

18^{èmes}

journées d'automne

AFFPA
ASSOCIATION FRANÇAISE
DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE
RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT



de

PÉDIATRIE
AMBULATOIRE

RECUEIL DES COMMUNICATIONS

Strasbourg

26-27
novembre
2021

Que l'enfant soit... 2021

Congrès présentiel
retransmis en direct
et disponible pendant 30 jours

CCI Campus Alsace
234 avenue de Colmar
67100 Strasbourg

Not

19^{es} journées d'automne
de l'Association Française
de

 **P**E**D**I**A**T**R**I**E**
AM**B**U**L**A**T**O**I**R**E**



23
24
SEPT
2022

CENTRE MONT ROYAL - MONTRÉAL, QUÉBEC



**ASSOCIATION FRANÇAISE
DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE**

Bienvenue à Strasbourg

Recueil des communications



18^{èmes}
journées d'automne

de

**PÉDIATRIE
AMBULATOIRE**

Strasbourg

26-27
novembre
2021

Que l'enfant soit... 2021

CCI Campus Alsace
234 avenue de Colmar
67100 Strasbourg

Congrès présentiel
retransmis en direct
et disponible pendant 30 jours

AFFRA
ASSOCIATION FRANÇAISE
DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE
RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT

VENDREDI 26 NOVEMBRE

| | |
|---------------|--|
| 8h30 – 9h00 | Accueil, café et visite des stands |
| 9h00 – 10h00 | Conférence Inaugurale : <i>Pr Stanislas DEHAENE</i> Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines |
| 10h00 – 10h30 | PAUSE ET VISITE DES STANDS |
| 10h30 – 12h00 | TABLE RONDE : J'APPRENDS DONC JE SUIS <i>Modérateurs : Dr Véronique DAGRENAT, Dr Denys CHAIGNE</i> <i>Experts : Dr Catherine BILLARD, Dr Anne de SAINT MARTIN</i> Troubles des apprentissages : intervenir de façon ajustée avec l'Equipe du CRTLA de Strasbourg |
| 12h15 – 13h45 | SESSION SCIENTIFIQUE ALK : Rhino conjonctivite allergique de l'enfant du diagnostic à la prise en Charge conjointe pédiatre/allergologue <i>Modérateurs : Dr Liliane CRET</i> <i>Experts : Dr Jean-Luc FAUQUERT, Dr François RISSER</i> |
| 13h45 – 14h15 | PAUSE ET VISITE DES STANDS |
| 14h15 – 14h30 | CEREMONIE D'OUVERTURE en présence du Dr Alexandre Feltz Adjoint au Maire chargé de la Santé. |
| 14h30 – 16h00 | TABLE RONDE : JE SOUFFRE DONC JE SUIS <i>Modérateurs : Dr Anne FOESSEL et Dr Hugues PFLIEGER</i> Troubles fonctionnels en gastro-entérologie - <i>Dr Olivier MOUTERDE</i> Troubles fonctionnels en pneumologie – <i>Dr Cordula KOERNER-RETTBERG</i> Troubles fonctionnels ostéo-articulaires - <i>Dr Michel KRAEMER</i> Qu'est-ce que souffrir ? - <i>Dr Romain COUTELLE</i> |
| 16h00 – 16h30 | COMMUNICATIONS LIBRES |
| 16h30 – 17h00 | PAUSE ET VISITE DES STANDS |
| 17h00 – 18h40 | L'essentiel - 5 présentations « flash » de 20 minutes (sous réserve de modifications) <i>Modérateurs : Dr Francine LECAILLIER et Dr Yves ALEMBIK</i> |
| E1 | Dentisterie pour le pédiatre <i>Pr Marie-Cécile MANIERE</i> |
| E2 | ORL : tests de diagnostics en cabinet <i>Dr Elisabeth PERI-FONTAA</i> |
| E3 | La Génétique 2.021 <i>Dr Salima EL CHEHADEH</i> |
| E4 | Ophthalmologie <i>Mme Sylvaine GOTTENKIENE</i> |
| E5 | Circuits des TSA <i>Dr Catherine CHABAUX-DELARAI</i> |

SAMEDI 27 NOVEMBRE

| | | | | | | | |
|---------------|---|-----------|---------------------------------------|-----------|--|-----------|--|
| 8h00 – 8h30 | Accueil, café et visite des stands | | | | | | |
| 8h30 – 9h30 | <p>L'ESSENTIEL : 3 présentations « flash » de 20 minutes (sous réserve de modifications) <i>Modérateurs : Dr Christine MAGENDIE et Dr Siegmар BECKMANN</i></p> <table border="1"> <tr> <td>E6</td> <td>Dermatologie <i>Pr Dan LIPSKER</i></td> </tr> <tr> <td>E7</td> <td>Néonatalogie : retour à domicile du prématuré <i>Pr Pierre KUHN</i></td> </tr> <tr> <td>E8</td> <td>Allergologie : les vraies et les fausses allergies alimentaires <i>Dr Carine METZ-FAVRE</i></td> </tr> </table> | E6 | Dermatologie <i>Pr Dan LIPSKER</i> | E7 | Néonatalogie : retour à domicile du prématuré <i>Pr Pierre KUHN</i> | E8 | Allergologie : les vraies et les fausses allergies alimentaires <i>Dr Carine METZ-FAVRE</i> |
| E6 | Dermatologie <i>Pr Dan LIPSKER</i> | | | | | | |
| E7 | Néonatalogie : retour à domicile du prématuré <i>Pr Pierre KUHN</i> | | | | | | |
| E8 | Allergologie : les vraies et les fausses allergies alimentaires <i>Dr Carine METZ-FAVRE</i> | | | | | | |
| 9h30-10h10 | <p>Conférence : Comment pensent les bébés : La cognition des 1000 premiers jours <i>Modérateurs : Dr Véronique DAGRENAT et Dr Siegmар BECKMANN</i> <i>Dr Ghislaine DEHAENE LAMBERTZ</i></p> | | | | | | |
| 10h10 -10h40 | PAUSE ET VISITE DES STANDS | | | | | | |
| 10h40 – 12h10 | <p>TABLE RONDE : JE DORS DONC JE SUIS ET REGARDS CROISES SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DE L'ENFANT 2.021 <i>Modérateurs : Dr Henri-Pierre MONTEILLET et Dr Françoise ROSENSTIEL</i> Actualités du sommeil - <i>Pr Carmen SCHRODER</i> De la gestion du stress au passage à l'acte - <i>Dr Julie ROLLING</i> L'impact de la crise sanitaire - <i>Dr Juliette RABOT</i></p> | | | | | | |
| 12h15 – 13h45 | <p>SYMPOSIUM GSK : Infections invasives à méningocoques – prévention et pratique <i>Modérateurs : Pr Joel GAUDELUS</i> Infections invasives à méningocoques ; pourquoi en parler ? - <i>Dr Hugues PFLIEGER</i> Prévention : retour d'expériences et nouvelles recommandations vaccinales - <i>Pr Joël GAUDELUS</i></p> | | | | | | |
| 13h45 – 14h30 | PAUSE ET VISITE DES STANDS | | | | | | |
| 14h30 – 15h15 | Assemblée Générale du SNPF | | | | | | |
| 15h15 – 16h45 | <p>TABLE RONDE : L'avenir de la pédiatrie <i>Dr Francis RUBEL, Dr Brigitte VIREY, Dr Fabienne KOCHERT, Jeunes pédiatres, Dr Denys CHAIGNE,</i> <i>Dr Henri-Pierre MONTEILLET</i></p> | | | | | | |
| 16h45 – 17h00 | CLÔTURE DU CONGRES | | | | | | |



Partenaires

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

GSK

ALK

Partenaires exposition

A-DERMA
BABYBIO
BIOCODEX
BIOPROJET PHARMA
BIOSYNEX
BLEDINA GALLIA
COMPUGROUP MÉDICAL
GRANDIR NATURE
GUIGOZ NESTLÉ
LABORATOIRE HAC PHARMA

MSD
NORSAN
NOVALAC
PICOT LACTALIS
PIERRE FABRE
SANOFI PASTEUR
SANOTEK
SODILAC
SVR

Et aussi

IPHAN
JÉRÉMI

PÉDIATRES DU MONDE
LA LIBRAIRIE KLEBER

* Liste arrêtée au 15/11/2021

Organisation générale

Afpa R&D
23 rue Royale 69001 Lyon
Dr Fabienne Cahn-Sellem – Emmanuèle Grassin

Terres & Cie
44, rue Luis Mariano, 64200 Biarritz
05 59 41 14 21 – www.terresetcie.com/fr/

Que l'enfant soit...2.021

Bienvenue à Strasbourg

Nous sommes heureux de vous accueillir à Strasbourg aux 18es Journées d'automne de pédiatrie ambulatoire dont le thème est : « Que l'enfant soit...2.021 », référence à un enfant version 2.021 : un nouvel enfant pour une nouvelle pédiatrie.

Nous avons le privilège d'accueillir le Professeur Stanislas Dehaene, Professeur au Collège de France et spécialiste mondialement connu des apprentissages qui nous fera l'honneur d'une conférence inaugurale sur le thème « *Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines* ».

Le lendemain matin nous étudierons plus avant « *La cognition des milles premiers jours* » avec un exposé du Docteur Ghislaine Dehaene-Lambertz, directrice de recherche au CNRS.

Les quatre thèmes principaux de ce congrès aborderont les troubles des apprentissages « *j'apprends donc je suis* », les douleurs fonctionnelles « *je souffre donc je suis* », les troubles du sommeil et la souffrance psychique de l'enfant en ces périodes de Covid « *je dors donc je suis* » ainsi que « *l'avenir de la pédiatrie* ».

Le célèbre Marché de Noël de Strasbourg (Kristkindelsmärik), vieux de près de 500 ans, sera ouvert le 26 novembre au soir. Vous pourrez ainsi vous promener au pied du grand sapin ou devant la cathédrale, dans les allées de petits chalets où les odeurs de vin chaud, de petits gâteaux, de bretzels et de tartines alsaciennes vous accompagneront au son des chants de Noël. Vous pourrez admirer toutes les richesses de l'artisanat local et faire quelques acquisitions pour décorer votre sapin ou faire plaisir à vos proches.

Bienvenue à Strasbourg et bon congrès !

*D' Hugues Pflieger et le comité scientifique et d'organisation
D' Yves Alembik, D' Siegmund Beckmann, D' Alain Burtscher, D' Denys Chaigne,
D' Véronique Dagrenat, D' Anne Foessel-Burgy, D' Pascale Krieger, D' Francine Lecaillier,
D' Christine Magendie, D' Henri-Pierre Monteillet, D' Françoise Rosenstiel.*

Sceau de la Faculté de médecine de Strasbourg
en 1872
avec l'inscription :
Sigillum facultatis medicae academiae Argentoratensis





« Strasbourg, capitale de Noël » Tomi Ungerer, 1994
Tomi Ungerer, (1931-2019) Né à Strasbourg. Peintre, dessinateur,
illustrateur et auteur alsacien, de nationalité française
Un musée lui est consacré à Strasbourg.
Musée Tomi-Ungerer – Centre international de l'illustration
<https://www.musees.strasbourg.eu/musee-tomi-ungerer>

Comité d'organisation et scientifique, modérateurs et animateurs

| | | | | | | |
|----------------|--------------|---------------|--------------------|------------------|-----------------------------------|------|
| D ^r | Yves | Alembik | Pédiatre génétique | Strasbourg | yves.alembik@wanadoo.fr | CO-M |
| D ^r | Siegmar | Beckmann | Pédiatre | Oberhausbergen | pediatres@orange.fr | CO-M |
| D ^r | Alain | Burtscher | Pédiatre | Munster | docteur.alainburtscher@wanadoo.fr | CO |
| D ^r | Denys | Chaigne | Pédiatre | Strasbourg | denys.chaigne@wanadoo.fr | CO-M |
| D ^r | Liliane | Cret | Pédiatre | Bagnols sur Cèze | lilianecret@orange.fr | M |
| D ^r | Véronique | Dagrenat | Pédiatre | Bischheim | data.vero@orange.fr | CO-M |
| D ^r | Anne | Foessel-Burgy | Pédiatre | Haguenuau | foesselburgy@hotmail.fr | CO-M |
| D ^r | Pascale | Krieger | Pédiatre | Strasbourg | pascale.krieger@free.fr | CO |
| D ^r | Francine | Lecailler | Pédiatre | Saverne | francine.lecaillier@wanadoo.fr | CO-M |
| D ^r | Christine | Magendie | Pédiatre | Huningue | pediatrie-magendie@orange.fr | CO-M |
| D ^r | Henri-Pierre | Monteiller | Pédiatre | Schiltigheim | h.p.m@wanadoo.fr | CO-M |
| D ^r | Hugues | Pfieger | Pédiatre | Strasbourg | hugues.pfieger@gmail.com | CO-M |
| D ^r | Françoise | Rosenstiel | Pédiatre | Bischheim | f.rosenstiel@wanadoo.fr | CO-M |

