



E-CONGRÈS NATIONAL DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE

BORDEAUX 13-14 NOVEMBRE 2020





Nimenrix® est indiqué dans l'immunisation active des sujets à partir de 6 semaines contre les maladies méningococciques invasives dues aux *Neisseria meningitidis* des groupes A, C, W₁₃₅ et Y¹



Le Haut Conseil de la santé publique rappelle la liste des personnes qui relèvent d'une vaccination par un vaccin quadrivalent méningococcique A, C, Y, W_{135}^2

Population recommandée remboursable à 65 % par la sécurité sociale, à partir de 12 mois :

Nimenrix'

- Les sujets devant pouvoir bénéficier d'une protection durable et étendue vis-à-vis d'un nombre élargi de sérogroupes de méningocoque :
 - les personnes porteuses d'un déficit en fraction terminale du complément ou qui reçoivent un traitement anti-C5A;
 - celles qui sont porteuses d'un déficit en properdine ;
 - ou celles ayant une asplénie anatomique ou fonctionnelle;
 les sujets ayant recu une greffe de cellules souches
- hématopoïétiques.

 Pour cette population, le HCSP recommande qu'une vaccination de rappel tétravalente ACWY conjuguée soit effectuée tous les 5 ans.*3

Population recommandée non remboursable :

- 💠 L'es personnels des laboratoires de recherche travaillant spécifiquement sur le méningocoque ;
- ❖ Les sujets exposés transitoirement aux méningocoques A, Y ou W₁₃₅ :
- du fait d'un contact avec un cas d'infection invasive à méningocoque de sérogroupe A, Y, ou W₁₃₅ (la vaccination doit alors être réalisée au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'hospitalisation du cas index);
- ou se rendant dans une zone d'endémie à méningocoque A, Y ou W₁₃₅, notamment la ceinture de la méningite en Afrique subsaharienne dans les conditions suivantes : au moment de la saison sèche ou dans toute autre zone où sévit une épidémie, avec un contact étroit et prolongé avec la population locale. La vaccination doit être réalisée au moins 10 jours avant le départ.
- La vaccination est obligatoire pour l'obtention des visas pour le pèlerinage en Arabie Saoudite 4 (pèlerinage de La Mecque (Hadj ou Umrah)). La vaccination doit être réalisée au moins 10 jours avant le départ.
- * Si la personne a reçu antérieurement un vaccin tétravalent polyosidique non conjugué ACYW ou un vaccin polyosidique non conjugué A+C, un délai de 3 ans est recommandé avant de la vacciner avec un vaccin conjugué monovalent C ou avec un vaccin conjugué tétravalent ACYW. ⁵

Liste I

Collect.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr



- Résumé des Caractériques du Produit NIMENRIX®.
- Avis du Haut Conseil de la Santé Publique, relatif à l'utilisation du vaccin méningococcique tétravalent conjugué A, C, Y, W₁₃₅ NIMENRIX® et à la place respective des vaccins méningococciques tétravalents conjugués et non conjugués. 12 juillet 2012.
- 3. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la vaccination antiméningococcique C. 9 décembre 2016.
- 4. Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2018. BEH Hors-Série du 25 mai 2018. http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEHBulletin-epidemiologique-hebdomadaire/ Archives/2018/BEH-hors-serie-Recommandations-sanitaires-pour-les-voyageurs-2018. Consulté en mars 2019.
- 5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019.



26^e congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire



26° congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire

Chers Amis,

Bordeaux, 26e congrès national de l'Afpa, mer calme à (très) agitée, des éclaircies

2020, un millésime inédit.

- Un congrès d'été annulé pour cause de première vague de la pandémie Covid
- Décalé en automne où nous avons surfé sur la deuxième vague avec l'espoir de pouvoir vous accueillir avec toutes les mesures adéquates de distanciation physique et de gestes barrière ... espoir balayé par ce nouveau confinement
- On ne pouvait pas abandonner l'Afpa pour son trentième anniversaire!!
- S'adapter en quinze jours pour en faire une version distancielle ?
- Il fallait bien au moins trois co-présidences et notre formidable agence Apôles Santé pour relever ce défi

« Enfants aujourd'hui.... Dans quel monde demain? »

Le choix de ce thème était prémonitoire! Il résonne particulièrement avec la période actuelle et ses incertitudes. Dans ce congrès centré sur l'environnement nous essaierons de « tirer les leçons de la pandémie » ; de mieux appréhender « l'environnement affectif » avec la théorie de l'attachement ; nous verrons si l'on peut encore déjouer les déterminismes de « l'exposition prénatale », et certains qui impactent « l'environnement au quotidien »

Nous remercions très chaleureusement nos orateurs qui nous ont tous suivi dans cette aventure à rebondissements.

Les partenaires de l'industrie dont vous verrez les logos au fil des présentations et ateliers ont choisi de maintenir leur partenariat, nous leur en sommes très reconnaissants.

Un immense bravo à l'équipe d'Apôles santé pour leur aide si précieuse et d'avoir accepté de « naviguer à vue » avec nous.

Merci aux deux Fabienne et à tout le bureau de l'Afpa pour votre soutien et vos encouragements

Merci à tous, membres du comité d'organisation, jeunes et moins jeunes venus dans ce bateau qui a su garder le cap, avec bonne humeur.

Enfin merci à vous tous, congressistes .Nous sommes très fiers et reconnaissants pour votre soutien sans faille à l'Afpa.

Vous allez pouvoir assister aux tables rondes en direct, et vous connecter ensuite à votre rythme pour visionner les conférences et tous les ateliers. Bon congrès

> Pour le comité scientifique et d'organisation Marie-Hélène Cavert Catherine Salinier Olivier Puel

26° congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire



CLICK DOC TÉLÉCONSULTATION

Maintenez votre activité et le suivi de vos patients même pendant les périodes de confinement

- ☑ Rapide à prendre en main et simple d'utilisation
- ☑ Compatible avec tous vos logiciels métiers
- Fonctionne directement dans votre navigateur internet
- ☑ Une solution référencée 10/10 par le Ministère de la Santé
- Des webinars gratuits pour vous accompagner (consultez le programme)



TESTEZ GRATUITEMENT ET SANS ENGAGEMENT CRÉEZ VOTRE COMPTE ICI

ou flashez le QR code

01 804 204 02 Service gratuit + prix appel



contact@clickdoc.fr

Un service CompuGroup Medical

26° congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire

Il était une fois... L'Afpa a 30 ans

Il était une fois... Once upon a time ... Erase una ves ...

Car le phénomène a surgi en Europe, en Suisse et en Espagne...

Des pédiatres, isolés dans leur cabinet face à des patients différents de ceux qu'ils avaient appris à soigner, se trouvèrent fort dépourvus quand la bise de l'installation en ville fut venue. Il leur fallait chercher la route vers le patient ... déambulant. Alors ils ont créé le Groupe Européen de Recherche en Pédiatrie Ambulatoire.

La branche française est née à Lyon, le 5 juillet 1990. On l'a appelée *AFPA*, née par procréation amicalement assistée de... cinq pères !!! Le chef Henri de Perpignan, le Michel au crâne rasé, le Gérard très moustachu, le Jacques, lunettes sur le front et le Jean-Jacques (Ô Toulouse...).

Ce fut le début d'une immense et magnifique aventure.

Un premier congrès à Perpignan le 2 février 1991 et plus jamais les pédiatres français ne se sont sentis seuls dans leur cabinet.

L'Afpa avait un grand frère : le SNPF. Ils se ressemblent beaucoup et s'entendent fort bien ; l'un fait bouillir la marmite (le SNPF) et l'autre y met les ingrédients pour un plat succulent ... la pédiatrie de ville.

Avant l'Afpa, les pédiatres n'avaient pas appris leur métier de la ville car leurs maîtres ignoraient tout de cette médecine-là. Ils ont cherché ensemble et ont parlé entre eux. Par lettre d'abord ... c'était lent ... puis par fax, qui coulaient ... coulaient ... pour informer ...; il n'y avait pas d'ordinateur ni de power point mais des diapositives qui cramaient dans les projecteurs et des transparents à imprimer...; mais depuis internet la galaxie illumine le travail de l'Afpa.

Au congrès de Lille ils étaient si nombreux qu'il a fallu, à l'arrache, ajouter une tente Ils ont créé un journal ... le pédiatre ... un logiciel, rien que pour eux, Infansoft Tout pour faire agréer l'Afpa organisme de formation, reconnu en 2007 puis de DPC en 2013.

Ils sont aussi allés soigner ailleurs avec leurs propres associations humanitaires initiées encore par des moustaches : *Jeremi* et *Pédiatres du Monde*. « *L'enfant est partout, le pédiatre doit y être* »

L'amour mais la guerre aussi!

Leurs collègues hospitaliers ont bataillé pour les faire rentrer dans le rang. L'Afpa a pris des coups mais a continué, droite et sûre, sa route de société savante spécifique jusqu'à sa propre chaise au *Conseil national de pédiatrie*.

26° congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire

Bataille aussi de leurs collègues généralistes. Et faire la preuve de l'efficacité et de l'économie de la pédiatrie ambulatoire, a conduit un président au tribunal... qui l'a gracié!

Un autre président déclenche une incroyable pétition déposée au Ministère, avec les 10 propositions pour une meilleure prise en charge de l'enfant, au son de la musique du grand M... (on a des relations à l'Afpa)! Toutes les radios et toutes les Tv en parlaient. Idem pour la Journée nationale de dépistage de l'obésité infantile initiée par la première présiden...te! Pour autant, beaucoup de pédiatres hospitaliers et de chercheurs rejoignent l'Afpa dans ses travaux de recherche au sein de la Commission scientifique vers des publications « in English » et les internes adorent le stage en cabinet.

L'Afpa, une famille

Autres épices dans la marmite, le site *Mpédia*, reconnu par Santé publique France, et bien plus, par les parents ; qui s'en va même en Afrique. Et un *programme* social très... *Malin* Maintenant, l'Afpa a deux filles, *Afpa R&D* pour le business et *Afpa-DPC* pour la science, et est coordonnée par un conseil d'administration multirégional, aidée par de merveilleuses assistantes, édité par une moustache encore, et les sous bien gardés par des gestionnaires redoutables de riqueur, comme le sont aussi les responsables scientifiques.

Dans cette famille unie chaque pédiatre a sa place, d'où qu'il vienne, quelle que soit sa formation initiale, qu'il ait ou pas de surspécialité, une moustache, des tresses ou des boucles d'oreilles, des lunettes sur le nez ou sur le front, des cheveux bruns, blonds ou blancs ou pas de cheveux du tout, qu'il accepte ou non d'être au CA, au bureau, président/présidente, qu'il danse ou pas déchainé lors des repas de gala, chacun est membre de l'Afpa dès lors qu'il peut y apporter sa présence, son soutien, une bonne humeur obligatoire et plus... s'il a de l'ardeur, du temps et surtout la passion pour la pédiatrie en ville.

Oui l'Afpa a 30 ans mais garde cet esprit d'innovation, d'adaptation, d'invention, cet esprit scientifique et de recherche qui a lui a été donné au berceau.

« La pédiatrie est partout, l'Afpa doit y être »



Catherine Salinier
Pédiatre, Gradignan
Ex présidente de l'Afpa
2011-2013
cathsalinier@wanadoo.fr

26^e congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire

Comité d'organisation et scientifique

Dr	Béatrice	Baudoin	Talence	beatrice.baudoin0@gmail.com
Dr	Marie-Hélène	Cavert	Talence	cavertmh@orange.fr
Dr	Johanna	Clet	Le Bouscat	johannaclet@yahoo.fr
Dr	Sylvie	Laborde	Villenave d'Ornon	drsylvielaborde@gmail.com
Dr	Aurélie	Lacoste	Lormont	dr.aurelielacoste@free.fr
Dr	Agnès	Mercier	Bordeaux	amc.mercier@wanadoo.fr
Dr	Sybille	Pelras	Bruges	sybillemarchand@hotmail.com
Dr	Olivier	Puel	Pessac	opuel@free.fr
Dr	Jean-François	Pujol	Libourne	j-francois.pujol@orange.fr
Dr	Catherine	Salinier	Gradignan	cathsalinier@wanadoo.fr
Dr	Nora	Traimond	Talence	nora.traimond@hotmail.fr

Orateurs et experts

Dr	Valérie	Adrian	Bordeaux	valerie.adrian@chu-bordeaux.fr
Dr	Mohamed	Benahmed	Nice	mohamedbenahmed69@gmail.com
Pr	Gilles	Bœuf	Paris	gilles.boeuf@mnhn.fr
Dr	Lucile	Boursault	Bordeaux	lucile_boursault@hotmail.com
Pr	Manuel	Bouvard	Bordeaux	mbouvard@ch-perrens.fr
Dr	Marie-Aline	Charles	Paris	marie-aline.charles@inserm.fr
M	André	Cicollela	Paris	cico@club-internet.fr
Dr	Johanna	Clet	Le Bouscat	johannaclet@yahoo.fr
Pr	Robert	Cohen	Paris	robert.cohen@wanadoo.fr
Mme	Rachel	Cornu	Talence	rachelcornu@hotmail.fr
Dr	Cécile	Delcourt	Bordeaux	cecile.delcourt@u-bordeaux.fr
Dr	Fleur	Delva	Bordeaux	fleur.delva@chu-bordeaux.fr
Dr	Arnaud	Desclaux	Bordeaux	Arnaud.desclaux@chu-bordeaux.fr
Dr	Clarissa	Dubost	Bordeaux	cdubost@ch-perrens.fr
Dr	Romain	Dugravier	Paris	romain_dugravier@yahoo.com
Dr	Jérôme	Harambat	Bordeaux	jerome.harambat@chu-bordeaux.fr
Dr	Brigitte	Llanas	Bordeaux	brigitte.llanas@chu-bordeaux.fr
Dr	Anne-Sophie	Mintz	Paris	asmintz@sfr.fr
Dr	Javotte	Nancy	Talence	j.nancy@mspb.com
Dr	Olivier	Puel	Pessac	opuel@free.fr
Dr	Anne	Raynaud Postel	Floirac	dr.anne.raynaud@gmail.com
Pr	Ana	Soto	Boston	ana.soto@tufts.edu
Dr	Karine	Spiegel	Lyon	Karine.spiegel@univ-lyon1.fr
Dr	Louis	Tandonnet	Agen	louis.tandonnet@hotmail.fr
Pr	Serge	Tisseron	Paris	serge.tisseron@gmail.com
Dr	Christine	Labreze	Bordeaux	christine.labreze@chu-bordeaux.fr
Dr	Jean	Stagnara	Lyon	jeanstagnara@wanadoo.fr
		-	•	•

26° congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire

Modérateurs et animateurs

Mme	Manon	Bergerat	Paris	manonbergerat@gmail.com
Mme	Flora	Blangis	Paris	flora.blangis@inserm.fr
Dr	Maryse	Pagnier	Paris	maryse.pagnier@aphp.fr
Dr	Marie-Hélène	Cavert	Talence	cavertmh@orange.fr
Dr	Fabienne	Kochert	Orléans	fabienne.kochert@wanadoo.fr
Dr	Aurélie	Lacoste	Lormont	dr.aurelielacoste@free.fr
Dr	Sybille	Pelras	Bruges	sybillemarchand@hotmail.com
Dr	Catherine	Salinier	Gradignan	catherine@salinier.com
Dr	Nora	Traimond	Talence	nora.traimond@hotmail.fr
Dr	François-Marie	Caron	Amien	fmcaron@mac.com
Dr	Olivier	Puel	Pessac	opuel@free.fr
Dr	Agnès	Mercier	Bordeaux	amc.mercier@wanadoo.fr
Dr	Karine	Le Bourgeois Dehail	Bordeaux	les de hails@hotmail.fr

Organisation générale

Apôles santé - www.apoles-sante.com Émilie Artaud - Julie Coudret - Annie Faure – Arnaud Rivier Informations : apôles santé - info@apoles-sante.com - tél. 05 56 75 36 09

REMERCIEMENTS

Le Comité d'Organisation et l'ensemble des membres de l'AFPA tiennent à exprimer leurs très vifs remerciements aux sociétés et laboratoires qui ont contribué à la réalisation de ce congrès* :

TOUT PARTICULIÈREMENT

MODILAC



NOVONORDISK



PARTENAIRES TABLES RONDES





PARTENAIRES ATELIERS







ET AUSSI

















ULTRA BABY®

SACCHAROMYCES BOULARDII CNCM 1-745



Pas d'arôme

Conçu pour les besoins nutritionnels des enfants, DÈS LA NAISSANCE, en cas de DIARRHÉES AIGUËS,

y compris lors de la prise d'antibiotiques

Denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales. Conçu pour les besoins nutritionnels des enfants, dès la naissance en cas de diarrhées aiguës y compris lors de la prise d'antibiotiques. Un ou deux sticks par jour. Doit être utilisé sous contrôle médical. Lire l'étiquetage avant utilisation. Ne peut constituer la seule source d'alimentation. Destiné à être utilisé en complément de l'alimentation ou de solutés de réhydratation orale. Ne pas administrer par voie parentérale. Contre-indiqué en cas

d'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, pour les patients porteurs d'un cathéter veineux central, dans un état critique ou immunodéficients en raison du risque de fongémie.



26^e congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire

Sommaire

F-(()	NGRES	(12(-4	M > A	11111
L-CO	INGINES		תכוווו	

Editorial L'afpa a trente ans Organisation des communications Partenaires	2 4 5 8
TABLE RONDE I - Modératrice : Dr Marie-Hélène Cavert	
Environnement affectif: la théorie de l'attachement, un outil validé pour revisiter nos consultations pédiatriques Séparation parentale, modes de garde: au risque de déplaire Dr Romain Dugravier (Paris)	13
Les enjeux de l'entrée en maternelle : apprentissage et théorie de l'attacl Dr Anne-Sophie Mintz (Paris)	
Autorité parentale aujourd'hui : comment aider les parents Dr Anne Raynaud Postel (Bordeaux)	18
TABLE RONDE II - Modératrice : Dr Johanna Clet	
Les leçons d'une pandémie	
Du point de vue de l'infectiologue	21
Pr Robert Cohen (Paris) Du point de vue environnement santé	21
André Cicolella (Paris)	22
Du Point de vue sociologique	
Pr Gilles Boeuf (Paris)	24
TABLE RONDE III - Modérateur : Dr Olivier Puel (Bordeaux)	
Exposition prénatale : tout est-il joué d'avance ?	
Environnement et reproduction : expertise du centre Artemis	
Dr Fleur Delva (Bordeaux)	27
Effets des perturbateurs endocriniens - Histoire d'une découverte Pr Anna Soto (Paris & Boston)	29
DoHad : épigénétique et état des connaissances actuelles	25
Dr Mohamed Benahmed (Nice)	30

26^e congrès national de l'Association française de pédiatrie ambulatoire

TABLE RONDE IV - *Modératrice : Dr Fabienne Kochert*

L'environnement de l'enfant au quotidien Evolution des rythmes de sommeil de l'enfant : une crise de santé publique ?	
Dr Karine Spiegel (Lyon)	32
Ecrans et troubles visuels : mythe ou réalité ?	
Dr Cécile Delcourt (Bordeaux)	34
TDA/H : spécifique ou environnemental ? Le symptôme ou l'individu ? Pr Manuel Bouvard (Bordeaux)	36
T T Mariaer Boavara (Boraeaax)	30
CONFÉRENCE I - Modérateur : Dr François-Marie Caron (Amiens)	
Bien vivre avec les écrans et les robots.	
Dr Serge Tisseron (Paris)	39
CONFÉRENCE II - Modératrice : Dr Catherine Salinier	
Analyse des résultats de l'étude ELFE sur l'environnement de l'enfant	
français jusqu'à 2 ans.	
Dr Marie-Aline Charles (Paris)	41
ATELIERS	
A1- Maladies infectieuses tropicales bientôt chez nous ?	
Expert : Dr Arnaud Desclaux (Bordeaux) - Animateur : Dr Olivier Puel	45
A2- L'enfant anxieux : quelles thérapies proposer ? Pscyhothérapie, EMDR, TCC,)	
Expert: Dr Louis Tandonnet (Agen) - Animatrice: Dr Catherine Salinier	48
A3- Mesure de la pression artérielle chez l'enfant : pour qui, pourquoi, comment ?	
Experte : Dr Brigitte Llanas, Pr Jérôme Harambat (Bordeaux) Animatrice : Dr Sybille Pelras	51
A4- Atelier santé environnementale nesting : testez vos connaissances	31
Experte : Rachel Cornu (Bordeaux) - Animatrice : Dr Marie-Hélène Cavert	53
A5- Dermo-cosmétologie : que peut-on encore prescrire en pédiatrie ?	
Experte : Dr Lucile Boursault (Bordeaux) - Animatrice : Dr Agnès Mercier	56
A6- Dentisterie pédiatrique : ce que le pédiatre doit savoir	
Experte: Dr Javotte Nancy (Bordeaux) - Animatrice: Dr Karine Le Bourgeois Dehail	57
A7- Problématiques d'identité et de genre : comment s'y retrouver	F.C.
Experte: Dr Valérie Adrian (Bordeaux) - Animatrice: Dr Aurélie Lacoste	59
A9- Harcèlement scolaire et sur les réseaux sociaux : comment dépister, comment réagir ? Experte : Dr Clarissa Dubost (Bordeaux) - Animatrice : Dr Nora Traimond	61
reagn: Experte. Di Ciarissa Dadost (Doraedax) - Anninatrice. Di Nora Trannona	UI

Une prise en charge efficace des reflux gastro-œsophagiens Formule 100% Caroube

Probiotiques Bb12

PICO LABORATORIES





ARA / DHA*



De 6 à 12 mois

Avis important: le lait maternel est le meilleur aliment pour le nourrisson. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement maternel. Les préparations infantiles sont destinées à remplacer l'allaitement maternel quand celui-ci n'est pas possible, est arrêté prématurément ou doit être complété. Il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter et l'allaitement mixte peut gêner l'allaitement au sein. Les implications socio-économiques devraient être prises en compte dans le choix de la méthode d'allaitement. Il est important de respecter les indications de préparation et d'utilisation des préparations infantiles et de suivre les conseils du corps médical concernant l'alimentation du nourrisson. Une utilisation incorrecte de la préparation pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant.



Table ronde I

Environnement affectif: la théorie de l'attachement, un outil validé pour revisiter nos consultations pédiatriques

Modératrice: Dr Marie-Hélène Cavert

Séparation parentale, modes de garde : au risque de déplaire... Dr Romain Dugravier (Paris)

Les enjeux de l'entrée en maternelle : apprentissage et théorie de l'attachement Dr Anne-Sophie Mintz (Paris)

Autorité parentale aujourd'hui : comment aider les parents Dr Anne Raynaud Postel (Bordeaux)

Parrainage



Table ronde I

Séparation, divorces

Dr Romain Dugravier Psychiatre, Paris

Les demandes de consultation en pédopsychiatrie dans le cadre de séparations parentales relèvent maintenant de la pratique courante, nombre de parents faisant part de leurs inquiétudes des conséquences pour leur enfant.

La théorie de l'attachement peut nous aider. Elle souligne l'importance des premiers liens entre l'enfant et ses parents, et comment la disponibilité de ceux-ci, la cohérence et la prévisibilité de leurs réponses créent les conditions de sécurité nécessaires à son développement. De cette sécurité « dans la réalité », l'enfant intériorise progressivement un sentiment de sécurité qui modèle sa représentation des relations aux autres et au monde.

Or, les divorces, les conflits entre les adultes, les discours contradictoires, l'indisponibilité de l'un ou l'autre parent, la détresse de celui-ci, viennent malmener ces relations d'attachement. Ces adultes censés prendre soin de l'enfant sont parfois dans une telle colère que, malgré leur souhait initial, ils ne voient plus les signes de détresse de leur enfant ou y voient la confirmation des failles de l'autre parent. Parfois, même, les besoins des parents contreviennent aux besoins de l'enfant.

Nous postulons que ces consultations doivent être menées conjointement par deux thérapeutes, pour accueillir l'enfant avec chacun de ses deux parents (et que tous soient assurés de notre disponibilité) et que tout ce qui est dit en sa présence appartient à l'enfant et peut donc circuler entre les différents rendez-vous espérant ainsi préserver, toujours, l'intérêt de l'enfant, et parvenir à ce que chaque parent se sente aussi reconnu.

Nous interrogerons la pertinence de ces dispositifs comme la complexité des situations qui mêlent parfois soin et procédures judiciaires diverses (affaires familiales, protection de l'enfance, etc...)

Chef de service Centre de Psychopathologie périnatale (CPBB) GHU Paris Psychiatrie et Neursociences Boulevard Brune romain dugravier@yahoo.com

Table ronde I

Les enjeux de l'entrée à l'école maternelle à la lumière de la théorie de l'attachement

Dr. Anne-Sophie Barbey-Mintz Pédopsychiatre, Paris

A l'entrée à l'école maternelle, les enfants ont construit leur lien d'attachement et ont des figures d'attachement principales et secondaires (Bowby, 1969).

Avec la construction de ce lien affectif l'enfant a construit aussi sa base de sécurité (Bowlby, 1988) qui va être le reflet de la sécurité, la confiance que l'enfant a en ses figures d'attachement. Il a moins besoin de la proximité physique de ses figures d'attachement mais il a besoin de sentir les adultes disponibles en cas de situation qui le met en alarme ou en détresse, situations qui activent son système d'attachement.

L'entrée à l'école maternelle va dans plusieurs dimensions activer ce système d'attachement et faire que l'enfant va exprimer ses besoins d'attachement (Pianta and Harber, 1996). Il va donc montrer des comportements d'attachement qui vont devoir être reconnus par son entourage familial mais aussi scolaire, académique pour que des réponses adéquates lui soient données.

À côté du système d'attachement, le système motivationnel de l'exploration va s'activer intensément et l'enfant, aidé par les adultes qui l'entourent, va devoir trouver un équilibre entre l'activation de ces deux systèmes pour pouvoir entrer dans la découverte du début des apprentissages (Grossman et Al., 1999). De plus la vie sociale avec ses pairs va mettre à l'épreuve son système affiliatif (Dugravier, 2009) avec les vicissitudes de la vie en groupe à ces jeunes âges.

Alors arrivant après avoir été gardé soit par ses parents/grands-parents, une assistante maternelle, dans une crèche, l'enfant n'a pas encore fait l'expérience de la vie dans un grand groupe. Il a été habitué à avoir un ou des adultes assez disponibles pour lui (Moos et Al., 2001).

En fonction des réponses qu'il a reçues depuis sa naissance (Bekhechi, V et Al., 2009), l'enfant a construit son lien d'attachement avec des patterns sécure, in sécure ou désorganisés (Ainsworth, 1989). Ces patterns sont, à cet âge, intériorisés dans les représentations mentales contenues dans le *Modèle interne opérant* (MOI). C'est ainsi que l'enfant a une représentation de la confiance qu'il peut avoir en les adultes, la confiance qu'il a dans les relations, les liens et l'estime qu'il a de lui-même (Main et Al., 1985). Dans toutes les situations qu'il rencontre, qui vont solliciter ces dimensions de son fonctionnement psychique, il va s'appuyer sur ce MIO pour réagir.

Alors comment va-t-il supporter d'être séparé de ses figures familières ?

Va-t-il pouvoir solliciter son enseignant-e s'il est en difficultés (Howes et Al., 2000)?

Va-t-il être enthousiaste ou anxieux face aux découvertes qui vont lui être proposées (Geddes, 2006)?

Ses pairs vont-ils à priori être des compagnons de jeux ou des petits autres dont il est raisonnable de se méfier (Dugravier, 2009) ?

Table ronde I

Et ses parents vont-ils avoir à priori confiance dans les adultes qui accueillent leur enfant ou au contraire vont-ils être méfiants, inquiets, le lui transmettant (Van Ijzendoorn, et al., 1992)?

Toutes ces dimensions à l'œuvre dans l'arrivée à l'école maternelle peuvent être éclairées par la théorie de l'attachement ce qui permet de comprendre ce qui se passe pour l'enfant et de pouvoir au mieux l'accompagner en fonction de son style d'attachement.

Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte Institut mutualiste Montsouris. Paris asmintz@sfr.fr

Références

- Ainsworth, M. D.1989), Attachments beyond infancy. Am Psychol, 44(4):709-16
- Bekhechi, V., Rabouam, C., Guedeney, N.(2009), Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving. In In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), L'attachement: approche théorique. Du bébé à la personne âgée (pp.17-28) (3° ed.), Coll. Les âges de la vie, Issy-les Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bowlby, J. (1988). A Secure Base. New York. Books.
- Bowlby J. (1969), Attachement et perte. Tome 1 attachement, trad. fr., Paris PUF, 2002. .
- Dugravier, R. (2009), Attachement et système affiliatif. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée (pp.29-38) (3° ed.), Coll. Les âges de la vie, Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Geddes, H. (2006), Attachment in the classeroom. London: Worth Publishing.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration. Stability and change during the years of immaturity. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 760–786) (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Howes, C., Philipsen, L. C. et Peisner-Feinberg, E. (2000). The Consistency of Perceived Teacher-Child Relationships between Preschool and Kindergarten. *Journal of School Psychology*, 38(2), 113-132.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 66–104). Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2, serial
- Marvin, R. S., & Britner, P. A. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 44–67) (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mintz, A.-S., Perouse de Montclos, M.-O.(2009), L'attachement entre 4 et 12 ans. In In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée (pp.103-112) (3° ed.), Coll. Les âges de la vie, Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Moss, E., St-Laurent, D. (2001), Attachment at scholl age and academic performance. *Development Psychology*, 37, 863-874.
- Pianta, R. et Harber, K.L. (1996). Observing Mother and Child Behavior in a Problem-Solving Situation at School Entry: Relations with Academic Achievement. *Journal of School Psychology*, 34(3), 307-322.
- Van Ijzendoorn, M. H., Golberg, S., Kroonenberg, P. M. et Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of Maternal and Child Problems on the Quality of Attachment: A Meta-Analysis of Attachment in Clinical Samples. *Child Development*, 63(4), 840-858.

Table ronde I

Environnement affectif: la théorie de l'attachement, un outil validé pour revisiter nos consultations pédiatriques

Dr Anne Raynaud-Postel Psychiatre, Bordeaux

Autorité parentale aujourd'hui : comment aider les parents ?

Discipline, obéissance, autorité, autant de termes qui occupent massivement les motifs de consultations, dans le champ de l'accompagnement de la parentalité aujourd'hui. Ce sentiment des parents de ne plus avoir « le contrôle » de leurs enfants induit de nombreuses tensions au sein des familles. « Il ne m'obéit pas docteur » ... « Il n'en fait qu'à sa tête, on dirait un mini ado, alors qu'il n'a que 4 ans... », « Il pense tout savoir et me tient tête, c'est insupportable : c'est quand même moi l'adulte dans cette maison... » ...

Mais les attentes d'adultes sont-elles en corrélation avec le fonctionnement des enfants ? Les parents ne souhaitent-ils pas très fréquemment que les enfants aient des comportements très compliants, voir dociles, afin de les soutenir dans la gestion d'un quotidien de plus en plus contraint ? Les emplois du temps sont rythmés et souvent en tension permanente, impactant le niveau de tolérance et donc de disponibilité psychique de l'adulte. Le moindre « grain de stable » vient produire une désorganisation particulièrement dérangeante dans ce flux tendu où la performance a pris une place importante.

La mise en place de l'autorité parentale sous-tend donc la notion de discipline et l'établissement de règles de vie, qui ont pour objectifs d'assurer la sécurité physique et psychique de l'enfant, mais également de faciliter la vie en société. Afin que sa mise en œuvre soit perçue comme efficiente, elle nécessite de dessiner un cadre clair et lisible, cohérent et stable.

Les courants qui se dessinent aujourd'hui dans le cadre de la recherche d'une discipline ajustée aux besoins de l'enfant font émerger des entités telles que la discipline positive ou bienveillante, réinvitant à poser sur l'enfant un regard plus juste sur ses capacités développementales et son processus d'individuation. Mais ce mouvement de balancier, passant de l'enfant perçu comme un être profondément immature, voire « désafférenté » vers une pensée très adulto-morphe, lui projetant des capacités de choix ou de raisonnement dont il n'est pas encore équipé, met souvent à mal la posture d'autorité recherchée par les parents ou les éducateurs de l'enfant.

Il est alors nécessaire de s'appuyer sur des connaissances neurodéveloppementales solides et rigoureuses afin d'éclairer les positionnements parentaux et donner sens à tous

Table ronde I

ces questionnements sur les enjeux de la parentalité aujourd'hui, et en particulier sur la dimension de l'exercice parental (travaux de D. Houzel, les enjeux de la parentalité) qu'interroge la dimension de l'autorité parentale.

La théorie de l'attachement peut constituer une réponse à ces interrogations et donner sens à des préconisations, en termes de guidance parentale, fondées sur la compréhension du fonctionnement de l'individu dans sa dimension interpersonnelle, mais aussi psychopathologique. Cette théorie interpersonnelle, contextuelle et développementale est bâtie sur l'importance des liens affectifs qui s'établissent entre les êtres humains et représente un système motivationnel, programmé biologiquement, qui gouverne des règles et des comportements associés.

Á travers les interactions quotidiennes de l'enfant avec sa Figure d'attachement (FA), s'élabore un modèle représentationnel de ces interactions et de leurs qualités, qui conduit l'enfant à développer une image de soi et de l'autre fondée sur la confiance ou la méfiance. Ainsi, l'enfant développe une représentation de soi et de l'autre fondée sur l'expérience répétée de ces interactions. Cette représentation consiste en un soi valable et compétent, si l'autre est un *caregiver* disponible, toujours prêt à le réconforter en situation de stress, et à soutenir son exploration (relation d'attachement « sécure») mais elle sera au contraire d'un soi dévalorisé et incompétent si l'autre est un parent rejetant, qui ne réagit pas à ses signes d'inconfort, ou qui les méprise, interférant avec l'exploration de l'enfant (relation d'attachement «insécure »).

Cette compréhension de la dimension relationnelle va pouvoir constituer un guide, déterminant pour l'enfant, des consignes reçues dans le cadre de la mise en place des règles de vie et de la discipline. En fonction de la sensibilité parentale, mais également de la cohérence, de la prévisibilité et de la stabilité des attitudes éducatives, l'ajustement de la posture parentale permettra la mise en place d'une discipline au cœur de laquelle le parent pourra assoir une autorité stable et l'enfant recevra la sécurité émotionnelle dont il a besoin pour se construire.

Fondatrice de l'Institut de la Parentalité, Psychiatrie périnatale, DU Autisme-Attachement Paris 7. anne.raynaud@institut-parentalite.fr dr.anne.raynaud@gmail.com



DOIS-JE ADRESSER MON PATIENT POUR CET HÉMANGIOME INFANTILE ?







HRES Infantile Hemangioma Referral Score *

DÉCOUVREZ UN SCORE SIMPLE ET RAPIDE, POUR VOUS AIDER À IDENTIFIER LES PATIENTS À ADRESSER VERS UN CENTRE EXPERT



http://www.ihscoring.com

DÉVELOPPÉ PAR DES COMITES D'EXPERTS TESTÉ PAR DES PEDIATRES ET DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES



2 parties, 12 questions Fiable et reproductible

Avec le soutien de Pierre Fabre Dermatologie



Table ronde II

Les leçons d'une pandémie

Modératrice: Dr Johanna Clet

Du point de vue de l'infectiologue Pr Robert Cohen (Paris)

Du point de vue environnement santé André Cicolella (Paris)

Du Point de vue sociologique Pr Gilles Boeuf (Paris)

Parrainée par



Table ronde II

Du point de vue de l'infectiologue

Séminaire en ligne

Table ronde II

Du point de vue environnement santé

André Cicolella (Paris)

Le principal enseignement de la crise du COVID est qu'il faut refonder le système de santé.

L'épidémie de Covid a fait émerger la notion de « crise sanitaire ». Les victimes du Covid ont été les personnes fragilisées par les maladies chroniques. Pour préparer la résilience de la société face à une prochaine crise, il est temps de faire reculer l'épidémie de maladies chroniques en agissant sur ses causes environnementales, en protégeant en priorité la période sensible de la grossesse et de la petite enfance.

L'épidémie de Covid a fait émerger la notion de « crise sanitaire ». Personne ne doute de la forte probabilité d'une autre crise. Il est donc nécessaire d'analyser les origines de cette crise pour prévenir au mieux les conséquences d'une prochaine.

L'explication par l'âge n'est pas suffisante, car l'élément déterminant est le fait que les victimes ont été les malades chroniques. Une grande étude du National Health Service (NHS) en Grande Bretagne portant sur 5 683 décès¹ met bien en évidence un facteur âge (90 % des décès touchent les > 70 ans) mais montre aussi que ces décès sont liés à des facteurs comme le sexe masculin (x 2 par rapport aux femmes), et des comorbidités [diabète (x 2,4), asthme, obésité (jusqu'à x 3]. 64 % des décès concernent des personnes en surpoids ou obèses) ou hypertendues (74 % des décès).

Après ajustement sur l'âge, mise en évidence d'un excès de décès pour maladies cardiaques, pulmonaire et rénale ainsi que pour cancer, obésité et, fait nouveau, démence. Autre fait nouveau, le lien avec la pauvreté (indice de déprivation) et des facteurs ethniques (x 2 pour les Noirs et les Asiatiques). » Les données de Santé publique France (situation au 5 mai) ²: portant sur 488 décès collectés par le réseau Sentinelle des centres de réanimation donne un âge moyen de 70 ans et une comorbidité dans 84 % des cas. Le taux de comorbidité est quasiment le même pour toutes les tranches d'âge (82 à 85 %). L'OMS Europe³ constate que : « La pandémie de Covid-19 a eu de nombreux effets sur la santé, révélant la vulnérabilité particulière de ceux qui souffrent d'affections sous-jacentes. » et tire les leçons de la crise pour l'avenir...

La prévention et le contrôle de l'obésité et des maladies non transmissibles sont essentiels pour se préparer à cette menace et aux menaces futures pour la santé publique. » Le nombre de malades chroniques progresse régulièrement en France. Entre 2003 et 2017, l'incidence en France des affections de longue durée pour maladies cardio-

¹ Williamson et al. OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients. https://doi.org/10.1101/2020.05.06.20092999

² https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-7-mai-2020

³ <u>HHP Kluge</u> et al Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response The Lancet DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31067-9

Table ronde II

vasculaires, diabète et cancer, ces maladies qui fournissent les victimes du Covid-19, a progressé de ⁴:

- 138 % chez les plus de 74 ans alors que cette population n'augmentait que de 30 %,
- 119 % chez les 60-74 ans alors que cette population n'augmentait que de 37 %
- 50 % chez les moins de 60 ans alors que cette population n'augmentait que de 1%

Entre 2003 et 2017, le nombre cumulé de maladies cardiovasculaires et de diabète est ainsi passé de 3 à 6 millions. On peut en déduire que la crise du Covid 19 aurait fait grosso modo moitié moins de victimes il y a 14 ans.

Selon le dernier rapport de la Cnam publié en juillet dernier, le nombre de malades chroniques sera de 23 millions en 2023. En 10 ans, le surcoût de cette épidémie se montera à 120 Mds €.

Il est donc plus que temps d'agir, pour des raisons tant sanitaires qu'économiques. C'est cela qui doit être au cœur d'une politique de santé environnementale, qui reste pour l'essentiel à construire. Notre système de santé est principalement un système de soin. Il est nécessaire de se préoccuper de ce qui se passe avant l'apparition de la maladie, c'est l'enjeu d'une politique de santé environnementale. Pour cela il est nécessaire de tenir compte du nouveau paradigme basé sur les données scientifiques d'aujourd'hui. Une grande partie des maladies chroniques de l'enfant et de l'adulte sont la conséquence d'une exposition aux stress chimiques, nutritionnels et psychoaffectifs. C'est le concept de la DOHaD ou Origine développementale de la santé et de la maladie⁵, dont les perturbateurs endocriniens sont une composante. L'impact de l'environnement sur l'épigénome explique la transmission intergénérationnelle. On reproduit par exemple chez l'animal un effet sur 3 générations pour l'infertilité, la baisse de la qualité du sperme, l'obésité et même le comportement sexuel. Le système de santé doit en conséquence être refondé plus particulièrement autour de la protection de la période sensible qu'est la période de la grossesse et de la petite enfance.

Chimiste, toxicologue Enseignant à Sciences Po Paris Président du Réseau environnement santé. president@reseau-environnement-santé.fr cico@club-internet.fr

⁴ Pour la population du Régime Général d'Assurance Maladie (85 % de la population).

⁵ Developmental origin of health and adult diseases

Table ronde II

Biodiversité et pandémies

Gilles Bœuf Biologiste, Paris

« En décembre 2019, une pneumonie d'origine alors inconnue touchant 59 personnes a été signalée dans la ville chinoise de Wuhan, dans la province du Hubei. Il a depuis été établi que cette maladie émergente, devenue depuis une pandémie, était due à un Coronavirus (Sars-CoV-2). Elle a été dénommée Coronavirus disease 2019 ou Covid-19. Ce virus s'est répandu avec une vélocité effarante sur toute la planète. Ce qui n'aurait pas dû se produire s'est produit, ce qui n'aurait pas dû dépasser un petit impact très localisé s'est diffusé dans le monde entier en quelques semaines ». Nous écrivions ces lignes le 12 mai 2020 dans un article rédigé pour le Journal La Tribune.

L'origine de ce virus, et son caractère infectieux aigu nous le démontre, est certainement récente, quelque part durant le second semestre de 2019 dans cette province chinoise. Notre immunité « naturelle » n'y était pas préparée. Ceci est très réel pour l'Europe et l'Amérique, probablement moins pour les humains en Asie. De très intéressantes observations d'immunités croisées ont été mises en évidence dans un papier récent publié dans *Nature*, qui pourraient expliquer les survies supérieures face au virus dans cette région du monde. Les diverses épidémies virales survenues depuis quelques dizaines d'années en Asie auraient permis le développement d'immunités spécifiques et croisées.

Quels sont les liens entre l'occurrence de cette pandémie et les activités humaines, comme l'accélération du changement climatique ou l'effondrement de la biodiversité ? Pour le climat, il n'y en a pas directement : il nous faut incriminer la promiscuité d'espèces d'animaux vivants stabulés dans des conditions innommables sur les marchés chinois, ainsi que le nombre (plus de 100 000!) effrayant de vols sur la Terre tous les jours et qui contribuent pour 3,5 % à l'accélération du changement et au réchauffement de la planète. La chute de la biodiversité et l'effondrement du vivant sont encore précisés dans le dernier rapport du WWF « Indice planète vivante » de septembre 2020, après le rapport de l'IPBES produit le 7 mai 2019 suite à la réunion à l'Unesco à Paris de fin avril-début mai 2019. La nature décline globalement à un rythme sans précédent dans l'histoire humaine -et le taux d'extinction (ou plutôt du nombre des individus dans les populations sauvages) des espèces s'accélère- provoquant dès à présent des effets graves sur les populations humaines du monde entier.

