60 40 63



Hôpitaux de
Saint-Maurice



Les Hôpitaux de Saint-Maurice recherche **un pédiatre** pour un poste de praticien contractuel temps plein ou un poste de PH

Poste à pourvoir au 1^{er} novembre 2016 pour compléter une équipe dynamique de 2 PH temps plein, 2 PH mi-temps, un praticien attaché et plusieurs pédiatres de l'extérieur intervenant dans la permanence des soins.

La Maternité, actuellement de niveau 2a, est en pleine croissance avec 3000 accouchements/an, un service de néonatalogie de 12 lits, et se situe aux portes de Paris (Métro ligne 8 station Charenton-Ecoles).

Inscription à l'Ordre obligatoire, compétences en néonatalogie souhaitées et prise en charge de nouveau-nés malades en salle de naissance.

Merci d'envoyer votre candidature complète à l'adresse mail :

dam@hopitaux-st-maurice.fr

ou par courrier :

Direction des Affaires Médicales - 12-14, rue du Val-d'Osne - 94410 Saint-Maurice

Tél. : 01 43 96 62 09



web



CENTRE HOSPITALIER
DES QUATRE VILLES



Le Centre Hospitalier des Quatre Villes Recherche **Un Pédiatre** de Maternité

Maternité de niveau 2A, avec service d'AMP, 3 200 accouchements par an, 6 lits de néonatalogie (passage à 12 lits prévu en 2017). Participation au diagnostic anténatal. Gardes sur places. Equipe actuelle de 9 pédiatres (4 temps plein, 3 temps partiel et 2 libéraux) dans des locaux neufs et une bonne ambiance de travail.

Poste à pourvoir immédiatement.

Personne à contacter Dr Béatrice HARVEY :
b.harvey@ch4v.fr ou 01 77 70 74 19



web



L'association ODAPEI 95 recrute pour son CAMSP, 250 enfants et 20 salariés

un médecin directeur technique (neuropédiatre/pédiatre) en CDI entre 50 et 70% ETP à partir de janvier 2017

Missions : En collaboration avec le directeur administratif, le médecin directeur technique assure

- La coordination des soins des enfants accueillis sur le centre et l'inscription de l'établissement dans les différents réseaux de soins en tant que partenaires, centre ressource et d'expertise
- L'animation des réunions hebdomadaires et les synthèses des enfants
- L'élaboration des projets individuels en lien avec les consultations au minimum annuelles, avec les familles, les partenaires extérieurs et les professionnels du CAMSP en garantissant la fonction soignante dans la mise en œuvre des projets individualisés
- L'élaboration du projet d'orientation
- La participation aux actions de formations, d'évaluation et des rapports d'activités menées dans l'établissement.

Profil : Expérience d'encadrement d'équipe pluridisciplinaire désirée. Bonne connaissance de réseau de périnatalité, plan autisme, handicap rare exigées.

Rémunération :

Selon reprise ancienneté liée convention collective 66 (entre 27.6 k pour 50% ETP débutant, et 64k pour 70% ETP reprise ancienneté).

Contact :

Lettre de motivation et CV à adresser au directeur administratif Monsieur Guillaume Duffour
Mail : diradmin@camsp-odapei.org - Postale : 108, rue Denis Roy, 95100 Argenteuil



web



LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU VAL-DE-MARNE RECRUTE SANS DÉLAI (PAR VOIE STATUTAIRE OU CONTRACTUELLE)

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

Un Pédiatre ou un Médecin généraliste (h/f)

Vous intervenerez au sein d'une équipe constituée d'un cadre de santé-puéricultrice et d'auxiliaires de puériculture référentes des enfants, d'une psychologue et d'une infirmière de permanence, et travaillerez en lien avec 2 autres médecins de la structure (foyer et placement familial).

Vous aurez pour missions :

Visite médicale des enfants placés à la pouponnière de Sucy-en-Brie (capacité d'accueil de 36 enfants de 0 à 3 ans) avec :

• Bilan de santé à l'arrivée de chaque enfant et rapport • Suivi médicale des enfants placés, en coordination avec la puéricultrice et les infirmières • Lien avec les médecins de ville, de PMI et des hôpitaux qui ont suivis les enfants.

Remplacement des médecins travaillant dans la même structure lors des congés et absence :

• Médecin du foyer de Sucy (capacité d'accueil de 36 enfants de 3 à 10 ans) et du médecin de Placement familial du nourrisson (capacité de 12 enfants).

Pas d'astreintes, ni de gardes.