Orateurs, experts

| | | | | | |
|-----------------|--------------|------------------|------------------------|------------------|--|
| D ^r | Catherine | Billard | Neuropédiatre | Paris | catherine.billard3@gmail.com |
| D ^r | Françoise | Ceccato | Pédiatre | Bordeaux | http://centresantedetresses.docvadis.fr/ |
| D ^r | Catherine | Chabaux Delarai | Pédopsychiatre | Strasbourg | catherine.chabaux@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | Denys | Chaigne | Neuropédiatre | Strasbourg | denys.chaigne@wanadoo.fr |
| D ^r | Romain | Coutelle | Pédopsychiatre | Strasbourg | romain.coutelle@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | Anne | De Saint-Martin | Neuropédiatre | Strasbourg | anne.desaintmartin@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | Stanislas | Dehaene | Neuropsychologue | Saclay | stanislas.dehaene@gmail.com |
| D ^r | Ghislaine | Dehaene Lambertz | Pédiatre | Paris | gdehaene@gmail.com |
| D ^r | Salima | El Chehadeh | Généticienne | Strasbourg | salima.elchehadeh@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | Jean-Luc | Fauquet | Pédiatre | Clermont-Ferrand | Jean-luc.fauquet@chu-clermontferrand.fr |
| P ^r | Joël | Gaudelus | Pédiatre | Bondy | joel.gaudelus@jvr.aphp.fr |
| M ^{me} | Sylvaine | Gottenkiene | Orthoptiste | Strasbourg | sylvaine.gottenkiene@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | Cordula | Koerner-Rettberg | Pneumologue | Wesel | cordula.koerner-rettberg@prohimine.de |
| D ^r | Fabienne | Kochert | Pédiatre | Orléans | fabienne.kochert@wanadoo.fr |
| D ^r | Michel | Kraemer | MPR | Griesbach au Val | docteur.michel.kraemer@orange.fr |
| P ^r | Pierre | Kuhn | Pédiatre | Strasbourg | pierre.kuhn@chru-strasbourg.fr |
| P ^r | Vincent | Laugel | Neuropédiatre | Strasbourg | vincent.laugel@chru-strasbourg.fr |
| P ^r | Dan | Lipsker | Dermato-vénérologue | Strasbourg | dan.lipsker@chru-strasbourg.fr |
| P ^r | Marie-Cécile | Manière | Chir. dentiste | Strasbourg | marie-cecile.maniere@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | Carine | Metz Favre | Pneumologue | Strasbourg | carine.favre-metz@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | Henri-Pierre | Monteillet | Pédiatre | Schiltigheim | henri-pierre.monteillet@wanadoo.fr |
| D ^r | Olivier | Mouterde | Pédogastro-entérologue | Rouen | olivier.mouterde@gmx.fr |
| D ^r | Elisabeth | Peri-Fontaa | ORL | Strasbourg | est.perifontaa@free.fr |
| D ^r | Pascal | Pineau | Pédiatre | Angers | pineaupascal@wanadoo.fr |
| D ^r | Juliette | Rabot | Pédopsychiatre | Strasbourg | juliette.rabot@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | François | Risser | Pédiatre allergo | Colmar | pediacabfr@wanadoo.fr |
| D ^r | Julie | Rolling | Pédopsychiatre | Strasbourg | julie.rolling@chru-strasbourg.fr |
| D ^r | Francis | Rubel | Pédiatre | Haguenuau | Rubel.Pediatre@wanadoo.fr |
| D ^r | Carmen | Schroder | Pédopsychiatre | Strasbourg | schroderc@unistra.fr |
| D ^r | Jean | Stagnara | Pédiatre | Lyon | jeanstagnara@wanadoo.fr |
| D ^r | Brigitte | Virey | Pédiatre | Dijon | bvirey@wanadoo.fr |
| D ^r | Pascale | Vurpillat | Pédiatre | Besançon | pascale.vurpillat@gmail.com |

Sommaire

CONFÉRENCES

- **Conférence inaugurale** - Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines
P Stanislas Dehaene 11
- **Conférence** - Comment pensent les bébés : la cognition des 1 000 premiers jours
D' Ghislaine Dehaene Lambertz 12

TABLE RONDE I – J'apprends donc je suis

- Troubles des apprentissages : intervenir de façon ajustée avec le CRTLA de Strasbourg
D' Catherine Billard, D' Anne de Saint Martin 14

TABLE RONDE II – Je souffre donc je suis

- Troubles fonctionnels en gastro-entérologie - *D' Olivier Mouterde* 17
- Troubles fonctionnels en pneumologie - *D' Cordula Koerner-Rettberg* 22
- Troubles fonctionnels ostéo-articulaires - *D' Michel Kraemer* 23
- Qu'est-ce que souffrir ? *D' Romain Coutelle* 27

TABLE RONDE III – Je dors donc je suis et regards croisés sur la souffrance psychique de l'enfant 2.021

- L'impact de la crise sanitaire - *D' Juliette Rabot* 30
- Sommeil et santé mentale de l'enfant : quoi de neuf - *P Carmen Schroeder* 31
- De la gestion du stress au passage à l'acte - *D' Julie Rolling* 32

8

TABLE RONDE IV - L'avenir de la pédiatrie

- Avenir de la pédiatrie - *D' Henri-Pierre Montellet* 34
- Introduction - *Dr Francis Rubel* 35
- Présentation des MSP et CPTS - *D' Fabienne Kochert* 36
- Le Centre enfance et santé de Bordeaux, *D' Françoise Ceccato* 39
- Les projets en Franche Comté - *D' Pascale Vurpillat* 44
- Les assistants médicaux et les délégations de tâche - *D' Brigitte Virey* 47
- La maîtrise de stage, témoignages d'internes et de maîtres de stage* - *Sylvie Hubinois, Yves Swartebroecx, Pierre Pégourié, Laurie Benguigui, Jean Stagnara* 48
- Les pédiatres du futur, témoignage - *D' Maxime Bacquet* 49

L'ESSENTIEL

1. Dentisterie pour le pédiatre - *P Marie-Cécile Manière* 51
2. ORL : tests de diagnostics en cabinet - *D' Elisabeth Peri-Fontaa* 52
3. La Génétique 2.021 - *D' Salima El Chehadh* 54
4. Ophtalmologie - *M^{me} Gottenkiene* 55
5. Circuits des TSA - *D' Catherine Chabaux-Delaraï* 56
6. Dermatologie - *P Dan Lipsker* 57
7. Néonatalogie : retour à domicile du prématuré - *P Pierre Kuhn* 58
8. Allergologie : les vraies et les fausses allergies alimentaires - *D' Carine Metz-Favre* 60

COMMUNICATIONS LIBRES

- Projet Depisma : projet pilote de dépistage néonatal systématique de l'amyotrophie spinale infantile - *Pr Vincent Laugel* 61
- MSU : Grille d'évaluation par compétence de l'interne – *D' Jean Stagnara* 62

SESSIONS SCIENTIFIQUES – SYMPOSIUMS

Session scientifique ALK

- Rhino conjonctivite allergique de l'enfant du diagnostic à la prise en charge conjointe pédiatre/allergologue - *D' Jean-Luc Fauquert, D' François Risser* 67

Symposium GSK

- Infections invasives à méningocoques ; pourquoi en parler ? - *D' Hugues Pflieger*
- Prévention : retour d'expériences et nouvelles recommandations vaccinales - *P Joël Gaudelus* 68

CONFÉRENCES

Conférence inaugurale

Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines

Pr Stanislas Dehaene

Conférence

Modérateurs :

D^r Christine Magendie et D^r Siegmar Beckmann

**Comment pensent les bébés :
la cognition des 1 000 premiers jours**

D^r Ghislaine Dehaene Lambertz

Apprendre : la plasticité cérébrale et les grands piliers de l'apprentissage

*Pr Stanislas Dehaene,
professeur au Collège de France*

Que signifie « apprendre » ?

Comme toutes les autres espèces, le cerveau humain apprend en modifiant ses circuits neuronaux, par le biais de modifications de ses millions de milliards de synapses – mais il met également en jeu plusieurs astuces qui font de lui le plus efficace dispositif d'apprentissage que l'on connaisse dans la nature.

Les mécanismes cognitifs qu'il déploie peuvent être décrits à partir de grands piliers ou mécanismes qui modulent la capacité d'apprendre : attention, motivation, engagement actif, curiosité, retour sur erreurs, automatisation, sommeil...

La conférence passera en revue les connaissances actuelles sur la manière dont le cerveau apprend, en s'appuyant notamment sur l'exemple de l'apprentissage de la lecture et son inscription dans le cerveau. Elle mettra en évidence l'apport pratique des neurosciences cognitives à la compréhension des mécanismes de l'apprentissage, dans la perspective de faciliter les apprentissages fondamentaux chez l'enfant et chacun d'entre nous

Pr Stanislas Dehaene,

Neuropsychologue, docteur en psychologie cognitive

Professeur au Collège de France, chaire de Psychologie cognitive expérimentale.

Directeur de l'unité mixte Inserm-CEA de neuroimagerie cognitive, Orsay, Saclay.

stanislas.dehaene@gmail.com

<https://www.college-de-france.fr/site/stanislas-dehaene/>

Comment pensent les bébés

La cognition des 1 000 premiers jours

*P^r G. Dehaene-Lambertz,
DRCE CNRS*

Les recherches en sciences cognitives s'intéressent à l'enfant apprenant. Comment un nourrisson, qui nous semble si immature et dépendant, est-il déjà lancé dans la découverte du monde ?

Les découvertes de ces dernières années ont changé notre façon d'appréhender les apprentissages précoces.

Bien loin d'être passifs, les jeunes enfants ont un appétit d'apprendre et de comprendre ce qui se passe autour d'eux. Ils savent anticiper, prédire et déduire. Leurs découvertes ne se limitent pas au plan affectif mais touchent les différents domaines cognitifs. Cette appétence doit être alimentée par les interactions avec les adultes dont l'enfant attend une information « fiable et complète ». Cette vision dynamique des apprentissages initiaux, basée sur un enfant qui émet et vérifie en permanence des hypothèses en s'appuyant sur l'adulte rend à l'enfant un rôle actif dans son apprentissage.

D^r Ghislaine Dehaene Lambertz,

Pédiatre - Directeur de recherche de classe exceptionnelle (DRCE)
en sciences cognitives.

Cnrs - Directrice de l'équipe neuroimagerie du développement
au centre de recherche Neurospin.

Institut des sciences du vivant Frédéric-Joliot - CEA Paris-Saclay

91191 Gif-Sur-Yvette cedex France

gdehaene@gmail.com

TABLE RONDE I

Modérateurs :

D^r Véronique Dagrenat, D^r Denys Chaigne

J'apprends donc je suis

Troubles des apprentissages

Intervenir de façon ajustée avec l'équipe du CRTLA de Strasbourg

Experts :

D^r Catherine Billard, D^r Anne de Saint Martin

Troubles des apprentissages : intervenir et accompagner de façon ajustée

Dans la situation clinique de difficultés d'apprentissage, il importe d'essayer d'éviter de négliger ce qui doit être pris en considération (par exemple : éviter les propos de réassurance optimistes mais non fondés) comme d'en faire trop (empilement de bilans et rééducations pas toujours nécessaires).

Les moyens pour éviter ces deux écueils

Une approche pragmatique (« du simple au compliqué ») par étapes graduées :

– étape pédagogique (qui ne fait pas l'objet de la table ronde mais doit être connue des soignants);

– étape diagnostique et thérapeutique par niveaux de soins (1, 2 et 3)

Une démarche diagnostique rigoureuse reposant sur le recueil des plaintes et l'établissement de leur relation avec les constatations recueillies par le ou les bilans étalonnés.

Une démarche thérapeutique claire reposant sur des adaptations pédagogiques et des soins proportionnés, en sachant au besoin établir des priorités.

Une réévaluation périodique de l'évolution pour vérifier la pertinence des moyens mis en œuvre et les adapter au besoin : tant les soins paramédicaux que les adaptations pédagogiques.

Les outils validés d'examen de première intention permettent au médecin d'informer sans délai l'enfant et sa famille des domaines affectés, (du des) bilan(s) nécessaire(s) et d'en suivre l'évolution. Ils lui permettent parfois aussi de rassurer ou de temporiser, sans omettre alors le suivi nécessaire.

Au cours de cette table ronde

Nous nous efforcerons, à partir de cas cliniques composites (dyslexie, TDC/dyspraxie, TDA H) et avec l'aide d'experts reconnus pour leur compétence et leur expérience dans ce domaine, de réfléchir concrètement à cette problématique et d'en dégager quelques lignes de conduite pour une démarche diagnostique et thérapeutique la plus pertinente et la plus simple possible.

D^r Catherine Billard,

Neuropédiatre PH Paris
Présidente de l'Association pour la recherche sur les troubles des apprentissages (ARTA)
Expert aux séminaires DPC de l'Afpa.
catherine.billard3@gmail.com
<https://arta.fr/>

D^r Anne de Saint Martin,

Neuropédiatre PH – CHU Hautepierre
Service neuropédiatrie – Strasbourg
Médecin coordonnateur CRTLA
Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages Alsace.
anne.desaintmartin@chru-strasbourg.fr

TABLE RONDE II

Modérateurs :

D^r Anne Foessel et D^r Hugues Pflieger

Je souffre donc je suis

Troubles fonctionnels en gastro-entérologie

D^r Olivier Mouterde

Troubles fonctionnels en pneumologie

D^r Cordula Koerner-Rettberg

Troubles fonctionnels ostéo-articulaires

D^r Michel Kraemer

Qu'est-ce que souffrir ?

D^r Romain Coutelle



VOTRE EXPERT FRANÇAIS DU LAIT INFANTILE BIO DEPUIS PLUS DE 25 ANS

SANS HUILE DE PALME

Au lait de vache français



**1 Les formules Optima sont légèrement acidifiées par du bifidus
* Conformément à la réglementation applicable en 2020

Téléchargez notre documentation professionnelle



TENEUR IDENTIQUE EN OMÉGA 3 (DHA*) & OMÉGA 6 (ARA)

FERMENTS LACTIQUES (BIFIDOBACTERIUM-LACTIS**)

FIBRES PRÉBIOTIQUES (FOS / GOS)



AU LAIT DE VACHE

AU LAIT DE CHÈVRE



FORMULE CLASSIQUE



FORMULE ENRICHIE PRÉ & PROBIOTIQUES



DOCUMENT STRICTEMENT RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Avis important – le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson, répondant au mieux à ses besoins spécifiques. En cas d'utilisation d'une formule infantile, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation, et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation abusive ou erronée pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Une préparation de suite ne convient qu'à l'alimentation particulière du nourrisson ayant atteint l'âge d'au moins six mois, et doit faire partie d'une alimentation diversifiée. L'introduction des aliments complémentaires ne doit être prise que sur avis du corps médical en fonction des besoins spécifiques du nourrisson.

