

La lettre
de l'



Association des Juniors en Pédiatrie

Numéro 12 [Août 2015] Gratuit

Médecine d'ailleurs Le VIETNAM



Retour sur le congrès AJP 2015
à Grenoble et Annecy

Histoire de la Médecine
La variole et le vaccin

Nouvelles recommandations en pédiatrie
Prise en charge et prévention de la bronchiolite aiguë

Bureau

BENDAVID Matthieu
Président

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

MALLEBRANCHE Coralie
Trésorière, partenariats

CHATRIOT Inès
Droit des internes, chargée
de communication

PLOTON Marie-Caroline
Formation des internes

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

DEMIR Zeynep
Soirées AJP

TENCER Jérémie
Soirées AJP, outils numé-
riques

DENIS Julien
Information pour les futurs
internes, évènements

LAUBY Clara
Soirées de l'Atelier

MAYER Sophie
Rédactrice en chef

BACQUET Maxime
Formation des internes

Editeur et régie publicitaire

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

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

SOMMAIRE

N° 12

Edito : Objectif 5 ans ! _____	03
Médecine d'ailleurs : la vie d'étudiant et d'interne en médecine au Viêt Nam _____	04
Retour sur le congrès AJP 2015 _____	06
Retour sur un congrès international : ESPID 2015 _____	09
Mise au point : Retour sur l'application du décret concernant le temps de travail des internes _____	11
Information sur le syndrome d'alcoolisation fœtale : L'association Vivre avec le SAF _____	13
A la découverte de nouveaux D.U.I. : dermatologie pédiatrique _____	17
Nouvelles recommandations en pédiatrie : Prise en charge et prévention de la bronchiolite aiguë _____	18
L'allergie aux protéines de lait de vache : Épidémiologie et prévention _____	22
Histoire de la Médecine : La variole et le vaccin _____	24
Les annonces de recrutement _____	26

**CONGRÈS
AJP 2015
À GRENOBLE
& ANNECY**

p. 06



**NOUVELLES
RECOMMANDATIONS
EN PÉDIATRIE**

**PRISE EN CHARGE DE
LA BRONCHIOLITE
AIGUË**

p. 18



MÉDECINE D'AILLEURS

**LA VIE
D'ÉTUDIANT ET
INTERNE EN
MÉDECINE AU
VIËTNAM**

p. 04



EDITO

OBJECTIF 5 ANS !



Le titre de cet éditto n'est pas un mix entre un célèbre album de tinton et une déclaration de feu M. le président JFK le 12 septembre 1962 quant à la conquête américaine de la lune, mais bien de la future durée de l'internat de pédiatrie.

Au cours des dernières décennies le visage de la pédiatrie, médecine interne de l'enfant, s'est totalement modifié du fait de l'identification croissante de maladies rares ou génétiques, de la prise en charge spécialisée de pathologies aiguës banales ou graves (urgences, SMUR, réanimation pédiatriques) et de la prise en charge de pathologies complexes ou chroniques spécifiques à l'enfant (prématurité et malformations congénitales, leucémies et cancers, troubles du développement ou épilepsie, maladies métaboliques, handicap de l'enfant, néphropathies et insuffisance rénale hémodialysée, malformations digestives ou maladies inflammatoires chroniques intestinales en nutrition parentérale exclusive ou entérale complexe, maladies endocriniennes congénitales ou diabète de l'enfant, malformations pulmonaires ou pathologies chroniques comme la mucoviscidose et asthme, etc.). Le champ des connaissances et des compétences à acquérir en pédiatrie a donc considérablement augmenté.

De ce fait, il avait été proposé en 2014 par le collège national des universitaires pédiatres, le conseil national des professionnels de pédiatrie, la SFP et l'AJP, une maquette en 5 ans ce qui aurait comme avantage :

- Une meilleure lisibilité : la pédiatrie est unique mais elle se décline en différents modes d'exercice qui tiennent compte des besoins de santé publique.
- Une meilleure formation pratique : les options remplaceront la formation actuellement dispensée par les DIU.
- Un cursus qui réponde aux recommandations européennes.

En Juillet 2015, les Prs Couraud et Pruvot ont rendu leur tablier dans ce dossier pour des raisons sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Ils ont, à cette occasion, publié leur synthèse des audits des différentes spécialités et de leurs nouvelles maquettes respectives.

Il semble que notre demande d'un internat à 5 ans pour la pédiatrie ait été entendue et qu'elle soit en bonne voie !

Nous vous tiendrons bien entendu au courant des avancées de ce projet au fil de l'actualité avec une question importante : comment vont cohabiter les internes pré et les internes post réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine ?

Nous vous souhaitons à tous de bonnes vacances !

Matthieu BENDAVID

Pour le collectif « Bureau de l'AJP »

CONTACT MAIL

ajpediatrie@gmail.com

SITE WEB

www.ajpediatrie.org

FACEBOOK

AJPédiatrie

MÉDECINE D'AILLEURS

LA VIE D'ÉTUDIANT ET D'INTERNE EN MÉDECINE AU VIETNAM



Le Vietnam est un pays d'Asie du Sud-Est, s'étendant sur 330.000 km² et comptant 90 millions d'habitants.

Avec un système de formation médicale en développement, ce pays possède 31 facultés de médecine et 45 collèges de médecine. Tous les enseignements sont réalisés en vietnamien.

Les études de médecine durent six ans avec les deux premières années consacrées aux sciences de base. A partir de la troisième année on commence à apprendre les matières proprement médicales et à réaliser des stages hospitaliers. Une des difficultés actuellement rencontrées, c'est la surcharge des hôpitaux, non seulement à cause du nombre de patients, mais aussi sur le nombre d'étudiants. Il n'y a pas assez de lieu de

pratique pour les étudiants, ce qui constitue un réel impair dans leur formation.



A la fin de la 6^{ème} année, on passe un examen de fin d'études afin d'obtenir le diplôme de médecine. À ce moment-là, on a le choix entre continuer des études en se spécialisant (en participant au concours de l'internat) ou de travailler dans les hôpitaux en tant que médecins généralistes.

Au Vietnam, il n'existe pas de système de médecine de ville. C'est pourquoi tous les médecins doivent travailler dans les hôpitaux ou au sein d'associations médicales.



La vie extrahospitalière est limitée. Les internes doivent rester deux tiers de leur temps à l'hôpital. Ils assurent en premier et directement le contact avec les patients. Et ce sont eux qui sont au plus proche des patients.



Les études d'interne spécialisé en pédiatrie durent 3 ans. On change le service chaque trimestre. Durant ces trois ans, nous devons passer dans toutes les sur-spécialités pédiatriques. On termine les études en passant l'examen théorique et clinique. Puis c'est la soutenance de la thèse rédigée en deux ans.



J'ai eu l'occasion de faire un stage en France pendant un an. Je comprends désormais la différence entre les systèmes médicaux vietnamien et français. Nous manquons à la fois de ressources humaines et matérielles. De là naît une frustration lorsque nous ne pouvons aller au bout de la démarche étiologique. C'est pourquoi, chaque année, des étudiants vietnamiens effectuent des stages en France, aux États-Unis, en Allemagne, en Australie... afin d'apprendre et de rapporter de nouvelles techniques chez nous.

Nous nous efforçons de développer au mieux notre système médical et nous serions très heureux d'échanger nos connaissances.

Bienvenue au VIETNAM !

Trần Thi HANH CHÂN
hanhchantran@gmail.com



RETOUR SUR LE CONGRÈS AJP 2015

À GRENOBLE / ANNECY

Encore une édition mémorable ! Pour la 12^{ème} année consécutive, le congrès de l'AJP, organisé par des internes pour les internes, nous a transportés le temps d'un week-end, dans un événement alliant formation, échanges et détente. Retour sur l'édition 2015.

Accueil à Grenoble le vendredi soir



C'est sous un ciel bleu et un soleil de plomb... Euh non... C'est sous les nuages et une pluie battante que nous avons été accueillis à Grenoble pour la 1^{ère} partie de ce congrès. A travers un jeu de piste qui nous a fait découvrir le centre de Grenoble, nous avons pu, étape par étape et énigme par énigme arriver sur le lieu du dîner – à savoir le CHU pédiatrique – et recevoir une récompense bien méritée : la chartreuse dont les vertus thérapeutiques pour la gastro-entérite, maintes fois vantées par les organisatrices, restent à démontrer par un essai multicentrique randomisé contrôlé en triple aveugle.

*La Chartreuse
Le médicament miracle contre la gastro-entérite ?*

Le Samedi - En route pour Annecy !



Le lac d'Annecy

C'est aux premières lueurs de la matinée que nous embarquons pour Annecy. C'est au bord de son lac que nous « congrèssons » pour le week-end. A nouveau un lieu où nous avons pu joindre l'utile à l'agréable !



Le lieu du congrès - L'imperial Palace à Annecy

A peine le temps d'admirer le lac que nous sommes partis pour une journée intensive de formation entrecoupée de pauses gastronomiques. Les sujets abordés par les intervenants étaient riches et variés allant des questions de neurochirurgie, à la prise en charge de l'enfant adopté en passant par les addictions de l'adolescent et par l'évolution de l'éthique en néonatalogie.



Soirée du samedi

C'est la tête remplie de connaissances que nous nous sommes rendus – après une pause « piscinesque » pour certains – au dîner puis à la traditionnelle soirée du samedi soir. L'équipe d'organisation nous avait réservé des animations basées sur la culture pédiatrique et grenobloise. Répartis en équipe selon nos bonnets, nous avons participé à un quizz grandeur nature.

La soirée s'est poursuivie sur la piste de danse grâce à la fanfare de l'université de médecine de Grenoble et à une playlist conjuguant tubes de notre enfance – et d'avant – et tubes actuels (Libéréeeeee... Délivréeeeee...).



Quizz grandeur nature !



Le dimanche, pas de grasse matinée !

En effet, dès le lendemain matin et après un petit déjeuner avalé sur le pouce, 4 ateliers nous attendaient, où notre plus grande attention (et participation) était requise.

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



Photo de groupe des participants

Un congrès qui restera - une nouvelle fois - dans les annales

Avec un record d'inscrits (près de 120), cette 12^{ème} édition sera à jamais dans les mémoires de l'AJP.

Nous vous attendons nombreux pour la 13^{ème} édition du congrès AJP à Nancy !

L'équipe d'organisation du congrès de l'AJP 2015 et le bureau de l'AJP.



