

La lettre de l'



Association des Juniors en Pédiatrie

Numéro 9 [Décembre 2013] Gratuit

Focus sur Paris

Congrès AJP 2013

Retour sur la 10^{ème} édition du congrès national de l'AJP

A la découverte de nouveaux DU
DU Obésité de l'enfant de de l'adolescent

Médecine humanitaire
Interne cherche sa route au bout du monde



Pour son 9^{ème} numéro, la lettre de l'



change de look !

Bureau

Noémie LAVOINE
Présidente

Pierre MARCELO
Secrétaire

Benoit STERLING
Secrétaire

Zeynep DEMIR
Communication

Eloise GIABICANI
Trésorière

Benjamin BUENO
Rédacteur en chef

Matthieu BENDAVID
Webmaster

Conseil d'Administration

Karine BOURDET
Brest

Marine BUTIN
Lyon

Florent CORNU
Marseille

Gaelle VEXIAU
Nancy

Aurore LAMBERET
Rennes

Caroline DUROUSSET
Saint-Etienne

Lucile BARNET
Toulouse

Mathilde MEOT
Tours

Editeur et régie publicitaire

Macéo éditions

M. Kamel TABTAB, Directeur
11, Bd Ornano - 75018 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
maceoeditions@gmail.com
<http://reseauoprosante.fr/>

Imprimé à 1400 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

SOMMAIRE

N° 09

Edito : Un nouveau parrain	03
Retour sur la 10 ^{ème} édition du congrès national de l'AJP	04
Mon premier congrès AJP	08
Focus sur Paris	10
Mise au point : Le RGO	14
Médecine humanitaire :	
Interne cherche sa route au bout du monde	18
Interview des paramédicaux : Un travail d'équipe	25
A la découverte de nouveaux D.U. :	
Le D.U. Obésité de l'enfant et de l'adolescent	29
Cas clinique : A bout de souffle	31
Bulletin d'adhésion de la SFP	37
Les annonces de recrutement	38
Bulletin d'adhésion de l'AJP	43

CONGRÈS DE L'AJP 2013



p. 04

MÉDECINE HUMANITAIRE : INTERNE CHERCHE SA ROUTE AU BOUT DU MONDE



p. 18

FOCUS SUR PARIS



p. 10



MISE AU POINT : LE RGO

p. 14



EDITO : UN NOUVEAU PARRAIN

Chers Amis,

J'ai accepté avec grand plaisir votre proposition d'être « parrain » de l'AJP cette année. J'y voit de votre part un message d'amitié mais aussi un engagement à soutenir les représentants du Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP) qui travaillent depuis plusieurs années avec vos représentants de l'AJP à l'ouverture de stage de pédiatrie ambulatoire. Dans un nombre croissant de régions et d'inter-régions, un stage ambulatoire de pédiatrie vous est proposé depuis novembre 2013.

Ce stage, non obligatoire, a pour objectif de vous former aux spécificités de la prise en charge de l'enfant dans son milieu de vie que ce soit pour des pathologies aiguës ou chroniques. Vous découvrirez également la complexité des relations intrafamiliales et des relations de l'enfant avec les différents milieux dans lesquels il évolue, en particulier le milieu scolaire.

Les coordinateurs du DES de pédiatrie sont responsables de la mise en place de ces stages tenant compte de la spécificité de chaque région ou inter-région. Le stage de pédiatrie ambulatoire est ouvert aux internes DES de pédiatrie qui ont validé leur cinquième semestre. L'interne est rattaché à un service de pédiatrie de proximité validant pour la pédiatrie générale. L'interne participe à la liste de garde des urgences pédiatriques ou de réanimation pédiatrique/néonatale en accord avec le chef de service. Les conditions et modalités de choix de ce stage sont identiques à celles des autres stages. Le stage est effectué sous la responsabilité pédagogique du coordonnateur régional du DES de pédiatrie, de ses maîtres de stage, et du chef de service de pédiatrie générale de l'établissement où il effectue ses gardes. Pendant le stage de pédiatrie ambulatoire, les internes sont encadrés par 2 à 3 maîtres de stage qui sont des praticiens expérimentés, formés à l'accueil et la formation d'un interne en pédiatrie, et dont la diversité des orientations permettra de couvrir les objectifs de formation définis par le projet pédagogique. Nous connaissons bien les maîtres de stages sélectionnés qui sont particulièrement motivés pour vous transmettre leur savoir.

Le stage de pédiatrie ambulatoire comprend deux phases distinctes, la première étant une phase d'observation, la deuxième étant une phase d'autonomisation progressive. L'interne sera en situation d'observation initiale pour une durée d'environ 1 mois puis en autonomie supervisée. En autonomie supervisée, l'interne effectuera seul les consultations, les actes et les prescriptions, soit dans un local en parallèle des consultations du maître de stage, soit seul dans le cabinet ; le maître de stage étant joignable à chaque instant. En fin de chaque demi-journée, le maître de stage effectuera une supervision a posteriori en reprenant chaque dossier individuellement avec l'interne. Ces deux périodes sont complémentaires et modulables dans le temps, le passage de la situation d'observation à la situation de mise en autonomie est décidé par le(s) maître(s) de stage.

Cela est pour vous une formidable occasion de vous former à la pédiatrie ambulatoire. Nous vous incitons fortement à vous lancer dans cette belle expérience. Vous participerez à l'évolution de la pédiatrie libérale, maillon essentiel entre la médecine générale et l'hôpital. Continuons ensemble à défendre la pédiatrie, une spécialité que l'on ne choisit pas par hasard.

Bien Amicalement,

Loïc de Pontual



CONGRÈS DE L'AJP 2013



Comme chaque année, voici un retour sur le congrès AJP, à la fois pour rappeler de bons souvenirs à ceux qui y étaient, et pour montrer ce qu'ils ont manqué à ceux qui n'y étaient pas.

Pour la 10^{ème} édition, le congrès de l'AJP devait nécessairement changer de formule. En effet, notre nouveau partenaire Nestlé nous a bien aidé afin de construire un congrès tout neuf, qui allie efficacement apprentissage et détente. Nous avons donc allié les conseils de Nestlé en termes d'organisation et de communication à notre envie de vous faire découvrir les atouts de Paris, tant pour le programme scientifique que pour les festivités.



L'avant-congrès

Ainsi, les festivités ont pu commencer le vendredi 5 avril au soir, avant même le début du congrès. Le but était d'accueillir les congressistes venus de partout en France dès le vendredi soir, afin de commencer à faire connaissance, ou de se retrouver pour les (multi ?) récidivistes. La météo très incertaine de ce printemps ne nous a pas permis d'organiser une belle sortie en plein air, nous nous sommes donc bien contentés d'un restaurant simple et accueillant sur la place Stravinsky, à côté du mythique Centre Georges Pompidou, en plein cœur de la capitale. Paris, Marseille, mais aussi Tours et Brest étaient représentés. Après un moment convivial, certains ont poussé le vice jusqu'à passer la nuit à faire la fête au tonus de l'hôpital Saint-Joseph, organisé le même soir. Tous les participants venus des régions ont été hébergés dans les appartements exigus mais confortables des parisiens.



RETOUR SUR ... LA 10^{ÈME} ÉDITION DU CONGRÈS NATIONAL DE L'AJP : PARIS 2013

Le congrès le jour : pédiatrie parisienne à l'honneur !

Le samedi 6 avril, les congressistes ont été accueillis sur le site du Golf Hôtel de Bussy Saint-Georges autour d'un buffet, et ont eu le temps de se détendre avant le début des présentations, le samedi après-midi. Nous avons eu la chance d'avoir pu réunir des orateurs de prestige pour nous parler de médecine interne de l'enfant : Brigitte Bader-Meunier, Nathalie Costedoat, toutes deux internistes, Jean Donadieu, immuno-hématologue, et Emmanuelle Bourrat, dermatologue, nous ont parlé des arthrites de l'enfant, du lupus néonatal, de l'histiocytose langerhansienne et pour finir, un petit quizz dermato orienté sur ces pathologies qui donnent des signes cutanés bizarres, et devant lesquels on peine à faire un diagnostic. Un gastro-entérologue pédiatre, et avec le soutien de Nestlé, Alexis Mosca nous a permis de comprendre le développement de l'allergie alimentaire chez le tout petit, et Jean-Ralph Zahar, infectiologue et hygiéniste à l'hôpital Necker, nous a fait trembler en nous montrant la montée exponentielle des BMR dans nos hôpitaux. Nous avons ensuite laissé la parole à nos courageuses co-internes qui sont venues nous présenter leur travail de thèse : Anna sur l'approche palliative en pédiatrie à la Réunion, Raphaëlle sur l'hypogonadisme hypogonadotrope, et Audrey sur les différences de prise en charge de la gastro-entérite aiguë chez l'enfant. Raphaëlle a été récompensée par le prix de la meilleure présentation.

Pour marquer la fin des sessions de congrès de la journée, Matthieu Bendavid, webmaster et vice-président de l'AJP, nous a fait la surprise d'organiser un petit quizz ludique sur la pédiatrie parisienne, avant de lancer les festivités pour la soirée.





Le congrès la nuit : Disney, musique et champagne !

C'est après cette après-midi riche en connaissances que l'ensemble des invités s'est dirigé vers un dîner riche en goût et surtout en culture Disney ! En effet, entre chaque plat, les congressistes devaient par l'intermédiaire de quizz, de jeux musicaux et de mimes mettre leur mémoire, leur voix et leur corps à rude épreuve.

Le ventre bien repu et la tête pleine de magie Disney, le clou de la soirée pouvait enfin être découvert. A peine le temps de savourer une coupe de champagne, que déjà tous se jetaient sur la piste de danse pour notre groupe de musiciens-médecins, les WHERIZ, qui ont interprété tubes et génériques de notre enfance.

Sans pouvoir souffler, c'est Damien, le DJ, qui nous a emmené jusqu'aux heures les plus folles de la nuit.

Le dimanche, on parle de notre avenir

Le dimanche 7 avril, après un réveil pas toujours facile, nous nous sommes courageusement remis au travail. Les thèmes abordés dans la matinée étaient aussi variés que les pathologies digestives chirurgicales du tout petit (attention au volvulus du grêle !!), les diagnostics à ne pas oublier devant une hypoglycémie de l'enfant ou les anomalies des organes génitaux externes. Les orateurs ont toujours fait preuve de beaucoup de clarté pour nous parler de pathologies pourtant pas simples du tout. Après un buffet déjeuner, l'après-midi a été consacré à un exercice de la pédiatrie que tout le monde connaît mais seulement de loin : la pédiatrie ambulatoire. Patricia Lubelski et Marie-Jo Simon de l'Afpa (Association Française des Pédiatres Ambulatoires) sont venues nous parler de leur exercice en cabinet de ville et des problématiques de l'installation, en nous donnant des conseils précieux. Nous avons ensuite eu la chance d'avoir une assistance juridique par la MACSF qui est venue nous éclairer sur notre responsabilité en cabinet, les pièges juridiques et d'assurance que nous pouvons rencontrer. Cela a été tant utile qu'instructif, et nous sommes prêts à réorganiser partout en France des sessions de ce type si vous les estimez nécessaires !

Nous avons pu clore l'après-midi vers 16h, avec la photo de groupe sous un petit rayon de soleil.

Nous tenons encore une fois à remercier nos partenaires, tout particulièrement Nestlé, qui nous a accompagnés tout au long de l'année (et pour j'espère de longues années encore) et sans qui l'organisation de ce congrès n'aurait pas été possible. Merci pour votre soutien et votre confiance. Merci à la MACSF qui est désormais à nos côtés toute l'année, et nous a toujours fourni des prestations de qualité. Merci à Genzyme pour ses conseils et ses documents si pédagogiques qui nous aident à penser aux maladies métaboliques. Merci à Sparadrap pour nous associer à ses efforts pour soulager et rassurer les enfants malades.

Vous pouvez retrouver toutes les photos du congrès sur le site ajpediatrie.org.

Noémie Lavoine
Matthieu Bendavid



MON PREMIER CONGRÈS AJP

MA PREMIÈRE FOIS EN QUELQUES QUESTIONS ...

QUAND ?

Durant ma première année d'internat à Paris, début avril 2013.

POURQUOI ?

Par curiosité : découvrir à quoi pouvait ressembler un congrès d'internes... et pour le plaisir de pouvoir enfin en faire partie !

OÙ ?

Quelque part en région parisienne, à Bussy-Saint-George, sur le RER A, près de Disneyland. (ça parle plus !)

EN PRATIQUE ?

Accueil le samedi midi pour le déjeuner. Le samedi après-midi et la journée du dimanche étaient dédiés aux présentations.

Pour le côté formation, nous avons eu des topos très variés, allant de la sur-spécialité (tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le lupus néonatal !) à la pédiatrie générale (les classiques : nutrition et allergie...), en passant par des présentations de thèses d'internes. La dernière partie était consacrée à la pratique en ville (qui ne l'a pas vivement envisagé un matin de sortie de garde ... ?) : organisation des soins en ville, gestion d'un cabinet, remplacements... Du concret !

La suite de la soirée s'est déroulée en apéro -le punch a eu raison des dernières timidités-, dîner -Quizz Walt Disney, où on se demande si on n'est pas finalement encore dans la formation pratique- et soirée...

Concernant l'irrigation neuronale nocturne, les organisateurs avaient fait le choix -plusieurs fois validé par des datas robustes dans cette indication- du champagne.

MON RESSENTI ?