L'enfant qui souffre... de TFI selon les critères de Rome Les douleurs abdominales fonctionnelles

D' Olivier Mouterde,
gastropédiatre

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI), tels qu'ils ont été dénombrés par un comité d'experts, sont une entité singulière à plusieurs titres. En effet, si l'on en croit ces experts, 27 % des nourrissons et plus de 73 % des enfants en souffriraient, ce qui en fait un problème majeur de santé publique.

Dans ce qui est appelé « troubles » on retrouve des entités qu'on pourrait qualifier de pathologiques (psychopathologiques ou organiques) comme les migraines et le méricysme, ou de physiologiques comme les régurgitations du nourrisson, des diagnostics à prendre avec prudence comme les « vomissements fonctionnels ». La définition nous dit qu'une évaluation médicale appropriée doit éliminer une autre cause, laissant la porte ouverte à des explorations éventuellement multiples, alors que le diagnostic est le plus souvent clinique. Sept troubles sont décrits chez le nourrisson et onze chez l'enfant, avec des définitions parfois peu adaptées à la pratique clinique.

De quoi s'agit-il ?

La quatrième révision des critères dits « de Rome » est issue d'un comité d'expert et a été publiée en 2016. Elle définit les TFI comme la « *Combinaison variable de symptômes gastro-intestinaux chroniques ou récurrents, non expliqués par une anomalie structurelle ou biochimique* » en indiquant qu'« après une évaluation médicale appropriée, les symptômes ne peuvent être attribués à un autre problème médical ». Les TFI sont classées de G1 à G7 chez le nourrisson et de H1 à H3 chez l'enfant.

Il n'est pas question ici de citer tous les troubles et leurs critères de diagnostic mais de se focaliser sur un de ces items entrant dans le thème de ce congrès : *les douleurs abdominales chroniques fonctionnelles de l'enfant* (H2 et ses sous-chapitres). Comme on le verra, intensité des douleurs, symptômes associés, conséquences sur la vie quotidienne, prise en charge, famille et avenir de ces enfants donnent lieu à des constatations surprenantes.

Les coliques du nourrisson sont à part (classification G4) et non moins surprenantes, car l'existence de douleurs n'a pas été prouvée, et encore moins l'origine colique... Nous n'aborderons pas ce sujet.

Première étape

Devant un enfant qui souffre de douleurs abdominales chroniques (DAR), la première étape est de tenter cliniquement de déterminer si une étiologie organique est suspectée (DARAO/F = Douleurs Abdominales Chroniques d'Allure Organique/Fonctionnelle).

Pour cela la recherche de signes d'alerte (« red flags ») est fondamentale.

Signes d'alerte

- ATCD familial de MICI.
- Retentissement poids/taille/puberté.
- Douleurs loin de l'ombilic.
- Douleurs nocturnes.
- Signes digestifs : diarrhée chronique, vomissements, hémorragie.
- Signes généraux : altération de l'état général, fièvre.
- Signes d'examen : empatement de la FID, lésions anales ou buccales.
- Autres signes orientant d'emblée vers une étiologie précise : ictère, épigastralgies de type ulcéreux, diarrhée ballonnement et douleurs lors de l'ingestion de lait, douleurs épigastriques transfixiantes avec vomissements, ictère...
- La découverte échographique d'adénopathies mésentériques de structure normale est banale. Cela fait suite à une infection digestive voire extra-digestive et peut s'accompagner de douleurs intenses par crises pendant quelques jours ou semaines puis de douleurs chroniques pendant quelques mois. Cette séquence peut être le point de départ du mécanisme bio-psycho-social des DAR fonctionnelles, dont nous reparlerons.

DARAO / DARAF

Lorsque la distinction entre DARAO et DARAF n'est pas nette (le suivi peut permettre de progresser dans cette distinction), devant des consultations multiples, une grande inquiétude ou des signes atypiques, un « bilan de débrouillage » est parfois utile, en sachant qu'il est prouvé que cela ne rassure pas toujours les parents, même si cela peut rassurer le médecin... Il n'existe pas de bilan standard, en l'absence d'orientation. Par exemple : NFS, CRP, bilan hépatique, lipasémie, ferritine, calprotectine fécale, sang occulte dans les selles, sérologie de maladie cœliaque et parasitologie des selles. La prescription d'une échographie est discutée.

Deuxième étape

La deuxième étape est d'identifier parmi les TFI, des causes de douleurs abdominales précises de prise en charge établie : la constipation (G7 et H3a) et les migraines abdominales (H2c) ou même l'aérophagie (H1d).

La constipation s'accompagne de douleurs abdominales et doit être traitée avec succès avant de pouvoir parler de douleurs abdominales fonctionnelles, qui peuvent associer épisodes de selles molles et dures.

La migraine abdominale figure dans la liste des douleurs abdominales fonctionnelles, dont elle représente 10 à 15 %. La présence de céphalées associées aux douleurs abdominales est importante, mais peut faire défaut, et exister en dehors de migraines vraies... Il faut donc avoir en mémoire la définition, afin de pouvoir établir un diagnostic précis dont découle un traitement reconnu :

Migraine abdominale : sans autre explication, douleur abdominale paroxystique durant une heure ou plus, plus de deux fois en plus de 6 mois, séparé par des semaines ou des mois. Douleur gênant l'activité, stéréotypée, associée à 2 signes ou plus parmi : anorexie, nausée, vomissement, céphalée, photophobie, pâleur.

Troisième étape

Elle concerne les Douleurs abdominales fonctionnelles (H2), survenant au moins 4 jours par mois pendant 2 mois, classées en :

- H2a (dyspepsie = 15 %), si elles sont plutôt sus-ombilicales, à type de satiété rapide, réplétion post-prandiale ou épigastralgies, le tout sans lien avec le transit ;
- H2c (intestin irritable = 45 %) si elles sont en lien avec les selles ou associées à diarrhée/constipation sans être soulagées par le traitement de cette dernière ;
- H2d (douleurs abdominales fonctionnelles autres = 15-25 %) si elle ne répond pas aux situations précédentes.

Cette classification est en fait de peu d'utilité en pratique, une fois éliminées les suspicions de pathologies organiques. La dyspepsie sera difficile à distinguer des signes d'une gastrite ou d'ulcère à Helicobacter, mais est minoritaire. Restent 60 à 70 % des douleurs, de type intestin irritable ou classées dans « autres ». Typiquement sont concernés les 5-12 ans.

D'où viennent ces enfants ?

Il est établi que l'anxiété et la santé des parents joue un rôle majeur dans l'apparition de ces douleurs : on retrouve un risque relatif de 5 pour l'anxiété, 16 pour la somatisation et 5 pour la dépression maternelle chez les parents d'enfants atteints de DAR. Par ailleurs la demande de soins est plus importante pour les enfants de parents atteints d'intestin irritable. Le vécu des parents est ainsi décisif, pour expliquer ce qu'ils craignent et comment ils réagissent à la plainte de leur enfant qui lui-même va réagir aux réactions de ses parents.

Comment souffrent-ils ?

Comparés à des enfants atteints de pathologie organiques (MICI par exemple), ces enfants ont des douleurs intermittentes mais plus intenses, décrites comme invivables, avec un retentissement parfois majeur sur la vie quotidienne et la scolarité (ceci ne constitue pas un critère d'organicité). Un élément important est que 73 % de ces enfants ont des douleurs d'autre localisation (céphalées à distinguer des migraines, dorsalgies, douleurs articulaires, thoraciques, des membres), et dans ce cas ont des niveaux d'anxiété et de dépression supérieurs, et une qualité de vie diminuée (Chumpitazi J Pediatr 2021).

Quelle prise en charge s'avère efficace ?

Aucune de façon constante...

Il est établi que le régime sans lactose, riche en fibres, les IPP n'ont pas d'efficacité. Un antispasmodique peut être prescrit. Des perspectives sont ouvertes en ce qui concerne certaines souches de probiotiques (Reuteri), la menthe forte, le régime sans FODMAPs

(discuté et complexe). Le placebo est efficace dans 40 % des cas... Comme certains traitements pharmacologiques. Surtout, le traitement cognitif et comportemental serait efficace dans 85 % des cas (contre 25 % dans le groupe témoin), ainsi que l'hypnose et le yoga. Encore plus spectaculaire, et en première intention, serait le fait de parvenir à convaincre, lors de l'entretien, parents et enfants de l'absence d'organicité (et non de l'absence de douleur !!), en décrivant le modèle « bio-psycho-social » : récepteurs de la douleur sollicités, réponse de l'enfant et de son entourage, réalisant un cercle vicieux d'inquiétude et de douleurs. Le risque relatif (RR) de guérison si les parents adhèrent à ce schéma se situe entre 47 et 54, d'où des consultations parfois d'efficacité radicale. Un cahier des douleurs sur 2-3 semaine a parfois sinon un effet décisif. L'objectif n'est pas de nier les douleurs mais de minimiser leurs conséquences en apprenant à les gérer. Ces entretiens sont la première étape du traitement. Dans les cas difficiles, d'autres thérapeutiques, voire une consultation de la douleur peuvent aider.

Que deviennent-ils ?

Ce point est très intéressant : 7 à 40 % de ces enfants auront mal à l'âge adulte (ou d'autres TFI), plus fréquemment en cas de formes sévères ou familiales. Ces adultes auront plus fréquemment des hospitalisations ou consultations aux urgences sans motif retrouvé, plus de rachialgies, de céphalées, d'épisodes de fatigue, de problèmes psychiatriques (RR 2,72) ou de troubles anxieux. Chez ces adultes, on retrouve plus fréquemment la notion de cadeaux lors des épisodes de maladie dans l'enfance, ce fait étant décrit comme un « apprentissage social du comportement de malade ». On peut imaginer que lorsqu'ils auront des enfants, ils seront plus inquiets et solliciteront plus les médecins pour leurs enfants, comme si la boucle était bouclée...

Mécanismes

Ceci pose la question du mécanisme : ont été évoqués une hypersensibilité viscérale, le rôle de l'axe cerveau-intestin, du microbiote intestinal, des FODMAPs, une inflammation à minima, des problèmes de motricité ou de vidange, le tout avec un rôle possible de la génétique. Le facteur psychosocial ressort cependant de façon majeure par tout ce qui précède... Un auteur considérant même que « *Increased colonic pain sensitivity in irritable bowel syndrome is the result of an increased tendency to report pain rather than increased neurosensory sensitivity* » (Dorn, Gut 2007).

Conclusion

Parmi les TFI, les douleurs abdominales chroniques touchent 10 à 45 % des enfants. S'y ajoutent les douleurs organiques qui sont la hantise des parents et des médecins. Les pathologies organiques étant écartées, ainsi que les tableaux identifiés accessibles à un traitement codifié comme les migraines et la constipation, le défi pour le clinicien est de prendre le temps d'expliquer le mécanisme et de minimiser les conséquences de ce trouble sans le nier, en évitant un excès d'examens complémentaires, des régimes ou traitements indus. Il peut ainsi rompre le cercle d'inquiétude autour de l'enfant en améliorant potentiellement son présent et son avenir.

Bibliographie

- Hyams JS et al. Childhood functional gastrointestinal disorders : child/adolescent. *Gastroenterology* 2016;150:1456-69
- Brusaferrò A et al. The management of paediatric functional pain disorders: latest evidence. *Pediatr Drugs* 2018;20:235-47.
- Thapar N et al. Paediatric functional abdominal pain disorders. *Nature Reviews* 2020;6:89.
- Reust CE et al. Recurrent abdominal pain in children. *Am Fam Physician*. 2018;97:785-93
- Jones MP et al. Abdominal pain in children develops with age and increases with psychosocial factors. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020;18:360-7.
- Hotopf M et al. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? *BMJ* 1998;316:1196-200.
- Dorn SD et al. Increased colonic pain sensitivity in irritable bowel syndrome is the result of an increased tendency to report pain rather than increased neurosensory sensitivity. *Gut* 2007;56:1202-9.
- Mouterde O. Les troubles fonctionnels intestinaux : l'enfant est un adulte en devenir. *Médecine et Enfance* janvier 2009.
- Chumpitazi BP et coll. : Multisite pain is highly prevalent in children with functional abdominal disorders and is associated with increased morbidity. *J Pediatr* 2021;236:131-136

D^r Olivier Mouterde

Gastropédiatre

Ancien praticien hospitalier CHU de Rouen

Ancien professeur agrégé, Université de Sherbrooke.

olivier.mouterde@gmx.fr

Troubles fonctionnels en pneumologie

D^r Cordula Koerner-Rettberg

D^r Cordula Koerner-Rettberg

Pédiatre pneumo-allergologue, chef de service
de médecine enfants et adolescents

Marienhospital Wesel

Wesel, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

cordula.koerner-retberg@prohomine.de

Troubles fonctionnels ostéo-articulaires

D^r Michel Kraemer,
MPR

Les troubles fonctionnels ostéoarticulaires sont fréquents chez l'enfant à tous les âges, du nourrisson à l'adolescent. Les techniques manuelles ostéopathiques (MMO) permettent de soulager nombre d'entre elles en redonnant aux tissus mous et aux articulations un fonctionnement plus physiologique.

L'examen se base sur les connaissances anatomo-neurophysiologiques en partant de la plus petite entité facilement analysable, *le métamère*¹. Il va nous permettre de replacer la dysfonction et donc la douleur dans son contexte neurophysiologique. En fonction du résultat de cet examen, il va être possible de choisir entre différentes techniques thérapeutiques et de vérifier leur résultat par un contrôle clinique immédiat.

