

La lettre
de l'



Association des Juniors en Pédiatrie

Numéro 15 [Juillet 2017] Gratuit

Accueillir les enfants migrants
et les mineurs isolés étrangers
Entre défi clinique et créativité

Vaccination contre le méningocoque 2017

La dose supplémentaire à 5 mois

Etre médecin urgentiste à la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris

BlouseBrothers.fr

Une plateforme collaborative pour l'entraînement aux ECNi

Zawadi



L'EXPERTISE COSMÉTIQUE POUR BÉBÉS
À PEAU SÈCHE ET AFRO-MÉTISSÉE

SANS PHÉNOXYÉTHANOL

SANS PARABENS

SANS SILICONES



0-12 mois
+12 mois

-  Soins nettoyants
-  Soins hydratants
-  Soins apaisants

www.zawadi-soins.fr

Zawadi, une gamme exclusive de soins
dermo-cosmétiques conçus spécifiquement
pour les bébés à peau sèche ou afro-métissée

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
Evénementiel

Matthieu BENDAVID
Webmaster

Daphnée Piekarski
Rédactrice en Chef

SOMMAIRE

N° 15

Ouverture de consultations médicales dédiées aux enfants migrants en région parisienne	06
Consultation de pédopsychiatrie et d'ethnopsychiatrie pour mineurs isolés à la Maison de Solenn	09
Il tousse Docteur, on lui donne du sirop ? La recommandation AFSSAPS 2010, toujours d'actualité	16
Bulletin d'INFOVAC de mai 2017 La vaccination contre le méningocoque en 2017 pour tous les enfants à 5 mois avec un rappel à 12 mois	19
Etre médecin urgentiste à la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris	21
Hypophosphorémie ? : Mode d'emploi	29
Le Rire Médecin au chevet des enfants à l'hôpital	33
Ecole d'été « Enfance et bien-être » à l'Université d'Angers	35
BlouseBrothers.fr Une plateforme collaborative pour l'entraînement aux ECNi	37
Médecine d'ailleurs : Mission Madagascar	39
Histoire de la pédiatrie : Histoire de biberons et de tétines	42
Les annonces de recrutement	47

LA VACCINATION CONTRE LE MÉNINGOCOQUE

EN 2017 POUR TOUS LES ENFANTS À
5 MOIS AVEC UN RAPPEL À 12 MOIS

p. 19



ETRE MÉDECIN URGENTISTE
À LA BRIGADE DES SAPEURS-
POMPIERS DE PARIS

p. 21



BLOUSEBROTHERS.FR
UNE PLATEFORME
COLLABORATIVE POUR
L'ENTRAÎNEMENT AUX ECNI

p. 37

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.



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.

EDITO

Bonjour à tous et à toutes,

Cette lettre de juin a pour thème la prise en charge pédiatrique d'enfant migrants et des mineurs isolés, en parallèle au congrès annuel de notre association qui cette année se tourne vers les « Pédiatres du monde ».

Je souhaitais remercier chaleureusement les internes de Lyon pour leur magnifique accueil. Merci beaucoup pour toutes ces présentations passionnantes sur la pédiatrie dans le monde. Comment garder son insuline en Guinée quand on n'a pas d'électricité ? Sauver des enfants d'une insuffisance rénale aiguë avec une dialyse péritonéale en Afrique ? Des missions humanitaires de 2 semaines sans devoir prendre de dispo avec l'association pédiatres du monde ? Vous aurez un petit récapitulatif dans la prochaine lettre pour ceux qui n'étaient pas à Lyon. Et on espère vous voir nombreux au congrès de l'an prochain au printemps 2018.

L'AJP, avec l'aide de médecins spécialistes, est en train de former des internes à la prise en charge de ces patients, qui est loin d'être évidente. Barrière de la langue, conditions précaires, maladies dites « tropicales », perdus de vues, ... ces difficultés sont vraiment d'actualité. Certains ont fui des zones de conflits et de violences, arrivant en France avec des psycho-traumatismes, qui resurgissent une fois la période d'urgence et de danger passée. Un exemple de prise en charge vous est proposé à travers les consultations pour mineurs isolés mises en place à la Maison des adolescents à l'hôpital Cochin à Paris.

Au programme aussi : un peu de clinique, un peu d'associatif, de l'humanitaire et la suite de l'article de décembre dernier sur l'histoire de la pédiatrie. Ainsi qu'un regard différent sur les urgences à travers l'expérience d'un médecin urgentiste chez les pompiers.

Je suis toujours à la recherche d'articles pour les prochains numéros (prochaine deadline : octobre). Si vous voulez faire connaître une de vos expériences ou un projet, expliquer une recommandation, parler d'un cas clinique, d'un sujet qui vous intéresse en rapport avec la pédiatrie : envoyez nous vos idées sur la boîte mail de l'AJP : ajpediatrie@gmail.com.

Je vous souhaite à tous un très bel été.

Daphnée Piekarski

Paris, le 26/06/17

CONTACT MAIL

ajpediatrie@gmail.com

SITE WEB

www.ajpediatrie.org

FACEBOOK

AJPédiatrie

OUVERTURE DE CONSULTATIONS MÉDICALES DÉDIÉES AUX ENFANTS MIGRANTS ET AUX MINEURS ISOLÉS

Nous vivons une époque où la crise migratoire constitue un des enjeux centraux de la politique internationale, ainsi qu'un moteur des débats politiques et sociétaux.

En France, en 2013, on recense 1,0 millions d'exilés, migrants et étrangers vulnérables.

Le dernier rapport de l'UNICEF datant du 17 mai 2017 déclare que 200 000 enfants non accompagnés ont demandé l'asile dans environ 80 pays en 2015-2016, dont 170 000 se sont dirigés vers l'Europe.

Jusqu'à 20 % des passeurs sont liés à des réseaux de traite des personnes.

Face à ces constats, l'UNICEF a placé l'enfant migrant dans les priorités de son Plan d'Action pour le G7.

La question de la gestion des enfants migrants ne saurait exclure l'implication des pédiatres.

En effet, la santé constitue en France un droit fondamental de tous les enfants.

Dans cette optique, le pôle humanitaire de l'AJP propose de développer un projet de consultations menées par des internes pour des enfants migrants au sein de l'APHP.



Qu'apportent ces consultations ?

Avec 8000 mineurs isolés en France dont 1000 recensés à Paris, les Permanences d'accès aux soins de santé, normalement accessibles dans chaque hôpital sont vite débordées et n'ont pas toujours un médecin qui consulte. C'est pourquoi nous proposons ces consultations.

En plus de permettre de créer un premier lien de confiance entre ces enfants et le pays qui les accueille, les consultations permettraient de remettre à jour le calendrier vaccinal, de dépister des maladies transmissibles, de les orienter vers un spécialiste en cas de besoin - dans un climat de confiance et de bienveillance.

Comment a-t-on créé le projet ?

Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'ouverture d'un nouveau pôle humanitaire à l'AJP, initié par Maya Husain et sur l'expérience clinique d'Alice Bergevin aux urgences de Louis Mourier à Colombes.

Nous avons initialement présenté le projet au chef de service de pédiatrie de Louis Mourier, le Pr Mercier, qui nous a apporté son soutien.

Nous avons ensuite sollicité les internes de pédiatrie d'Ile-de-France afin de trouver des volontaires. Trente internes ont répondu présents et sont actuellement en cours de formation.

Le projet a été présenté au Pr De Pontual, chef de service de pédiatrie générale à Bondy ainsi qu'au Pr Faye, chef de service de pédiatrie générale à

Par ailleurs, elles permettront aux internes de se former aux pathologies transmissibles, de les sensibiliser aux problèmes de ces populations défavorisées et de briser les retenus qu'ils peuvent ressentir aux urgences face à un enfant migrant.

En effet, la prise en charge de l'enfant migrant doit amener les professionnels à se poser des questions spécifiques (par exemple, « s'agit-il d'un mineur isolé ? A-t-il un lieu sûr où rentrer, qu'en est-il de sa prise en charge sociale ?). Toutes ces questions ne pouvant être résolues dans la fièvre des urgences, une consultation dédiée nous a paru être la solution idéale pour une prise en charge globale de ces populations vulnérables.

Robert Debré. Ils ont accepté de mettre à disposition des internes un box de consultation, de participer à la formation des internes, ainsi que de mettre à disposition des médecins référents dans leur service, qui seront garants du bon déroulement des consultations.

L'hôpital de Robert Debré a d'ores et déjà donné son accord pour le début des consultations dès cet été.

Enfin, avec le soutien du coordinateur de pédiatrie de Paris, Pr Gajdos, nous avons créé un ensemble d'objectifs pédagogiques afin que ce projet soit reconnu dans le cadre de notre formation de DES de pédiatrie.

Moyens déjà présents

Au sein de l'APHP et en dehors de quelques Permanences d'Accès aux Soins de Santé, deux pédiatres dédient une consultation à ces enfants. Il s'agit du Dr Pham à Bondy et du Dr Sorges à Necker.

Des associations comme Médecins du Monde ou Médecin Sans Frontières sont actifs sur le terrain, mais malheureusement souvent dépassés par le

manque de personnel médical, en particulier pédiatrique et l'accès aux spécialistes fastidieux, surtout pour le suivi psychologique.

Ceci abouti à un retard de prise en charge, nous avons été témoin notamment d'un jeune migrant hospitalisé pour tuberculose bacillifère diagnostiquée lors d'un dépistage systématique réalisé plus d'un an après son arrivée en France.

Qu'en est-il en dehors de Paris ?

A Lille, le système est le même, basé principalement sur les associations telles que « Médecin solidarité Lille ».

A Marseille, comme à Lyon, l'hôpital paraît très impliqué, avec une Permanence d'Accès aux Soins mère-enfant.

Quel interne pourra faire ces consultations ?

Tous les internes ayant suivi notre parcours de formation théorique et pratique, qui sera renouvelé aussi souvent que possible, afin que de nouvelles personnes puissent s'intégrer au projet.

Cours indispensables :

- ◆ Bilan du primo arrivant, Dr Sorges.
- ◆ Tuberculose et infections cutanées, Dr Lachaume.
- ◆ Malnutrition, Dr Lethellier.
- ◆ Parasitoses digestives et fièvre au retour, Dr Phaam.
- ◆ Vaccinations, Pr Gaudelus
- ◆ Mutilations sexuelles, Dr Tantet.
- ◆ Psychotraumatismes, Dr Zadikian.

Concernant les formations pratiques, il est possible d'assister aux consultations déjà en place avec le Dr Phaam à Bondy ou avec le Dr Sorges à Necker.

Comment seront organisées les consultations ?

Les associations d'accueil des enfants dans les quartiers autour des hôpitaux concernés, les familles ou les médecins pourront prendre rendez-vous auprès du secrétariat de pédiatrie.

Une demi-journée par semaine dans chaque hôpital, un interne verra 4 nouveaux patients dont il discutera avec le médecin référent et qu'il reverra à 1 mois et plus si besoin tant qu'il ne sera pas inclus dans un réseau de soins. Après avoir été examiné, chaque enfant aura un bilan de dépistage :

- ◆ Sérologies VIH, VHB, VHC, VHA, syphilis.
- ◆ Ac anti-tétaniques.
- ◆ Examen parasitologique des selles.
- ◆ Radio de thorax, IDR/quantiféron.
- ◆ NFS, ferritine, plombémie.
- ◆ 25 OH vitamine D.

Quelques définitions

Réfugié : « Craint d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions politiques, se trouve hors de son pays dont elle a la nationalité et ne peut, ou du fait de cette crainte ne veut, se réclamer de la protection de ce pays (...) »
Extrait de la Convention de Genève 1951, article 1

Demandeur d'asile : A quitté son pays et demande refuge dans un autre pays. Afin de déterminer si la personne a des raisons de craindre d'être persécutée dans son pays, sa demande est examinée au Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA). Soit reconnue réfugiée, soit sa demande est refusée. Durant sa procédure, la personne est titulaire d'un titre de séjour valable sur le territoire.

CADA : Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile, offrent aux demandeurs d'asile un lieu d'accueil pour toute la durée de l'étude de leur dossier de demande de statut de réfugié. Hébergement, suivi administratif et social et aide financière alimentaire gérés par des associations.

Migrants : Quittent ou fuient leur lieu de résidence habituel pour se rendre ailleurs – généralement à l'étranger – en quête de possibilités ou de perspectives meilleures et plus sûres. La migration peut être volontaire ou involontaire. La plupart du temps, elle procède d'un mélange de choix et de contraintes.

Mineur isolé étranger : < 18 ans, n'a pas la nationalité française et se trouve séparé de ses représentants légaux sur le sol français. De sa minorité découle une incapacité juridique, et de l'absence de représentant légal une situation d'isolement et un besoin de protection.

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé, prise en charge médicale et sociale pour personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, absence de protection sociale, conditions de vie, difficultés financières.

Si vous avez des questions, souhaitez participer au projet, ou rejoindre le pôle humanitaire de l'AJP pour y développer d'autres projets veuillez contacter :

Maya Husain : mayahusain@hotmail.fr

Alice Bergevin : bergevinalice@yahoo.fr

A très bientôt !!!

Alice Bergevin
Maya Husain

ACCUEILLIR LES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS ENTRE DÉFI CLINIQUE ET CRÉATIVITÉ

UNE APPROCHE TRANSCULTURELLE À LA MAISON DES ADOLESCENTS

Introduction

La France comme l'Italie, et d'autres pays d'Europe sont confrontés à une immigration particulière, celle des mineurs isolés étrangers (mie), ou « mineurs non accompagnés » tels que la loi les désigne. Ce sont des enfants de moins de 18 ans qui se trouvent hors de leur pays d'origine et séparés de leurs parents ou tuteurs légaux. Selon la définition juridique, ceux-ci sont « des mineurs en danger » du fait de l'absence de personne ressource pouvant les accueillir avec bienveillance sur le territoire français. De fait, ils bénéficient du droit de protection avant leurs 18 ans et sont recueillis par l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

Ce phénomène d'errance solitaire des enfants s'est intensifié ces dernières années, provoquant dans les différents états Européens une situation chaotique, les instances institutionnelles engagées dans leur prise en charge ne disposant pas de moyens suffisants ni de politiques nationales cohérentes. Ces difficultés sont telles que les professionnels de l'ASE et des services de santé mentale peuvent être confrontés à des paradoxes et au risque d'échec de prise en charge. Penser le « QUI SUIS-JE » du mineur isolé étranger, c'est penser sa place juridique, son accompagnement pour la reconnaissance de ses droits, ses conditions d'accueil, son suivi éducatif et son intégration dans notre société.

Il est intéressant de constater que l'origine, les spécificités de ces mineurs et la diversité de leurs profils ont une incidence sur les discours et le trai-

tement dont ils font l'objet. Ce phénomène de migration des mineurs nécessite donc d'être évalué à partir de son origine. Celle-ci serait-elle le fruit d'un rêve migratoire individuel et familial, qui cherche la réussite sociale et économique ? Ou bien en partie la conséquence d'une logique européenne pouvant être vécue comme un bouleversement de l'équilibre social de ces populations soumises aux difficultés de la mondialisation ?

Ces garçons et filles nous obligent à adapter notre système d'accueil, d'accompagnement, d'assistance et de soutien, législatif et psychosocial. Et pour pouvoir les accueillir et les accompagner avec humanité et efficacité, nous devons bien cerner à quelle population nous avons à faire : sont-ils mineurs ou majeurs adultes migrants ? D'où viennent-ils ? Quels avenir vont-ils se construire ?



Maison de Solenn
MAISON DES ADOLESCENTS
COCHIN-PARIS

Le dispositif NATMIE à l'hôpital Cochin

Le dispositif NATMIE¹ est un dispositif innovant d'accueil thérapeutique des mineurs isolés étrangers. Sa singularité est qu'il accueille en son sein les mineurs isolés étranger à la fois avec leur référent social permanent et un interprète médiateur. Ces nouveaux binômes feront partie intégrante du dispositif. Cette pratique thérapeutique innovante est née d'une recherche action menée par l'équipe du Pr Moro à la maison des Adolescents² en étroite collaboration avec la DASES (Aide Sociale à l'Enfance de Paris) et des associations parisiennes qui accueillent les mineurs isolés étrangers. L'objectif a été de favoriser et de laisser émerger les compétences transculturelles des accompagnants socio-éducatifs, c'est-à-dire de travailler sur leur capacité à faire face à l'altérité. Les mineurs isolés étrangers rencontrent une multiplicité de problématiques et des interrogations paradoxales qui restent sans réponses. Comment se construire loin de chez soi et sans le support social nécessaire pour faire face au stress inhérent à la migration ? Chez l'adolescent, l'ensemble de ces facteurs interfère avec les processus de construction identitaire s'énonçant autour des filiations et affiliations aux pairs, lesquels sont largement mises à mal dans le cas de nos patients.

