

La lettre



ASSOCIATION
DES JUNIORS
EN PÉDIATRIE

ajpediatrie.fr

Numéro 17 [Janvier 2019] Gratuit

RETOUR SUR LE 15^{ÈME} CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION DES JUNIORS DE PÉDIATRIE



PARIS septembre 2018

- Parlons de la fessée
- Vrai-faux en allergo
- Pédiatres du Monde :
Comment ça marche ?



SOMMAIRE

N°17

Congrès national de l'AJP, Paris septembre 2018

La pédiatrie du futur

Utilisation d'aiguilles atraumatiques pour les ponctions lombaires

Prévention du syndrome post-PL chez l'enfant

Le vrai du faux

Anti-fakes en allergo

Il n'arrête pas de faire pipi Docteur !

Cas clinique :

Un syndrome poly-uro polydipsique pas anodin

Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD)

Les séjours éducatifs

Pédiatres du Monde

L'enfant est partout, le pédiatre doit y être

Parlons de la fessée

La place du corps médical dans les châtimts corporels infligés aux enfants

Les annonces de recrutement

04

08

13

19

24

28

36

41



p. 13

Le vrai-faux en allergo



p. 28

Pédiatres du Monde :
Comment ça marche ?



p. 36

Parlons de la fessée



Bureau

Jeremy DO CAO

Président
Interne à Nancy

Maxime BACQUET

Vice-Président Général
Interne à Paris

Léa LENGART

Secrétaire Générale
Interne à Paris

Chloé TAKVORIAN

Trésorière
Interne à Lille

Manal HOUNAOUI

VP Solidarités
Interne à Saint-Etienne

Aymène KEBAILI

VP Questions Sociales
Interne à Nice

Franck ZEKRE

VP Relations Internationales
Interne à Saint-Etienne

Daphnée PIEKARSKI

Rédactrice en chef de la
lettre de l'AJP

Editeur et régie publicitaire

Réseau Pro Santé

M. Kamel TABTAB, Directeur
06, Avenue de Choisy - 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
contact@reseauprosante.fr
<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.*

EDITO

L'Association des Juniors en Pédiatrie évolue...

Bonjour à tous,

Je suis heureuse de vous présenter cette 17^{ème} lettre de l'AJP (Association des Juniors de Pédiatrie), association nationale des internes de pédiatrie.

En ouverture, vous retrouverez un article consacré au congrès national annuel de l'association qui s'est déroulé cette année en septembre, à Paris. Nous avons été très contents d'accueillir des internes tout jeunes et plus vieux, de toute la France, avec des présentations autour de la pédiatrie du futur. La future ville d'accueil pour 2019 sera peut-être... Bordeaux, vers l'automne 2019.

Bienvenue aux nouveaux internes de pédiatrie. Vous pourrez retrouver notre journal tous les 6 mois dans tous les services de pédiatrie. Si ce n'est pas le cas, prévenez-nous, pour que nous arrivions à avoir les bonnes coordonnées des différents services. Nous pouvons vous renvoyer le ou les numéros par mail également.

Une année après avoir créé la structure nationale de l'AJP, le bureau national est à la recherche de nouveaux bras : un appel à candidature est lancé ! Le bureau est composé par des internes venant de différentes villes de France (5 internes pour le moment) et a pour mission de défendre nos droits en matière d'apprentissage théorique et pratique ainsi qu'en matière d'installation, de répartition des postes, etc. On a besoin de tout le monde ! Toutes les compétences et les envies sont bonnes à prendre ! Que vous ayez envie d'y passer qu'un peu de temps ou beaucoup de temps, c'est à vous de voir 😊 Nous recherchons des internes de phase socle, car aucun n'est actuellement présent dans le bureau !

Qui contacter si cela vous intéresse ou juste pour des infos ?

Jeremy Do Cao : jeremy.docao@gmail.com - 06 73 36 83 27

Léa Lenghart : lea.lenghart@gmail.com - 06 74 81 50 92

Vous avez des idées, des remarques, des avis, sur la lettre, ou vous voulez écrire un article, partager un sujet qui vous intéresse ou une expérience? N'hésitez pas : vous pouvez nous envoyer un mail à : ajpediatrie@gmail.com ou ajpedparis@gmail.com.

Je vous souhaite à tous de belles fêtes de fin d'année.

Daphnée Piekarski

CONTACT MAIL
ajpediatrie@gmail.com

SITE WEB
www.ajpediatrie.fr

FACEBOOK
AJPédiatrie

RETOUR SUR LE 15^{ÈME} CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION DES JUNIORS DE PÉDIATRIE

AJP ASSOCIATION
DES JUNIORS
EN PÉDIATRIE

PARIS septembre 2018



Cette année le congrès annuel de l'AJP a été organisé par les internes de pédiatrie de Paris. Chaque année ce congrès national est tenu dans une ville différente, par des internes pour les internes. Après Nancy en 2016, Lyon en 2017, Paris a relevé le défi avec brio avec le thème : LA PÉDIATRIE DU FUTUR.

**RETOUR
VERS
LE FUTUR
de la pédiatrie**

Le vendredi soir

Accueil des internes hébergés à Paris, au bar La Mère Pouchet dans le 12^{ème} pour faire connaissance et se mettre dans l'ambiance.

Le samedi matin

Rendez-vous sur les lieux du congrès : Espace St Martin dans le 3^{ème} arrondissement. Accueil des internes autour d'un petit déjeuner, distribution des welcome pack, installation des stands des laboratoires,

Et c'est partie pour les présentations de la matinée après une introduction par Héloïse Foucambert, présidente de l'AJP Paris.

Le programme du samedi

Pathologies de demain : enfants d'ici et d'ailleurs
(*F. Sorge*)

Le caca dans tous ses états : probiotiques et greffe fécale
(*A. Mosca*)

DAN/DPN/DPI... : faire un bébé en 2018
(*J-P. Bonnefont*)

Thérapies géniques : « La » solution ?
(*M. de Montalembert*)

CART T-cells : une révolution en hématologie
(*A. Baruchel*)

Pause déjeuner

Obésité : génération malbouffe, quelle prise en charge ?
(*M. Pellan*)

Adolescence et maladies chroniques : et ma sexualité j'en fais quoi ?
(*S. Rouget*)

Lost in transition : de l'adolescent au jeune adulte
(*P. Jacquin*)

Traitement des maladies métaboliques : de plus en plus de patients rares
(*J. Bouchereau*)

Mucoviscidose : nouvelles approches thérapeutiques
(*I. Sermet*)

Education thérapeutique 2.0 : serious game
(*D. Drummond*)

Bravo aux orateurs qui nous ont présenté des topos pédagogiques, dynamiques et à la pointe de l'actualité médicale et qui ont réussi à nous faire imaginer le futur de notre métier.

On s'est retrouvé autour d'un verre après toutes ces présentations de la journée.



La soirée du samedi soir : rendez-vous pour les fêtards au Globo, privatisé pour l'occasion, pour dîner et danser 😊.

Dimanche matin

Matinée ateliers

2 groupes de participants ont tourné sur 5 ateliers interactifs :

Atelier préparations magistrales (SOTP)



Préparation en pharmacie : 2 pharmaciens du groupe SOTP sont venus nous parler de leur métier, de leur travail en pédiatrie et de leur collaboration avec les pédiatres, puis nous ont proposé de réaliser avec leur aide 2 préparations avec leur matériel. Nous avons fabriqué du Julep gommeux, préparation à base de carbonate de calcium, utilisé dans le RGO.



Atelier PL (ponctions lombaires) utilisation d'aiguilles « atraumatiques »

Le Dr Tamazoust Guiddir, de l'hôpital du Kremlin Bicêtre, nous a expliqué l'enjeu d'utiliser des aiguilles non traumatiques. Sa présentation fait l'objet d'un article dans ce journal (*voir article suivant*). Puis, nous nous sommes tous essayés sur des mannequins avec ces fameuses aiguilles.



Formation par simulation (laboratoire de simulation iLumens Paris Descartes)

Le Dr David Drummond, pneumopédiatre à Necker et participant régulièrement à de la formation sur simulation, a fait passer chaque interne sur des situations différentes grâce à un mannequin haute-fidélité. Le bébé a survécu à la crise d'asthme, au pneumothorax, à l'arrêt cardiaque et à la tachycardie jonctionnelle. Ouf...



Diabète et nouvelles technologies

Les dernières technologies en matière de diabète de l'enfant nous ont été présentées par N. Garrec ; notamment le **freestyle libre**, capteur sous cutané en temps réel de glycémie, dont l'usage est en train de se généraliser en pédiatrie, et les **dernières pompes à insuline**, modèles patch (Omnipod) et pompes connectés à des capteurs de glycémies.

Les nouvelles pratiques du libéral

La présidente de l'AFPA (association française de pédiatrie ambulatoire) nous a montré le matériel qu'elle utilise dans son cabinet pour suivre le développement de l'enfant. C'est tout une partie de la pédiatrie à laquelle nous ne sommes pas confronté à l'hôpital et qui est si importante en ville. Elle nous a aussi présenté toutes les nouvelles pratiques qui rendent encore plus complète la pratique libérale : CRP rapide, échographie portable, ...
<https://afpa.org/>



Déjeuner assis tous ensemble :



L'équipe AJP Paris

Dimanche après-midi

Présentation de projets d'internes :

La place du corps médical dans les châtiments corporels infligés aux enfants

Présentation par Anna Gérasimenko, interne à Paris (*sujet d'un article dans cette lettre, page 36 : Parlons de la fessée*).

Découverte d'un BabyLab, université Paris Descartes : Laboratoire Psychologie de la Perception.



Nous avons tous été très contents de vous recevoir dans notre ville Lumières le temps d'un week-end. Ce congrès a été très « jeune » avec pleins de néo-internes ce qui a été très agréable et pour eux, nous l'espérons une bonne manière de commencer leur internat et de leur donner envie de participer peut-être au prochain congrès 2019 !

Des bisous de toute l'équipe AJP Paris !

Héloïse Foucambert-Millerieux

Présidente de l'AJP Paris

Vanessa Bissainte, Sami Chatila, Danaé Dudognon, Anna Gerasimenko, Daphnée Piekarski, Eugénie Sarda, Victor Sartorius, Hélène Schieber.

Article rédigé par l'équipe de la lettre de l'AJP

UTILISATION D'AIGUILLES ATRAUMATIQUES POUR LES PONCTIONS LOMBAIRES

Prévention du syndrome post-PL chez l'enfant

Dr Tamazoust GUIDDIR
PH, Service de Pédiatrie Générale, Bicêtre

Dr Jordi MIATELLO
PH, de Réanimation pédiatrique, Bicêtre

Lors du congrès annuel de l'AJP en septembre à Paris, l'un des ateliers portait sur la formation à l'utilisation d'aiguilles dites « atraumatiques » pour les ponctions lombaires. Ces aiguilles ont pour but de prévenir le syndrome post-PL en étant moins traumatique que les aiguilles classiques. Ces aiguilles sont principalement utilisées en médecine de l'adulte mais sont moins répandues en pédiatrie. Le Dr Guiddir du service de pédiatrie générale, avec le Dr Jordi Miatello, PH dans le service de réanimation pédiatrique, participent à la formation des internes de pédiatrie en stage à l'hôpital du Kremlin Bicêtre. Nous avons eu le plaisir de les accueillir lors du congrès et nous avons pu nous exercer sur des mannequins.

Cet article est tiré de leur présentation qu'ils ont eu la gentillesse de nous transmettre afin de diffuser une meilleure pratique et connaissance de ce geste si couramment réalisé et si redouté de nos petits patients et de leurs familles.

I. Le syndrome post PL

La ponction lombaire (PL) est l'acte invasif le plus souvent réalisé en pédiatrie (50.000 à 60.000/an à l'AP-HP).

Les complications de la ponction lombaire peuvent être :

- **Immédiates** lors de la ponction (*ne seront pas abordées ici*).
- **Retardées**, quand la brèche méningée ne se ferme pas = **le syndrome post-PL** qui peut durer 3 jours, des semaines, des mois, des années...

En France : 5000 cas de syndrome post PL (SPPL) rapportés en 2013 et 400 cas à l'AP-HP en 2011. Son coût hospitalier moyen estimé est de 3300€. En effet, il entraîne un allongement de la durée d'hospitalisation et nécessite des traitements supplémentaires. (*PMSI national 2013*) (*Kokki et al, Acta Anaesthesiol Scand, 1998, Kokki et al, Paediatr Anesth, 1999*) (*Janssens et al, Eur J Pediatr 2003*).

En pédiatrie, le SPPL est peu connu et sous-estimé. Son incidence est estimée entre **2 à 15 % des PL**.

Sa **présentation clinique** est similaire à celle de l'adulte :

- Manifestations dans les 24-48h après la PL.
- Céphalées frontales, occipitales bilatérales +/- nausées, douleur de nuque, symptômes visuels, vertiges...
- Plus difficile à diagnostiquer chez les nourrissons (*Janssens et al, Eur J Pediatr 2003*).

Comment réduire le risque de syndrome post PL

1°) Utiliser des aiguilles atraumatiques !

2°) Si on utilise des aiguilles tranchantes classiques (Quincke)

- Taille de l'aiguille la plus petite (< 22G).
- Position du biseau parallèle aux fibres nerveuses.
- Remplacement du mandrin avant le retrait de l'aiguille.
- Volume prélevé < 15ml.

(*Janssens et al, Eur J Pediatr 2003*).



3°) Et l'alitement de 1h après la PL : ça sert à quelque chose ?

Etonnement, malgré ce qu'on a entendu dire dans beaucoup de nos stages, rester allonger de façon stricte, augmenterait le risque de syndrome post-PL !

Ebinger et al, Neurology est une étude qui a concerné 112 enfants et adolescents :

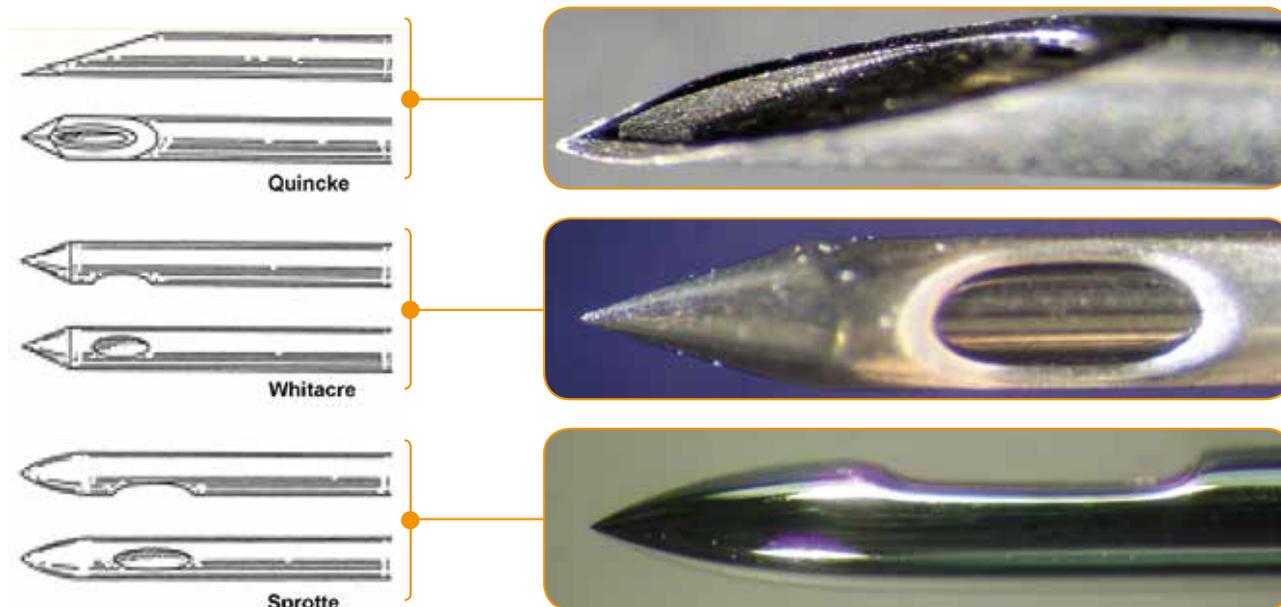
- 15 % de SPPL si couché après la PL versus 2 % si mouvements libres.
- 42 % de douleur du dos si couché après la PL versus 23 %.

4°) Et l'hyper hydratation ?

Non nécessaire, non plus selon la même étude !

II. A quoi ressemblent ces nouvelles aiguilles ?

La 1^{ère} aiguille est l'aiguille dite « classique » traumatique de Quincke :



Les 2 autres (en dessous) sont dites « atraumatiques » : aiguille de **Whitacre** en pointe de crayon et la dernière aiguille de **Sprotte**, ogivale.

Sur l'image ci-dessous, est représenté une dure-mère in vitro traversée par les aiguilles.

- Avec l'aiguille atraumatique (aiguille de Sprotte) : on observe un effet « clapet ».
- Avec l'aiguille traumatique (aiguille de Quincke) : on observe une brèche qui ne se referme pas spontanément au retrait de l'aiguille responsable de l'écoulement du liquide cérébro-spinal et donc du syndrome post PL (*Strupp et al. 2001*).



Et dans les études c'est quoi la différence ?

Les aiguilles atraumatiques (Sprotte ou Withacre) divisent par 3 à 7, selon les études l'incidence, du syndrome post-PL.