Le principe de l'examen est basé sur les boucles de rétroaction du système nerveux faisant intervenir les étages médullaires ce qui permet de localiser assez précisément le niveau auquel il va falloir intervenir. Pour un même métamère, on aura un élément vertébral, musculaire, articulaire, vasculaire et viscéral dont les liaisons sont assurées par le système nerveux avec ses composantes sensitives, motrices et végétatives.

La douleur entraîne une contracture musculaire palpable et aboutit à une réduction de mobilité articulaire ou à une tendinite d'insertion par hyper sollicitation du fait du muscle. C'est le *Dérangement intervertébral mineur de Maigne* (DIM). Il s'installe sur le principe de l'innervation réciproque de Sherrington, un muscle rouge hyperactif va inhiber son antagoniste blanc et faire perdurer la dysbalance.

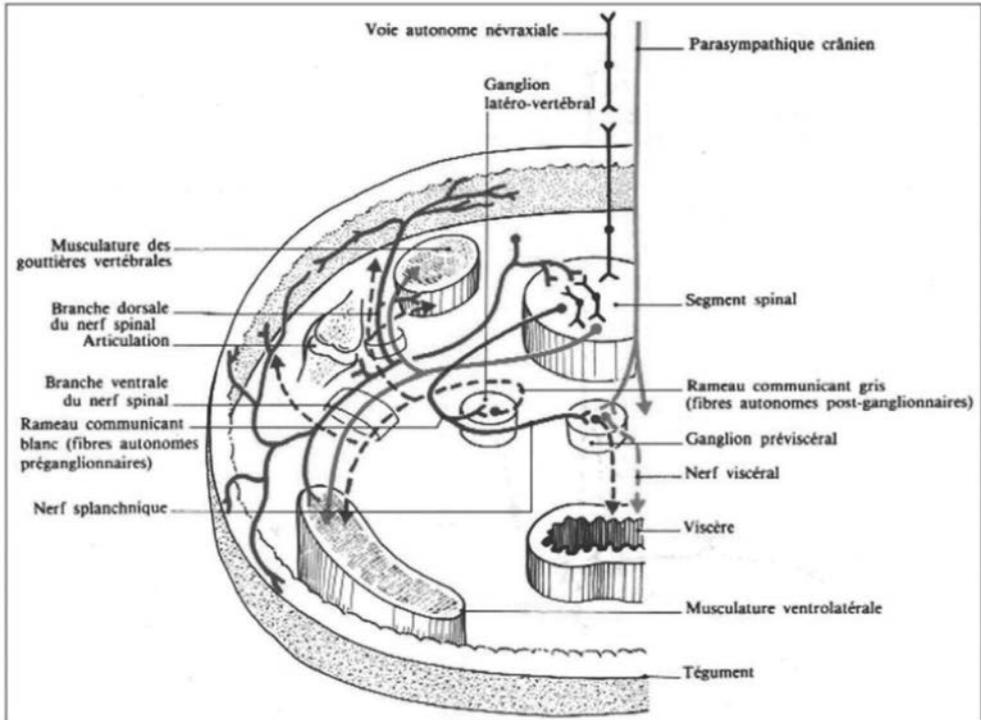
Les connexions métamériques avec le système végétatif expliquent les signes à distance comme les douleurs abdominales ou les troubles digestifs, fréquents chez l'enfant.

On peut donner comme exemple les **douleurs dites de croissance** dans lesquelles il est souvent facile de retrouver les éléments douloureux anatomiques : insertions tendineuses distales et proximales, syndromes myofasciaux, raccourcissements musculaires. Pour faire simple, on peut imaginer que le squelette de l'enfant grandit plus vite que l'adaptation que peut en faire le système musculoligamentaire. Ceci est en lien avec la croissance des fûts osseux, près du genou, loin du coude. On peut ainsi expliquer les troubles fonctionnels articulaires périphériques signalés par le jeune patient, comme des craquements ou des difficultés dans certains exercices, par des défauts fonctionnels de congruence articulaire.

Pour les douleurs péri-rotuliennes, l'examen métamérique permet souvent de définir l'étage lombaire responsable et de le traiter pour aboutir à un soulagement rapide voire immédiat. Ces douleurs de croissance vont éventuellement se pérenniser avec le port de

1 Métamère. Unité anatomique résultant de la segmentation partielle et temporaire du corps de l'embryon au cours de son développement (*Méd. Biol.* t. 2 1971). L'embryon humain comprend environ 40 métamères.

charges trop importantes comme des poids de cartables mal adaptés et l'utilisation intensive mal contrôlée d'écran vidéo à la maison.



Les **céphalées de l'enfant** sont un motif fréquent de consultation. Il peut s'agir de céphalées frontales augmentant en cours de journée pour lesquelles il faut s'assurer de l'absence de troubles visuels en l'envoyant à la fois chez l'ophtalmo et chez l'orthoptiste. Quand elles sont matinales, il faudra évoquer la part prise par le traitement orthodontique dont l'action mécanique va irriter le nerf trijumeau.



Les céphalées peuvent également être postérieures favorisées par l'utilisation intense des moyens modernes électroniques, dits de communication, qui vont influencer défavorablement la musculature en sollicitant la colonne cervicale dans une attitude de flexion forcée prolongée, sans compter la sollicitation binoculaire importante que cela entraîne. Le travail sur les muscles verniers de la base du crâne et les techniques d'Atlathérapie selon Arlen vont permettre de réduire leurs tensions.

Les douleurs cervicodorsales et dorsolombaires s'accompagnent souvent de troubles de la statique. L'attitude scoliotique se définit comme un trouble de la statique vertébrale

dans le plan frontal, sans rotation des corps vertébraux à la radiographie. Il existe souvent un contexte d'hypotonie voire d'hypermobilité, une malposition du bassin et des troubles au niveau des axes jambiers avec ou sans inégalité de longueur des membres inférieurs. Il est nécessaire de vérifier l'acuité et la convergence visuelles. Les **attitudes hypotoniques** associent augmentation des courbures, genu valgum, projection du rachis cervical en avant, atonie mandibulaire... Les **attitudes hypertoniques** se caractérisent par une rectitude rachidienne, une chute arrière, un genu varum, un recul mandibulaire...

Chez le nourrisson, nous sommes souvent amenés à intervenir sur ce que certains appellent le **torticollis congénital** qui existe certes, avec son raccourcissement structurel du sterno-cléido-mastoïdien, mais reste assez rare. Il s'agit purement d'une atteinte fonctionnelle sans que nous ne connaissions pour l'instant la cause à l'origine du phénomène. Nourrisson en inclinaison latérale du rachis cervical et rotation controlatérale, souvent accompagnée d'une grande courbure dorso-lombaire scoliotique dite en C. Cela s'accompagne d'autres phénomènes orthopédiques comme la réduction de l'abduction de hanche examinée à 90° de flexion et la contracture des muscles courts sous-occipitaux. On note parfois déjà précocement une déformation de la calotte crânienne et une asymétrie du visage. L'enfant est difficile à calmer, même dans les bras de sa mère, semble pris de coliques, montre des vomissements en jets, souvent à distance des repas. Au total, il souffre.

L'examen de départ va rechercher des signes associés de la série neurologique car il faut absolument éliminer une cause sous-jacente primaire qui peut correspondre à une anoxie périnatale. Il faut la déceler le plus vite possible et mettre en route le traitement adéquat avec la réalisation de divers tests simples :

Rotation passive de la tête qui peut être bien acceptée ou provoquer une rotation en bloc, de même pour la latéoflexion.



Réactions au tiré couché-assis, qui sont variables en fonction de l'âge: de 1 à 6 semaines, de 7 semaines à 3 mois, de 4 à 7 mois



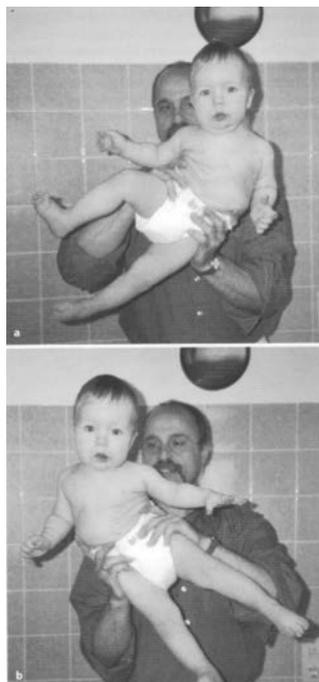
Réaction aux manœuvres labyrinthiques.

Le traitement va intervenir sur les différentes dysfonctions retrouvées en utilisant la manipulation directe sur la sacro-liaque ou la colonne, l'atlasthérapie selon Arlen, les techniques myofasciales, la réflexothérapie à distance, en particulier sur la sous-occipitale et les zones clés (jonction dorso-lombaire en particulier), les effleurements, etc.



Il est nécessaire d'obtenir une amélioration immédiate des différents tests, le contrôle se faisant à distance en fonction de l'importance de la clinique et de l'âge de l'enfant. La déformation crânienne disparaîtra lentement avec la croissance.

Tous mes remerciements au Dr Wilfrid Coenen de m'avoir autorisé à utiliser des extraits de ses publications.



Les dysfonctions secondaires

26

Il est très important de savoir que toute pathologie entraîne des dysfonctions secondaires. Leur éradication peut aider à traiter les atteintes causales plus facilement. On peut citer comme exemple la **maladie de Sever** au talon ou l'**épiphysite d'Osgood-Schlatter** au genou mais toute pathologie orthopédique, rhumatologique ou neurologique va s'accompagner de ces phénomènes secondaires accessibles au traitement. Ces dysfonctions secondaires vont également expliquer des phénomènes à distance comme des douleurs projetées à partir d'organes internes.

Keywords : osteoarticular functional disorders, growing pains, asymmetry of infant tone, attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), cerebral palsy

Bibliographie

- « Le syndrome métamérique : plus petit dénominateur commun en ostéopathie médicale » Dr François Dasque (Congrès de la FEMMO Toulouse le 2 octobre 2021).
- Thérapies manuelles et pédiatrie (2019) D. Bonneau, B. Roth, A. Dupeyron, C. Hérisson. Ed. Sauramps Médical.
- Ostéopathie pédiatrique et médecine manuelle (2019) Bernard Roth. Ed. Sauramps Médical.
- Traité d'ostéopathie posturologique (2021) Michel Steinmetz. Ed. Sully.

D' Michel Kraemer,

médecine-physique-et-de-réadaptation - Griesbach au Val
dr.michel.kraemer@orange.fr

Qu'est-ce que souffrir ?

*D' Romain Coutelle,
Strasbourg*

Nous avons abordé la question « qu'est que souffrir ? » sous l'angle de la souffrance psychique de l'enfant qui intéresse l'ensemble des professionnels du soin intervenant en pédiatrie comme en pédopsychiatrie. Évoquer la souffrance psychique suppose au préalable de s'entendre sur sa définition. Or, ce terme, tel qu'il est employé dans la littérature francophone, renvoie à des réalités bien différentes qui vont des difficultés psychologiques associées à l'exclusion sociale à la douleur morale décrite classiquement dans les épisodes dépressifs les plus sévères. Malgré ces disparités d'usage on peut s'entendre sur le fait que cette souffrance est ressentie par le patient comme intérieure à lui-même. Elle relève donc d'une expérience qui intéresse la personne dans sa globalité en touchant les rapports du sujet à lui-même, aux autres et au monde. Ainsi conçue la souffrance psychique permet d'appréhender le patient dans toute sa complexité et de répondre à l'objectif central de la médecine qui est certes de soigner des malades mais peut-être plus encore de soulager la souffrance du patient. Il nous semble donc essentiel de nommer et d'étudier cette souffrance chez l'enfant. Toutefois, il est fondamental qu'elle soit, à présent, mieux définie et conceptualisée pour pouvoir prendre en compte l'ensemble de ses déterminants familiaux, scolaires, socio-culturels, économiques, environnementaux et développementaux. Il faudrait aussi évaluer sa sévérité. C'est ainsi que l'on serait en mesure de situer les souffrances psychiques qui relèvent réellement d'une prise en charge sanitaire. Enfin, cette approche permettrait peut-être d'éviter les deux écueils face à l'expression de la souffrance que sont le déni et le dolorisme.

D' Romain Coutelle,

Pédopsychiatre PH - Hôpital Civil/Nouvel Hôpital Civil
67200 Strasbourg

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Centre de compétence maladies rares à expression psychiatrique
Pôle enfant 67 du Centre Ressource Autisme d'Alsace
Centre expert trouble du spectre de l'autisme sans déficience
intellectuelle

Fondation Fondamental

Unité Inserm U1114

67000 Strasbourg

romain.coutelle@chru-strasbourg.fr

TABLE RONDE III

Modérateurs :

D' Henri-Pierre Monteillet et D' Françoise Rosentiel

Je dors donc je suis et regards croisés sur la souffrance psychique de l'enfant 2.021

L'impact de la crise sanitaire

D' Juliette Rabot

Sommeil et santé mentale de l'enfant : quoi de neuf ?

P^r Carmen Schroeder

De la gestion du stress au passage à l'acte

D' Julie Rolling

Je dors donc je suis Regards croisés sur la souffrance psychique de l'enfant 2021

Le premier exposé portera sur les effets de la pandémie Covid-19 sur la santé mentale des enfants et adolescents en France et à l'échelle internationale. Les confinements et restrictions successives ont modifié brutalement et parfois durablement les modes de vie des jeunes et leurs repères sociaux : fermetures des écoles, distanciation sociale, limitation des activités de loisirs, etc. Nous verrons quelles en ont été les répercussions pédopsychiatriques, notamment l'augmentation de l'anxiété et de la dépression, des troubles du comportement alimentaires, et des abus et violences domestiques.

Parmi les facteurs impliqués dans la dégradation de la santé des jeunes durant la crise sanitaire, le sommeil en est un point de particulière importance. La seconde présentation fera un état des lieux des liens entre sommeil et santé mentale chez les enfants et adolescents, avec un focus sur l'impact de la pandémie sur le sommeil et les rythmes et leurs conséquences sanitaires.