Le rôle central des éducateurs

Dans ce cadre social, la relation éducative entre un enfant et un éducateur de métier modèle le développement de l'être humain selon les valeurs et idéaux collectifs de la société. L'éducation est donc bien un fait de culture. Or comment accepter d'être éduqué, accompagné, orienté quand nos représentations du monde divergent, quand la barrière de la langue éloigne et quand la manière de penser le monde s'oppose aux attentes parentales, à celle du village ou de la communauté ? Comment accompagner ces jeunes, quand leur parcours est émaillé de ruptures et de trauma-

l'enfance ou l'adolescence tronquée par le départ, avant que les principes importants de la vie aient pu être transmis, ainsi que le nécessaire métissage, questionnent la filiation. Comment prendre le temps de grandir, quand on doit faire tout vite et bien pour potentialiser les chances d'avoir les papiers et pour combler au plus tôt le manque de ressources financières et sociales ? Comment s'inscrire dans un processus d'apprentissage quand il n'y a pas eu le temps de se poser et de s'installer pour découvrir cet autre monde ? Beaucoup de jeunes se reprochent par exemple de ne pas apprendre assez vite le français et certains même veulent continuer à s'exercer alors même qu'on leur propose un interprète pour mieux verbaliser leurs souffrances psychiques. Ces questions paradoxales ne se posent pas qu'aux mineurs isolés étrangers, mais aussi aux travailleurs sociaux qui les accompagnent. En effet, c'est dans la rencontre de deux représentations du monde que peuvent se nicher des malentendus, des incompréhensions et des incohérences qui viendront participer à fragiliser ce jeune déjà vulnérable, qui a besoin d'étayage et de guidance pour s'accomplir.

tismes, et qu'il reste difficile de faire confiance à l'adulte qui a pu prendre mille et une façades durant le voyage. C'est tout le défi qui se pose aux éducateurs, premiers référents stables depuis leur arrivée en France. Ils occupent la première place dans l'écoute, l'accueil et la reconnaissance de la souffrance du jeune. Ils jouent ainsi un rôle primordial proche de la « mère suffisamment bonne » de Winnicott qui va leur présenter le « monde à petite dose ». Ce sera donc à ces éducateurs d'amener le jeune vers les soins somatiques et psychiques.

1. Nouvel Accueil Transculturel Mineur Isolé Etranger

2. Hôpital Cochin, Paris. Groupe de recherche NATMIE : MR Moro, F. Touhami, R. Radjack, S. Minassian, L. Woestelandt, S. Maley, J. Lachal, S. Hieron, F. Hollande, A. Bernichi, C. Lebrun, A. Moscoso Sibeoni, S. Bouznah



Somatisations : la souffrance exprimée par le corps

Ce défi de prises en charge couplées consiste à prendre en compte simultanément les effets traumatiques du déracinement, les conséquences de la précarité socio-économique ainsi que leur impact sur le corps, qui est souvent la modalité d'expression première de leur souffrance. Les jeunes viennent avec des douleurs très précises (dos, poitrine, pieds, tête), suite à des explorations somatiques multiples, qui se sont heurtés à une impasse diagnostique (Blandin, 2013). Dans ces cas-là, l'éducateur référent qui les accompagne se trouve aux premières loges : le jeune lui reproche son incapacité à le soigner. L'éducateur lui, se retrouve confronté à un tel vécu

d'impuissance qu'il peut, après avoir surinvesti cette quête de soins, s'épuiser à une tâche qui le met dans une position d'échec insupportable. La prise en charge complémentaire somatique et psychique de la Maison des Adolescents va permettre de rendre possible le dialogue entre l'atteinte du corps et le mal-être psychique. Il s'agit alors de considérer que le corps est une modalité d'expression de souffrances psychiques qui ne peuvent pas s'exprimer autrement : la dépression de l'adolescent et son cortège de somatisations, les états de stress post-traumatiques complexes, les troubles anxieux,...

L'importance de l'interprète

C'est dans ce cadre d'une rencontre dynamique entre des binômes : d'une part le mineur isolé étranger et les institutions et d'autre part le mineur isolé étranger et son référent éducatif, que nous proposons d'enrichir le dispositif y rajoutant un autre binôme : celui du thérapeute et de l'interprète médiateur (Interprète : truchement, travail de « signification à signification »). Les médiateurs sont engagés dans la construction

des liens sociaux et le font en s'appuyant sur leurs propres expériences vécues de la migration et leurs connaissances linguistiques, socio-culturelles et institutionnelles (Cohen Emrique et al, 2004). Ils aident à déconstruire des représentations et à donner du sens aux passages à l'acte. C'est sur le modèle des principes de la consultation transculturelle du Pr Marie Rose Moro que ce dispositif s'est basé, à savoir permettre un jeu

d'identifications multiples, valoriser la créativité et le savoir-faire des sujets pour un métissage inclusif, valorisé et reconnu (Touhami, 2015, 2016). L'interprète devient alors un passeur d'un monde à un autre, en passant « la langue », dans tout ce qu'elle signifie. Il accompagne le jeune dans son association d'idées pour penser le monde, ses catégorisations, ses croyances, ces nominations et non-dits. Ce qu'on ne peut pas dire est refoulé et objet de désir, un désir indomptable et persécuteur qui fut quelques fois la raison du départ ou du passage à l'acte. C'est donner la possibilité de parler et d'être compris dans sa langue, d'évoquer et de faire valoir ses croyances et représentations. L'interprète médiateur se retrouve ainsi considéré comme un co-intervenant, voire même un co-thérapeute auxiliaire quand la relation duelle du binôme thérapeute/interprète médiateur le permet. C'est la position du thérapeute qui permet à l'interprète d'asseoir cette position, par une relation de confiance, de complémentarité. Le thérapeute est alors le chef d'orchestre qui fera jouer telle ou telle partition selon les modalités de la thérapie. Le thérapeute va pouvoir alors interroger les concepts et va les contextualiser selon le pays, la région, le village, le groupe et la caste. Tout prendra une connotation et un air différent pour arriver aux représentations ontologiques qui permettront alors de comprendre qui est le jeune, et ce qu'il faut faire sur le plan culturel.

Les thérapeutes, les jeunes isolés étrangers, et le travailleur social s'enracinent dans des cultures et leurs identités sont le produit de leurs expériences.

Ces identités influencent leurs attitudes et leurs relations aux autres. Afin de les faire émerger, et de rendre possible une figuration de l'histoire, nous pouvons utiliser des objets flottants amenés par le jeune, lui demandant par exemple d'amener un objet représentant le passé, un le présent et un le futur. Ces objets permettent de mettre en perspective une narrativité et aideront à matérialiser la temporalité psychique du jeune (Touhami, 2015, Woestelandt, 2017).

Il s'agit ainsi de concevoir des modalités thérapeutiques à même de prendre en compte au mieux ces problématiques liées à des vies détricotées, à la solitude et au manque d'étayage de la famille et du groupe. Un des objectifs est de les aider à retrouver un élan de vie et un ancrage. Dans ce sens, l'interprète médiateur peut apporter de sa connaissance, de sa trajectoire de vie comme modèle identificatoire. Un maillage est retissé avec une contenance d'abord interne et externe, pour permettre la réconciliation du moi avec le sujet de son histoire. Apaiser par la sonorité de la langue, par l'accueil de l'étrangeté et la reconnaissance des savoirs et pratiques, permet une remobilisation des pulsions de vie, des compétences et des créativité souvent anesthésiées et inexploitées.

Ce dispositif est une consultation thérapeutique singulière qui va tricoter une prise en charge articulée entre soins psychiques et somatiques, en essayant de réajuster sans arrêt les écarts et les malentendus.

Deux consultations du dispositif NATMIE : Adama et Ali

Adama

Nous recevons Adama, jeune mineur isolé âgé de 17 ans, accompagné par la psychologue du foyer qui a eu connaissance de notre dispositif au cours d'une formation transculturelle. Adama est originaire du Mali, soninké et noble. Selon la psychologue, Adama pose problème au foyer. Il était voué à une grande carrière de footballeur. Mais il a chuté et s'est blessé à cheville et n'arrive plus à récupérer sa mobilité. Il ne s'est pas remis de cet accident. Depuis, à tout moment, il peut faire des sortes de convulsions : de façon répétée il perd connaissance, chute et reste inconscient de longs moments. Ces manifestations sont décrites comme impressionnantes et requérant une contenance psychique et physique importante pour l'équipe. L'équipe éducative n'a pas l'habitude avec ces symptômes, toutes les causes somatiques ayant été écartées et c'est bien la cause psychiatrique qui est finalement retenue. Il est alors hospitalisé par deux fois en psychiatrie dont l'une sans son consentement, avec comme

diagnostic posé celui d'une schizophrénie devant une catatonie, un mutisme, et des éléments délirants. Ce voyage en psychiatrie adulte fut pour lui vécu de manière traumatique. Il se replie sur lui-même, ne dort plus, se coupe de la vie du foyer alors qu'il était apprécié et pleins de promesses. Ce diagnostic est beaucoup trop lourd à penser pour l'équipe qui, malgré les liens, envisage une orientation dans un lieu spécialisé pour patients psychotiques.

Il est orienté à la consultation NATMIE, comme un dernier espoir pour comprendre et mettre du sens à son désordre avant l'enfermement dans son diagnostic et l'orientation dans un foyer spécialisé. Nous avons présenté le dispositif à Adama, dans plusieurs langues, le français, l'arabe, l'arménien et le soninke. Comme une ritualisation de la rencontre, la première consultation est agrémentée par un jeu, un test qu'on appelle le circle test. C'est un test projectif qui permet la représentation spatiale du temps. Sur une feuille blanche vide nous demandons de faire trois cercles, présent, passé et futur. En soninke (langue parlée en Afrique de l'Ouest) : passé darou, aujourd'hui lenki et demain xumbané (rumbané) .

Lors du premier entretien, Adama a refusé de se prêter à la consigne et de faire le circle test. Nous avons remercié Adama dans plusieurs langues et accepté son refus (du moins son report), en y donnant une interprétation. Difficile de laisser sa trace et ses empreintes une première fois à des personnes étrangères que l'on ne connaît pas. Avec l'aide de l'interprète médiateur, nous avons compris qu'avec l'écriture et des formes il est possible de faire du mal et d'attaquer (un système clos tel un cercle peut être significatif d'une attaque en sorcellerie, dans son groupe culturel). Juste en proposant un test projectif connoté culturellement, nous avons touché à l'histoire d'Adama et à ses frayeurs.

Ali

Ali est un jeune homme algérien issu de la grande ville d'Oran. Il a 17 ans. Son éducatrice est touchée par son histoire mais elle n'y arrive plus. Ali fume beaucoup, prend une benzodiazépine dont il est devenu dépendant et s'auto mutile.

D'emblée à la consultation, Ali s'adresse à moi et il me dit « Khalti » tata, ou « khti fatima » sœur Fatima, ces formules de politesse, mette de la distance comme le vouvoiement et empêche toute séduction possible, elle hiérarchise d'emblée la relation. Dans son parcours chaotique et traumatique, nous savons d'Ali, dont le corps est cicatrisé, mutilé, qu'il fut maltraité jusqu'à être laissé pour mort car surpris avec un petit ami. Pour parler de son homosexualité, Ali ne supportait pas que nous utilisions l'arabe. Il s'adressait alors à mon collègue et à son éducatrice et a demandé à ce que l'interprète médiatrice qui avait une figure de mère ne soit pas présente.

L'emploi d'une langue étrangère peut présenter une difficulté, une résistance à la parole (peur de mal s'exprimer, peur de l'équivoque) ou au contraire constituer une facilité à dire les choses. C'est ainsi que certains jeunes isolés étrangers ont beaucoup plus de facilités à s'exprimer en français quand il s'agit de la sexualité, si l'on admet que la langue maternelle est celle où s'effectue le refoulement. Pour certains bilingues, la langue étrangère, pour autant qu'elle soit considérée comme la langue du maître, celle de la science ou du savoir et de la culture, est valorisée au détriment de la langue maternelle, qui apparaît dès lors comme la langue du défaut, de l'insuffisance, voire de l'impureté. Elle est aussi la langue de l'intimité dans laquelle il serait plus difficile, notamment pour un sujet féminin de parler sexualité, car cette langue ne serait pas en mesure de lui assurer une place symbolique qui autoriserait l'expression du désir.

C'est ce qui explique pourquoi cette langue maternelle transparait ici comme une langue dans laquelle un sujet est contraint à des détours, des circonvolutions, pour contenir une altérité dont on sent qu'elle est vécue comme suspecte. C'est là qu'on s'aperçoit combien le terme bien connu de Hichma et qui signifie pudeur, vient exprimer cette grande difficulté de parler du désir sexuel et combien dès lors le passage à la langue étrangère, en l'occurrence le français, va permettre de délier les langues, de s'affranchir du poids d'une intimité et d'une proximité pesantes.

Conclusion

L'accueil et la prise en charge sociale et psychologique des jeunes isolés étrangers viennent questionner nos pratiques dont nous devons réinterroger la pertinence. Au carrefour des logiques judiciaires, sociales et de celle du soin psychique, la problématique des mineurs isolés étrangers nous renvoie aux paradoxes inhérents de l'exercice psychiatrique, entre soin psychique et dimension sécuritaire.

La place des soins psychiques chez les mineurs isolés étrangers soulève des enjeux multiples. Cette prise en charge est désormais possible grâce au dispositif NATMIE. Un espace thérapeutique, intégrant la dimension transculturelle, aidant le jeune à reconstruire de nouvelles théories de vie, à élaborer le trauma à travers des modalités qui lui sont propres, et à restaurer son historicité.

Il évite de les assigner dans une fixité identitaire réduite à leur appellation « mineurs isolés étrangers » et de les assujettir à une identité d'assimilation. Ce dispositif tente de laisser leur subjectivité s'inscrire dans une pluralité identificatoire, créative et métissée. Il nous incombe à tous la responsabilité d'établir le projet de Devereux qui était de « constituer une psychologie de l'enfant libre de tout stéréotype, c'est-à-dire une science véritable qui nous permette d'élever des enfants capables d'édifier un monde meilleur que celui qu'ils tiennent de nous » (Devereux, essai d'ethnologie générale, p 394°).

Penser la place des soins psychiatriques de ces jeunes nous invite à dessiner des pratiques transdisciplinaires et transculturelles, car, éducateurs, enseignants, interprètes-médiateurs et soignants seront les passeurs d'avenir de ces jeunes, passeurs de mots, d'histoire, de culture et de mémoire.

**Touhami Fatima, Minassian Sevan, Dr Radjack Rahmeth,
Woestelandt Laure, Pr Moro Marie Rose**

Bibliographie

- ◆ Blandin M., Etude sur la santé des mineurs isolés étrangers consultant dans un centre de soins de Paris. Thèse de médecine générale soutenue en octobre 2013, Université Paris 5.
- ◆ Cohen Emrique et al, 2004.
- ◆ Cottle, Thomas J., "The Circles Test: An Investigation of Perceptions of Temporal Relatedness and Dominance." *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment* 31, no. 5 (October 1, 1967): 58-71. doi:10.1080/0091651X.1967.10120417.
- ◆ Minassian S., Du temps au récit chez le jeune isolé étranger. Thèse Psychiatrie. 2015.
- ◆ Touhami F, Radjack R., Minassian S., Accueil et thérapie Transculturelle des mineurs isolés étrangers en France. La méthode des 3 objets. In : Moro MR, Finco R. (Eds) Mineurs ou jeunes adultes migrants ? Nouveaux dispositifs de prise en charge entre logiques institutionnelles et culturelles. Bergamo (Italie) : L'Harmattan ; 2015 : 19-29 (édition bilingue, français et italien).
- ◆ Touhami F, Radjack R., Moro MR., Penser les enfants isolés, des objets pour dire le temps. *Carnet Psy* 2015 ; 188 : 36-41.
- ◆ Touhami F, Bernichi A., Radjack R., Maley S., Lebrun C., Moro MR., Mille et une façons de bien accueillir les mineurs isolés étrangers en France. In Feldman M., Marty F, Missonnier S., Moro M.R. (Eds) Enfants exposés aux violences collectives. Impacts et soins, Toulouse : Erès ; 2016. : 153-166.
- ◆ Woestelandt L., Touhami F, Radjack R, Moro MR. Initier un suivi psychiatrique chez les jeunes isolés : apports d'une étude qualitative. *Soins-psychiatrie*. 2017 (soumis).
- ◆ Woestelandt L., Initier un suivi psychiatrique chez les jeunes isolés étrangers : revue de la littérature et apport d'une recherche qualitative à la compréhension de la place des soins. Thèse Psychiatrie, 2016.
- ◆ Woestelandt L., Radjack R., Touhami F, Lachal J., Moro MR., Se raconter à l'autre et se construire à travers des objets : une médiation intéressante pour les jeunes isolés étrangers. *Psychiatrie de l'enfant*, 2017.

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. *Fructo-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.



IL TOUSSE

DOCTEUR, ON LUI DONNE DU SIROP ?

RECOMMANDATION
AFSSAPS 2010 :

PRISE EN CHARGE DE LA TOUX CHEZ LE NOURRISSON
DE MOINS DE 2 ANS

Combien de nourrissons a-t-on vu aux urgences avec des sirops ou des suppositoires contre la toux sur conseil de leur pharmacien ou prescription de leur médecin de ville ?

Pourtant la plupart des anti-tussifs sont contre-indiqués chez les moins de 2 ans.

Des recommandations très claires sont parues en 2010 éditées par l'AFSSAPS et sont toujours d'actualité.

Recommandation AFSSAPS 2010

Une part importante de la prise en charge consiste à rassurer les parents et à leur expliquer tout simplement pourquoi leur enfant tousse :

On définit une toux comme aiguë si elle dure **moins de trois semaines**. Au-delà, on parle de toux subaiguë puis chronique. La toux constitue un réflexe naturel de défense de l'organisme **qu'il convient de respecter** et qui est liée le plus souvent à une simple infection virale des voies respiratoires (rhinopharyngite, bronchite). Dans la majorité des cas, la toux disparaîtra dans un délai maximal de **10 à 14 jours**. Dans certains cas, elle pourra régresser plus lentement en 3 à 4 semaines sans pour autant être liée à une complication, qu'il conviendra cependant d'éliminer.