Equipe d'organisation du congrès de l'AJP 2015

Le Bureau de l'AJP

RETOUR SUR UN CONGRÈS INTERNATIONAL

ESPID 2015



Du 13 au 16 Mai 2015 s'est tenue la 33^{ème} édition du congrès annuel de l'European Society for Pediatric Infectious Disease (ESPID pour les intimes) à Leipzig. L'occasion pour moi, amateur de l'infectiologie pédiatrique, d'y faire un tour, de vous rapporter quelques informations toutes fraîches et surtout de vous présenter l'expérience d'un congrès à l'étranger.

Présentation

Pour commencer, quelques informations sur l'ESPID. L'ESPID est une société savante dédiée au partage d'informations entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des pathologies infectieuses pédiatriques. Elle

organise des rencontres scientifiques régulières (dont un congrès annuel), participe à des groupes de réflexions internationaux et est responsable de plusieurs revues scientifiques dont le *Pediatric Infectious Disease Journal*.

Arrivée sur place

Venons-en au congrès en lui-même. Premier objectif : s'y rendre ! Leipzig n'est pas la ville la plus accessible de France. Vols directs exceptionnels (et hors de prix au moment où j'ai regardé) et 10 heures en voiture (à faire seul = dangereux !). Dernière possibilité, choisie par votre serviteur, le train. Huit heures de trajet avec une escale à Francfort. Premier constat, leurs TGV sont bien plus confortables que les nôtres ! Deuxième constat, les retards franchissent la frontière sans problème !

Une fois arrivé à la gare, et après quelques galères d'orientation liées à la langue (ma LV2 est si loin...), embarquement dans les tramways, moyen ultra-répandu de transport.

La station de la gare est d'ailleurs un « hub » impressionnant où se croise tramways et bus sur les mêmes trajets ferrés.



Station de bus et tramway



Gare de Leipzig

La cité des congrès de Leipzig est assez excentrée et on a vite l'impression d'être à la campagne. Néanmoins, l'arrivée au lieu-dit même ne laisse plus de doute et ils n'ont pas fait les choses à moitié pour ce centre des congrès.



Le lieu du congrès (extérieur et intérieur)

Le congrès

Sur place, organisation ressemblant beaucoup à celui du congrès de la SFP pour ceux qui l'ont fait : retrait des badges (et du sac rempli de publicités et autres goodies !), vérification du programme, des lieux des conférences et c'est parti ! Le rythme est soutenu et les journées denses : début à 7h30 par les séances de « *Meet the professor* » et fin entre 18h et 20h. Toutes les conférences sont en anglais, ce qui entraîne quelques difficultés de compréhension au début mais on s'y fait vite. Le niveau des orateurs était globalement excellent.



En haut à gauche : présentation des e-poster ; **En haut à droite :** concert donné dans l'amphithéâtre principal ; **en bas à gauche :** liste des participants avec pays d'origine ; **en bas à droite :** la zone d'affichage des posters

Vous retrouverez aussi sur le site internet de l'AJP (section Actualités) une sélection de la littérature présentée ainsi que plusieurs posters. N'hésitez pas à consulter ces documents.

Visite de Leipzig

Les fins d'après-midi m'ont permis de me promener un peu. La ville de Leipzig en elle-même a un charme indéniable mais les journées chargées ne m'ont pas permis de la visiter comme il se doit. Voici néanmoins quelques photos.



Ville de Leipzig

En conclusion

La barrière de la langue peut effrayer mais on finit par s'y habituer et il y a toujours les diaporamas pour rattraper les accents à couper au couteau (indiens, russes pour ne citer qu'eux...). En pratique les orateurs anglo-saxons étaient très clairs (ils savent qu'ils s'adressent à un public international) et on pouvait définir deux catégories chez les autres : ceux qui parlent clairement et ceux qui sont incompréhensibles ou ne comprennent pas les questions posées (de grands moments de solitude...). C'était au final une expérience extrêmement enrichissante que je vous recommande fortement si vous en avez la possibilité.

Matthieu BENDAVID

MISE AU POINT

RETOUR SUR L'APPLICATION DU DÉCRET CONCERNANT LE TEMPS DE TRAVAIL DES INTERNES

LE DÉCRET EN LUI-MÊME

Pour mémoire, le décret du temps de travail des internes (paru au journal officiel le 26 Février 2015) fait suite à une directive européenne, mettant en demeure la France de régulariser au plus vite le temps de travail des internes face à une situation jugée plus qu'abusive.

En effet, le droit européen prévoit un temps de travail hebdomadaire maximal de 48 heures. Si sur le papier le statut de l'interne prévoyait déjà un temps de travail de 48 heures, c'est la réalité sur le terrain qui a été pointée du doigt par la commission européenne, avec des volumes hebdomadaires excédant 60 heures.

Le nouveau décret prévoit donc un temps de travail limité à 48 heures hebdomadaires en moyenne, calculées sur une période de 3 mois. Au jour le jour, cette durée est encadrée par la définition de 10 demi-journées de travail hebdomadaire (au lieu de 11 auparavant), dont 8 demi-journées en service, 1 en formation sous la responsabilité du coordinateur de DES, 1 dernière demi-journée à la discrétion de l'interne. Les gardes sont intégrées et comptent pour 2 demi-journées. Les astreintes déplacées sont aussi comptabilisées. A noter que le texte ne définit pas précisément la durée d'une demi-journée.



Par ailleurs, les directions des Affaires médicales ont pour nouvelle obligation de déclarer le travail effectif de chaque interne. Il est possible qu'arrivent d'ici peu des tableaux de service, référençant l'ensemble de votre travail, sous forme de demi-journées.

Du côté des services, rares sont les chefs de service ayant défini les modalités d'application de ce nouveau décret.



QU'EN PENSENT LES INTERNES ?

Le Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris a réalisé un sondage auprès des internes toutes spécialités confondues.

En résumé, un panel représentatif de près de 300 internes a répondu au sondage.

- ◆ Nous sommes plus de 55 % à travailler plus de 60 heures.
- ◆ Pour 51 % la charge de travail est convenable ou insuffisante, 45 % estiment la charge de travail lourde.
- ◆ 67 % estiment le salaire de l'interne insuffisant. Dans le tiers restant, 90 % l'estiment suffisant grâce aux gardes.
- ◆ 72 % des sondés ont exprimé le souhait de travailler plus de 48 heures.

Fait important à noter, **les internes sont très nombreux à exprimer le souhait d'un décompte des gardes en-dehors de l'enveloppe des 48 heures**, y compris parmi ceux souhaitant travailler au plus 48h.

QUE RETENIR DE LA RÉFORME DES 48 HEURES ?

Actuellement, l'interne subit une charge hospitalo-administrative importante aux dépens du temps médical indispensable à sa formation.

Cependant, même si ce décret va dans le sens d'un progrès social, il reste inadapté avec la réalité de notre internat du fait d'un cadre réglementaire trop strict, qui ne peut pas s'assouplir sans une modification du statut de l'interne, nécessairement complexe.

En pratique, la coordination du DES a la volonté d'appliquer ce décret notamment pour les ½ journées de formation. Dès ce semestre, en Île-de-France, certains services « pilotes » libèreront les internes pour des ½ journées de formation dont le programme est défini avec le chef de service, en fonction des objectifs pédagogiques de l'interne.

Un retour dès cet été sera fait à la coordination du DES d'Île-de-France : il doit apprécier la capacité du service à s'adapter à ce fonctionnement.

En prenant exemple sur le fonctionnement des services pilotes ce semestre, l'enjeu est de pouvoir appliquer ces ½ journées de formation à tous les services au niveau national.

Même si l'application stricto sensu du décret n'est pas faisable en l'état actuel des choses, **vous devez, dans vos villes respectives, vous saisir de cette opportunité afin d'améliorer la qualité de votre formation.**

Alexandra BOWER



ALCOOLISATION FOETALE :

L'ASSOCIATION VIVRE AVEC LE SAF AIDE LES FAMILLES AU QUOTIDIEN

L'alcoolisation foetale, première cause de handicap mental non génétique

Chez un adulte ou un enfant, l'expression « **Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale** » (TCAF) désigne l'ensemble des complications résultant de son exposition à l'alcool pendant la vie intra-utérine. La toxicité de l'alcool est responsable de perturbations du développement de l'organisme et tout particulièrement du cerveau, dont les TCAF sont les conséquences. Il arrive aussi que des problèmes de croissance ou des malformations y soient associés, constituant alors le « **Syndrome d'Alcoolisation Foetale** » (SAF). SAF et autres TCAF font partie des maladies du développement neuro-cognitif.

8000 enfants porteurs de TCAF* , soit 1% des naissances, naîtraient chaque année en France.
800 enfants porteurs du SAF naîtraient chaque année en France.

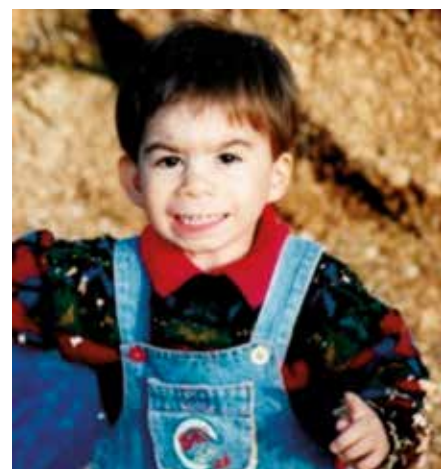
** Expertise Inserm 2001*

De graves conséquences sur la structure et le fonctionnement cérébral

Le cerveau des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse est en moyenne plus petit qu'attendu pour l'âge. Cette moindre croissance n'est pas toujours visible, alors que l'organisation du cerveau s'avère perturbée à l'échelle microscopique avec **pour conséquence un dysfonctionnement cérébral.**

Les lésions cérébrales de l'alcoolisation foetale affectent le fonctionnement cognitif et émotionnel des enfants à de multiples niveaux, avec des conséquences, d'une part sur les apprentissages et le comportement, d'autre part sur l'adaptation sociale et l'autonomie.

Si les déficits cognitifs sont assez généralisés, conduisant parfois à une déficience intellectuelle légère caractérisée, l'efficacité intellectuelle reste souvent dans l'intervalle de la normalité, en zone de fonctionnement « limite ». Les troubles les plus gênants au quotidien impliquent en revanche massivement les fonctions exécutives et la régulation émotionnelle. Ils sont d'autant plus importants que l'environnement est fragilisant pour l'enfant, l'alcoolisation foetale le rendant significativement plus vulnérable aux facteurs socio-éducatifs défavorables. Ainsi, s'il n'est pas toujours possible de dégager un profil neuropsychologique spécifique, il importe de retenir que les enfants porteurs d'un SAF ou autres TCAF présentent une vulnérabilité dans les apprentissages et l'autonomisation qui va au-delà de leur niveau d'efficacité intellectuelle.