Le troisième exposé sera centré sur les conséquences psychiques et les trajectoires des plus jeunes dans les suites d'une exposition à des situations de stress répétées et parfois traumatiques. Dans ces situations, l'hyperactivation du système nerveux autonome associé à la privation de sommeil peut fragiliser l'individu et potentiellement aboutir à un passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.

L'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

*D^r Juliette Rabot,
Strasbourg*

D^r Juliette Rabot,
Pédopsychiatre,
Hôpital de L'Elsau
15 rue Cranach
67200 Strasbourg
juliette.rabot@chru-strasbourg.fr

Sommeil et santé mentale de l'enfant Quoi de neuf ?

*Pr Carmen Schröder,
Strasbourg*

D^r Carmen Schröder,
Pédopsychiatre,
Hôpital Civil/Nouvel Hôpital Civil
67091 Strasbourg
schroderc@unistra.fr

De la gestion du stress au passage à l'acte

*D^r Julie Rolling,
Strasbourg*

D^r Julie Rolling,
Pédopsychiatre,
Hôpital de L'Elsau
15 rue Cranach
67200 Strasbourg
julie.rolling@chru-strasbourg.fr

TABLE RONDE IV

L'avenir de la pédiatrie

Modérateurs :

D' Francis Rubel, D' Francine Lecaillier, D' Henri-Pierre Monteillet

*D' Brigitte Virey, D' Fabienne Kochert, Jeunes pédiatres,
D' Denys Chaigne, D' Henri-Pierre Monteillet*

Introduction

D' Francis Rubel

Présentation des MSP et CPTS

D' Fabienne Kochert

Le Centre enfance et santé de Bordeaux

D' Françoise Ceccato

Les parcours de soins, l'organisation en Pays de Loire, les projets en Franche Comté

D' Pascal Pineau, D' Pascale Vurpillat

Les assistants médicaux et les délégations de tâche

D' Brigitte Virey

La maîtrise de stage, témoignages d'internes et de maîtres de stage

Les pédiatres du futur, témoignage

Maxime Bacquet, ancien président de l'A.J.P.

Avenir de la pédiatrie

D' Henri-Pierre Monteillet,

Pourquoi ?

Les pédiatres libéraux font un métier essentiel, mais reconnu quasi uniquement par les parents.

Présents dans les organismes de santé au niveau régional et national, ils doivent justifier de leur utilité et, même devant leurs confrères hospitaliers la partie est difficile. En faisant une recherche « avenir de la pédiatrie » sur Google je retrouve plusieurs articles documentés et anciens. Le thème nous préoccupe depuis trente ans.

L'actualité du sujet tient aussi à l'état critique de la Santé, au récent rapport de l'Igas : détaillé, intéressant, mais préoccupant. Elle tient enfin à nos conditions d'exercice et à la situation sanitaire psycho-sociale des enfants.

Les enfants 2.021 ont besoin de nous

Nos pratiques évoluent au rythme accéléré de la mutation sociétale.

En consultation se sont développés le soutien à la parentalité, la prise en charge de troubles psycho-sociaux comme les TDAH, les troubles des apprentissages, les troubles du comportement alimentaire.

Les modifications environnementales ont vu émerger des pathologies respiratoires, allergiques, métaboliques, endocriniennes.

La crise sanitaire a amplifié les dysfonctionnements au quotidien. Le confinement devient une habitude.

34

Notre exercice libéral doit changer

Le renouvellement espéré et partiel de notre population pédiatrique, annoncé depuis longtemps, va s'amplifier dans les prochaines années. Le mode de fonctionnement des anciens ne sera pas répliqué. Notre pratique manque de visibilité et d'attractivité.

Pour répondre à ces problèmes, il existe des moyens, des structures, qui ne demandent que notre énergie pour réaliser des projets intéressants.

Comment ?

La table ronde réunit des pédiatres expert(e)s dans le fonctionnement très bureaucratique (donc complexe) des structures d'animation de la santé et actrices essentielles dans la reconnaissance de notre profession, des pédiatres autrices et auteurs de projets remarquables, des jeunes pédiatres, témoins des aspirations de la nouvelle génération.

Cette table ronde ressemble à une passation. La présence des jeunes est fondamentale et donne un sens à cette rencontre.

Les échanges à partir des expériences novatrices, la connaissance des outils pour améliorer nos pratiques ont été les moteurs de la construction de ce projet.

Introduction

*D^r Francis Rubel,
Haguenau*

D^r Francis Rubel,
Haguenau
Président d'honneur Snpf
Commission démographie Snpf
Rubel.Pediatre@wanadoo.fr

Présentation des MSP et CPTS

D^r Fabienne Kochert,
Orléans

Exercer la pédiatrie dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire

Pour la plupart des pédiatres, une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) évoque un regroupement de professionnels de santé autour de médecins généralistes.

Une MSP n'est pas une association de médecins dans un cabinet de groupe. Une MSP a un fonctionnement plus exigeant caractérisé par :

- *un exercice pluri professionnel,*
- *des soins coordonnés,*
- *un projet de santé.*

Historiquement, les MSP ont été créées en 2007 pour répondre au besoin des professionnels de santé de « travailler ensemble » selon un mode d'exercice professionnel collectif et coordonné. Elles regroupent des professionnels de santé de soins primaires de premier recours (et éventuellement de second recours) exerçant dans une même zone géographique autour d'un projet de santé commun.

Les équipes sont constituées de :

- *professions médicales, médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes ;*
- *d'auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologue, diététiciens, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes ...*

36

La MSP peut, de plus, collaborer avec d'autres professionnels comme les psychologues, des acteurs du territoire comme les éducateurs sportifs, des associations d'usagers, les services médico-sociaux, des hôpitaux ou des cliniques. Les professionnels de la MSP proposent des activités de soins et participent en outre à des missions de santé publique : actions de prévention et d'éducation de la santé, éducation thérapeutique.

Les professionnels des MSP ont un exercice libéral.

Ils sont regroupés au sein d'une SISA (*Société interprofessionnelle de soins ambulatoires*) qui leur permet de mutualiser les moyens de fonctionnement (comme dans une société civile de moyens) et de percevoir les subventions de l'ARS et la rémunération spécifique prévue par l'*Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)* versée par l'Assurance maladie. En effet, une MSP signe une convention tripartite avec l'ARS et l'Assurance maladie et perçoit une subvention de la part de l'ARS lors de l'ouverture puis les ACI versés annuellement par l'Assurance maladie (sous réserve du respect des indicateurs représentés par l'accès aux soins, le travail en équipe et le système d'information partagée). Les ACI servent à rémunérer la coordinatrice, en partie la gérance et le temps de travail coordonné des différents professionnels.

La MSP Madeleine Brès à Orléans

Le projet de la MSP Madeleine Brès à Orléans est le fruit d'une rencontre entre un projet personnel de création « d'une maison pédiatrique » et la volonté de la municipalité d'ouvrir une MSP sur le site de l'ancien hôpital d'Orléans. C'est une belle aventure humaine partagée entre les médecins généralistes porteurs du projet et les pédiatres.

Le projet de santé choisi est celui de « vulnérabilité, croissance et maladies chroniques » qui regroupe l'exercice des pédiatres et des médecins généralistes. Ce projet a obtenu un avis favorable de l'ARS en mai 2020, ce qui a permis de toucher la rémunération ACI pour l'année 2021.

La MSP a ouvert ses portes le 2 janvier 2021, elle regroupe :

- *professions médicales, 2 médecins généralistes, 3 médecins généralistes adjoints, 4 pédiatres ;*
- *professions paramédicales, 3 infirmiers DE, 2 masseurs-kinésithérapeutes, 1 psychomotricienne, 1 pédicure-podologue, 1 diététicien ;*
- *autres professionnels, 1 infirmière de pratique avancée, 1 infirmière Asalee, 1 psychologue, 1 thérapeute familiale ;*
- *1 coordinatrice ;*
- *personnel salarié, 2 assistantes médicales (une pour les médecins généralistes, une pour les pédiatres), 4 secrétaires.*

La présence de pédiatres au sein de la MSP a permis de renforcer le travail en lien avec les médecins généralistes notamment pour les enfants présentant des maladies chroniques et des troubles du neurodéveloppement.

Parmi les actions mises en œuvre depuis l'ouverture en janvier 2021.

- Vaccination contre la covid-19 pour les adultes et les adolescents.
- Réponse à l'appel à projet de l'ARS sur les 1 000 jours avec les objectifs de :
 - soutenir la parentalité,
 - permettre un accès aux soins à toutes les familles,
 - promouvoir la santé bio-psycho-sociale pendant les milles premiers jours de vie.

Ce projet a obtenu un avis favorable et une subvention de l'ARS et va permettre de débiter un travail avec des puéricultrices qui pourront proposer des consultations de soutien à la parentalité en lien avec les pédiatres.

- Organisation d'une permanence de soins partagée entre médecins généralistes et pédiatres le samedi vu l'importance et la sévérité de l'épidémie de bronchiolites et des autres viroses de l'automne 2021.

L'exercice en MSP est une possibilité pour les pédiatres de travailler en réseau avec les médecins généralistes qui adressent les enfants ou sollicitent l'équipe pédiatrique pour des avis. Elle permet d'améliorer le suivi global des enfants, de sensibiliser les médecins généralistes aux dépistages sensoriels (vue, audition) aux âges clé du développement. La présence des pédiatres, de l'assistante médicale pédiatrique donne une ambiance pédiatrique à la MSP et met les parents en confiance. La présence des autres professionnels (kinésithérapeute, psychomotricien, psychologue, thérapeute familiale, diététicien) permet des échanges et un vrai travail coordonné autour du patient (de plus rémunéré par les ACI). De plus, le travail en commun permet de lutter contre l'isolement et d'adapter son temps de travail.

Aujourd’hui, nous évoquons à nouveau l’avenir de la pédiatrie.

« Le monde change, la pédiatrie évolue » était la thématique retenue pour les 17^{es} journées de pédiatrie ambulatoire organisées à Orléans en novembre 2019. Aujourd’hui, nous évoquons à nouveau l’avenir de la pédiatrie. Oui notre exercice doit évoluer, c’est le futur de nos enfants qui doit nous guider et nous faire avancer. L’exercice pluri professionnel coordonné en MSP est l’une des réponses que nous pouvons apporter sur nos territoires pour améliorer le suivi des enfants et leur offrir un parcours de santé cohérent.

Découvrir Madeleine Brès (source Wikipedia)

Madeleine Brès est née en 1842 et nous fêtons le 30 novembre 2021 le centenaire de sa mort.

Elle est la première femme française à avoir obtenu son diplôme de docteur en médecine après un long combat. Elle a dû attendre de pouvoir passer son baccalauréat (qui n’a été accessible aux femmes qu’en 1861) puis a pu s’inscrire à la faculté de médecine de Paris en 1868, après délibération du Conseil des ministres. Elle avait alors 26 ans, était mariée à un conducteur d’omnibus et était mère de trois enfants. Elle est brillante dans ses études mais ne pourra pas passer le concours d’externat ni d’internat. Elle poursuit ses études en parallèle au Museum d’Histoire naturelle de Paris et prépare une thèse sur la composition chimique du lait maternel pour laquelle elle obtient la mention « extrêmement bien » et devient la première Française docteur en médecine. Après sa thèse, elle s’installe dans un cabinet à Paris, elle se spécialise dans la relation entre la mère et le bébé ainsi que dans l’hygiène des enfants. Elle donnera des conférences dans les crèches, les maternelles et les garderies parisiennes avant de fonder sa propre crèche en 1885 où les enfants seront gardés et soignés gratuitement jusqu’à l’âge de trois ans. En 1883, elle dirigera le journal « Hygiène de la femme et de l’enfant.

Avec un tel parcours, on peut voir en Madeleine Brès la première pédiatre de France.

D^r Fabienne Kochert,

Pédiatre, Orléans

Présidente de l’Afpa

MSP Madeleine Brès - 7, rue Porte Madeleine

45000 Orléans

fabienne.kochert@wanadoo.fr

Le Centre enfance et santé de Bordeaux

D' *Françoise Ceccato,*
Tresses

Les enfants ont besoin de nous : offrons-leur des maisons de santé pédiatriques !

De nouvelles organisations de santé ont vu le jour ces dernières années : MSP, CPTS, infirmière *Asalee (Action de santé libérale en équipe)*, assistants médicaux, etc. Encouragées par notre ministère, elles sont encore peu connues du monde hospitalier, et très peu développées en pédiatrie (qui semble en retard par rapport à la médecine générale sur le plan de l'organisation des soins).

Je m'appelle Françoise Ceccato, je suis pédiatre sur les hauteurs de Bordeaux. Il y a trente ans, j'ai créé un centre de pédiatrie qui va être en France la 3^e MSP (*maison de santé pluri-professionnelle à vocation pédiatrique*), et qui accueille une puéricultrice *Asalee* depuis trois ans.

C'est ce dont Henri-Pierre Monteillet m'a demandé de vous parler aujourd'hui.

J'ai fait mes études de médecine à L'Université de Bordeaux. J'ai été externe, puis interne, puis chef de clinique à l'Hôpital des enfants du CHU de Bordeaux. J'ai beaucoup aimé le travail en équipe autour de l'enfant et j'en mesurais tout l'intérêt, tant sur le plan du diagnostic des maladies que des soins, ainsi que de l'apport des regards croisés somaticiens et psychologues.

J'ai gardé jusqu'à l'an dernier des vacances à l'Hôpital des Enfants dans une spécialité particulière, la mucoviscidose. Dès la fin de mon clinicat, avec un pneumologue et une kinésithérapeute, nous avons la charge d'une dizaine de patients. Nous avons eu l'immense privilège de contribuer à la création du *CRCM aquitain (centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose)* qui aujourd'hui regroupe douze professionnels (médecins, kinés, APA, psychologues, diététiciennes..., et une secrétaire) et soigne une cohorte de deux-cents enfants.