Inscription obligatoire au Conseil départemental de l'Ordre des médecins

Profil recherché : pédiatre ou médecin généraliste ayant une expérience en pédiatrie.

Poste est à pourvoir à partir de Février 2017



Merci d'adresser votre candidature (LM et CV) en rappelant les réf. 02075-MédecinPouponnière à : M. le Président du Conseil Départemental du Val-de-Marne, Hôtel du Département, Direction des Ressources Humaines, 94054 Créteil Cedex
Ou par courriel : recrutement-drh@valdemarne.fr
Pour plus d'informations, merci de téléphoner au 01 43 99 77 83 ou au 01 43 99 77 81



Nous prenons soin de vous

L'HOPITAL PRIVE PAYS DE SAVOIE situé à Annemasse

recherche un pédiatre pour une installation libérale

Désireux de proposer une offre territoriale orientée sur la qualité et la sécurité des soins, et sur le développement de services. L'hôpital privé de Savoie fait partie du groupe Ramsay Générale de Santé : 1^{er} acteur de l'hospitalisation Privé en France avec 124 établissements.

L'établissement : quatre unités d'hospitalisation chirurgicale, d'une trentaine de lits chacune, une unité de médecine, une maternité de 27 lits, une unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire de plus de 40 places, une unité de surveillance continue, 17 blocs opératoires, un bloc obstétrical comprenant 4 salles d'accouchement et une salle dédiée aux césariennes, une unité de soins externes, un service d'accueil et de traitement des urgences, un cabinet de radiologie pratiquant la radiologie conventionnelle et les échographies, un centre d'imagerie en coupe : Scanner - I.R.M., un laboratoire d'analyse biologique et des cabinets d'anatomo-cytopathologie, un lithotripteur.

La maternité est de niveau 1 et réalise 1 350 accouchements.

Le candidat peut consulter sur place ou bien dans son cabinet de ville.

Titulaire d'un DES de Pédiatrie, le candidat est inscrit à l'Ordre des Médecins en France.



Contactez M. Adrien LESAINOUX - Directeur Adjoint - Tél. : 04 50 83 45 36 - a.lesaignoux@ramsaygds.fr

N° 216.06799



LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE

2 heures de Paris (7 TGV par jour, 1 heure de Genève et 1 h de Lyon)
Etablissement référent du territoire de Santé de l'Ain

Recherche pour son service de pédiatrie

Un Praticien Hospitalier Temps Plein et Un Assistant Spécialiste

Pour compléter son équipe de 8 PH temps plein et 6 internes. Activité de pédiatrie générale Néonatal niveau 2B 6 postes de SI et 9 postes de Néonatal - Maternité 2 B (2200 naissances par an)
Consultations spécialisées - Surspécialités déjà présentes à renforcer ou à développer - Urgences pédiatriques assurées par SAU - 22 lits médico-chirurgicaux dont 4 USC.

Contact :

Mme GERLAND Sandrine
Affaires Médicales
Tél. : 04 74 45 40 94
sgerland@ch-bourg01.fr

Dr BARRE Philippe
Responsable de Service
Tél. : 04 74 45 43 57
pbarre@ch-bourg01.fr



Le Centre Hospitalier Alpes Léman (74) est situé dans un environnement exceptionnel, entre lacs (Léman, Annecy) et montagnes (Chamonix Mont-Blanc), à 15 km de Genève

Le CHAL c'est : • 200 médecins • 445 lits et places MCO • 1 réanimation • 1 néonatalogie • 1 USIC • 1 USINV • 2 000 accouchements • 50 000 passages aux urgences. Nous recrutons (h/f) :

PÉDIATRE

Activité pédiatrique comprenant une unité d'hospitalisation de 22 lits, un HDJ pédiatrique, une néonatalogie

Contact à prendre auprès de :

- Docteur TESTARD, Chef de service de pédiatrie : hstard@ch-alpes-leman.fr / 04.50.82.28.29
- Madame L. MINNE, Directrice des affaires médicales : lminne@ch-alpes-leman.fr / 04.50.82.24.93

www.ch-alpes-leman.fr



Le Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale (731 lits)

Recrute pour renforcer son équipe :

1 pédiatre contractuel ou hospitalier (h/f)

Temps plein - Poste à pourvoir immédiatement.

PROFIL :

- Statut PH ou Praticien Contractuel. Inscription à l'Ordre des Médecins obligatoire.
- Titulaire d'un diplôme en néonatalogie.

SERVICE :

Le service de pédiatrie générale compte 10 lits, et le service de néonatalogie rattaché à une maternité de niveau 2A (756 accouchements par an) compte 4 lits.