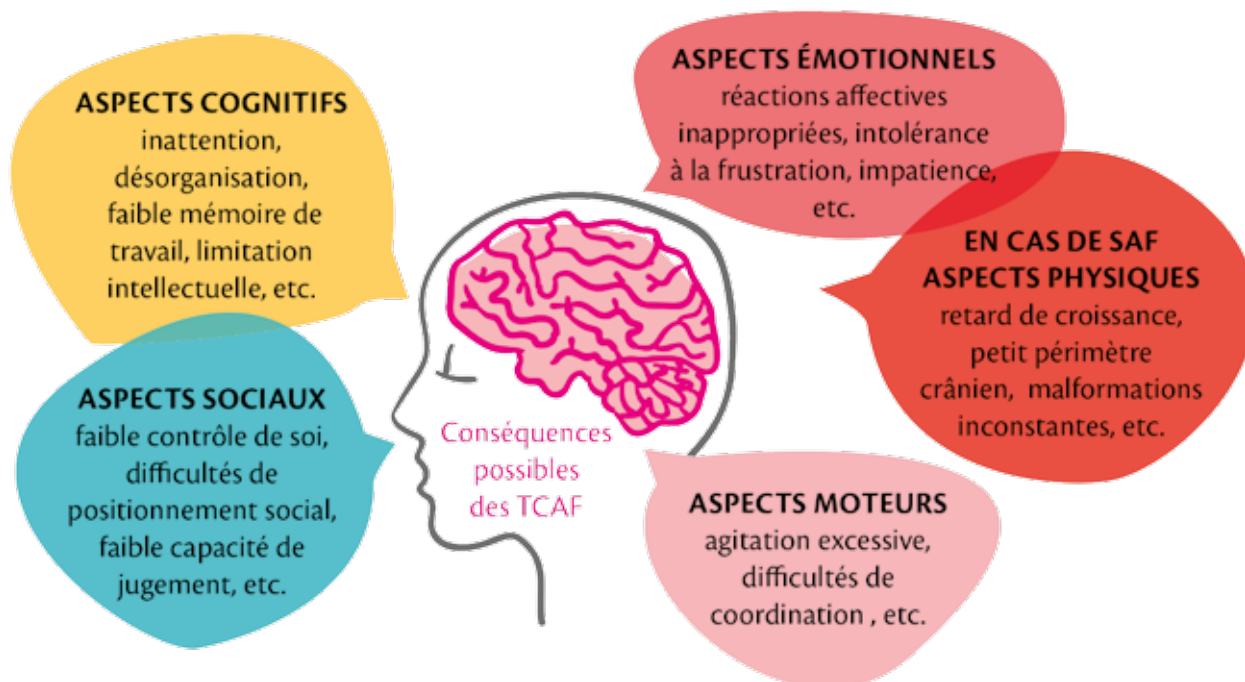


Schéma : E. Rien

Méconnaître ces déficits aggrave le handicap

Les difficultés rencontrées par les enfants porteurs de TCAF sont souvent mal interprétées dans des contextes socio-éducatifs difficiles.

Sans reconnaissance de leur caractère organique et spécifique, ces difficultés ne pourront bénéficier d'un accompagnement adapté, avec pour conséquence un potentiel cognitif mal exploité et le développement dans **plus de la moitié des cas** de troubles du comportement secondaires :

- ◆ Découragement
- ◆ Mauvaise estime de soi
- ◆ Rupture ou refus scolaire
- ◆ Irritabilité, anxiété
- ◆ Opposition, fugues
- ◆ Conduites à risque (drogues, sexe)
- ◆ Vulnérabilité aux mauvaises influences
- ◆ Actes inconsidérés ou déplacés
- ◆ Inadaptation à la vie professionnelle
- ◆ Démêlés avec la justice

Un diagnostic et un suivi précoces réduisent efficacement les troubles

Tout l'enjeu du diagnostic est de mettre en place le plus tôt possible (idéalement avant l'âge de 6 ans) une prise en charge et une orientation

scolaire adaptées, ciblant à la fois les déficits identifiés chez l'enfant et son environnement socio-éducatif, mais aussi et surtout, d'éviter de mésestimer ou mal interpréter ses troubles, source de sentiment d'incompréhension, sinon d'injustice, pour lui et ses parents.

L'idéal est un diagnostic et un suivi pluridisciplinaire (neuropédiatre, CAMSP¹ notamment) selon les normes canadiennes adoptées par la France en 2010.

Les familles en première ligne pour le suivi

Une fois le diagnostic établi, le suivi repose essentiellement sur les familles et accompagnants. Des bonnes pratiques ont été mises en œuvre depuis 30 ans en Amérique du nord avec le soutien de travailleurs sociaux et surtout des associations de familles. Des « trucs et astuces » performants sont à connaître pour adapter le quotidien à ce handicap, sachant que c'est l'entourage qui doit s'adapter, et non pas l'enfant : il est possible de se procurer ces informations et documents fort utiles via le site de l'association de parents Vivre avec le SAF, créée en France en 2012 sur le modèle canadien.

¹ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (0-6 ans).

L'association VIVRE AVEC LE SAF

Vivre avec le SAF est la première association nationale des familles adoptives, biologiques ou d'accueil concernées par les Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale.

La connaissance des TCAF est insuffisamment développée en France. Les enfants et les adultes atteints sont rarement identifiés et très peu bénéficient d'un suivi spécifique. Un groupe de familles a donc créé cette association dédiée, à la suite d'années de souffrance et d'incompréhension dues à l'absence de diagnostic et de suivi adapté de leurs enfants.

Vivre avec le SAF s'est donné comme objectifs de :

Partager les expériences

entre parents de personnes affectées : échanger les « trucs » de la vie quotidienne pour vivre mieux. Les échanges sont quotidiens sur son groupe privé Facebook et très bientôt sur le forum de son site.

Diffuser l'information

Vivre avec le SAF a créé les premiers documents français d'aide aux familles grâce à l'aide de la CNSA². Quatre dépliants d'information sont

déjà édités et en voie de diffusion (familles, médecins scolaires, employeurs et police/justice), et un guide pour les parents, dérivé des guides canadiens, est prévu pour la fin 2015. Tous sont en téléchargement gratuit sur le site www.vivreaveclesaf.fr

Informers les professionnels de la gravité des problèmes vécus par les familles : médecins, enseignants, travailleurs sociaux, police, justice.

Soutenir une politique nationale de prévention, de diagnostic, de soins et de reconnaissance du handicap : Vivre avec le SAF est membre de SAFFRANCE, association médicale dédiée à ces objectifs.

Etablir des partenariats avec des associations similaires de l'Union Européenne ou d'autres pays : Vivre avec le SAF est membre de EUFASD (Alliance Européenne contre l'alcoolisation Fœtale) qui regroupe des associations de familles dans la plupart des pays européens, et entretient des contacts avec des organismes ou associations du Canada et des USA.

« Il faut y croire » est un message fort transmis par l'association Vivre avec le Saf

« On sait que les handicaps primaires sont irréversibles mais pas irrémédiables. En effet, après seulement 3 ans d'existence, nos membres ont déjà pu constater que les bons comportements avec les enfants ou adultes touchés réduisent ou suppriment les troubles secondaires, et leur permettent de mener une vie - presque - normale ».

« Dans ce combat quotidien, nous comptons beaucoup sur un maillon qui dépend de vous : le diagnostic ».

CONTACTS

Site : www.vivreaveclesaf.fr

Facebook : Vivre avec le Saf

Courriel : vivreaveclesaf@sfr.fr

Tél. : 06 34 12 12 87 ou 06 16 29 62 29

SAF France : www.saffrance.com

EUFASD : www.eufasd.org

Consultation spécialisée : Service de neurologie pédiatrique - Hôpital Robert-Debré (Paris)

« **La tête en désordre** » (L'Harmattan), ouvrage de Catherine Dartiguenave et Stéphanie Toutain, paru en déc. 2014, présente quatre récits-témoignages saisissants de familles concernées et un 5^{ème} chapitre technique destiné aux professionnels.

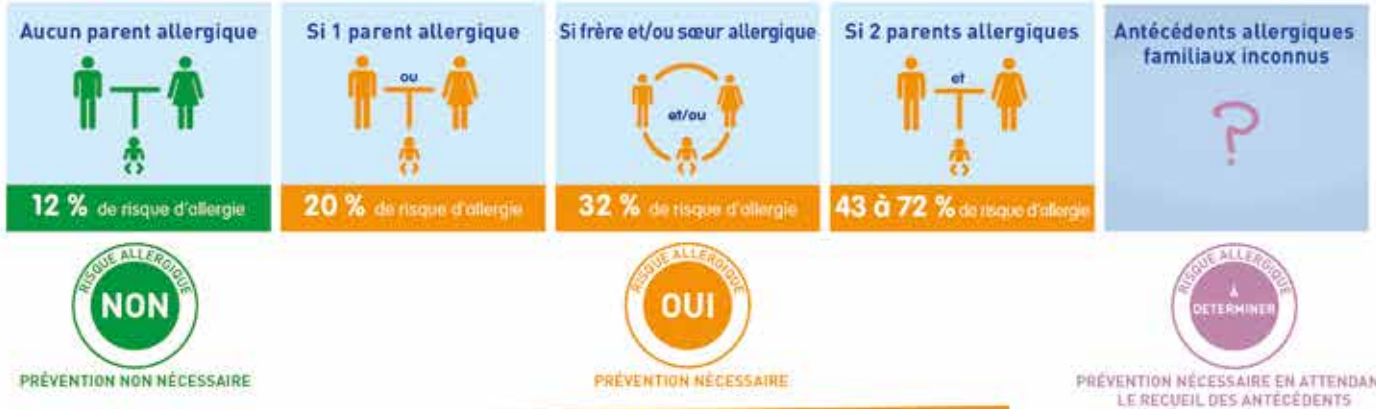


LE RISQUE ALLERGIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ : AGIR POUR PRÉVENIR

COMMENT DÉPISTER ?¹

MANIFESTATIONS ALLERGIQUES À RECHERCHER DANS LA FRATRIE OU CHEZ LES PARENTS :

- Dermate atopique
- Eczéma allergique
- Asthme allergique
- Rhinite allergique
- Rhinite saisonnière
- Rhume des foins
- Allergie alimentaire prouvée



30 % DES NOUVEAU-NÉS SONT À RISQUE²

COMMENT AGIR ?