C'est aussi après mon clinicat, à trente-quatre ans, que je me suis installée en libéral. J'avais choisi de créer une équipe pluridisciplinaire avec, dès le départ : une orthophoniste, une psychomotricienne, un pédopsychiatre et une gynéco-obstétricienne. Mon ambition était une approche globale de l'enfant, en proposant sur le même site des soins à visée somatique et psychologique. Le lien soma/psy ne faisait pas encore partie de nos études, et les « psy » faisaient peur aux familles. À ma connaissance, dans les années 80/90, il n'y avait pas, ou peu de regroupements pluridisciplinaires, en pédiatrie.

Aujourd'hui, je consulte six demi-journées par semaine et je réserve les quatre autres demi-journées à l'organisation du centre de pédiatrie qui regroupe plus de vingt professionnels de santé : six pédiatres (dont trois à plein temps) et leurs remplaçants, kinés, orthoptiste, orthophonistes, diététicienne, psychomotriciennes, psychologues, puéricul-

trice, et un médecin ayant une consultation « écrans ». Une équipe pédopsychiatrique a décidé de nous rejoindre en janvier prochain.

Pour passer de cinq professionnels ayant des métiers complémentaires en pédiatrie à vingt-cinq, il m'a fallu trente ans : le modèle n'était jusqu'à présent ni encouragé ni même compris...

Les temps ont changé : depuis 2010 la France expérimente, et encourage financièrement, l'organisation de *maisons de santé pluri-professionnelles* (MSP) pour répondre aux nouveaux enjeux de santé, renforcer l'offre de soins de proximité, diminuer le recours aux urgences hospitalières et rendre plus fluide et plus attrayant l'exercice médical (horaires de travail, coordination rémunérée, etc.). Nombreux sont les médecins généralistes qui se saisissent de cette opportunité, avec bonheur disent-ils pour la majorité. Pour ceux qui ont franchi le pas, ils n'imaginent plus exercer leur métier autrement qu'en MSP. Cet été 2021 il y avait déjà plus de 1800 MSP de généralistes en France et plus de 300 en création. Nous pouvons faire de même en pédiatrie. Le centre de pédiatrie créé il y a trente ans sera prochainement la 3^e MSP *pédiatrique*, fonctionnant avec des pédiatres et des professionnels de santé s'engageant auprès des enfants. Les deux premières sont à Clermont-Ferrand, sous l'impulsion d'une pédiatre (www.facebook.com/lesptitsoins/) et à St Denis - Ile de France avec deux pédiatres. C'est une chance qui s'offre aujourd'hui à tous les pédiatres, ceux déjà installés, et les jeunes qui souhaitent rejoindre le monde libéral et exercer en équipe.

Notre structure girondine a fait ses preuves, elle fonctionne déjà presque comme une MSP, sans avoir bénéficié d'aucune aide. Les patients y bénéficient déjà d'une prise en charge la plus globale possible au sein du même site (par exemple tous nos petits ont un dépistage visuel entre 9 et 12 mois par l'orthoptiste), d'une offre de soins de proximité (nous sommes à plus d'une heure de route de toute structure hospitalière pédiatrique), d'une continuité des soins (nous nous relayons) et de l'offre de formation (nous sommes sept maîtres de stage).

Aujourd'hui ce qui était une expérience isolée est devenu un modèle reconnu par l'État et encouragé par des subventions, qui vont de l'aide financière à construire une maison pluri-professionnelle à l'aide financière pour son fonctionnement. Passer en MSP va nous permettre de coordonner notre approche du patient, de faciliter nos échanges et d'être aidés financièrement pour les projets qui nous tiennent à cœur. Notre objectif est de pérenniser notre structure en la rendant attractive auprès des jeunes pédiatres.

Une puéricultrice Asalee à nos côtés depuis 3 ans !

Depuis 2005, l'association Asalee (Action de SANTé Libérale En Equipe) finance la présence d'une infirmière temps-plein auprès de cinq médecins généralistes se trouvant ou pas dans le même cabinet. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des patients grâce à l'éducation thérapeutique (où les médecins sont peu performants), pour du suivi de pathologies chroniques (chronophage, et difficilement assuré par les médecins), ou pour des actes dérogatoires.

En 2020 il y avait déjà plus de mille infirmières Asalee auprès de généralistes.

Nous avons demandé, sous l'impulsion d'une puéricultrice, à bénéficier du dispositif pour notre jeune patientèle. L'association Asalee et l'ARS ont donné leur accord en 2018. Cette coopération a fait l'objet d'une thèse de médecine soutenue en 2020 par une interne en pédiatrie qui l'a découverte pendant son stage de pédiatrie ambulatoire. Elle a permis de

montrer tout l'intérêt du dispositif pour les enfants, leurs familles et les pédiatres signataires.

Voici quelques exemples d'interventions réalisées par la puéricultrice.

- Éducation thérapeutique en cas d'énurésie, de surpoids, d'asthme, d'eczéma, de gestion familiale inappropriée des écrans.
- Soutien parental simple (1er enfant, craintes familiales, problème de puériculture) ou orientation en cas de difficultés sociales (lien PMI) ou psychiques (lien avec unité mère-enfant du CHU).
- Rattrapage vaccinal (acte dérogatoire), ablation de points de suture.
- Entretien pour sevrage tabagique.

Cela aide considérablement les familles, et fait gagner beaucoup de temps aux pédiatres.

Voilà pour les aspects techniques qui constituent une aide à saisir. Et vous vous posez la question : quelle est la finalité de l'exercice en MSP, et qui cela avantage-t-il ? Cela avantage les professionnels que nous sommes : meilleure organisation, aménagement des horaires évitant le burn-out, valorisation de notre exercice, plaisir des échanges...

Cela permet surtout une meilleure prise en charge des enfants grâce à une équipe pluri-pro, évitant souvent le recours à l'hôpital lointain, qui a bien d'autres missions à remplir...

En conclusion, grâce à une prise en charge pédiatrique de proximité organisée, MSP et puéricultrice Asalee permettent de créer les conditions pour

Que chaque enfant puisse devenir l'adulte qu'il mérite d'être !

Les parcours de soins, l'organisation en Pays de Loire

*D' Pascal Pineau,
Angers*

Les parcours de soins, l'organisation en Pays de Loire

Les URPS (*Union régionale des professionnels de santé*) sont des structures émanant d'élections professionnelles et constituant la représentation des professionnels exerçant à titre libéral auprès des organismes administrant la Santé en particulier les ARS (*Agence régionale de Santé*).

Au sein de l'URPS *médecins libéraux en Pays de la Loire* (URML = *Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire*) s'est constituée en 2015 une commission concernant la santé de l'enfant avec des généralistes et des pédiatres. L'objectif retenu a été de participer à structurer le suivi et l'orientation des enfants entre médecins généralistes et pédiatres, entre premier et second recours.

Pour optimiser le parcours de soins plusieurs initiatives ont été prises

Un annuaire des pédiatres libéraux de la région (5 départements) a été réalisé sous une forme facile d'accès (tableau) destiné aux médecins généralistes et comprenant les moyens de contact facile et rapide aux pédiatres libéraux et précisant certaines surspécialités pédiatriques utiles pour les correspondants.

Un travail de formalisation de parcours de soins selon certaines pathologies courantes de l'enfant est présenté sous forme d'arbre décisionnel. Le but est de faciliter une prise en charge coordonnée dans ces différents domaines de la pathologie de l'enfant. Ces arbres décisionnels ainsi que l'annuaire pédiatrique ont été adressés aux médecins généralistes et pédiatres libéraux. Ils sont consultables et accessibles sur le site de l'URML PdL (www.urml-paysdelaloire.org). Le travail de la commission se poursuit, d'autres domaines de la pathologie sont abordés et il est prévu de revoir les premiers pour actualisation possible. Dans le même ordre d'idée et la même dynamique de coordination par la coopération des médecins généralistes et pédiatres en exercice complémentaire, *un travail de présentation des PCO TND (Plateforme de coordination pour les troubles du neuro-développement)* a été fait avec le CRA (*Centre ressources autisme*) des Pays de la Loire sous forme de deux webinaires. D'autres sont en cours de préparation pour informer et homogénéiser les adresses par les médecins de proximité en exercice dit de premier recours.

Cette volonté de coopération s'inscrit également dans la participation de l'URML PdL à la réalisation d'une structure nouvelle : *Réso'Pédia*, structure régionale d'appui et d'expertise, pour « construire une culture commune de santé de l'enfant et fédérer les professionnels en région. » Il paraît indispensable d'obtenir « une approche globale de la santé de l'enfant en affirmant sa singularité, ses besoins et ses droits ». ([site : reso-pedia.fr](http://site:reso-pedia.fr)).

Le parcours de soins commence en proximité et la coordination est essentielle et à développer.

Innover pour une meilleure coopération entre ville et hôpital

C'est l'objet d'un travail en cours, commencé en 2019. Il s'agit de la création d'un réseau de surveillance en ambulatoire de certaines pathologies de l'enfant pour éviter certaines hospitalisations ou permettre un suivi post-hospitalisation autour du pédiatre libéral associé aux infirmières puéricultrices en libéral. Une première expérimentation s'est faite sur l'agglomération nantaise entre novembre 2019 et janvier 2020 concernant des nourrissons, de moins d'un an, atteints de bronchiolite modérée à sévère ; expérience soutenue par l'ARS appelée *Bronchiolib*. Le principe était : les médecins généralistes adressaient aux pédiatres libéraux les enfants éligibles à une surveillance par une infirmière-puéricultrice libérale en alternative à un passage aux urgences ou une hospitalisation au CHU. Il y avait également dans cette expérimentation la mise en valeur des compétences des puéricultrices qui ont une formation spécifique aux soins de l'enfant, qui n'est pas reconnue en libéral (pas de cotation d'actes de puéricultrice).

Après réflexion avec l'ARS, un projet Article 51 a été rédigé pour mettre en place un système de soins et surveillance s'appuyant sur l'expérimentation *Bronchiolib* et sur les mêmes principes appelé *Pédialib*. Il concerne des nouveau-nés et nourrissons jusqu'à 24 mois atteints de maladies infectieuses aiguës type bronchiolite, gastroentérite, grippe ou en suite d'hospitalisation (en accord avec l'hôpital) sur un territoire élargi des Pays de la Loire puisque concernant les cinq villes principales de la région. L'écriture de ce projet en Article 51 est achevée. La procédure est en cours.

Les projets en Franche Comté

D^r Pascale Vurpillat,
Besançon

Un avenir pour le pédiatre ambulatoire

Quelques vignettes cliniques

- Un enfant porteur de paralysie cérébrale qui majore sa dystonie depuis plusieurs mois avant qu'on se rende compte qu'il est constipé.
- Une étiquette de dyspraxie par l'école sur des difficultés d'écriture et une maladresse chez un enfant suivi par un psychomotricien dans les premières années suite à un retard d'acquisition de la marche (24 mois) sans un examen clinique qui montre pourtant une hémiparésie frustrante (juste le faire se mettre sur un pied et tourner ses poignets).
- Un garçon qui vient d'être admis en Ulis CE1 mais qui ne donne pas l'impression d'un trouble du développement intellectuel à la première consultation ce qui est confirmé par la BMTi. À l'anamnèse, c'est plutôt un « post covid » : pas d'entrée dans les apprentissages académiques avec une famille qui a bien profité des confinements.



Mais aussi tous les enfants dont l'histoire clinique est décrite dans le livre de Thierry Delcourt « La fabrique des enfants anormaux »¹ qui présentent une inhibition anxieuse ou une souffrance psychique qui les font s'agiter, plutôt qu'un véritable trouble du neurodéveloppement. Et dans les crèches, les auxiliaires vivent une rentrée difficile avec des difficultés de séparation occasionnant beaucoup de pleurs, des enfants « sans cadre », disent-elles, avec une hygiène de sommeil et d'alimentation pas en place et des habitudes massives d'écran.

Par ailleurs fleurissent des centres de paramédicaux, avec le dernier à Besançon qui regroupe : orthophoniste, praticienne en IMP, sophrologue, graphopédagogue, neuropsychologue, psychométricien, psychologue, accompagnement parental. !!!

Suite au 1 000 jours, on entend à la radio des incitations à consulter... un pédiatre ? Bien sûr que non, juste un site internet !

Et pourtant parmi les enfants malades le « neuropsych » constitue l'essentiel des étiologies (tableau 1 : Les ALD les plus fréquentes chez l'enfant).

Alors comment initier une révolution qui aurait comme paradigme que tout enfant a droit à un médecin spécialisé qui a comme mission de s'occuper de sa santé, c'est-à-dire pas seulement contribuer à l'absence de maladie par la prévention et aux traitements curatifs selon les données scientifiques actualisées, mais aussi aider à la meilleure qualité de vie

1 La fabrique des enfants anormaux - Thierry Delcourt - Editeur Max Milo – Collection Essais-Documents. Parution 14/04/2021 - EAN 978-2315008292

possible dans une perspective inclusive. Une médecine globale, écosystémique c'est-à-dire qui prend en compte la singularité de l'enfant dans son environnement particulier.

Comment situer le pédiatre ambulatoire comme un coordinateur de parcours auquel tout enfant malade a droit ?