Un peu d'appréhension avant d'y être, à l'idée de ne connaître personne sur place et de ne pas savoir à quoi m'attendre.

J'ai finalement retrouvé quelques têtes connues et découvert de nombreuses autres, notamment au gré d'un « Killer »-jeu brise-glace un peu macabre !

Rencontrer des internes de pédiatrie venant de toute la France et partager leurs expériences m'a pas mal éclairci les idées sur les différents chemins possibles à emprunter en début d'internat, et permis de concevoir de manière un peu plus nette l'avenir et les choix à faire en fonction du pédiatre que l'on souhaite être « après ».

EN CONCLUSION ?

On a aimé le contenu autant que la forme du congrès. Et si j'osais, je conclurais par une suggestion : un prochain congrès à Porto-Vecchio ?

Ines Chatriot

LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
**1 000 STRUCTURES
MÉDICO-SOCIALES**



**WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI**

PLUS DE 30 000
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE 15 000 CV

LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS À UN
ESPACE CANDIDAT



FOCUS SUR PARIS



Alors que je suis en toute fin d'internat, je suis chargée d'écrire un article sur l'internat de pédiatrie à Paris, « en toute objectivité » ! Je vais donc devoir laisser (un peu) de côté mon expérience personnelle pour vous laisser entrevoir de façon la plus impartiale possible ce qu'est l'internat de pédiatrie en Île-de-France. Challenge pas si évident mais accepté !

La maquette parisienne

Pour la formation pratique, 2 stages sont à effectuer en périphérie, c'est-à-dire en dehors des hôpitaux de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP). Aux vues de la proportion de terrains de stage périphériques, cette partie là du contrat ne pose pas de difficulté¹.

Sur les 8 semestres, 1 doit être effectué en pédiatrie générale, 1 en néonatalogie et 1 en service d'urgences (ou SMUR) ou de réanimation. En pratique, les postes en réanimation étant encore insuffisants, ce dernier semestre peut être validé par 26 gardes faites en réanimation. Il est également possible de faire 2 stages hors filière (le plus souvent en spécialité adulte, en radiologie pédiatrique ou en biologie). Les inter-CHU sont possibles mais il faut l'accord du coordonnateur du DES, et sont plus facilement justifiables s'il s'agit de postes en réanimation du fait de la carence de ces postes en Île-de-France.

Sur le plan de la formation théorique, il faut valider la participation à 20 séminaires d'une journée de formation pendant les 4 ans, ainsi que la présentation d'un travail de groupe correspondant à une synthèse sur un sujet pédiatrique lors du symposium d'automne (en 3^{ème} année) et, enfin, participer aux Journées Parisiennes de Pédiatrie (JPP) à deux reprises. À quelques jours de la prise de fonction comme interne, est organisé un séminaire d'accueil, qui permet de présenter le DES, mais aussi de faire quelques mises au point rassurantes avant sa première garde et surtout de rencontrer toute sa promo autour d'un dîner !

Et donc moyennant un mémoire de DES en dernier semestre, vous voilà diplômé ! (Facile...)²

Du côté des stages...

Venir se former à Paris en pédiatrie a un avantage indéniable : la multiplicité des terrains de stages. En effet, avec ses 4 grands CHU (Robert Debré (XIX^{ème} arr.), Armand Trousseau (XII^{ème} arr.), Necker Enfants Malades (XV^{ème} arr.) et Bicêtre (Kremlin-Bicêtre, 94), mais aussi 5 hôpitaux APHP en banlieue proche, 27 hôpitaux de périphérie, 3 services de spécialité en hôpitaux privés assurant une mission de Service Public et pour novembre 2013, 3 postes chez des praticiens de ville, l'offre de terrain de stage semble illimitée.

¹ Site de l'Agence Régionale de Santé : www.ars.iledefrance.sante.fr

² Site du DES de Pédiatrie Ile-de-France : <http://australe.upmc.fr>

Cependant, il s'agit également de la ville française formant le plus d'internes avec une augmentation très importante du nombre d'internes par promo (36 en 2008 contre 66 pour 2013). De nombreux terrains de stage ont ainsi été ouverts ces dernières années, principalement au profit des stages de pédiatrie générale et de néonatalogie en périphérie.

Cette grande palette de stage permet donc à chacun de se former dans les différents secteurs qu'il souhaite. Pour les futurs pédiatres généralistes, on peut ainsi effectuer facilement 3 ou 4 stages de spécialité en plus de stage de pédiatrie générale. D'un autre côté, les futurs spécialistes peuvent se former dans différentes équipes sans avoir à effectuer d'inter-CHU.

Par ailleurs, il y a de nombreux centres de référence au sein des grands services parisiens, dans lesquels la formation est très pointue. Dans tous les stages il est classiquement organisé des cours en début de semestre.



I ♥
RIEN
i'm parisien

Les inter-CHU sont pour certains d'entre vous le moyen de venir goûter à la vie parisienne le temps d'un semestre. Vous serez très bien accueillis (et pas seulement parce que cela fait plus de week-end de libres) que ce soit dans vos stages ou pour vous faire découvrir de chouettes endroits pour sortir.

Vie pratique

Que l'on soit parisien de souche ou nouvel arrivé, Paris offre à tous un éventail de loisirs plus que large ! Mais c'est aussi une ville où le coût de la vie reste élevé, à commencer par le logement ! Heureusement, avec le salaire de base, les astreintes un week-end sur 3 (plus souvent 1 sur 2 !) et les nombreuses gardes, on s'en sort plutôt bien ! C'est vrai qu'il ne reste pas forcément énormément de temps en dehors du stage, mais avec l'augmentation du nombre d'internes par terrain de stage, cela est vraiment en train de s'améliorer !

Donc sport, musique, théâtre ou autres, vous pouvez continuer (ou commencer !) une activité régulière à Paris³. Du côté des sorties, théâtre, cinéma, expositions, concerts, restaurants, bar, etc., tout est très accessible et il existe un comité d'entreprise de la ville de Paris permettant d'avoir des tarifs privilégiés pour de nombreuses activités⁴. Donc en plus des grands spots touristiques comme la tour Eiffel et le Louvre, on y boit un verre en terrasse à la Butte aux Cailles ou on assiste à des séances de cinéma en plein air dans le parc de la Villette après une halte à Paris Plage... à consommer sans modération ! Pour les déplacements, là encore c'est assez simple, tous les terrains de stage sont accessibles en transports en commun (du métro au train de banlieue) et il existe des cartes d'abonnement avantageuses et prise en charge à 50 % par la majorité des hôpitaux.

3 Site Ville de Paris : www.paris.fr

4 Site Agospap : www.agospap.com

L'AJP à Paris

Le bureau de l'AJP est essentiellement composé de parisiens (donc non parisiens rejoignez-nous !) et il se charge, en plus des missions nationales de l'association, de l'antenne parisienne⁵. Ainsi, l'AJP organise des soirées de formation, au rythme d'environ une tous les deux mois, et défend les intérêts des internes lors d'éventuels conflits ou difficultés rencontrées lors des stages ou même plus largement de l'internat. Nous travaillons en collaboration étroite avec le coordonnateur du DES pour améliorer la formation des internes parisiens de pédiatrie. Cette année nous allons également mettre en place des soirées plus informelles de discussion (autour d'un repas !) pour créer un lieu d'échange entre les différentes promos.

La suite...

La grande actualité parisienne est l'ouverture de postes chez le praticien à partir du 6^{ème} semestre, avec une semaine répartie entre 2 ou 3 cabinets proches et la participation à la liste de garde de l'hôpital de proximité (ce qui permet de soulager les petits copains au passage !). On attend beaucoup de cette expérience avant l'ouverture, on l'espère de plus de postes sur Paris mais aussi dans toute la France, comme le souhaitent la majorité d'entre vous⁶.

La suite, c'est aussi après l'internat. Globalement tout le monde finit par obtenir un poste de chef de clinique s'il le souhaite, avec parfois un délai d'1 à 3 ans après la fin de l'internat. Ce temps permet



donc de faire un master 2 (et/ou une thèse de science) et de prendre des dispos pour remplacer par exemple. Pour les postes hospitaliers, ça se corse un peu, les places étant très restreintes, mais elles existent, et comme partout les attributions dépendent énormément de votre parcours.

Donc faire son internat de pédiatrie à Paris c'est une grande chance en termes de formation pratique, mais c'est aussi une ville qui permet de s'épanouir pleinement, même si les échappées vers des espaces moins urbanisés sont toujours les bienvenues !

Éloïse Giabicani

Idiomatique

À Paris pas de joli accent chantant, pas d'expression typique (en dehors du verlan très démocratisé), mais en revanche des écueils à éviter :

1 : Inutile de demander une « poche » (ou a fortiori un « pochon ») à la caisse d'un magasin parisien, vous vous heurteriez au regard « lui, il n'est pas d'ici » peu compréhensif de la caissière... essayez avec « sac plastique » !

2 : À Paris, on ne va pas « en ville » ou « au centre »... la ville est partout, donc on va à « Abesses » ou à « Châtelet ».

3 : Après une garde bien chargée quoi de mieux qu'une bonne « chocolatine »... késako ? Eh oui, ici, nous utilisons le bien moins chantant terme de « pain au chocolat ».

4 : Pour des raisons ancestrales ne vous risquez jamais à un « Allez L'OM ! » ou un « Paris on t'.. », nos chers supporters n'étant pas toujours gentlemen.

⁵ Site AJP : www.ajpедиatrie.org

⁶ Cf Lettre AJP n° sondage national sur le stage en pédiatrie ambulatoire.

Qui accompagne
et soutient
les internes ?

Depuis 1935, la MACSF est une mutuelle d'assurance créée par et pour les professionnels de la santé. Notre engagement est de les accompagner dans leur vie personnelle comme dans leur cadre professionnel.

Notre engagement, c'est vous.



3233* ou
macsf.fr

RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE
PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM
- Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX



MISE AU POINT : LE RGO

Questions à se poser en consultation

1. Il vomit : est-ce bien un RGO ?

Le RGO est la **première cause de vomissements** des nourrissons en fréquence. Il faut toutefois éliminer une autre cause de vomissements.

Les signes d'alerte nécessitant la recherche d'une maladie sous-jacente :

- Vomissements bilieux
- Hémorragie digestive
- Retard de croissance
- Début de vomissements après six mois de vie
- Diarrhées
- Constipation
- Fièvre
- Léthargie
- Hépatosplénomégalie
- Bombement de la fontanelle
- Macro ou microcéphalie
- Convulsions
- Abdomen distendu ou sensible
- Syndrome génétique ou métabolique documenté ou suspecté

2. RGO simple ou compliqué

RGO simple

Les reflux simples sont des **régurgitations sans effort**, sans douleur, chez un enfant en bon état général (« le joyeux cracheur »). Il n'existe pas de nausées, d'hématémèse, de perte de poids, de difficultés alimentaires, de malaise ou de posture anormale. Chez le nourrisson, l'incidence oscille entre 10 et 45 % en fonction de l'âge.

RGO compliqué

...le reflux n'est pas simple !

3. Examens complémentaires ou pas ?

Pour le RGO simple

Même si l'enfant est un peu irritable ou a des vomissements importants mais ne présente pas de signes d'alerte, les examens complémentaires ne sont pas indiqués. **Il s'agit d'un diagnostic clinique.**

FLUX ET REFLUX DANS LA PRISE EN CHARGE DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN DU NOURRISSON

Pour le RGO compliqué

- **Il régurgite mais ne grossit pas bien** : On doit alors évaluer l'oralité et les apports caloriques. **Un examen clinique complet et des examens complémentaires sont indiqués pour éliminer une infection urinaire, une allergie alimentaire, une maladie métabolique** (ECBU, bilan sanguin standard). Notons que la recherche d'une maladie cœliaque doit être systématique chez un nourrisson hypotrophe qui vomit après l'âge de la diversification alimentaire.
- **Pleurs inexpliqués** : voir le chapitre « coliques » (prochaine lettre de l'AJP).
- **Œsophagite par reflux** : Un test thérapeutique par les antisécrotoires prescrits pendant quatre semaines peut être fait chez le grand enfant et l'adolescent présentant des symptômes typiques d'œsophagite. **L'endoscopie est donc recommandée avant d'entreprendre un traitement par IPP chez le nourrisson.**
- **Malaises du nourrisson** : Un malaise bref avec récupération immédiate lors d'une fausse route peut être banalisé. **Le malaise grave du nourrisson n'est en général pas dû à un RGO.** Dans les rares cas où cette relation est suspectée, et dans les malaises récurrents, une pHmétrie ou une impédancemétrie avec polygraphie peuvent rechercher une relation de cause à effet entre les reflux et les symptômes. Il faut donc les hospitaliser.
- **Asthme associé à des épisodes de pyrosis** : Dans l'asthme associé à des épisodes de pyrosis, le reflux peut jouer un rôle aggravant. Malgré l'association fréquente entre asthme et reflux prouvée par des examens complémentaires, il n'y a pas d'arguments pour un traitement empirique des asthmatiques par IPP. **Seuls ceux présentant des pyrosis, des crises nocturnes ou un asthme sévère cortico-dépendant pourraient bénéficier d'une prise en charge médicale, voire chirurgicale, du RGO.** Dans ce cas, la réalisation préalable d'une pHmétrie ou d'une impédancemétrie est préférable avant d'envisager un traitement médical au long cours par IPP ou une chirurgie, même si le caractère prédictif de leurs résultats n'a pas été établi.
- **Complications pneumologiques** : Les pneumopathies récidivantes peuvent être secondaires au RGO avec inhalation de liquide gastrique. Il n'existe pas d'examen prouvant cette relation, une pHmétrie pathologique étant un argument mais non une preuve. Une scintigraphie après ingestion d'un repas marqué pourrait prouver l'inhalation. **Les inhalations surviennent plus souvent lors de la déglutition que lors du reflux.**
- **Complications ORL** : Les symptômes respiratoires hauts, voix enrouée, sinusite, rhinite, otites, toux chronique, érythème du larynx, ne sont a priori pas en relation avec un RGO ; les explorations dans ce sens ne sont pas indiquées avant d'avoir éliminé les autres étiologies. Si c'est le cas, la pHmétrie est l'examen de prédilection.
- **Torticolis** : Le syndrome de Sandifer (dystonie avec torsion du cou, cambrure du dos et opisthotonos associés à une œsophagite) est rare mais spécifique du RGO. Son diagnostic est établi par l'œsophagoscopie, et il guérit avec le traitement antireflux adapté.