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE NUTRITION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE³

- L'allaitement maternel est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois.
- À défaut d'allaitement maternel, utiliser jusqu'à 4 mois, chez les enfants à risque atopique, un **LAIT HYPOALLERGÉNIQUE AYANT FAIT LA PREUVE DE SON EFFICACITÉ** par des études cliniques respectant les bonnes pratiques cliniques.

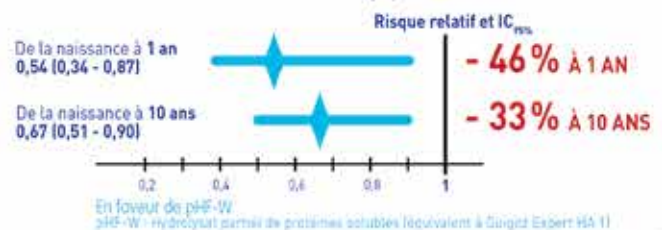
CONSENSUS AU SEIN DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PÉDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE ET DE L'AUTORITÉ EUROPÉENNE DE SÉCURITÉ DES ALIMENTS

- Sociétés de Pédiatrie : SFP • ESPGHAN • AAP | Sociétés d'Allergologie : ESPACI • EAACI • AAAAI | Avis EFSA

ÉTUDE GINI^{4*}

La formule **NESTLÉ HA^{**}** a prouvé son hypoallergénicité

Incidence cumulative de dermatite atopique vs formule standard



RÉDUCTION DU RISQUE DE DERMATITE ATOPIQUE JUSQU'À L'ÂGE DE 10 ANS



Pour plus d'informations sur le risque allergique chez le nouveau-né : www.nutripro.nestle.fr

* Étude prospective, randomisée, en double aveugle. n = 2252 nouveau-nés à risque allergique suivis pendant 10 ans. ** Fraction protéique équivalente à celle de GUIGOZ EXPERT HA. SFP : Société Française de Pédiatrie, ESPGHAN : European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition, ESPACI : European Society for Paediatric Allergology and Clinical Immunology, EAACI : European Academy of Allergology and Clinical Immunology, AAP : American Academy of Pediatrics, AAAAI : American Academy of Allergy Asthma & Immunology, EFSA : Autorité européenne de sécurité des aliments, HA : Hypoallergénique. 1. Kjellman NI. Atopic disease in seven-year-old children. Incidence in relation to family history. Acta Paediatr Scand 1977;66:465-71. 2. Chouraqui JP. Communication personnelle 2000. 3. Chouraqui JP et al. Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. Archives de Pédiatrie, 2008;15:431-42. 4. Von Berg A et al. Allergies in high-risk schoolchildren after early intervention with cow's milk protein hydrolysates: 10-year results from the German Infant Nutritional Intervention (GINI) study. J Allergy Clin Immunol 2013;131:1565-73.

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.



A LA DÉCOUVERTE DE NOUVEAUX D.I.U.

DIU DE DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE

Il permet d'être au point sur des pathologies fréquentes de tous les jours (dermatite atopique, eczéma, urticaire, exanthèmes infectieux, infections cutanées, psoriasis...) mais également de découvrir d'autres pathologies plus rares (dermatoses bulleuses, ichtyoses, mastocytoses...).

L'iconographie est d'excellente qualité et les cours (fournis au format pdf) vous permettent d'avoir en fin d'année une jolie banque de donnée consultable à tout moment, de n'importe où !

Le côté pratique de ce DIU est que celui-ci se déroule exclusivement sur internet - pas besoin de se déplacer - avec un contrôle continu tout au long de l'année. Quatre semaines de retard autorisées pour compléter les tests, pas une de plus !

*Vous allez débiter un semestre plus cool à la rentrée ?
Vous êtes « en panique » quand un enfant arrive pour une éruption cutanée et vous avez envie que ça change ?
Ou bien vous êtes tout simplement intéressés par la dermatologie pédiatrique ?
Laissez moi vous présenter le diplôme interuniversitaire (DIU) de dermatologie pédiatrique.*

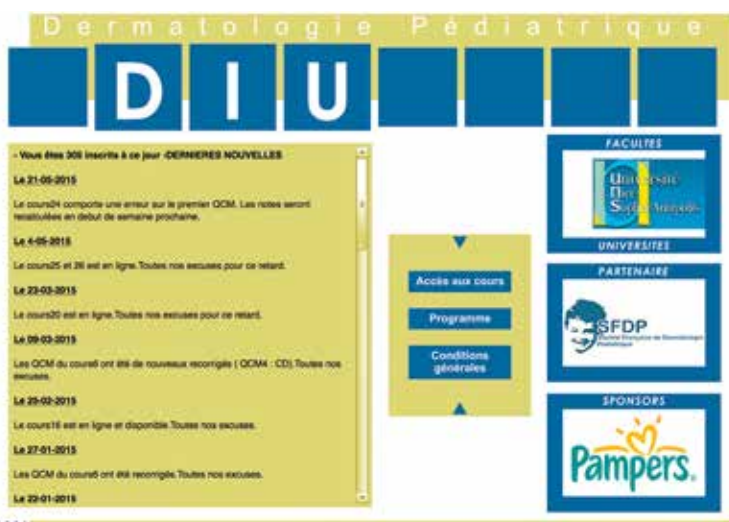
L'année se conclut par un examen lui aussi réalisé via un site dédié sur internet.

Pour ma part, arrivant à la fin de ce DIU, je suis ravie de m'y être inscrite, j'aurai appris beaucoup, je me sens moins perdue face à une éruption, même si j'avoue que je ne retiendrai pas toutes les raretés, certains cours étant probablement trop spécialisés pour des pédiatres.

Pour ceux qui seraient intéressés, voilà le lien du site avec toutes les informations quant aux modalités d'inscription pour la rentrée prochaine :

www.diu-dermatopediatrie.org

Clara LAUBY



Page d'accueil du site internet du DIU



Exemple d'un QCM faisant partie du contrôle continu du DIU

ACTUALITÉS

NOUVELLES RECOMMANDATIONS EN PÉDIATRIE PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DE LA BRONCHIOLITE AIGUË

RECOMMANDATIONS DE L'AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Avant la publication des nouvelles recommandations françaises sur la prise en charge de la bronchiolite, nous avons souhaité revenir sur les recommandations proposées par l'American Academy of Pediatrics (AAP) publiées en octobre 2014 (Clinical Practice Guideline : The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis)(1). En voici les principaux messages clés.

Etat des lieux en France

Les dernières recommandations françaises concernant la bronchiolite datent de 2000 et ont été émises par l'ex-ANAES (2). Depuis, seules les indications de la VNI dans la bronchiolite aiguë grave ont rajoutées (3). De nouvelles recommandations sont en cours de rédaction et devraient être disponibles pour l'année 2015. D'ici là, il nous semblait important de faire le point sur les messages clés du texte américain publié par l'AAP fin 2014 et, en les comparant à nos recommandations, de mettre en avant les ajouts et différences par rapport à nos recommandations.

Etat des lieux aux Etats-Unis

Les précédentes recommandations américaines ont été publiées en Octobre 2006. Le but de cette mise au point était de fournir aux cliniciens une nouvelle approche basée sur les preuves concernant le diagnostic, la prise en charge et la prévention de la bronchiolite du nourrisson de 1 à 23 mois.

L'épidémiologie de la bronchiolite aux Etats-Unis est sensiblement la même que la nôtre :

- ◆ Le virus respiratoire syncytial en est le principal pourvoyeur.
- ◆ L'épidémie survient entre décembre et mars et touche près de 40 % des nourrissons (30 % en France).
- ◆ La bronchiolite aiguë représente la cause la plus fréquente d'hospitalisation chez le nourrisson de moins d'un an.
- ◆ Les coûts engagés pour la prise en charge de cette pathologie sont énormes (près de 2 milliards aux Etats-Unis).



Comparaison entre les recommandations françaises de l'ANAES (conférence de consensus de 2000) et les recommandations américaines de l'AAP

Dans un esprit de synthèse, nous avons souhaité vous présenter une comparaison des principaux messages clés de l'ANAES (2000) et de l'AAP (2014).

	ANAES – 2000	AAP – 2014
Mesures cliniques et examens complémentaires		
Mesure de la SpO2	Non indiquée en médecine ambulatoire Indiquée en cas de recours hospitalier	L'intérêt de la mesure initiale n'est pas démontré. La mesure de la SpO2 en continu (à l'opposée d'intermittente) en hospitalisation peut ne pas être utilisée
Indication de la radiographie thoracique	Non indiquée en cas de prise en charge ambulatoire	Indiquée seulement en cas de nécessité d'hospitalisation en USI ou si suspicion de pneumothorax
Recherche du virus responsable dans les sécrétions nasales	Intérêt seulement dans le cadre d'études épidémiologiques	Non indiquée sauf chez le nourrisson en cours d'immunisation par le Palivizumab (afin de déterminer l'agent étiologique)
Critères de sévérité / d'hospitalisation		
Terrain	Age < 6 semaines Prématurité < 34 SA Age corrigé < 3 mois Cardiopathie ou pathologie pulmonaire chronique sous-jacentes	Age < 12 semaines Antécédent de prématurité Cardiopathie ou pathologie pulmonaire chronique sous-jacente Immunodépression Malformations congénitales Exposition in-utero au tabac
Clinique	Altération de l'état général Apnée / cyanose / malaise FR > 60 / min SpO2 < 94 % sous air ou lors de la prise des biberons Difficultés d'hydratation / déshydratation > 5% du poids	Apnée FR > 70 / min SpO2 < 95 % sous air Retentissement sur l'hydratation / l'alimentation
Paraclinique	Atélectasie à la radiographie thoracique	La corrélation entre anomalies à la radiographie thoracique et sévérité n'est pas démontrée
Autres	Difficultés psycho-sociales et/ou familiales empêchant un traitement ambulatoire	
Prise en charge non médicamenteuse		
Hydratation / nutrition	Apports à maintenir entre 80 et 110 ml/kg/j Voie entérale par sonde naso-gastrique ou parentérale	Pas de choix préférentiel entre réhydratation par voie entérale ou parentérale
Désobstruction rhinopharyngée	Indiquée Aspiration naso-pharyngée réservée aux situations critiques	Indiquée L'intérêt des aspirations naso-pharyngée n'est pas évident
Environnement	Suppression du tabagisme passif Aération correcte de la chambre Température de la chambre 19°	Suppression du tabagisme passif
Kinésithérapie respiratoire	Peut être indiquée (grade C) Technique d'augmentation du flux expiratoire	Non indiquée (grade B) Technique de vibration ou de percussion ou d'expiration passive