Quand un système prend l'eau, il faut en revoir les fondations. Ne faut-il pas commencer par la formation des pédiatres ambulatoires ? Tous les internes accueillis dans nos cabinets découvrent avec beaucoup d'étonnement la médecine que nous pratiquons. Le développement de l'enfant n'est pas enseigné dans le DES de pédiatrie. Il ne s'agit pas de limiter cet enseignement aux troubles du neurodéveloppement; il y a déjà un excellent DU pour cela. Il est question d'une formation à une médecine biopsychosociale qui envisage l'enfant dans son environnement humain et non humain, familial, scolaire, culturel et social. Retrouver l'esprit de *pédiatrie sociale* tel qu'elle nous a été enseignée à nous par le Pr Juif à Strasbourg il y a bien longtemps. Et aussi créer une *FST (Formation spécifique transversale)* coordination de parcours maladies neuropsychiatriques et chroniques avec des stages en médico-social, MDPH, médecine scolaire, PMI, Reppop, etc.

La mission confiée par Henri-Pierre Monteillet organisateur émérite de cette table ronde sur l'avenir de la pédiatrie, est de parler de l'expérience locale de Franche Comté.

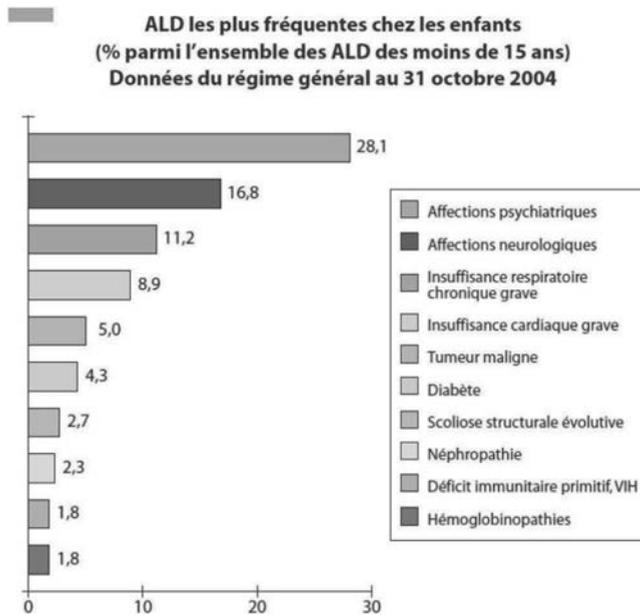
C'est d'abord un séminaire Afpa-DPC, territorialisé à Besançon, sur les *troubles du neuro-développement dans les 1 000 premiers jours*, qui a réuni la presque totalité des pédiatres francs comtois, quelques bourguignons et quelques généralistes. C'est la mise en place d'un stage purement médico-social avec trois mois au Camsp et les autres dans les différents services médicosociaux de la ville (qui s'ajoute à cet autre terrain de stage ambulatoire que nous formons, Jane Duchenne, qui fait partie d'un réseau trouble des apprentissages et TND pluradys, et moi-même, qui en plus suis coordinatrice d'un Sessad moteur, auditif, DI et bientôt Camsp).

C'est ensuite l'astreinte de ville des pédiatres bisontins pour une meilleure coordination ville, hôpital. Chacun à son tour sur une semaine, jour et heure ouvrable, nous réservons des créneaux pour les nouveaux nés à risques à revoir vite en sortie de maternité, les sorties d'hospitalisations à revoir pour ceux sans pédiatre traitant et ceux qui passent aux urgences avec un repérage de maladie chronique, asthme, obésité, etc., qui ne relèvent pas du niveau 3.

C'est aussi l'engagement à venir des pédiatres dans le projet de *CPTS du Grand Besançon (communauté professionnelle territoriale de santé)* à propos des troubles du neurodéveloppement. Et c'est surtout un projet totalement foisonnant, soumis et non retenu par l'ARS, dans le cadre d'un appel à projet sur les 1 000 premiers jours, qui a comme visée un accueil inclusif en crèche et halte-garderie, dans un esprit de prévention des troubles de développement, en enrichissant l'environnement, en reconnexion avec la nature, avec un accès facilité et quotidien à un extérieur végétalisé. Il s'agit d'universalisme proportionné, de mixité sociale, d'adaptation aux besoins fondamentaux de l'enfant. Et si une atypie de développement est repérée il s'agit de mettre en place *in situ* des interventions en coordination avec la PCO, la PMI, le CHU (neuropédiatrie et pédopsychiatrie), le médico-social et la protection judiciaire. On sort du fonctionnement en silo et on apporte à l'enfant dans un lieu de vie adapté les soins nécessaires ; mais aussi la crèche devient un « lieu tiers » où

les parents peuvent être accueillis et y rencontrer les différents interlocuteurs dont ils ont besoin. On centre la prise en soin sur l'enfant en se souciant de l'opportunité des périodes sensibles de développement et des modifications épigénétiques d'expression des gènes de neurodéveloppement grâce à un environnement favorable. On n'en n'oublie pas pour autant les parents mais on acte le constat que leur dynamique d'évolution est beaucoup plus lente.

Ce projet pilote est la continuation de l'expérience acquise à la crèche Clairs Soleils avec l'accueil d'enfants en situation de polyhandicap que nous vous avons exposé au congrès Afpa de Colmar. Nous vous confirmons que l'évolution des enfants accueillis est assez extraordinaire et que leurs parents vont beaucoup mieux aussi. À votre disposition pour en échanger



Source : Maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants en ALD.
Neuropédiatrie CHU Bicêtre APHP, INSERM U 822 - CNAMTS-DSES

Les assistants médicaux et les délégations de tâche

*D^r Brigitte Virey,
Dijon*

D^r Brigitte Virey,
Pédiatre, Dijon
Présidente du Snpf
bvirey@wanadoo.fr

La maîtrise de stage, témoignages d'internes et de maîtres de stage*

Sylvie Hubinois MSU,
Saint-Germain-en-Laye

Yves Swartebroeckx MSU,
Rouen,

Pierre Pégourié URPS médecins AuRA,
Rives-sur-Fure

Laurie Benguigui (interne de Pédiatrie),
Lyon

Jean Stagnara MSU,
Lyon

* Voir aussi dans les communications libres

MSU : Grille d'évaluation par compétence de l'interne.

Les pédiatres du futur, témoignage

*D^r Maxime Bacquet,
Amiens*

D^r Maxime Bacquet,
CHU Amiens-Sud
Service de neurologie pédiatrique
et Centre de référence des troubles du langage
Ancien président de l'AJ P

L'ESSENTIEL

Modérateurs :

*D^r Francine Lecaillier et D^r Yves Alembik
D^r Christine Magendie et D^r Siegmar Beckmann*

E1-Dentisterie pour le pédiatre

P^r Marie-Cécile Manière

E2-ORL : tests de diagnostics en cabinet

D^r Elisabeth Perl-Fontaa

E3-La Génétique 2.021

D^r Salima El Chehadeh

E4-Ophtalmologie

M^{me} Gottenkiene

E5-Circuits des TSA

D^r Catherine Chabaux-Delarai

E6-Dermatologie

P^r Dan Lipsker

E7-Néonatalogie : retour à domicile du prématuré

P^r Pierre Kuhn

E8-Allergologie : les vraies et les fausses allergies alimentaires

D^r Carine Metz-Favre

E1-Dentisterie pour le pédiatre

*P^r Marie-Cécile Manière,
Strasbourg*

Anomalies de couleur des dents, taches noires, blanches, vertes ou brunes. Comment les différencier ?

La couleur normale des dents est déterminée par les teintes translucides de l'émail, renforcée par les nuances de jaune de la dentine sous-jacente.

Chez le jeune enfant, le pédiatre observe fréquemment des anomalies de couleur des dents, d'apparences très variées : taches ou marbrures, opaques ou translucides, circonscrites ou diffuses, allant du jaune au brun mais pouvant aussi être gris-bleu, vertes, orangées ou noires ! Il n'est pas aisé d'en faire le diagnostic car ces dyschromies peuvent traduire aussi bien une anomalie de structure d'origine génétique ou d'origine acquise environnementale que la carie précoce de l'enfant, ou bien encore une exposition précoce à des éléments tels que tanins, métaux ou à des bactéries spécifiques. Dans ce cas, ce sont des dyschromies d'origine exogène ; superficielles, elles disparaissent pour la plupart après nettoyage prophylactique professionnel.

L'augmentation de la prévalence des dyschromies d'origine acquise et systémique au cours des dernières années est préoccupante, qu'il s'agisse de la MIH (Molar Incisor Hypomineralization) qui touche aujourd'hui 15 à 18 % des enfants âgés de 7 à 9 ans ; ou encore de l'HSPM (Hypomineralized Second Primary Molars), qui correspond à une hypominéralisation affectant principalement les secondes molaires temporaires et dans une moindre mesure les canines, et qui touche de 5 à 21 % des enfants, selon les études. Alors que la fluorose dentaire, elle, ne concerne que 3 % des enfants en France, essentiellement dans sa forme la plus discrète ; elle correspond aussi à une hypominéralisation de l'émail, mais qui est liée à une incorporation excessive de fluor lors de sa formation. L'étiologie des MIH et HSPM serait essentiellement multifactorielle.

L'observation clinique, l'anamnèse et l'historique familial sont essentiels à l'établissement d'un diagnostic. Des questions telles que : « Les dents atteintes le sont-elles toutes de la même manière ? Les défauts semblent-ils liés à une chronologie de minéralisation ? » permettent de préciser l'étiologie d'une anomalie de structure, génétique ou acquise. En effet, ces anomalies concernent un organe qui se minéralise, il est donc possible d'identifier le moment d'action de l'agent tératogène lors du processus du développement de la dent, toute perturbation systémique (nutritionnelle, environnementale, traumatique...) laissant une trace indélébile.

Enfin, il est important de souligner qu'une anomalie dentaire peut constituer un signe d'appel précoce d'une maladie rare. La plupart des anomalies survenant pendant l'enfance, le pédiatre joue un rôle primordial car il est souvent le premier à examiner la bouche de l'enfant.

Pr Marie-Cécile Manière, PU-PH

Département d'odontologie pédiatrique, Faculté de chirurgie dentaire
1, Place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg

Tél: +33 68 85 38 73 - mc.maniere@unistra.fr

Centre de Référence National des maladies rares orales et dentaires
Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaires, Hôpitaux Universitaires
de Strasbourg)

marie-cecile.maniere@chru-strasbourg.fr

mc.maniere@unistra.fr

E2-ORL : tests de diagnostics en cabinet

*D^r Elisabeth Peri-Fontaa,
Strasbourg*

Végétations, otites séreuses, otites purulentes, paracentèse et drains, otorrhée, séquelles tympaniques des otites... Comment comprendre et expliquer simplement le lien entre ces différentes entités ?

À l'aide d'un matériel pédagogique simple à utiliser, je vous propose de manipuler des tirettes et des roues pour vous immerger dans la sphère ORL sans vous noyer !

D^r Elisabeth Peri-Fontaa,
ORL, Strasbourg
Phoniatrie et en Audiophonologie,
enseignant à l'école d'orthophonie de Strasbourg
est perifontaa@free.fr

E3-La Génétique 2.021

*D^r Salima El Chehadeh, PH,
Strasbourg*

Les techniques de génétique moléculaire ont énormément progressé ces dix dernières années, avec l'arrivée du séquençage d'exome puis du séquençage de génome complet, en recherche puis en diagnostic. Ces techniques de haut voire de très haut débit ont permis d'améliorer significativement nos capacités diagnostiques dans les maladies rares et ainsi de diminuer l'errance diagnostique des familles concernées, après parfois une véritable odyssee de plusieurs années, comportant de très nombreux examens complémentaires à visée étiologique restés négatifs. Elles nous permettent également de préciser le conseil génétique des couples dont l'enfant est atteint d'une maladie génétique rare afin de pouvoir proposer dans certains cas l'accès à un diagnostic prénatal ou pré-implantatoire afin d'éviter une récurrence lors de futures grossesses.

Par la présentation de cas cliniques concrets nous verrons comment l'utilisation de ces techniques, réel sujet d'actualité en France, permet d'améliorer la prise en charge médicale des patients et de faire évoluer les connaissances scientifiques dans ces maladies très rares. Ces progrès technologiques ne sont toutefois pas sans limite et peuvent parfois soulever d'autres questionnements.

E4-Ophtalmologie

*M^{me} Sylvaine Gottenkiene,
Strasbourg*

Je propose, avec l'aide d'un ou deux volontaires, de vous montrer en pratique les gestes du dépistage visuel orthoptique chez le bébé ou l'enfant d'âge pré-verbal.

- Comment observer la motilité oculaire ?
- Comment dépister un strabisme, évaluer son sens et l'importance de son angle ?
- Comment mettre en évidence une amblyopie ?
- Quels sont les signes d'alerte qui doivent conduire à une consultation ophtalmologique rapide ?

M^{me} Sylvaine Gottenkiene,
Orthoptiste,
Sce ophtalmologie, CHRU Strasbourg
sylvaine.gottenkiene@chru-strasbourg.fr

E5-Circuits des TSA

D^r Catherine Chabaux-Delarai,
Strasbourg

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) qui font partie des troubles neuro développementaux (TND) concernent 1 % de la population. Il est important de repérer et d'accompagner les enfants et leur famille le plus tôt possible pour espérer agir sur les troubles du développement en adaptant mieux la prise en charge, l'objectif visant à une meilleure adaptation sociale à long terme.

À partir des inquiétudes des parents et des professionnels sur le développement de l'enfant, une consultation initiale par un professionnel de première ligne (PMI, médecin généraliste, pédiatre, médecin de l'éducation nationale, médecin de crèche) amènera à une consultation dédiée avec un examen approfondi entraînant, en cas de doute diagnostique, une évaluation pluridisciplinaire par une équipe de deuxième ligne formée aux TND : équipe de CMP, de Camsp, de CMPP, EDPA ou équipe libérale coordonnée par un médecin.

Des outils d'aide au repérage peuvent être utilisés tels que le M Chat pour les TSA ou la grille de repérage des TND à l'intention des médecins de première ligne basée sur l'observation clinique des repères développementaux clés.