La santé des écosystèmes dont nous dépendons, ainsi que toutes les autres espèces, se dégrade plus vite que jamais. Nous sommes en train d'éroder les fondements mêmes de nos économies, nos moyens de subsistance, la sécurité alimentaire, la santé et la qualité de vie dans le monde entier. C'est tout l'intérêt du programme « One Health » des Nations Unies.

Une seule espèce est responsable de la pandémie de Covid-19: la nôtre. Comme pour les crises climatiques et de la biodiversité, les récentes pandémies sont une conséquence directe de l'activité humaine, en particulier nos systèmes financiers et économiques

Table ronde II

mondiaux, basés sur un paradigme limité qui valorise la croissance économique à tout prix. À quand la suppression de ces marchés d'animaux vivants dans des conditions immondes en Asie, l'arrêt de l'extirpation effrénée d'arbres et d'animaux dans tous les écosystèmes du monde y compris les forêts tropicales, la fin des seuils de renouvelabilité du vivant sur terre et en mer bafoués en permanence et systématiquement franchis, la fin du gaspillage et de la souillure perpétuelle de l'eau, la fin de la « roulette écologique » consistant à transporter tout partout et à déclencher les explosions d'espèces invasives et ces disséminations anarchiques de pathogènes de tous ordres, virus et bactéries ou autres micro-organismes, responsables de ces pandémies et de tant de souffrance ? Si le « dialogue » entre les éléments de notre microbiote avec nos cellules humaines se dérègle ce sont de graves pathologies, obésité, diabète de type 2, hypertension artérielle, souvent associées à un manque d'exercice physique et à la « malbouffe ». Et tout ceci remplit les conditions, avec l'âge, pour justement devenir la cible préférée de notre Covid-19! Le virus se reproduit de nos fragilités...

En conclusion, le monde vivant est vieux de près de 4 000 millions d'années, il s'est formé à partir de ces premières cellules apparues dans l'océan ancestral, il a subi les pires crises imaginables et s'en est toujours sorti ; pour cela, il a dû en permanence s'adapter à des conditions extérieures changeantes. Mais pour s'adapter, il faut impérativement changer, ce que nous ne faisons toujours pas! Quand cesserons-nous cette « myopie du désastre » ? Trop de consumérisme, pas assez de sobriété : rappelons-le nous en permanence, nous sommes fondamentalement eau, sels et cellules! Inspirons-nous du vivant, qui accomplit tout avec une grande parcimonie d'énergie, qui ne s'auto-empoisonne jamais (il produit de redoutables substances mais sait les dégrader et a toujours un « acheteur » pour ses déchets), qui innove en permanence et pour tous. Nous avons besoin de la biodiversité pour survivre. Nous ne mangeons que cela et ne coopérons qu'avec cela! Puisse un petit virus composé de seulement quinze gènes provoquer l'électrochoc collectif salutaire dont nous avons tant besoin...

Sorbonne Université, Paris ; Laboratoire Arago, Banyuls-sur-mer, professeur invité au Collège de France, ancien président du Muséum national d'Histoire naturelle, Paris Gilles.boeuf@mnhn.fr

Table ronde III

Exposition prénatale : tout est-il joué d'avance ?

Modérateur: Dr Olivier Puel (Bordeaux)

Environnement et reproduction : expertise du centre Artemis Dr Fleur Delva (Bordeaux)

Effets des perturbateurs endocriniens - Histoire d'une découverte Pr Anna Soto (Paris & Boston)

DOHad: épigénétique et état des connaissances actuelles Dr Mohamed Benahmed (Nice)

Table ronde III

Environnement et reproduction : expertise du centre Artemis

Fleur Delva, PH santé publique, CHU Bordeaux Patrick Brochard. Catherine Verdun-Esauer. Loïc Sentilhes.

Limiter les risques environnementaux est crucial pour la santé de la femme enceinte et du bébé à naître. Des sociétés savantes de gynécologie et d'obstétrique appellent à identifier et réduire les expositions environnementales en intégrant la santé environnementale dans les soins ainsi qu'en plaidant pour des politiques de prévention des expositions environnementales. En 2016, le Centre Artémis (Aquitaine ReproducTion Enfance Maternité et Impact en Santé environnement), plateforme de prévention de la santé environnementale dans le domaine de la reproduction, s'est mis en place au CHU de Bordeaux, en partenariat avec l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et Santé publique France.

Objectif

Évaluer les expositions environnementales et professionnelles chez les personnes présentant des troubles de la reproduction et proposer des mesures de prévention permettant de réduire l'exposition à ces facteurs de risque.

Mode de fonctionnement

Les patients adressés par les gynécologues, obstétriciens et pédiatres sont pris en charge sur des critères cliniques (troubles de la fertilité, pathologies de la grossesse, malformations congénitales) par une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmière, ingénieur en santé environnementale). La prise en charge comprend une consultation médicale et un entretien infirmier protocolisé qui permettent une analyse des expositions environnementales et professionnelles permettant de proposer des mesures de prévention ciblées. Un complément d'enquête est réalisé sur le terrain (domicile, travail via les services de santé au travail) si nécessaire.

Résultats

Au 1^{er} juin 2018, après 2 ans de fonctionnement, 451 couples avaient bénéficié d'une prise en charge au Centre Artemis. Concernant les expositions professionnelles, 339 patients (77 %) occupaient un emploi au jour de la consultation dont 55 % (n= 185) pour lesquels une exposition professionnelle à au moins un facteur de risque sur la reproduction était suspectée. En milieu extraprofessionnel, il est très difficile d'identifier des expositions à des substances chimiques. Ainsi sont identifiées chez les patients les circonstances d'exposition, documentées dans la littérature scientifique comme potentiellement exposantes à un ou plusieurs composés reprotoxiques. Près de 90 % des patients pris en charge au Centre Artémis ont au minimum une circonstance d'exposition à un composé reprotoxique mais à des niveaux d'exposition qui peuvent être faibles voire très faibles.

Table ronde III

Les actions de prévention proposées sont expliquées et ciblées selon les activités décrites par les patients. Elles visent à réduire ou supprimer les facteurs de risque persistants au moment de la consultation afin de préparer une nouvelle grossesse et/ou de protéger le développement du nouveau-né.

Conclusion

Le Centre Artémis est une action innovante pour laquelle une démarche d'évaluation a été réalisée en 2018 afin de le situer dans une démarche d'amélioration continue et dans une démarche de recherche de financement (article 51, Loi de financement de la Sécurité sociale). L'adossement à un environnement de recherche, de formation et d'expertise en santé publique apporte un soutien marqué à l'action, grâce à l'Institut de santé publique et de développement (Isped) de l'université de Bordeaux et au Centre Inserm Bordeaux Population Health U1219.



Fleur Delva a obtenu en 2014 un doctorat en épidémiologie. Aujourd'hui son activité se partage entre une activité hospitalière ou elle coordonne le Centre Artemis, plateforme de prévention de la santé environnementale pour les patients présentant des troubles de la reproduction et une activité de recherche sur la thématique environnement et reproduction.

> Le Centre Artémis : plateforme de prévention en santé environnementale dédiée à la reproduction

Table ronde III

Les perturbateurs endocriniens : de la découverte accidentelle d'œstrogènes dans les plastiques au syndrome d'exposition au BPA

Pr Ana M. Soto, biologiste, Paris

« Les perturbateurs endocriniens sont des substances chimiques exogènes, ou un mélange de substances chimiques, qui interfèrent avec tout aspect de l'action hormonale » (*The Endocrine Society*, définition). Parmi les perturbateurs endocriniens, le bisphénol A (BPA) est particulièrement pertinent en raison de son omniprésence. Le BPA est une substance chimique ostrogénique (ou œstrogène-like) présente dans les emballages des aliments et des boissons, dans les ciments et composites (amalgames ?) dentaires et dans de nombreux produits à la maison, sur le lieu de travail et dans l'environnement. La France se trouve dans une situation remarquable grâce à l'introduction récente d'une législation qui limite l'exposition à ce produit chimique.

L'exposition au BPA au cours du développement chez la souris a provoqué un ensemble complexe d'effets qui ressemblent à ceux observés après une exposition au diéthylstilbestrol au cours du développement chez l'homme. Chez les femelles, l'exposition à des doses faibles de BPA au cours du développement fœtal et néonatal a accéléré l'apparition des signes de la puberté (une ouverture vaginale plus précoce et un premier œstrus plus précoce), provoqué une altération du cycle œstral, un vieillissement reproductif avancé et une diminution de la fertilité et de la fécondité. Dans la glande mammaire, elle a induit des lésions prénéoplasiques chez les souris et des carcinomes chez les rats. Chez les mâles, elle a diminué la production quotidienne de sperme, a modifié le développement de la prostate et a augmenté la propension au cancer de la prostate. De plus, le BPA a induit une obésité, des changements métaboliques et des comportements modifiés dans les deux sexes.

Des études de terrain sur la faune et des études épidémiologiques chez l'homme ont révélé une augmentation de la prévalence des maladies et des effets sur la santé observés

chez les rongeurs exposés au BPA pendant l'organogenèse, ce qui suggère que l'exposition au BPA en particulier et aux perturbateurs endocriniens en général est une cause de préoccupation urgente concernant la préservation de la santé environnementale et humaine.

Ana M. Soto, biologiste, Tufts University School of Medicine (Boston) Centre Cavaillès, École Normale Supérieure (Paris) ana.soto@tufts.edu



Table ronde III

DOHad¹ : épigénétique et état des connaissances actuelles

Dr Mohamed Benahmed, Biologiste, Nice

Laboratoire de biologie de la reproduction du CHU de Nice Directeur de recherche Inserm mohamedbenahmed69@gmail.com

¹ Developmental origin of health and adult diseases (*DOHaD*) / Le concept de l'origine développementale de la santé et des maladies

Table ronde IV

L'environnement de l'enfant au quotidien

Modératrice : Dr Fabienne Kochert

Evolution des rythmes de sommeil de l'enfant : une crise de santé publique ? Dr Karine Spiegel (Lyon)

Ecrans et troubles visuels : mythe ou réalité ? Dr Cécile Delcourt (Bordeaux)

TDA/H: spécifique ou environnemental? Le symptôme ou l'individu? Pr Manuel Bouvard (Bordeaux)

Table ronde IV

Evolution des rythmes de sommeil de l'enfant : une crise de santé publique ?

Karine Spiegel, PhD neurosciences, Lyon

Nos sociétés modernes laissent peu de place au sommeil. Or, le manque de sommeil a de nombreuses conséquences délétères sur le développement psychique et physique de l'enfant. Nous évoquerons les effets du manque de sommeil sur le risque et la sévérité de l'obésité et du diabète.

Nous passons environ un tiers de notre vie à dormir. Si la ou les fonctions du sommeil sont encore débattues, le fait qu'une privation totale de sommeil conduit à la mort indique que les processus qui y sont associés sont vitaux. Néanmoins, le rythme et les exigences de la société actuelle impliquent le plus souvent une réduction du temps de sommeil qui n'épargne pas les populations pédiatriques. Une méta-analyse combinant les données recueillies auprès d' \sim 700 000 enfants et adolescents de 20 pays rapporte que la durée du sommeil des populations pédiatriques aurait globalement diminué d'1.15 h en 100 ans sur l'ensemble de ces pays, et de près de 2 h en Europe (Matricciani et al. Sleep Medicine Reviews, 2012). Cette réduction du temps de sommeil serait particulièrement sévère pour les adolescents. En France, alors que les experts recommandent une durée de sommeil d'au moins 9 h au cours de l'adolescence, 25 % des adolescents de 15 ans dorment moins de 7 h la veille des jours de classe et 40 % d'entre eux présentent une dette chronique de sommeil, définie comme une différence de plus de 2 h du temps de sommeil entre les jours de repos et les jours scolaires (Leger et al. 2012 PloS one). Les plus jeunes ne sont pas épargnés par ce phénomène, puisque deux tiers des enfants de 3 à 6 ans souffriraient d'un déficit chronique de sommeil (Mantz et al. 1991 Arch Fr Pediatr & 1995 Arch Pediatr). Les raisons de cette diminution du temps de sommeil au sein des populations pédiatriques sont multiples, essentiellement liées aux activités sur écran, à la surcharge d'activités extrascolaires, au désir des parents de profiter de leur enfant en soirée, et à une méconnaissance générale de l'importance du sommeil pour le bon développement psychique et physique de l'enfant.

S'il est largement accepté que le manque de sommeil nuit aux apprentissages et à la réussite scolaire (Dewald et al. Sleep Med Rev 2010), ses effets sur la santé, et plus particulièrement sur la santé métabolique, sont encore largement sous-estimés. Deux méta-analyses d'études prospectives menées auprès d'enfants et d'adolescents rapportent pourtant qu'un sommeil écourté doublerait le risque de développer un surpoids ou une obésité (Fatima et al. 2015. Obes Rev), et que chaque heure de sommeil supplémentaire diminuerait le risque de surpoids/obésité de 21 % (Ruan et al 2015 Scientific reports). Par ailleurs, une autre méta-analyse indique qu'un sommeil insuffisant favoriserait le développement d'un diabète de type 2 chez l'adulte (Anothaisintawee 2016 Sleep Medicine Reviews). Si un faisceau d'arguments suggère qu'un sommeil insuffisant a des effets délétères sur le contrôle glycémique de l'adulte DT1 ou DT2 (Reutrakul et al. 2016 Sleep Med, Lee et al. 2017 Sleep Medicine Reviews), les études réalisées auprès

Table ronde IV

d'enfants diabétiques insulino-dépendants sont rares. La mise en évidence d'un tel lien est pourtant particulièrement importante auprès de cette population, puisqu'un bon contrôle glucidique dès le plus jeune âge est le meilleur garant pour éviter les complications à l'âge adulte. Nous présenterons des données suggérant que le manque de sommeil et l'irrégularité des heures de coucher sont associés à un mauvais contrôle glycémique.