Prise en charge médicamenteuse

Hydratation / nutrition	Non mentionnée	Réhydratation par sonde nasogastrique ou par voie intraveineuse sans supériorité d'une technique par rapport à l'autre
Oxygénothérapie	Indiquée si SpO2 < 94 %	Indiquée si SpO2 < 90 %
Bronchodilatateurs	Non indiqués	β-2 mimétiques non indiqués
Corticoïdes inhalés	Non indiqués en phase aiguë ni en prévention des récives	Non indiqués
Corticoïdes systémiques	Non indiqués	Non indiqués
Antitussifs	Non indiqués	Non mentionnés
Mucolytiques et mucorégulateurs (dont sérum salé hypertonique)	Non indiqués (risque de bronchospasme en cas de fluidifiant)	Sérum salé hypertonique (3 %) indiqué seulement chez les enfants hospitalisés (↓ des symptômes et de la durée d'hospitalisation pour certains patients) Pas de mention d'autre thérapeutique à visée mucolytique / mucorégulatrice
Antiviraux	Non indiqués	Non mentionnés
Antibiothérapie	Éléments faisant craindre une surinfection bactérienne <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre ≥ 38,5° pendant plus de 48h - Otite moyenne aiguë - Pathologie cardiaque ou pulmonaire sous-jacente - Foyer pulmonaire radiologiquement documenté - Élévation de la CRP ou des PNN 	A considérer si... <ul style="list-style-type: none"> - Otite moyenne aiguë - Doute entre atélectasie et pneumopathie sur la radiographie thoracique d'un enfant hospitalisé en USI L'élévation des leucocytes n'est pas un bon critère.

Prévention non médicamenteuse

Hygiène des mains	Lavage à l'eau et au savon ou à la solution hydro-alcoolique (SHA)	Lavage à la SHA Eau et savon seulement si SHA non disponible
Décontamination des surfaces	Indiquée	Non mentionné
Regroupement géographique en hospitalisation	Indiquée	Non mentionné
Allaitement maternel dans la prévention de la morbidité des infections respiratoires	Non mentionné	Recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois

Prévention médicamenteuse

Indications des anticorps monoclonaux anti-VRS (Palivizumab)	Indiqués chez les enfants <ul style="list-style-type: none">- De moins de 6 mois, nés à un terme inférieur ou égal à 32 semaines et à risques particuliers du fait de séquelles pulmonaires dont la sévérité est attestée par une oxygénodépendance supérieure à 28 jours en période néonatale.- De moins de 2 ans nés à un terme inférieur ou égal à 32 semaines et à risques particuliers du fait de séquelles pulmonaires dont la sévérité est attestée par une oxygénodépendance supérieure à 28 jours en période néonatale et qui ont nécessité un traitement pour dysplasie broncho-pulmonaire au cours des 6 derniers mois.- De moins de 2 ans atteints d'une cardiopathie congénitale hémodynamiquement significative (4).	Indiqués chez les enfants dans leur 1 ^{ère} année de vie (5 doses, 15 mg/kg/dose) qui présentent... <ul style="list-style-type: none">- Une cardiopathie congénitale hémodynamiquement significative- Une prématurité < 29 SA- Une prématurité < 32 SA compliquée d'une dysplasie broncho-pulmonaire (jusqu'à l'âge de 2 ans pour ces enfants si persistance d'une oxygénodépendance, d'un traitement diurétique ou par corticoïdes inhalés). Insuffisamment de preuve pour les patients atteints de mucoviscidose, de trisomie 21, d'immunodépression, de pathologie neuromusculaire ou de malformation pulmonaire
--	--	--

Conclusion

Même si ces recommandations américaines introduisent peu de modifications (indication du sérum salé hypertonique surtout), elles insistent sur l'évaluation clinique de l'enfant (limiter la mesure de la SpO₂, la réalisation de radiographies thoraciques...) dans l'appréciation de la gravité et de la nécessité ou non d'hospitalisation.

Le Bureau de l'AJP

Bibliographie

1. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, Johnson DW, Light MJ, Marafa NF, Mendonca EA, Phelan KJ, Zorc JJ, Stanko-Lopp D, Brown MA, Nathanson I, Rosenblum E, Sayles S, Hernandez-Cancio S. 2014. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. PEDIATRICS 134:e1474–e1502.
2. Stagnara J, Balagny E, Cossalter B, Dommerges JP, Dournel C, Drahi E, Gauchez H, Guillot F, Javault D, Lagardère B, others. 2001. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson texte court. Arch Pédiatrie 8:3–10.
3. Javouhey E, Pouyau R, Massenavette B, Berthier J-C, Floret D. 2009. La ventilation non invasive dans les bronchiolites graves de l'enfant. Réanimation 18:726–733.
4. Filiale de Cardiologie Pédiatrique de la Société Française de Cardiologie. 2004. Recommandations cardiologiques du SYNAGIS.

L'ALLERGIE AUX PROTÉINES DE LAIT DE VACHE : ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRÉVENTION



La prévalence des principales manifestations allergiques (eczéma, rhume des foins, asthme) est en augmentation constante depuis 1964 (Devenny A., 2004). L'eczéma, aussi appelé dermatite atopique, a triplé au cours de ces 15 dernières années.

L'allergie aux protéines de lait de vache (APLV) est la 3^{ème} cause d'allergie alimentaire chez l'enfant (8 %). C'est souvent la première étape de la « marche allergique ».

Les symptômes de l'APLV peuvent être gastro-intestinaux dans 32 à 60 % des cas (reflux gastro-œsophagiens, vomissements, coliques, diarrhées), respiratoires (asthme), dermatologiques dans 5 à 90 % des cas (eczéma) et peuvent aussi entraîner dans les cas les plus graves, un choc anaphylactique (0,8 à 9 % des cas).

Environ un tiers des enfants souffrant de dermatite atopique se sont avérés être allergiques aux protéines de lait de vache. A l'inverse, 40 à 50 % des enfants de moins d'un an souffrant d'APLV avaient aussi des symptômes de dermatite atopique.

L'APLV peut se développer dès les premières semaines de vie, et dans la majorité des cas durant la première année de vie. Les symptômes apparaissent en moyenne 1 à 2 jours après l'exposition.

Dans la moitié des cas, une tolérance est ensuite développée dans les deux années qui suivent la déclaration des premiers symptômes, et dans 80 % des cas, cette tolérance apparaît dans les 3 années suivant les premiers symptômes.

Les enfants ayant des réactions tardives deviennent en général tolérants plus rapidement que ceux qui ont une réaction immédiate.

On estime actuellement que les facteurs génétiques et environnementaux (pollution de l'air, théorie hygiéniste) expliquent chacun environ 50 % des allergies.



Les antécédents familiaux représentent le facteur de risque le plus important. L'existence de manifestations allergiques (dermatite atopique, eczéma allergique, asthme allergique, rhinite allergique, allergie alimentaire prouvée) chez un seul parent ou dans la fratrie accroît le risque de développement d'une allergie à l'âge de 7 ans :

% nourrissons concernés	70,7 %	29,3 %		
		23,1 %	8,7 %	3,8 %
Antécédents familiaux	Aucun	Chez 1 parent	Chez un frère ou une sœur	Chez les 2 parents
Risque d'allergie	12 %	20 %	32 %	43 % ou 72 % si au moins une manifestation allergique commune aux deux parents

Ainsi, environ un quart des nourrissons présente un risque accru d'allergie.

L'allaitement maternel est recommandé pendant les six premiers mois de vie, car il favorise les mécanismes de tolérance orale, ainsi qu'une flore riche en bifidobactéries et en lactobacilles, dont la prédominance chez le jeune enfant protégerait contre le développement de l'allergie. Il contient également des AGPI-CL dont la présence pourrait influencer l'effet protecteur vis-à-vis de l'apparition de manifestations allergiques.

Si la maman ne peut pas ou ne souhaite pas allaiter, l'utilisation d'un lait infantile hypoallergénique à l'efficacité prouvée, conformément aux recommandations des sociétés savantes de pédiatrie et d'allergologie, permet de réduire le risque de dermatite atopique de 46 % à 12 mois et 33 % à l'âge de 10 ans*.

Ce qu'il faut retenir

L'APLV est la troisième allergie alimentaire chez l'enfant (8 %).

La prévalence de l'APLV avec diagnostic confirmé, est d'environ 1 % chez les enfants, en Europe (0,5 % chez l'adulte).

La prise en compte des antécédents allergiques familiaux est primordiale pour réduire le risque d'allergie. Le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie recommande une prévention adaptée avec un lait infantile hypoallergénique à l'efficacité prouvée par des études cliniques, à défaut d'allaitement maternel pendant les six premiers mois de vie. Une telle formule hypoallergénique permet de réduire le risque de dermatite atopique de 46 % à l'âge d'un an*.

Laurie LESAIN

Références

*Von Berg A., Allergies in high-risk schoolchildren after early intervention with cow's milk protein hydrolysates: 10-year results from the German Infant Nutritional Intervention (GINI) study, JACI, 2013.

Kjellman N-I.M., Atopic disease in seven year-old children, Acta Paediatr. (Scand.), 1977;66, 465-71).

Chouraqui et al., Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie, Arch Ped, 2008.

EFSA Journal, Scientific Opinion on the evaluation of allergenic foods and food ingredients for labelling purposes, 2014;12(11):3894.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

LA VARIOLE ET LE VACCIN

La variole, avec son atteinte cutanée caractéristique et les cicatrices qu'elle laisse sur la peau, est une maladie qu'il est facile de tracer à travers l'histoire. On a trouvé des momies égyptiennes datant du deuxième millénaire avant Jésus-Christ et portant des traces de variole. D'anciens textes médicaux Hindous font référence à une maladie éruptive associée à une forte mortalité, et ce au cours du premier millénaire avant Jésus-Christ. En Chine, les premiers documents faisant référence à une maladie pouvant être la variole datent de 250 avant Jésus-Christ.

L'époque de l'arrivée du virus en Europe reste incertaine. De nombreux textes font état d'une fièvre éruptive associée à une forte mortalité. La peste d'Antonin (164-189 après JC), décrite très précisément par Galien, fut peut-être une épidémie de variole. Il est certain que c'est la variole qui frappa la ville de Tours en 580. Les grandes invasions de la fin de l'Antiquité, puis les grands mouvements associés aux Croisades furent très certainement des facteurs de dissémination du virus.