La continuité des soins se fait grâce à des astreintes opérationnelles.

L'équipe paramédicale est jeune et dynamique.

Pour postuler, adresser CV et lettre de motivation à :

Monsieur Yvan MANIGLIER - Directeur d'établissement

Tél. : 04 75 35 60 01 - Mail : direction@ch-ardeche-meridionale.fr



**Le service de pédiatrie du Centre Hospitalier
Métropole Savoie, site de Chambéry,
recherche**

un(e) assistant(e)

**pour une durée de deux ans de début
novembre 2016 à fin octobre 2018**

Le service de pédiatrie comporte un service d'urgences pédiatriques équipé d'un déchochage, avec environ 15 000 passages par an. Un secteur d'UHCD de 6 lits est attenant aux urgences.

Le service dispose d'une Unité de soins continus de 5 à 7 lits.

Le service de pédiatrie compte 25 lits pour les pathologies médico-chirurgicales des 0 à 18 ans.

Une unité d'adolescents de 10 lits est individualisée avec une équipe spécifique dédiée à la médecine de l'adolescent.

Un Hôpital de jour de 6 lits permet la prise en charge d'explorations variées et les traitements de pathologies chroniques en ambulatoire.

Le service compte 11 praticiens et 2 assistants, qui sont polyvalents et participent au tour de garde.

Des surspécialités pédiatriques sont également représentées : néphrologie, neurologie, endocrinologie, pneumo-allergologie, gastro-entérologie et nutrition, hémato-immunologie, rhumatologie, médecine de l'adolescent.

Si ce poste vous intéresse, merci de prendre contact auprès du Dr Fabienne Dalmon, Chef de Service

fabienne.dalmon@ch-metropole-savoie.fr

Dr Fabienne Dalmon - Chef de Service
Service de Pédiatrie - Centre Hospitalier Métropole Savoie

Place Lucien Biset - 73011 Chambéry cedex

Tél. : 04 79 96 50 89 - Fax : 04 79 96 56 71



Pour son site MPR Pédiatrique

situé à Caudebec-lès-Elbeuf (76), le CSSR
L'ADAPT Haute Normandie (115 lits et places)

RECHERCHE UN PEDIATRE

motivé par la coordination de thérapeutes pluridisciplinaires dans
le cadre d'un fonctionnement en équipe avec un praticien MPR

Le site de Caudebec-lès-Elbeuf est situé dans un bassin de population à fort potentiel (au centre de l'Ex région Haute Normandie et au sud de Rouen (20 mn). Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire, de 30 lits et 20 places dotés d'un plateau technique de rééducation performant et neuf avec balnéothérapie ainsi que d'autorisations en SSR polyvalents et spécialisés pour la prise en charge des affections neurologiques, locomoteurs, respiratoires, métaboliques et endocriniennes.

Pour ce poste à pourvoir dès que possible à temps partiel, votre activité s'effectuera en qualité de salarié.

Merci de bien vouloir adresser votre candidature à l'attention de Monsieur le Directeur du CSSR
L'ADAPT Haute Normandie - 624, rue Faidherbe 76320 CAUDEBEC-LES-ELBEUF

Tél. : 02 35 77 13 17 - Fax : 02 35 77 82 38 - Email : damoi.sylvie@ladapt.net



web

Centre Hospitalier
de Bigorre
(Tarbes - Hautes Pyrénées)



Service de pédiatrie, néonatalogie propose 1 poste à temps plein PH titulaire - contractuel, ou assistant

A pourvoir dès maintenant. Pour compléter une équipe de 7 pédiatres.

Activité variée de pédiatrie générale, urgence, maternité (IIB) et néonatalogie - Service de 18 lits de pédiatrie, 8 de néonatalogie dont 2 soins intensifs, 6 en hôpital de jour consultations programmées avec surspécialités déjà existantes (centre référent troubles des apprentissages, neuro, endocrino, diabète, allergo, hémato, néphro) à renforcer ou autres à développer.

Garde sur place pour la sécurité à la naissance et l'accueil des enfants aux urgences, en binôme avec un interne.

Travail en collaboration avec le CHU de Toulouse, le CAMSP, la maison des ados, la PMI et l'inter secteur de pédopsychiatrie

Cadre de vie agréable, au pied des montagnes, à mi chemin entre Toulouse et la côte atlantique.