Utiliser dès que possible des aiguilles atraumatiques 😊

III. Technique de réalisation d'une ponction lombaire avec les aiguilles atraumatiques

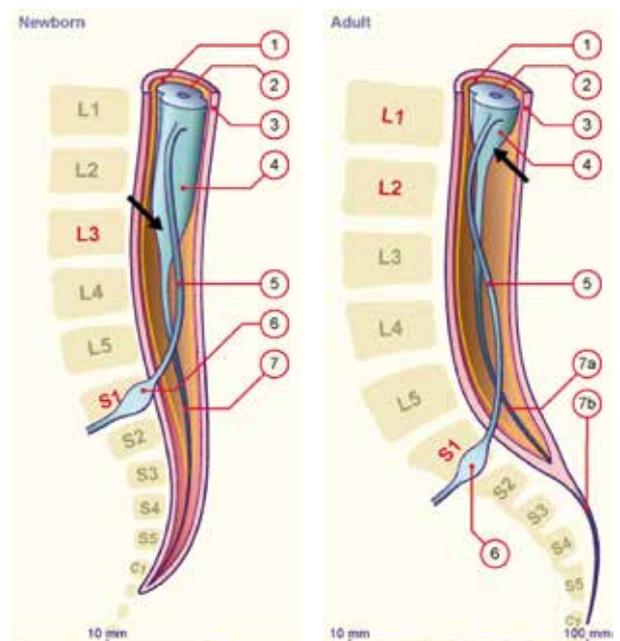
Rappel : niveau de réalisation de la PL

Sur la ligne des deux crêtes iliaques où l'on est entre L3-L4 ou L4-L5.

Une étude a montré que quand on fait un repérage échographique au niveau de la ligne des deux crêtes iliaques, dans 83 % des cas on est entre L3-L4 et L4-L5 chez 30 nouveau-nés (*Baxter et al, Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2016*).

D'ailleurs, on peut s'aider de l'échographie pour se repérer et déterminer le niveau de ponction si on a un appareil d'échographie dans le service. Dans une étude de 2017 : chez 43 nouveau-nés et nourrissons âgés de 1 à 6 semaines, le taux de réussite de la PL était de **95 % s'il y avait un repérage échographique versus 68 % sans repérage** (*Gorn et al, J Pediatr, 2017*).

Chez l'adulte, le cône terminal se situe au niveau de L2 et correspond à la fin de la moelle épinière alors que chez le nouveau-né, la moelle se termine en L3 (cf. images ci-contre).



Anesthésie locale avant la PL

La douleur de la PL est due :

- A la douleur cutanée.
- Eventuellement à la douleur périoste (si l'aiguille pique l'os).
- Plus rarement les douleurs fulgurantes d'origine radiculaire.

Anesthésie en dehors de l'urgence : patch EMLA® au moins 1h avant la PL.

Etude sur 28 enfants et adolescents en double aveugle EMLA 1h avant PL versus placebo : Diminution significative des mouvements et de la fréquence cardiaque au moment du geste (Whitlow et al, *Pediatr Blood cancer*, 2015).

Préparation à la ponction : Antisepsie en 3 temps

- 1°) Détertion nettoyage large de la zone opératoire avec une **solution antiseptique moussante**.
Procéder par mouvements circulaires du centre vers la périphérie.
- 2°) Rinçage avec **sérum physiologique**.
- 3°) Application de l'**antiseptique en solution alcoolique (CHLORHEXIDINE ACQUEUSE colorée® 0,5 % ou 2 %)**.

Quel type d'aiguille atraumatique ?

- Enfant de moins de 10 kg : ne pas utiliser d'introducteur (aiguilles atraumatique sans introducteur Sprotte 22G 50mm).
- Enfant de plus de 10 kg : utiliser un introducteur (aiguille atraumatique avec introducteur Sprotte 22G 90mm)

Comment se présente les aiguilles atraumatiques ?

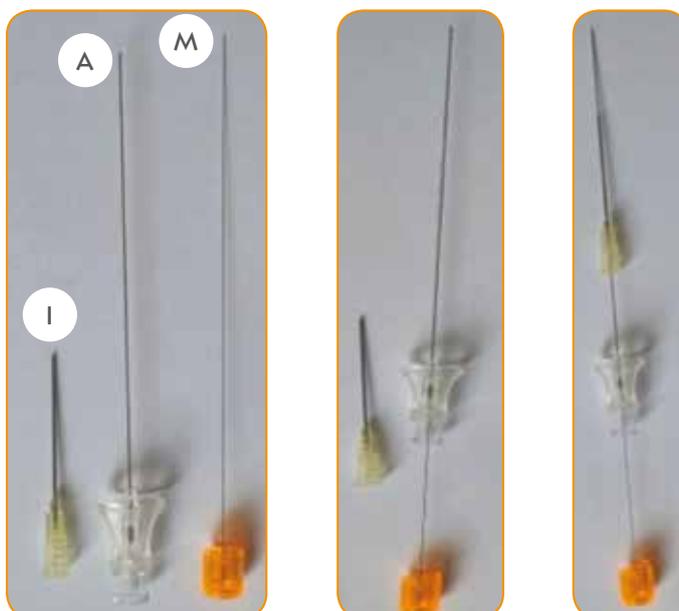
3 éléments : l'introducteur (I) – l'aiguille (A) – le mandrin (M)

L'introducteur est pré-monté sur l'aiguille (attention de ne pas le jeter avec le capuchon).

L'introducteur doit être dégagé de l'aiguille juste avant de piquer pour la PL.

Le mandrin se glisse dans l'aiguille (comme pour les Quincke).

L'aiguille se glisse dans l'introducteur.



Les explications ci-dessous concernent les enfants de plus de 10 kg pour qui on doit utiliser un introducteur. Pour les autres, l'aiguille atraumatique sans introducteur s'utilise de la même façon qu'une aiguille traumatique.

Réalisation de la PL



- 1 • L'introducteur est mis en place le premier
- Avancer sur 1 à 2 cm pour préciser la direction de l'espace inter-épineux



- 2 • Introduction de l'aiguille à travers l'introducteur
- Progression lente et prudente jusqu'à la sensation de franchissement de la dure-mère

Réalisation de la PL



- 3 • Retrait du mandrin
- En l'absence de reflux de LCS, le mandrin est réintroduit avant la reprise de la progression
- Le franchissement de la dure-mère est facilement perçu avec une aiguille atraumatique



- 4 • Reflux du liquide céphalo-rachidien
- 10 à 15 gouttes par tube de prélèvement

Les tubes de prélèvements non stériles → manipulés par l'aide

Réalisation de la PL



- 5 • Réintroduction complète du mandrin grâce au repère de l'encoche+++



- 6 • Retrait de l'ensemble (introducteur + aiguille) dans un même temps

Voilà, vous êtes au point sur les aiguilles atraumatiques !

Est-ce quelque chose que vous utilisez déjà dans vos services ? En aviez-vous déjà entendu parler ?

Le but de cet article est de diffuser les connaissances et les pratiques des PL avec ces aiguilles atraumatiques. Renseignez-vous dans vos services et parlez-en autour de vous.

Merci encore au Dr Guiddir et au Dr Miatello, pour ce cours, la formation sur mannequin et de nous avoir autorisé à utiliser ce diaporama.

Merci à son équipe (internes de pharmacie de Bicêtre, Anna et Arnaud) pour les ateliers sur mannequins et la logistique de l'atelier !

L'équipe de la lettre de l'AJP
(Daphnée Piekarski)

LE VRAI DU FAUX Anti-fakes en allergo



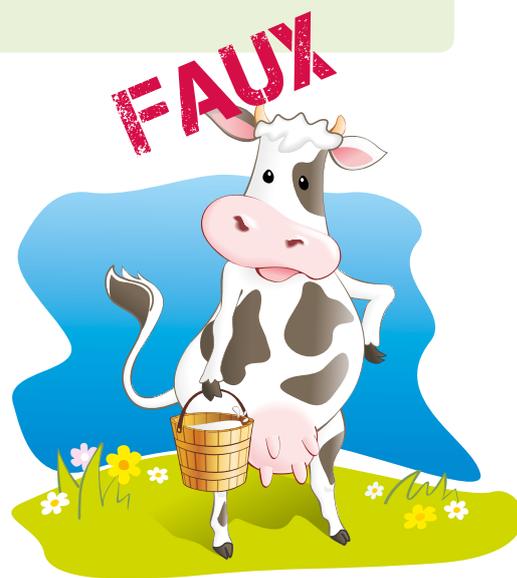
Aujourd'hui, le monde médical est pollué de « fakes » que nous offrent sur un plateau les forums sur internet, certains sites et reportages à la télévision... pourtant, en côtoyant les pédiatres hospitaliers, on se rend compte que les fausses informations sont également de notre fait. Petit tour d'horizon de ce qui se fait en allergologie...

Info 1 : Le diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache (APLV) repose sur le dosage des IgE spécifiques des protéines de lait de vache...

Situation fréquente aux urgences : les nourrissons amenés par leurs parents pour des rectorragies, des diarrhées chroniques et/ou une cassure de la courbe de poids. Dans le bilan prescrit par les médecins, on trouve volontiers les IgE spécifiques des PLV, avec parfois même certains recombinaisons (caséine...).

Deux notions doivent ici être comprises :

- ♦ **Les IgE spécifiques sont augmentées dans les allergies IgE-médiées** (environ 15 % des cas des APLV), qui s'expriment habituellement par des symptômes de type immédiat (cf. tableau 1) ; bien que, dans ce contexte-là également, ce ne sont pas les IgE spécifiques qui font le diagnostic, mais l'histoire clinique d'abord.



- ◆ **Les rectorragies, diarrhées chroniques et cassure de la courbe de poids sont constatées dans les allergies non-IgE-médiées** (environ 85 % des cas, cf. tableau 1) qui, comme le nom l'indique, ne sont pas associées à une augmentation des IgE spécifiques.

Manifestations IgE-médiées (augmentation possible des IgE spécifiques sanguins)	Manifestations non-IgE-médiées (pas d'augmentation des IgE spécifiques)
Cutanées	
Urticaire (incluant les angio-oedèmes), rash cutané, prurit	Eczéma, érythème aspécifique
Digestives	
Vomissements, douleurs abdominales, diarrhée aiguë	RGO chronique, douleurs abdominales chroniques, vomissements, diarrhée chronique, rectorragies, constipation, cassure de la courbe de poids, syndrome carenciel (carence martiale, anémie, hypoprotidémie possible)
Respiratoires	
Bronchospasme, œdème laryngé (dyspnée, dysphonie, dysphagie)	Toux chronique
Cardio-vasculaire	
Malaise, hypotension artérielle (choc anaphylactique)	

Tableau 1. Manifestations IgE-médiées et non-IgE-médiées dans l'APLV

Peut-être existe-t-il un amalgame avec le **Syndrome d'Entérocolite Induite par les Protéines Alimentaires (SEIPA)** qui, dans sa forme aiguë, peut être impressionnant (vomissements, diarrhées profuses voire choc hypovolémique, rectorragies), survenant rapidement après la prise d'un aliment (1 à 4 heures) et volontiers le lait. Pourtant, comme toute les entérocolites allergiques, le SEIPA est bien non-IgE-médiée, il n'y a donc pas d'augmentation des IgE spécifiques dans ce contexte.

SEIPA aigu : critère majeur + 3 critères mineurs font le diagnostic	
Critère majeur : vomissements entre 1h et 4h après l'ingestion de l'aliment suspecté, sans autre signe d'allergie IgE-médiée (cutané ou respiratoire).	Critères mineurs : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Récidive de vomissements lors de l'ingestion répétée de l'aliment suspecté ; ◆ Episodes répétés de vomissements 1 à 4h après l'ingestion d'un autre aliment ; ◆ Léthargie extrême ; ◆ Pâleur extrême ; ◆ Nécessité de consultation aux urgences ; ◆ Nécessité d'une perfusion intraveineuse ; ◆ Diarrhée dans les 24 heures (habituellement entre 5 et 10 heures) ; ◆ Hypotension artérielle ; ◆ Hypothermie.

Quand un seul épisode est survenu, un test de provocation orale devra être réalisé pour confirmer le diagnostic et notamment éliminer une gastro-entérite virale.

SEIPA chronique

Présentation sévère : après l'ingestion régulière d'un aliment, survenue progressive et intermittente de vomissements et diarrhée (+/- sanguine), parfois avec déshydratation et acidose métabolique.

Présentation modérée : de plus petites doses d'aliments (notamment des aliments solides ou contenus dans le lait maternel) provoquent des vomissements et diarrhées intermittentes, habituellement avec une faible prise de poids, mais sans déshydratation ni acidose métabolique.

Tableau 2. Diagnostic du Syndrome d'Entérocolite Induite par les Protéines Alimentaires (SEIPA), d'après Nowak-Wegrzyn JACI 2017.

En d'autres termes, dans un tableau de diarrhée chronique, rectorragies et/ou cassure de la courbe de poids :

- ♦ Des IgE spécifiques au lait de vache négatifs n'apportent rien ;
- ♦ Des IgE spécifiques au lait de vache positifs vous signifient une sensibilisation au lait de vache sans pour autant poser le diagnostic d'allergie, puisque le tableau clinique ne correspond pas.

Ils ne doivent donc pas être prescrits, à visée diagnostique tout du moins.



A lire : *Recommandations pour la prise en charge du nourrisson avec allergie aux protéines du lait de vache, Ezri J et al., 2016 (recommandations suisses particulièrement bien expliquées, en accord avec les recommandations européennes.*

A retrouver et lire sur http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/20-24_0.pdf.

Info 2 : « Mon enfant est allergique à l'œuf, il ne peut donc pas être vacciné contre la grippe »...



Le vaccin anti-grippal est cultivé sur œufs embryonnés de poulet. C'est également le cas du vaccin contre la fièvre jaune et le ROR parmi les plus fréquents. Plusieurs études ont montré que la quantité de protéines d'œuf allergéniques est minime voire indétectable dans les vaccins anti-grippal et ROR. Bien que les notices d'utilisation de ces vaccins ne soient pas encourageantes, **des recommandations internationales sont en faveur d'une vaccination anti-grippale et ROR sans précaution particulière chez les enfants allergiques à l'œuf.**

Concernant le vaccin contre la fièvre jaune, il est le seul contenant un peu plus de protéines d'œuf allergéniques, mais il semblerait que les rares réactions allergiques à ce vaccin ne soient pas en lien avec ces protéines. Quoi qu'il en soit, **il est maintenant recommandé de réaliser une vaccination en plusieurs doses progressives contre la fièvre jaune (pas de contre-indication à la vaccination).**

D'autres évictions font partie des mythes de l'allergie alimentaire, ils sont listés de manière non exhaustive dans le tableau 3.



A lire : *Vaccination and allergy : EAACI position paper, practical aspects. Nilsson et al., Pediatric Allergy and Immunology, 2017.*

Info 3 : « On peut guérir d'une allergie alimentaire »...

L'histoire naturelle d'une allergie va dans le sens de la guérison, même si elle est atteinte plus facilement avec certains aliments que d'autres. Ainsi, **on remarque que près de 90 % des enfants allergiques à l'œuf et au lait sont devenus tolérants, au moins à la forme cuite.** Vous trouverez dans les études cliniques des taux de guérison plus bas. Biais de sélection : ces études sont souvent faites dans des grands centres, avec des patients dont l'allergie est plus sévère.

Les allergies aux fruits à coque, plus à risque d'anaphylaxie, sont aussi celles qui persistent le plus.

Quoi qu'il en soit, il faut toujours réévaluer une allergie alimentaire, qui peut être sérieusement invalidante (menus spéciaux, impossibilité de manger à la cantine...), pour voir si une tolérance n'a pas été acquise.



A lire : *Une revue sur l'histoire naturelle des allergies. The Natural History of Food Allergy. Savage et al. JACI in practice, 2016.*

Info 4 : Au cours d'une anaphylaxie, les corticoïdes systémiques sont indiqués afin de diminuer le risque d'effet retardé de la dégranulation mastocytaire...

Les recommandations sur la prise en charge de l'anaphylaxie (Muraro et al., *Allergy*, 2014) mettent évidemment en avant l'adrénaline par voie IM (0.01 mg/kg) en première intention (IM, et non IV, qui est réservée aux situations nécessitant une réanimation). Les corticoïdes sont toujours indiqués « en prévention de l'effet retardé de la dégranulation mastocytaire », alors que leur efficacité n'a jamais été démontrée (Alqurashi et al., *JACI in Pract*, 2017). Le message à garder en tête est donc que **les corticoïdes ne traitent pas l'anaphylaxie, et ne doivent pas empêcher une surveillance de 6 heures après le premier épisode.**

VRAI
mais...
FAUX



A lire : *Les recommandations européennes de la prise en charge de l'anaphylaxie (EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Muraro et al. Primary prevention of food allergy. Allergy, 2014).*

Info 5 : Une urticaire au cours d'un traitement antibiotique n'est probablement pas allergique...