En Amérique du Sud, la variole fut introduite vers 1510 par les Conquistadores et ravagea la population, empruntant les voies de communications incas. La mortalité s'explique par l'absence d'immunité de la population face au virus, qui n'avait jamais circulé dans ce pays.

Cette maladie, par sa fréquence et sa gravité, fut très tôt l'objet de tentatives de prévention. Le postulat de base était qu'on ne l'avait qu'une fois dans sa vie, et qu'il fallait espérer en présenter la forme la plus bénigne possible.

Rappels virologiques


La variole est une infection à *poxvirus*, de réservoir strictement humain. La transmission se fait par les gouttelettes et le linge souillé, pendant la phase éruptive, avec un taux d'attaque de 1 pour 10 à 1 pour 20, et **une létalité de 30 %**. La maladie est immunisante à vie, ce qui en fit une maladie principalement infantile mais surtout la plus redoutable jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, notamment pour les rares adultes non immunisés.

Anecdote

En Amérique du Nord, dans les premiers temps de la « conquête de l'Ouest », la population était très éparse. La variole ne se transmettait pas de façon endémique (en tant que maladie infantile) mais par vagues épidémiques meurtrières, au gré de l'importation du virus par les immigrants. Des centres de quarantaine furent créés, dont le plus célèbre est sans doute Ellis Island à New-York. Ces centres ne furent fermés que dans les années 1950.

Le premier procédé de protection relaté dans l'histoire est la variolisation, ou injection sous cutanée d'un peu de pus varioleux. Cette technique, aléatoire, parvenait à prémunir certains patients contre la variole, au prix d'un nombre important de cas sévères.

C'est Edward Jenner (1749-1823), médecin de campagne britannique, qui met au point la vaccination, ou *jennerisation* comme on l'appelle à l'époque. L'observation de base est la suivante :



les fermières ayant été en contact avec des vaches atteintes de *cow-pox* (vaccine) et ayant présenté sur les mains l'éruption typique de la vaccine, ne contractaient pas la variole. Il entreprit donc d'isoler l'agent de la vaccine, puis l'inocula à un patient dont il était certain qu'il était naïf de la variole. La réaction fut une simple pustule au point d'inoculation « dix jours plus tard ». Il tenta ensuite deux mois plus tard, à plusieurs reprises, d'inoculer la variole au patient ; cela s'avéra impossible.

La pratique se généralisa dès 1806, sous le nom de vaccination. Elle présentait de nombreux avantages sur la pratique de variolisation, notamment celui de ne pas entretenir l'épidémie. Dans un premier temps, au début du XIX^e siècle, les campagnes de vaccination limitèrent l'ampleur des épidémies. On remarqua en particulier, lors de la guerre franco-prussienne de 1870, qu'il était préférable de revacciner les patients. En effet, la variole frappa plus durement les rangs français, dont les soldats n'avaient pas été revaccinés, que les rangs prussiens, dont les soldats étaient revaccinés tous les sept ans

La vaccination anti-variole devint obligatoire en France dès 1902. La qualité du vaccin s'améliora avec le temps, jusqu'à devenir le vaccin vivant atténué « actuel », et cette pratique fut de mieux en mieux acceptée. Le rappel devint inutile grâce aux différents adjuvants.

Il est à noter qu'il fallut attendre Pasteur et l'immunisation anti-rabique (1880 environ) pour que le terme de vaccination se généralise aux autres pratiques d'immunisation.

Grâce aux campagnes de vaccination, la variole a progressivement disparu d'Europe et d'Amérique du Nord au début du XX^e siècle. Toutefois, la difficulté d'acheminer le vaccin dans les pays tropicaux (pas de *cowpox* dans un climat chaud) fit que la variole n'avait pas disparu de l'Afrique, l'Inde ou l'Asie au XX^e siècle.

En 1959, la campagne d'éradication de la variole fut votée. Elle s'inscrivait dans un contexte

d'échec : la fièvre jaune et le paludisme n'avaient pu être éradiqués par les campagnes menées précédemment par l'OMS.

Il est à noter que l'éradication de la variole fut facilitée par une mutation du virus qui entraîna l'apparition de l'alastrim, une forme atténuée de la maladie, moins mortelle mais tout aussi immunogène.

Le projet d'origine consistait à vacciner 80 % de la population des pays où la variole était endémique (soit 31 pays). Le budget étant insuffisant pour vacciner toute la population, cette stratégie évolua. On se contenta de vacciner les sujets en contact avec un malade. Cette stratégie dite « supplétive », moins coûteuse que la vaccination de masse, permit un résultat efficace. Elle est rendue possible, entre autre, par le fait que la période d'incubation du virus est plus longue que la durée nécessaire à l'immunité induite par le vaccin pour se mettre en place (plus de dix jours).

Le dernier cas fut rapporté en Asie en 1975 et en Afrique en 1977. En 1980, l'éradication fut certifiée. Les stocks de virus de la variole furent détruits, sauf dans deux laboratoires de haute sécurité, à Atlanta et à Moscou.

L'intérêt de cet exemple est de rappeler qu'un certain nombre de maladies infantiles (rougeole et coqueluche notamment) sont accessibles à une éradication puisque leur réservoir est strictement humain, et qu'un vaccin efficace, bien toléré et durablement efficace existe. D'autre part, il faut garder à l'esprit que ces maladies, parfois banalisées, sont redoutables lorsqu'elles touchent des adultes non immunisés.

Une prévention optimisée est donc essentielle, et c'est uniquement grâce à une pression vaccinale soutenue que cela est possible.

Marie-Caroline PLOTON

Sources

- Ruffié, (J.), Sournia (J.-C.), 1993. *Les épidémies dans l'histoire de l'Homme, de la Peste au SIDA*. Nouvelle bibliothèque scientifique, Flammarion. 297pp.
- Saluzzo, (J.-F.), 2004. *La Variole*, PUF. 125pp.
- Halioua, (B.), 2008. *Ces troubles infectieux qui ont changé l'histoire*, MSD. 213 pp.
- <http://www.phac-aspc.gc.ca/> [Public Health Agency of Canada]

Les Annonces de Recrutement

RHÔNE-ALPES



Le service de pédiatrie et néonatalogie du centre hospitalier de Roanne - 42
Situé à une heure de Lyon et Saint-Etienne, recrute

un praticien hospitalier ou un assistant spécialiste



Equipe de 9 pédiatres temps plein.
Gardes pédiatre et interne sur place.
Maternité de niveau II b avec 2 000 accouchements par an.
2 800 entrées par an.

9 lits de néonatalogie dont 3 lits de soins intensifs.
22 lits de pédiatrie générale dont 4 lits de surveillance continue.
Plateau technique complet.

Contacts : Docteur P. JEANNOEL et Docteur C. CLAVEL
Tél. : 04 77 44 30 94 - Mail : guy-patrick.jeannoel@ch-roanne.fr - catherine.clavel@ch-roanne.fr

BRETAGNE

La Fondation Bon Sauveur de Bégard (Côtes d'Armor, Bretagne Nord)

RECHERCHE MÉDECIN PÉDOPSYCHIATRE

Basé dans le nord-ouest des Côtes d'Armor, le Centre Hospitalier de Bégard, géré par la Fondation Bon Sauveur, se déploie autour de 4 pôles sanitaires : deux pôles adultes de territoire, un pôle infanto-juvénile, et un pôle populations spécifiques auxquelles sont rattachées l'addictologie, la psychogériatrie et la cellule suicidants. Plus de 40 dispositifs de soins ambulatoires et unités de soins intra-hospitalières basés sur 13 communes maillent notre territoire 7, complétés par un pôle social et médico-social étoffé.



A 30 mn de la mer,
à 1h30 de Rennes,
à 20 mn de Lannion
(aéroport liaison Paris - 1h00)

- 175 lits et 363 places
- File active : 11000 personnes
- 2400 admissions / an
- 800 professionnels
- Certification V2011 sans recommandation ni réserve

Le pôle infanto juvénile est présent sur Guingamp, Lannion et Paimpol : 3 CMPEA, 3 CATTP, 30 places sur 4 Hôpitaux de Jour Enfants et Adolescents
File active : 2718

Accueil | Accompagnement

- Possibilité de logement
- Mutuelle, prévoyance
- Formation complémentaire possible
- Facilité de poursuite ou finalisation de cursus de formation
- Accompagnement personnalisé et tutoré



Rejoignez une équipe de 38 médecins et pharmaciens et des équipes pluridisciplinaires



FONDATION BON SAUVEUR



PÔLE DE SANTÉ MENTALE

Renseignements complémentaires : www.fondationbonsauveur.fr

Candidatures (CV + lettre de motivation)

à adresser à : Monsieur le Directeur Général | Fondation Bon Sauveur - BP 01 - 22140 Bégard | Tél. 02 96 45 37 01 | directiongenerale@fondationbonsauveur.fr

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan recrute un pédiatre



Poste à temps plein • Compétence en néonatalogie indispensable.

Le service

- Une équipe actuelle de 5,5 E.T.P de pédiatres • 15 lits d'hospitalisation complète et 2 places d'hospitalisation de jour de pédiatrie • Accueil des urgences pédiatriques aux urgences générales • 3 programmes d'éducation thérapeutique autorisés : diabète, obésité, asthme • 9 lits autorisés de néonatalogie dont 3 de soins intensifs • Maternité de niveau 2B (1 452 naissances, 1 416 accouchements en 2013), labellisée I.F.L.A.B depuis 2006 • 4 salles de naissance
- Garde sur place • Fédération Médicale Interhospitalière « Femme, Mère et Enfant » avec le centre hospitalier de Dax • Projet de consultations avancées.

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

- 1 195 lits et places • 2 300 salariés dont 200 personnels médicaux • 7 pôles d'activité clinique • Un plateau technique complet et performant
- Plus de détails sur le site de l'établissement : www.ch-mt-marsan.fr.

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

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

Convivialité, hospitalité et esprit de fête complètent ce portrait d'un département en tout point accueillant.

Personnes à contacter :

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

www.ch-mt-marsan.fr



PSYCHIATRE - H/F OPTION PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Poste à temps plein à pourvoir immédiatement

Le pôle de mère, enfant, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

- 5 postes de pédopsychiatre • Participation à la permanence des soins en psychiatrie (adultes, adolescents) sous forme de gardes sur place • Le pôle : Néonatalogie, pédiatrie, gynécologie obstétrique, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, crèche hospitalière
- En pédopsychiatrie, une offre de soins complète et diversifiée : • C.M.P • Hôpitaux de jour • C.A.T.T.P • Pédopsychiatrie de liaison
- Hospitalisation complète à partir de 12 ans (4 lits de crise et 6 de post-crise). Réorganisation de ce secteur en cours • Antenne du Centre de Ressources Autisme du CH C.PERRENS située dans les locaux du C.M.P et C.A.T.T.P Maison d'Oze • Partenaire du projet de MECSSI porté par le Conseil Départemental des Landes • Projet d'équipe de diagnostic autisme de proximité • Création d'une antenne du CAMSP de Dax sur Mont-de-Marsan.