Des études expérimentales, essentiellement conduites chez l'adulte, ont permis l'exploration des mécanismes susceptibles d'être impliqués dans la relation entre sommeil court et risque accru d'obésité et de diabète. Dans des conditions contrôlées d'apport calorique et d'activité physique, des restrictions répétées de sommeil chez l'adulte de poids normal altèrent la régulation neuroendocrinienne de l'appétit ; la leptine (hormone anorexigène sécrétée par les adipocytes) est diminuée, la ghréline (hormone orexigène sécrétée par l'estomac) et les endocannabinoïdes sont augmentés (Spiegel et al. Ann Int Med 2004; Hanlon et al. Sleep 2016; Reutrakul et al Metabolism 2018). Fait important, ces modifications hormonales sont associées à une augmentation de faim et d'appétit, particulièrement pour des aliments à haute teneur énergétique. Dans des conditions de libre accès à la nourriture, des privations partielles de sommeil accroissent la prise alimentaire totale et/ou liée au grignotage et entraînent un gain de poids (Spaeth et al. 2013; Reutrakul et al. Metabolism 2018). Une durée de sommeil insuffisante limiterait également l'efficacité d'un régime hypocalorique (Nedeltcheva Ann. Int. Med. 2010). D'autres mécanismes sont susceptibles d'intervenir pour favoriser la prise de poids et altérer le métabolisme glucidique en cas de sommeil réduit, notamment la diminution de la tolérance au glucose et de la sensibilité à l'insuline, et l'élévation de la balance sympatho-vagale cardiaque, des marqueurs pro-inflammatoires et des taux de cortisol en soirée (Spiegel et al. Lancet 1999; Reutrakul et al. Metabolism 2018).

S'il commence à être reconnu qu'un déficit de sommeil favoriserait le développement et aggraverait la sévérité des maladies métaboliques, il reste à présent à déterminer si des stratégies visant à optimiser le sommeil pourraient avoir des effets préventifs et/ou thérapeutiques dans ces maladies. Dans ce cadre, nous présenterons des résultats obtenus récemment chez des grands adolescents qui montrent qu'une extension de sommeil chez des petits dormeurs obèses pourrait avoir des effets bénéfiques sur la prise alimentaire et le métabolisme glucidique.

Pour finir, quelques règles simples à respecter pour favoriser un bon sommeil : dormir à heures fixes, ne pas regarder d'écran au moins une heure avant de dormir (ou installer des utilitaires qui limitent la lumière bleue ; ex : f.lux), ne pas faire d'exercice physique peu avant de se coucher, limiter les activités extra-scolaires en fin de journée, dormir dans un lieu sombre, frais (+/- 18°C) et silencieux, bouger et s'exposer à la lumière du jour dès que possible après le réveil.

Karine Spiegel, PhD Centre de recherche en neurosciences de Lyon Inserm U1028 – CNRS UMR 5292 – Université Claude Bernard Lyon

karine.spiegel@univ-lyon1.fr



Table ronde IV

Épidémie de myopie et exposition aux écrans : mythe ou réalité ?

Dr Cécile Delcourt, épidémiologiste, Audrey Cougnard-Grégoire, ingénieur d'étude Inserm, Bordeaux

La prévalence de la myopie est en forte augmentation au niveau mondial. Chez les enfants, des modes de vie combinant faible temps passé à l'extérieur et durée importante d'exposition à la vision de près (lecture, écriture, visualisation d'écrans) sont associés à un risque plus important de myopie. Il apparaît central de recommander un temps d'activités à l'extérieur (jeux, activités sportives) d'au moins 2 heures par jour chez les enfants et les adolescents.

La myopie est le trouble de la vision le plus fréquent au monde. Elle se caractérise par une vision nette de près et floue de loin. Ceci est dû au fait qu'un œil myope est plus long qu'un œil normal, que le cristallin est trop convergent ou la courbure cornéenne trop importante. La myopie apparait généralement au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Elle évolue jusqu'au début de l'âge adulte où elle tend à se stabiliser, excepté pour certaines myopies fortes qui évoluent toute la vie. Après l'âge de 6 ans, la courbure cornéenne ne change plus et l'apparition de la myopie et sa progression est donc consécutive à l'élongation du globe oculaire (mesurée par sa longueur axiale).

On estime actuellement que plus de 23 % de la population mondiale souffre de myopie soient environ 1,4 milliard de personnes, dont 163 millions atteintes de myopie forte (2,7 % de la population mondiale). On observe une véritable épidémie de myopie dans les pays d'Asie de l'est où la myopie atteint désormais 80 % des jeunes adultes. Il existe également une tendance à l'augmentation dans les pays occidentaux où la myopie atteint près de la moitié des jeunes adultes, comme nous l'avons confirmé dans une méta-analyse européenne. On estime qu'en 2050, près de la moitié de la population mondiale sera touchée par la myopie soit plus de 4 milliards de personnes dont 938 millions seront atteintes de myopie forte (soient 9,8 % de la population mondiale).

Cette augmentation est préoccupante car même si la myopie peut être corrigée par des lunettes adaptées, des verres de contact, ou par la chirurgie réfractive, la forte prévalence de la myopie pose le défi d'apporter une correction appropriée au grand nombre de personnes qui en ont actuellement besoin. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a rapporté que l'erreur de réfraction non corrigée est actuellement la principale cause de déficience visuelle dans le monde. En France, les modalités de remboursement des corrections optiques ont changé récemment, afin de limiter le reste à charge pour le patient, estimé à 1,48 milliards d'euros en 2015 (DREES). De plus, la myopie forte est directement ou indirectement associée à de nombreuses complications oculaires (décollement de rétine, glaucome, cataracte...), pouvant entraîner une baisse de vision permanente.

Depuis le début des années 2000, des études ont révélé que le temps passé à l'extérieur durant l'enfance et l'adolescence serait protecteur contre la myopie. L'activité en plein air

Table ronde IV

retarderait le développement de la myopie du fait de l'exposition à la lumière naturelle et notamment aux rayons ultra-violets. Le mécanisme biologique à l'origine de cet effet protecteur serait lié à la sécrétion de la dopamine, qui est connue comme ayant un effet inhibiteur sur la croissance oculaire et dont la sécrétion au niveau rétinien est stimulée par la lumière. L'effet protecteur du temps passé à l'extérieur a été confirmé par des essais randomisés réalisés en Chine, ainsi qu'un programme de prévention à Singapour, qui a permis d'inverser la tendance temporelle d'augmentation de prévalence de la myopie. A l'inverse, le temps passé à l'intérieur et à regarder à des distances réduites favoriseraient l'apparition et/ou la progression de la myopie. De nombreuses études ont ainsi mis en évidence une association forte du risque de myopie avec le nombre d'heures passées à lire. La myopie est également associée au niveau d'éducation, et s'aggrave souvent lors des études supérieures, probablement en raison de l'allongement du temps passé à étudier. Les systèmes scolaires fortement exigeants dès le plus jeune âge (comme observés en Asie du Sud-Est) ont également été mis en cause. Depuis ces dernières décennies, l'exposition à de nouveaux écrans de type ordinateur, tablettes numériques et

smartphones dont la distance œil-écran est de plus en plus faible (ordinateur 50 cm, tablette 30 cm, smartphone 20 cm) a fortement augmenté. Encore peu d'études ont intégré ce facteur d'exposition spécifique, avec des résultats hétérogènes, mais il est probable que son effet s'ajoute à celui des autres expositions à la vision de près, entraînant un excès d'accommodation du cristallin qui pourrait avoir une influence sur la croissance

de la longueur axiale de l'œil. En conclusion, les changements de mode de vie des enfants des pays industrialisés au cours des dernières décennies ont certainement contribué à l'augmentation de la prévalence de la myopie. Chez les enfants, des modes de vie combinant faible temps passé à l'extérieur et durée importante d'exposition à la vision de près (lecture, écriture, visualisation d'écrans) sont associés à risque plus important de myopie. Il apparaît central de recommander un temps d'activités à l'extérieur (jeux, activités sportives) d'au moins 2 heures par jour chez les enfants et les adolescents, tout en respectant les recommandations permettant d'éviter une exposition excessive aux ultraviolets solaires (port de chapeau et de lunettes de soleil, pas d'exposition entre midi et 16 heures en été).

Cécile Delcourt et Audrey Cougnard-Grégoire Bordeaux Population Health Research Center – UMR1219 Inserm-Université de Bordeaux cecile.delcourt@u-bordeaux.fr

Table ronde IV

TDA/H Spécifique ou environnemental ? Le symptôme ou l'individu ?

Pr Manuel Bouvard, Pédopsychiatre Bordeaux

Unité universitaire d'hospitalisation pour enfants et adolescents (UUHEA) CHU de Bordeaux mbouvard@ch-perrens.fr

Cocyntal

Le 1^{er} médicament* contre les coliques du nourrisson et du nouveau-né

Médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans le traitement des coliques du nourrisson et du nouveau-né (douleurs abdominales, gaz intestinaux, agitation).



- Unidose stérile, pratique à transporter et à administrer
- Dès la naissance
- Goût neutre
- Sans interaction médicamenteuse connue
- Sans effet secondaire connu

UNE FORMULE UNIQUE POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES SYMPTÔMES:

- Carbo vegetabilis 5CH : Coliques avec gaz et flatulences, notamment après le repas. Douleurs et tensions de l'abdomen accompagnées de pleurs.
- **Colocynthis 9CH**: Coliques spasmodiques améliorées par la position pliée en deux. Douleurs abdominales accompagnées de colère, d'agitation (flexion des cuisses).
- Cuprum metallicum 5CH: Douleurs abdominales intenses avec crampes et spasmes, parfois accompagnées de hoquet.

0 810 809 810 Service 0,05 €/min + prix appel

www.boiron-pro.fr

Cocyntal®, solution buvable en récipient unidose. Médicament non soumis à prescription médicale. Non remboursé Sécurité Sociale. Non agréé aux collectivités. Pour une information complète, consultez le résumé des caractéristiques du produit sur la base de données publique du médicament: http://base-donnees-publique.medicaments. gouv.fr Visa: 20/07/64944585/PW/001



Conférence I

Modérateur: Dr François-Marie Caron (Amiens)

Bien vivre avec les écrans et les robots

Dr Serge Tisseron (Paris)

Conférence II

Modératrice : Dr Catherine Salinier

Analyse des résultats de l'étude ELFE sur l'environnement de l'enfant français jusqu'à 2 ans.

Dr Marie-Aline Charles (Paris)

Conférence I

(Bien) vivre avec les écrans... et les robots

Serge Tisseron, Psychiatre

Le développement des technologies numériques a entraîné une révolution anthropologique majeure en nous faisant passer brutalement d'une culture du livre à une culture des écrans. Les bouleversements qui en résultent concernent tous les domaines : le rapport aux savoirs, aux apprentissages, à l'identité et à la création des liens. Dans le domaine éducatif, cette nouvelle culture crée chaque jour de nouveaux impératifs, et dans le domaine de l'emploi, elle a d'ores et déjà bouleversé la relation au temps, à l'espace et au commandement. A chaque fois, les écrans peuvent être utilisés pour le meilleur comme pour le pire, mais nos enfants auront d'autant plus de chance de savoir les utiliser pour le meilleur que nous saurons les introduire dans leur vie au bon moment et de la bonne façon. J'ai proposé pour cela en 2008 les repères « 3-6-9-12 », comme une façon de fonder une indispensable diététique des écrans.

Mais une autre révolution se prépare : celle de la robotique. Elle porte d'immenses espoirs, mais aussi de nombreux risques. Elle s'imposera d'abord à nous par la présence de machines parlantes dont nos actuelles enceintes connectées ne sont qu'un pauvre brouillon. Or la voix est une dimension spécifique de la communication interhumaine. La preuve en est que sa seule introduction dans une machine, à l'exclusion de tout autre changement, suffit à induire chez ses utilisateurs l'illusion qu'elle posséderait une véritable personnalité. C'est pourquoi ces agents artificiels vont générer des liens d'attachement sans commune mesure avec les objets précédents.

La logique serait donc d'être prudents dans leur introduction. Pourtant, aux États Unis, Google et Amazon proposent aux parents de remplacer les écrans jugés toxiques pour leurs jeunes enfants par un robot conversationnel, sous prétexte qu'il « parle ». Le problème est que ces machines présentent exactement les mêmes risques que les écrans : tenir les enfants à l'écart d'échange de paroles et de mimiques avec des humains, réduire leur motricité corporelle et manuelle, et conditionner leurs capacités de concentration à une relance permanente de leur attention. Mais les machines parlantes ajoutent à cette liste un risque supplémentaire : capturer tous les échanges de l'enfant avec la machine, mais aussi tous ceux qui se déroulent autour d'elle, et cela même s'ils ne lui sont pas spécifiquement adressés, dans le but de les agréger aux immenses bases de données que les fabricants de ces machines constituent sur chacun d'entre nous. C'est pourquoi il nous faudra apprendre à les considérer à la fois comme nos meilleurs amis pour tous les services qu'elles pourront nous rendre, et comme des mouchards zélés.

Mais ces menaces sur l'intimité ne sont qu'un élément parmi beaucoup d'autres de la façon dont ces machines vont peu à peu nous transformer. Tout d'abord, dans la mesure où elles seront toujours disponibles, attentives et compréhensives, nous risquons de devenir intolérants aux humains qui ne nous sembleraient pas capables de la même

Conférence I

qualité d'attention à notre égard. Certaines personnes pourraient même préférer leur assistant conversationnel à des humains ayant tendance à les contredire ou à parler d'euxmêmes plutôt que les écouter. En outre, leurs utilisateurs risquent de se replier toujours plus sur leurs centres d'intérêts personnels, dans un discours qui tourne en rond. On a beaucoup parlé des œillères que nous imposent Google et Facebook en nous proposant sans cesse des activités et des divertissements calés sur nos choix du passé. Ce n'est rien comparé aux œillères que nous fabriqueront nos machines parlantes, personnelles ou familiales.

Ces objets seront donc, avec la réalité virtuelle, la probable prochaine « potion d'oubli ». Si nous commençons à utiliser les robots conversationnels pour oublier une déception professionnelle ou amoureuse, nous risquons d'oublier tout le reste : amis, famille, avenir... Et nous risquons aussi d'oublier que ces machines sont connectées en permanence à leur fabricant, qu'elles n'éprouvent ni émotions, ni souffrances, qu'elles nous imposent les solutions de leurs programmeurs. Certains d'entre nous pourraient même finir par les voir comme des modèles possibles pour l'homme, au point d'attendre de lui les mêmes qualités de régularité, de fiabilité... et de simulation. La prévention de ces risques passe par des mesures à la fois législatives, technologiques et éducatives. Mais aussi par une extrême vigilance de chacun.