4. Mais alors, qu'est-ce qu'on fait ?

RGO simple

Comment rassurer une mère folle d'inquiétude lors d'un RGO... simple et bénin ?

Dire, je vous rassure en consultation... ne suffit jamais. Expliquer le mécanisme avec empathie sera la seule garantie d'une bonne adhésion à la prise en charge. La faillite du dispositif anti-reflux est secondaire à l'inadéquation entre le volume œsogastrique et la quantité de lait ingérée : 120 ml/kg/j à ingérer pour un nourrisson correspond à 8,4 kg d'aliments pour un adulte de 70 kg ! (on comprend le renvoi du surplus...). Le Sphincter Inférieur de l'Œsophage (SIO) a souvent donc des relaxations inappropriées et est rarement hypotonique (ce n'est donc pas un problème de clapet !). L'ouverture excessive de l'angle de His ou une hernie hiatale représentent moins de 10 % des RGO.

L'explication du phénomène de reflux et une guidance parentale sont les garants d'une réassurance adéquate. Les régurgitations cliniques sont diminuées par les formules infantiles épaissies. Il y a plusieurs alternatives pour l'épaississement des laits infantiles, dont l'amidon. La position ventrale et latérale de couchage est associée à une augmentation du risque de mort subite du nourrisson. Il est donc recommandé de continuer à coucher les enfants sur le dos. L'impact de l'éviction du tabagisme passif sur les RGO n'a jamais été clairement démontré ; toutefois il semble légitime de conseiller cette éviction. En cas de persistance du RGO malgré les manœuvres hygiéno-diététiques initiales, il est recommandé de proposer un traitement empirique par un hydrolysat poussé de protéines pendant 2 à 4 semaines chez le nourrisson alimenté artificiellement qui vomit.

Les effets secondaires potentiels des agents prokinétiques sont supérieurs aux bénéfices attendus. **Il n'y a pas de preuve suffisante qui justifie l'utilisation en routine d'érythromycine, de bétanéchol ou de dompéridone dans le RGO.** Les formes pédiatriques du métoclopramide (Pimpéran®) ont été retirées du marché fin 2012.

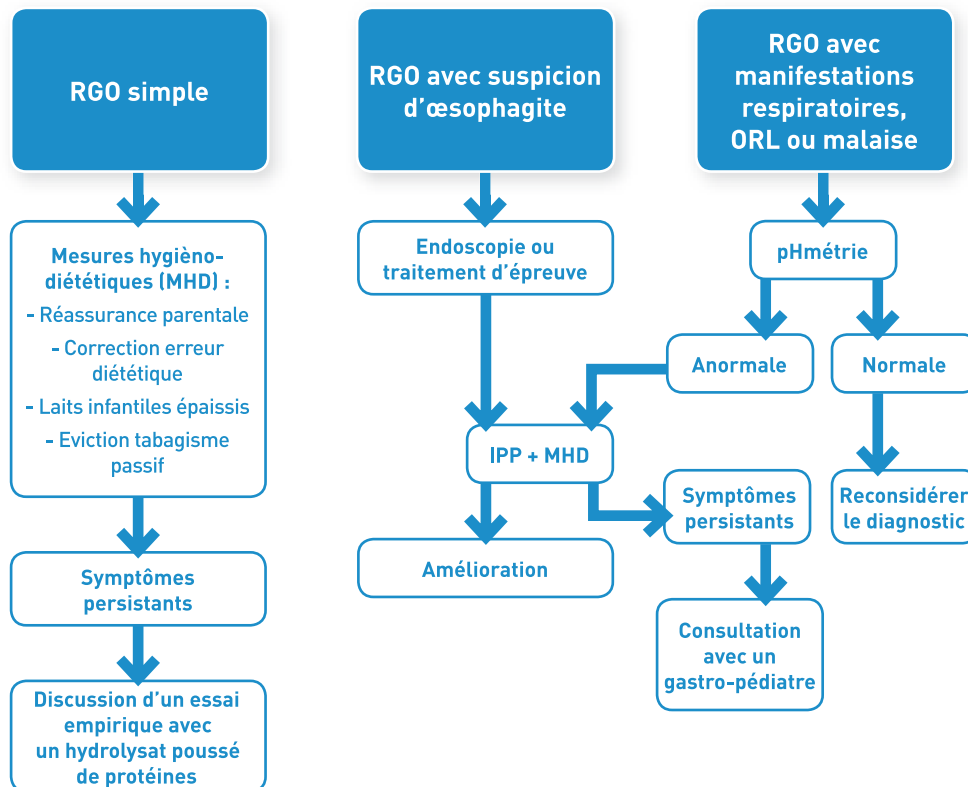
RGO compliqué

La prise des mesures hygiéno-diététiques recommandées dans le cadre de RGO simple s'applique également en cas de RGO compliqué.

- **Il régurgite mais ne grossit pas bien** : Chez le nourrisson qui refuse de s'alimenter un traitement par IPP n'est pas recommandé sans enquête étiologique
- **Œsophagite par reflux** : Le traitement par IPP est proposé. Les IPP sont supérieurs aux anti-H2 dans l'amélioration des symptômes et dans la cicatrisation de l'œsophagite. Le succès d'un tel traitement ne prouve pas l'existence d'un reflux, une évolution spontanée ou un effet placebo pouvant expliquer la disparition des symptômes. Un tel traitement d'épreuve n'est pas conseillé chez le nourrisson ou le jeune enfant, chez lesquels les symptômes sont moins spécifiques. **L'œsophagite par reflux peut être traitée par IPP pour une durée initiale de deux à trois mois.** La rechute n'étant pas systématique, des essais réguliers d'arrêt de traitement doivent être faits. **La clinique suffit généralement pour diagnostiquer une guérison ou une rechute, mais dans certains cas des explorations endoscopiques ou autres sont indiquées.** La réapparition répétée des symptômes à l'arrêt des traitements fait discuter, en l'absence d'autre cause d'œsophagite, un traitement séquentiel au long cours par IPP, voire une intervention antireflux.

L'efficacité des IPP rend inutile la prescription au long cours des anti-acides : alginates et sucralfate.

ALGORITHME



Six messages salutaires (SMS)

1. Le RGO n'est pas dû à une incontinence du sphincter inférieur de l'œsophage : ce sont des relaxations inappropriées secondaires à l'inadéquation contenant-contenu.
2. Le nourrisson avec reflux qui ne grossit pas n'est pas un RGO. Cherchons l'APLV, maladie cœliaque...
3. pHmétrie si suspicion de RGO occulte, endoscopie si hématurie ou hypotrophie
4. Pas de prokinétiques dans le traitement, les effets secondaires sont supérieurs à leur efficacité !
5. Les mesures hygiéno-diététiques sont : rassurer la mère, utiliser un lait infantile épaissi, éviter les erreurs diététiques et le tabagisme passif (pas de couchage spécifique).
6. IPP : 1 mg/kg en 1 prise matinale pour les RGO compliqués prouvés

Article rédigé par le

Dr Marc Bellaïche

Gastro-pédiatre, hôpital Robert Debré, Paris

En partenariat avec les laboratoires GUIGOZ

Références

Hyman P et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519-1526. Vandenplas Y et al.

Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *JPGN* 2009;49:498-547.

MÉDECINE HUMANITAIRE :

La nuit de la vocation

Sixième semestre de pédiatrie. Il fallait que je m'arrête. Pas un choix, une nécessité. Je traversais alors ce que j'appelle maintenant "la nuit de la vocation".

Car comment aurais-je pu choisir pédiatrie autrement que par vocation ?

J'aurais pu accepter en terminale la proposition d'une école préparatoire, entrer dans une grande école, et aujourd'hui parler d'acheter un appartement à Paris.

J'ai hésité, à l'issue des épreuves nationales classantes, entre l'internat de pédiatrie, mon premier amour, et celui de radiologie, une qualité de vie assurée.

J'ai choisi pédiatrie. Comme vous.

L'internat commença. Des difficultés pendant les deux premiers semestres, il y en eut quelques-unes, mineures, techniques. La vocation était là, présente, vivante, confortante. Puis à partir du troisième semestre, insidieusement, le doute s'installa. D'abord à l'image d'une petite thrombose superficielle, vite oubliée. Puis le mal s'aggrava. Le doute enfla. Négligeant comme tout médecin qui se respecte le mal dont j'étais atteint, je continuais la course qu'était devenue mon internat, noyé dans les gardes, les week-end, rognant sur mes vacances. Jusqu'à l'embolie pulmonaire : le doute finit par m'étouffer, m'angoisser.

Si je continuai à donner en stage l'illusion d'être le parfait petit interne, cette enveloppe était vide. Où était passée cette certitude réconfortante d'être sur le bon chemin ? Où était passée ma vocation ?

Je décidai pour une fois de regarder en arrière. Personne ne m'avait poussé à choisir médecine en terminale, ni pédiatrie en DCEM4. C'était à l'intérieur de moi, viscéral. Une évidence. Parfois mise à l'épreuve, mais une évidence. Je me souvins alors que mes débuts médicaux avaient été marqués par des rêves d'humanitaire. Le moment était venu de tenter l'aventure.

Je posai une disponibilité auprès de l'AP-HP pour le 1^{er} novembre 2012, je déposai le dossier auprès du Conseil de l'Ordre en vue d'une licence de remplacement, et je débutai les démarches auprès de Médecins Sans Frontières (MSF).

MSF me laissa initialement dans l'incertitude avec cette épée de Damoclès au-dessus de ma tête : 20 % de risque qu'il n'existe aucune mission appropriée pour un interne de pédiatrie entre novembre 2012 et mai 2013. Début octobre, alors que mes co-internes connaissaient déjà leur prochain stage, j'étais encore dans l'incertitude la plus complète.



INTERNE CHERCHE SA ROUTE AU BOUT DU MONDE

Le 11 octobre 2012 au soir, dans la queue d'un cinéma parisien, mon téléphone afficha un numéro inconnu : le siège de MSF m'annonçait sa décision de m'envoyer au Soudan du Sud, dans l'hôpital pédiatrique d'Aweil, au nord du pays. Si le bonheur existe, il m'était permis d'y goûter. J'allai réaliser un rêve d'enfance. J'assistai à la renaissance de ma vocation.

Décollage et atterrissage

6 novembre 2012. Le grand départ. L'excitation était toujours là, la vocation était du voyage. Mais plus les atterrissages successifs me rapprochaient d'Aweil, plus mon cœur se serrait. La question était désormais celle de la compétence. J'avais appris la veille lors des briefings au siège de MSF que je n'allais finalement pas être responsable d'un petit service d'enfants malnutris comme annoncé, mais plutôt de la néonatalogie, des soins intensifs et de la pédiatrie générale. J'avais lu tous les protocoles de malnutrition, et j'avais été pris par le temps à l'heure où il aurait fallu que je me replonge dans la néonatalogie.

Pour la première fois, je prends un de ces petits avions à hélice estampé « Nations Unies » entre Juba – la capitale – et Aweil. La piste d'atterrissage est en terre, poussiéreuse : c'est la saison sèche. En six mois, je ne verrai la pluie qu'une seule fois. Puis la Land Rover de Médecins Sans Frontières m'emmène à la base. Je découvre alors les Tukuls, ces petites habitations rondes en terre surmontées d'un toit de chaume, dans lesquelles nous dormons. Je perçois pour la première fois l'odeur pestilentielle des latrines. Après quelques

briefings sur la sécurité, l'utilisation de la radio et la santé... direction l'hôpital.

Dix minutes de marche à pied dans une chaleur torride, et nous arrivons à Aweil State Hospital. MSF y a ouvert, en août 2008, un programme couvrant la pédiatrie et la maternité. Les adultes continuent d'être admis dans la partie dirigée par le ministère de la Santé.

Côté pédiatrie, le premier service que je découvre ressemble à de la pédiatrie générale. Il comprend une cinquantaine de lits, répartis en trois salles. Il n'existe pas de chambre : dans chaque salle, les lits sont alignés côte à côte.

Lorsque je m'aventure un peu plus loin, je trouve dans la partie gauche du deuxième bâtiment l'unité de soins intensifs. Treize lits de patients inconscients ou convulsant, ou encore en détresse respiratoire. Sur le sol, plusieurs machines à roulettes bruyantes : on m'explique que ce sont les concentrateurs d'oxygène, qui peuvent délivrer jusqu'à 5L/min. Certains d'entre-eux sont partagés entre deux ou trois patients par un jeu de tuyaux en plastique.