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan c'est :

- 1 195 lits et places • 2 300 salariés dont 200 personnels médicaux • 7 pôles d'activité clinique • 1 plateau technique complet et performant.

Conditions de travail attractives :

- Qualité de vie dans le Sud-Ouest en général et en Aquitaine en particulier • Proximité de la côte atlantique l'été et des stations des Pyrénées l'hiver • Proximité des grandes villes comme Bordeaux ou Pau • Habiter à 3 heures de Paris (T.G.V.) tout en étant à 2 heures de l'Espagne.

Convivialité, hospitalité et esprit de fête complètent ce portrait d'un département en tout point accueillant.

Pour plus de renseignements, contacter :

- Docteur MARQUE, Chef de service de pédopsychiatrie, adjoint au chef de pôle : bruno.marque@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires médicales : affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 10 20

www.ch-mt-marsan.fr



Situé à proximité de Paris (RER C – A 10)

Le Centre Hospitalier Sud Essonne Dourdan-Etampes recrute pour son site de Dourdan

1 médecin pédiatre temps plein

Merci d'envoyer votre CV

Contact : Centre Hospitalier Sud Essonne - 26, Avenue Charles de Gaulle - 91150 Etampes
direction@ch-sudessonne.fr

L'Hôpital d'Enfants Margency, SSR pédiatrique de la Croix-rouge française recherche :

Un pédiatre temps plein pour son secteur de pédiatrie spécialisée

- Poste à pouvoir à partir du 2 novembre 2015 (Poste de médecin adjoint équivalent à un poste de PH)
- Etablissement de 106 lits répartis en 2 unités fonctionnelles :
 - 1 unité d'Onco hématologie pédiatrique de 31 lits.
 - 1 unité de pédiatrie spécialisée de 75 lits avec un secteur « petits » de 45 lits, un secteur d'adolescents de 15 lits et un secteur dit à « rotation rapide » de 15 lits.
- Dans cette unité de pédiatrie spécialisée, sont pris en charges des patients de quelques mois à 18 ans, présentant des pathologies pédiatriques variées avec 2 orientations principales, digestives - nutritionnelles - métaboliques (nutrition parentérale et entérale) et respiratoires (insuffisants respiratoires chroniques oxygène-dépendants et/ou trachéotomisés-ventilés) en étroite collaboration avec les services de pédiatrie spécialisée et réanimation pédiatrique de l'Île de France.
- Équipe composée d'un médecin chef de service et de 11 médecins tous pédiatres (7 en pédiatrie spécialisée et 4 en Onco hématologie)
- Astreintes de week-end.
- Gardes seniors sur place.
- Compétence en digestif souhaitée.

L'établissement est situé dans le val-d'Oise, proche de la gare d'Eaubonne.

Pour tout renseignement, joindre le Dr Françoise AUBIER
Médecin Chef - faubier@ctpmargency.com
Secrétaire : Mme de Macédo au 01 34 27 45 95

Habitat et Soins, association loi 1901, membre du GROUPE SOS, recherche pour sa structure ACT 93

Un médecin pédiatre h/f 4 heures hebdomadaires ou par quinzaine CDD 6 mois ou honoraires

MISSIONS ET PROFILS

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) hébergent à titre temporaire, dans des logements autonomes, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et touchées par des pathologies chroniques sévères.

Les ACT Paris Nord (93) ont ouvert 4 places d'ACT pédiatriques permettant l'accueil d'un enfant atteint de cancer, en sortie d'hospitalisation et/ou en inter-cure, avec sa famille pour répondre au besoin d'accompagnement médico-psycho-social de l'enfant et de sa famille. Il s'agit d'une expérimentation soutenue par l'Agence Régionale de Santé et l'Institut National du Cancer.

Vous effectuez vos missions dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire dont l'intervention doit faciliter la compréhension de la maladie et l'observance des traitements, le soutien à la parentalité, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale des familles.



Date de début du contrat : dès que possible.

Envoyer CV et lettre de motivation à :
Laure Desmurget
laure.desmurget@groupe-sos.org



LE CENTRE HOSPITALIER DE FONTAINEBLEAU (77)

(Médecine, chirurgie générale, digestive, ortho-traumatologique, oncologique, ambulatoire, endoscopie, centre périnatal de niveau 2B) 60 km de Paris par A6 – 35 mn par SNCF

RECRUTE 1 PEDIATRE TEMPS PLEIN H/F AVEC PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE CARRIERE

Pour compléter l'équipe médicale

Pour tous renseignements contacter le bureau des affaires médicales au 01 60 74 10 01

et/ou envoyer CV au Directeur - 55 bd Joffre - 77305 Fontainebleau Cedex - direction@ch-fontainebleau.fr



Centre Hospitalier
Ariège-Couserans

Adresser CV et lettre de motivation à :

Mr GUILLAUME D, Directeur des Ressources Humaines et Affaires médicales du Centre Hospitalier Ariège Couserans
BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr
Téléphone : secrétariat DRH 05 61 96 21 94

Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des pyrénées ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la méditerranée et à 3 heures de l'atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 Pôles Cliniques, des activités diversifiées (MCO, Urgences, SSR, SIR, Centre de Réadaptation Neurologique, Psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec Laboratoire, Pharmacie et Scanner.

Recherche : DES PEDOPSYCHIATRES

(toutes les candidatures seront étudiées –
sur poste PH temps plein – titulaire ou PH Contractuel)
(P.A.E obligatoire pour les médecins hors Union européenne)

Affectations diverses possibles sur la psychiatrie :

Pédopsy/ CMP Pamiers – HJ – AFT - ...



Le Centre Hospitalier de Mâcon (71) Sud Bourgogne

RECHERCHE 1 PEDIATRE

pour mai ou novembre 2015 pour une durée de 1 à 2 ans



CENTRE HOSPITALIER
DE MÂCON

Le service :

- Pédiatrie : 16 lits de 0 à 18 ans.
- Néonatalogie : niveau IIb, 10 lits dont 2 lits de soins intensifs. Accueil des nouveau-nés à partir de 31SA et 1 000g. Travail en collaboration avec le Réseau Périnatal de Bourgogne.
- Urgences pédiatriques hors traumatologie. 8 500 passages/an. Interne présent 24h/24.
- Maternité : 1 800 accouchements/an. Garde sur place obstétricien et anesthésiste.
- Garde pédiatrique sur place pour l'ensemble des services. A raison d'un peu moins d'une garde/semaine en moyenne.

L'équipe médicale : 7 praticiens hospitaliers + 1 assistant spécialiste, dont 4 plutôt pour la pédiatrie et 4 plutôt pour la néonatalogie, assurant des consultations externes à raison en moyenne de 2/semaine, spécialisées : endocrino, pneumo, néphro, adolescents, rhumato, suivi de prématurés, troubles des apprentissages scolaires, obésité, douleur, dermatologie.

Statut souhaité : assistant spécialiste - Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Obligatoire.

Profil de poste : pédiatre polyvalent pour la garde avec une surspécialité ou un intérêt particulier soit pour les adolescents, la prise en charge de l'obésité, allergologie, dermatologie, neurologie et/ou la néonatalogie...

Pour toutes informations : Dr MARTIN DELGADO - Tél. : 03 85 27 58 02 ou mamartin@ch-macon.fr

Les candidatures avec CV sont à adresser à : Direction des Affaires Médicales : embarbet@ch-macon.fr ou ausevin@ch-macon.fr - Tél. : 03 85 27 50 55 ou 03 85 27 50 57



LE CONSEIL DEPARTEMENTAL RECRUTE UN MEDECIN A TEMPS PLEIN H/F

Pour la direction enfance, santé, famille à la protection maternelle et infantile.

Titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale, vous possédez des connaissances sur la législation et la réglementation concernant la famille et la petite enfance ainsi que des compétences pédiatriques gynécologiques ou en santé publique.

Vos principales activités :

- Encadrement technique de l'équipe PMI de circonscription.
- Education pour la santé auprès des familles et des personnels de la petite enfance.
- Prévention médico-sociale prénatale.
- Consultations des enfants de moins de 6 ans.
- Bilan des 3-4 ans en école maternelle.
- Travail en réseau et partenariat.
- Contrôle de l'établissement d'accueil de la petite enfance.

Merci de bien vouloir adresser votre candidature à :

M. le Président du Conseil Départemental
Direction des Ressources Humaines et des Compétences
CS n°30 322 - Place Marcel Plaisant - 18023 Bourges Cedex
Ou par mail : ines.dussauze@cg18.fr

Contact : 02 48 27 80 60

Hôpital SSR (APHP) Situé à Hyères (Var)

Cherche pour son service pédiatrie (94 lits hospitalisation complète pour enfants ayant une atteinte neurologique sévère, trachéotomisés, trachéoventilés, 10 places d'hôpital de Jour, et 24 lits hospitalisation complète pour adolescents obèses et enfants avec maladies métaboliques d'origine digestive).

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

UN PEDIATRE

PH temps plein, à compter du 1^{er} janvier 2016

Dynamisme recherché, travail d'équipe, travail en réseau avec les services de neuropédiatrie de la région PACA et des services MCO AP-HP, médicalisation à poursuivre, filières à développer...

Renseignements :

Dr Elisabeth GRIMONT-ROLLAND - Chef du Pôle Médical - Chef du Service Handicap Polyhandicap Enfant Adolescent - Hôpital San Salvador Hyères 83400
Tél. : 04 94 38 08 14 ou 04 94 38 09 92



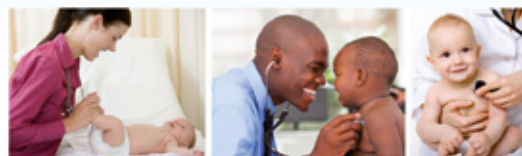
Le Centre Hospitalier de Mayotte

Situé au coeur de l'Océan Indien

(à 2 heures d'avion de La Réunion et 1 heure de Madagascar)

Recherche des pédiatres pour son service de PEDIATRIE

Formation requise : DES de pédiatrie



Origine de l'annonce : Direction des Affaires Médicales - Centre Hospitalier de MAYOTTE

Contact : Dr CHAMOUINE, Pédiatre, Chef de Pôle :
a.chamouine1@chmayotte.fr - Tél : 06.39.69.38.15

Néonatalogie : 21 lits (16 d'hospitalisation simple, 8 soins intensifs et 4 de réanimation)

Pédiatrie : 38 lits et 2 places (dont 4 lits de surveillance continue)

Activité de pédiatrie générale et surveillance continue pédiatrique.