Et pour cela, apprenons à nous demander, à chaque fois que nous utilisons un outil numérique, si c'est le plaisir que nous y trouvons qui nous retient, ou bien si c'est le désir d'oublier quelque chose qui nous accable. Il est normal de chercher à fuir ponctuellement une difficulté dans une activité qui accapare l'esprit, mais lorsque cela se reproduit régulièrement, il y a danger ! C'est pourquoi il nous faut commencer à réfléchir dès maintenant à la place spécifique que pourraient prendre ces machines dans nos vies. Dans les domaines thérapeutiques, veillons notamment à faire en sorte qu'elles ne remplacent jamais les humains, mais qu'elles permettent à ceux-ci de faire mieux, et dans de meilleures conditions, ce qu'ils faisaient jusque-là sans elles. Avant de vouloir former les personnels soignants à l'utilisation des robots, cherchons également à comprendre comment ils les perçoivent spontanément et comment ils les intègrent dans leurs comportements. La relation à l'humain doit rester partout prépondérante.

Si nous n'y prenons pas garde, le monde peut devenir de plus en plus déshumanisé, mais il sera difficile de nous en apercevoir tant il paraîtra plein d'affection et de bienveillance... Celles des machines de compagnie bien sûr

Serge Tisseron, psychiatre, membre de l'Académie des technologies, docteur en psychologie habilité à diriger des recherches en Sciences Humaines cliniques, a reçu en 2013 à Washington un Award « For Outstanding Achievement » du Family Online Safety Institute (FOSI) pour ses travaux sur les jeunes et Internet. www.sergetisseron.com

Derniers ouvrages sur le sujet

- 3-6-9-12, apprivoiser les écrans et grandir (Ed. éres),
- Le jour où mon robot m'aimera : vers l'empathie artificielle (Albin Michel »)
- L'Emprise insidieuse des machines parlantes, plus jamais seul (Ed. LLL).

Conférence II

L'environnement des enfants jusqu'à 2 ans. Résultats de la cohorte nationale d'enfants Elfe

M-Aline Charles, Aubervilliers

La cohorte nationale d'enfants Elfe a inclus, en 2011, 18 300 enfants nés en France métropolitaine pour les suivre jusqu'à l'âge adulte. Les informations collectées ont permis de caractériser leur environnement intra-utérin puis leur environnement familial, leur alimentation et leurs expositions au cours des deux premières années. Quelques exemples des relations entre ces expositions et leur santé sont présentés.

En 2011, 18 000 familles ont accepté, à la naissance de leur enfant, de faire partie d'une grande étude nationale sur la santé, le développement et la socialisation des enfants. La cohorte Elfe (1) (pour Etude longitudinale française depuis l'enfance, pilotée par l'Institut nationale d'étude démographique –lned- et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale –lnserm-), première étude en France de cette envergure, débutait avec l'ambition de suivre ces enfants jusqu'à l'âge adulte. Ces familles représentaient 49 % de celles éligibles. Depuis, elles répondent régulièrement à des questionnaires, ont accepté une visite à leur domicile, des prélèvements biologiques, la transmission d'informations sur leur enfant par le médecin traitant, la PMI lors du bilan de santé en maternelle ou encore l'enseignant de leur enfant. Grâce à des informations en provenance de l'état civil et d'autres sources nationales, les données descriptives de cet échantillon d'enfants sont redressées de façon à compenser l'absence des familles qui ont refusé l'inclusion dans l'étude ou qui, plus tard cessent de d'y prendre part, pour pouvoir fournir des statistiques nationales.

Que savons-nous grâce à *Elfe* sur l'environnement de cette génération d'enfants des années 2010 ?

Les informations collectées sur la grossesse ont permis de caractériser leur environnement intra-utérin (1): nutritionnel (8 % avaient une mère maigre et 11 % une mère souffrant d'obésité) métabolique (7,5 % de diabète gestationnel) ou toxique (22 % de tabac pendant la grossesse, expositions, utilisation d'au moins un pesticide au domicile dans 47 % des cas(2)); et le suivi des enfants nous renseigne sur les conséquences potentielles: le tabac maternel pendant la grossesse augmente le risque d'enfant de petit poids à la naissance mais à partir de l'âge de 6 mois ces enfants ont un risque accru de présenter un indice de masse corporelle ≥ 90° percentile pour leur sexe selon les références OMS comparé à ceux de mères non fumeuses, et ce après prise en compte de nombreux facteurs de confusion potentiels.

A la naissance, 70 % des enfants ont été allaités mais ils n'étaient plus qu'un tiers à recevoir du lait maternel à 4 mois (3). La diversification alimentaire a débuté avant 4 mois pour 26 % d'entre eux. Malgré des progrès notables dans les dernières décennies la France reste un des pays avec le plus faible taux d'initiation et la plus courte durée d'allaitement. Même dans ces conditions, on observe que les enfants qui ont été allaités moins d'un mois ont été plus souvent hospitalisés pour des infections digestives que les autres et que

Conférence II

globalement les enfants allaités ont moins souvent reçu des antibiotiques au cours des deux premières années de vie, toujours après prise en compte de nombreux facteurs de confusion (4).

Le congé de paternité permet aux pères de s'investir dans les soins aux nouveau-nés : 70 % des pères de ces enfants en ont profité et ceux qui l'ont pris tôt, juste après la naissance, sont restés plus impliqué dans les soins à l'enfant (mais pas dans les tâches ménagères..) deux ans plus tard (5). Le niveau d'instruction des parents de cette génération d'enfants est plus élevé que celui des précédentes : 52 % des mères ont un diplôme de niveau universitaire. Mais les différences socioéconomiques persistent et affectent toujours de façon notable le développement des enfants. A deux ans, sur un test de 100 mots, le nombre de mots connus pour les enfants de mères ayant un niveau d'instruction ≤ BEPC était en moyenne de 10 mots inférieurs à ceux dont la mère avait un diplôme supérieur à bac+2. Cet écart était réduit en cas de de mode de garde collectif (6). Pour cette génération, la télévision est restée l'écran auguel ils ont été majoritairement exposés dans leur petite enfance: 87 % des enfants la regardait à deux ans avec un âge de début en moyenne à 15 mois (7). A deux ans, l'utilisation des écrans quels qu'ils soient est associée à plus de difficultés d'endormissement. Parmi les enfants dont les parents déclarent des difficultés fréquentes, 67 % regardent la télé quotidiennement, 12 % sont devant un smartphone et 14 % devant une tablette ou ordinateur quotidiennement alors ces mêmes fréquences étaient de 61 %, 7 % et 8 % lorsqu'aucune difficulté n'est rapportée.

La description des associations entre ces éléments de l'environnement précoce (et bien d'autres) et le développement et la santé des enfants mais aussi leurs parcours scolaires et leur qualité de vie est l'objectif majeur de la cohorte *Elfe*. Le but est de fournir à tous les acteurs impliqués des éléments objectifs pour les actions et politiques envers les jeunes enfants.

- 1- Charles MA, Thierry X, Lanoe JL, Bois C, Dufourg MN, Popa R, et al. Cohort Profile: The French national cohort of children (ELFE): birth to 5 years. Int J Epidemiol. 2020;49(2):368-9j.
- 2- Cognez N, Warembourg Ć, Zaros Ć, Metten MA, Bouvier G, Garlantezec R, et al. Residential sources of pesticide exposure during pregnancy and the risks of hypospadias and cryptorchidism: the French ELFE birth cohort. Occup Environ Med. 2019;76(9):672-9.
- 3- Tichit C, Kersuzan C, Dhuot R, Gojard S, Nicklaus S, Bournez M, et al. Structuration sociale de l'alimentation périnatale en France. Synthèse des résultats de la cohorte Elfe. Revue des politiques sociales et familiales. 2019(129–130):115–21.
- 4– Davisse-Paturet C, Adel-Patient K, Divaret-Chauveau A, Pierson J, Lioret S, Cheminat M, et al. Breastfeeding Status and Duration and Infections, Hospitalizations for Infections, and Antibiotic Use in the First Two Years of Life in the ELFE Cohort. Nutrients. 2019:11(7)
- 5– Pailhé A, Solaz A, Tô M. Can Daddies Learn How to Change Nappies? Evidence from a Short Paternity Leave Policy. Working Papers 240, French Institute for Demographic Studies. 2018.
- 6- Grobon S, Panico L, Solaz A. Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans. Bull Epidémiol Hebd. 2019;1:2-9.
- 7- Octobre S, Nathalie B. Enfants et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de la cohorte Elfe Culture Etudes. 2019:32 p.

M-Aline Charles, Directrice de l'unité mixte ined inserm Elfe, Aubervilliers France. marie-aline.charles@inserm.fr



SANTÉ - ALIMENTATION - SOMMEIL - DÉVELOPPEMENT - PARENTALITÉ

160 experts

600 articles

10 000 réponses

Pour des parents bien informés.











Ateliers

A1- Maladies infectieuses tropicales bientôt chez nous?

Expert: Dr Arnaud Desclaux (Bordeaux)

Animateur : Dr Olivier Puel

A2- L'enfant anxieux : quelles thérapies proposer ? Pscyhothérapie, EMDR, TCC, \ldots)

Expert: Dr Louis Tandonnet (Agen) Animatrice: Dr Catherine Salinier

A3- Mesure de la pression artérielle chez l'enfant : pour qui, pourquoi, comment ?

Experte : Dr Brigitte Llanas, Pr Jérôme Harambat (Bordeaux)

Animatrice: Dr Sybille Pelras

A4- Atelier santé environnementale nesting : testez vos connaissances

Experte : Rachel Cornu (Bordeaux) Animatrice : Dr Marie-Hélène Cavert

A5- Dermo-cosmétologie : que peut-on encore prescrire en pédiatrie ?

Experte: Dr Lucile Boursault (Bordeaux)

Animatrice: Dr Agnès Mercier

A6- Dentisterie pédiatrique : ce que le pédiatre doit savoir

Experte: Dr Javotte Nancy (Bordeaux) Animatrice: Dr Karine Le Bourgeois Dehail

A7- Problématiques d'identité et de genre : comment s'y retrouver

Experte : Dr Valérie Adrian (Bordeaux) Animatrice : Dr Aurélie Lacoste

A9- Harcèlement scolaire et sur les réseaux sociaux : comment dépister, comment réagir ?

Experte: Dr Clarissa Dubost (Bordeaux) Animatrice: Dr Nora Traimond

Ateliers

Maladies infectieuses tropicales : bientôt chez nous ?

Dr Arnaud Desclaux, Bordeaux

L'émergence désigne l'apparition d'une maladie dans une population. Ce phénomène, qui s'applique à l'ensemble des pathologies humaines, est le fruit d'une dynamique complexe qui met en jeu l'Homme, son environnement et l'influence qu'il exerce sur ce dernier.

La disparition des maladies infectieuses prédite dans les années 1950, à la faveur d'un arsenal antibiotique et vaccinal qui semblait alors suffisant, n'a pas eu lieu. La pandémie liée au virus de l'immunodéficience humaine illustre la complexité de l'émergence : un hypothétique rétrovirus « ancestral » dont le réservoir est animal s'est adapté à l'Homme à la faveur de pratiques telles que la chasse, le commerce, la domestication des primates ou l'expansion de la production agricole exposant humains et singes à intensifier leurs interactions. Une première transmission humaine est ainsi suspectée entre 1900 et 1930 dans une zone rurale d'Afrique équatoriale. L'introduction du virus dans les zones urbanisées du Congo et du Cameroun, à la faveur d'une accélération des échanges commerciaux amorcée par le monde colonial, a probablement permis la diffusion du pathogène dans une plus large population. Le caractère asymptomatique de l'infection dans sa phase chronique a amplifié cette diffusion, localement et dans toutes les zones géographiques du monde. Enfin, des facteurs comportementaux (pratiques sexuelles, conduites addictives) ont façonné l'évolution de la pandémie.

Si les infections émergentes n'ont pas de frontière taxonomique, les virus représentent la menace la plus concrète à la santé publique internationale. Outre les viroses respiratoires émergentes qui ont montré leur capacité à diffuser de façon brutale et à une échelle jusqu'alors jamais vue avec le SARS-CoV-2, une attention particulière s'est portée sur les arboviroses. Ces virus qui sévissent dans les zones tropicales ont la particularité d'être transmis par un arthropode vecteur, dont la capacité à s'installer dans un écosystème donné va déterminer le risque d'y voir se développer les maladies qu'il est capable de porter.

Ainsi en France a-t-on vu s'implanter de façon pérenne le moustique tigre, *Aedes albopictus*, dans une grande partie des départements de la métropole, et avec lui le risque de voir émerger des cas autochtones de chikungunya, dengue ou zika. *Culex*, moustique commun largement présent dans nos contrées, est capable de porter un autre virus de la famille des *Flaviviridae* (qui comprend la fièvre jaune, la dengue, zika), le virus West Nile. Cette arbovirose tropicale et neurotrope par excellence s'est progressivement implantée aux Etats-Unis à la fin des années 1990 et est aujourd'hui endémique du continent nord-Américain. Elle est responsable depuis quelques années d'épidémies estivales en Europe, aux portes de la France, et ne devrait pas, dans les années à venir, nous « épargner ».

Ateliers

Nous essaierons au cours de cet atelier d'appréhender ces « menaces » qui nous guettent en abordant des aspects historiques, cliniques, épidémiologiques et de santé publique.

Service des Maladies infectieuses et tropicales Unité santé voyages et maladies tropicales CHU de Bordeaux arnaud.desclaux@chu-bordeaux.fr

Céliagest: une formule pour les troubles

digestifs bénins hauts et bas





Epaissi à l'amidon (100% Maïs)

Fibres FOS/GOS

Probiotiques Bb12

Lipides Laitiers



Avis important: le lait maternel est le meilleur aliment pour le nourrisson. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement maternel. Les préparations infantiles sont destinées à remplacer l'allaitement maternel quand celui-ci n'est pas possible, est arrêté prématurément ou doit être complété. Il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter et l'allaitement mixte peut gêner l'allaitement au sein. Les implications socio-économiques devraient être prises en compte dans le choix de la méthode d'allaitement. Il est important de respecter les indications de préparation et d'utilisation des préparations infantiles et de suivre les conseils du corps médical concernant l'alimentation du nourrisson. Une utilisation incorrecte de la préparation pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant.

Ateliers

Anxiété chez l'enfant et l'adolescent

Dr Louis Tandonnet, pédopsychiatre, Agen

Face aux troubles anxieux de l'enfant, la décision clinique repose sur l'association des approches nosographique, développementale et psychodynamique. Un cadre psychothérapeutique peut alors être posé, intégrant différentes dimensions : urgence, densité, approche uni- ou pluri-focale, choix d'une psychothérapie. Les différentes psychothérapies se rejoignent autour de grands « facteurs communs » comme la capacité du thérapeute à ajuster son cadre au niveau développemental et aux besoins relationnels de l'enfant. Secondairement, les déterminants sur lesquelles se « focalisent » chacune des approches psychothérapeutiques peuvent aussi entrer en compte pour orienter les familles. Finalement, les antidepresseurs sérotoninergiques sont à réserver aux cas sévères ou résistants.