J'entre dans la partie droite du bâtiment : une première salle de 12 lits de néonatalogie, puis une deuxième petite salle de 8 lits, où la chaleur est difficilement supportable : l'unité des prématurés. La température ambiante indiquée par le warmer est de 40°C. Sur chaque lit, un prématuré entre 1000 et 1800g. Enfin, une troisième salle plongée dans le noir : la pièce réservée aux cas de tétanos. Puis je quitte cette partie de l'hôpital pour entrer dans l'ITFC (inpatient therapeutic feeding center), centre de prise en charge des enfants sévèrement malnutris. Là encore, une unité de soins intensifs

« Si le bonheur existe, il m'était permis d'y goûter. J'allai réaliser un rêve d'enfance. J'assistai à la renaissance de ma vocation. »



de 18 lits, et une unité de réhabilitation d'une vingtaine de lits. Je termine par les trois tentes d'isolation : rougeole, coqueluche, et tuberculose. Si je me repère assez vite dans l'hôpital, je suis longtemps complètement perdu dans les prénoms. Cent cinquante Sud-Soudanais travaillent ici pour MSF, et ils tournent tous les deux jours. Parmi eux, les medical assistants. Après une formation médicale de un à trois ans, ils sont responsables chacun d'une cinquantaine de lits, sous la direction de l'un des deux docteurs expatriés : Émile, médecin généraliste congolais arrivé trois semaines auparavant, et moi. Nous avons des parcours différents mais au départ la même inquiétude : l'anglais. Pendant quelques jours, il nous sera très difficile de comprendre nos medical assistants.

Changer de regard

Les premières semaines je regarde, j'écoute, et je tente d'apprendre le plus rapidement possible. Les protocoles MSF ne sont pas très différents des protocoles français pour la pédiatrie générale, et nous avons de très nombreux médicaments à disposition. Côté antibiotiques, amoxicilline, augmentin, ceftriaxone, ciprofloxacine, métronidazole, cloxacilline sont de la partie. Côté matériel, sonde nasogastrique, oxygène aux lunettes ou au masque, nébulisation, intra-osseuses sont disponibles dans les services.

Au fur et à mesure des semaines, je réapprends la médecine comme j'ai toujours rêvé de le faire : en commençant par le commencement.

L'examen clinique est remis au goût du jour. Chaque matin, je fais le tour de dizaines de patients : je sens l'odeur de pomme pourrie de l'acétone, je palpe un pli cutané, je reconnais une anémie sur la pâleur des conjonctives, je distingue les dyspnées d'origine respiratoire, cardiaque, neurologique. La tuberculose me présente toutes ses formes : pulmonaire, lymphatique, méningée, vertébrale, arthrite, abdominale. Je diagnostique les méningites sur la couleur du liquide céphalo-rachidien.

Au fur et à mesure des mois et des centaines d'admissions, je deviens capable de reconnaître d'un coup d'œil les patients sévères de la masse d'enfants qui attendent leur tour.

Je découvre ces maladies que je ne connaissais qu'à travers le nom de leur vaccin : diphtérie, tétanos, polio. Je n'oublierai jamais le « tetanus room » et ses trois à quatre familles attendant dans la petite pièce noire silencieuse. Leurs enfants, du nouveau-né à l'adolescent, ont contracté le tétanos. La toxine a attaqué leurs muscles. En plus du fameux « trismus », en plus de la rigidité douloureuse de l'ensemble de leurs muscles qui les maintient au lit, ils sont atteints par des contractions musculaires généralisées : les spasmes. Lorsque ces spasmes sont très fréquents et qu'ils bloquent leurs voies respiratoires, les patients décèdent. Le principal traitement est symptomatique : le diazépam IV, myorelaxant. Pour stopper ces spasmes et tenter ainsi d'éviter la mort, j'apprends à prescrire des doses qui dépassent mon imagination : plus de 10mg/kg/24h, parfois plus de 20mg/kg, avec le risque d'une dépression respiratoire imposant une ventilation au masque. Désormais, je sais pourquoi le vaccin est obligatoire en France.

Mon approche médicale change. Face à un patient, j'avais l'habitude de réfléchir à l'ensemble des diagnostics possibles, de les tester, puis de proposer le traitement approprié. Ici, les tests diagnostiques sont rares et les traitements limités. J'ai appris à me poser la question suivante : au vu des médicaments à ma disposition, quels sont les diagnostics curables chez ce malade ?

Par exemple, un patient avec un ictère fébrile et quelques œdèmes va soulever les diagnostics suivants : paludisme, hépatite, fièvre jaune, angiocholite, leptospirose... La réflexion sera

conduite ainsi : testons le paludisme et (le cas échéant) traitons-le, traitons par antibiotiques une angiocholite ou une leptospirose dont nous n'aurons jamais la confirmation, isolons le patient en cas d'hépatite ou de fièvre jaune, et attendons... Alors qu'en France j'avais l'impression que mes connaissances médicales étaient toujours insuffisantes, et que sans un savoir absolu je risquais d'être dangereux pour le patient en manquant un diagnostic rare, je découvre à Aweil que cette même somme de connaissance me permet de soigner un nombre inimaginable d'enfant et de me sortir de nombreuses situations compliquées.

Alors qu'à Paris l'encadrement en pédiatrie est omniprésent, rassurant l'interne mais limitant ses initiatives, le fait d'être seul pédiatre à Aweil me place face à moi-même, et je dois dépasser mes limites. Comme dépasser ma peur des gestes pour poser des intra-osseuses à tour de bras, ou dépasser mon angoisse face à un enfant brûlé à 80 % ou victime d'un bombardement. C'est aussi l'occasion de découvrir que je suis capable de faire face à des situations ubuesques mais dramatiques, comme cet enfant de 9 ans qui meurt doucement d'un épistaxis postérieur intarissable depuis 4 jours, crachant des caillots de sang à n'en plus finir, et dont l'hémoglobine est à 3g/dL. Après avoir essayé la compression



bidigitale, les compresses, l'adrénaline, j'en viens finalement à demander une sonde urinaire et à gonfler le ballonnet dans les choanes, improvisant un tamponnement postérieur.

Changer la néonatalogie

Après quelques semaines, je suis plus à l'aise. L'anglais n'est plus une barrière. J'ai les protocoles bien en tête. Les prénoms aussi. Chaque matin je fais le tour en soins intensifs et en néonatalogie. En France, j'avais souvent l'impression que l'interne est plus secrétaire que soignant. A Aweil, pas d'ambiguïté, je suis d'abord soignant. Mais MSF me demande d'aller plus loin et de réfléchir à l'organisation des soins.

Il est désormais temps pour moi d'introduire des changements en néonatalogie.



Les recommandations MSF sont de changer les sondes nasogastriques des prématurés tous les trois à quatre jours. Or, à Aweil, elles peuvent rester deux semaines en place. J'instaure donc que, le mardi et le vendredi, toutes les sondes seront changées. Pendant huit jours, tout le monde se plie à la règle. Mais le superviseur vient me voir la semaine suivante, pour me dire qu'au rythme d'utilisation des sondes nasogastriques, on risque la pénurie d'ici un mois...

De même s'agissant de la table de réanimation néonatale, réorganisée avec plus de matériel et une liste à cocher par l'infirmier. Pendant quinze jours, tout est parfait, puis les mois suivants cet investissement se délite, et nous revenons progressivement au point de départ.

Ces deux anecdotes parmi d'autres m'ont fait comprendre qu'ici, comme partout, le changement est compliqué et parfois malvenu. Les Sud-Soudanais qui travaillent dans l'hôpital depuis des années le savent bien : tous les six mois, un nouveau médecin expatrié va débarquer avec des centaines d'idées pour changer l'hôpital, parfois en contradiction avec celles du médecin précédent. En résulte une agitation stérile et la lassitude du staff.

Le changement étant chronophage, il faut viser juste. Certes, les narines des prématurés devraient être lavées avec du sérum physiologique plusieurs fois par jour. Mais dans un service de néonatalogie où le taux de mortalité oscille entre 10 et 15 %, est-ce la priorité ? Il faut aller aux petits changements qui rapportent gros. Des notions de base comme l'hygiène, la prévention de l'hypothermie ou de l'hypoglycémie rapportent plus qu'un enseignement sur le massage cardiaque. Le docteur précédent avait instauré ces points cruciaux ; j'ai poursuivi son effort.

Le changement étant chronophage, il faut jouer serré et n'avoir qu'un seul cheval de bataille. Pendant mes six mois, j'ai choisi la méthode Kangourou pour les prématurés. Recommandée par MSF et par l'Organisation mondiale de la santé, elle n'était pas encore arrivée jusqu'à Aweil. Voilà un changement qui ne coûte rien, hormis du temps, et qui - selon une revue de la Cochrane - permet de réduire le risque d'hypothermie de 80 %, le risque d'infection de 60 %, et la mortalité



de 40 %. Sans parler du lien qui se crée entre l'enfant et la mère, et de l'augmentation de la production de lait favorisant un allaitement maternel exclusif.

Quinze jours après mon arrivée, me voilà donc au milieu de la salle des prématurés (entre 1000 et 1500g), expliquant aux mamans les bénéfices de la méthode Kangourou, et la manière d'installer leur prématuré entre leurs seins. Je suis accueilli par de grands éclats de rire : les mamans et les grand-mères se payent ouvertement ma tête. Elles n'ont jamais vu un Kangourou de leur vie, et encore moins un homme leur expliquer comment s'occuper d'un nouveau-né. Elles pensent, comme l'ensemble du staff : « Qui est ce nouveau blanc avec ses idées farfelues ? » La situation est effectivement grotesque, et je ris de bon cœur avec elles.

Mon erreur a été de m'y prendre trop tôt. Elles n'ont pas encore confiance en moi car je viens d'arriver. Tout est alors compliqué à négocier : la méthode Kangourou, mais aussi les sondes nasogastriques, et parfois même l'oxygène... Mais après avoir réanimé plusieurs prématurés en arrêt respiratoire dans cette petite salle, au vu et au su de tous car tous les berceaux sont côte à côte, je réussis à gagner leur confiance. À partir de ce moment la négociation est terminée, j'ai toute latitude pour organiser la méthode Kangourou. Les nouvelles mamans admises qui discutent encore sont rapidement convaincues de l'intérêt de mes prescriptions par les sept autres, qui montrent pour preuve leur propre bébé prématuré. La méthode Kangourou est désormais instaurée, chaque maman entraînant l'autre à la pratiquer.



Enseigner, fondement de l'humanité

Après trois mois de stage, j'ai droit à une semaine de vacances. Ces vacances sont obligatoires et ne peuvent être prises au Sud-Soudan. Avec la jeune pharmacienne d'Aweil, nous partons en Tanzanie pour une semaine de safari dépaysante. C'est l'occasion de prendre du recul quant à ma mission, car à mon retour les taux de mortalité n'ont pas bougé. Le jeune médecin des Malawi qui ne connaissait rien à la néonatalogie mais qui m'a suivi pendant un mois dans ce service a été tout à fait capable de prendre en charge les nombreux prématurés admis cette semaine.

C'est pour moi une révélation : plutôt que de m'épuiser à courir dans l'hôpital toute la journée, redressant les diagnostics, modifiant les prescriptions, dirigeant les réanimations, je vais enseigner. Cela me permettra de déléguer les responsabilités aux personnes qui, d'ici quelques années, devront être autonomes après le départ de MSF.

Tous les vendredis pour la pédiatrie générale et la néonatalogie, tous les mercredis pour le secteur des enfants malnutris, un enseignement est dispensé. Prévus au départ pour les medical assistants, ces cours font des envieux. Infirmiers, aides-soignants et même assistants de nutrition vont y participer. Désormais, l'équipe de néonatalogie sait pourquoi et comment lutter contre les risques d'hypothermie, d'hypoglycémie ; elle comprend l'intérêt de la méthode Kangourou. Les medical assistants connaissent le débit de perfusion à prescrire pour un prématuré en fonction de son âge et de son poids, ainsi que la manière de ventiler un nouveau-né ne respirant pas à la naissance.

Petits miracles Africains

Au cours de ces six mois, j'ai découvert une autre évidence : les enfants très malades meurent. Certes il y avait eu des décès pendant mon internat. En réanimation néonatale plusieurs prématurés étaient morts, mais après des décisions d'arrêt de soins. En hémato-oncologie, plusieurs enfants étaient morts, mais à domicile, dans leur pays, ou dans leur hôpital périphérique. Et lors de mes autres stages, les patients très atteints étaient morts, mais après leur transfert en réanimation.

A Aweil, j'ai d'abord cru que je m'habituerai aux nombreux décès. Je me suis trompé. Au fur et à mesure que la fatigue s'accumule, chaque nouveau décès est un peu plus insupportable. Le grand risque de cette mission est le burnout. J'ai cru naïvement que mon action ferait diminuer spectaculairement le taux de mortalité. Il n'y eut rien de spectaculaire.

Face à tous ces morts, ma dernière carte a été de changer ma vision des choses. Car en France, la survie des enfants est la règle, et l'exception l'enfant qui meurt. Cette mort est d'autant plus inacceptable qu'elle est exceptionnelle : la société pense que la maladie en est moins responsable que l'inefficacité des traitements proposés. Garder cette conception à Aweil m'aurait conduit tout droit à l'épuisement et à l'évacuation médicale.