Pathologies traitées :

- › Pathologies chroniques
- › Prise en charge des enfants à risque de défaillance
- › Conditionnement et transfert des enfants défaillants
- › Pédiatrie courante

Organisation du service :

Participation à la permanence des soins (3 à 4 gardes de senior par mois) - garde pédiatrie et néonatalogie séparée.

Encadrement des internes sur place.

Contrat de courte durée : (inférieur ou égal à 1 an)

Rémunération attractive.

Prise en charge du billet d'avion pour le candidat, mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (2 mois) pendant la durée du remplacement.

Contrat d'un an :

Rémunération attractive, prise en charge du transport, du logement et du véhicule.

Mutation ou première nomination de Praticien Hospitalier :

Indemnité Particulière d'Exercice ouverte aux praticiens hospitaliers nommés à titre probatoire et permanent (16 mois de traitement versés en 4 fractions égales).
Prise en charge du transport (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (2 mois).

Possibilité d'être recruté sous statut de praticien clinicien.

Envoyer demande de renseignements et candidature (CV détaillé, tous les diplômes, attestation d'inscription à l'ordre 2015) à :
Catherine BARBEZIEUX-BETINAS, Direction des Affaires Médicales : 02.69 61 80 00 | poste 5635 | mail : c.barbezieux@chmayotte.fr
Marie-Paule CLEMENT, Attachée d'Administration : 02.69 61 80 00 | poste 3121 | mail : mp.clement@chmayotte.fr



Groupe Hospitalier Est Réunion

Situé dans l'Est de l'île, et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes équipés des dernières technologies, le GHER recrute :

Un PEDIATRE à temps plein

Poste à pourvoir immédiatement (titulaire ou contractuel)

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40%)

Prise en charge du billet d'avion

Le service de pédiatrie fait partie du pôle Femme-Enfant du GHER, réalisant plus de 1 400 accouchements par an et composé de :

- 8 lits de pédiatrie
- 8 lits de néonatalogie (dont 2 mère-enfant)
- 41 lits de gynécologie-obstétrique
- 3 salles d'accouchement (dont 1 dite physiologique) et 2 salles de pré-travail

Candidature ou renseignement auprès de la Direction des Affaires Médicales du GHER par mail : affaires.medicales@gher.fr à l'attention de Mme Sabrina WADEL

Retrouver le GHER sur son site internet www.gher-reunion.fr



L'Hôpital du Jura est situé à Delémont dans le Canton du Jura (Suisse). Le service de Pédiatrie de l'Hôpital du Jura (ci-après H-JU) répond aux besoins d'une population totalisant près de 70'000 habitants. Avec plus de **8'000 consultations, 600 hospitalisations et 660 naissances annuelles**, une équipe médico-infirmière prend en charge les enfants dès la naissance et jusqu'à l'âge de 16 ans.

Pour renforcer son organisation, sa direction met au concours la fonction Chef Adjoint du Service de Pédiatrie de l'hôpital du Jura.

Médecin Pédiatre (h/f)

Chef Adjoint du Service de Pédiatrie au sein de l'Hôpital du Jura / Suisse

VOTRE MISSION :

Sous la responsabilité du Chef de Service, votre mission est double : vous assurez le bon fonctionnement et la gestion administrative du Service et collaborez activement à la prise en charge des jeunes patients et de leurs familles.

En qualité de médecin pédiatre, vous intervenez sur toutes les activités liées au service, ce qui inclut : les consultations, les urgences, les hospitalisations ainsi qu'une présence en salle d'accouchement ou au bloc opératoire (gestion des naissances lors d'accouchements difficiles / réanimations néonatales). Une collaboration avec le service de maternité connexe à la pédiatrie est attendue tout comme un engagement sur les actions de gardes.

NOUS DEMANDONS :

Diplômé en pédiatrie, vous bénéficiez d'une expérience significative dans une fonction médicale hospitalière en qualité de chef de clinique, ou médecin-chef ou dans un poste à responsabilités parallèles. Une spécialisation en néonatalogie représenterait un atout.

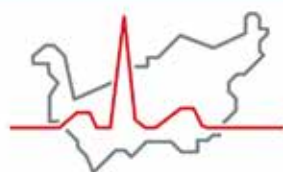
Motivé à contribuer efficacement au développement d'un service de pédiatrie au sein d'une équipe participative, vous êtes disposé à donner un nouvel élan à votre carrière.

RENSEIGNEMENTS :

Ce poste vous intéresse ? Merci d'adresser votre candidature (CV et lettre de motivation) à info@solution-rh.ch pour Réf. 2015-E-015.

Composez le + 41 32 423 01 60 ou le + 41 79 480 99 67 pour obtenir toute information utile sur le poste et son environnement de travail. Andrea Huber, Chargé de recrutement pour l'Hôpital du Jura, vous renseigne volontiers.

www.h-ju.ch



Hôpital du Valais
Spital Wallis

1^{er} employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte environ 5 000 collaboratrices et collaborateurs. Chaque année, 40 000 patient-es environ sont pris-ses en charge et plus de 440 000 visites ambulatoires sont assurées.

L'Hôpital du Valais Cherche pour le Centre Hospitalier du Valais Romand un-e :

Chef-fe de Clinique à 100%

Pour son département femmes-enfants, service de pédiatrie.

Vos missions :

- Assurer la prise en charge clinique des patients hospitalisés et ambulatoires • Participer aux gardes du service
- Participer à l'encadrement et formation des médecins assistants, stagiaires et étudiants en médecine
- Collaborer avec le personnel paramédical

Votre profil :

- Titre de spécialiste fédéral en pédiatrie ou formation jugée équivalente • Plusieurs années d'expérience comme chef de clinique dans un hôpital universitaire • Sens de la coopération, engagement et disponibilité

Lieu de travail : Hôpital de Sion

Entrée en fonction : tout de suite ou à convenir

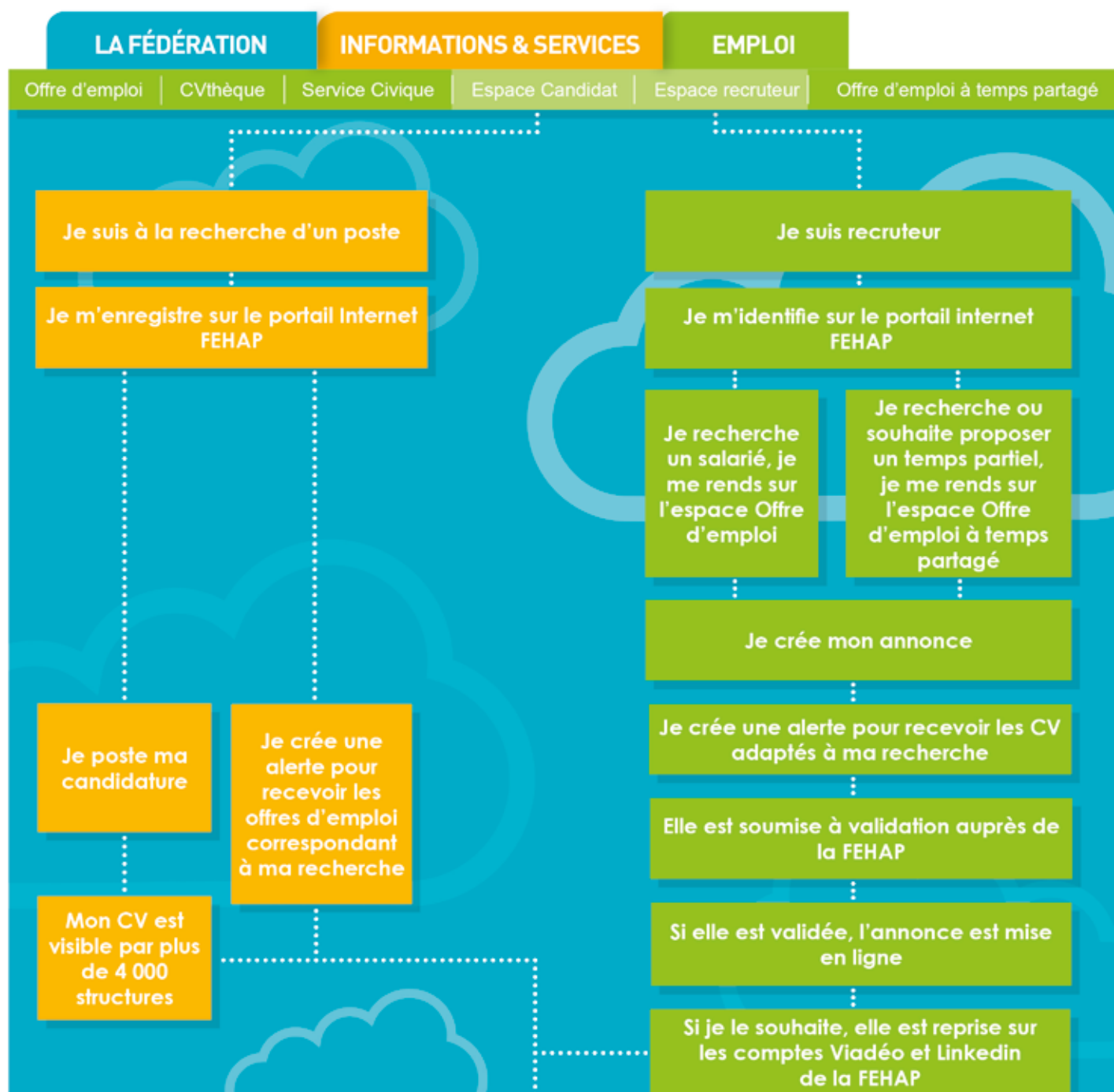
Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Professeur René Tabin
02 76 03 86 67 - rene.tabin@hopitalvs.ch

Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet par courrier : Hôpital du Valais
Hôpital de Sion - Professeur René Tabin - Service de pédiatrie - Avenue du Grand Champsec 80 - CH-1950 Sion

■ www.hopitalvs.ch | www.spitalvs.ch

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr



MATCHING !