Le diagnostic principal d'une éruption cutanée sous traitement médicamenteux chez l'enfant est une **infection virale**. Le principal diagnostic différentiel est l'allergie médicamenteuse. Il faut connaître certaines caractéristiques en faveur d'une étiologie ou de l'autre :

	Allergique	Non allergique
Nombre de médicaments incriminés	1	> 1
Délai d'apparition par rapport à la dernière prise	< 1 heure	> 1 heure
Anaphylaxie	Possible	Rarissime
Durée de l'éruption	Fugace : < 24 heures	Prolongée : volontiers 4-5 j
Délai d'apparition au cours de la cure	Dès la première prise	Au-delà de la première prise
Réaction lors d'une nouvelle prise	Oui	Non

Tableau 3.

Ce tableau peut permettre de s'orienter facilement face à une réaction cutanée au cours d'un traitement médicamenteux. Quoi qu'il en soit, il faut trouver une alternative au médicament, et avoir impérativement un avis allergologique. Dans les cas non sévères, l'allergologue fera un simple test de provocation en dehors de tout facteur favorisant les éruptions (prise d'AINS, fièvre, activité physique...).



A lire : Une revue bien documentée sur les réactions d'hypersensibilité au cours des traitements par β -lactamine chez l'enfant, avec notamment un arbre décisionnel. *Hypersensitivity reactions to beta-lactams in children. Graham et al., Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2018.*

Info 6 : « Mon enfant a fait de l'eczéma tout bébé, je veux maintenant passer du sein au lait artificiel, je lui donne donc un lait hypoallergénique pour prévenir une APLV »...

Un méta-analyse (Boyle et al., BMJ, 2016) n'a pas retrouvé d'efficacité des **laits hypoallergéniques dans la prévention des allergies au lait de vache**. **FAUX**
Si on étend la réflexion de la prévention à toutes les allergies alimentaires, le seul facteur protégeant d'une allergie alimentaire est la précocité de l'introduction d'un aliment (Du Toit et al., JACI, 2018 et Ierodiakonou et al., JAMA, 2016). Ainsi, **il est recommandé d'introduire les aliments à risque allergique le plus précocement possible, dès 4-6 mois, et avant 11 mois pour les arachides** ; cela passe par l'ajout de poudre de fruits à coque, par exemple, dans les purées, le lait...

L'exclusion des aliments à risque de l'alimentation de la maman, lorsque celle-ci allaite, ou bien pendant la grossesse, n'a pas montré d'efficacité.

On note toutefois que chez un enfant à haut risque d'allergie à l'arachide (eczéma sévère et/ou allergie à l'œuf), il est maintenant recommandé de faire un bilan allergologique (IgE spécifique ou prick-test) avant l'introduction de l'arachide.



A lire : *Recommandations européennes sur la diversification alimentaire : Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Mary et al., Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2017.*

Info 7 : Une urticaire au cours d'une balade au parc peut être en lien avec une allergie aux pollens...

Surprenant, mais vrai : les pollens provoquent essentiellement des symptômes de rhinite, de conjonctivite et d'asthme, mais peuvent être responsables également d'épisodes d'urticaire, en cas de contact avec la peau, comme lors des balades au parc. Les pollens les plus souvent mis en cause sont les pollens de graminées.

Deux remarques :

- ♦ Pas de prescription de tests multiallergéniques (trophatop, phadiatop) sans orientation diagnostique ;
- ♦ Toujours rechercher la prise d'AINS lors d'un épisode d'angio-œdème isolé du visage, car il s'agit d'une forme d'hypersensibilité classique aux AINS (AINS = classe de médicaments probablement le plus pourvoyeur d'allergies, devant les antibiotiques !).



A visiter : www.pollens.fr, le site du réseau national de surveillance aérobiologique. Pour tout savoir sur les pollens en France.



A vous imprimer : Le calendrier pollinique de votre région, facilement trouvable sur internet

Camille Braun
Interne de pédiatrie
Université de Lyon 1



“IL N’ARRÊTE PAS DE FAIRE PIPI DOCTEUR !”

Cas clinique : Un syndrome poly-uro polydipsique pas anodin

Mme T. consulte son pédiatre au cabinet parce que son grand garçon de 10 ans, Aladin, se lève 4 fois la nuit pour aller uriner et ne se sépare plus de sa petite bouteille d'eau y compris en cours. Elle raconte qu'elle s'en est rendu compte il y a 5 mois mais que là c'est de pire en pire.

Quel est bien sûr le 1^{er} examen que le pédiatre doit faire ou prescrire (selon son équipement) ? S'il est pathologique, qu'est-ce qu'il doit faire ?

Un dextro en urgence, ou au moins une BU pour rechercher une glycosurie ! S'il est anormal il faut l'envoyer aux urgences pédiatriques immédiatement.

L'erreur à faire : Prescrire une glycémie veineuse à faire en laboratoire, les patients attendent 2 jours pour faire la prise de sang, puis encore 1 ou 2 jours pour revoir leur pédiatre avec les résultats et le risque : un enfant qui arrive aux urgences pédiatriques en acidocétose et risque de passer par la case Réa.

On est rassuré le dextro est normal. On est donc devant une suspicion de diabète dit insipide ou non sucré (nom qui vient du temps où les médecins goûtaient les urines des patients ;).

Comment peut-on faire pour affirmer ce diagnostic et quel est le principal diagnostic différentiel ?

Faire un bilan entrée-sortie sur 24h en hospitalisation et une osmolarité urinaire sur la 1^{ère} miction du matin.

Cela permet d'éliminer une potomanie ! Pathologie qui existe à tout âge de la vie.

On fait aussi un ionogramme pour s'assurer que l'enfant n'est pas déshydraté, et de l'absence d'hyponatrémie.

Aladin est donc hospitalisé en pédiatrie pour la suite de son bilan. Le bilan entrée-sortie montre qu'il urine 5L d'eau par jour et boit 4.5 L d'eau pour compenser. Son ionogramme, sa fonction rénale et son osmolarité plasmatique sont normales. Son bilan phospho-calcique est normal aussi. Mais son osmolarité urinaire est à 112 μ mol/L sur les urines du réveil ! Notre suspicion est renforcée.

Quel sont le ou les examens suivant à réaliser en centre spécialisé ?

Un test de restriction hydrique avec surveillance du ionogramme et de l'osmolarité plasmatique et urinaire. En gros, si on met notre patient en restriction hydrique, est-ce qu'il arrive à concentrer ses urines ou pas ? C'est le test qui élimine vraiment la potomanie.

Lors du test de restriction hydrique, son osmolarité urinaire passe de 310 à 513 μ osmol/l ce qui n'est pas beaucoup (norme : sup à 750). Donc Aladin ne concentre pas assez ses urines et perd de l'eau alors qu'il est en restriction hydrique (ne boit rien).

Quel est le test suivant à faire pour situer le niveau du trouble ?

Le test au Minirin (dDAVP ou équivalent synthétique de l'ADH, hormone antidiurétique).

Petit rappel : l'ADH est fabriquée par l'hypothalamus et est sécrétée par la post-hypophyse. Elle provoque une réabsorption d'eau et diminue donc le volume des urines en augmentant la perméabilité à l'eau du tube collecteur rénal. Son gène est *AVP* et est situé sur le chromosome 20.

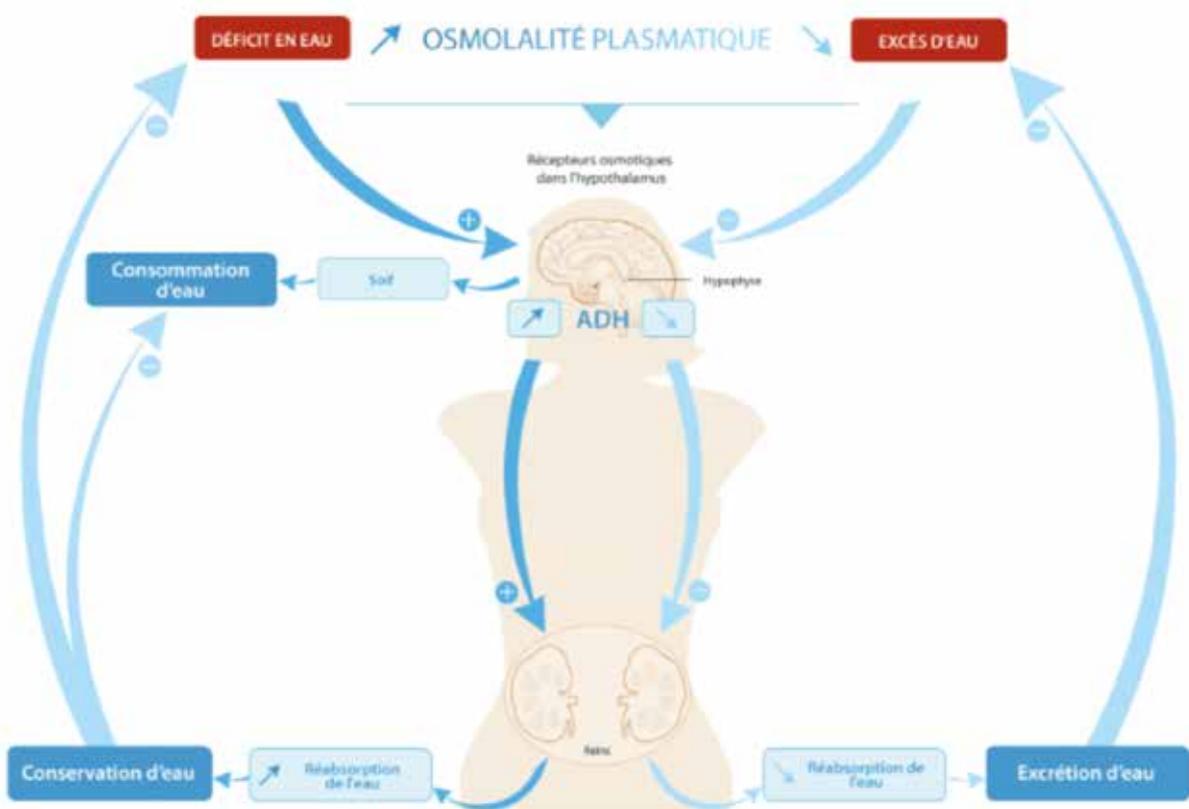


Schéma tiré de cours de physiologie rénale :

<https://www.cloudschool.org/activities/ahFzfmNsb3Vkc2Nob29sLWFwcHI5CxlEVXNlchiAgIDAIP-cGgwLEgZDb3Vyc2UYglCAglDyiAoMCxIIQWN0aXZpdHkYglCAgNDqmQoMogEQNTcyODg4NTg4Mjc0ODkyOA>

On donne au patient du Minirin après un test de restriction hydrique et on regarde si son osmolarité urinaire se normalise ou pas.

- ♦ Si elle se normalise : il répond au Minirin, c'est que son hypophyse n'en sécrète plus ou pas assez. Le problème est hypophysaire et c'est un **diabète insipide central**.
- ♦ Si l'osmolarité urinaire reste trop basse : c'est que les reins d'Aladin ne sont pas sensibles au Minirin. Il s'agirait donc d'un **diabète insipide néphrogénique**.

On donne donc une dose de Minirin à Aladin et voici l'évolution de son osmolarité urinaire :

Test au MINIRIN :

H0 : 67 mosmol/l

H2 : 336 mosmol/l

H3: 519 mosmol/l

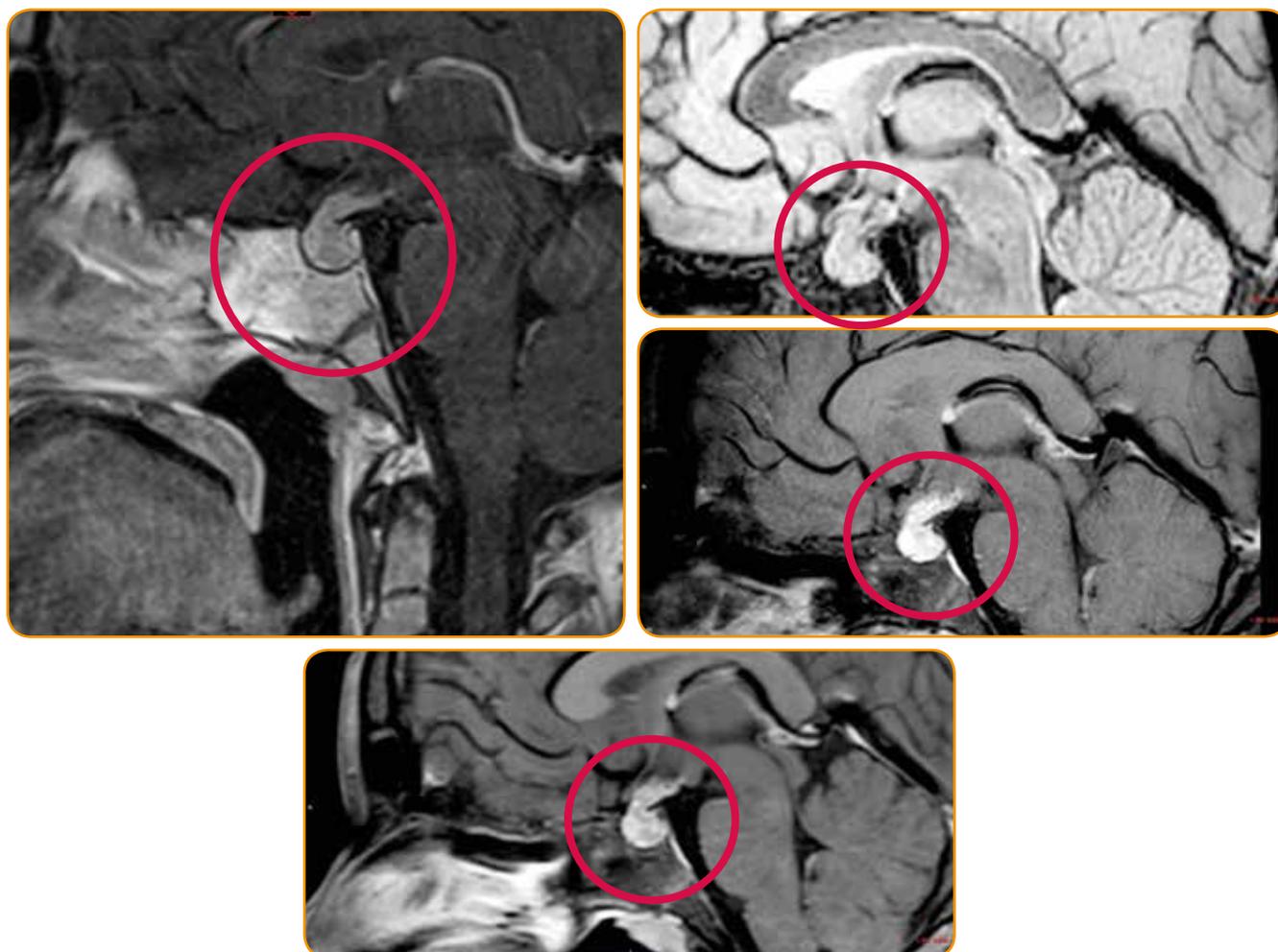
H4 : 567 mosmol/l

H5 : 553 mosmol/l

Devant cette bonne réponse au Minirin, on conclut donc à un **diabète insipide d'origine central** ! Il faut donc aller voir son hypophyse de plus près.

Aladin a eu droit à sa courbe de croissance qui nous montre qu'il n'a pas pris un centimètre depuis 6 mois alors qu'il grandissait sur la moyenne jusqu'à maintenant. Il a pris un peu trop de poids aussi.

On lui fait une **IRM hypophysaire** dont voici les images :



Conclusion des radiologues : **Infiltration et épaississement de la tige pituitaire. Extension de cette infiltration au plancher du troisième ventricule, jusqu'aux corps mamillaires**, avec un aspect nodulaire en avant de ceux-ci. Rehaussement de l'ensemble de ces structures et de l'hypophyse avec persistance d'un relatif hyposignal centronodulaire.

On met Aladin sous Minirin 60µg*3/j ce qui traite son diabète insipide. Il se remet à boire et à uriner normalement.

On test le reste de ses fonctions hypophysaires :

- ◆ Cortisol à 8h : 466 mmol/l ; ACTH : 42 ng/l : normal.
- ◆ Prolactine : 10.5 ng/ml : normal.
- ◆ **IGF-1 : 107 ng/ml (IGF-1 Z-score:-1.56).**
- ◆ FSH <0.3 UI/l, LH < 0.1UI/l -> pour un stade de Tanner : A1P1S1, normal.
- ◆ TSH : 2 UI/l T3L: 6.5UI/l T4L: 19.3 UI/l : normal.

On suspecte fortement un **déficit somatotrope associé surtout au vu de sa courbe de croissance.**

Quel est le bilan étiologique à réaliser devant un diabète insipide central, en particulier devant ces images ?

On peut classer les étiologies en :

- ◆ Post-chirurgicales ou post traumatiques.
- ◆ Tumorales.
- ◆ Infiltratives.
- ◆ Génétique.
- ◆ Idiopathiques.