Comment prend-t-on en charge cette toux ?

Aucune spécialité utilisée dans la toux chez le nourrisson n'a démontré qu'elle diminuait la durée et l'intensité des épisodes de toux ; de plus, ces spécialités présentent dans certains cas des effets indésirables.





IL N'Y A PAS LIEU DE PRESCRIRE UN ANTI-TUSSIF CHEZ LE NOURRISSON

La prise en charge repose sur des **mesures hygiéno-diététiques** :

- ◆ Désobstruction nasale pluriquotidienne au sérum physiologique en cas d'encombrement nasal.
- ◆ Eviction de l'exposition au tabac (ne pas fumer au domicile y compris dans une autre pièce que celle où dort le nourrisson).
- ◆ Hydratation régulière du nourrisson et limitation de la température à 19-20°C dans la chambre.

Pas de médicaments docteur ?

Les antipyrétiques peuvent éventuellement être prescrits en cas de fièvre associée et mal supportée.

MAIS :

Les bronchodilatateurs inhalés ne sont pas recommandés chez un nourrisson non asthmatique.

Les antibiotiques sont non seulement sans effet, et susceptibles de développer des résistances à n'importe quel stade de l'évolution d'une rhinopharyngite simple. Ils sont également inefficaces sur la durée de la toux dans cette situation.

Les corticoïdes par voie générale ou par voie inhalée ne sont pas recommandés en cas de toux aiguë en rapport avec une rhinopharyngite, une pharyngite, une laryngite non dyspnéisante, une trachéite, une bronchite, et au cours du premier ou du deuxième épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson.

Les antisécrotoires gastriques sont sans effet en l'absence d'un reflux gastro-œsophagien clairement identifié.

ET DANGER !!

Les médicaments par **voie orale, inhalée, nasale** ou en application cutanée contenant des **dérivés terpéniques** (ex : camphre, eucalyptol, etc.) sont **contre-indiqués chez les nourrissons et les enfants âgés de moins de 30 mois** en raison de leur risque neurologique, en particulier convulsivant.

Même pas de la kiné ?

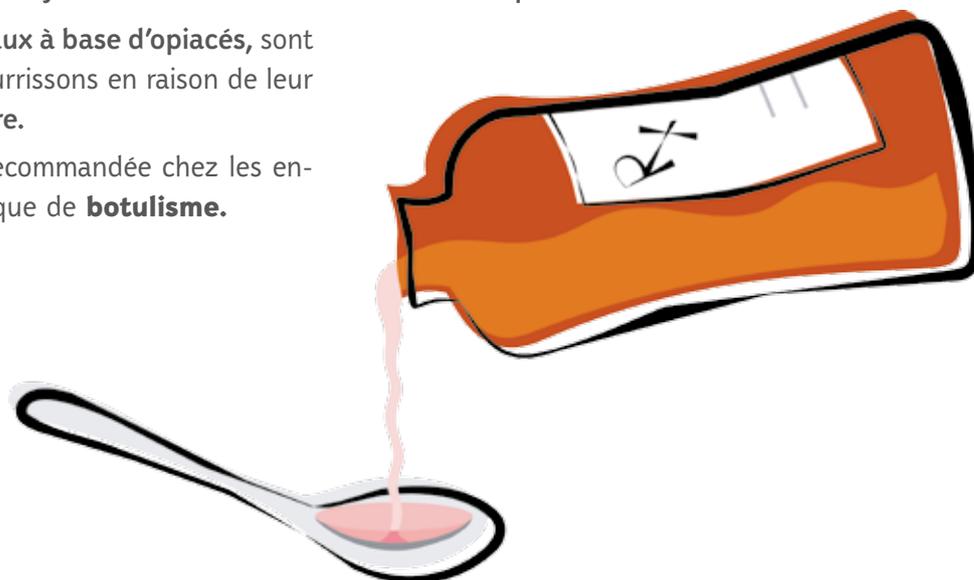
Il **n'est pas nécessaire de prescrire de la kinésithérapie respiratoire** chez un nourrisson présentant une toux aiguë liée à une infection banale des voies respiratoires, non compliquée (à discuter en cas de bronchiolite).

Et le sirop contre la toux ?

Depuis le 29 avril 2010, les **spécialités mucolytiques** (acétylcystéine, carbocistéine), **mucofluidifiantes** (benzoate de méglumine : FLUISÉDAL®) et l'hélicidine sont contre-indiquées chez le nourrisson (moins de deux ans) en raison du **risque de majoration de l'encombrement bronchique**.

Les sirops antitussifs centraux à base d'opiacés, sont contre-indiqués chez les nourrissons en raison de leur **effet dépresseur respiratoire**.

La prise de miel n'est pas recommandée chez les enfants de moins d'un an : risque de **botulisme**.



Les autres antitussifs étant sur le point d'être contre-indiqués en 2010

Des travaux étaient en cours en 2010 devant conduire à contre-indiquer les **antihistaminiques H1 de première génération utilisés dans le traitement symptomatique de la toux** chez le nourrisson regroupant des phénothiazines (prométhazine RHINATHIOL®, alimémazine THÉRALÈNE® et oxoméazine), la chlorphéniramine, le pimétixène CALMIXÈNE® et le fenspiride PNEUMOREL®. Ceci en raison des effets indésirables rapportés dans cette tranche d'âge, de **l'effet sédatif et de dépression respiratoires** qui pourrait être délétère en cas d'encombrement bronchique et du fait que **ces médicaments n'ont pas clairement fait la preuve de leur efficacité**. La contre-indication

des antihistaminiques H1 était déjà effective ou sur le point de l'être au Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni et dans plusieurs autres pays européens.

Il était, en outre, envisagé en 2010 de contre-indiquer le **fenspiride** chez le nourrisson.

De même toutes les **spécialités suppositoires terpéniques** chez les enfants de moins de 30 mois, et chez les enfants, quel que soit l'âge, ayant des antécédents de convulsion fébrile ou de crise d'épilepsie en raison de leur risque potentiel de **convulsions et/ou d'équivalents convulsifs**.

Et depuis 2010 ?

Les antihistaminiques H1 de première génération ont été contre-indiqués chez le nourrisson.

Le fenspiride (qui est aussi un antihistaminique H1) a également été contre-indiqué chez l'enfant de moins de 2 ans.

Les spécialités suppositoires terpéniques chez les enfants de moins de 30 mois aussi.

Et pour finir : demandez aux parents s'ils savent ce qu'est l'hélicidine...



Daphnée Piekarski

BULLETIN INFOVAC MAI 2017

LA VACCINATION CONTRE LE MÉNINGOCOQUE EN 2017 POUR TOUS LES ENFANTS À 5 MOIS AVEC UN RAPPEL À 12 MOIS



Pour votre information : La principale modification du dernier calendrier vaccinal publié en Avril 2017, est l'ajout, à l'âge de 5 mois, d'une dose de Neisvac®.

Ceci est la conséquence de l'échec du programme de vaccination des enfants plus grands et surtout, des adolescents ainsi que des adultes jeunes, qui n'a pas permis la mise en place d'une immunité de groupe protégeant les nourrissons. De ce fait, de très nombreuses questions nous sont parvenues sur ce sujet (voir plus bas).

En Italie, l'ensemble des vaccins de la petite enfance est devenu obligatoire depuis fin avril 2017... Espérons que nos nouvelles autorités politiques suivront l'exemple italien et... les recommandations de la Concertation Citoyenne.

Durant le congrès de l'ESPID, à Madrid du 22 au 26 mai 2017, les Autorités de Santé du Royaume-Uni ont confirmé pour **Bexsero**® l'excellente couverture vaccinale (90%), la bonne efficacité sur le terrain (> 80% pendant la première année de vie sur l'ensemble des infections invasives à Méningo B) et ont rassuré sur la tolérance à

large échelle (plus de 700.000 vaccinés par an depuis près de 2 ans). **La vaccination par le Bexsero® y a été réalisée (schéma 2-4-12 mois) en même temps que les Pentavalent et Prevenar®.** La forte réactogénicité attendue de ces associations et l'éventualité des risques liés à des épisodes fébriles induits ont conduit à proposer systématiquement l'administration d'antipyrétiques (paracétamol ou ibuprofène) juste avant ou immédiatement au décours de la vaccination. Une étude comparative anglaise montre d'ailleurs que le paracétamol utilisé dans ces conditions diminue significativement l'intensité des épisodes fébriles mais pas l'ibuprofène. A ce même congrès, différentes études ont confirmé l'excellente efficacité et tolérance de la vaccination de la femme enceinte contre la coqueluche. A quand la recommandation en France ?

Du côté des produits : Des ruptures d'approvisionnement persistent (infovac.fr).

En réponse à vos questions

Peut-on remplacer le Neisvac® par le Menjugate® pour cette dose administrée dans la première année de vie ?

Non !!! Aucune étude ne montre qu'une seule dose de Menjugate® est suffisamment immunogénique dans la première année de vie.

Si je vaccine un enfant par le Neisvac® à 5 mois, puis-je lui faire le rappel à 12 mois avec un Menjugate® ?

En principe, pour les rappels, lorsque les vaccins sont disponibles, il vaut mieux utiliser le même produit, mais en cas de pénurie, n'hésitez pas à changer.

Quand administrer cette dose quand aucune consultation médicale n'est programmée à l'âge de 5 mois (surcharge de consultations de certaines PMI) ?

L'AMM en 1 dose dans la première année l'autorise à partir de 4 mois. Il est tout à fait possible (et fait dans de très nombreux pays) de faire 3 vaccins (Hexavalent-Prevenar-Neisvac) à la visite de 4 mois. En outre, pendant des années, les anglais, qui sont les premiers à avoir mis en place la vaccination contre le méningo C, l'ont pratiqué dès l'âge de 3 mois en utilisant une seule dose de Neisvac®, avec le succès que l'on connaît. Si aucune de ces solutions ne vous satisfait, vous pouvez faire l'injection à l'âge de 6 mois, mais ce sera une perte de chance pour l'enfant pendant cette période de pic de fréquence de la maladie.

Pour les enfants âgés de plus de 5 mois et de moins d'un an, doit-on effectuer un rattrapage pour le Neisvac® ?

Il semble raisonnable de le proposer à ceux de moins de 9 mois, sans oublier de faire le rappel à 12 mois ou plus (au moins 5 à 6 mois après la première dose). Pour les autres, mieux vaut attendre la date de l'injection de 12 mois.

Je propose le Bexsero® à l'âge de 3, 5 et 13 mois, pour me rapprocher du schéma anglais qui a fait la preuve de son efficacité sur le terrain, sans avoir à le co-administrer avec l'Hexavalent et le Prevenar afin de limiter le risque de fièvre. Dois-je quand même injecter le Neisvac® à 5 mois ?

Oui !! Pour l'instant... En attendant des données d'efficacité clinique plus probantes avec Bexsero® qui n'est pas un vaccin dirigé contre la capsule polysaccharidique du sérogroupe B mais contre des antigènes protéiques sous capsulaires (non spécifiques du sérogroupe B), il ne fait pas de doute qu'il protège en partie aussi contre les autres sérogroupe. Les données actuelles montrent que ces antigènes sont le moins souvent exprimés (40 % semble-t-il) contre les souches appartenant au sérogroupe C.

Faut-il prescrire systématiquement du paracétamol en prévention chez le nourrisson lors des séances de vaccinations ?

Tout dépend de la réactogénicité attendue des vaccins administrés !!! et des interférences éventuelles avec la réponse immune. C'était la règle avec les vaccins anti-coquelucheux entiers (très réactogène : fièvre et réactions locales). L'introduction des vaccins anti-coquelucheux acellulaires dans les années 2000, beaucoup mieux tolérés, a rendu cette pratique inutile, d'autant que plusieurs études avaient montré qu'elle induisait une moins bonne réponse anticorps pour certains antigènes. Pour Bexsero®, l'administration du paracétamol est conseillée car elle diminue significativement l'intensité des réactions secondaires tout en ne réduisant pas l'immunogénicité.

Robert Cohen, Joël Gaudelus, Véronique Dufour, Didier Pinquier, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Marie-Aliette Dommergues, Isabelle Hau, Nicole Guérin, Odile Launay, Philippe Reinert, Olivier Romain, François Vie le Sage, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.

Site : <http://www.infovac.fr>

Contact : infovac-france@wanadoo.fr

ETRE MÉDECIN URGENTISTE À LA BRIGADE DES SAPEURS-POMPIERS DE PARIS : BSPP



Roxane a 34 ans, elle est médecin urgentiste, capitaine à la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris, la BSPP à la caserne de Massena dans le 13^{ème} arrondissement de Paris.

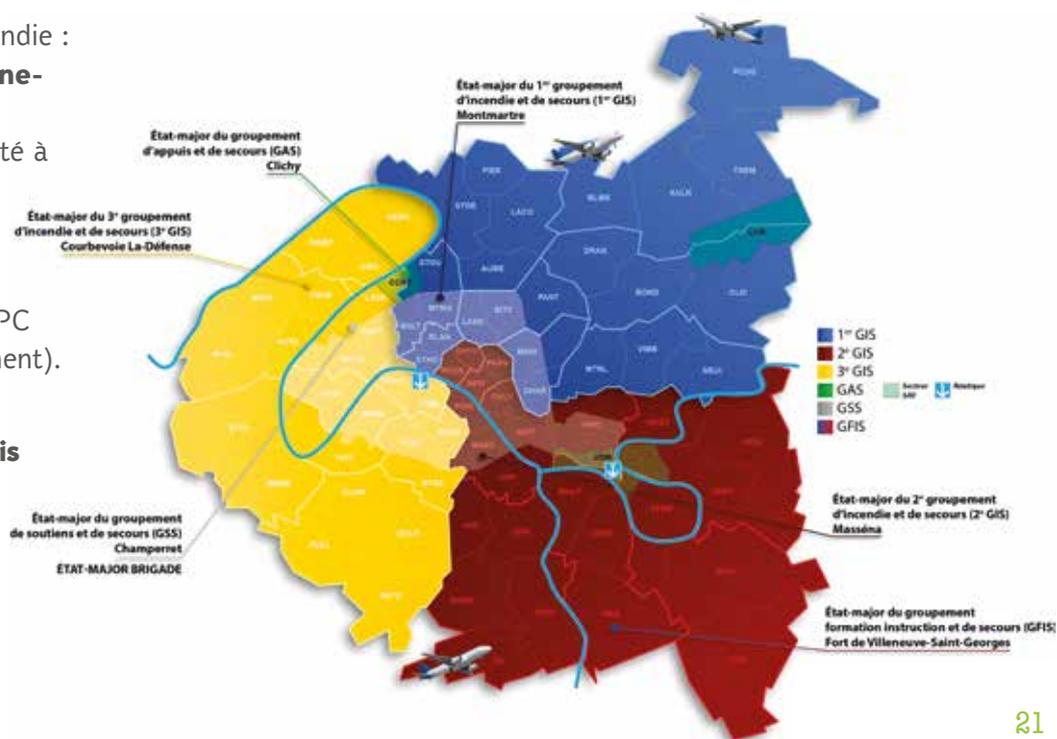
La brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), souvent appelée La Brigade est une unité du génie de l'armée de terre française, sous l'autorité du préfet de police et commandée par le général de brigade Philippe Boutinaud, depuis 2015.

La BSPP, le BMPM (Bataillon des marins pompiers de Marseille) et les pompiers de l'air sont des unités de sapeurs-pompiers militaires. La Brigade, pour sa part, intervient dans Paris et ses trois départements limitrophes, appelé communément « Petite Couronne » : Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne.

Quelle est l'organisation de la Brigade à Paris ?

La BSPP comprend 81 casernes dont 77 centres de secours, et est organisée en trois groupements d'incendie, chacun étant commandé par un officier supérieur du grade de colonel ou lieutenant-colonel :

- Premier groupement d'incendie : **Nord-Est de Paris et Seine-Saint-Denis** (le poste de commandement est implanté à Montmartre).
- Deuxième groupement d'incendie : **Sud-Est de Paris et Val-de-Marne** (PC Masséna, XIII^e arrondissement).
- Troisième groupement d'incendie : **Ouest de Paris et Hauts-de-Seine** (PC Courbevoie-La Défense).



Pourquoi cette organisation militaire à Paris ?

Un peu d'histoire : en **février 1810**, un incendie se déclare dans la résidence de Napoléon I^{er} qui est présent cette nuit-là. L'Empereur décide de créer une garde de nuit spéciale composée de sapeurs du Génie. À la suite de l'incendie de l'ambassade d'Autriche qui cause la mort d'une centaine de convives en juillet 1810, l'Empereur demande une nouvelle organisation de ce corps des gardes pompiers. La proposition d'une formation militaire est retenue et officialisée par décret impérial du **18 septembre 1811** qui crée le **Bataillon de sapeurs-pompiers de Paris**. Le Bataillon devient Régiment de sapeurs-pompiers de Paris le 5 décembre 1866 avec une zone d'action étendue à tout le département. A partir du 1^{er} janvier 1968, cette zone d'action est encore étendue aux trois nouveaux départements périphériques : Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne, formant la "Petite Couronne". Après un accroissement des moyens du Corps, le Régiment est dissout et la **Brigade de sapeurs-pompiers de Paris est créée le 1^{er} mars 1967**.

*Frise historique de l'exposition
Pompiers de Paris à l'Hôtel de Ville*

FRISE HISTORIQUE	
23 fév. 1716	Ordonnance royale créant la première organisation du service des pompes de Paris
18 sept. 1811	Napoléon 1 ^{er} crée par décret le bataillon de sapeurs-pompiers de Paris
5 déc. 1866	Napoléon III transforme le Bataillon en régiment de sapeurs-pompiers de Paris
1906	Premiers véhicules automobiles
sept. 1939	Epis de la mobilisation générale, le Régiment étend sa compétence au département de la Seine
01 mars 1967	Création de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP)
01 janv. 1968	Extension de la compétence de la BSPP aux 3 départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne
01 juin 1972	Réorganisation de la Brigade et création des 3 groupements d'incendie territoriaux
15 fév. 1978	Explosions de gaz rue Raynouard. Mise au point du Plan Rouge (afflux massif de blessés)
août 1985	Mise en service du casque FT
1985	Arrêt de Police-Secours. Prise en charge du secours à victime par la Brigade
2005	Création du Plan Rouge Alpha (multi-attentats)
2011	Mise en service du centre opérationnel 18/112. Commémoration du Bicentenaire des pompiers de Paris
13 nov. 2015	Multi-attentats Stade de France, Batignolles, 11 ^e arrondissement

Depuis quand y-a-t-il des médecins chez les pompiers de Paris ? Quels sont leurs rôles ?

Initialement, les médecins à la BSPP avaient le même rôle que dans toutes unités militaires, ils assuraient les soins, l'aptitude, la prévention et l'éducation sanitaire des militaires. Ils avaient également un rôle de protection des pompiers lors de leurs interventions. Rapidement, leur rôle a été étendu à la protection des civils. Depuis 1960, on parle d'une « révolution du secourisme » : c'est l'hôpital qui va à la victime. A partir des années 1980, les médecins sont présents aux côtés des sapeurs-pompiers. Depuis 1985, le secours à victime est officiellement confié à la BSPP avec en conséquence un doublement du parc d'engin. Aujourd'hui, la majorité des interventions des pompiers (81.56%) concerne l'aide à la personne ! A l'heure actuelle, le rôle des médecins sur ambulance de réanimation est équivalent à celui d'un SMUR. Cependant, certaines missions leur sont encore exclusives.



Tiré de l'exposition Pompiers de Paris à l'Hôtel de Ville

Les médecins professionnels qui travaillent à temps plein pour les pompiers ont des missions précises qui sont décrites par le Code Général des Collectivités Territoriales. En voici quelques exemples :

- La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;
- Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;
- La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes ;
- La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service ;
- La participation aux missions de secours d'urgence relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

En résumé, il s'agit de s'assurer qu'un pompier occupe un poste adapté à ses conditions de santé (physique et psychiques), d'assurer un soutien aux pompiers lors des opérations d'envergure ou à risque (feux importants, risque chimique...), de compléter si nécessaire les actions du SAMU. Le médecin participe aussi à la formation des pompiers et de gère le service de santé (infirmière, pharmacien...).

Roxane, quel a été ton parcours avant de travailler dans la Brigade ?

J'ai fait mes études de médecine et mon externat à la fac de Paris VII, puis ma 1^{ère} année d'internat en médecine général à Lille II et le reste à Paris VI – Saint Antoine.

J'ai décidé de pratiquer la médecine d'urgence suite à mon passage au SAU de Bichat en D4. Un vrai coup de foudre. J'adore, l'impression d'être toujours sur la brèche, l'apparence de désordre permanent, l'impossibilité de prévoir de quoi sera faite ma journée. Et l'esprit d'équipe, très important !

Comment as-tu été « recrutée » chez les pompiers ?

Pour mon recrutement, mon meilleur ami était déjà à la BSPP. Du coup, sur une période de recrutement, il a donné mon nom et mon parcours et ensuite ils m'ont appelé.

As-tu eu une formation militaire initiale ?

Pas de formation militaire pour moi. Ce qui me manque parfois. J'ai appris à me mettre au garde à vous 5 secondes avant mon premier rassemblement (appel du matin) ! Du coup j'ai plutôt appris sur le tas et je continue d'ailleurs.

Quel est ton rôle en tant que médecin chez les pompiers ?

Mes différents temps de travail se passent :

- Au centre de coordination des appels ;
- Dans une ambulance de réanimation (AR) pour les interventions ;
- Sans compter les autres missions, comme la formations des Sapeurs-Pompiers par exemple, ou bien la mienne bien sûr.

Le fonctionnement de la coordination est assez intéressant d'ailleurs. Nous nous partageons les tâches avec les SAMU. Les SAMU régulent et nous coordonnons. En pratique, nous avons la charge de recevoir les bilans des VSAV (véhicule de secours et d'assistance aux victimes) tandis que les SAMU ont la charge de réguler les destinations hospitalières quand cela dépasse le simple passage aux urgences. Bien sûr, les 2 structures s'occupent des appels qu'elles reçoivent en direct et décident de l'envoi des moyens nécessaires. Quand le SAMU a besoin d'un VSAV ou d'une AR, ils nous la demandent et quand nous avons besoin d'un SMUR, on leur demande.

Au niveau des interventions, comment ça se passe ? Qui est dans le camion ?

Dans le camion on part avec un médecin sénior, un infirmier et le conducteur. Nous avons parfois avec nous un interne, un externe militaire ou un élève infirmier. Les internes qui décalent avec nous sont, soit des internes militaires, soit des internes d'anesthésie-réanimation ou en DES d'urgence. A l'intérieur, nous avons tous le matériel que l'on trouve dans un box de déchoquage !



Camion de l'équipe médicale à la caserne de Masséna



Ancienne ambulance de réanimation Peugeot Guérin (1967)

Durant ces interventions, qu'est-ce que tu peux voir au niveau pédiatrique ?

J'ai souvent transporté des femmes enceintes et nous avons dû à plusieurs reprises encadrer des accouchements ! Le problème principal est d'éviter que le bébé se retrouve en hypothermie, à domicile, ils se refroidissent vite, même en été. Après, on apprend à se débrouiller. En l'absence de couveuse, nous avons des sacs à bébé et des couvertures de survies, sans compter les bonnets en jersey (ceux qu'on utilise pour les plâtres). Pour la sécurité sur la route, on les transporte généralement dans des attelles de bras à dépression. Ils sont comme dans des cocons. Heureusement, je n'ai jamais été confronté à une naissance de grand prématuré car nous ne sommes pas équipés au niveau du matériel pour ça. En cas de besoin, il nous faut l'aide d'un SMUR pédiatrique.

Nous avons aussi toute la traumatologie, avec les chutes, les accidents de la route, les accidents de cours d'école. Bien évidemment, nous prenons également en charge les pathologies médicales aussi : états de mal épileptique, sepsis, malaises du nourrisson, ... En fait un peu toutes les pathologies. Nous sommes souvent appelés à intervenir en première ligne, en attendant un SMUR pédiatrique. Surtout dans le Val-de-Marne où il n'y a pas de SMUR pédiatrique dans le département.

De par le côté pompier, nous sommes régulièrement amenés à prendre en charge des enfants victimes d'incendies. Les enfants sont plus sensibles aux brûlures et aux intoxications aux fumées d'incendies. Je me souviens d'une petite fille de 2 ans que sa maman avait laissé dormir pendant qu'elle partait faire une course. Pendant ce temps, la cuisine avait pris feu et la petite était gravement intoxiquée. Les pompiers l'avaient trouvée en arrêt. La réanimation cardio-pulmonaire associée à une bonne oxygénation ont permis de récupérer une activité cardiaque assez rapidement. L'hydroxocobalamine a fini de la stabiliser. L'intubation avait été particulièrement compliquée devant des voies aériennes supérieures couvertes de suies. Nous avons pu confier au SMUR pédiatrique une petite fille stabilisée. Aux dernières nouvelles, elle avait quasiment tout récupéré.

Une autre intervention bien marquante a été mon premier (et espérons dernier) accouchement en siège. La maman avait une césarienne programmée et donc avait décidé qu'elle ne pousserait pas. Tout le corps était sorti à l'exception d'une épaule et de la tête. Rien n'y faisait, ni la négociation, ni les menaces, ni l'autorité. Après m'être assurée que tout était prêt pour une éventuelle réanimation du nouveau-né, j'ai dû me résoudre à aller chercher le bébé. J'ai donc fini de dégager les épaules et fait une manœuvre de Mauriceau. Autant dire que, jusque lors, je ne m'étais entraîné que sur mannequin. Finalement, l'enfant est sorti et, au bout de quelques secondes, a pleuré et s'est rapidement recoloré. Ces secondes ont duré une éternité !

Les interventions pédiatriques, quand elles sont graves, restent généralement des interventions mémorables. Elles ne sont, heureusement, pas fréquentes pour nous et nous poussent dans nos retranchements. Et finalement, on préfère souvent que ce soit une fausse alerte. Il est plus confortable de prendre en charge un malaise du nourrisson qu'une mort inattendue...

Est-ce que tu as pris part aux interventions lors des attentats de janvier 2015 ?

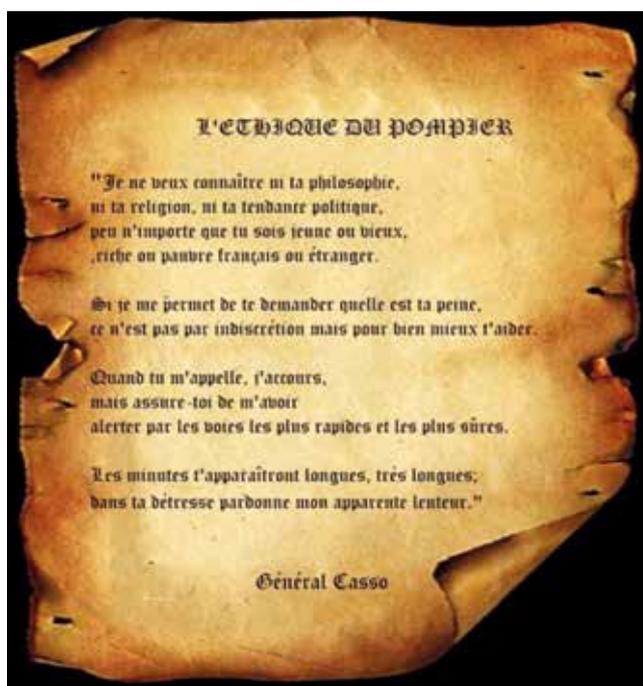
Pour les attentats de janvier 2015, ça a été un peu étrange. À part la policière municipale tuée à Montrouge, je n'ai pas participé en direct. Mais il y avait une fébrilité et une anxiété très palpable. Et puis surtout le visage de mes collègues qui sont intervenus à Charlie Hebdo qui étaient plus que parlant. Et pourtant ils étaient plutôt expérimentés (dont des médecins qui étaient partis au front). Le plus étrange dans l'histoire c'est que, pour notre génération, c'était la première fois et malheureusement pas la dernière que ça se passait chez nous. Pour moi, le plus bizarre c'était d'intervenir à quelques centaines de mètres de chez moi, dans un contexte de fusillade et avec une débauche de moyen ! Ça a été une pression constante pendant une semaine. Je venais tout juste d'arriver à la Brigade (le 2 janvier 2015) et ça semblait surréaliste.

Est-ce que tu as été directement exposé à des dangers sur le terrain ?

Non, pas directement. Les médecins sont plus préservés car ils doivent être là pour soigner les victimes et les pompiers exposés. Mais il y a eu 2 morts au feu parmi les pompiers depuis que je suis entrée dans la Brigade dont la première femme morte au feu à la Brigade. Elle était très expérimentée et son décès a beaucoup marqué ses collègues : le sergent Aurélie Salel. Le second était son binôme le caporal-chef Florian Dumont. Le devoir de mémoire est très important chez les pompiers. L'appel des « Morts au feu » a lieu les lundis dans toutes les casernes. Il s'agit d'une cérémonie avec levée des couleurs et appel des noms de ceux qui sont morts aux feux. Un rappel des circonstances du décès de l'un d'entre eux est fait. Puis une Marseillaise est chantée. C'est très solennel. Et chaque année a lieu le 18 septembre le « Jour du Souvenir » en hommage aux anciens pompiers et aux décédés.



La devise de la BSPP est « Sauver ou périr ».



L'éthique du sapeur-pompier par le général Casso

A quoi ressemble une journée pour toi dans la caserne ? Qu'est-ce que tu apprécies dans cette vie si étroitement liée à ce métier ?

En fait, ça dépend. Ce qui me plaît, justement, c'est que les journées ne se ressemblent pas.

Si je suis à la coordination, je dois me rendre directement, sur place, à l'Etat-Major de la Brigade, la caserne de Champerret. C'est là que se trouve la coordination médicale. On l'appelle parfois le bocal, en raison de ses baies vitrées. Là, pendant 8h (ou parfois 12h le week-end), je réponds aux appels des patients, des chefs d'agrès, des opérateurs, des AR, ... C'est souvent assez intense. On en sort vidés.

Quand je suis sur AR, la journée commence à 7h45 par un rassemblement, où on fait l'appel des personnels de garde sur les différents engins et où les différentes missions sont attribuées. Ensuite, a lieu un staff ou on récapitule toutes les interventions des 24 dernières heures des 2 AR du 2^{ème} groupement. Sur le principe, tout le monde participe, médecins, infirmiers et conducteurs. Ensuite, vient la vérification du matériel. On vérifie quotidiennement que notre déchoquage est au complet. Au vu de tout ce qu'il y a, ça peut prendre du temps.

Surtout qu'à tout moment, on peut partir en intervention. Celles-ci sont signalées par un « ronfleur » puis une sonnerie spécifique. Le tout correspond à une sorte de code morse qui permet de savoir quel véhicule doit partir. En général, la coordination nous appelle également pour nous donner plus de détail sur l'intervention. Pendant ce temps, le conducteur va chercher l'ordre de départ où l'on trouve l'adresse d'intervention et le motif de départ. C'est parti dans une course folle dans les rues de la capitale en espérant pouvoir sauver une vie. En rentrant d'intervention, on remplace le matériel utilisé. Toujours prêt !

Les interventions s'enchaînent à un rythme plus ou moins endiablé, en fonction des jours. Parfois il s'agit d'un incendie. Et même si on n'éteint pas les flammes, on peut être amenés à s'approcher assez près du foyer et à médicaliser une victime près des flammes. La fameuse tenue de feu est alors obligatoire (la classe !).

Entre les interventions, on travaille à la formation des plus jeunes, à se faire former, aux études menées dans le service...

La séance de sport est aussi une option possible et fréquemment utilisée. Il y a une vraie culture de l'exercice physique. Et les casernes disposent de salles de sport ou de gymnases.

Les pompiers hommes doivent être capables à tout instant de passer l'« épreuve de la planche ». Fixée à 2,40 mètres du sol, les pompiers militaires doivent la grimper chaque matin, vêtus de leur tenue de feu. Les femmes ont une épreuve équiva-



*Brigade Masséna dans la XIII^{ème} arrondissement de Paris
Il s'agit de l'une des plus grandes casernes de sapeurs-pompiers d'Europe.
Le bâtiment abrite des logements pour 550 pompiers et permet de rejoindre rapidement les garages des camions situés en dessous.*



La planche de rétablissement (image tirée du site : www.defense.gouv.fr)

lente très physique aussi. L'objectif est de savoir si le personnel est capable de se rétablir à la force des bras en cas de chute d'un toit ou alors qu'un plancher s'effondre. La planche est très importante pour les pompiers. On ne peut pas faire confiance à camarade qui ne réussit pas la planche pour assurer la sécurité du binôme sur feu. C'est la réussite de cette épreuve qui conditionne le droit pour le pompier à partir sur un incendie. Heureusement les médecins en sont dispensés...

Avant le déjeuner et le dîner, on peut même se rendre au bar de troupe, communément appelé « foyer », où les sodas et les jus de fruit coulent à flot. La consommation d'alcool est très réglementée pendant les heures de service. Mais à tout moment, le fameux ronfleur peut retentir. Les conversations s'interrompent et l'équipage qui décale s'en va sous les quolibets des autres (le pompier est moqueur parfois).

Ces interruptions brutales sont parfois cocasses. Notamment en séance de sport où l'on doit apprendre à changer de tenue à vitesse grand V ! Ou alors cette fois où un cours sur l'induction en séquence rapide a dû subir pas moins de 5 interruptions forcées.

Après 24h de garde, la boucle se boucle avec un nouveau rassemblement et un nouveau staff, avant le repos bien mérité. Les médecins, infirmiers et conducteurs sont généralement restés ensemble pendant ces 24h

Ensuite viennent (parfois) les jours de repos. Comment se passe un jour de repos en caserne ? Et bien comme dans n'importe quel immeuble en fait. A quelques détails près. Nos voisins sont aussi nos collègues après tout. J'ai l'habitude, j'ai grandi dans la même rue que toute ma famille. Ça ne me change pas trop. Et puis être rentrée chez moi dans les 5 minutes suivant ma garde, c'est quand même confortable ! Mais ça reste toujours étrange de croiser l'impressionnant commandant d'unité en train de chouchouter sa marmaille !

Il y a une vraie culture militaire et un esprit d'équipe unique. Les pompiers vivent tous ensemble : les chambres sont à plusieurs, ils mangent ensemble au réfectoire, ils s'entraînent ensemble, ... Une grande partie d'entre eux viennent de province et ont leur famille là-bas. La Brigade devient leur famille à Paris. Lorsque ces militaires parisiens rentrent chez eux, nombreux sont ceux qui reprennent des « astreintes » chez les pompiers non militaires dans leur région. Les officiers, dont font partie les médecins, et les sous-officiers sont logés dans des appartements individuels dans la caserne avec leur famille.

Certains événements marquent des temps forts dans l'année : le Bal des pompiers du 13 juillet et la fête de Sainte Barbe par exemple. Sainte Barbe est la sainte patronne des sapeurs-pompiers. Le jour de la Sainte Barbe est l'occasion pour les pompiers de faire la fête. Ce jour-là, les grades sont abolis et les gages s'enchaînent pour le commandant d'unité ou pour la chef de service.

La Sainte Barbe, aussi bien que l'appel des Morts au feu, participent à la cohésion des pompiers. Il y a un véritable esprit de corps. Tu vies avec ton équipe pendant toute la garde et avec ton service à longueur d'année. Tu pars en intervention et tu t'amuses avec eux. C'est une expérience assez unique pour moi qui vient du civile.

Le bal du 13 juillet est, quant à lui, l'occasion d'une rencontre entre les pompiers et la population. Rencontre qui, pour une fois, a lieu sous le signe de la fête et non du malheur. C'est le dernier bal populaire existant et les parisiens viennent en famille. Les pompiers aussi parfois d'ailleurs.

Comment le recrutement se fait chez les pompiers ?

Pour les personnels intervenants (militaires du rang), il s'agit d'un engagement initial de cinq ans ou d'un volontariat de l'armée de terre de un an renouvelable.

Conditions d'accès ➡



La sélection comporte trois jours de tests sportifs, tests psychomoteurs, entretien de motivation ainsi qu'une visite médicale. L'instruction se fait au Groupement de formation, d'instruction et de secours (GFIS), au fort de Villeneuve-Saint-Georges.

Et pour les femmes ?

Début 1974, le gouvernement a permis l'emploi des sapeurs-pompiers femmes volontaires mais les professionnelles ont dû attendre 1976. Ce n'est qu'à partir de là que les femmes ont pu exercer cette profession avec les mêmes missions que les hommes, et pas seulement les tâches administratives. Françoise Mabilie a été la première femme française pompière en 1994, et est partie à la retraite en 2011, après 37 ans de service. A Paris, à la BSPP, les premières femmes ne sont arrivées qu'en 2002 !

Et les médecins ?

Le recrutement de médecin de sapeur-pompier professionnel (en dehors de Paris) s'effectue par voie de concours externe.

Ce concours est ouvert aux femmes et aux hommes satisfaisant les conditions d'accès.

Conditions d'accès

- Posséder la nationalité française ou être ressortissant de la communauté européenne ;
- Jouir de ses droits civiques ;
- Se trouver en position régulière au regard du code du service national ;
- Aucune condition d'âge.

Condition de diplôme

Les candidats doivent remplir les conditions d'exercice de la médecine en France.

Epreuves du concours

- Le dossier de candidature se compose des titres, travaux et services rendus et de l'aptitude médicale du candidat ;
- Entretien avec le jury.

En ce qui concerne la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris, c'est un peu différent. Une partie des médecins sont des médecins militaires. Ils sont donc mutés par le service de santé des armées à ce poste, en fonction de leurs choix et de leurs compétences. Une autre partie des médecins est issue du civile. Ces médecins sont recrutés sur leur CV (et donc leurs qualifications) par le médecin-chef de Brigade. Cette candidature doit ensuite être approuvée par les autorités compétentes.

Conclusion

Les pompiers sont la première ligne de secours. Ils interviennent aussi bien sur les incendies, que sur les accidents de la vie ou bien chez des personnes touchées par la maladie. Ce sont des généralistes du risque. Les médecins de la Brigade font partis de cette chaîne de secours. Ils participent à la santé de ces héros du quotidien et interviennent avec eux sur les patients les plus graves. Travailler à la Brigade est une expérience unique pour un médecin urgentiste. On y découvre un quotidien palpitant et un esprit de corps unique.

Merci beaucoup Roxane pour avoir partagé ton expérience, et bonne continuation à toi !

Interview réalisée par l'AJP

Pour en savoir plus

<http://www.pompiersparis.fr/fr/>

Exposition à l'Hôtel de Ville de Paris printemps 2017.

HYPOPHOSPHORÉMIE ?

MODE D'EMPLOI

On connaît bien les troubles de l'équilibre calcique et les hyperphosphorémies. Mais les hypophosphorémies, moins fréquentes, et pourtant présentes en réanimation ou dans le syndrome de renutrition par exemple, sont des troubles que l'on peut être amené à rencontrer dans notre pratique.



Définition d'une hypophosphorémie : c'est quoi les normes ?

Norme : 0,8 à 1,45 mmol/l

Gravité biologique

- 0,8 à 0,6 mmol/l : hypophosphatémie légère.
- 0,6 à 0,3 mmol/l : hypophosphatémie modérée.
- < 0,3 mmol/l : hypophosphatémie sévère.

Quand-est-ce que ça devient symptomatique ?

Symptomatique si sévère ($P < 0,3 \text{ mmol/L}$)

Et des symptômes pas du tout spécifiques

NB : ECG



Tableau I. Manifestations cliniques d'une hypophosphatémie avec déplétion phosphatée

Muscles	<ul style="list-style-type: none">◆ Rhabdomyolyse aiguë avec élévation des enzymes musculaires◆ Myopathie avec faiblesse musculaire, aréflexie, tremblements◆ Diminution de la contractilité cardiaque, insuffisance cardiaque◆ Atteinte du diaphragme, insuffisance respiratoire◆ Atteinte digestive : dysphagie, iléus
Système nerveux central	<ul style="list-style-type: none">◆ Irritabilité, anxiété, paresthésie, mouvements anormaux, tremblements◆ Encéphalopathie : dysarthrie, torpeur, troubles de la vue, convulsions, coma
Hématologie	<ul style="list-style-type: none">◆ Augmentation de la rigidité des globules rouges, hémolyse◆ Diminution de la phagocytose avec prédisposition aux infections◆ Thrombocytopenie
Os	<ul style="list-style-type: none">◆ Augmentation de la résorption osseuse◆ Enfant : rachitisme◆ Adulte : ostéomalacie
Rein	<ul style="list-style-type: none">◆ Hypercalciurie◆ Hypermagnésurie

Le Phosphore ça sert à quoi déjà ?

Répartition du phosphore

- ◆ 85 % os (cristaux d'hydroxyapatite).
- ◆ 14 % liquide intracellulaire : ATP, acides nucléiques, 2-3-DPG.
- ◆ 1 % liquide extracellulaire = LA PHOSPHOREMIE.

Rôle du Phosphore

- ◆ Minéralisation osseuse.
- ◆ Signalisation cellulaire (phosphorylation).
- ◆ Énergie : ATP.
- ◆ Transport de l'O₂ : 2-3-Diphosphoglycérate (libération de l'O₂ transporté par l'Hb).
- ◆ Synthèse d'ADN.
- ◆ Intégrité membranaire.
- ◆ Homéostasie acido-basique.

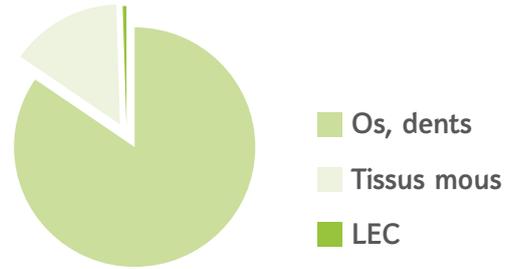


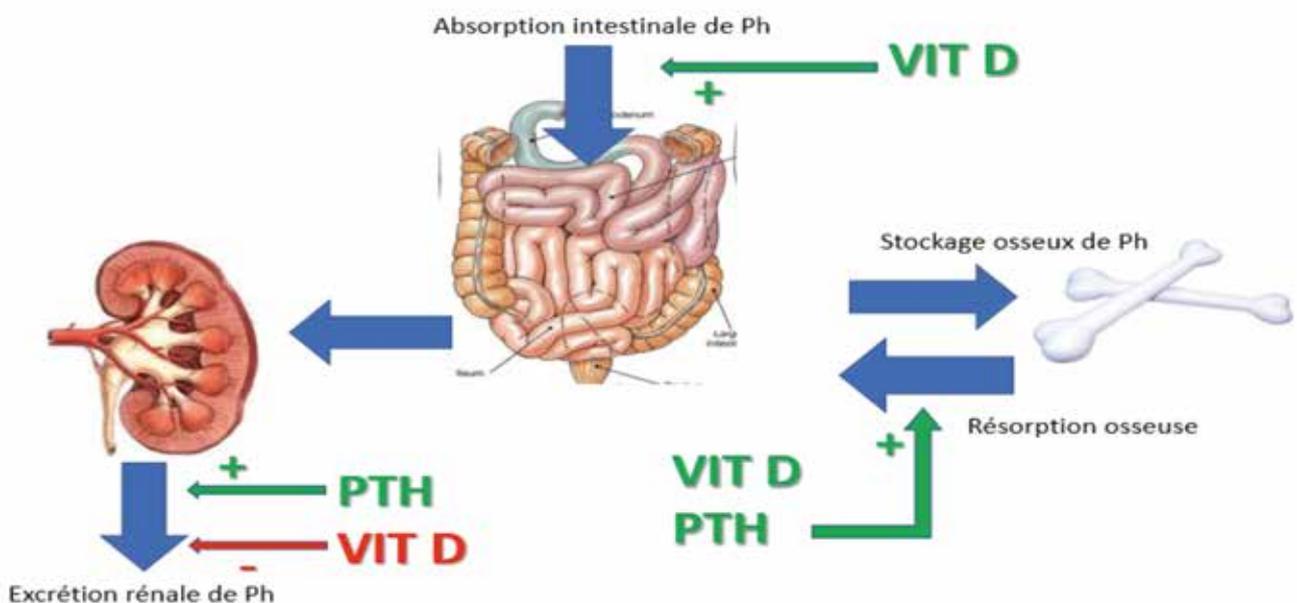
Figure 1 : Le pool total du phosphore contient 700 g dont 84,9 % dans les os, dents, 15 % dans les tissus mous (muscles, viscères), 0,1 % dans le liquide extracellulaire (LEC)

Hypophosphatemia in critically ill patients
T. Nguyen et J.-L. Vincent 2011

D'où des Symptômes liés à la diminution de l'ATP (énergie) et du 2-3-DFG (transport O₂).

Un peu de physio quand même...

- ◆ Absorption intestinale dans le duodéno-jéjunum
Sous contrôle de la forme active de la vitamine D : *1,25-Dihydroxy-vitamine D*.
- ◆ Au niveau rénal : 80 à 85 % sont réabsorbés par le tubule, surtout proximal par co-transporteurs Na-dépendants.
 - PTH : diminue la réabsorption.
 - Vitamine D : stimule la réabsorption.
- ◆ Au niveau de la réserve osseuse : résorption stimulée par la vitamine D et la PTH.



... Pour mieux comprendre les causes de déplétion en phosphore

2 types de cause :

Situations aiguës

Passage de phosphore du secteur extra-cellulaire à l'intra-cellulaire.

Situations chroniques

- ♦ Diminution de l'absorption intestinale.
- ♦ Augmentation de pertes rénales.

Comment raisonne-t-on finalement ?

1 Est une hypophosphorémie AIGUE ?

S'aider du contexte +++ AIGUE si :

- ♦ **Sepsis (alcalose respiratoire) / Réanimation.**
- ♦ Correction d'une acido-cétose diabétique (action de l'insuline).
- ♦ Dénutrition / anorexie mentale et le **syndrome de renutrition.**
- ♦ **Post-opératoire : chirurgie hépatique, parathyroïdectomie ++.**
- ♦ **Prolifération cellulaire rapide (hémopathie).**
- ♦ **(Alcoolisme pas trop en ped).**

 LE GROS PIEGE : SUPPLEMENTATION EN PHOSPHORE SYSTEMATIQUE SI RENUTRITION SURTOUT PARENTERALE+++

Toute hypophosphorémie inférieure à 0,6 mmol/l (modérée) doit conduire à l'arrêt de la renutrition.

2 Si c'est CHRONIQUE : c'est soit DIGESTIF (diminution absorption intestinale), soit RENAL (diminution réabsorption tubulaire)

Pour faire la différence : analyse urinaire PHOSPHATURIE.

< 5mmol/24h : origine extra-rénale envisagée : **digestive**.

> 5mmol/24h : origine **rénale** envisagée.

Si on veut être plus précis : calcul de l'excrétion fractionnelle rénale de phosphore.

$(Ph(u) \times Créat(p)) / (Ph(p) \times Créat(u))$

- < 20 % : extra-rénal : **digestif**.
- > 20 % : **rénal**.

3 Etiologies digestives

- ♦ Apports alimentaires faibles.
- ♦ Latrogénie : chélateurs du phosphore, anti-acides.
- ♦ Carence / résistance à la vitamine D.
- ♦ Stéatorrhée et diarrhée chronique.
- ♦ Vomissements.

4 Etiologies rénales

- ♦ Hyperparathyroïdie I ou II.
- ♦ Syndrome de Fanconi.
- ♦ latrogénie : diurétiques, corticoïdes.
- ♦ Déficit / résistance à la vitamine D.
- ♦ HHRH : Rachitisme hypophosphatémique héréditaire avec hypercalciurie.
- ♦ Et d'autres causes rares liées au FGF23 (une hormone hyperphosphaturiante).

Bilan Initial : AVANT TOUTE SUPPLEMENTATION EN PHOSPHORE !!!

Sang : P, Ca, Créatinine, 1-25-OH-vitD, PTH.

Urines : P, Ca, Créatinine.

Si hypoP chronique : Rx osseuses standards : retentissement de l'hypo Ph chronique.

Voire Scintigraphie osseuse au Tc99, Ostéodensitométrie voire Biopsie osseuse en 2^{ème} intention.

Traitement : la supplémentation et le traitement de la cause bien sûr

L'apport journalier en phosphore recommandé chez un adulte est de 800 à 1500 mg/j.

1L de lait = 1g de phosphore (ok pr supplémentation PO).

A commencer APRES les tests biologiques. Vérifier PAS D'HYPOCALCEMIE associée.

- ◆ **Hypophosphatémie légère (0,6-0,8) :** Pas de supplémentation.
- ◆ **Hypophosphatémie modérée (0,3-0,6) :** PO
Chez le patient sans assistance respiratoire : phosphate pharmaceutique PO : 1 à 2 g/j sur 10j.
PHOSPHONEUROS : phosphore-élément : 78,8 mg/10 gouttes.
Adulte et enfant à partir de 15 ans : 150 à 200 gouttes/j en 2 ou 3 prises : 1200 à 1600 mg /j.
- ◆ **Hypophosphatémie sévère (inf à 0,3) :** IV
Administration IV de phosphate : 0,08-0,16 mmol/kg toutes les 2 à 6 heures.
PHOCYTAN IV 0,33 mmol/ml ou 0,66 mmol/ml à diluer.
Précautions : scope, surveillance P-Ca/6 heures / Contre-indications : hypoCa, Insuff rénale.

Conclusion

Donc pas si compliqué que ça l'hypophosphorémie :

1° : Urgence ? (profondeur, symptomatique ?)

2° : Puis : aiguë (réa ?) ou chronique ?

3° : Si chronique : rein ou appareil digestif ?

4° : Supplémentation (PO ou IV) ou non ? Et traitement de la cause.

Et la prévenir en situation à risque ! (syndrome de renutrition par exemple).

Daphnée Piekarski

Sources

- ◆ La lettre d'ICAR en néphrologie 2006 – Hypophosphatémie.
- ◆ Hypophosphorémie chez le malade grave, T. Nguyen et J.-L. Vincent, Service des Soins Intensifs, Hôpital Erasme.
- ◆ Hypophosphorémies d'origine génétique : avancées physiopathogéniques récentes, Annales d'Endocrinologie , G. Beraud, P. Perimenis, Fr.-L. Velayoudom.
- ◆ La régulation du phosphore, une histoire de plus en plus complexe M. Cohen-Solal (Service de rhumatologie, Hôpital Lariboisière.
- ◆ Hypophosphorémies en réanimation ,Thomas a , F. Fourrier b, 2003.

LE RIRE MÉDECIN

AU CHEVET DES ENFANTS À L'HÔPITAL

Depuis 1991, l'association Le Rire Médecin offre une bulle de bonheur aux enfants hospitalisés pour les aider à supporter la maladie et les soins. 25 ans plus tard, les 98 clowns professionnels que compte l'association interviennent dans 46 services pédiatriques, répartis sur 15 hôpitaux en Ile-de-France et en province.



Pour les enfants hospitalisés et leurs parents, une simple visite ou un long séjour à l'hôpital est souvent synonyme d'angoisse, de solitude et de détresse. « Par le jeu, la stimulation de l'imaginaire, la mise en scène des émotions, la parodie des pouvoirs, les clowns permettent à l'enfant de rejoindre son monde, de s'y ressourcer. Spectacle après spectacle, ils découvrent ou redécouvrent que l'humour, le rêve et la fantaisie ont leur place à l'hôpital », confie Caroline Simonds, fondatrice du Rire Médecin et clown depuis la naissance de l'association.

Le Rire Médecin est la première association en France à avoir investi des services pédiatriques.

Les comédiens-clowns sont tous des artistes intermittents du spectacle expérimentés dans les domaines du cirque, du théâtre ou des arts de la rue.

Pour ces artistes, l'hôpital n'est pas une scène comme les autres. C'est pour cela que pendant plusieurs mois, les comédiens sont formés au métier de clown hospitalier au sein de l'Institut de Formation du Rire Médecin, créé en 2011. Ainsi, ils peuvent incorporer l'univers de l'hôpital, respecter son fonctionnement et ses contraintes, et adapter leur jeu à ce cadre spécifique. Les trompettes, les ukulélés et les ritournelles peuvent alors entrer en piste !

Le rôle capital des clowns

Chacun est d'accord pour dire à quel point la présence des clowns est essentielle et rompt la monotonie des couloirs de l'hôpital.

Et qui sont les mieux placés pour en parler ? Les enfants ! Petits ou grands, ils ne manquent pas de mots pour raconter les instants magiques que leur procurent ces joyeux drilles. Elsa, 12 ans, se confie à eux : « Quand je vous entends dans



S'AMUSER À L'HÔPITAL, C'EST VITAL !

le couloir, je me sens déjà heureuse ». Quant à Mathieu, 5 ans, on ne peut pas lui faire sa piqûre tant que « *les clowns sont pas là!* ».

Même plusieurs années après leur hospitalisation, les enfants n'oublient pas le lien fort qui s'est construit avec les clowns. Ainsi, ils sont le « meilleur souvenir » d'Adrien, 16 ans, lors de son séjour à l'hôpital.

La présence des clowns permet également de déculpabiliser la famille, qui se sent souvent impuissante face aux moments difficiles. Le papa de Victor témoigne : « *chaque mardi et jeudi, nous attendons les clowns. Ils ont été les seuls à sortir mon fils d'un état de prostration, par un sourire, un rire...* ».

Par leurs pitreries et leur imagination, les clowns rendent l'hospitalisation et les gestes médicaux moins angoissants. Hélène, une infirmière, se rappelle de leur arrivée dans le service : « *Les médecins, les internes, on était tous convaincus. Les clowns s'adaptaient à chaque situation. C'est une expérience extraordinaire qui a changé la vie de tout le monde. Je ne pensais pas qu'on pouvait faire quelque chose de bien comme ça.* »



Les comédiens-clowns prennent leur mission très au sérieux, comme le témoignent plusieurs d'entre eux. « *Dès qu'on dit clown on pense tout de suite grosse artillerie, mais notre travail est de tisser tout en douceur une relation avec l'enfant* », nous apprend Susanna, alias Olivia Panzani, l'une des 98 clowns du Rire Médecin. Alexandre, alias Frankie, va plus loin : « *Oui, le clown a sa place au milieu des soins et des civières, sa musique est préférée au silence, sa poésie allège les soucis, les enfants retrouvent la liberté d'être des enfants, les parents apprennent le droit de rire et les médecins ont la permission de faire des blagues!* ».

Comédiens-clowns et personnel soignant : une relation de confiance

Jean-Louis Berdat, formateur des clowns au Rire Médecin, l'affirme : « *Faire comprendre notre démarche aux soignants est essentiel. Une fois qu'ils acceptent notre façon de travailler, les portes s'ouvrent. Nous n'imposons rien mais nous intervenons toujours dans le souci de prendre soin de l'enfant et sommes dans la même éthique que les soignants.* ».

Les clowns sont donc parfaitement intégrés à la communauté de soins. Avant de se glisser dans la peau de leur personnage, les comédiens rencontrent l'équipe soignante de chacun des services où ils vont intervenir : c'est l'heure de la transmission. Les informations échangées leur permettent de préparer leur entrée dans le service, de doser leur jeu et de proposer à chaque enfant rencontré un « spectacle » personnalisé. Pour les soignants, c'est aussi l'occasion de programmer un soin : quoi de mieux qu'un nez rouge pour détourner l'attention d'un petit pendant une ponction lombaire ?

Après les visites de la matinée, les clowns et le personnel se retrouvent et échangent sur les comportements remarqués pendant la tournée : tel enfant avait l'air plus réceptif, tel autre n'a pas voulu jouer...

Dans l'après-midi, les clowns ont quartier libre dans l'hôpital et s'en donnent à cœur joie ! Ils n'hésitent pas à investir les couloirs et les salles d'attente devant les fous rires et les yeux écarquillés des petits et des grands.

A la fin de la journée, ils sont tenus de compléter le cahier des consignes, utile pour les soignants mais aussi pour le duo de clowns qui interviendra lors de la prochaine visite hebdomadaire.

Toutes les conditions sont réunies pour donner aux enfants ce qui leur manque le plus dans l'univers stérile de l'hôpital : la joie, le rire, les bêtises...

ÉCOLE D'ÉTÉ « ENFANCE ET BIEN-ÊTRE »

26 JUIN – 7 JUILLET 2017

EnJeu[x] Enfance & Jeunesse

Le programme EnJeu[x] Enfance et Jeunesse, en collaboration avec l'UFR Santé de l'Université d'Angers, organise une école d'été internationale (26 juin - 7 juillet 2017) intitulée « Enfance et bien-être ».



Ce programme aborde la thématique du bien-être de l'enfant (0-18 ans) dans une approche interdisciplinaire croisant la médecine de l'enfant et les sciences humaines et sociales.

Il s'agit de présenter l'avancée et le renouvellement des connaissances sur les différentes dimensions du bien-être de l'enfant dans les contextes de santé, de handicap, de loisirs, d'apprentissage, d'intégration citoyenne et sociale.

Ce programme est dispensé en français et les sessions sont assurées par des chercheurs internationaux spécialistes des différents sujets abordés.

En plus d'un programme scientifique complet, de cours interactifs et de formats pédagogiques variés (conférences, discussions, séminaire de travail collectif, rencontre avec un cluster, at-

elier de pratique de la philosophie), il s'agit d'une occasion de rencontrer des étudiants et intervenants internationaux.

Cette école est ouverte aux étudiants intéressés par l'approche de l'enfant, en santé à partir de la 2^e année et aux étudiants de sciences humaines et sociales en master et doctorat.

Celle-ci est également ouverte aux professionnels de l'éducation, de la santé et du secteur médico-social.

Cette formation est proposée par l'Université d'Angers et donc éligible à une reconnaissance au titre de la formation continue.

Les informations pratiques sur le déroulement de cette école et les conditions de participation sont disponibles à partir du lien suivant :

www.summerschools.univ-angers.fr/enfance

Dr Mickael Dinomais, Dr Aurélie Giacomini, Dr Blandine Charrier

ECOLE D'ÉTÉ « ENFANCE ET BIEN-ÊTRE »

26 juin - 7 juillet 2017

UFR Santé - Université d'Angers

Programme scientifique

Lundi 26 juin

Accueil des participants par les coordinateurs scientifiques du programme

Yves Denéchère, Professeur d'histoire contemporaine, Université d'Angers (FR)

Mickaël Dinomais, MCU-PH en Médecine Physique et Réadaptation en pédiatrie, Université d'Angers (FR)

Bien-être et droits des enfants

Yves Denéchère, Université d'Angers (FR)

Cérémonie d'ouverture des écoles d'été

Conférence plénière assurée par un professeur de renom, suivi d'un BBQ d'accueil

Mardi 27 juin

Comment la mesure fait le sexe : la puberté sous le regard anthropométrique (Zurich, 1950-1970)

Laura Piccand, Université de Genève (CH),
Nahema Hanafi, Université d'Angers (FR)

Influence des stimuli sensoriels sur la consommation alimentaire des enfants

Claude Pecheux, EDHEC (FR)
Gaëlle Pantin-Sohier, Université d'Angers (FR)

Mercredi 28 juin

Le sommeil : l'autre vie de l'enfant avec handicap

Christopher Newman, CHUV Lausanne (CH)

Modèle cif et handicap de l'enfant à propos des interventions en rééducation motrice pédiatrique

Sylvain Brochard, Université / CHU Brest (FR)

Jeudi 29 juin

La commotion cérébrale (traumatisme cranio-cérébral léger) chez les enfants et les adolescents

Pierre Nolin, Université du Québec à Trois-Rivières (CA)

Neurophysiologie des apprentissages chez l'enfant

Patrick Van Bogaert, Université / CHU Angers (FR)

Vendredi 30 juin

Différentes facettes du numérique à l'adolescence : points de vue des psy

Didier Acier et Bruno Rocher, Université / CHU Nantes (FR)

VISITE SITE CAPUCINS ANGERS

Lundi 3 juillet

Suggestibilité et faux souvenirs chez les enfants

Nadège Verrier & Mélanie Payoux, Université de Nantes (FR)

La détermination osseuse de l'âge des mineurs isolés étrangers

Angelina Etiemble, Université du Mans (FR)

Mardi 4 juillet

Construction sociale de la jeunesse

Louise Bienvenue, Université de Sherbrooke (CA)

Pratique de la philosophie avec les enfants

Edwige Chirouter, Université de Nantes (FR)
Paulin Hounsounon-Tolin, Université de Cotonou (BE)

Mercredi 5 juillet

L'enfant dysphasique : des symptômes cliniques aux difficultés scolaires

Vincent Lodenos, CHU Nantes (FR)

Bien-être et mal-être des jeunes filles en institutions (XX^e siècle)

Véronique Blanchard, ENPJJ (FR),
David Niget, Université d'Angers (FR)

Jeudi 6 juillet

La qualité de vie des enfants dans leurs contextes de vie : apports de la recherche en psychologie et applications

Philippe Guimard et Charlotte Coudronnière, Université de Nantes (FR)

Language et bien-être chez l'enfant

Chantal Desmarais, Université Laval (Québec, CA)

Vendredi 7 juillet

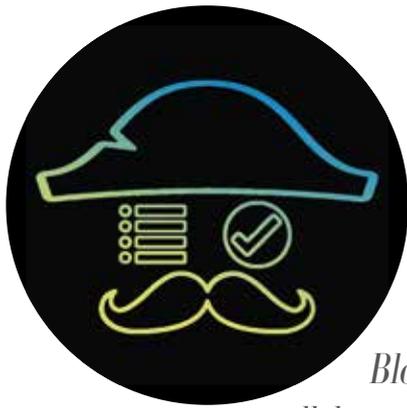
Intérêt et limites des activités physiques chez l'enfant

Nafi Ouedraogo, CHU Bobo-Dioulasso (BU)

Bilan & Cérémonie de clôture et présentation des tapisseries du Musée Jean-Lurçat

EVERYBODY NEEDS SOMEBODY TO LEARN*

*Tout le monde a besoin de
quelqu'un pour apprendre



www.BlouseBrothers.fr

*BlouseBrothers.fr est une plateforme
collaborative pour l'entraînement aux ECNi.*

Nous avons fait le constat que les prépa ECNi sont très chères, et qu'il est impossible de les comparer pour savoir là où sont les meilleurs entraînements. La plateforme SIDES (la banque nationale de dossiers ECNi créés par les facultés) est quand à elle une énorme avancée dans l'équité entre étudiants, mais elle souffre malheureusement de corrections parfois aléatoires et très peu détaillées, sans compter le fait qu'il est impossible de poser des questions aux Conférenciers.

Nous avons réalisé que beaucoup d'internes et de médecins avaient le désir d'enseigner leur spécialité sans forcément appartenir au cursus universitaire ou à des boîtes de confs.

Notre finalité est de permettre à tous ces enseignants qui s'ignorent de pouvoir créer facilement des dossiers au format ECNi sur notre plateforme, et de les offrir gratuitement ou de les vendre au prix de leur choix, en toute liberté.

- ✓ 1 : Le strabisme le plus ...
- ✓ 2 : Un strabisme alterna ...
- ✓ 3 : Concernant l'examen ...
- ✓ 4 : Vous réalisez l'exam ...
- ✓ 5 : Les conjonctivites d ...
- ✓ 6 : Cochez les réponses ...
- ✓ 7 : La toxoplasmose cong ...
- ✓ 8 : Dylan, 6 ans, vous e ...
- ✓ 9 : Vous recevez Julia e ...
- ✓ 10 : Pour traiter un stra ...
- ✓ 11 : L'épicanthus : ...
- ✓ 12 : A propos de la cata ...
- ✓ 13 : La prématurité expos ...
- ✓ 14 : A propos du stéréote ...
- ✓ 15 : A propos du glaucome ...

▲ = question à compléter

Conseils ✓

ATTENTION LCA: Ne prendre que des articles **en accès gratuit et libre**, et fournir le lien dans l'énoncé. Nous te conseillons ce lien pour trouver des articles: [PLOS](https://plos.org)

Coefficient : 1

Question 6

Cochez les réponses justes concernant la leucocorie chez l'enfant.

↑ AJOUTER UNE IMAGE

Propositions

Une leucocorie se définit par une tâche blanchâtre sur la cornée

Correcte? Zéro si erreur

Caractères spéciaux : @ * + ± # % & √ ≤ ≥ < > α β γ δ Δ ε θ κ λ μ π ρ σ Σ φ ψ ω Ω

Explication

Fig. 1 : L'interface de rédaction permet de créer un dossier 100 % en ligne de manière très rapide et simple. Tout s'enregistre au fur et à mesure.



Fig. 2 : Catalogue: plus d'une cinquantaine de conf de toutes les spécialités ont déjà été déposées par des internes de toute la France.

Grâce à ce système, les étudiants accèdent à des dossiers ECNi de qualité connue (car tous les dossiers sont évalués par les étudiants qui les ont passés, comme sur Amazon) et font leur propre programme, sans abonnement annuel ou obligation de travailler des matières qu'ils n'ont pas encore révisées.

Il est possible pour les étudiants de poser des questions aux conférenciers via le site (ou via les groupes Facebook BlouseBrothers, qui sont ouverts à tous, inscrits sur le site ou pas).

Nous avons reçu des dizaines d'emails d'encouragements, de propositions d'améliorations, de soutien de la part d'externes, en général lassés de la quasi-obligation de faire appel à des confs privées.

Nous voulons créer une communauté centrée sur l'enseignement médical, entre confrères, avec des valeurs de liberté et d'entraide.

Nous espérons que les internes et seniors de Pédiatrie nous aideront à atteindre ce but :-)

Vous pouvez vous inscrire en 2 clics et commencer à créer des dossiers sur le site (l'interface est très simple). Vous définissez leur prix, ou les laissez en accès gratuit.

Vous pouvez aussi simplement créer un compte et nous envoyer vos dossiers déjà créés par email (en PDF, PPT, ce que vous voulez) et nous nous chargerons de les rentrer sur votre compte.

J'espère que vous trouverez de l'intérêt et du plaisir à transmettre votre spécialité sur BlouseBrothers.

Guillaume Debellemanière
Ophtalmologiste

MÉDECINE D'AILLEURS

MISSION

MADAGASCAR

Avril 2016. Lors d'une Assemblée Générale de l'association Pédiatres du Monde je rencontre Jean Jacques Dumesnil, médecin généraliste et fondateur de l'association Medicaero, qui fait appel à nous pour la prochaine mission de juin-juillet à Madagascar. 2 mois plus tard, me voilà embarquée dans une aventure hors du commun : expédition de 10 jours pour Tuléar, sud de Madagascar. Nous voilà une belle équipe de 6 médecins prêts à partir à l'aventure : Jean-Jacques, Isabelle (cardiopédiatre) avec son mari Christian (chirurgien orthopédiste), Denis (ophtalmologue), Ronald (dermatologue) et moi (petite interne de pédiatrie 6^e semestre), chaleureusement accompagnés par notre reporter photographe Johan de l'organisme Aviation Sans Frontières, là pour immortaliser tous les moments forts, qu'ils soient difficiles ou joyeux.

C'est parti, direction Tuléar, sud de Madagascar. Nos 3 pilotes d'avions et amis : Thierry, Geörg et Anthony, nous ont accueillis, bien motivés pour nous faire voler jusqu'aux villages d'Ampanihy où nous sommes restés 3 jours, Ejeda 2 jours et Fotadrevo 1 jour. 45 min de vol au lieu de 5h de route, puis un atterrissage en brousse où des dizaines d'enfants alignés tout excités nous ont accueillis, tout sourire.

Arrivée au CSB (Centre de Santé de Base) : Après une visite rapide des lieux, chaque médecin s'installait dans son box pour commencer les consultations. Nous travaillions en binôme



avec des membres médicaux ou paramédicaux locaux, qui nous aidaient aussi comme traducteurs. Concernant la pédiatrie, j'ai pu constaté des pathologies et symptômes très variées : convulsions, diarrhées sanglantes, retard de croissance et myxœdème, en passant par toutes les pathologies pédiatriques générales de routine que nous pouvons voir en France métropolitaine (asthme, otites, pneumonies...).



J'ai vu énormément de pathologies infectieuses avec surtout des parasitoses digestives, dont certaines étaient suspectées et certaines diagnostiquées par un examen parasitologique des selles (tenia, tricocéphaloses, amibiases intestinales...) ; et urinaires (suspensions de bilharzioses devant hématurie et douleurs abdominales). J'ai pu également suspecter plusieurs tuberculoses et paludismes.

Nous avons, avec l'aide du dermatologue, pu constater des brûlures graves et étendues avec séquelles orthopédiques sévères, car les accidents sur feux servant à préparer les repas sont fréquents et la prise en charge urgente manque. La plus grande difficulté était comme à chaque mission le manque de moyen pour réaliser des explorations approfondies, même si les EPS étaient fréquemment effectués. Il est heureusement tout de même possible dans certains cas de les orienter vers les hôpitaux des grandes villes pour réaliser des imageries plus complexes qu'une simple radio.

Cela m'a permis de me recentrer sur l'aspect clinique de façon primordiale et systématique, même si j'avais finalement plus facilement accès aux avis spécialisés qu'au CHU (dont des échocœur), étant donné notre équipe très diversifiée ! Sur le plan thérapeutique, nous pouvions donner certains médicaments sur place et sinon, je réalisais mes prescriptions sur un petit carnet apporté par les parents, expliquées par Anita, la sage-femme qui m'accompagnait.



J'ai été agréablement surprise par le statut vaccinal des petits enfants malgaches, qui sont même systématiquement vaccinés contre le rotavirus ! Le carnet de santé des nourrissons, lorsqu'il existait était bien tenu, et les enfants avaient dans l'ensemble plutôt un bon état d'hygiène global et bucco-dentaire. Les enfants nécessitant une hospitalisation ont pu être rapidement orientés vers le centre le plus proche.

Un jour où la météo n'était pas favorable, nous avons pu visiter l'hôpital italien de Andavadoaka fondé par l'association « Amici di Ampasilava », entretenu et animé par des étudiants italiens (infirmiers, médecins ou aide soignants) qui y passent 3 mois par an, et qui ont bien pris le temps de nous expliquer leur fonctionnement.

Fin d'une journée-type, après des « au revoir » nostalgiques avec une partie de l'équipe locale, nous regagnions nos avions pour rentrer à l'hôtel de Tuléar, selon l'humeur du pilote (toujours très bonne) en longeant la côte et admirant les plages désertiques de sable fin. Les soirées étaient rythmées par les délicieux repas typiques : brochettes de crevettes grillées, zébu et thon fumé, fruits et légumes croquants locaux, tout en observant le magnifique coucher de soleil du bord de la mer.

L'action de Medicaero ne s'arrête pas là. L'association a aussi une vocation de développement de longue durée et nous avons, par cette occasion, eu la chance de pouvoir rencontrer le secrétaire général du ministère de la Santé auquel nous avons expliqué les difficultés de terrain de ces villages enclavés, liées au manque de personnel médical et de structure puisqu'il n'y a ni eau ni électricité dans les centres où nous avons pu intervenir. Sa patience et son écoute ont été



excellentes, et les démarches des prochaines missions semblent se concrétiser, avec notamment l'objectif d'ouverture de bloc opératoire à Ampanihy, et le travail en équipe avec des étudiants en médecine malgaches de Tuléar.

Un concentré de moments extraordinaires, de liens d'amitié avec la team, de sensations fortes en avion et de découverte du pays de manière différente d'un voyage touristique, qui restera bien ancré. J'en retire évidemment une expérience que je recommande à tous les internes de pédiatrie avec en prime une connaissance nouvelle de l'aéronautique et du pilotage ! Sur le plan médical, cette diversité de pathologies de terrain apporte à l'interne de pédiatrie non seulement une vision plus concrète de la médecine de brousse mais aussi une capacité d'adaptation à une pratique très différente.



Je n'ai plus qu'à vous souhaiter une excellente aventure ! :)

Kenza Zellali

Message de Jean Jacques Dumesnil, président de l'association MEDICAERO

Avec MEDICAERO, les futurs médecins malgaches vont oser pratiquer en brousse, aller à la rencontre des populations enclavées très nombreuses à Madagascar. Notre action va permettre :

- De pratiquer les premières interventions chirurgicales ainsi qu'une veille médicale par des moyens souvent simples.
- D'aider les pères de famille atteints de cécité précoce par cataracte, de retravailler afin de pouvoir nourrir leur famille.
- De prévenir un futur accouchement difficile et d'assurer la survie de la mère et de son enfant au sein de la nombreuse fratrie dépendante.
- De redonner une dignité aux mamans accouchées victimes de séquelles obstétricales.
- De corriger les fentes labiales de l'enfant, les brides handicapantes des graves brûlures.
- De traiter précocement les pieds-bots des enfants pour leur assurer la marche dont ils seraient inéluctablement privés.
- De dépister et prendre en charge depuis la brousse les cardiopathies de l'enfant.
- De transmettre au corps médical la confiance dans ses capacités à relever ces enjeux sanitaires urgents.

Vous consultez avec les étudiants en médecine Malgaches dans une grande confraternité. Ils sont garants de l'avenir de la mission MEDICAERO.

Vous redonnez l'espoir d'un lendemain et la stabilité des familles pour éviter leur naufrage, vous levez leur isolement, vous donnez force à leur avenir sur leurs propres terres.

Vous ne manquez pas l'occasion d'agir rapidement au plus près de leurs besoins pour survivre et puis vivre.

Si ce projet innovant susceptible de se diffuser dans toute la grande île de Madagascar vous intéresse, n'hésitez pas à revenir vers nous ou diffuser notre message.

MEDICAERO réduit les distances, crée des liens et de l'espoir.

HISTOIRE DE LA PÉDIATRIE

HISTOIRE DE BIBERONS ET DE TÉTINES

Un biberon qu'est-ce que c'est au final ? Ça vient du latin en tout cas : « bibere » = boire. Car la forme du biberon va influencer la façon de nourrir le bébé. Selon le mode choisi, la situation sera plus ou moins proche de l'allaitement maternel, tout en tenant compte d'un élément essentiel le réflexe de succion du nourrisson.

1 DE L'ANTIQUITÉ JUSQU'AU BIBERON INDUSTRIEL À GRANDE ÉCHELLES

Antiquité : biberons ou tire-lait ? That is the question !

Les « biberons » romains, désigné par les termes latins guttus, ubuppa ou titina, ressemblent à des vases à fond plat avec une la panse globulaire, un col assez large et un bec tubulaire. C'est la céramique qui domine le monde du biberon vers le I^{er} siècle puis le verre à partir du II^e siècle.

Lors de leur découverte, leur fonction a beaucoup fait hésiter : lampe à huile, pipette, ou encore autre chose peut-être ? Finalement, on les soupçonna de servir de biberons.

Nadine Rouquet, spécialiste en céramique, en arrivant en 1996 au service archéologique de Bourges, découvre un riche inventaire de ces « biberons » collectés au cours de campagnes de fouilles menées dans les années 1970. Elle émet des doutes sur l'usage réel de ces « biberons ». Elle apprend que des chercheurs allemands ont décelé, sur les parois internes de ces objets, des dépôts acides appartenant exclusivement au lait humain ou animal.

Elle fait une hypothèse : il s'agirait en réalité de tire-lait ! En 2000 elle présente son idée : la mère aspirerait elle-même son propre lait. Elle demande à une de ses amies qui allaitait son enfant de tester ces céramiques ce que celle-ci fit avec succès !

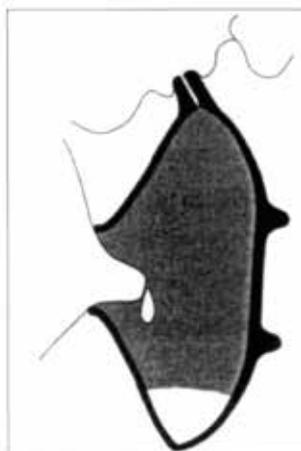


Schéma de l'exposition (catalogue)



Guttus : en terre rouge orangé et en terre vernissée rouge

Mais ces « biberons » retrouvés sur les sites de fouilles notamment dans des sépultures d'enfants et exposés dans les musées en sont-ils vraiment ?

Les 2 biberons du Moyen-Age : La Corne à boire...et la « Chevrette ».

On trouve dans plusieurs tableaux, notamment de Breughel, et gravures de scènes médiévales, des représentations d'enfants avec ce qui peut être vu comme un biberon. Et qui n'était finalement rien d'autre qu'une corne d'animal évidée ! La corne, une fois nettoyée, était percée et recouvert d'un pis de vache ou d'un tissu



Cornet à allaiter Corne de bovin percée et coiffée d'une tétine de cuir roulée



La cuisine des maigres (détail) Gravure d'après Peter Breughel (1563)

enroulé. Cette version primitive dite « cornet » restera longtemps utilisée dans les campagnes d'Europe et perdurera jusqu'au début du XX^e siècle surtout dans les couches peu aisées de la société.

...et la « Chevrette » ?

La « Chevrette » est un petit vase avec un goulot tubulaire. Elle fut utilisée au Moyen-Age pour les enfants assez âgés pour tenir et téter par eux-mêmes ce biberon qui pouvait être en terre cuite, en bois, en étain ou en verre. A cette époque, c'était essentiellement du lait animal



Biberon en bois tourné (Musée d'ethnographie, Genève)



qui était utilisé pour nourrir ces nourrissons. Et notamment du lait de chèvre, jugé plus digeste que celui de vache, d'où probablement cette appellation de « chevrette ».

Et notre meilleure amie la tétine ?

Ces premiers biberons portaient le plus souvent un petit morceau de tissu recouvrant la partie que tétait l'enfant. Ce drapeau évitait ainsi au nourrisson de se blesser. L'usage de ce tissu perdurera jusqu'au début du 19^e siècle.

En 1786, Felipo Baldini propose un modèle de tétine en verre qu'il présentait comme un « vaisseau qui tenait lieu de mamelle », dont les enfants pouvaient sucer le lait peu à peu sans courir le risque d'une fausse route. Ce modèle obligeait l'enfant à exercer une succion.

Du 16^{ème} au 19^{ème} siècle

Les couches plus aisées de la société délaissent peu à peu cette « corne à boire » du Moyen-Age qui évolue vers des objets plus sophistiqués plus proches de nos biberons actuels. En voici quelques exemples :

Biberons d'étains

Initialement réalisés par des maîtres potiers en étain au XVII^{ème}, l'industrie se les approprie à partir du XIX^e siècle. Un prénom et un nom sont gravés en haut de la panse. (Asile d'enfants trouvés vers 1650).



Biberon poire en étain à bouchon dévissable surmonté d'une tétine

Biberons en fer blanc

Ces modèles très fréquents jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle avaient l'avantage d'être très solides et peu onéreux. La présence d'initiales gravées est fréquente sur ces ustensiles destinés aux tout-petits.



Biberon droit en fer blanc

Poteries régionales

Recommandations de l'Académie de médecine aux nourrices :

« Pour faire boire ce lait, employer des vases de verre ou de terre et les nettoyer avec soin toutes les fois qu'on s'en est servi ; ne jamais se servir de vases d'étain, qui contiennent toujours du plomb ».

Extrait du : Carnet de nourrice, 1880 (Délivré à Behal Eugénie)

Si les étains sont facilement identifiables en tant que « biberons », les multiples poteries issues des traditions du Moyen-Âge ont parfois une apparence et une utilisation qui ne sont pas aussi évidentes. Certains sont plus proches de nos théières actuelles que de biberons !



Biberon en terre émaillée

Faïence de Quimper : le biberon breton ou « Pod bronnek »

Il existe en revanche un type de poterie régionale bretonne qui ne laisse aucun doute quant à son utilisation : c'est le « Pod bronnek ». Il semble établi que ces cruches furent employées comme biberons. Des anciennes cartes postales et de nombreux articles de la fin du XIX^e et du début du XX^e l'évoquent. Un tableau du peintre Gauguin datée de 1889 illustre également cette utilisation.



Biberon « Pod bronnek » en faïence de Quimper

Biberons en verre

Verre soufflé

C'est à la fin du XVII^e, mais surtout au début du XIX^e siècle que le verre se généralise dans le domaine de l'allaitement artificiel. Le verre séduit par ses qualités de transparence et d'inaltérabilité. C'est une révolution, car il se nettoie facilement, ne rouille pas, et limite les risques, à l'époque mortels, d'infections gastro-intestinales. On peut lire dans plusieurs ouvrages de médecine du début du XIX^e siècle :

« Autant que possible, on choisit des biberons en verre ; ceux en métal, en bois ou en caoutchouc, contenant toujours à la longue une odeur plus ou moins forte, plus ou moins fétide, désagréable, repoussante pour l'enfant. ».



Biberon flasque en verre soufflé et collerette permettant l'attache d'une éponge ou d'un drapeau



Biberon gourde en verre soufflé

Les premiers ont des formes de simples bouteilles et en guise de tétine une éponge ou un tissu enroulé. Puis viennent le biberon-limande, le biberon-sabot, le thermo-biberon ou le biberon-stérilisateur qui sont autant de formes différentes avant l'apparition moderne du biberon en pyrex.



Biberon sabot en verre à goulot dressé rodé



Biberon « limande » en verre soufflé

L'industrialisation et l'arrivée des marques

Parallèlement à ces flacons de verre soufflé, vont apparaître plusieurs modèles qui auront en commun de porter le nom de leur inventeur. La grande nouveauté de ces biberons est donc de ne plus être anonymes. C'est l'arrivée des marques. Avec la révolution industrielle, au milieu du XIX^e, le biberon passe d'un produit artisanal et anonyme à un produit fabriqué en série et à grande échelle. Il a désormais un nom, celui de son inventeur : médecin, sage-femme ou industriel. On ne donne plus le biberon mais le biberon de Madame Breton, Darbo, Thiers, Mathieu, etc.

2 LES BIBERONS ROBERT : DU SYMBOLE DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL AU GRAND SCANDALE DES BOUTEILLES ASSASSINES.

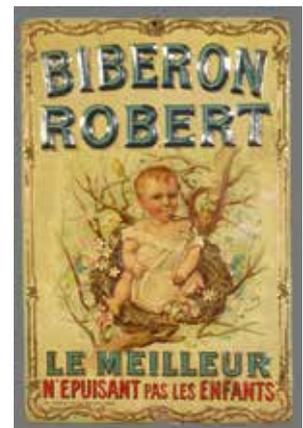
À la fin des années 1860, l'entrepreneur dijonnais Édouard Robert met au point son « biberon Robert à soupape ». Il s'agit d'un système composé d'un long tuyau agrémenté d'un second trou dit « soupape » pour la régulation du débit. Ce biberon permettait au bébé de téter seul, d'où son succès extraordinaire. Il symbolisera la marque pendant plus de 20 ans bien que la fabrique produise également d'autres biberons plus simples à bouchon de verre vissé.



Biberon « Robert » 1873

Initialement localisée à Dijon, l'usine Robert est transférée à Paris vers 1880 et fabrique des millions de biberons et de tétines. Cet empire occupe alors tout un quartier de Paris, dont il reste aujourd'hui la rue Édouard Robert, dans le 12^e arrondissement.

Biberon Robert, plaque émaillée, 1873



Les bouteilles assassines !

Vers la fin des années 1880, les scientifiques découvrent les agents pathogènes des principales maladies infectieuses que le lait peut transmettre : tétanos, typhus, diphtérie, rouget du porc, ... Les médecins commencent prôner un retour vers l'allaitement : « le sein protège, le biberon rend malade, tue ou mène à la folie ».

Le grand danger de l'alimentation au biberon vient bien sûr de l'absence d'hygiène et d'une mauvaise conservation du lait : lait cru et souvent falsifié, ainsi que de l'emploi de biberons en métal rouillé ! Et et... ..de l'emploi de ces fameux biberons Robert avec leur long tube impossible à nettoyer de façon correcte ! Dès 1881, le docteur Fauvel révèle devant l'Académie de médecine que, sur trente et un biberons examinés, vingt-huit contiennent des végétations cryptogamiques et de très nombreuses colonies de bactéries provoquant des diarrhées et responsables du choléra infantile.

Commence alors une longue bataille contre ces « engins de mort » (appelés « murder bottles », les « bouteilles assassines » par les Anglais). Le modèle de biberon Robert à soupape, déclaré dangereux lors d'un débat au Parlement, finit par être interdit en France en 1910. On passe progressivement du biberon à long tuyau au biberon « nourricier » qui adopte une forme de sabot posé à plat.

En 1885, ces contaminations de nouveau-nés par leur alimentation entraînent la mort de 20 et 30 % des nourrissons, et il faut attendre le Congrès international de l'hygiène de 1889 pour voir enfin le corps médical recommander à l'unanimité un lait bouilli. Cette même année, le rapport de l'Exposition universelle consacre un chapitre à l'hygiène du lait et se préoccupe du mode de stérilisation.

Conclusion

Le biberon tel qu'on le connaît aujourd'hui n'a finalement que peu évolué au cours du 20^{ème} siècle. Actuellement nous sommes confrontés en néonatalogie à l'acquisition de l'oralité des prématurés, domaine dans lequel les pédiatres ont fait preuve d'inventivité : « tulipe » « paille » « tasse » et autres techniques qui varient d'un service à l'autre et évoluent avec nos connaissances. La prise d'un biberon aussi anodine soit elle, reste l'objet d'un long cheminement au cours de l'histoire de la pédiatrie et de la vie de chaque nouveau-né.

Daphnée Piekarski

Sources

- <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article60#L-ascension-du-biberon>
- <http://aphp.ebl.fr/hopitalimentation/page5.html>
- <http://paris-projet-vandalisme.blogspot.fr/2015/06/le-musee-de-lassistance-publique-et.html>
- Ludovic CLEMENT – www.histoire-du-biberon.com

Prochaine partie

LA RÉVOLUTION DE LA PASTEURISATION *lors du prochain numéro*

Ultra-Baby

un probiotique recommandé dans la gastro-entérite et dans la diarrhée associée aux antibiotiques



La levure thérapeutique *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745, principe actif d'Ultra-Baby, a obtenu en 2014 le plus haut niveau de recommandation par la Société européenne de gastroentérologie, d'hépatologie et de nutrition pédiatrique (ESPGHAN) dans la prise en charge de la gastroentérite aiguë, en complément de la réhydratation orale. De nouvelles recommandations de l'ESPGHAN publiées en mars 2016 recommandent également *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 pour réduire la durée et l'intensité des symptômes de la diarrhée associée aux antibiotiques (DAA).

Pratiquement tous les antibiotiques sont susceptibles d'être à l'origine d'une diarrhée causée par un déséquilibre du microbiote intestinal. Plusieurs revues et méta-analyses ont montré que certains probiotiques, dont Ultra-Baby, peuvent être efficaces dans cette indication. Une méta-analyse de 2015 qui a porté sur 6 études contrôlées et randomisées ayant inclus 1653 enfants a montré que, comparé au placebo ou à l'absence de traitement, *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 permet de diminuer le risque de DAA de 20,9% à 8,8%.

Reconnu pour sa sécurité d'utilisation et son excellente tolérance, *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 est l'une des souches probiotiques dont le niveau de preuve est le mieux établi avec de plus de 500 publications scientifiques dans le monde.

Le laboratoire Biocodex a récemment mis à disposition une nouveauté : Ultra-Baby, une nouvelle présentation de la levure probiotique *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 sous forme de stick, spécifiquement conçu pour les besoins nutritionnels des enfants dès la naissance, en cas de diarrhée aiguës, y compris lors de la prise d'antibiotiques. Sans colorant, sans conservateur et sans arôme, Ultra-Baby est à mélanger dans une boisson ou un aliment destiné à l'enfant, à raison de 1 à 2 sticks par jour (boîte de 14 sticks).

Les Annonces de Recrutement



ANNONCE RECRUTEMENT POSTE

MEDECIN NEUROPEDIATRE



L'Institut I-Motion est basé à l'hôpital Trousseau (Paris XII). Il prend en charge les enfants présentant une maladie neuromusculaire et participe à de nombreux essais thérapeutiques innovants dans la dystrophie de Duchenne et dans l'amyotrophie spinale. Par ailleurs, I-Motion possède son propre programme de recherche dans le développement technologique d'outils de mesure et dans la compréhension de l'histoire naturelle des maladies neuromusculaires. I-Motion compte aujourd'hui 20 salariés dont 5 médecins, au profil très jeune et international (moyenne d'âge à 32 ans, 12 langues parlées).

Dans le cadre de son développement, I-Motion recrute un(e) médecin pédiatre à temps plein, idéalement neuropédiatre. La connaissance de l'anglais et le désir de se former et de s'investir dans la recherche clinique et la prise en charge des patients neuromusculaires sont indispensables, une expérience préalable dans l'un ou l'autre de ces domaines est évidemment la bienvenue. L'engagement se ferait a priori initialement sous forme d'un PH contractuel. A part la diversité de ses activités, I-Motion offre de nombreuses possibilités de développement personnel en fonction du profil et des désirs d'évolution de chacun.

Pour toute information, merci de contacter Teresa Gidaro - t.gidaro@institut-myologie.org
Laurent Servais - l.servais@institut-myologie.org, et Bérangère Pellerin - b.pellerin@institut-myologie.org



L'association départementale APAJH d'Indre et Loire (www.apajh37.org), 120 salariés, 2 500 usagers en consultation, recrute pour une antenne de l'agglomération de Tours à compter de septembre 2017

UN MEDECIN PEDIATRE

Responsable médical(e) du CAMSPS. A temps partiel (30% à 40% ETP).

Vous êtes intéressé(e) par le travail avec une équipe pluridisciplinaire au sein d'une structure médico-sociale le CAMSPS (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce Spécialisé dans les troubles psychiques, enfants de la naissance à 6 ans, file active de 130 enfants en 2016).

Candidature ou information, A l'attention de Aline CAYEUX - DRH
05, rue de Hollande - 37100 TOURS ou drh@apajh37.org ou 02 47 54 18 42



ASSOCIATION REY-LEROUX
SESSAD HENRI MATISSE

Le SESSAD Association Rey Leroux Recherche un Médecin Pédiatre et/ou MPR

pour un SESSAD accompagnant 35 enfants en situation de handicap moteur sur le bassin rennais

Poste en CDD de 12 mois à 0.3 ETP (11.1h/semaine), CC51, à compter du 28 août 2017

Contact : Serge Raoult - Directeur - Tél.: 02 99 04 47 47 - Mail : s.raoult@rey-leroux.com



CENTRE HOSPITALIER
de ROCHEFORT

Le Centre Hospitalier de Rochefort, en Charente Maritime (17)

A 30 minutes de la ville de La Rochelle
A proximité des plages atlantiques et des Iles de Ré et Oléron
A 3 h de Paris par TGV
A 1 h 30 de Bordeaux, et Nantes
Etablissement partie au Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17

Recherche Un 7^{ème} pédiatre

Afin de renforcer son équipe dans le cadre d'un départ en retraite.
Poste temps plein à pouvoir avant le 1^{er} octobre 2017
Inscription au Conseil de l'Ordre exigée

Les candidatures sont à adresser à :
M. Le Directeur du Centre Hospitalier de Rochefort
1 avenue de Béligon - BP 30009
17 301 ROCHEFORT CEDEX

Contact
Mme Le Docteur Agnès TAMBOURA
Chef de service
05 46 88 54 69 - agnes.tamboura@ch-rochefort.fr

M. SASSUS Jean-Jacques
Chargé des Affaires Médicales
05 46 88 51 10
jj.sassus@ch-rochefort.fr

L'établissement neuf mis en service en mars 2011 dispose au sein du pôle Femmes-Enfants, d'une maternité de niveau 2a ayant réalisé en 2016 plus de 1130 accouchements et d'un service de pédiatrie composé de 9 lits d'hospitalisation complète, 4 lits d'hospitalisation complète dédiés à l'adolescent, 1 lit de surveillance pédiatrique, 6 lits de Néonatalogie, 2 places d'HDJ pédiatrique, des consultations et un service d'urgences pédiatriques avec des locaux dédiés, au sein des urgences générales. Permanence des soins organisée en demi-garde sur place et demi-astreinte forfaitisée. Dans un cadre de travail et de vie agréable, vous intégrerez une équipe dynamique.



Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac

Le Centre Hospitalier Intercommunal du pays de Cognac, situé sur un bassin de plus de 70 000 habitants, est un établissement de proximité offrant une large palette de prises en charge médicales. Doté d'une maternité bénéficiant du label « ami des bébés », d'un service d'urgence et d'une centaine de lits et places de médecine, il bénéficie d'un plateau technique de qualité comprenant un secteur d'imagerie performant (classique, scanner, IRM), de salles d'endoscopie et de fibroscopie, de soins continus. Il accueille en hospitalisation conventionnelle dans différents domaines : pneumologie, endocrinologie-diabétologie, gastro-entérologie, cardiologie, oncologie et gériatrie. Il offre aux patients de son bassin de vie un large panel amené à se développer de consultations tant médicales que chirurgicales. Membre du groupement hospitalier de territoire de la Charente et 2^{ème} établissement sanitaire du département, il accomplit ses missions en lien avec les autres établissements du territoire, des partenaires privés et les intervenants libéraux.

Nous recrutons dans le cadre du développement de nos activités : PÉDIATRE H/F

Vous prenez en charge les nouveaux-nés dans une maternité de 15 lits avec le concours d'une équipe paramédicale composée de 17 sages-femmes, d'IADE, d'IBODE, d'IDE, d'AS et d'AP et assurez les consultations pédiatriques au sein de l'hôpital. La maternité comprend 3 salles de naissance dont une salle « nature » et une salle de césarienne. Soucieux de travailler en équipe dans un environnement agréable, vous êtes animé par le désir de porter les projets d'évolution de l'offre de soins au bénéfice des enfants et des familles du territoire de santé de Cognac.

Adressez votre CV à Monsieur Eric Turpain, DRH/AM - 65 avenue d'Angoulême, CS 50264 Châteaubernard, 16112 Cognac Cedex
Renseignements auprès de Monsieur Eric Turpain : 05 45 80 15 33 / e.turpain@ch-cognac.fr ou le Docteur Filidori, Chef de pôle : 05 45 80 15 15



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 Cabaret - bcabaret@ch-tarbes-vic.fr



LE CH DECAZEVILLE (Aveyron),

situé à moins d'une heure de route du Viaduc de Millau, à moins de 2 h de route de Toulouse et de Montpellier, recherche pour sa maternité de 15 lits

DEUX PEDIATRES temps plein expérimentés inscrits à l'Ordre des Médecins.

Pour tous renseignements, contacter :

- Monsieur PAVONE, Directeur
- ou Docteur A. BEDIQUI, Président de la CME
- ou Docteur ELLA-MEYE - chef de service (05 65 43 71 71)

Conditions attractives



Poste de Pédiatre ou Neuropédiatre 1 ETP Directeur Médical CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce)

FOIX ARIEGE (09) Midi-Pyrénées

Contrat CDI - Convention 66 des médecins spécialistes

Présentation de l'association

Association départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de l'Ariège gérant CMPP, CAMSP, MECS, SAEP, Espace Rencontre

Description du poste

Poste de Pédiatre au CAMSP de Foix et Pamiers situé à 1h de Toulouse
Vous assurez la Direction technique du CAMSP
(35h semaine, pas de garde, congés trimestriels)

Contact

TEYSSIER Denis
Directeur Pôle SMS PEP09
18 Bis Allées de Villote - 09 000 FOIX

Tél. : 05 61 65 21 00
direction.sms@lespep09.org

01 - AIN
CENTRE HOSPITALIER BOURG EN BRESSE
CHERCHE

— 1 poste Assistant
(possibilité de transformation PH)

— 1 poste PH
cause mutation



Equipe actuelle :

8 PH ETP + 1 Assistant spécialité + 7 internes

Activités :

- Pédiatrie : 22 lits médico-chirurgicaux dont 4 USC
- Néonatalogie niveau 2 b : 3 postes de SI et 9 postes de Néonatalogie
- 4 lits HDJ
- Maternité : 2200 naissances/an

Garde sur place avec interne

Profil de poste PH :

- Activité de pédiatrie générale
- Maternité II B - SI néonataux
- Urgences pédiatriques assurées par SAU
- Consultations spécialisées (sur spécialités déjà présentes à renforcer ou à développer)

Situation géographique :

- Lyon 45 min voiture et train
- Paris 2 h en TGV
- Genève et stations de ski 1 h
- Mâcon 30 mn
- Dijon 2 h (voiture)
- Gare TGV

Contacts :

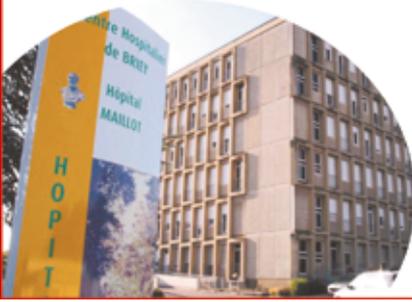
Madame SEVIN
Direction des Affaires Médicales
Tél. : 04 74 45 40 94
Mail : asevin@ch-bourg01.fr

Docteur Chrystèle ROUX
Tél. : 04 74 45 43 57
Mail : cbudin@ch-bourg01.fr

Docteur Franck DUBOIS
Tél. : 04 74 45 43 57
Mail : fdubois@ch-bourg01.fr



Centre hospitalier de
BRIEY



Le Centre Hospitalier de Briey Pôle Urgences - Femme Mère Enfant,
12 lits, 4 lits pédiatrie nouveaux nés ; en 2016 : 1 364 entrées, 6 849 passages
urgences pédiatriques, 900 naissances niveau 1+, 5 059 consultations réglées,

recherche à temps plein, pour son service de pédiatrie :

PÉDIATRE H/F

assistant, praticien contractuel, praticien attaché ou praticien hospitalier

Polyvalence souhaitée. Service en astreintes opérationnelles.
Médecin inscriptible ou inscrit à l'ordre. Possibilité de logement à proximité de l'hôpital.

Pour tous renseignements, contacter Docteur Philippe LEMARIE,
Chef de pôle : 03 82 47 40 55 / philippe.lemarie@ch-briey.fr

Adresser votre candidature à Michel CLEMENT, Directeur Adjoint
des Affaires Médicales, de la Recherche et de l'Innovation
Centre Hospitalier de Briey, 31 avenue Albert de Briey, 54150 Briey



LE CHIFSR RECHERCHE POUR SON UNITÉ DE PÉDIATRIE-NÉONATOLOGIE

Un Clinicien Hospitalier

Pour constituer une équipe de 5 PH.

Unité de pédiatrie de 10 lits d'hospitalisation complète, 4 lits de néonatalogie.

Maternité de niveau 2A avec environ 1300 accouchements par an.

Pas d'urgences pédiatriques. Permanence des soins assurée en astreinte.

Contacts :

Dr Raini - chef de pôle - raini-c@chi-fsr.fr - 04 94 40 20 79

Dr Doublet - responsable d'unité - doublet-j@chi-fsr.fr - 04 94 40 20 83

Mme de Taddéo - bureau des affaires médicales - detaddeo-s@chi-fsr.fr - 04 94 17 79 43



LE CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO RECRUTE UN PRATICIEN POUR SON SERVICE DE PEDIATRIE/NEONATOLOGIE

Service de pédiatrie (responsable Dr Edeline Coinde)

Pédiatrie (15 lits) : accueil des enfants de 0 à 18 ans, pathologie médico-chirurgicale.

Néonatalogie (3 lits) et soins intensifs niveau II B (3 lits).

Maternité (1000 accouchements/an).

Consultations avancés sur place de neurologie et d'hématologie (CHU de la Timone).

Date de prise de poste et durée du contrat : Dès que possible.

Praticien hospitalier ou assistant spécialiste ou praticien contractuel.

Formation requise : DES de pédiatrie ; compétence en néonatalogie nécessaire.

DESC de Néonatalogie souhaitée.

Astreintes : Environ 6 par mois.

Commentaires :

Le service de pédiatrie du CH d'Ajaccio est le seul service
de pédiatrie pour toute la Corse du sud (150 000 habitants).

Travail en réseau avec le CHU de Marseille. Ambiance agréable.

Le service sera transféré en 2018 sur le site du nouvel hôpital, à Ajaccio.

CONTACT :

M. Laurent Germani

Directeur des Affaires Médicales

Tél. : 06 79 86 00 68

Courriel : laurent.germani@ch-ajaccio.fr



Le CHU de la Réunion et Le Groupe Hospitalier Est Réunion

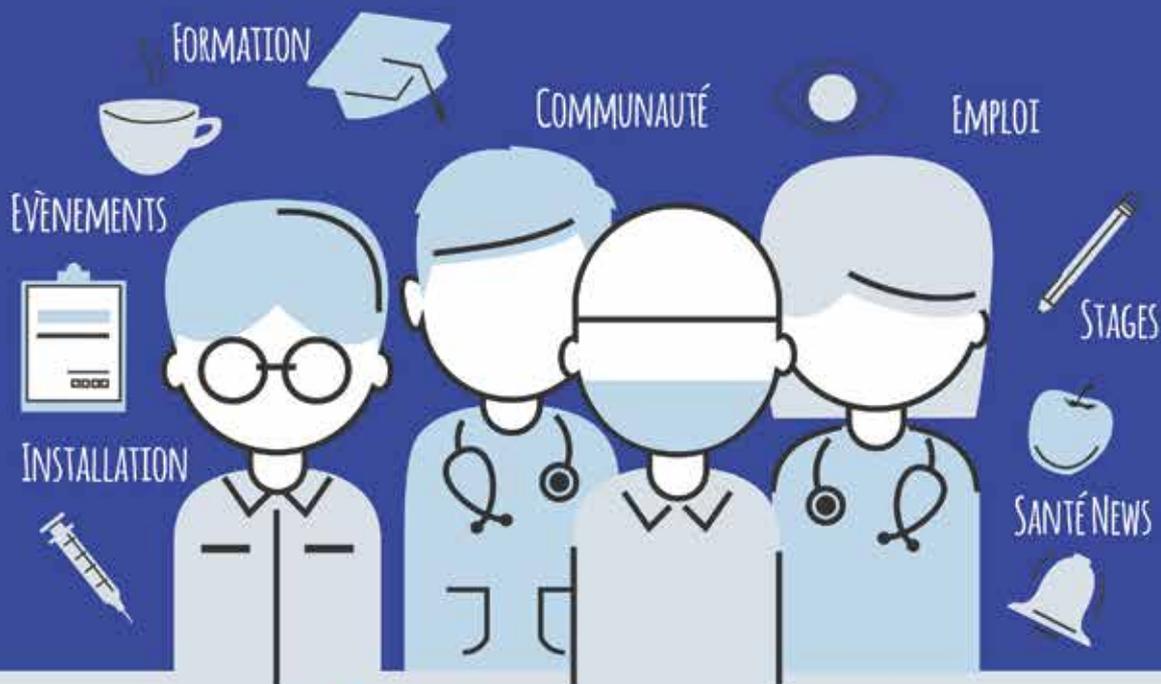
Recrutent 2 Assistants en Pédiatrie Postes partagés CHU/GHER à pourvoir dès que possible

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40%).

Prise en charge du billet d'avion.

Candidature ou renseignement par mail : affaires.medicales@gher.fr





Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05

✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



ULTRA BABY®

SACCHAROMYCES BOULARDII CNCM I-745



La levure qui prend soin du microbiote intestinal de bébé

Conçu pour les besoins nutritionnels
des enfants DÈS LA NAISSANCE,
en cas de **DIARRHÉES AIGÜES**,
y compris lors de la prise d'antibiotiques.

NOUVEAU



IB-16.02



Aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales. Doit être utilisé sous contrôle médical.
Ne peut constituer la seule source d'alimentation. Destiné à être utilisé en complément de l'alimentation ou de solutés de réhydratation orale.

microbiote-intestinal.fr
voyage au cœur du microbiote

BIOCODEX