Les troubles anxieux et dépressifs dominent les causes de morbi-mortalité de l'enfant en France. Les classifications internationales individualisent 8 syndromes anxieux dans leur forme chronique: le trouble angoisse de séparation, les phobies spécifiques, l'anxiété généralisée, la phobie sociale, le trouble panique, les syndromes de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel compulsif, le mutisme sélectif. La validité de ces catégories repose en grande partie sur l'efficacité thérapeutique des antidépresseurs dans les manifestations anxieuses de l'adulte. Or, chez l'enfant, les traitements psychothérapeutiques sont à privilégier. De surcroît, la répétition de manifestations symptomatiques sur une même modalité spécifique ne se confirme que chez le grand adolescent et l'adulte jeune. Plus tôt, chez l'enfant, les manifestations anxieuses apparaissent rarement de manière isolée: la présence de comorbidités est la règle. L'affect anxieux accompagne la majorité des émergences psychopathologiques qu'elles soient internalisées (inhibition, obsessions, dépression, dépersonnalisation), externalisées (instabilité, agitation, irritabilité, suicidalité) ou à expression somatique (troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire).

Pour intégrer cette complexité, le clinicien doit associer à l'identification des syndromes.- nature, intensité, durée -, l'influence réciproque qu'ils entretiennent avec trois autres domaines.

- 1- Le développement de l'enfant sur un plan corporel, cognitif, affectif et relationnel. Chaque âge voit émerger des manifestations anxieuses développementales, de nouvelles structures et confronte à de nouvelles « tâches développementales » que le sujet résout en mobilisant des stratégies propres.
- 2- Son fonctionnement de personnalité
 Sa conscience de soi et de soi en relation, sa capacité à réguler son expérience interne, son fonctionnement défensif, l'organisation et le style de sa personnalité.
- 3- Le contexte, l'environnement relationnel et communicationnel

Ateliers

Ce regard croisé nosographique, développemental et psychodynamique permet de poser un cadre psychothérapeutique : urgence, densité des soins, approche uni-focale ou plurifocale, et enfin choix du type de psychothérapie.

Concernant le choix de la psychothérapie, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) semblent au premier abord les mieux documentées par les études d'efficacité. Cependant, les données « d'effectivité » apparaissent plus intégratives. D'abord, une série de « facteurs communs » rassemblent les trois grands types de thérapies : TCC, thérapies d'inspiration psychanalytiques ou et thérapies issues de l'école de Palo-Alto. On peut souligner notamment l'importance de l'adaptation du cadre thérapeutique au développement de l'enfant et l'habileté du thérapeute à se réajuster en permanence sur le plan relationnel. Finalement, chacune de ces approches se spécifie tout de même en se « focalisant » sur un ou plusieurs aspects du processus thérapeutique. Chacun d'eux a ses propres exigences et peut correspondre pour un patient à une croyance, une attente, une théorie de la maladie, un stade motivationnel, une disponibilité. C'est ce qui amène à privilégier une approche sur une autre.

La pharmacothérapie ne sera utilisée qu'en 2^e intention, dans les cas sévères ou résistants, avec les inhibiteurs de recapture de la sérotonine. La sécurité de cette prescription repose sur l'information, la vérification des traits d'impulsivité et la sécurisation du contexte relationnel.

Nous illustrerons cette démarche à partir de tableaux divers : troubles obsessionnels compulsifs de l'enfance, refus scolaire anxieux de l'adolescent, expression somatique masquant un état de stress post-traumatique.

Louis Tandonnet, Pédopsychiatre, PH chef des pôles psychiatrie de l'enfant et psychiatrie de l'adolescent, CHD La Candélie, Agen ; Secrétaire général de la Société française de psychiatrie de l'enfant et adolescent et disciplines associées - Sfpeada. louis.tandonnet@hotmail.fr

Parrainage



Ateliers

La TA chez l'enfant : pour qui, pour quoi, comment ?

Pr Jérôme Harambat, Dr Brigitte Llanas, pédiatres néphrologues, Bordeaux

Introduction / Points essentiels

- L'hypertension artérielle (HTA), est rare dans la population pédiatrique, elle se définit à partir de normes de pression artérielle établies en fonction de la taille et du sexe de l'enfant. On parle d'HTA lorsque la pression artérielle systolique et/ou diastolique est supérieure au 95° percentile.
- L'hypertension artérielle (HTA) maligne définie comme une HTA sévère avec souffrance viscérale est grave et peut mettre en jeu le pronostic vital.
- Une HTA dans l'enfance et l'adolescence est un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte, et doit être dépistée et traitée précocement.
- Contrairement à l'HTA chez l'adulte, elle est rarement essentielle et une étiologie doit toujours être cherchée.

Pour qui la mesure de la pression artérielle ?

La mesure de la PA doit faire partie systématiquement de l'examen clinique de tout enfant de 3 ans ou plus, vu dans le cadre d'une consultation médicale avec, au minimum, une mesure annuelle. Une attention particulière doit être portée aux sujets à risque de développer une HTA (tableau 1). Il faut aussi prendre la PA en cas de point d'appel clinique particulier (tableau 2). Avant l'âge de 3 ans, la PA est mesurée de manière systématique s'il existe des circonstances particulières.

Tableau 1. Situations nécessitant une surveillance de la pression artérielle

- Antécédent de prématurité ou de RCIU ou de pathologie néonatale ayant nécessité une surveillance en soins continus
- Tous signes urinaires, pathologie uro-néphrologique ou antécédents familiaux d'HTA ou de maladie rénale congénitale
- Prise de médicament connu pour augmenter la PA
- Néoplasie
- Transplantation d'organe solide ou greffe de moelle osseuse
- Cardiopathie congénitale
- Pathologie systémique connue pour être associée à un risque d'HTA
- Obésité

Ateliers

Tableau 2. Points d'appel cliniques devant faire suspecter une hypertension artérielle

- Signes d'hypertension intracrânienne
- Céphalées
- Epistaxis
- Vertiges
- Paralysie faciale
- Acouphènes
- Douleurs abdominales
- Dyspnée
- Cassure de la croissance, anorexie, amaigrissement
- Troubles du sommeil, agitation, hyperexcitabilité
- Crise aigüe : défaillance cardiaque (nouveau-nés et nourrissons surtout), convulsion,

hémorragie cérébrale ou rétinienne

Pourquoi prendre la pression artérielle?

Il est important de dépister et de prendre en charge toute HTA de l'enfant. En effet, la gravité et la rapidité évolutive chez l'enfant de l'HTA symptomatique ou compliquée peuvent entraver le pronostic vital et il s'agit dans ce cas là d'une urgence thérapeutique. Par ailleurs, il est bien connu que les enfants hypertendus souffriront dans la plupart des cas d'une HTA à l'âge adulte également (phénomène dit de « tracking »). La durée d'évolution cumulée d'une HTA non traitée étant déterminante quant à l'âge de la manifestation et la gravité de l'atteinte cardiovasculaire ultérieure, un diagnostic précoce ainsi qu'un traitement efficace de l'HTA dans l'enfance apportent une contribution décisive au maintien de la santé cardiovasculaire.

Comment prendre la pression artérielle ?

• La mesure de la pression artérielle est plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte, elle nécessite de disposer de matériel adapté. Le brassard utilisé doit être adapté à la taille du bras de l'enfant et recouvrir 2/3 de son bras (Tableau 3).

Tableau 3. Recommandations de taille des brassards à tension

Age	Largeur (cm)	Longueur (cm)	Circonférence maximale du bas par taille de brassard (cm)
Nouveau-né	4	8	10
Nourrisson	6	12	15
Enfant	9	18	22
Adolescent	10	24	26
Jeune adulte	13	30	34
Obèse	16	38	44

• Les deux méthodes non invasives de mesure de la PA sont la méthode auscultatoire et la méthode oscillométrique.

Ateliers

• Il existe des abaques de PA basées sur le sexe et la taille de l'enfant et on retient le diagnostic d'HTA pour des valeurs > 95° percentile de ces courbes américaines.

En pratique, quelques repères pour affirmer une HTA

Nouveau-né : $PA \ge 95/65$ 2 mois – 2 ans : $PA \ge 115/75$ 3 ans – 10 ans : $PA \ge 130/80$ A partir de 11 ans : $PA \ge 140/90$

Conclusion

Mesurer correctement la pression artérielle avec du matériel adapté, diagnostiquer précisément et traiter précocement une hypertension artérielle chez l'enfant sont des enjeux primordiaux pour le pronostic vital parfois, et pour la santé cardiovasculaire à long terme.

Jérôme Harambat, PU-PH, Brigitte Llanas, PH Service de pédiatrie, unité de néphrologie pédiatrique, Hôpital Pellegrin-Enfants, CHU de Bordeaux, place Amélie Raba Léon, 33076 Bordeaux jerome.harambat@chu-bordeaux.fr brigitte.llanas@chu-bordeaux.fr

Parrainage



Ateliers

Atelier de santé environnementale

Rachel Cornu, sage-femme Bordeaux

Nous passons 22 sur 24 heures ou 90 % de notre temps à l'intérieur de nos maisons, de nos lieux de travail, dans les écoles, les lieux de loisirs, dans les commerces et dans les transports. L'air intérieur est 2 à 5 fois plus pollué que l'air extérieur, en polluants biologiques, chimiques et en champs électromagnétiques. Parmi ces polluants, on peut trouver les composés organiques volatils, le plomb, les phtalates, le bisphénol A ou les nanoparticules.

Les enfants sont plus vulnérables que les adultes à l'exposition aux substances chimiques toxiques présentes dans l'environnement intérieur pour plusieurs raisons. Ils sont plus facilement exposés par les voies respiratoires, l'appareil digestif, la peau. Les enfants boivent et mangent plus que les adultes en pourcentage par kg de poids corporel, ce qui augmente leur risque d'exposition à l'eau et aux aliments contaminés. Ils peuvent aussi manger des choses non destinées à la consommation (plomb...).

Les enfants sont aussi plus actifs et explorent davantage leur environnement. Les enfants qui se déplacent à quatre pattes, par exemple, entrent en contact avec des contaminants à travers les poussières sur les sols et les résidus de produits d'entretien chimiques sur les surfaces nettoyées.

Alors que le développement des enfants, de la conception à l'âge adulte suit un ordre précis et bien déterminé, l'exposition à des substances toxiques peut en perturber le cours normal. C'est pourquoi protéger les enfants de ces expositions dès la naissance et préserver leur environnement est un défi pour les parents et les professionnels de santé. Choisir des matériaux et produits sains est important, notamment pour tous les contacts directs ou prolongés avec la peau (vêtements, literie, cosmétiques), les mains-bouches (jouets, revêtements de sols) ou encore pour une meilleure qualité de l'air (mobilier, peinture..).

Voici en résumé les bons gestes à adopter pour créer un environnement plus sain dès la période intra-utérine.

- ▷ Aérer le logement au minimum 10 minutes et si possible plusieurs fois par jour.
- Ne pas fumer à l'intérieur de l'habitation.
- ▷ Planifier les travaux de la chambre de bébé au plus tôt (au moins un mois avant son arrivée).
- ▷ Limiter le nombre de produits ménagers et éviter les parfums d'ambiance (encens, bougies, désodorisants).
- ▷ Privilégier les contenants alimentaires en verre (biberons) et éviter de réchauffer les repas dans des récipients en plastique.

Ateliers

▷ Préférer pour l'enfant l'achat de vêtements plutôt simples sans motifs et imprimés plastifiés, et les laver au moins une fois avant de les mettre en contact avec la peau fragile de l'enfant.

De Laver ou aérer tous les jouets et peluches avant de les donner à l'enfant. □

Description Limiter autant que possible l'exposition des enfants aux champs électromagnétiques. □

Rachel Cornu, sage-femme Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle et animatrice Nesting depuis 2016 rachelcornu@hotmail.fr

Parrainage





CYTELIUM Spray asséchant

La référence des maternités et des pédiatres pour assécher et apaiser les peaux irritées (fesses rouges, zones humides, boutons suintants*, ...).

Formule naturelle haute tolérance (99% d'ingrédients d'origine naturelle).

NOINE RHEALBA A-DERM



Au quotidien et depuis 35 ans, A-DERMA rééquilibre, apaise et répare toutes les peaux fragiles, dont la barrière cutanée est vulnérable. A-DERMA s'engage à leur apporter l'efficacité naturelle de son extrait d'Avoine Rhealba®, cultivée à 100% dans le Sud-Ouest de la France en Agriculture Biologique.

CONÇU et FABRIQUÉ

en FRANCE





CYTELIUM

IRRITATIONS CUTANÉES SKIN IRRITATIONS

Spray asséchant APAISANT

Noumisson, enfont, adulfe

Drying spray SOOTHING

Infants, children, adults

100 ml @

Made in France

* ne remplace pas un antiseptique



Naturellement unique, comme votre peau fragile



Ateliers

Atelier dermatologie

Dr Lucile Boursault, dermato-vénérologue Bordeaux

Les problématiques environnementales font de plus en plus partie de notre quotidien et nos patients nous interrogent à juste titre sur nos pratiques et leurs conséquences. En dermatologie notamment, nos prescriptions de topiques, médicamenteux ou cosmétiques, de solaires, etc. sont passées au crible des applications comme *Yuka* ou *Clean Beauty* et nous devons être en mesure de répondre à leurs questions.

Les perturbateurs endocriniens sont partout dans notre quotidien et transmettre des informations fiables est parfois difficile. La définition d'un perturbateur endocrinien reste complexe tant sur le plan législatif que scientifique. Actuellement, un perturbateur endocrinien est une substance ou un mélange de substances, qui altère les fonctions du système endocrinien et de ce fait induit des effets néfastes dans un organisme intact, chez sa progéniture ou au sein de populations, selon la définition admise par l' OMS depuis 2002.

De très nombreuses molécules, qu'elles soient chimiques ou d'origine naturelle peuvent être incluses dans cette définition, qu'il faut encore pondérer par le fameux effet cocktail, lorsque les organismes sont exposés par de multiples voies (ingestion, inhalation, contact cutané) à des doses infimes de plusieurs composés, dont les effets vont alors varier et peut être se combiner. Il faudra donc comprendre les compositions des topiques mais aussi connaître les emballages ou même les modes de conservation. Les effets seront ensuite encore différents selon les publics (femme enceinte, nouveau-né ou encore peau pathologique).