Causes du DIC	A rechercher sur les plans clinique, biologique et radiologique
Idiopathique (40-50%)	Maladie auto-immune associée (thyroïdite de Hashimoto, vitiligo, maladie cœliaque...)
Après chirurgie hypophysaire (40%) ou traumatisme crânien	Souvent associé à un panhypopituitarisme
Histiocytose X	Atteintes osseuse (surtout mandibule), pulmonaire, ganglionnaire, hépatique, cutanée et neurologique (ataxie)
Sarcoidose	Atteintes pulmonaire (dyspnée, toux sèche), ganglionnaire, cutanée (érythème noueux), hépatique, oculaire (uvéïte)
Maladie de Wegener	Atteintes ORL (épistaxis), musculaire, articulaire, pulmonaire (hémoptysie), neurologique (polyneuropathie), rénale (glomérulonéphrite focale segmentaire), cutanée (purpura)
Tuberculose	TB spot
Germinome	α-foetoprotéine et β-HCG plasmatiques LCR: α-foetoprotéine et β-HCG, phosphatase alcaline placentaire, c-kit
Métastase	Recherche de la néoplasie primaire
Génétique	DIC isolé, anamnèse familiale positive

Tableau tiré de Diabète insipide central : diagnostic et prise en charge, Bettina Köhler Ballan, Angela Hernandez, Elena Gonzalez Rodriguez, Patrick Meyer, Rev Med Suisse 2012; volume 8.2158-2164.
<https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-362/Diabete-insipide-central-diagnostic-et-prise-en-charge>

Le bilan à faire est donc :

- ◆ A l'interrogatoire : antécédent de traumatisme crânien, de chirurgie cérébrale.
- ◆ Bilan de tuberculose : Radio de thorax, quantiféron, IDR.
- ◆ Bilan de sarcoïdose : Radio de thorax, EFR, DLCO, dosage de l'ECA.
- ◆ Wegener : protéinurie urinaire.

- ♦ Hystiocytose : radios de squelette et/ou IRM corps entier.
- ♦ Germinome : dosage des marqueurs tumoraux dans le sang et dans le LCR : alpha-fœtoprotéine, bêta HCG, phosphatases alcalines.

Chez Aladin tout le bilan est normal et les dosages de marqueurs tumoraux sont les suivants :

- ♦ Dans le sang : hCG < 0.1 ng/ml, A foetoprotéine : 0.8 ng/ml (N<7), **PAL : 171.0 UI/L 2 % de fraction placentaire**
- ♦ LCR : proteinorachie : 0.12 g/L, hCG 0.12 ng/mL, alpha FP : inf à 0.1ng/ML : normaux.

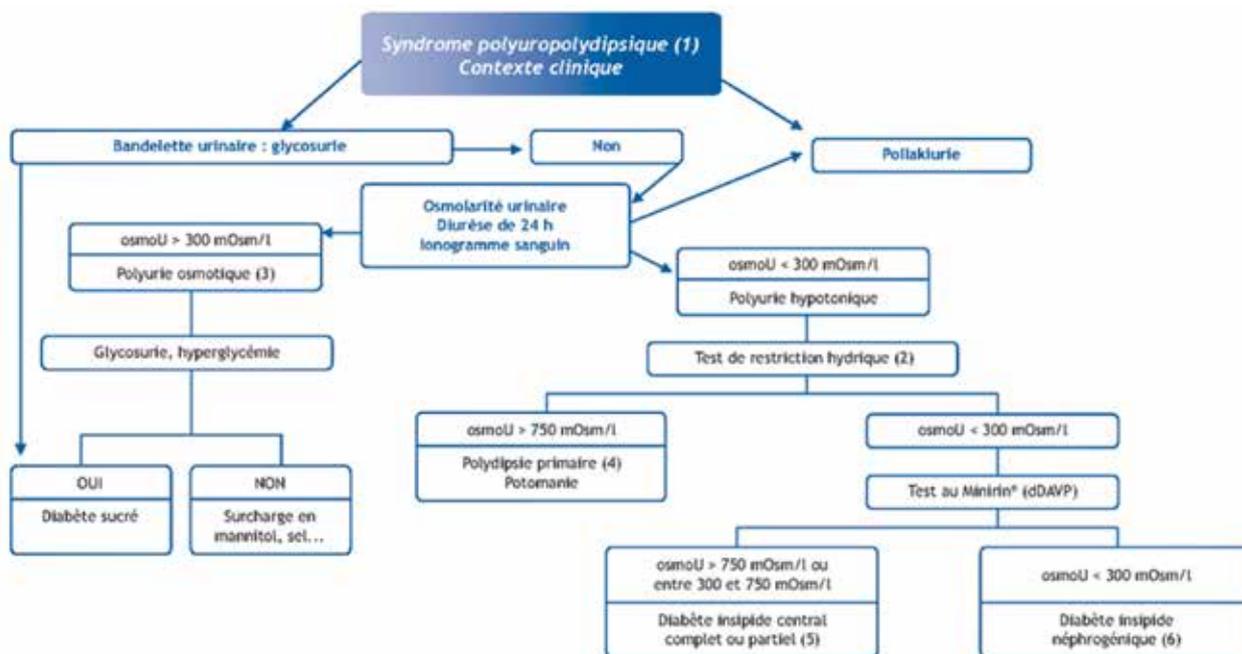
Donc nous avons des dosages de marqueurs tumoraux normaux dans le LCR et des PAL plasmatiques élevés. Devant ces résultats et devant l'aspect de l'IRM, il est décidé en staff multidisciplinaire qu'on ne peut pas écarter une cause tumorale.

En conséquence, Aladin est adressé en neurochirurgie pour réaliser une biopsie hypophysaire. Le résultat d'anatomopathologie revient : il s'agit d'un germinome.

Aladin est adressé dans un centre d'oncopédiatrie et est pris en charge. Il va bien actuellement.

Pour reprendre les choses : Pas à Pas en pédiatrie devant un SPUPD :

<http://pap-pediatrie.fr/maladie-chronique/demarche-diagnostique-devant-un-syndrome-poly-uropolydipsique>



© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. Avec le soutien institutionnel de Blédina

Bibliographie

Pas à pas en pédiatrie, démarche diagnostique devant un syndrome polyuro-polydipsique, C. Rousset-Rouvière, M. Tsimaratos, Service de pédiatrie multidisciplinaire, unité de néphrologie pédiatrique, hôpital Timone, Marseille.

Diabète insipide central : diagnostic et prise en charge, Bettina Köhler Ballan, Angela Hernandez, Elena Gonzalez Rodriguez, Patrick Meyer, Rev Med Suisse 2012; volume 8.2158-2164.

Daphnée Piekarski
Interne de pédiatrie, Paris



AIDE AUX JEUNES DIABÉTIQUES (AJD)

LES SÉJOURS ÉDUCATIFS



L'Aide aux Jeunes Diabétiques est une association créée dans les années 50 qui allie familles de patients, patients et soignants pour aider les jeunes qui ont un diabète à vivre une vie pleinement épanouissante tout en préservant leur santé¹.

Cécile Vercaemer est interne de pédiatrie à Paris en 7^{ème} semestre. Elle a accompagné plusieurs séjours éducatifs durant ses études de médecine et partage avec nous son expérience au sein de cette association, et peut-être nous donner envie de nous lancer aussi...

Les séjours éducatifs c'est quoi ?

Chaque année, des séjours d'éducation thérapeutique sont organisés à travers la France. Les jeunes sont âgés de 3 à 17 ans et sont regroupés par tranches d'âge. Ils partent seuls ou avec leurs parents. Ces séjours sont encadrés par une équipe soignante (externes, internes, infirmiers et médecins) et une équipe d'animation.

Les séjours médico-éducatifs s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), selon la loi HPST de 2009.

L'éducation thérapeutique

« Apprendre à se soigner signifie comprendre la maladie, connaître les différents traitements possibles, comprendre le rôle de l'alimentation, de l'activité physique sur la glycémie... Apprendre à se soigner, c'est aussi apprendre à faire des soins : mesurer la glycémie, faire une injection d'insuline, changer le cathéter d'une pompe à insuline...C'est aussi et avant tout pouvoir appliquer chaque jour un traitement et des conseils, en l'adaptant à la vie de la famille, à ses loisirs, à ses projets en maintenant une bonne santé et une qualité de vie la meilleure possible. »¹

Le cadre de la colonie de vacances

« Le partage d'expériences avec les autres enfants du même âge est un élément moteur de motivation : « Si l'autre est capable de faire et de « réussir », pourquoi pas moi ? ». Le cadre de colonie de vacances constitue alors un outil, véritable accélérateur des apprentissages »¹.

Ces séjours permettent aussi à des jeunes de partir en vacances. Il est souvent compliqué pour un enfant, qui n'est pas complètement autonome vis-à-vis de sa maladie ou qui part avec une équipe non formée au diabète, de partir dans une colonie de vacances classique (vous voyez le camp scout avec de l'insuline ? un peu compliqué).

Mon expérience au sein de l'AJD du côté soignant

Pendant ma dernière année d'externat, un ami m'a parlé de l'AJD. Le concept ? Une sorte de colonie de vacances pour faire de l'éducation thérapeutique dans un autre cadre que l'hôpital. Pour participer, c'est simple, j'ai envoyé un mail à Sandrine Halloin (sandrine.halloin@ajd-educ.org) avec lettre de motivation et CV.

Mais en fait, le diabète de l'enfant je n'y connaissais pas grand-chose. Aïe aïe aïe ! Heureusement, l'AJD avait tout prévu avant le départ.

Avant le départ

Des week-ends de préparation sont organisés pour nous briefer sur le diabète, l'insuline, le freestyle libre, les pompes, etc. On nous explique le fonctionnement de l'AJD, le sac d'urgence, l'organisation des infirmeries... Bref, tout ce qu'il faut savoir pour le séjour.

C'est aussi l'occasion d'y rencontrer l'équipe de soignants et d'animateurs avec laquelle on va partir. On fait un peu de cohésion et beaucoup d'anticipation car pendant le séjour le temps est compté et le rythme très intense.

Immersion

Le jour J, rendez-vous sur un quai de gare ou directement sur place.

Les animateurs récupèrent l'argent de poche pendant que les soignants s'occupent des fiches médicales. Dans le train, on entre dans le vif du sujet avec les premières hypoglycémies, dextros, injections... Et puis, plein de prénoms à apprendre.

Les premiers jours sur site sont dédiés aux visites médicales. Ensuite le séjour est rythmé par les temps d'infirmeries, les activités et les temps d'éducation thérapeutique.

Journée type

(Les horaires sont là à titre indicatif et varient en fonction du séjour)

08h00

Infirmerie du matin et petit déjeuner
Activités du matin avec soignants et animateurs.

12h00

Infirmerie du midi et déjeuner
Activités de l'après-midi

16h00

Temps d'infirmerie suivi du goûter
Activité, temps calme, douches

19h30

Infirmerie du soir et diner
Veillée

22h00

Glycémies du coucher

Quand tous les jeunes sont (enfin) au lit, c'est le début de la garde pour un animateur et un soignant qui sont réveillables toute la nuit en cas de problème. Selon les dextros du coucher, le soignant doit parfois contrôler les glycémies de certains enfants pendant la nuit.

Pour les autres encadrants, c'est l'heure de la réunion d'équipe. On fait le point sur la journée qui vient de s'écouler et on prépare le programme des jours suivants.

Pendant le séjour, on organise des sessions d'éducation thérapeutique. L'AJD met à disposition une grande malle avec de la documentation sur le diabète et de nombreux outils d'éducation thérapeutique pour nous aider à préparer nos ateliers. Les anciens sont aussi là pour partager leur expérience et faciliter cette tâche.

Pendant le séjour, on a des jours des congés, des gardes et repos de garde le lendemain.

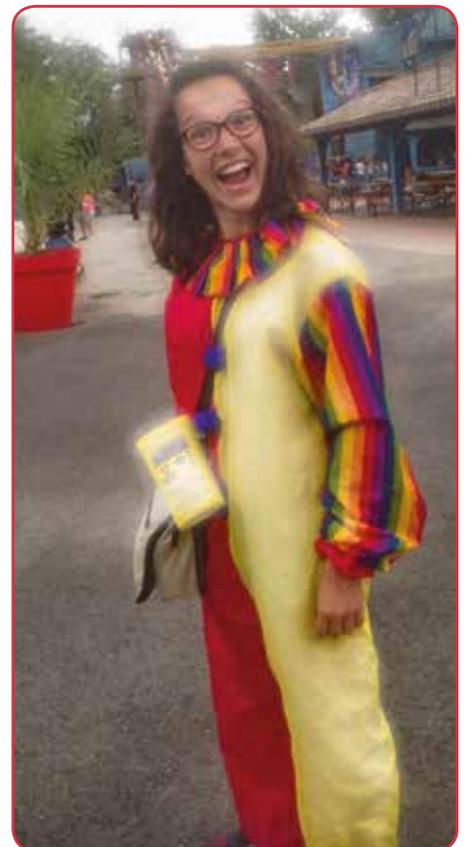
Et après

Une nouvelle bande de copains. Des souvenirs plein la tête. Un scoubidou multicolore accroché à mes clés. Des compétences nouvelles. Du sucre dans mon sac, juste au cas où. Et puis une seule envie : repartir !

Après un premier séjour avec des ados (15-17 ans) à Miramont en tant qu'externe, je n'ai pas hésité une seconde à repartir en tant qu'interne à Mimet avec des pré-ados (10-14 ans).

Pour participer, il faut être **interne** ou médecin thésé, ou étudiant en médecine à partir de la 4^{ème} année, ou **infirmière**. Les séjours se déroulent en Normandie, en Bretagne, en Rhône-Alpes, en Aquitaine et en Provence. Leur durée varie en fonction des périodes et des âges des enfants. Ils peuvent durer 10, 14 ou 21 jours. Le taux d'encadrement sur chaque séjour est de 1 adulte pour 3 à 4 enfants.

Participer à cette expérience unique est une chance. Partager tous ces moments de vie quotidienne du matin jusqu'au soir est une façon de s'occuper de l'enfant qui a le diabète et non de son diabète seul. On ne soigne pas la maladie mais le patient ; c'est bien ça notre rôle, non ?



Cécile VERCAMER
Interne de pédiatrie à Paris

Références

1. <http://www.ajd-diabete.fr>

Renseignements

Sandrine Halloin

Coordinatrice de l'animation, sandrine.halloin@ajd-educ.org

Par courrier à : Aide aux Jeunes Diabétiques – 38, rue Eugène Oudiné – 75013 PARIS

Par téléphone : 01 44 16 89 83

En ligne : <https://www.sejours-ajd.fr/1-postuler>**Découvrez les dates des séjours 2019 :**

Filtrer le calendrier par :

Type de séjour ▼

Âge de l'enfant ▼

OK

Lieux	Âge de l'enfant	Type de séjour	Dates
Gouville-sur-Mer	06-12 ans	Parent et enfants	du 12 avril au 20 avril
Gouville-sur-Mer	06-12 ans	Enfants seuls	du 12 avril au 20 avril
Mimet	03-12 ans	Parent et enfants	du 12 avril au 20 avril
Mimet	06-12 ans	Enfants seuls	du 12 avril au 20 avril
Gouville-sur-Mer	03-12 ans	Enfants seuls	du 20 avril au 28 avril
Gouville-sur-Mer	03-12 ans	Parent et enfants	du 20 avril au 28 avril

L'ENFANT EST PARTOUT, LE PÉDIATRE DOIT Y ÊTRE



La rédaction de la lettre de l'AJP nous a proposé de diffuser un article sur Pédiatres du Monde dans votre journal. C'est un réel plaisir de pouvoir aujourd'hui y répondre.

Votre présence (de l'AJP et des internes en pédiatrie), lors des congrès de l'AFPA et de la SFP, lors des journées des AJP, des JUPSO, est pour nous très réconfortante car c'est l'occasion de vous rencontrer, de vous présenter nos actions et leurs objectifs... de vous dire que vous avez votre place au sein de Pédiatres du Monde.

Vous êtes les pédiatres de demain, avec la richesse et la spécificité que cela représente.

Dans chacune de nos équipes nous essayons d'intégrer une ou un interne en pédiatrie.

Votre rôle de pédiatre : consulter, diagnostiquer, former, prévenir; sous la responsabilité du chef de mission et en accord avec l'équipe locale.

Votre rôle d'interne : conseiller, communiquer, innover; collaborer quand cela est possible avec les étudiants en médecine, avec le personnel local et l'équipe PDM.

Vous trouverez dans les pages qui suivent une présentation générale des pays où nous intervenons, des programmes que nous mettons en place, de notre fonctionnement, des modalités de recrutement...

Bonne lecture !



Témoignages



Agathe Bouilliez – février 2015

8 janvier 2015 : Jour de départ pour ma 1^{ère} mission humanitaire...

« Depuis mon plus jeune âge je rêve de devenir pédiatre. Quinze ans après, le rêve est (presque) devenu réalité, je suis interne de pédiatrie en dernière année et je m'apprête à partir pour ma 1^{ère} mission humanitaire au Cambodge avec « Pédiatres du Monde ». Sur mon chemin, j'ai eu la chance de rencontrer Jean Michel Thiron, président actuel de Pédiatres du Monde, qui m'a fait découvrir, avec passion, cette ONG. Un an plus tard je suis inscrite pour cette grande mission regroupant 12 personnes : 6 pédiatres, 2 internes de pédiatrie, 2 sages-femmes, une infirmière et une prof d'anglais. L'objectif est de réaliser des soins primaires aux enfants des campagnes environnantes Siem Reap. On y découvre des parents heureux de pouvoir faire examiner leur enfant par un médecin (qui inventent même parfois des symptômes pour consulter) et des enfants adorables qui se laissent (presque tous) examiner sans pleurer ! Sur place pas de radio ni de bilan biologique, on revient au fameux « sens clinique ». Dans une ambiance conviviale les pédiatres expérimentés font profiter de leurs expériences les jeunes pédiatres habitués, un peu trop, aux examens complémentaires et aux avis sur-spécialisés ! Quinze jours plus tard, je repars après avoir fait de nouvelles rencontres enrichissantes, des souvenirs plein la tête, heureuse d'avoir pu réaliser un rêve d'enfant ! ».

Mars 2018 : « Après ma première mission au Cambodge en 2015, mon implication dans l'association PDM continue mais plutôt sur le plan régional avec PDM Normandie et l'organisation d'une course solidaire dans des écoles pour récolter des fonds pour PDM. Parallèlement, je participe aux actions nationales de PDM avec notamment la participation aux 20km de Paris à 2 reprises. Et qui sait, peut-être une nouvelle mission sur le terrain avec Pédiatres du Monde en 2019 ? ».

Hadile Mutar – Mission mai 2017

« Je suis partie avec PDM au Cambodge dans le cadre d'une mission de dépistage et d'éducation pour la santé et j'ai aussi participé aux consultations qui ont lieu à Paris au Centre d'Hébergement d'Urgence d'Ivry. Les problématiques ne sont pas les mêmes mais pour nous, jeunes pédiatres, c'est apprendre à travailler avec peu, voire sans moyens, à être confrontés à des langues et des cultures différentes, à découvrir des pathologies qu'on ne connaît qu'à travers les livres et à réaliser combien les disparités sont grandes. Même si ce n'est pas toujours facile, ça donne envie de repartir non pas pour faire du « tourisme médical » mais pour les leçons d'humilité ».

Jean-Baptiste Lotte – Maroc mars 2017

« Je suis parti au Maroc, à Skoura avec Pédiatres du Monde en mars 2018. C'était pour moi une première expérience dans le domaine de l'humanitaire. J'y ai découvert tout un univers de gens intéressants, motivés par leur action et soucieux de vouloir agir (avec modestie bien sûr) avec sérieux et passion. Sur le plan médical, c'était aussi très intéressant, on n'a pas « sauvé le monde » mais vu beaucoup d'enfants



que ce soit dans les écoles, les dispensaires ou autres lieux de consultations insolites. Les pathologies étaient surtout du domaine de l'infectiologie, parfois même exotiques. Et que dire de la population locale plus qu'accueillante et chaleureuse envers nous et avec qui nous avons pu travailler en harmonie, en nous enrichissant mutuellement ! ».

Pédiatres du Monde : qu'est-ce que c'est ?



Pédiatres du Monde, PDM, association loi 1901, est une **Organisation de Solidarité Internationale de développement solidaire dans le domaine de la Santé de la mère et de l'enfant** créée en 1996 par des pédiatres libéraux de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (www.afpa.org).

Aujourd'hui **plus de 315 adhérents** soutiennent les actions auprès des populations vulnérables ici en France et ailleurs bien loin.

Les membres actifs de Pédiatres du Monde sont des professionnels de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, pédiatres principalement et aussi obstétriciens, chirurgiens, radiologues, puéricultrices, kinésithérapeutes, sages-femmes, psychomotriciens, orthoprothésistes, orthophonistes, dentistes, médecins généralistes... Qu'ils soient actifs ou retraités, tous sont totalement bénévoles. Des membres non professionnels de santé participent aussi à la vie et au rayonnement de l'association.

L'objectif de Pédiatres du Monde est de mettre ces compétences professionnelles, en synergie et en complémentarité les unes avec les autres, au service de l'amélioration durable de la santé de l'enfant. Outre les soins préventifs et curatifs à l'enfant, cela comprend aussi la surveillance des femmes enceintes et l'amélioration des conditions de naissance assurées par la présence des sages-femmes et d'obstétriciens. L'éducation pour la santé, comprenant information, formation théorique et pratique dans les domaines de l'hygiène et de la nutrition fait partie intégrante des actions de PDM.

L'aide à la formation aussi peut se concrétiser par des stages hospitaliers en France de professionnels des pays d'intervention.

Une aide matérielle adaptée aux besoins locaux est parfois possible.

Pédiatres du Monde **vient en appui aux soignants locaux** dans un échange de savoir et une aide à pouvoir. Ce partenariat et les liens avec l'administration témoignent du souci de s'inscrire en cohérence avec la pédiatrie du pays d'action.

Si l'engagement bénévole est un élan du cœur, altruiste et spontané, il n'est fort, légitime et productif que construit dans la réflexion commune de programmes concertés à long terme et que confronté à un étayage éthique des actions.

Pédiatres du Monde se décline également en associations régionales afin de développer ses actions génératrices de revenus et d'accéder à des appels à projets institutionnels régionaux : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie.

Formations au sein de Pédiatres du Monde : PDM encourage les initiatives de formation personnelle dans le domaine de l'action humanitaire et organise par ailleurs depuis 2016 des formations (éducation pour la santé, conception et évaluation de projets...).

Le mode de fonctionnement de Pédiatres du Monde est basé sur la répétition d'actions-relais de courte durée (1 à 3 semaines) par équipes de 3 à 6 personnes *assurant* une présence discontinue mais régulière sur le terrain, garantissant ainsi la reconnaissance et la pérennité des programmes.

Dans certains pays, Pédiatres du Monde peut être amené à agir en partenariat avec d'autres ONG partageant nos objectifs et notre éthique.

Enfin, la complexité de mise en route des programmes et les effectifs actuels de *Pédiatres du Monde* ne nous permettent pas de répondre à tous les pays demandeurs de collaboration.

Les actions de Pédiatres du Monde en France



Région Lilloise : intervention auprès des gens du voyage

Depuis octobre 2010 une équipe de Pédiatres du Monde intervient auprès des enfants rroms de la Métropole Lilloise. Cette action a été menée en partenariat, avec MSL (Médecins Solidarité Lille) qui depuis 20 ans apporte des soins gratuits aux plus démunis.

Un bus affrété par MSL se rend 2 fois par semaine sur les bidonvilles où vivent des communautés rroms. Un cabinet y est réservé pour les consultations pédiatriques. Des consultations ont également eu lieu directement sur les terrains, avec le matériel dans un cabas... Depuis le début de la mission, c'est plus de 1500 consultations qui ont été réalisées auprès d'enfants qui ont ainsi été examinés, soignés, vaccinés...

Nous souhaitons, en parallèle avec le travail de soins pathologiques courantes sur les terrains qui ne saurait s'arrêter, mener des actions plus en profondeur :

- ♦ **Consultations pédiatriques plus classiques de dépistage** dans les locaux de MSL, pour les familles rroms qui ont déjà fait un « bout de chemin avec nous », qui nous connaissent et qui acceptent maintenant de se déplacer pour bénéficier d'exams plus complets mais aussi pour les familles qui vivent dans des squats isolés où le bus ne peut se rendre.
- ♦ **Mise en place d'un réel suivi des enfants** en partenariat avec les associations de bénévoles : l'idée est « d'aller chercher » les familles et de les informer de la nécessité d'une vaccination ou d'un examen. Jusqu'ici, nous recevions les enfants qui nous étaient amenés... souvent toujours les mêmes ! Nous nous sommes aperçus à l'occasion des campagnes de vaccination autour de cas d'hépatite A qu'il y avait sur les terrains des familles complètes que nous ne connaissions pas et qui n'avaient d'autres soins que ceux reçus lors de consultations aux urgences pédiatriques.
- ♦ **Information-prévention sur les maladies et les soins aux enfants**, sur ou à proximité des terrains. 9 séances ont déjà été réalisées, pour une soixantaine de familles. Pendant la séance, qui dure de 1 à 2h, les enfants peuvent être pris en charge par une puéricultrice de l'équipe, permettant d'introduire très progressivement la notion de « garderie ».

En 2014, l'arrivée dans l'équipe de rééducateurs (orthophoniste, psychomotricienne et Kinésithérapeute) nous a permis d'initier des soins pour 7 enfants en situation de handicap, dépistés lors de nos consultations. Le 1^{er} travail avec les familles doit se faire sur la reconnaissance du handicap et l'acceptation des soins. En partenariat avec MSL, nous faisons le lien avec les consultations hospitalières spécialisées. Les premières séances de rééducation par les bénévoles de PDM ont lieu dans la caravane, en présence d'un des interprètes, afin d'établir - ou tenter de le faire ! - un début d'alliance thérapeutique avec la famille.

Dès que les droits à l'AME sont ouverts nous essayons de passer la main à des professionnels libéraux. C'est bien souvent très compliqué !

Fin 2015, deux de ces enfants sont désormais pris en charge à la journée dans un centre de rééducation. Une belle victoire pour la ténacité de nos rééducateurs bénévoles qui ont servi de médiateur entre la famille et la structure pour permettre l'adaptation des enfants... forcément un peu difficile au départ !

Enfin, mise en place récente, en collaboration avec l'ARS, du carnet de vaccination électronique pour les enfants rroms. Cela devrait à terme permettre d'éviter les « survaccinations », pour ces enfants nomades dont les carnets de santé sont régulièrement perdus, brûlés ou déchirés !

Île-de-France : action auprès des migrants

Depuis le mois de février 2017, nous assurons 2 vacations par semaine au **Centre d'Hébergement d'Urgence d'Ivry-sur-Seine**.

Une solide équipe de pédiatres, nous sommes une vingtaine engagés bénévolement au nom de Pédiatres du Monde, pour assurer cette mission.

Ce nouveau centre humanitaire de la ville de Paris est géré par Emmaüs Solidarité et accueille des femmes seules, des couples et des familles. **400 personnes vivent dans ce centre** pour quelques semaines en attendant qu'un hébergement définitif leur soit proposé après régularisation de leur situation et de leurs papiers. Les familles que nous rencontrons sont primo-arrivantes en France après un long parcours migratoire (de quelques mois à 3 ans). Elles viennent essentiellement **d'Afghanistan, d'Irak, et d'Afrique subsaharienne**.

Un centre de soins est mis à leur disposition et géré par le Samu social. Très bien installé dans un petit bâtiment dédié, il permet à l'équipe médicale de travailler dans de bonnes conditions. Outre les pédiatres, des gynécologues (Gynéco sans frontières) des généralistes (Médecins du Monde) et des psychiatres assurent des vacations. Des interprètes présents sur place nous aident. Une infirmière puéricultrice est présente en permanence, souvent secondée, et plusieurs personnes organisent l'accueil. Les patients et les enfants viennent sur rendez-vous mais nous assurons aussi les urgences. **Notre projet est de voir tous les enfants présents sur le centre.** Nous travaillons en binôme et nous en voyons 6 en moyenne à chaque consultation. Nous faisons un examen clinique complet, les vaccinations, les soins courants et nous tentons d'estimer si les enfants ont des difficultés psychologiques, le recours à un avis psy étant très facile. Les enfants que nous voyons sont en bonne santé pour la plupart d'entre eux, mais il faut noter qu'ils arrivent au terme d'un long périple et qu'ils ont parfois déjà séjourné dans d'autres pays européens où ils ont été pris en charge sur le plan sanitaire. Lorsque nous dépistons des pathologies, nous envoyons les enfants dans des **consultations hospitalières dédiées aux personnes précaires (PASS)**. Beaucoup d'entre eux ont besoin de soins dentaires et ça, c'est plus difficile à organiser. Un dépistage de la tuberculose est organisé indépendamment par la CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculose).

Au terme de 3 mois de fonctionnement, nous sommes assez satisfaits tant de l'accueil que nous recevons que des conditions de travail. Mais nous sommes encore tous un peu débordés par les problèmes de communication (surtout lorsque nous n'avons pas d'interprète), la difficulté de retracer une histoire médicale, de surmonter parfois notre émotion devant des parcours de vie tellement rudes, nos hésitations quant aux vaccinations à proposer, aux médicaments à donner (nous avons une petite pharmacie).

Nous souhaitons approfondir notre action en revoyant les enfants pour engager avec eux une prise en charge de leur santé et de leurs demandes qui ne soit pas uniquement une consulta-

tion de dépistage et de vaccination. Nous manquons beaucoup de visibilité sur les projets de vie à long terme de ces familles, mais aussi sur le nombre d'enfants dans le centre, leur durée de séjour. Nous organisons aussi des réunions entre nous pour améliorer notre travail.

C'est une très belle expérience. Ce centre est un centre qui se veut « modèle », peut être pour que d'autres centres semblables s'ouvrent en France. Nous sommes très heureux que Pédiatres du Monde ait été sollicité et fiers de montrer que non seulement les pédiatres se sont mobilisés, mais que les consultations fonctionnent très bien et que nous apportons le « plus » de ce métier que tous nous aimons grâce à notre longue expérience de la pédiatrie.

Les actions de Pédiatres du Monde à l'étranger



Actions au Cambodge



A la suite d'un Congrès, organisé à Siem Reap en mars 2005 par l'AFPA et Pédiatres du Monde, des missions PDM-Cambodge ont été ouvertes avec l'esprit Pédiatres du Monde.

Il est certain que le Cambodge, pays très démunis, est, particulièrement aidé par un très grand nombre d'ONG internationales, grandes ou petites.

Sollicitée par des responsables locaux et par des ONG déjà en place, Pédiatres du Monde amène son appui dans trois domaines : celui de la **santé primaire**, de **l'éducation pour la santé** et celui du **combat pour l'eau potable**.

Les actions menées

Consultations de soins primaires avec recueil des données auxologiques des enfants sur tableaux. Éducation pour la santé (lavage des dents et des mains) avec début d'un programme avec 2 classes de Reul (région). Formations des personnels des centres de santé. Poursuite et fin de la distribution des barres Nutriset (programme nutrition mis en place en 2011 avec l'AER). Gestion de la pharmacie.

Les actions de Pédiatres du Monde se font en accord avec les responsables locaux et sous l'autorité de la Direction de la Santé des 3 provinces où nous intervenons : Siem Reap, Bantaey Meanchay et Kampong Cham. Nous avons le MoU (« Memorandum of Understanding »), autorisation des ministères des Affaires Étrangères et de la Santé, indispensable à la poursuite de nos activités au Cambodge.

Actions au Maroc



Missions de Pédiatres du Monde au Maroc depuis 2005 :

Pédiatres du Monde s'est rendu au Maroc pour la première fois en 2005, à **Tassoultant**, douar proche de Marrakech où ont eu lieu 2 premières missions médicales.

Notre action s'est par la suite centrée à **Skoura** où Pédiatres du Monde travaille depuis 2009 en partenariat avec l'association Marocaine « Annahda ». Par ailleurs depuis 2011, les équipes de Pédiatres du Monde se rendent en missions en partenariat avec l'association Lilloise Ahouach dans la vallée de **l'Oussertek**.

Au cours de nos missions médicales, les bénévoles partis au Maroc, sont pour la moitié pédiatres. Certaines missions ont vu la *collaboration de médecins ou internes marocains* (Tassoultant, Oussertek, Chaaba, Skoura).

Nos missions au Maroc recouvrent 3 objectifs tant auprès des enfants que des mères et des jeunes femmes :

- ♦ Les consultations médicales.
- ♦ L'éducation pour la santé.
- ♦ La formation.

Les actions Pédiatres du Monde à Skoura

Skoura (arabe سكورة) est une importante palmeraie de 25 km², située à 40 km d'Ouarzazate dans le Sud du Maroc. C'est l'une des rares palmeraies du pays encore habitée et cultivée. On y recense environ trente mille habitants et cent trente-huit mille palmiers. La palmeraie compte de nombreux douars (villages), dont les habitants vivent essentiellement de l'agriculture. Souffrant de la sécheresse depuis de nombreuses années comme tout le Maroc et en particulier le Sud, Skoura bénéficie de nouveaux revenus avec le tourisme.

Depuis 2010, nous avons travaillé dans environ 35 douars, dont certains à plusieurs reprises, ainsi qu'au siège de la crèche de Annahda. Nous réalisons chaque année, 4 missions d'une semaine. Chaque équipe est composée de 4 à 8 personnes, équipe pluridisciplinaire comportant, au moins, deux pédiatres, 1 sage-femme, une infirmière.

Programme soins de santé primaire dans la Vallée de l'Oussertek

Ce programme dans la Vallée de l'Oussertek, en partenariat avec l'Associations Ahouach, démarre en 2011. 5 douars et 3000 personnes vivent dans cette superbe vallée au pied du Toubkal, sommet culminant de l'Atlas. L'association Ahouach a reçu les autorisations pour l'ouverture d'un dispensaire avec l'appui de Pédiatres du Monde. Pédiatres du Monde poursuit ses 2 missions annuelles d'une semaine, une au printemps, une à l'automne composées de 4 participants minimum dont 2 pédiatres, une sage-femme, une infirmière et certains membres d'Ahouach.

Actions en Moldavie



L'association Pédiatres du Monde est présente depuis 1996 dans ce pays, un des plus démunis d'Europe. Comme dans tous les pays où nous intervenons, PDM a créé, au fil des années, des liens professionnels et amicaux avec nos interlocuteurs.

Depuis plus de vingt ans différents programmes ont été mis en place avec toujours le même objectif : agir pour améliorer de façon durable la santé globale des enfants, avec l'accord et l'appui des Autorités Ministérielles et Universitaires Moldaves.

Nous avons été amenés au cours de ces années à travailler avec différents partenaires nationaux et internationaux : Ministère français des Affaires Etrangères, UNICEF, PSF-CI (Pharmaciens Sans Frontière-Comité International), l'Union Européenne avec des programmes humanitaires ECHO, mais aussi avec l'aide de municipalités moldaves et françaises et d'hôpitaux français.