À Aweil, au contraire, la mort n'est pas une exception. C'est un pourcentage : entre 2 et 15 % selon les services. La règle est à la mort des enfants très malades et l'exception à l'enfant qui survit. Et cette survie est d'autant plus miraculeuse qu'elle est exceptionnelle. D'où une nouvelle vision des choses : au milieu de ces nombreux patients qui décèdent, on sauve des vies. Comme celle de cet enfant avec coma acidocétosique qui, sans insuline, serait naturellement mort. Comme cet autre enfant de 4 ans, dans le coma, avec ses 1.3g/dL d'hémoglobine sur paludisme, qui n'aurait pas survécu sans l'intra-osseuse et la transfusion en urgence. Ces petits miracles de tous les jours m'ont permis de tenir pendant six mois.

Le retour de la nuit

Le retour fut difficile. Passée la joie de la douche chaude, des WC avec chasse d'eau, du retour à la gastronomie française, à la famille et aux amis, la question du sens, oubliée pendant 6 mois, se repose. L'humanitaire n'a répondu que temporairement à la question de la vocation, en modifiant temporairement les données du problème. Avec la fin de la mission, le retour de l'angoisse.

Je redeviens interne, demandant au chef son avis, signant les examens complémentaires. C'est à nouveau la nuit noire.

J'aurais pu mourir intérieurement de cette nuit de la vocation. Le désespoir, au sens de l'absence d'espérance, cette maladie mortelle (voir traité du désespoir, Kierkegaard), aurait pu me mettre à terre. Je serais mort intérieurement, et mon enveloppe vide aurait continué de soigner sans envie et sans humanité mes prochains petits patients.

Cette nuit de la vocation est d'autant plus perfide que la souffrance enferme sur soi, éloigne des autres à l'heure où il faudrait tendre la main. Elle se vit seul, avec la certitude orgueilleuse d'être le seul à la porter.

Vers de petits miracles français

Et soudain une rencontre. Tout à coup, un rayon de lumière. Cette nuit noire qui semblait éternelle meurt à son tour. Terrorisé tel un inca (voir le temple du soleil, Hergé) par cette obscurité, je peux désormais laisser éclater ma joie : une éclipse ! Ce n'était qu'une éclipse ! Cette fois-ci, j'ai bel et bien retrouvé ma vocation. Je n'angoisse plus à l'idée de faire le mauvais choix, de "rater ma vie", je ne freine plus des quatre fers en suspectant l'avenir de tous les maux. Au contraire, j'ai l'impression d'être poussé dans le dos et que l'avenir résonne de promesses.

Quelques semaines plus tard, alors qu'il m'est à nouveau possible de m'ouvrir aux autres, une conversation entre internes (vieux semestres) attire mon oreille. Tous racontent ce passage à vide expérimenté sous différentes formes. Imaginez ma surprise ! Si j'avais su ! Si quelqu'un m'avait dit : il y aura des moments très durs, mais pas d'inquiétude, c'est normal, ils sont passagers et tu en ressortiras grandi ! C'est le sens de ce témoignage personnel aujourd'hui.

Et quand je regarde ma promotion, ceux qui auront terminé leur internat en 4 ans font figures d'exception. Master 2, grossesse, voyage autour du monde, humanitaire, nous sommes nombreux à faire une pause. J'y vois, loin de l'agitation merveilleuse mais folle de l'internat de pédiatrie, la nécessité de se construire. Peut-être le plus beau témoignage de la résistance des jeunes pédiatres face à un métier de plus en plus technique, et qui en oublie progressivement son humanité. Sûrement la plus belle construction, la construction du sens, en vue de faire renaître une pédiatrie qui le perd. Les édifices les plus beaux n'ont pas été l'œuvre d'un seul homme, d'une seule femme. Alors écrivons-nous !

David Drummond

INTERVIEW DES PARA-MÉDICAUX



UN TRAVAIL D'ÉQUIPE

« Indispensables pour un service, indispensables pour nous. Nous ne sommes rien sans elles, elles ne sont rien sans nous »

EMILIE
Cadre en Pédiatrie

La Lettre de l'AJP : Tout d'abord présentez-vous ?

Emilie : Faisant fonction de cadre en pédiatrie générale en région parisienne.

AJP : Qu'est-ce qui t'a poussé au métier d'IDE puis de cadre ?

Emilie : Pour le métier d'IDE, j'aimais le contact humain même si je ne savais pas forcément ce qu'était le métier d'IDE réellement ni tel que je l'ai vécu par la suite. Je ne voulais pas du tout m'orienter vers la pédiatrie, et puis j'ai commencé à travailler à Necker pour mon premier poste et je me suis dit que je ne quitterais jamais plus la pédiatrie, sans pour autant faire puéricultrice. J'aime le soin, aider les gens, malgré les nombreuses choses que l'on ne voit pas : l'ingratitude de certains, les problèmes avec les collègues, la hiérarchie.

Pour la fonction de cadre, c'était un projet que je voyais à plus long terme. J'ai eu une opportunité

de retour de congé maternité, je n'aurais pas forcément fait ça tout de suite, je ne sais pas si j'étais prête, assez mûre. Ce qui m'intéressait c'était de pouvoir transmettre mon savoir et d'essayer de réorganiser les choses car il y a de nombreuses reprises d'organisation. Car je me suis rendu compte que l'organisation est le mot-clef dans ta journée de soins, peu importe le service. Donc je sais qu'on doit être organisé dans notre planification de soin, j'aimais bien organiser les choses, et je voulais une évolution de carrière.

AJP : Qu'est-ce qui t'a poussé à faire de la pédiatrie ?

Emilie : Je trouve que le contact avec les enfants nous apporte beaucoup plus que l'adulte. Je trouvais ça moins difficile, même si c'est contradictoire pour beaucoup de gens. Et les enfants te rendent beaucoup plus que les adultes. Les enfants se plaignent moins, pas de la même manière. Et il y a une gestion des parents qui se rajoutent à ça, parfois difficile selon les circonstances, mais ce n'est pas un problème pour moi. J'ai refait de l'adulte dans mon cursus, pour ne pas perdre mes connaissances ni m'enfermer dans la pédiatrie, mais les adultes ne sont pas fait pour moi.

AJP : Quels sont les problèmes rencontrés dans ta profession ?

Emilie : C'est la gestion humaine, l'ingratitude, les gens malpolis, je n'oserai jamais faire le quart de ce qu'on me fait, et les situations difficiles d'agressivité où il faut contenir les gens. Parfois tu as l'impression d'être un tampon géant entre les équipes, les parents, les médecins, les cadres, la direction.

AJP : A Paris elle sont rares... Mais que penses-tu de la spécialisation de puériculture ? Sont-elles indispensables à un service de pédiatrie ?

Emilie : Elles ont un apport sur le développement de l'enfant mais cela ne veut pas dire qu'une IDE qui est depuis 10 ans en pédiatrie, est plus nulle qu'une puéricultrice qui vient d'arriver. Et c'est vrai qu'elles ont un côté je ne sais pas pourquoi, enfermé sur certaines choses...

AJP : Oui j'ai l'impression que les IDE trouvent les puéricultrices prétentieuses ?

Emilie : C'est vrai. Elles ont ce cursus spécialisé pendant 1 an. Il faut l'admettre, nous ne traitons pas du développement de l'enfant à l'IFSI ou très peu. Parfois, on peut avoir l'impression qu'elles ont cette suprématie comme les IADE ou les IBODE dans leur domaine alors que cela devrait être un partage.

AJP : Est-ce qu'elles sont indispensables à un service de pédiatrie ?

Emilie : Non et à Paris on fonctionne comme cela. J'ai toujours travaillé avec plus d'IDE que de puéricultrices. C'est le plus souvent des IDE qui m'ont formé et je ne pense pas avoir été mal formée par elles. Par contre, elles ont leur place mais une IDE en pédiatrie bien formée est aussi efficace qu'une puéricultrice, et elle a tout le temps d'apprendre, d'avoir des connaissances.

AJP : Et comment vois-tu ton rôle de cadre au sein d'un service de pédiatrie ?

Emilie : De l'organisation et de la gestion. Gestion humaine/de personnel, d'agressivité, des problèmes, de matériel. Beaucoup de relation entre pôle et service. Vous ne voyez qu'un quart de ce que l'on fait. On ne fait pas que des planning.

AJP : Et la commande de gants quand il en manque ?

Emilie : Oui, la commande de gants est la partie favorite de mon travail !!!

AJP : Et ton rapport avec les enfants et les parents ?

Emilie : On m'a demandé d'être une cadre de santé et de soins, c'est la dénomination de notre fonction, et je ne suis pas une cadre de soins par manque de temps et cela me manque d'autant plus que j'adore le soin. Alors maintenant quand je vais aider, aider pour piquer, tout est prêt comme Dieu tout puissant, mais tu piques pour aider sans réellement faire de formation. Il faudrait être plus présente pour voir, dépister les risques/les erreurs, aider sur certains soins ou gestes. Pour moi je ne suis pas assez dans le soin, je n'en ai pas le temps.

AJP : On va parler un peu des internes... Qu'est-ce qu'un interne, est-ce un médecin ?

Emilie : Bien sûr que c'est un médecin. Maintenant vous n'êtes pas seuls, vous avez un chef de clinique pour vous épauler peu importe la situation, que ce soit une difficulté sur une prescription ou une situation. Certes, ce n'est pas clair dans la tête de certains parents.

AJP : Que penses-tu des relations entre IDE et internes ?

Emilie : C'est important que vous soyez abordables avec elles car il y a tout de même un rapport d'infériorité : vous prescrivez. C'est en étant abordables que les bonnes relations s'installent et que vous allez pouvoir partager votre savoir, ce qui leur permettra de mieux comprendre, ce qui est essentiel. J'ai beaucoup appris de tous mes services car j'ai beaucoup échangé avec les internes. Même si vous n'êtes là que pour 6 mois, vous devez vous intégrer rapidement dans les équipes, de même pour les IDE. En 6 mois, vous devez être abordables, vous intégrer, partager votre savoir.

CAMILLE
Infirmière
puéricultrice

MELISSA
Infirmière en
pédiatrie générale

AJP : Qu'est-ce qui vous a poussé au métier d'IDE ?

Camille : J'ai toujours voulu être puéricultrice depuis l'âge de mes 4 ans et j'ai jamais changé d'idée. J'ai toujours voulu m'occuper des enfants et l'idée de soigner me plaisait.

Melissa : Au départ, je voulais être biochimiste mais j'ai vu le peu de débouché. Je voulais rester dans le domaine de la santé sans faire d'étude trop longue : donc infirmière, et j'étais très contente.

AJP : Qu'est-ce qui vous a poussé à faire de la pédiatrie ?

Camille : Je ne voulais pas être IDE, je voulais être puéricultrice dès le début.

Melissa : J'ai fait un premier stage en pédiatrie et c'est une petite qui m'a donné envie de faire cela.

AJP : Quelle est la particularité de votre métier en pédiatrie ?

Melissa : La prise en charge de la douleur. De même pour les bilans sanguins qu'on essaie de limiter ou de préférer poser un cathlon si besoin. Les soins sont plus longs aussi.

Camille : Oui expliquer prend plus de temps. Il faut expliquer aux parents, à l'enfant. Il faut avoir de la dextérité, être rapide dans nos soins tout en restant douces. Si les soins durent trop longtemps, avec les enfants cela ne va pas. Tout ce qui est éducation aussi : c'est l'enfant et les parents, tu t'occupe des deux en même temps. On essaie de prendre plus l'enfant dans sa globalité que dans un service d'adulte. Par exemple quand on a des tout petits, on essaie de voir aussi le lien mère-enfant.

Melissa : Oui, il y a le stress des parents qui peut nous être transmis. Il y a aussi tout ce qui est animation : on ne donne pas de coloriage dans les services d'adulte ! Nous devons occuper les enfants à l'hôpital dans leur maladie.

AJP : Quels sont les problèmes rencontrés dans votre métier ?

Melissa : Le manque de personnel soignant et la charge de travail importante.

Camille : Le manque de temps. Du temps pour faire nos soins correctement. Du temps pour faire de l'éducation aux parents. Parfois l'enfant venu pour une bronchiolite repart et tu n'as même pas pu contrôler que les parents savaient laver le nez. Cela remonte à deux mois la dernière fois que j'ai pu prendre le temps pour de l'éducation, je me souviens encore. Ce qui me pose soucis aussi c'est le quota d'enfants : sept enfants en charge, alors que tout dépend de la lourdeur des soins de chaque enfant. Même si j'ai râlé cet après-midi car j'en avais huit, et là j'ai bâclé mon travail.

Melissa : C'est vrai qu'on essaie de faire au mieux et c'est présent chez nous toutes.

AJP : A Paris elles sont rares... Que pensez-vous de la spécialisation de puériculture ?

Melissa : Dans notre service, la puéricultrice fait le même travail. Après je suis sûre qu'elles ont beaucoup plus de connaissances sur le développement de l'enfant, les liens mère-enfant, l'allaitement. C'est un plus apporté au service.

Camille : Nous faisons le même travail mais parfois pas de la même manière. Peut-être nous



pensons plus l'enfant dans sa globalité, il faut dire, on nous a répété souvent cela à l'école ! La prise en charge de la douleur est prise en compte par tout le monde. C'est pour le développement oui, et pour l'allaitement, même s'il y a eu des améliorations ces dernières années, que nous apportons un plus. Combien d'allaitements on a fichu parce que personne ne propose de tire-lait ou de choses tellement simples.

AJP : Sont-elles indispensables à un service de pédiatrie ?

Melissa : Je pense que oui. Une puéricultrice par équipe, c'est bien. Après s'il pourrait en y avoir plus tant mieux.

Camille : Oui, je voulais monter un projet de prévention des maladies hivernales avec les parents sur un mode participatif, mais toute seule c'est compliquée... Si nous étions plus nombreuses, il y aurait moyen de mettre des choses en place. Il y en a plus en néonatalogie alors que l'enfant c'est de zéro à dix huit ans !

AJP : Comment représentez-vous votre métier ?

Melissa : Soignant avant tout. Parfois nous nous substituons à la mère pour attendrir les enfants.

Camille : Faire les soins...

AJP : Justement, qu'est-ce que cela veut dire ?

Camille : On distingue les soins de base des soins sur prescription. Le rôle propre concerne tout ce qui est hygiène, alimentation, etc. Ce sont les soins que nous faisons de nous-mêmes. Souvent les médecins ne voient uniquement que la piqûre mais il n'y a pas que cela ! L'enfant doit vivre, manger, être changé. Notre rôle c'est que l'enfant et les parents soient au mieux.

Melissa : Il y a aussi tout ce qu'induit vos prescriptions comme la surveillance des perfusions, la prise effective des médicaments.

AJP : Et expliquez-nous ce qu'est un « RR » ?

Camille : C'est repos récupérateur. En fait, nous devrions travailler 7 heures par jour pendant 5 jours. Mais en travaillant 12 heures par jour, nous accumulons des heures qui sont compensées en journée de récupération, ce qui fait 12-13 jours de travail par mois.

AJP : Comment vous vous placez vis-à-vis des parents et de l'enfant ?

Melissa : Nous sommes dans un triade. On soigne l'enfant tout en aidant les parents, pour qu'ils puissent à leur tour aider leur enfant.

AJP : Qu'est-ce qu'un interne ? Quel est son rôle dans un service hospitalier ?

Melissa : C'est un étudiant en médecine, mais vous prescrivez.... Vous prescrivez, nous dites ce que nous devons faire comme un supérieur hiérarchique en quelque sorte.

Camille : Oui vous prescrivez, vous êtes médecin. C'est vous qui voyez l'enfant en premier. Pour les parents vous êtes des médecins, je dis pas « je vais chercher l'interne ».

AJP : Donc il y a une idée de supériorité hiérarchique ?

Camille : Non. Nos supérieurs sont les cadres.

Melissa : Oui, si vous nous demandez de faire un bilan on sera bien obligés de le faire...

AJP : Longtemps j'avais pensé que j'aurais des relations conflictuelles avec vous, qu'en pensez-vous ?

Melissa : Tout est une question d'écoute, de la façon de nous parler. Après, c'est une question de caractère, et ça n'a pas forcément de rapport avec votre statut de médecin.

AJP : Vous est-il déjà arrivé de ne pas être d'accord avec une prescription d'un interne ? Que faites-vous ?

Camille : Oui.

Melissa : Oui, pour des posologies d'antalgique par exemple. Je vais voir l'interne en premier et si besoin le faire valider par un chef.

AJP : Et quelles sont vos relations avec les cadres ?

Melissa : Elles sont là pour organiser le service. Elles sont là aussi quand nous avons des problèmes avec des parents, pour faire tampon.

Camille : Pour faire nos plannings. Nous allons les voir pour tout ce qui est administratif. J'ai vraiment l'impression qu'elles remplissent les lits, mais je comprends qu'elles ont la pression de la direction. On les appelle aussi quand nous avons des problèmes administratifs ou sociaux.

AJP : Sont-elles dans une relation de soins avec l'enfant ?

Melissa : Non.

Camille : Non. Je ne pourrais pas être cadre, cela doit être trop frustrant.)

Benjamin Bueno

A LA DÉCOUVERTE DE NOUVEAUX D.U.



LE D.U. OBÉSITÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Je me suis inscrite au Diplôme Universitaire « Obésité de l'enfant et de l'adolescent » dirigé par le Professeur Tounian au début de ma première année d'internat en pédiatrie.

D'un point de vue pratique, les modalités d'inscription sont simples. Il suffit d'envoyer un curriculum vitae et une lettre de motivation au secrétariat du Pr Tounian afin de recueillir son autorisation pour l'inscription. Ensuite, l'Université Pierre et Marie Curie doit être contactée pour procéder aux inscriptions administrative (lorsque nous sommes inscrit au DES dans une autre faculté de médecine) et pédagogique.

Les renseignements relatifs à cette procédure peuvent être trouvés sur internet à ces adresses :

<http://www.sfpediatrie.com/professionnels-de-sante/enseignement/liste-des-diu-du/du-obesite-de-lenfant-et-de-ladolescent.html>

ou

<http://www.obesite-pediatrie-trousseau.fr/Contact.php>.

Les cours ont lieu toutes les deux semaines à partir du mois d'octobre et jusqu'au mois de juin, à l'exception des périodes de vacances universitaires. Généralement, les journées commencent vers 9h et se terminent entre 16h et 17h. Ainsi, il vaut mieux bien s'entendre avec ses co-internes car il faut prévoir de s'absenter du matin au soir, ce qui n'est pas toujours évident selon les stages. Les locaux sont confortables, situés dans une des salles de l'ancienne faculté de médecine de l'hôpital Trousseau. Il est autorisé de manquer deux journées d'enseignement, au plus, sur l'année.

Les présentations sont données pour moitié par le Pr Tounian lui-même ou ses collègues pédiatre, psychologue et diététicien du service de gastro-entérologie de l'hôpital Trousseau. Le reste du temps, des orateurs d'origines diverses interviennent : un chirurgien bariatrique, un chercheur en psychologie, un sociologue, des diététiciens libéraux, un professeur d'éducation civique...

Les contenus des cours sont facile d'accès, intéressants et variés. L'équipe de Trousseau présente de façon unanime une vision inattendue des enfants obèses. L'année évolue de façon cohérente, débutant par un questionnement autour des origines de l'obésité et finissant par la recherche de solutions. L'objectif n'est pas d'entrer dans des considérations scientifiques précises mais plutôt d'acquérir une conception médico-psychologique, clinique, de ces patients.

Quel que soit mon mode d'activité futur, public ou libéral, je ne doute pas que cette formation me servira. De plus en plus souvent, les cabinets de pédiatrie et les services hospitaliers accueillent, parmi leurs patients, des enfants ou adolescents en situation d'obésité. Qu'ils consultent pour ce problème ou pour toute autre pathologie, ces jeunes patients requièrent des compétences spécifiques, ainsi qu'une empathie sincère, de leurs médecins. Ce DU m'a indiscutablement apporté un enseignement dans ce sens.

Pour un interne avancé ou un médecin qui souhaiterait se spécialiser dans l'accompagnement de ces enfants et adolescents, les journées d'enseignement sont également l'occasion de rencontrer des diététiciens et médecins libéraux qui travaillent déjà sur le sujet, parfois dans le cadre du réseau RePOP (Réseau de Prévention et prise en charge de l'Obésité Pédiatrique). Il est également possible d'assister aux consultations données par l'équipe de l'hôpital Trousseau.

Pour finir, l'année se termine par un examen écrit simple et un entretien bref. La validation du diplôme ne pose aucune difficulté. Le principal défi pour un interne aura été d'avoir pu assister à l'ensemble des cours !

Lise Michel-Soubeyrand





CAS CLINIQUE

A BOUT DE SOUFFLE

Solomane D. est admis dans le service de pédiatrie générale pour détresse respiratoire associée à une altération majeure de l'état général.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, né à terme, eutrophe, sans antécédent personnel et familial particulier. C'est le 5^{ème} enfant de parents ivoiriens non apparentés. Le dernier voyage en Afrique remonte à 4 ans avant l'admission.

Il présente depuis 6 mois une altération de l'état général progressive avec anorexie, amaigrissement et fièvre à prédominance vespérale associés à des sueurs nocturnes.

Parallèlement, il présente une dyspnée croissante associée à une toux grasse et entraînant une incapacité au moindre effort.

L'examen clinique initial révèle les éléments suivants :

Il pèse 25 kg (soit une perte de 4kg en 6 mois) pour une taille à 135 cm.

Il est polypnéique à 50/minutes avec des signes de lutte marqués (tirage intercostal et balancement thoraco-abdominal) et une saturation à 97 % en air ambiant. L'auscultation retrouve des crépitations diffus prédominant aux bases.

Il est tachycarde à 130/min sans troubles hémodynamiques périphériques. Les BDC sont réguliers sans souffle.

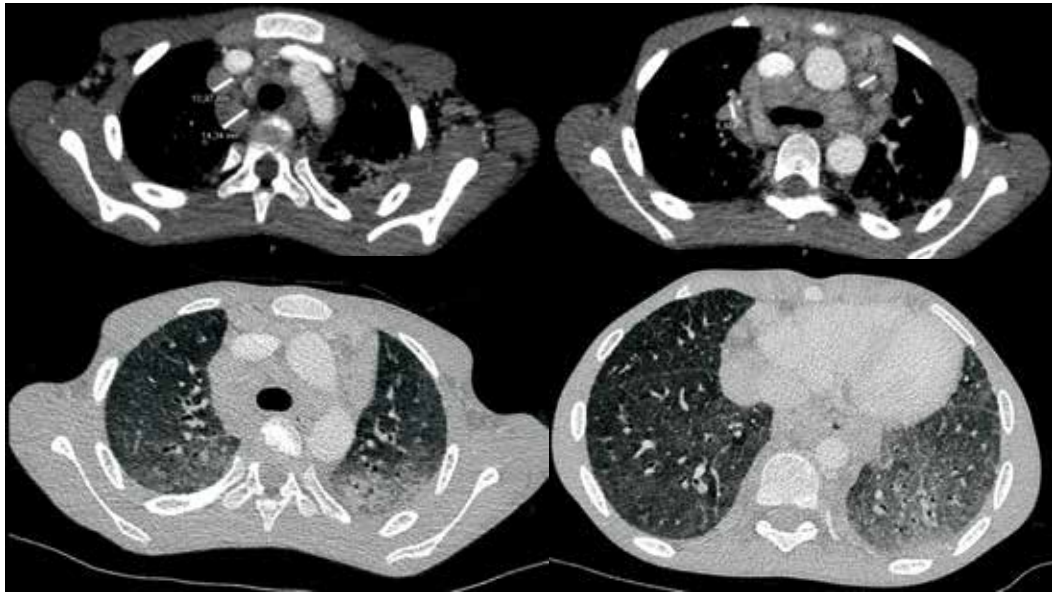
Il présente par ailleurs, un syndrome tumoral avec une hépatomégalie (2TD), une splénomégalie (1/2TD) et des adénopathies diffuses infra centimétriques.

On retrouve également une hypertrophie parotidienne bilatérale non inflammatoire.

La radio du thorax initiale montre l'aspect suivant :



Cet examen est complété par un scanner thoracique :



Une IRM cérébrale et du massif facial montre les images suivantes :



Par ailleurs, le bilan biologique initial montre les éléments suivants :

• NFS	Hb : 12,5 g/dl
	VGM : 72 μ^3
	Réticulocytes 75 900 mm^3
	leucocytes : 6500/ mm^3
	PNN : 2730/ mm^3
	Lymphocytes : 2700/ mm^3
	Plaquettes : 199 000/ mm^3
• Gaz du sang veineux	Ph : 7,38
	PCO ₂ : 45 mmHg
	PCO ₂ : 36 mmHg
• Ionogramme sanguin	Sodium : 135 mmol/l
	Potassium : 4,5 mmol/l
	chlore : 100 mmol/l
	bicarbonates : 28 mmol/l
	Protéïnémie : 90 g/l
	Albumine : 30 g/l
• Bilan phosphocalcique	Calcium : 2,24 mmol/l
	Phosphore : 1,30 mmol/l
	Magnésium : 1,76 mmol/l
	Pas d'hyper calciurie
• Bilan hépatique	ASAT : 51 UI/l
	ALAT : 28 UI/l
	GGT : 45 UI/l
	Bilirubine totale : 9 $\mu\text{mol/l}$
• VS	44 mm
• CRP	29 mg/l
• Dosage des immunoglobulines	Hyper gamma globulinémie polyclonale avec IgG : 33 g/l

Sur le plan respiratoire, Solomane se dégrade rapidement en 48h et doit être transféré en réanimation pour mise en place de VNI.

Les principales étiologies évoquées à ce stade sont :

- **Atteinte tumorale de type lymphomateuse**
LDH : 1045 UI/l ; Acide urique : 222 $\mu\text{mol/l}$.
Frottis sanguin : absence de blaste ou de cellule anormale.
Myélogramme (2 territoires) : pas d'argument pour une étiologie tumorale (moelle réactionnelle).
- **Atteinte infectieuse**
Pneumocystose pulmonaire compliquant une Infection VIH mais lymphocytes normaux et sérologie VIH négative.
Tuberculose pulmonaire avec miliaire tuberculeuse mais ADP non nécrotiques, IDR anergique, quantiféron négatif et BK tubage négatifs.
- **Etiologie inflammatoire de type sarcoïdose**
Enzyme de conversion : 170 UI/l (N < 60).
Anergie tuberculinique.
Le LBA retrouve une infiltration lymphocytaire de phénotype essentiellement T, de phénotype CD3+ CD4+ prédominant.

Le diagnostic est confirmé par l'anatomopathologie avec la présence de granulome épithélioïde giganto cellulaire parfois siège de nécrose fibrinoïde centrale de petite taille, au niveau des glandes lacrymales droite et d'une biopsie hépatique.

Le diagnostic retenu est celui d'une **sarcoïdose sévère multi-systémique**. Le bilan d'extension a été complété par un examen ophtalmologique retrouvant une uvéite antérieure à œil blanc. Il n'y a en revanche pas d'atteinte rénale ni cardiaque.

Après confirmation du diagnostic, une série de 3 bolus de méthylprédnisolone est réalisée rapidement à $1\text{g}/1,73\text{m}^2/24\text{h}$ relayée par une corticothérapie orale à $1\text{mg}/\text{kg}/\text{j}$. Ce traitement a permis une amélioration spectaculaire de l'état respiratoire et général avec sevrage définitif de la VNI et disparition de l'oxygénodépendance en 24h.

La radiographie de thorax de contrôle réalisée un mois plus tard montre l'aspect suivant :



SARCOÏDOSE DE L'ENFANT

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire d'étiologie encore inconnue caractérisée par la formation de granulomes épithélioïdes géantocellulaires non caséux dans différents organes.

La prévalence et l'incidence sont nettement moins élevées que chez l'adulte. Le registre national au Danemark (existant depuis 1979) retrouve une incidence de 0.29 pour 100 000 personne/an chez les moins de 15 ans (1979-1994) contre 7/100 000 chez l'adulte ; 0.06/ 100 000 chez les enfants < 4 ans et 1.02/ 100 000 chez les 14-15 ans. On note une augmentation significative par la suite avec pic d'incidence entre 25-35 ans. Le sexe ratio est de 1 garçon pour une fille.

La maladie est plus fréquente chez le sujet caucasien que chez le sujet africain. Il existerait une prédisposition génétique ; en effet, on note une agrégation de cas dans certaines familles avec un RR élevé lorsque des parents du 1^{er} ou 2^{ème} degré sont atteints. Plusieurs gènes candidats sont en cours d'étude dont notamment des gènes du CMH.

La présentation clinique est relativement différente chez l'enfant : **Atteinte multiorgane plus fréquente et pronostic moins favorable.**

On note 2 formes distinctes de la maladie qui sont âge-dépendantes :

- **Forme du jeune enfant (< 4 ans) ou syndrome de Blau** associant la triade **rash cutané, arthrite et uvéite**.
 - Eruption érythémateuse de couleur rose chamoisée légèrement granitée (surtout au niveau du tronc).
 - Atteinte polyarticulaire symétrique (grosses et petites articulations ainsi que gaines tendineuses)
 - Iridocyclite granulomateuse ; uvéite antérieure et postérieure (peu parlant initialement : examen ophtalmologique systématique ++ car risque de séquelles).
Le gène responsable de la maladie est appelé NOD2 (= CARD15) et code pour une protéine jouant un rôle dans la réponse immunitaire inflammatoire.
- **Forme du pré-adolescent et de l'adolescent (8 à 15 ans) :**
Forme plus diffuse ressemblant à la présentation adulte avec une fréquence importante d'atteinte respiratoire (ADP médiasatinales, pneumopathie interstitielle).
 - Principales atteintes cliniques :
 - **Signes généraux** : malaise général, asthénie, fièvre, perte de poids.
 - **Pulmonaire** +++ : toux, douleur thoracique, dyspnée.
 - **Aires ganglionnaires** +++ : ADP périphériques, mésentériques, hilaires.
 - **Oculaire** : Uvéite/iridocyclite granulomateuse insidieuse pouvant évoluer de manière très destructrice, conjonctivite granulomateuse, OP, kératite, chorioretinite, glaucome.
 - **Cutané** : érythème noueux, papules, plaques cutanées et sous cutanées, nodules, érythrodermie, ulcérations, pustules, ichtyose, calcifications et prurigo, éruption érythémateuse de couleur rose chamoisé, légèrement granitée, érythème précoce diffus post vaccination par le BCG (Blau).
 - **Hepato-splénomégalie**.
 - **Neurologiques** : céphalées, hydrocéphalie, vertiges, crise convulsive, paralysie nerveuse, atteinte neuro-cognitive.
 - **Articulaire** : douleur des extrémités, arthrites symétriques (parfois exubérantes dans le Blau) pouvant parfois évoluer vers une camptodactylie.
 - **Cardiovasculaire** : BAV, Trouble du rythme (BAV ++), Cardiomyopathie dilatée.
 - **Autres** : diabète insipide, atteinte des glandes salivaires et lacrymales...

Principaux signes para-cliniques

- VS augmentée.
- Hb et NFS le plus souvent normaux.
- Hypergammaglobulinémie.
- Anergie tuberculinique (++).
- Hypercalcémie et hypercalciurie (30 %, rarement symptomatique).
- ECA élevée (++) MAIS pas constante).
- Augmentation du calcitriol et de $\beta 2$ microglobuline.
- PAL, ASAT et ALAT souvent élevés (même sans HMG).

Le diagnostic est anatomopathologique :

Granulome épithélioïde gigantomacrophagaire sans nécrose caséuse : non pathognomonique (→ différentiels : MICI, Behcet, histiocytose...).

Le site de biopsie à privilégier sont : BGSA, ADP périphérique, biopsie cutanée, PBH.

Concernant le pronostic, il faut retenir que plus l'enfant est jeune et plus la symptomatologie est bruyante et moins le pronostic est bon.

Les facteurs péjoratifs retrouvés dans les principales études sont : l'âge de début, l'ethnie africaine, l'atteinte neurologique et cardiaque.

Le traitement repose sur la corticothérapie pour une durée moyenne de 18 mois. Les bolus sont possibles dans les formes pulmonaires sévères.

Dans les formes résistantes, plusieurs options thérapeutiques ont été essayées comme l'Hydroxychloroquine ou le Méthotrexate.

L'utilisation du méthotrexate et de la ciclosporine à visée d'épargne cortisonique dans les formes corticodépendantes peut être discutée. Les biothérapies sont en cours d'évaluation.

Michael Levy

REFERENCES

1. Prieur Anne-Marie, Bader-Meunier Brigitte, Quartier Pierre, Glorion Christophe. Maladies systémiques et articulaires en rhumatologie pédiatrique. Paris : Flammarion, 2009. P 199 - 205.
2. Fauroux B., Clément A. Paediatric sarcoidosis. Paediatr Respir Rev. 2005 Jun;6(2):128-33
3. Fretzayas A., Moustaki M., Vougiouka O. The puzzling clinical spectrum and course of juvenile sarcoidosis. World J Pediatr. 2011 May;7(2):103-10.
4. Rose CD, Wouters CH, Meiorin S. et al. Pediatric granulomatous arthritis : an international registry. Arthritis Rheum, 2006, 54 ; 3337-3344.

Nom : Prénom :

Coordonnées professionnelles à publier dans l'annuaire et sur le site SFPediatric.com Sauf avis contraire ces informations seront portées sur l'annuaire de la Société Française de Pédiatrie. Toutefois, conformément à la loi n°78-17 du 06/01/78 CNIL 643955 vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès ou de rectification des informations vous concernant, en adressant un courrier au Secrétaire Général de la SFP.

Mode d'exercice : ☐ Hospitalier (préciser) :

☐ Libéral ☐ Pédiatrie préventive et communautaire ☐ Retraité ☐ Interne

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Tél. : Fax :

E-mail :@..... Année de diplôme :

Adresse de réception des Archives de Pédiatrie (si différente de celle ci-dessus)

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

L'adhésion donne droit à :

- la consultation de l'intégralité du site Internet www.SFPediatric.com
- une réduction sur le prix de l'inscription au congrès annuel de la Société Française de Pédiatrie
- bénéficier d'un tarif d'abonnement privilégié aux **Archives de pédiatrie**, papier et en ligne, de janvier à décembre de l'année en cours.

☐ Pour tous les pédiatres résidant en France

- Adhésion simple à la Société Française de Pédiatrie 57 €
- Adhésion simple « jeune pédiatre » diplômé depuis moins de 5 ans 37 €
- + Abonnement aux Archives de Pédiatrie^(*) +198 €

^(*) L'abonnement à ce tarif préférentiel ne peut être souscrit sans adhésion

☐ Tarifs spéciaux

- Tous les internes en pédiatrie adhésion SFP seule 20 €
- **Internes 1^{ère} année : adhésion + abonnement aux Archives de pédiatrie** GRATUIT
- Internes 2^e, 3^e, 4^e années et CCA et assistant (préciser l'année d'étude) : adhésion + abonnement aux Archives de pédiatrie 52 €
- Seniors (>65 ans) adhésion + abonnement aux Archives de pédiatrie 163 €

☐ Pour les pédiatres membres résidant à l'étranger

- Adhésion à la Société Française de Pédiatrie et abonnement aux Archives de Pédiatrie indissociables 270 €

☐ **InfoVac-France** - abonnement d'un an à tarif spécial réservé aux membres de la SFP 10 €

Soit un montant total de : €

Merci d'adresser votre bulletin d'adhésion
accompagné du **règlement libellé à l'ordre de la SFP à**
Société Française de Pédiatrie
Hôpital d'Enfants Armand Trousseau
26 rue du Dr A. Netter - 75012 Paris

Les Annonces de Recrutement

ALSACE

Strasbourg.eu
E. COMMUNAUTÉ URBAINE

Capitale européenne



Recrute pour le service Promotion de la santé de la personne,

Deux médecins scolaires
médecin 2^{ème} classe à médecin 1^{ère} classe - H/F
(réf : E00794)

Vous participez à la promotion de la santé en faveur des enfants scolarisés et à la réalisation des missions déléguées par l'Education Nationale en matière de santé scolaire : mesures de prévention de santé publique et d'éducation à la santé, prévention et dépistage des handicaps, protection de l'enfance.

Un médecin de PMI
médecin 2^{ème} classe à médecin 1^{ère} classe - H/F (réf : E00140)

Vous participez à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile : mesures de prévention de santé publique et d'éducation à la santé en faveur des futurs parents et des enfants de moins de six ans, prévention et dépistage des handicaps, protection de l'enfance.

Retrouvez le détail complet de cette annonce sur le site
<http://www.emploi.formation.eu>

Date de clôture
31 janvier 2014

Merci de postuler à cette offre sous la référence du poste choisi (avec lettre de motivation et CV) directement sur notre site CUS'EMPLOI à l'adresse suivante : www.emploi.strasbourg.eu

Le Conseil général du Val d'Oise **RECRUTE** **val d'oïse** le département

"plus de 120 métiers au service des Valdoisiens"

Des médecins responsables d'équipe Protection Maternelle et Infantile, des médecins de secteur PMI et planification familiale
Ces postes sont ouverts aux médecins généralistes, pédiatres, gynécologues

Jeunes médecins ou praticiens confirmés (h/f) Réf : Méd-PMI

Chargé d'assurer des consultations dans les centres de P.M.I et de Planification Familiale et des bilans de santé au sein des écoles maternelles, vous participez aux actions de promotion de la santé organisées par le service, ainsi qu'à la prévention et à l'identification des mauvais traitements sur des personnes vulnérables. Associé aux différentes réunions institutionnelles et/ou partenariales, vous participez également aux recueils, à l'analyse, et à l'exploitation des statistiques du service.

Doté de qualités relationnelles, d'observation, d'analyse et d'écoute, vous connaissez le service de P.M.I et les procédures de la protection de l'Enfance. Vous allez le sens du travail en équipe pluridisciplinaire au respect des règles institutionnelles.

Les postes à pourvoir sont à temps complet, temps partiel ou bien sous forme de vacations (quelques heures par semaine) et localisés sur tout le Val d'Oise. Rémunération attractive. 32 jours de congés annuels et 20 jours de RTT.

Retrouvez ces profils de poste détaillés sur www.valdoise.fr

Merci de déposer votre candidature sur www.valdoise.fr, rubrique «offres d'emploi», en précisant la référence du poste.

Le conseil général du Val d'Oise, c'est 3700 collaborateurs, 120 métiers différents, 27 directions et missions Environ 350 sites extérieurs, 17 organisations associées

www.valdoise.fr

ILE-DE-FRANCE

ILE-DE-FRANCE

Colombes
www.colombes.fr



LA VILLE DE COLOMBES
Hauts-de-Seine - 86 000 habitants

RECRUTE UN MEDECIN DE CRECHE (H/F)
POUR SA DIRECTION PETITE ENFANCE PÔLE SERVICES A LA POPULATION

Au sein de la crèche, vous participez à l'exécution de la politique nationale et départementale dans le secteur de la petite enfance.

Vos missions :

- Réaliser les visites d'intégration des enfants et, dans le cadre de vos missions, les examiner si nécessaire, en présence ou avec l'accord des parents.
- Elaborer des propositions en matière de prévention et de planification.
- Tenir compte du projet pédagogique de l'établissement et travailler en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire de la crèche (directrice, psychologue, auxiliaires, éducatrices...).

Votre profil : être titulaire du diplôme de docteur en médecine.

Conditions de recrutement : vacations de 15h par semaine.

Rémunération et emploi : traitement indiciaire, NBI, régime indemnitaire, prime annuelle, comité des œuvres sociales, RTT.

Merci d'envoyer votre lettre de motivation et CV, de préférence par mail, sous la référence ENF201307 à :

- recrutement@mairie-colombes.fr
- ou par courrier à : Monsieur le Maire de Colombes - Hôtel de Ville - Place de la République - 92701 Colombes cedex

Poste à pourvoir dans l'immédiat.