Contact :

Vice-Président de la CME - Docteur Netter - Pédiatre - jnetter@ch-tarbes-vic.fr
Chef de Service de Pédiatrie - Dr Sibille - gsibille@ch-tarbes-vic.fr

OCCITANIE



Les Hôpitaux du Bassin de Thau à Sète (dans l'Hérault) recrutent 1 assistant spécialiste en pédiatrie

**Ce service dispose d'une compétence en néonatalogie de niveau II A.
Il comprend 20 lits dont 6 de néonatalogie.**

- Le service est constitué d'une équipe de 4 pédiatres dont 1 à temps partiel.
- Environ 800 accouchements par an.
- Participation aux astreintes.
- 1 ligne de garde des internes sur place spécifique au pôle "mère-enfant".

CONDITIONS POUR POSTULER A CETTE OFFRE, LE CANDIDAT DOIT :

- Être inscrit à l'Ordre des Médecins
- Être titulaire du diplôme de Docteur en Médecine
- Être titulaire du DES de pédiatrie



Renseignements :

Mme ALBA

Directeur

des Ressources Humaines
et des Affaires Médicales

Secr. : 04 67 46 57 08

secdrham@ch-bassindethau.fr

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO



CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



CENTRE HOSPITALIER DE DINAN



Le Centre Hospitalier de Saint-Malo
(Membre du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude)

Recherche 1 Pédiatre Temps Plein pour le service de pédiatrie néonatalogie

Equipe de 5 ETP.

Astreinte opérationnelle.

1 400 accouchements niveau 2A.

Le service compte 12 lits de pédiatrie et 6 lits de néonatalogie soins courants.

Nombreuses coopérations avec le CHU de Rennes.

Pour tout renseignement :

Dr LEPAGE - Responsable de Structure Interne - 02 99 21 28 76

Candidature et CV détaillé à transmettre par mail à : affaires.medicales@ch-stmalo.fr



BRETAGNE



ASSOCIATION REY-LEROUX
CSSR PÉDIATRIQUE

Le CSSR Pédiatrique Rey Leroux (35)

46 lits et 10 places hospitalisation de jour. SSR Polyvalent Pédiatrique à orientation neurologique (épilepsie sévère,...), et troubles de l'alimentation (obésité, diabète, anorexie) et de la nutrition (troubles de l'oralité, alimentation entérale). Projet médical partagé avec le CHU de Rennes et le CMP Beaulieu.

Recherche Médecin Pédiatre pour un CDD temps plein ou partiel de longue durée

Vous intégrerez une équipe médicale de 5 médecins dans le cadre d'un nouveau projet médical partagé avec les établissements SSR Pédiatrique (CHU Rennes et CMP Beaulieu) et Médico-Sociaux (IME) de la région. Soit d'orientation pédiatrique générale ou spécialisé (neurologie ou nutrition).

Salaire selon CCN 51.

M. RAOULT Serge - Directeur - Association Rey Leroux - Tél. : 02 99 04 47 47 - Email : s.raoult@rey-leroux.com



Centre Hospitalier
Sud Gironde

LE CENTRE HOSPITALIER SUD GIRONDE

Site de LANGON, à 30 min de Bordeaux par autoroute, 1 heure de l'océan (Bassin d'Arcachon – Cap Ferret), à proximité des Pyrénées, sur l'axe Bordeaux-Toulouse

Recherche un pédiatre

1 poste à 50 % ou 1 poste à 100 % - Praticien contractuel ou par voie de mutation

Pour compléter son équipe médicale dans son service Maternité (15 lits)

Conditions :

Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine.

Virginie CARVALHO ROSA - Secrétariat des Affaires Médicales
Tél. : 05 56 61 53 77 - Mail : virginie.carvalho-rosa@ch-sudgironde.fr

Le Centre Hospitalier de Briançon situé dans les Hautes-Alpes (PACA), recrute pour compléter son équipe médicale de pédiatrie,

un médecin pédiatre contractuel à temps plein ou à temps partiel

Possibilité d'évolution sur poste statutaire, assistantat possible. Hébergement temporaire à la prise de poste, facilité d'accès à Briançon par proximité aéroport de Turin.

Contact :

Monsieur Bastien RIPERT-TEILHARD - Directeur

Tél. : 04 92 25 21 01 - Mail : bripert@ch-briancon.fr

Madame le Docteur Isabelle GONNET - Chef de Pôle Femmes Parents Enfants

Tél. : 04 92 25 24 54 - Mail : igonnet@ch-briancon.fr



Rejoignez
la communauté
des Pédiatres

Sur
Reseauprosante.fr

Réseau
PR+
Santé

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

www.reseaprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