Ces contacts ont fait avancer nos réflexions et enrichis notre façon de construire nos programmes.

4 sont actuellement en cours en Moldavie :

- ♦ Néonatalogie.
- ♦ Prise en charge des enfants porteurs de handicap.
- ♦ Prise en charge des enfants sourds et malentendants.
- ♦ Formation en pédiatrie générale courante.

Les actions poursuivent nos objectifs pédiatriques : Formation en pédiatrie, reconnaissance de situations à risque, dépistage des difficultés, précocité d'intervention, intégration sociale...

La pluridisciplinarité (pédiatres, néonatalogues, puéricultrices, internes, psychomotriciens, kinésithérapeutes...) des équipes de PDM contribuent au bon déroulement des missions.

A chacun d'adapter ses compétences aux réalités et aux priorités du pays.

Action au Laos



Après la demande d'une des pédiatres adhérentes de Pédiatres du Monde très investie au Laos, nous sommes allés sur place plusieurs fois pour des missions exploratoires afin de rencontrer les associations et les autorités locales. Nous sommes en attente des autorisations pour démarrer un programme.

Action à Madagascar



Nous travaillons en partenariat avec l'association Médicaero (Médecine par les Aïres) en complétant leurs équipes par la présence de pédiatres et sages-femmes pour les consultations de soins primaires, l'éducation pour la santé, l'évaluation de la malnutrition, le dépistage des Maladies chroniques non transmissibles.

Action en Haïti



Nous avons accompagné GSF en 2017 à Port au Prince pour de la formation au sein d'un service de néonatalogie. Seconde mission PDM en 2018 qui a permis de pouvoir parler d'une suite dans nos actions de formation.

Modalités pour participer à nos actions

Les membres actifs de Pédiatres du Monde sont des professionnels de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, pédiatres, principalement mais aussi internes en pédiatrie, médecins généralistes, obstétriciens, chirurgiens, radiologues, puéricultrices, kinésithérapeutes, sages-femmes, psychomotriciens, orthoprothésistes, orthophonistes, dentistes...

Tous, sont **totale**ment bénévoles, prennent en charge leur frais (transport et hébergement) et s'engagent, en dehors de leur activité professionnelle.

Des membres actifs non professionnels de santé participent également à la vie et au rayonnement de l'association.

Vous pouvez devenir adhérent actif de PDM, pour participer à l'une de nos missions, aider à l'organisation de l'une de nos actions génératrices de revenus en région ou juste soutenir nos actions en faisant un don www.pediatres-du-monde.org et ainsi recevoir nos lettres d'informations.

Vous, internes, futurs pédiatres, êtes l'avenir de la Pédiatrie et l'engagement humanitaire enrichira vos pratiques professionnels, comme Pédiatres du Monde s'enrichit de vos compétences et de vos réflexions.

Nous avons besoin de vous pour pérenniser nos actions en France et à l'étranger et poursuivre notre objectif : améliorer la santé de l'enfant et de la mère dans le monde.

« On compte sur vous ! »

Vous pouvez contacter Virginie Rossi-Pérès, coordinatrice de Pédiatres du Monde, virginie.rossiperes@pdmo.org ou 06 29 84 80 43

PARLONS DE LA FESSÉE

La place du corps médical dans les châtiments corporels infligés aux enfants



Le 29 novembre 2018 a été adopté à l'Assemblée nationale une nouvelle proposition de loi protégeant les enfants contre les violences dites « ordinaires et éducatives » telles la fessée ou la claque. Le but est de créer un interdit social et « d'évaluer les besoins et les moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une politique de sensibilisation, de soutien, d'accompagnement et de formation à la parentalité ».

Malgré de nombreuses études montrant les méfaits du recours à la violence dans l'éducation, le corps médical français n'a pas encore ouvert la discussion sur l'encadrement de cette loi. Des questions persistent face à cette nouvelle législation. Changera-t-elle la relation enfants - parents ? Qu'impliquerait une législation plus stricte ? Prévient-elle les cas de maltraitance sévère ? Enfin, quelle serait la place du corps médical vis-à-vis de cette loi ?

A-t-on une prévention des violences faites aux enfants en France ?

Pour répondre à la question, il convient de séparer maltraitance des autres formes de violence. D'après le colloque national sur les violences faites aux enfants, par le Sénat en 2013, « ce qui constitue la maltraitance c'est la systématisation de la brutalité érigée en système pédagogique et le caractère excessif des actes par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant : on ne gifle pas un bébé, on n'humilie pas un enfant en public ». Cette définition laisse un caractère flou et implique une évaluation « au cas par cas » de ce qui est assez âgé ou capable pour certaines formes de violences. Pourtant, il a été démontré qu'un enfant qui subit « de simples fessées », forme de violence globalement socialement acceptée en France, a **sept fois plus de risques d'être victime de maltraitance sévère** (1). Aussi, dans 75 % des cas de maltraitance, un contexte de punitions corporelles est retrouvé (2).

Les problèmes d'une prévention médicale telle qu'elle est le plus pratiquée actuellement, c'est-à-dire devant une suspicion de maltraitance, sont nombreux. D'une part, un doute existe souvent devant le diagnostic de maltraitance avec une gêne vis-à-vis des parents et de la conduite à tenir. D'autre part, les médecins ont peur de signaler par excès (3). Aussi, prévenir de façon tertiaire implique de venir en aide à l'enfant après qu'une situation de violence soit installée.

Mise en place par le ministère de la Santé et des Solidarités d'une prévention primaire

La protection maternelle et infantile (PMI) accompagne les futures mères et les jeunes enfants. Elle s'articule avec les visites médicales de la médecine scolaire. On peut aussi mentionner les huit séances de préparation à la parentalité. Enfin, le carnet de santé contient des conseils pour les nouveaux parents. Il est mentionné que « les droits de votre enfant sont protégés par des textes juridiques nationaux et internationaux ». On y incite aussi les parents à demander de l'aide lorsqu'ils se sentent dépassés. Enfin, y est inscrit une information sur le syndrome du bébé secoué : « secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie » suivi de « en cas d'exaspération : couchez votre bébé dans son lit, quittez la pièce et demandez l'aide ».

Cette prévention reste insuffisante. Prenons le cas particulier de la Suède, souvent pris en modèle dans les droits de l'enfant. Les parents y ont accès à davantage de cours gratuits de parentalité, avant puis après l'arrivée de leur enfant. Un arrêt parentalité plus long, pour les deux parents, pourrait leur permettre de mieux vivre la transition entre grossesse, retour à domicile, et reprise du travail. C'est un moment privilégié pour créer le lien parents-enfant. On peut penser qu'une implication des deux parents dans leur rôle répartit la responsabilité et la fatigue. Enfin, ces mesures de prévention primaire ne sont souvent pas assez appliquées. Les visites de médecine scolaire sont faites seulement dans 71 % des cas en 6^{ème} et, alors que la présence des parents y est souhaitée, elle reste très exceptionnelle.

L'interdiction de la fessée diminue-t-elle l'autorité parentale ?

Prenons l'exemple de l'école en France. Avant l'interdiction de violence envers les élèves en 1991, il était acceptable que les enfants « se fassent taper sur les doigts » ou même « tirer les oreilles », des méthodes sont vécues comme inacceptables aujourd'hui. En dehors de toute implication juridique, il est dans les mœurs qu'une violence faite à l'école, même dans un but éducatif, doit être exceptionnelle ou, de préférence, ne pas exister du tout.

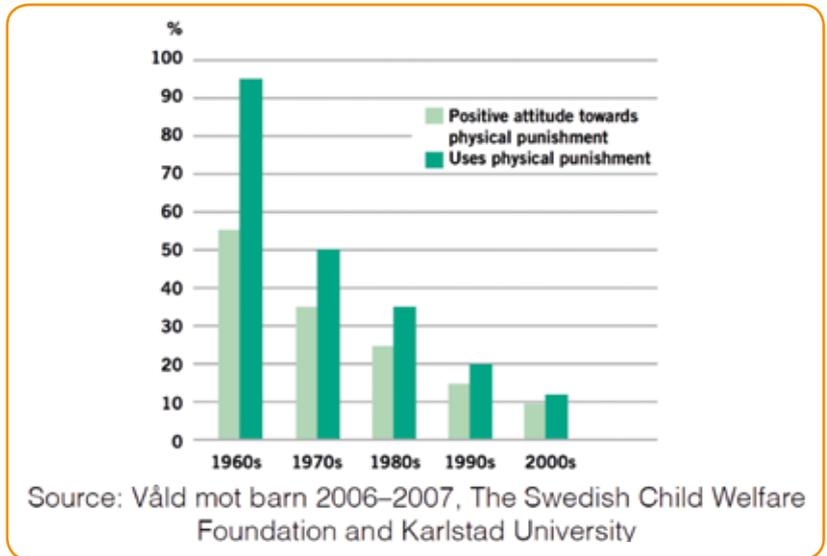
Des études montrent que la fessée n'est pas plus efficace que d'autres types de mesures éducatives, pour prévenir les comportements antisociaux (4). Bien que beaucoup d'études ont mis en évidence les vastes méfaits durables de la violence, même symbolique, hors situation d'abus, sur le développement de l'enfant, aucune étude n'a su montrer leur bienfait sur la santé mentale (5).

Comme premier pays dans le monde, la Suède a interdit les châtiments corporels en 1979. Au début, le rôle des maternités, des maisons de santé, des institutions a été central pour aider les parents dans la transition vers une éducation sans violence. Le nombre de plaintes déposées pour violence commis entre les adolescents suédois a augmenté, ce qui peut refléter que le problème a été considéré avec plus d'attention par le grand public. Il n'y a pas plus de personnes

condamnées pour maltraitance : l'exigence de l'enquête juridique n'a pas baissé. Cela ne veut pas dire que les enfants ne sont pas aidés. Les services sociaux investiguent toutes les plaintes pour abus, évaluent les besoins des familles en termes de support et ceux de l'enfant en termes de protection, et disposent de mesures préventives.

La loi a avant tout eu un rôle préventif. Cela a eu pour effet une augmentation de l'aide apporté aux

enfants, à travers par exemple une augmentation du nombre de structures d'aide. Le nombre de mineurs placés a diminué (6). Les parents rapportent utiliser moins de violence, et ceux qui y ont recours, rapportent utiliser moins les coups à risque immédiat sur la santé physique de l'enfant, par exemple les coups dans le ventre (7).

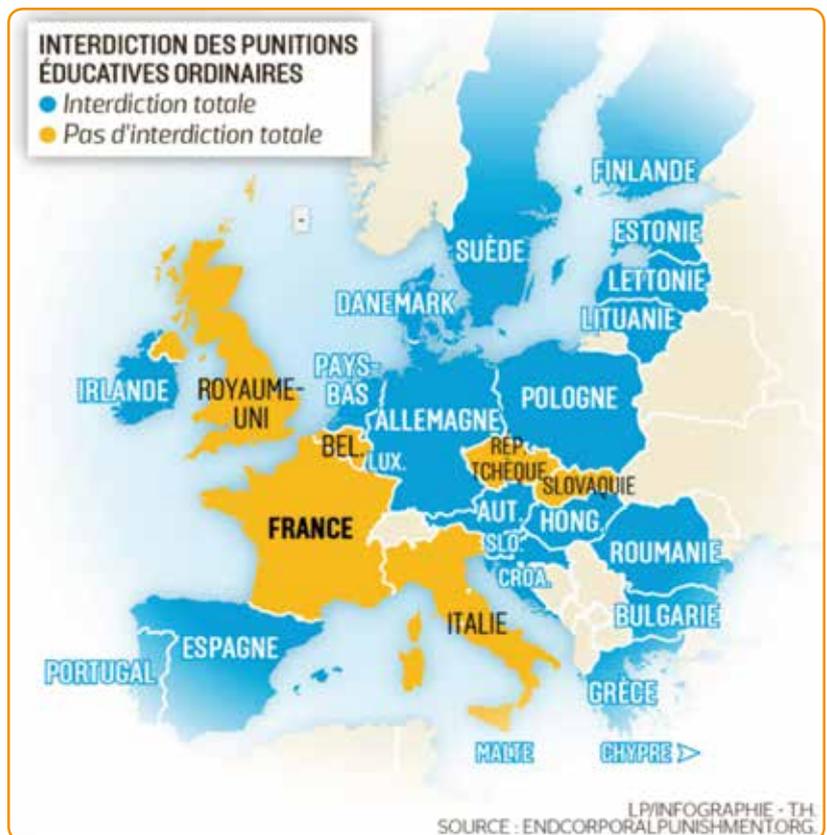


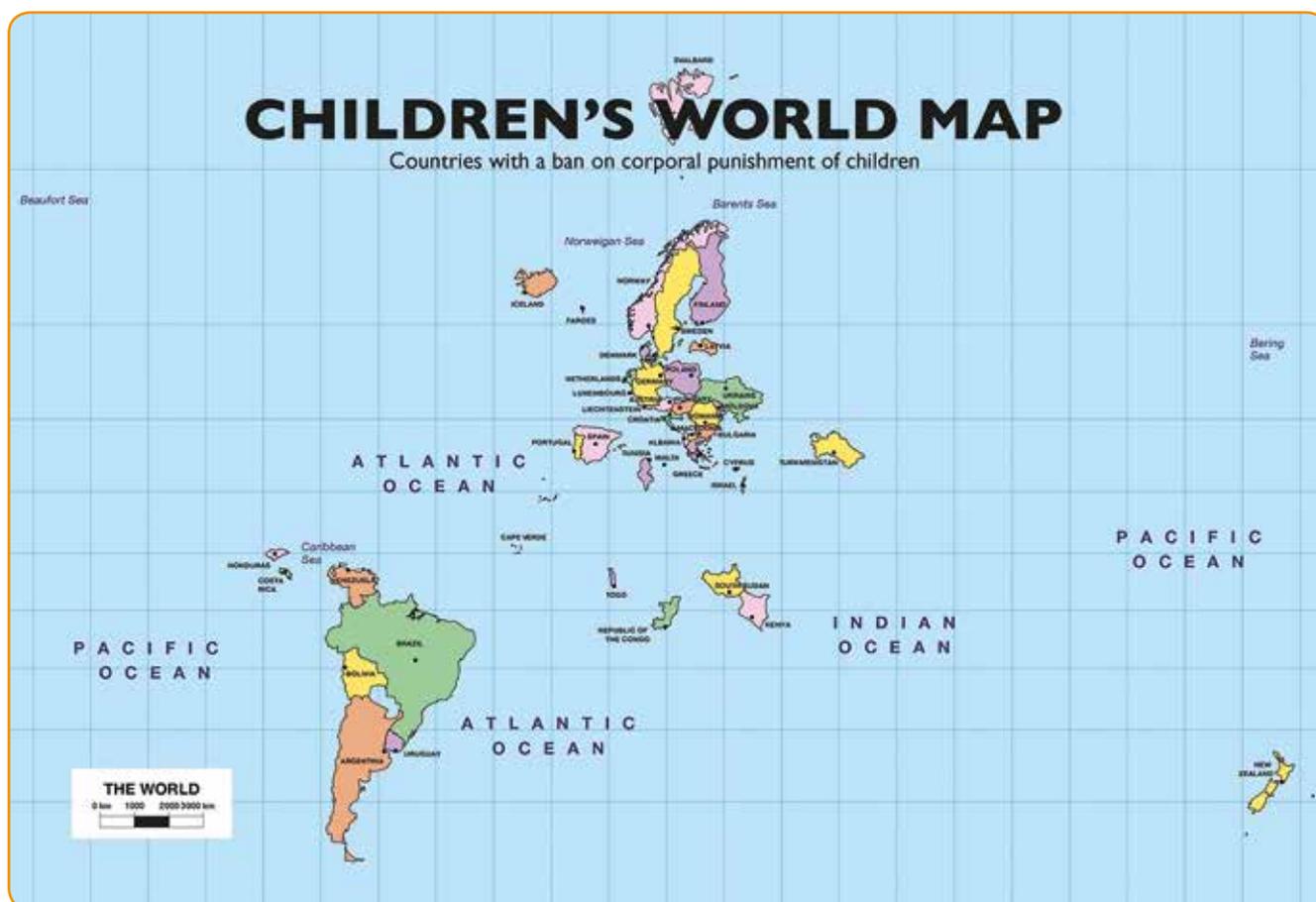
En France, un essai de loi en décembre 2016

La France a voté une loi interdisant les châtiments corporels en décembre 2016, en modifiant la définition de l'autorité parentale. En janvier 2017, cette loi est censurée par 60 sénateurs Les Républicains, sous prétexte que la loi n'a pas de rapport avec le projet de loi initial. En 2018, une nouvelle loi est proposée, sous forme d'un article unique : « *L'enfant a droit à une éducation non violente. Aucun enfant ne peut être soumis à des châtiments corporels ou à toute forme de violence physique* ». Pour l'instant, la loi ne prévient aucune sanction pénale.

Aujourd'hui, 55 pays dans le monde présentent une interdiction totale des punitions corporelles, dont 21 au sein de l'Union Européenne.