Les objectifs de cet atelier seront :

- -donner quelques clés de lecture des compositions paraît essentiel dans l'évaluation des produits,
- -ne pas oublier les emballages, avec tous les enjeux écologiques qui en découlent,
- -tenter de vous donner des informations simples et fiables à transmettre ensuite au patient, toujours en discutant la balance bénéfice risque, tout en déjouant les pièges du « naturel » et du marketing d'«origine naturelle », « vegan » etc...

Dr Lucile Boursault, dermato-vénérologue Bordeaux lucile boursault@hotmail.com

Ateliers

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir en dentisterie pédiatrique sans avoir osé le demander

Dr Javotte Nancy - Dr Karine Le Bourgeois-Dehail Bordeaux

Santé globale et santé orale interagissent de façon réciproque et ce, dès le plus jeune âge. En effet, dentures et dentitions participent à la croissance de la face, au développement des comportements nutritionnels, à la maturation des praxies buccales et à la relation par l'esthétique du sourire.

La santé buccodentaire en France est encore trop souvent négligée chez l'enfant.

Tous les professionnels de l'enfance (santé, social, éducation, sportifs...) devraient pouvoir être sensibilisés et mobilisés aux enjeux de ce capital santé particulier qui participe à la qualité de vie des enfants et notamment ceux en situation de précarité et/ou de handicap à l'état bucco-dentaire souvent dégradé.

La santé bucco-dentaire reste un des principaux reflets des disparités et d'inégalités sociales en matière de santé. Un accès à la santé buccodentaire équitable pour tous doit devenir une priorité de santé publique.

Enfin, les dents sont également source de représentations (peur du dentiste), de croyances (fatalité) et de questionnements très divers pour les familles. Ce sont autant de freins empêchant l'entourage de l'enfant d'entrer dans une démarche de prévention.

Trois axes principaux seront développés au cours de cet atelier

- Les traumatismes buccodentaires : que faire ?
- La carie précoce de l'enfance –CPE-, maladie infectieuse évitable, à repérer très tôt pour mieux la soigner.

Elle revêt des conséquences à courts, moyen et long termes :

- . générales (douleurs, infections, dénutrition, perturbation du sommeil ...)
- . buccales (écosystème cariogène, respiration buccale ...)
- . psychologiques (perte de l'estime de soi, stress familial...).
- Les dysplasies amélaires sont des anomalies de structure de l'émail relevant de l'acquis (maladies de la petite enfance, hypominéralisation des incisives et des molaires...) ou de l'héréditaire (amélogénèse imparfaite). Des solutions thérapeutiques suppriment les douleurs et préservent l'émail pour éviter sa destruction progressive.

D'autres points seront évoqués au cours de cet atelier.

- Quelques rappels et généralités (fonctions...)
- Prévention (posture professionnelle, mythes et croyances, poussées dentaires...)
- Anomalies d'éruptions, de formes, de nombres, de structures et de colorations
- Handicap, maltraitance.
- Foire aux questions ...

Ateliers

L'idée est de renforcer les actions d'informations auprès des familles pour que dès l'enfance de « bonnes habitudes » en santé puissent être prises.

L'objectif des apports préventifs et curatifs de la dentisterie pédiatrique est notamment, de préparer la cavité buccale, dont son écosystème, à accueillir la denture définitive.

La santé buccodentaire contribue à la qualité de vie de l'enfant : tous les professionnels de santé de la petite enfance devraient se pencher sur son berceau pour préparer celle de l'adulte.



Dr Javotte Nancy, MCU-PH, odontologie pédiatrique UFR odontologie, CHU Bordeaux j.nancy@mspb.com



Dr Karine Le Bourgeois-Dehail, Pédiatre, Bordeaux lesdehails@hotmail.fr

Ateliers

Transidentités de l'enfant et de l'adolescent : connaître pour comprendre

Dr Valérie Adrian, pédopsychiatre Bordeaux

Depuis plusieurs années, les demandes d'accompagnement des enfants et adolescents concernant la construction de leur identité de genre vont croissant. Ce phénomène s'inscrit dans un mouvement sociétal mondialisé et soutenu par le développement des outils numériques.

Les évolutions classificatoires sont notables comme en témoigne la création d'une nouvelle classification par l'OMS qui détache la dysphorie de genre des troubles psychiatriques. Les critères cliniques de la dysphorie de genre de l'enfant et de l'adolescent guident nos approches diagnostiques et thérapeutiques. Selon le DSM V, la dysphorie de l'enfant se définit comme la « Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois ».

La connaissance des trajectoires développementales de la dysphorie de genre de l'enfant et de l'adolescent est précieuse pour guider les enfants et leurs parents à parcourir les étapes de transition de genre lorsqu'elles sont indiquées. Des consultations dédiées appliquant les recommandations internationales ont été créées. Elles proposent une approche pluridisciplinaire combinant l'intervention de psychiatres, psychologues, endocrinologues. Les étapes de l'évaluation clinique psychiatrique et somatique puis l'élaboration d'un projet personnel d'accompagnement suivent des étapes adaptées au retentissement de la dysphorie de genre, à l'âge du patient, à l'existence de formes complexes (comorbidités psychiatriques).

Les principales étapes de la transition de genre sont : la transition sociale, l'hormonothérapie (suppression de puberté ou réassignation hormonale) et la réassignation chirurgicale.

Dans l'atelier nous discuterons les éléments de compréhension de la culture des transidentités dans son évolution actuelle en détaillant plus particulièrement la spécificité du rôle du langage. La clinique des dysphories de genre et ses trajectoires développementales, les étapes de la transition de genre en accord avec les recommandations internationales, les dispositifs d'accompagnement des patients et de leur famille seront abordés. Un point sur l'évolution des connaissances scientifiques sera présenté. Une sensibilisation et des recommandations psychoéducatives à l'intention des parents d'enfant présentant une dysphorie de genre seront proposées.

Ateliers

Take home message

Connaître les transidentités pour pouvoir accompagner les jeunes trans et leur famille Proposer d'orienter vers les équipes de consultations dédiées Participer à lutter contre les discriminations Se référer aux recommandations internationales

Bibliographie

- Drescher J. Cohen-Kettenis P. Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. The Lancet, (2016) Volume 3, N°3, p 297-304
- Mendes N., Lagrange C., Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. Neuropsychiatr Enfance Adolesc (2016) 64, 240-254
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2012). « Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme ». 7ème version.

Dr Valérie Adrian, pédopsychiatre Consultation Transidea Centre Jean Abadie CHU de Bordeaux valerie.adrian@chu-bordeaux.fr

Ateliers

Harcèlement scolaire et sur les réseaux sociaux : comment dépister, comment réagir ?

Dr Clarissa Dubost, pédopsychiatre Bordeaux

Aujourd'hui, et bien qu'il ne s'agisse pas de phénomènes nouveaux à proprement parler, le harcèlement scolaire et sur les réseaux sociaux, semble (enfin) avoir trouvé sa place au sein des questions de santé publique. En effet, une politique publique notable, des campagnes et outils de sensibilisation et prévention se développent, sous diverses formes: clips, affiches, numéros verts (30 20 / 0800 200 000), formations, guides pédagogiques, spots télévisés, textes de loi (révision du code de l'éducation, loi du 8 juillet 2013...), jeux sérieux, journée nationale ... Le sujet est aussi désormais abordé dans divers milieux artistiques (chansons et clips de musique actuelle, influenceurs, films, séries télévisées, bande-dessinées ...) auxquels les plus jeunes notamment peuvent se montrer particulièrement sensibles.

Mais qu'en est-il de la place et du rôle des médecins face à ce problème, et de l'impact de ce dernier sur nos pratiques thérapeutiques ? Tout thérapeute a été ou sera, un jour, amené à recevoir au sein de son cabinet, un jeune ayant été ou étant victime de harcèlement. En effet, selon les derniers chiffres, 700 000 élèves, toutes catégories sociales confondues, seraient impactés, soit entre 5-10 %, avec des chiffres certainement sous-évalués. Le début peut être très précoce, avec des situations rapportées dès la crèche. Il n'y a pas véritablement de profil type de harcelé, mais plutôt une certaine vulnérabilité à un temps t, une difficulté à se défendre à un moment donné.

Le harcèlement se définit comme une violence intentionnelle répétée, verbale, physique, sexuelle, matérielle et/ou psychologique, engendrant une souffrance. Ces incessantes attaques (insultes, isolement, propagation de rumeurs, menaces, coups, bousculades, messages injurieux...) pouvant sembler anodines, ridicules aux yeux des adultes; peuvent s'accumuler en un ensemble puissant et profondément blessant pour le jeune, avec de possibles conséquences dramatiques (suicides ...).

Les caractéristiques à rechercher, pour avoir une vision claire et détaillée de la situation, sont la perception de la violence ressentie, l'intentionnalité de nuire, la répétitivité, les répercussions physiques et mentales pour celui qui en est la cible et la mise à l'écart de la victime. Il s'agit ensuite d'évaluer la durée de la situation (ponctuelle ou enkystée), de questionner ce qui a déjà été mis en place ou essayé, et de rechercher les conséquences plus générales de la problématique (conflits familiaux, anxiété, éléments post-traumatiques, chute des résultats scolaires, troubles du sommeil et de l'appétit, plaintes somatiques multiples, idées suicidaires…).

L'impact négatif du harcèlement et de la victimisation précoce peut perdurer jusqu'à l'âge adulte, à la fois pour les victimes (risque majoré de dépression, anxiété, idées suicidaires, addictions...) et pour les auteurs (délinquance, sociopathie...). Avec l'avènement des

Ateliers

nouvelles technologies de l'information et de la communication, le harcèlement a dépassé les enceintes des écoles et les victimes se trouvent désormais privées de tout espace et moment de répits.

Les solutions pour faire face à ce phénomène sont de deux types. Tout d'abord, la prévention avec, dès la maternelle, le développement des ressources propres à l'enfant, tels que l'empathie, l'autodérision, les compétences sociales et l'apprentissage des techniques de réduction de la violence. Il faudrait limiter et encadrer le recours à l'adulte comme régulateur de conflits (qui peut envoyer le message que la victime ne peut se défendre sans tiers), et la moralisation (« le harcèlement c'est mal ») pour motiver les jeunes, car l'on connait l'attrait de ces derniers pour les comportements qui déplaisent aux adultes. Ensuite, lorsque les faits sont avérés, afin de résoudre la situation de « conflit », il faut s'attaquer aux conditions du maintien de cette interaction dysfonctionnelle. Ainsi, d'un côté, on pourra utiliser les ressources/compétences des jeunes harcelés, en les outillant, en leurs enseignant des règles pour pacifier les relations, en leur donnant des stratégies de réponses aux attaques (« flèche de défense »), en leur proposant une attitude à l'exact opposé de leur attitude actuelle, pour quitter leur posture de peur et de soumission. Tout ceci n'empêchant pas des démarches judiciaires si cellesci s'avèrent nécessaires. Il faudra être vigilant à la surprotection et aux interventions parentales qui pourraient, maladroitement, induire ou entretenir un comportement de harcèlement. Par ailleurs, un changement de classe ou d'établissement ne modifie pas la situation, la plupart du temps. En parallèle, pour le(s) harceleur(s), il semble plus opportun de miser sur une approche non blâmante via la responsabilisation, l'instruction, la formulation par eux-mêmes de solutions pour cesser l'intimidation, plutôt que sur la moralisation, l'obéissance et le conditionnement externe. Concernant le cyberharcèlement, ce ne sont pas tant les écrans qui présentent un risque plutôt que l'absence de toute (ré)éducation face aux écrans. En effet, cette dernière, par le biais notamment de méthodes comme les « 3-6-9-12 » de S. Tisseron, permet d'apprendre à s'en servir mais aussi à s'en protéger et à s'en passer.

> Pôle pédiatrie Unité universitaire d'hospitalisation pour enfants et adolescents (UUHEA) CH Charles Perrens, Bordeaux cdubost@ch-perrens.fr



L'ONG Pédiatres du Monde intervient en France et à l'international, au bénéfice de la santé du couple mère-enfant. Pédiatres du Monde vient en appui de professionnels locaux pour soigner les enfants. Toutes les missions sont assurées par des hommes et des femmes bénévoles.

Pour tous ces enfants, merci.

Dr Chantal Karila-Beaulier Présidente

Faites un don sur www.pediatres-du-monde.org

OUI, JE M'ENGAGE et SOUTIENS LES ACTIONS DE PÉDIATRES DU MONDE

- DON EN LIGNE sécurisé sur www.pediatres-du-monde.org Pour plus de simplicité, privilégiez le don mensuel!
- DON par chèque d'un montant de €

à l'ordre de Pédiatres du Monde Je l'envoie à : André Tavan, Trésorier, Pédiatres du Monde 5 rue du 11 novembre 1918 59491 VILLENEUVE D'ASCQ

66% du montant de votre don sont déductibles de votre impôt sur le revenu, dans la limite de 20% de vos refiscal vous sera adressé.

Merci de no	ous indiquer vos coordonnées *
M / Mme	Nom:
	Prénom :
Email:	
Téléphone	:

☐ J'accepte de recevoir des informations sur les actions de Pédiatres du Monde

*Vos données sont strictement confidentielles et sont utilisées par Pédiatres du Monde exclusivement pour le traitement de votre demande, pour des besoins de suivi et de communication de nos actions. Pédiatres du Monde ne conserve pas vos données bancaires. Vous disposez d'un droit de rectification et de demande de suppression venus nets imposables selon la loi en vigueur. Un reçu dans le cadre réglementaire de protection des données. Adressez un mail à communication@pdmo.org

JE DONNE TOUS LES MOIS...







MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Coordination et conception

06 09 14 00 78

bmabille@grafficus.fr

Mise en page

04 72 81 02 02

www.vasselgraphique.com



L'Afpa a 30 ans

L'Afpa plus dynamique que jamais

1 500 pédiatres

une société savante pour la défense de la santé de l'enfant et de l'adolescent

Congrès, FMC, DPC, FAF

30 ans de formation continue

Stages en cabinet de pédiatrie

150 pédiatres maîtres de stage 350 internes du DES de pédiatrie accueillis en stage

La recherche en pédiatrie ambulatoire 24 groupes d'études

Promotion et défense de la pédiatrie

HAS, SPF, ministères SNPF ...

Des pédiatres connectés et équipés

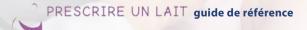
www.afpa.org toute l'information

Infansoft le logiciel métier des pédiatres

pedia

CONSULT le site des pédiatres Afpa

mpedia.ff Le site grand public de conseils et d'aide à la parentalité









27 CONGRÈS NATIONAL DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE