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
Elbeuf . Louviers . Val de Reuil

LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
ELBEUF-LOUVIERS/VAL DE REUIL
(Seine Maritime et Eure)

Recrute 1 pédiatre temps plein

pour compléter une équipe de 6 pédiatres déjà présents
et mettre en place une garde 7 jours / 7

Le CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil est l'un des 5 établissements de référence de la région Haute-Normandie, situé à 20 mn de Rouen et 1h de Paris, disposant d'un plateau technique complet (2 scanners, 1 IRM, 7 salles de bloc opératoire, 1 maternité de niveau II, 1 néonatalogie, 63 000 passages aux urgences dont 11 000 urgences pédiatriques annuelles) et toutes les principales disciplines médicales et chirurgicales.

Il comprend 1 077 lits et places (MCO : 404, SSR : 128, EHPAD : 477 et SSIAD : 68) et a besoin de vous pour accompagner son activité croissante dans le cadre d'une extension de ses bâtiments financée par le programme Hôpital 2012.

Pour tout contact et candidatures :

• Aurélien DELAS

Directeur des affaires médicales

02 32 96 34 78 - aurelien.delas@chi-elbeuf-louviers.fr

• Dr Nathalie DEMARQUE

Responsable du service de pédiatrie

02 32 96 21 81 - nathalie.demarque@chi-elbeuf-louviers.fr

Adresse du CHI :

Rue du Dr Villers
St Aubin les Elbeuf BP 310
76503 ELBEUF



Poste à pourvoir immédiatement

Statut chef de service

Rémunération selon la Convention Collective National 1951

Au sein d'une équipe médicale composée de médecins MPR et pédiatres, vous assurerez le suivi d'enfants et d'adolescents présentant des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, du système digestif métabolique endocrinien, des affections respiratoires, onco-hématologiques et des séquelles de brûlures.

Pédiatrie générale et travail de coordination avec les pédiatres (neuro, pneumo, dermato) du CHRU de Lille.
Travail en équipe transdisciplinaire, plateau technique de qualité, partenariat avec le CHRU de LILLE.



Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation Pédiatrique - 100 lits et places.
Prend en charge des enfants et adolescents dans le secteur des hospitalisations, traitements ambulatoires et consultations spécialisées dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire avec le CHRU de Lille.
Structure neuve, située au cœur de la métropole lilloise.

RECRUTE MEDECIN PEDIATRE (H/F) CDI - Temps complet / Temps partiel

Adressez votre candidature (Lettre de motivation et Curriculum Vitae) :

• Par courrier à : Stanislas WOCH - Directeur L'APF Centre Marc Sautet - BP 20127

10 rue du Petit Boulevard - 59 653 VILLENEUVE-D'ASCQ CEDEX

• Par e-mail au médecin chef : elisabeth.kolanowski@marcsautelet.com

• Par e-mail au Pédiatre : alexandra.binoche@marcsautelet.com

Pour toute information sur le poste contacter Dr KOLANOWSKI au 03 28 80 07 70



à partir de Janvier 2014

Poste d'assistant spécialiste en pédiatrie pour un pédiatre souhaitant compléter sa formation en hématologie pédiatrique.

Le poste est situé dans une unité d'hémo-oncologie pédiatrique au CHU d'Angers pour prendre en charge les hémopathies bénignes (drépanocytoses, PTI etc...) et participer à l'activité de l'unité. Ce poste est encadré par 3 pédiatres seniors hémo-oncopédiatres permettant de compléter une formation. Un interne de pédiatrie ayant fini son internat avec une expérience de stages en hématologie ou oncologie pédiatrique est bienvenu.

Pour plus d'informations, contacter le Dr Isabelle Pellier avec envoi d'un CV :
ispellier@chu-angers.fr - 02 41 35 48 90 - 02 41 35 38 63

LA VILLE DE LYON

recherche pour ses établissements d'accueil des jeunes enfants

UN-UNE MEDECIN DE CRECHE



Missions :

En tant que médecin de crèche, vous assurez la veille sanitaire et la promotion de la santé dans les établissements municipaux d'accueil des jeunes enfants (EAJE). Vous assurez également des missions de prévention auprès des enfants accueillis dans les établissements concernés.

Dans ce cadre, vous mettez en place des actions de prévention individuelle (visites médicales des enfants accueillis, dépistages des déficits sensoriels et des troubles du développement, suivi des enfants à besoin spécifique).

Vous travaillez en coordination avec les partenaires internes (psychologues, directrices) et externes : conseil général, médecins traitants et hospitalier, inter secteur pédopsychiatrique (CMP) pour une meilleure prise en charge de l'enfant et sa famille.

Vous mettez également en place des actions de prévention collective : prévention des pathologies infectieuses, primaire (hygiène) et mise en place de chimioprophylaxie ou de vaccinations dans le cas de pathologies spécifiques, participation à la formation du personnel et à la promotion de la santé auprès des personnels et des parents.

Enfin, par votre action, vous animez la relation aux parents, dans le cadre du soutien à la parentalité et participez à la réalisation d'études de santé publique.

Connaissances :

- Pédiatrie (développement de l'enfant, pathologies pédiatriques) et notions de santé publique.
- Organisation sanitaire et sociale et cadre réglementaire de la petite enfance.

Qualités requises :

- Capacité d'écoute et qualités relationnelles.
- Esprit d'organisation et autonomie.

Conditions spécifiques d'exercice :

- Participation aux réunions de parents dans les établissements.
- Disponibilité pour la gestion de situation d'urgences médico-psycho-sociales.

Lieu de travail : EAJE municipaux du secteur concerné, site Jean Jaurès pour les réunions.

Temps de travail/horaire : temps non complet 18h45 par semaine (+ RTT).

Pour candidater, merci de postuler,

avant le 01/01/2014,

sur l'offre ENF-000910

publiée sur le site emploi de

notre collectivité La Mairie recrute

<http://www.recrutement-mairie.lyon.fr>

LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE RECRUTE POUR SON SERVICE DE PEDIATRIE NEONATOLOGIE



Un établissement au cœur de sa restructuration architecturale et de son projet médical avec l'inauguration d'un bâtiment médical et secteur d'imagerie en 2011 et un bâtiment chirurgical restructuré pour 2014.

**Recherche un pédiatre
TP néonatalogue**

**Recherche un 2^{ème}
assistant spécialiste**

Equipe de néonatalogie de 3,5 ETP
12 pédiatres avec nombreuses surspécialités
4 chirurgiens pédiatriques

Garde sur place avec un interne

Pédiatrie : 29 lits
dont 4 lits de surveillance continue

Hôpital de jour : 6 places

Néonatalogie niveau 2B : 12 lits
dont 3 de soins intensifs (projet d'augmenter à 6 lits) et 6 lits kangourou

Urgences Pédiatriques : 15 000 passages / an

Maternité : 2300 accouchements par an

Plateau technique complet

Valence (Drôme), ville dynamique et accueillante, aux portes du Vercors, à 2 heures de la mer, facilité d'accès par le TGV (30 mn de Lyon, 1h de Marseille, 2h de Paris).

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter :

Dr Agnès JUVEN, chef de service, ajjuven@ch-valence.fr, 04.75.75.75.86

Dr Caroline TROUILLOUD, responsable unité néonatalogie, ctrouilloud@ch-valence.fr





le Centre Hospitalier du Val d'Ariège

Etablissement pivot du territoire de santé de l'Ariège.
Situé au pied des Pyrénées et à 40 mn au sud de Toulouse.



MIDI-PYRÉNÉES

RECRUTE

UN MÉDECIN PÉDIATRE CONTRACTUEL

Pour compléter l'équipe médicale de 4 pédiatres de décembre 2013 à mai 2014

Activité de pédiatrie et néonatalogie niveau 2a (unité de 13 lits dont 2 en hôpital de jour).
Maternité réalisant environ 1100 accouchements par an.
Accueil pédiatrique non programmé en journée de 8h30 à 18h30 complété d'une astreinte opérationnelle (environ 3 700 passages par an).

Contacts :

Docteur MEIER

Responsable de l'unité de pédiatrie néonatalogie
nathalie.meier@chi-val-ariège.fr - 05 61 03 32 00

Direction des ressources humaines
direction@chi-val-ariège.fr - 05 61 03 30 50

Adresse postale : BP 90064 - 09017 FOIX CEDEX

E-mail : direction@chi-val-ariège.fr

Site internet de l'établissement : www.chi-val-ariège.fr

C.H. BASTIA



LE CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA RECRUTE

Postes temps plein

• 2 Pédiatres •

avec expérience en réanimation néonatale (PH titulaire - Praticien contractuel ou assistant)

Activité variée de pédiatrie générale, urgences, maternité et néonatalogie.
Le service de pédiatrie entièrement rénové comprend 18 lits de pédiatrie
et 7 lits de néonatalogie dont 2 de soins intensifs. Maternité niveau II B.

Renseignements :

• Dr Alice Moulin - 04 95 59 10 24

• Madame Françoise Vesperi - Directrice des affaires médicales
04 95 59 11 87 - affaires.medicales@ch-bastia.fr

CORSE



CENTRE HOSPITALIER
DE LUXEMBOURG

HÔPITAL MUNICIPAL
CLINIQUE PÉDIATRIQUE
MATERNITÉ
CLINIQUE D'EICH

LE CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG

Hôpital de 600 lits avec mission d'enseignement et de recherche

recrute

DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉDIATRIE (m/f)

► Pour la pédiatrie générale hospitalière, ambulatoire et d'urgence, sous contrat à durée indéterminée à temps plein

► Pour la néonatalogie intensive et la réanimation pédiatrique, sous contrat à durée déterminée à temps plein pour un an, renouvelable pour un an (ce poste convient particulièrement aux médecins spécialistes récemment diplômés)



Pour plus d'information n'hésitez pas à visiter notre site

www.chl.lu

ou à contacter le Directeur médical par mail à :
direction.medicale@chl.lu.

Merci d'envoyer votre curriculum vitae accompagné
d'une lettre de motivation à :

La Direction médicale du Centre Hospitalier de Luxembourg
4 rue Barblé - L-1210 Luxembourg.

LUXEMBOURG



• **Dr Nathalie Parez** •
Chef du service de pédiatrie
n.parez@ch-ouestguyane.fr
fixe : 05 94 34 89 65
mobile : 06 94 24 28 36

• **Mr Gérard Barsacq** •
Directeur général
g.barsacq@ch-ouestguyane.fr
05 94 34 87 01

• **Dr Gabriel Carles** •
Président de la CME
g.carles@ch-ouestguyane.fr
05 94 34 87 53

DÉPARTEMENT DE LA GUYANE LE CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS

RECRUTE PEDIATRE

- Assistant spécialiste
- Praticien contractuel
- Praticien hospitalier

La Guyane : 240 000 habitants - 84 000 km² dont 96% couvert de forêt équatoriale. Une densité de population inférieure à celle du Sahara occidental et une croissance démographique supérieure à celle du Bangladesh. Moyenne d'âge : 25 ans.
Taux de natalité : 30 ‰ (métropole : 13 ‰)

Saint Laurent du Maroni : situé entre le fleuve Maroni et la forêt amazonienne. 38 000 habitants d'une grande diversité culturelle : noirs marrons, amérindiens, créoles, hmongs, brésiliens, haïtiens, métro.

Le service : 12 lits de pédiatrie (17 en 2014) - 6 lits de néonatalogie (12 en 2014) et 3 berceaux de soins intensifs (6 en 2014). Consultations externes, SAU et pédiatre en mater.

L'équipe médicale : 6 à 7 praticiens temps plein, 2 internes et externes.
L'activité médicale est marquée par les pathologies de pédiatrie générale, maladies infectieuses et tropicales, néonatalogie (niveau 2b) et l'exercice en milieu isolé.

Le projet : Le centre hospitalier de l'ouest guyanais se développe pour répondre aux besoins d'une population en pleine expansion. La construction d'un nouvel hôpital, à l'horizon 2017, prévoit l'ouverture d'un service de pédiatrie générale plus grand et d'un service de néonatalogie plus performant de niveau 3. En 2013 le service de pédiatrie s'organise dans la perspective de l'ouverture du nouvel hôpital.

Dans cette dynamique, l'hôpital recrute de nouveaux pédiatres attirés par une expérience de terrain, plus ou moins prolongée, en milieu tropical. Durée minimum du contrat : 6 mois. Possibilité de titularisation à court terme sur un poste de PH. Possibilité aussi d'accueil de juniors en formation : stage d'internat (DES pédiatrie, DES médecine générale) ou de FFI.

Profil du candidat : diplôme ou expérience équivalente en pédiatrie générale, néonatalogie niveau 3 et urgences pédiatriques. Fiches de poste sur demande.

Bulletin d'adhésion 2014 à l'



Association Loi 1901

Nom : Prénom :

Nombre de semestres : Ville de CHU :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

(nécessaire pour recevoir la lettre de l'AJP)

Tél. : e-mail :

Hôpital : Service :

Adresse :

Code postal : Ville :

☐ Souhaite devenir ou rester membre de l'AJP. Je joins un chèque de 15 € à l'ordre de l'A.J.P.
correspondant à la cotisation annuelle.

☐ Souhaite être référent régional de l'AJP dans la région :

☐ Souhaite participer à l'AJP, (préciser sur quelle activité) :

☐ Les thèmes que j'aimerais voir abordés lors des soirées de formation sont :

.....

A retourner accompagné du chèque de 15 € à l'adresse suivante :

AJP, Association des Juniors en Pédiatrie
Hôpital d'enfants A. Trousseau : Secrétariat de la SFP (Bâtiment Lacaze)
26 avenue du D^r A. Netter 75012 PARIS

ajpediatrie@gmail.com
www.ajpediatrie.org



Rejoignez la communauté des Pédiatres



Sur
Reseauprosante.fr

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