Dans un dossier thématique du Conseil de l'Europe de 2008, il s'interroge : « *Comment peut-on attendre des enfants qu'ils prennent les droits de l'homme au sérieux et qu'ils construisent une culture de droits de l'homme si le monde des adultes, non content de persister à les corriger, à les fesser, à les gifler et à les battre, va jusqu'à défendre ces pratiques soi-disant*





« pour leur bien » ? Gifler un enfant n'est pas seulement un mauvais exemple de comportement, c'est aussi une puissante manifestation de mépris pour les droits fondamentaux de personnes plus petites et plus faibles que soi. »

La question se pose du rôle du médecin dans l'éducation des enfants

Qui est-on pour dire aux parents comment éduquer leurs enfants ? Est-ce notre rôle en tant que médecin d'intervenir dans l'éducation ?

De multiples études montrent que les châtiments corporels ont des conséquences importantes et durables sur le développement de l'enfant. Les châtiments corporels, sans abus, ont un lien avec des troubles anxieux, des troubles de personnalité, des troubles addictifs à l'âge adulte (8).

Lorsque nous savons qu'une chose est néfaste pour la santé des enfants, est-ce approprié d'en informer les parents ?

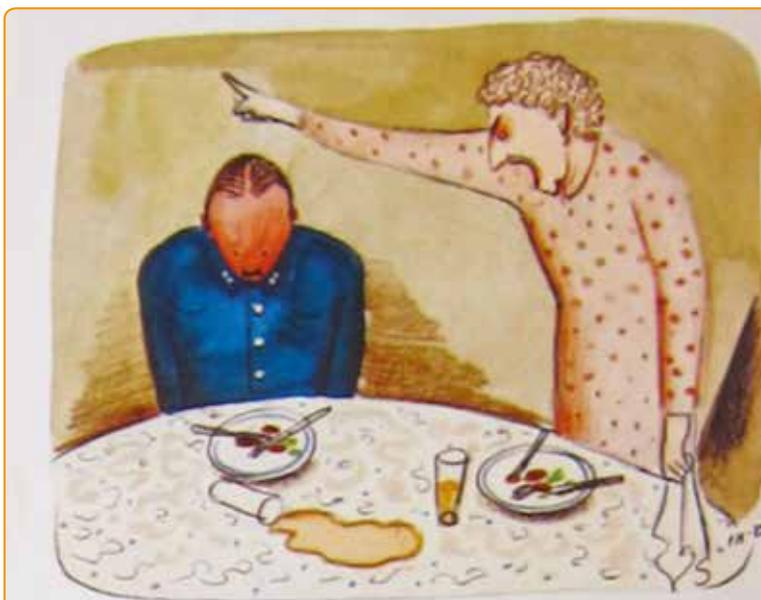
Une loi protégeant les enfants des châtiments corporels est une question de santé publique. Le rôle des professionnels sur ce sujet est fondamental pour accompagner les familles vers une éducation sans violence. La nouvelle législation défendant les droits de l'enfant à une éducation sans violence pourraient protéger les enfants en amont des moments d'exaspération parentale. L'heure est venue pour les professionnels de santé d'ouvrir le débat sur la question de l'encadrement de cette nouvelle loi.

Anna GERASIMENKO
Interne de pédiatrie à Paris

Bibliographie

- (1) Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, et al. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final report. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2001
- (2) Clément ME, Bouchard C, Jetté M, et al. La violence familiale dans la vie des enfants du Québec. Québec (QC): Institut de la statistique Québec; 2000
- (3) Beuchot Malzac V. Maltraitance de l'enfant : difficultés des médecins généralistes bitterrois dans la prise en charge : enquête qualitative. [thèse] Montpellier: Université de Montpellier 1; 2011
- (4) Do nonphysical punishments reduce antisocial behavior more than spanking ? a comparison using the strongest previous causal evidence against spanking, Pediatrics, 2010, R E Larzelere et al.
- (5) Physical punishment of children : lessons from 20 years of research, Joan Durrant and Ron Ensom, CMAJ, 2012
- (6) et (7) Never Violence - Thirty Years on from Sweden's Abolition of Corporal Punishment , Government Offices of Sweden and Save the Children Sweden, 2009
- (8) Physical punishment and Mental Disorders: Results From a Nationally Representative US Sample, Tracie O et al. Pediatrics, 2012

Exemple de campagne en Suède contre les châtiments corporels et verbaux dans les années 80 :



— Hur bär ni er åt, major! Ska ni spilla lättöl på min bästa bordduk, fru Olsson ut. Ni borde skämmas. Titta på mina andra vänner så snällt de sitter. Nu får ni ingen mat utan får gå ned på gatan och sitta ensam i bilen resten av kvällen.

Qu'est-ce qui vous prend, mon capitaine ? Vous renversez de la bière sur ma jolie nappe, cria Mme Dupond.

Vous devriez avoir honte !
Regardez mes autres invités comme ils se tiennent bien.
Sortez de table et allez donc vous assoir dans l'entrée.

Les Annonces de Recrutement

A solid red horizontal bar with a diagonal cutout on the left side, extending across the width of the page below the title.

HÔPITAL DE PÉDIATRIE ET DE RÉÉDUCATION DE BULLION

Recherche d'un pédiatre pour l'Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion

Date de Publication : le 12.6.18

Origine de l'annonce :

Dr Virginie ALBONICO - Chef de Pôle et Présidente de CME - HPR BULLION 78830 - Tél. : 01 34 85 43 16

Spécialité, activité, type de pathologies traitées,

origine du recrutement :

Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation, SSR public, situé à 35 minutes de Paris :

- Regroupant 107 lits et 10 places d'HDJ, accueillant des enfants de la naissance à 17 ans.
- Disposant.
- D'un plateau technique de rééducation riche et varié.
- D'une maison d'éducation thérapeutique.
- D'une école intégrée (GSM à la 3^e et classes spécialisées).
- D'une maison des familles.

Pédiatrie spécialisée avec 6 autorisations (nutrition et métabolisme, pneumologie, neurologie, orthopédie, brûlures et oncologie) et pédiatrie polyvalente. Ces différentes activités sont réalisées en étroite collaboration avec les centres de références et les services d'aigu.

Éducation Thérapeutique :

6 programmes DID, obésité, nutrition entérale, brûlure, épilepsie et oncologie au sein d'une Maison dédiée à l'ETP.

Contact :

Dr Virginie ALBONICO - Chef de Pôle et Présidente de CME - HPR BULLION 78830
Tél. : 01 34 85 43 16 - Email : service_drh@hpr-bullion.fr

Organisation du service :

L'équipe médicale, dynamique, est constituée de 8 pédiatres et de 2 MPR, participant à la permanence des soins.

Nous avons 1 poste vacant :

Praticien Hospitalier (ou PHC) en pédiatrie.

Dates de prises de postes et durée du contrat :

Poste à pourvoir dès maintenant.

Formation requise :

Pédiatrie.

Créneaux de consultations :

possibilités de consultations sur place.

Gardes et astreintes :

3 par mois (pas d'accueil d'urgences).

Rémunération : Grilles de la Fonction publique.



Origine de l'annonce : Dr Graziella RAIMONDO - Médecin Chef de service
18, Rue Roger SALENGRO Hôpital Enfants MARGENCY 95580 MARGENCY

Recherche : Médecin thésé pour faire des gardes d'intérieur.

Spécialité, activité, type de pathologies traitées, origine du recrutement : Hôpital de la Croix Rouge Française de 106 lits, exclusivement pédiatrique, de type ESPIC qui accueille des enfants de 3 mois à 18 ans pour des soins de suite et réadaptation.

Deux pôles d'activité : Un pôle d'oncohématologie pédiatrique de 31 lits et un pôle de pédiatrie spécialisée de 75 lits composé d'un service de « petits » (0 à 3 ans) atteints de pathologies respiratoires avec VNI, trachéotomie, ventilation, de pathologies digestives, NEDC, Nutrition parentérale au long cours, etc., un service de « grands » (10 à 18 ans) et un service de « moyens » (3 à 10 ans) de pédiatrie polyvalente avec des patients atteints de mucoviscidose, drépanocytose, diabète, pré ou post-greffe rénale, maladies infectieuses, etc.

Merci d'envoyer votre candidature à :

Dr Graziella RAIMONDO - Médecin Chef de service
Tél. : 01 34 27 41 37 - Mail : graziella.raimondo@croix-rouge.fr
ET Mme Sophie PAYET - Responsable Ressources Humaines
Tél. : 01 34 27 42 28 - Mail : sophie.payet@croix-rouge.fr
HOPITAL D'ENFANTS MARGENCY
18, Rue Roger Salengro - 95580 MARGENCY

Formation requise : Internat en médecine générale orienté « pédiatrie » ou DES de pédiatrie.**Gardes :** Gardes d'intérieur pour l'ensemble de l'établissement. Pas d'accueil d'urgences de l'extérieur.**Rémunération :** 350 € brut pour une garde de semaine (18h30 – 8h30). Une garde et demi pour un samedi (13h – 8h30) soit 525 € brut et deux gardes un dimanche et jour férié (8h30 – 8h30) soit 700 € brut.

Hôpital d'Enfants Margency
HEM +
croix-rouge française





Recrute au sein du Pôle Solidarités, Direction de l'Enfance et de la Famille, Service Départemental de la Protection Maternelle et Infantile,



Médecin référent protection de l'enfance h/f

(Poste ouvert aux médecins territoriaux)

Placé sous l'autorité du médecin Chef du Service Départemental de PMI (SDPMI), vos missions comportent plusieurs volets :

Activités de coordination : Vous organisez les modalités et les coordinations nécessaires entre les services départementaux, la Cellule Recueil Informations Préoccupantes, les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département et contribuez à l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre ces différents acteurs.

Activités d'expertise médicale dans les situations individuelles : Vous apportez une expertise médicale pédiatrique au sein de la Cellule Recueil Informations Préoccupantes dans l'analyse et le traitement des situations spécifiques et/ou difficiles ainsi qu'auprès de la MMAJE en cas de suspicion de maltraitance chez les enfants accueillis par les assistantes maternelles et familiales. Vous êtes l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé confrontés à des situations d'enfants en danger ou en risque de danger.

Actions de prévention et de promotion de santé en faveur des enfants et des adolescents confiés :

Vous assurez un suivi épidémiologique et actualisez l'état des lieux de la santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance. Vous assurez un suivi sanitaire des lieux de placement et apportez aide et conseil. Vous mettez en œuvre le bilan médical d'entrée et le suivi médical de tous les enfants protégés, et rédigez un protocole d'intervention en lien avec les médecins de PMI. Vous initiez des informations collectives de prévention auprès des assistants familiaux et des établissements et élaborez un guide de la santé pour l'enfant confié en famille d'accueil ou en établissement.

Titulaire d'un Doctorat en médecine, inscrit à l'ordre des médecins, vous possédez la qualification en pédiatrie ou en médecine légale ou en médecine générale avec compétence en pédiatrie ou pédopsychiatrie et développement de l'enfant.

Vous connaissez la réglementation PMI et ASE, l'environnement institutionnel et les structures médico-sociales, le domaine de la protection de l'enfance et sa législation, la prévention et l'éducation à la santé et la santé publique.

Poste ouvert aux candidats titulaires du diplôme d'Etat de médecin ou de médecin généraliste justifiant de connaissances particulières en pédiatrie.

Poste à temps complet situé à Arras, déplacements sur tout le département.

Conformément au principe d'égalité d'accès à l'emploi public, cet emploi est ouvert, à compétences égales, à tous les candidats remplissant les conditions statutaires requises, définies par le statut général des fonctionnaires (loi du 26/01/84 portant statut général des fonctionnaires territoriaux et décret régissant le cadre d'emplois correspondant). Les candidats reconnus travailleurs handicapés peuvent accéder à cet emploi par la voie contractuelle.

Les lettres de candidatures doivent être adressées directement et uniquement par mail à : Monsieur le Président du Conseil départemental du Pas-de-Calais, Direction des Ressources Humaines, DRHA/ GP, Service RH du Pôle Solidarités, à l'adresse suivante : recrutement.solidarites@pasdecalais.fr sous la référence AT/GA MEDECIN REF SDPMI (en fichier nominatif PDF ou Word).

En ce qui concerne la nature du poste, les contacts peuvent être pris auprès du Docteur Karine LIGIER, médecin chef de service départemental de PMI, au 03 21 21 65 52 - ligier.karine@pasdecalais.fr

Pour tout autre renseignement : Madame Aspasie TEVI, Chargée de recrutements au 03 21 21 56 51 et Madame Muriel JANOWSZIK, Assistante de recrutements au 03 21 21 56 77

Près de chez vous, proche de tous



LE GROUPE HOSPITALIER SECLIN CARVIN (Métropole Lilloise)

841 lits et places dont 293 de MCO, 138 de SSR, 60 de long séjour,
50 de Foyer de vie et 309 d'EHPAD

À 10 mn de Lille, son bassin de rayonnement est de près de 250 000 habitants



Recherche activement afin de compléter l'équipe en place

UN PÉDIATRE TEMPS PLEIN

Avec une activité orientée maternité et service de néonatalogie

Le Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN est un hôpital alliant proximité et technicité. Il rassemble une équipe médicale renouvelée et dynamique comptant plus de 150 praticiens.

Le GHSC est organisé en 5 pôles dont le Pôle MEG (Mère, Enfant, Gynécologie) refait à neuf en 2012.

Profil recherché :

- Pédiatre titulaire du DES ;
- Activité polyvalente orientée maternité ;
- Eventuellement titulaire du DESC de néonatalogie.

Descriptif du pôle :

- 2 000 naissances/an ;
- 1 projet du pôle orienté vers la physiologie de la naissance et projet IHAB ;
- 6 lits de néonatalogie de niveau IIA ;
- 10 lits HC de pédiatrie générale ;
- 1 lit HJ pédiatrique ;
- 1 filière d'accueil urgences pédiatriques SAU (9 000 passages par an) ;
- 1 plateau technique rénové ;
- 1 bloc césarienne, 4 salles de naissance (une salle physiologique depuis 2017) ;
- Une équipe de 8 pédiatres avec différentes spécialités (pédiatrie générale, néonatalogie, pneumo-pédiatrie, endocrinopédiatrie, gastro-pédiatre, neuro-pédiatre, ...).

Informations sur l'activité :

- Service de pédiatrie, de néonatalogie, maternité ;
- Bloc obstétrical ;
- Consultations ;
- Gestion des patients des urgences arrivant sur l'accueil pédiatrique ;
- Gardes sur place : participation selon la réglementation en vigueur.

Les principales qualités personnelles recherchées pour ce type de poste sont les suivantes : rigueur, efficacité, empathie, écoute et sens du travail en équipe.

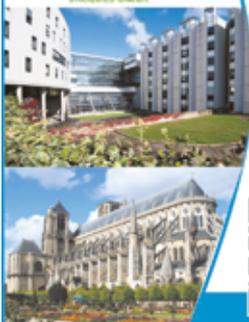
Poste à pourvoir rapidement.

Pour tout renseignement sur le profil de poste merci de bien vouloir contacter :

M. le Docteur Nicolas MONSARRAT
Chef du Pôle Mère Enfant Gynécologie
nicolas.monsarrat@ghsc.fr
03 20 62 70 00 - poste 834

Candidature à adresser à la directrice des ressources médicales :

Madame Laurence MANNIEZ
Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN
Rue d'Apolda - BP 109



LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher. Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif central

NOUS RECHERCHONS H/F (temps plein ou partiel)

Praticien Hospitalier, Praticien contractuel ou Assistant Spécialiste pour son unité de PEDIATRIE-NEONATOLOGIE

Service d'hospitalisation de Pédiatrie de 20 lits dont 4 lits de soins continus. Activité d'hospitalisation de jour de 3 lits. Activité de consultation de pédiatrie générale et spécialisée. Astreintes opérationnelles. Service d'hospitalisation de Néonatalogie de 15 lits. Maternité de type 2 avec 1300 naissances/an. Collaboration avec le CHRU de Tours et le CHR d'Orléans. Suivi des enfants prématurés dans le cadre du réseau périnatal régional.



Contact : N. Hubert, Chef de Service : nathalie.hubert@ch-bourges.fr

Adressez votre candidature à la Direction des affaires médicales :

marie.pintaux@ch-bourges.fr - marie-gabrielle.verstavel@ch-bourges.fr - Tél 02.48.48.48.66

www.ch-bourges.fr

AXIAL



LE CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS

(Indre et Loire - 37) à 30 mn de Tours

Recrute UN(E) PEDIATRE



Pour une activité partagée entre le service de Pédopsychiatrie pour les Maladies Neurodéveloppementales et le service de la Maternité Niveau 1 (550 accouchements/an ; label IHAB). Possibilité de consultations spécialisées de pédiatrie et d'activités transversales (CLUD, Qualité ...)

En Pédopsychiatrie : accueil d'enfants de 3 à 16 ans, pour trouble du spectre de l'autisme complexe, avec déficience intellectuelle, et d'enfants avec polyhandicap au sein du SSR (hosp. jour/hosp. complète) dont le pédiatre est le coordinateur responsable médical. Possibilité de se former aux pathologies du sommeil.

A la Maternité : participation à la continuité des soins (9h-18h du lundi au vendredi et samedi matin) avec 2 autres pédiatres : intervention en salle de naissance, visite post-natale.

Travail en étroite collaboration par conventions avec le CHRU de Tours (SMUR/Néonatalogie et Neuropédiatrie-Handicap).

Renseignements : Dr Julie BALESTRA, coordinateur-responsable médical - Tél : 06 14 06 55 69 - Courriel : j.balestra@ch-chinon.fr

Statut proposé selon dossier : praticien hospitalier (mutation), praticien contractuel (inscrit au Conseil de l'Ordre dans la spécialité), Assistant spécialiste des hôpitaux, Faisant Fonction d'Interne en cours de thèse

Adressez votre candidature à Monsieur le Directeur, Centre Hospitalier du Chinonais, B.P. 248 - 37502 Chinon Cedex
Tél : 02 47 93 76 46 / Fax : 02 47 93 91 54 - v.laurain@ch-chinon.fr

www.ch-chinon.fr

AXIAL



Le Centre Hospitalier de Mâcon (71) Sud Bourgogne

Idéalement placé sur axes A6 - A40. Gare TGV : 1h40 de PARIS et MARSEILLE et 1h de GENEVE. Situé à 70 km seulement de Lyon (50 minutes), 130 km de Dijon (1h30) Proche des Alpes (2h).

RECHERCHE 1 PEDIATRE POLYVALENT dans le cadre d'une vacance d'un poste de PH dès à présent

Descriptif du service :

Activité polyvalente organisée en

- Unité d'hospitalisation de néonatalogie (10 lits dont 3 lits de soins intensifs).
- Maternité niveau IIB (1600 accouchements par an).
- Unité d'hospitalisation de pédiatrie générale (16 lits) avec un secteur nourrisson et un secteur enfants/adolescents avec pédopsychiatrie.
- Accueil des urgences pédiatriques (10 000 passages médicaux par an).
- Gardes sur place avec la responsabilité des services, des urgences pédiatriques et de la salle de naissance.

Les candidatures avec CV sont à adresser à :

Direction des Affaires Médicales - M. Arnaud CAZELLES - arcazelles@ch-macon.fr ou tél. : 03 85 27 73 96 | Mme Emily BARBET - embarbet@ch-macon.fr ou tél. : 03 85 27 50 55

Renseignement sur le service - Chef de service : Docteur Catherine MILOU - 03 85 27 53 39 (secrétariat) ou camilou@ch-macon.fr

Equipe :

- 8 pédiatres.
- Spécialités : néonatalogie, endocrinologie, diabétologie, rhumatologie, néphrologie, neurologie.
- Equipe soudée avec une bonne communication, bonne ambiance et fonctionnement d'équipe dynamique.

Formation requise et statut :

DES Pédiatrie : compétences de néonatalogie nécessaires.

Inscription au Conseil de l'Ordre obligatoire.



Les Hôpitaux du Léman recrutent Thonon les Bains

1 pédiatre

Projet

Recherche un pédiatre sur un poste de praticien hospitalier temps plein ou temps partiel.

Equipe de 6 pédiatres avec sur-spécialités et un chirurgien pédiatrique.

Environnement

Bassin de population de 140 000 habitants. Intégré dans un Groupement Hospitalier de Territoire de 440 000 habitants.

Maternité de type 2a, 1500 accouchements, dans un hôpital MCO de 354 lits.

Activité

16 lits de pédiatrie. 4 lits de surveillance continue. 4 lits d'hôpital de jour. 6 lits de néonatalogie. Astreinte opérationnelle.

Cadre de vie

Exceptionnel pour les amoureux de la montagne, du lac ou du sport.

55 mn de Genève avec aéroport international. Dynamisme culturel et économique (facilitant l'emploi des conjoints)

Hôpitaux du Léman – 3 av de la Dame – 74200 Thonon les Bains



Affaires médicales :

affaires-medicales@ch-hopitauxduleman.fr – 04 50 83 20 21

Chef de pôle mère-enfant, Dr Marie-Hélène Saïd-Menthon :

m-said-menthon@ch-hopitauxduleman.fr – 04 50 83 21 04

Président de CME, Dr Grégoire Théry :

g-thery@ch-hopitauxduleman.fr – 04 50 83 29 69



Le Centre hospitalier de Montluçon, complètement rénové, est le 2^e plus important en nombre de lits de la Région Auvergne après le CHU de Clermont-Ferrand.

Ville la plus peuplée de l'Allier, son bassin de vie est de 120 000 habitants avec un recrutement plus large du service de pédiatrie sur les départements voisins.

Située sur l'axe autoroutier Paris-Montpellier, Montluçon est très proche de Clermont-Ferrand (moins d'une heure) et des stations de ski du Massif central.

Montluçon est une ville en pleine évolution, disposant de groupes scolaires complets et reconnus par leurs qualités. La vie familiale est facile, les logements confortables abordables. Il est proposé de nombreuses activités de loisirs.

Le service de Pédiatrie-Néonatalogie du C.H. de Montluçon comporte :

1 unité d'hospitalisation conventionnelle (nourissons, enfants et adolescents) de 15 à 26 lits selon la saison, dont 2 lits de soins continus pédiatriques, 6 lits de Néonatalogie niveau IIB. 1 service d'accueil d'urgences pédiatriques médicales (13 000 passages par an).

Nombre d'entrées en 2017 : 2300.

Le Service de Pédiatrie est inclus dans le Pôle Mère-Enfant, où la maternité réalise 1100 accouchements par an.



L'équipe actuelle est composée de 5 PH temps plein. Equipe jeune, dynamique et conviviale. Service agréé pour recevoir des internes de spécialité (2) et de médecine générale (4).

Le suivi des patients inclut différentes spécialités : endocrinologie-diabétologie-obésité, pneumologie et asthme, allergologie, gastro-entérologie, neurologie, néonatalogie, consultations avancées de génétique et d'orthopédie infantile...

L'organisation du service autorise une activité en CAMSP sur le site du service, ou de SESSAD ou crèche si souhaité.

Une sur-spécialité n'est pas obligatoire, mais sera la bienvenue. Elle pourra se développer avec la possibilité de s'inscrire à un DIJ pris en charge, afin de compléter sa formation. A vivre comme un facteur d'épanouissement professionnel.

Plateau technique complet (TDM, IRM, médecine nucléaire, EEG...).

Prise en charge des pathologies chirurgicales courantes dans l'unité avec collaboration étroite avec les spécialités chirurgicales (ORL, viscérale, orthopédique).

Travail en collaboration étroite avec les CHU de Clermont Ferrand, Lyon et Limoges.

Astreintes opérationnelles avec internes en garde sur place. Poste disponible de suite.



Le Centre Hospitalier de Montluçon d'une capacité de plus de 1000 lits

recherche
un 6^{ème} pédiatre

(temps plein ou temps partiel) afin de renforcer son équipe en place.

Les statuts proposés sont les suivants : Praticien Attaché Associé, Assistant spécialiste, Praticien Hospitalier Contractuel, Praticien Hospitalier selon le profil du candidat. Possibilité de logement.

Contact : Dr Serge GALLET - 04 70 02 30 97 - s.gallet@ch-montlucon.fr | Candidature à adresser (CV + lettre de motivation) à l'adresse suivante : dir.gen@montlucon.fr



CENTRE HOSPITALIER DE PÉRIGUEUX

LE CENTRE HOSPITALIER DE PÉRIGUEUX (24) Hôpital de référence du département de la Dordogne, à 1 heure de Bordeaux, situé dans un cadre agréable, doté d'une crèche du personnel

RECRUTE DEUX PÉDIATRES

Temps plein ou temps partiel
Statut de praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant.
Au sein d'une équipe de 8 pédiatres
Médecin inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.
Pour le service de pédiatrie-néonatalogie,
18 lits dont 4 de soins continus, 3 UHCD et 4 HDJ,
néonatalogie avec soins intensifs et chambres mère-enfant.
Garde sur place : repos de garde assuré.
Maternité niveau 2B.

Postes disponibles immédiatement

Contacts :
Dr Laurent PRADEAUX - Chef de service :
05 53 45 26 92
laurent.pradeaux@ch-perigueux.fr
Direction des affaires médicales :
05 53 45 25 58 - da.am@ch-perigueux.fr

Candidature à adresser à :
Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier de Périgueux
BP 9052
24 019 PÉRIGUEUX CEDEX



Le Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Perpignan

Recherche Pédiatres Disponibles dès que Possible.

CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

Le service est composé de :

- ° 25 lits d'hospitalisation (10 lits secteur grands enfants, 10 lits secteur bébés et 5 lits d'UHCD).
- ° 5 lits d'hospitalisation de jour.
- ° Un service d'urgences médicales pédiatriques avec 22000 passages par an (urgences chirurgicales et traumatologie gérées par les urgentistes adultes).

Equipe dynamique et soudée déjà constituée de 7 pédiatres, 2 assistants spécialistes, accompagnés de 9 internes dont 3 DES de pédiatrie.
Gardes sur place uniquement de pédiatrie (gardes de réanimation néonatale effectuées par les pédiatres du service de néonatalogie).

A noter la participation des pédiatres actuellement en poste et à venir à une activité d'hôpital de jour de pédiatrie de SSR, d'ouverture récente et amenée à se développer (objectif de 20 lits de pédiatrie) sur un temps à définir au cas par cas (de 1 à 6 demi-journées par semaine).

Poste pouvant convenir à un pédiatre en fin de clinicat ou d'assistantat, à un interne en fin de cursus ou à un médecin généraliste thésé souhaitant approfondir ses connaissances en pédiatrie. Tout statut - Spécialisation appréciée en pneumologie et néphrologie.

Le Centre Hospitalier de Perpignan est le premier établissement public du département des Pyrénées Orientales. C'est un hôpital moderne, dynamique, doté d'un plateau technique complet.

Région très prisée, avec stations balnéaires réputées, nombreuses pistes de randonnée, pistes de ski à 1 heure, frontière espagnole à 30 minutes et Barcelone à 2 heures.

Contacteur

Le Docteur MANIN - Chef de service - cecile.manin@ch-perpignan.fr
ou le Docteur DUQUESNE - frederique.duquesne@ch-perpignan.fr



Le CHU de Nantes recrute le créateur et futur responsable de son unité de médecine de l'adolescent

MISSIONS DU POSTE

> **Créer la future unité de médecine de l'adolescent :**

- Faire émerger un projet médical de l'unité.
- Participer, en lien avec la direction et le management du pôle, à la définition et la mise en œuvre des activités.
- Construire les liens avec les services existants de pédiatrie et de pédopsychiatrie du CHU, et les hôpitaux partenaires.

> **Assurer la responsabilité de l'unité de médecine de l'adolescent au sein du pôle femme-enfant-adolescent.**

> **En fonction du profil des adolescents admis dans l'unité, assurer la coordination des prises suivantes :**

- Prise en charge somatiques aiguës et chroniques.
- Prise en charge psychosociale.
- Prise en charge des troubles de comportements alimentaires.
- Problèmes psychologiques de l'adolescent : tentatives de suicide, troubles somatomorphes...

FORMATION ET EXPÉRIENCE ATTENDUE

Le candidat devra être titulaire du DIU de médecine et santé de l'adolescent. Le candidat a une aptitude à l'animation d'une unité de médecine de l'adolescent.

PROFIL ATTENDU

- Relationnel développé.
- Sens de la communication.
- Dynamisme.
- Aptitude au management.

Les candidatures sont à adresser à la Direction des Affaires Médicales et de la Recherche
damr@chu-nantes.fr
avant le 30/12/2018




CENTRE HOSPITALIER
Intercommunal des Alpes du Sud
Gap - Sisteron

Le CHICAS recherche pédiatre pour le service de pédiatrie-néonatalogie et maternité.

Equipe hospitalière composée de 4 praticiens temps plein et 1 temps partiel.

Maternité de niveau 2a
Environ 1000 accouchements/an
1300 entrées/an en pédiatrie néonatalogie
Activités intéressantes et variées
Compétences en néonatalogie et accueil en salle de naissance souhaitées.
Astreintes opérationnelles : 1 week-end toutes les 5 semaines, et 5 à 6 nuits/mois
Equipe dynamique et projets de service soutenus.

Qualité de vie attrayante :
Situation géographique exceptionnelle :
300 jours de soleil/an
Activités sportives nombreuses et variées (montagne, lac, rivière)
Poste disponible de suite

Statut :
Assistant, praticien hospitalier contractuel ou mutation

Contacts :
Dr Zoccarato Chef de Service - anne-marie.ZOCCARATO@chicas-gap.fr
Madame Urbach aux Affaires Médicales - valerie.urbach@chicas-gap.fr - 04 92 40 61 72






Institut d'Education Motrice de ROURA

L'Association Départementale des PEP GUYANE recrute pour ses établissements situés en Guyane et en Guadeloupe

- **PÉDIATRE**
- **ORTHOPHONISTE**
- **ERGOTHÉRAPEUTE**
- **PSYCHOLOGUE**
- **KINÉSITHÉRAPEUTE**

Vous pouvez découvrir le charme des départements d'outremer en poursuivant votre métier dans un des établissements gérés par les PEP Guyane, une des plus grosses associations médico-sociales de la Guyane, affiliée à la Fédération Générale des PEP présente sur tout le territoire national. L'association dispose, en Guyane et en Guadeloupe, de trois Pôles de Gestion d'établissements et services médico-sociaux :

LE PÔLE CAYENNE CENTRE-EST (EN GUYANE)

Un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), un Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP), un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile pour Déficients Intellectuels (SESSAD), un Institut d'Éducation Motrice (IEM), un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile pour Déficients Moteur (SESSAD DM), des missions sur tout l'Est.

LE PÔLE OUEST GUYANAIS

Un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de l'Ouest Guyanais (CAMSP), un Centre Médico Psycho Pédagogique de l'Ouest Guyanais (CMPP), un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD), une antenne « Les Alizés », à Kourou (CMPP, CAMSP, SESSAD), une antenne à Awala-Yalimapo (CMPP, CAMSP, SESSAD), un bus médico-social itinérant, des missions sur tout l'Ouest.

LE PÔLE GUADELOUPE

Un Centre Médico-psycho-pédagogique à Basse-Terre (CMPP) avec des antennes aux Saintes, à Bouillante et à Trois-Rivières, un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile à Basse-Terre (SESSAD), un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) et un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile adossé à Sainte-Anne (SESSAD ITEP).



Si vous faites le choix de venir travailler dans un des établissements situé en Guyane, l'association vous rembourse votre billet d'avion, prend en charge votre première nuitée à l'hôtel et facilite l'obtention d'un logement (affilié au 1% logement).



Contacts :

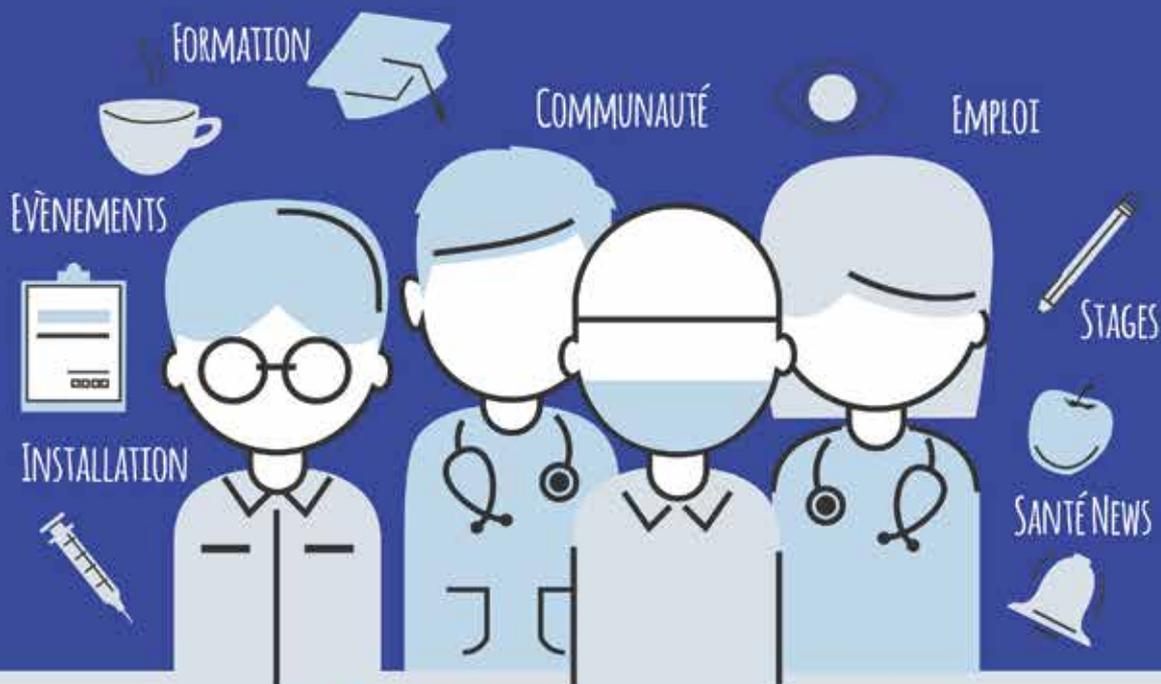
M. Roberto EUGENE
Directeur Administratif et Financier
responsable.financier@lespep973.org



En Guyane - 05 94 38 38 64
Mme Kathya GUESDE
k.guesde@lespep973.org
ou Mme Stelyne FLORENTINY - s.florentiny@lespep973.org

En Guadeloupe : 05 90 41 36 44
Mme Mylène CAJAZZO - m.cajazzo@gp.lespep973.org

Les PEP Michèle



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