Une orientation pour un avis diagnostique vers les professionnels de troisième ligne (CRA, équipe spécialisée de CHU) peut être demandée par les professionnels de deuxième ligne en cas de diagnostic complexe.

Cependant, sans attendre un diagnostic formel, un suivi pluridisciplinaire institutionnel ou libéral doit être mis en place précocement. Il s'agira, après avoir repéré les difficultés et compétences de l'enfant, de l'orienter vers des suivis thérapeutiques et rééducatifs adaptés en tenant compte des ressources locales et des disponibilités psychiques et physiques des parents tout en accompagnant ces derniers dans les méandres administratifs.

Les nouveaux dispositifs tels que les PCO (*plateformes de coordination et d'orientation*) pour les TND sollicités par les médecins de première ligne contribuent à améliorer l'accès au diagnostic et aux interventions précoces en mettant en place un parcours coordonné (évaluation/intervention) auprès des acteurs de deuxième ligne institutionnels et/ou libéraux. En cas d'orientation en libéral, la plateforme peut déclencher le forfait d'intervention précoce quand il y a nécessité de solliciter psychologue, psychomotricien ou ergothérapeute pour un bilan et/ou un suivi. Ce forfait est financé par l'assurance maladie pour une période de un an, prolongé de six mois si nécessaire. Le parcours peut être mixte : institutionnel et libéral. Les libéraux s'engagent par une convention. Le recours aux PCO n'est pas systématique, une orientation directe vers un service de pédopsychiatrie (CMP, unité de soins précoces), vers le CMPP, le Camsp ou vers une équipe pluridisciplinaire de diagnostic de l'autisme (EPDA) peut être envisagée d'emblée en fonction des possibilités locales.

D^r Catherine Chabaux-Delarai,

PH pédopsychiatre

Responsable du pôle enfants/adolescents 67 - Centre de Ressources Autisme Alsace

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

catherine.chabaux@chru-strasbourg.fr

E6-Dermatologie

*P^r Dan Lipsker,
Strasbourg*

P^r Dan Lipsker,
Dermato-vénérologue,
Strasbourg
dan.lipskerh@chru-strasbourg.fr

E7-Néonatalogie : retour à domicile du prématuré

*P^r Pierre Kuhn,
Strasbourg*

P^r Pierre Kuhn,
PU-PH pédiatre néonatalogue
Chef de Service néonatalogie, CHU Strasbourg
pierre.kuhn@chru-strasbourg.fr

E8-Allergologie : les vraies et les fausses allergies alimentaires

*D^r Carine Metz-Favre,
Strasbourg*

Les allergies alimentaires (AA) sont définies comme des hypersensibilités médiées par un mécanisme immunologique spécifique à des protéines alimentaires (dans la majeure partie des cas). On distingue tout d'abord les AA *immédiates*, dépendantes d'IgE spécifiques des allergènes alimentaires et dont les présentations peuvent aller de l'urticaire de contact à l'anaphylaxie sévère.

Les AA *retardées* sont quant à elles dépendantes d'un mécanisme cellulaire ou mixte (IgE, PNE, lymphocytes T). Elles sont également spécifiques de l'aliment déclencheur. Leurs présentations cliniques vont de l'œsophagite à éosinophile à la dermatite atopique résistante aux traitements locaux bien conduits.

Les tableaux cliniques de ces entités, reposant sur un mécanisme immunologique spécifique, peuvent être confondus avec d'autres réactions adverses aux aliments, appelées *hypersensibilités non allergiques ou fausses allergies alimentaires*. Ces dernières regroupent des réactions de mécanismes très divers : toxiques, des réactions dites d'intolérance dont certaines ont pu être reliées à des troubles enzymatiques, des anomalies mastocytaires, neurovégétatives ou encore des troubles psychologiques. Le journal alimentaire qui permettra de réaliser une enquête alimentaire catégorielle pourra dans ces cas étayer le diagnostic. La distinction de ces différentes réactions adverses alimentaires peut être difficile. Elle est avant tout clinique. Elle motive l'association d'un recueil anamnestique rigoureux, qui évolue avec les connaissances des mécanismes physiopathologiques et des données épidémiologiques des hypersensibilités alimentaires.

Les explorations allergologiques, tests cutanés ou dosages d'IgE spécifiques sériques, ne sont à envisager qu'en cas d'éléments anamnestiques et cliniques fortement évocateurs d'une hypersensibilité allergique. En effet, les sensibilisations sans traduction clinique ne sont pas rares et peuvent conduire à une prise en charge inadaptée voire néfaste. Les épreuves d'éviction et de réintroduction restent le gold standard dans le diagnostic des hypersensibilités. Leurs modalités de réalisation sont à adapter au mécanisme de l'hypersensibilité suspectée. La collaboration entre les pédiatres et les allergologues pourrait être le garant d'une prise en charge optimale de ces hypersensibilités alimentaires allergiques ou non.

D^r Carine Metz Favre,

PH pneumologue,
service d'allergologie, d'asthmologie et de pathologie respiratoire
de l'environnement – CHU Strasbourg
carine.favre-metz@chru-strasbourg.fr

COMMUNICATIONS LIBRES

Projet Depisma

**Projet pilote de dépistage néonatal systématique
de l'amyotrophie spinale infantile**

P^r Vincent Laugel

MSU : grille d'évaluation par compétence de l'interne

D^r Jean Stagnara

Projet Depisma, projet pilote de dépistage néonatal systématique de l'amyotrophie spinale infantile

*Pr Vincent Laugel,
Strasbourg*

L'amyotrophie spinale est une maladie génétique du système nerveux qui touche environ 1 enfant sur 7 000 naissances et qui entraîne une morbi-mortalité très importante chez les patients atteints. Il y a environ 120 nouveaux cas en France chaque année. C'est la première cause de mortalité génétique chez l'enfant en France. Jusqu'en 2017, aucun traitement étiologique n'était disponible. Actuellement, trois traitements par modificateurs d'épissage ou par thérapie génique ont été approuvés et disposent d'autorisations en France. Tous ces traitements ont démontré une efficacité bien supérieure en pré-symptomatique que chez les patients symptomatiques. L'identification des malades pré-symptomatiques est donc indispensable pour améliorer l'efficacité des traitements sur le plan individuel ainsi que pour diminuer le coût sociétal du handicap des patients traités. Plusieurs pays en Europe (Allemagne, Belgique, Italie) et dans le monde (USA, Taïwan) ont mis en œuvre des programmes pilotes de dépistage pour cette maladie. Le test de dépistage repose sur une analyse de génétique moléculaire maîtrisée depuis de nombreuses années, et qui possède une excellente fiabilité.

Une étude pilote de faisabilité du dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale sera proposée en 2022 dans l'ensemble des maternités de deux régions françaises (Grand Est et Nouvelle Aquitaine) pendant 2 ans avant de pouvoir envisager de l'étendre à l'ensemble du pays.

Les modalités de ce pilote ont été réfléchies de manière à s'appuyer sur les structures et les procédures existantes en France en matière de dépistage néonatal (via les centres régionaux de dépistage néonatal et les réseaux régionaux de périnatalité) et de prise en charge des maladies rares (via les centres de références des maladies neuromusculaires et leur filière – Filnemus). Le prélèvement sanguin sera effectué sur un buvard dédié après la remise d'une fiche d'information et le recueil d'un consentement pour l'inclusion en projet de recherche. L'envoi du buvard se fera selon la même procédure et à la même adresse que le dépistage classique. Il est attendu 56 000 naissances en Grand Est/an, 54 000 en Nouvelle Aquitaine. Il est donc anticipé de dépister environ 8 enfants atteints dans chaque grande région par an. Les critères de jugement principaux seront l'exhaustivité du dépistage de l'amyotrophie spinale et les délais nécessaires, pour les cas positifs,

depuis la naissance jusqu'à la décision de traitement en réunion de concertation pluridisciplinaire et jusqu'au début effectif du traitement. Le délai de mise en place effective du traitement sera comparé à l'objectif de 6 semaines post-natales utilisé dans les essais cliniques pré-symptomatiques.

P^r Vincent Laugel,
PU-PH neuropédiatre, Sce neuropédiatrie CHU Strasbourg
Coordonateur du centre de référence des maladies
neuromusculaires d'origine génétique de l'enfant
vincent.laugel@chru-strasbourg.fr

MSU : grille d'évaluation par compétence de l'interne

*D' Jean Stagnara,
Lyon*

D' Jean Stagnara,
Pédiatre, Lyon
jeanstagnara@wanadoo.fr

MSU

Grille d'évaluation par compétence de l'interne

Sylvie Hubinois MSU – St Germain en Laye - Yves Swartebroeckx MSU – Rouen - Pierre Pégourié URPS Médecins AuRA – Rives sur Fure - Laurie Benguigui (Interne de Pédiatrie) – Lyon - Jean Stagnara MSU - Lyon

C'est une grille d'évaluation des compétences à acquérir par l'interne au cours de son stage en ambulatoire. Elle est subdivisée en chapitres dans lesquels sont abordés les différents champs spécifiques de l'activité ambulatoire en pédiatrie.

Elle est remise en début de stage à l'interne, chaque MSU en possède une.
Elle s'utilise en co-évaluation, auto-évaluation par l'interne et évaluation par chaque MSU.
Elle permet d'observer l'évolution des compétences de l'interne au cours du stage.

INTERNE DE PÉDIATRIE EN CABINET LIBÉRAL - GRILLE D'ÉVALUATION

Nom et Prénom de l'interne :

Semestre de à

Date de l'évaluation :

| | Non abordé/non acquis | | Débutant | | Intermédiaire | | Compétent | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Gestion de la consultation | | | | | | | | |
| 1 | Ne s'adresse jamais à l'enfant | | Utilise un jargon médical difficile à comprendre pour les parents. Aborde l'enfant sans l'intégrer dans sa consultation | | Utilise un mode de communication compréhensible par les parents et l'enfant. Aborde l'enfant et l'intègre dans sa consultation. | | Utilise un mode de communication adapté aux parents et à l'enfant. Vérifie la compréhension des parents et de l'enfant en l'intégrant dans sa consultation, avec une attitude adaptée à l'âge de l'enfant. | |
| 2 | A du mal à bien préciser le ou les motifs de consultation. | | Identifie les différents motifs de consultations, explicites et implicites sans les hiérarchiser et les abordent tous. | | Identifie et hiérarchise les différents motifs de consultations. | | Propose un plan de soins adapté aux demandes explicites et implicites du patient, hiérarchisé en tenant compte de l'importance des symptômes et des priorités des parents ou selon de l'enfant, de l'adolescent. Est capable de différer certains motifs. | |
| 3 | A des difficultés à mener une consultation de manière générale. | | Mène une consultation sans limite de temps. | | Mène une consultation sans limite de temps et arrive à faire une synthèse de l'entretien. | | Gère la consultation dans un temps adapté et aboutit à une stratégie de prise en charge des différents problèmes. | |
| 4 | Difficulté à prendre une/des décision(s). | | Impose la décision. | | S'enquiert de l'avis des parents, ou selon de l'enfant, de l'adolescent. | | Tient compte de l'avis de tous les partenaires, dans sa prise de décision sans toutefois se laisser emporter par les demandes. | |
| 5 | | | Mène sa consultation en ne tenant compte que des paramètres biocliniques. N'aborde pas la famille sur le plan psychologique ni dans son milieu de vie. Ne manifeste pas d'empathie. | | Identifie dans la consultation les données psychosociales. Manifeste de l'empathie, fait preuve de « psychologie ». | | Intègre les données biopsychosociales du patient dans sa démarche. Manifeste une empathie et une « psychologie adaptée à la situation et à l'âge de l'enfant. | |

| Attitude clinique | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | Ne maîtrise pas l'ensemble de l'examen clinique | Examine de façon systématique et maîtrise l'examen clinique | Examine de manière adaptée au problème posé, sans expliciter ni intégrer son examen clinique dans sa prise de décision. | Examine de façon précise, fiable, orientée, explicite à la famille son examen clinique préparant les décisions. |
| 8 | Ne connaît pas ses limites, ne se remet pas en question quand on les lui indique. | Ne connaît pas ses limites, mais se remet en question quand on les lui indique | Exprime spontanément ses doutes et limites | Intègre ses doutes et limites dans ses stratégies et prises de décisions. |
| Urgence | | | | |
| 9 | Ne sait pas toujours repérer les urgences biomédicales. | Identifie l'urgence biomédicale. | Repère les situations d'urgences en les dissociant de l'urgence ressentie par la famille. | Est capable de répondre à une urgence réelle et ressentie de façon adaptée. |
| Coordination avec les différents partenaires de santé | | | | |
| 10 | Ne s'enquiert pas des différents intervenants de l'entourage du patient. | S'enquiert des différents intervenants médicaux, médico-sociaux et paramédicaux. | Se propose, selon la situation, de communiquer avec les différents intervenants médicaux, médico-sociaux et paramédicaux. | Communique facilement et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants. |
| 11 | Ne connaît pas les différents certificats, dossiers, démarche nécessaire dans la prise en charge des problématiques multidisciplinaires | Connaît et liste les différents certificats, dossiers, démarche nécessaire dans la prise en charge des problématiques multidisciplinaires | Rempli les différents certificats, dossiers, nécessaires dans la prise en charge des problématiques multidisciplinaires | Organise la prise en charge des problématiques multidisciplinaires en coordination avec les partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux |
| Gestes techniques | | | | |
| 12 | Ne maîtrise pas les gestes et techniques propres à la pratique pédiatrique | Connaît les gestes techniques propres à la pratique pédiatrique | Exécute en supervision avec sécurité les gestes techniques | Réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques |

SESSIONS SCIENTIFIQUES SYMPOSIUMS

Session scientifique ALK

Modératrice : D^r Liliane Cret

**Rhino conjonctivite allergique de l'enfant, du diagnostic
à la prise en charge conjointe pédiatre/allergologue**

D^r Jean-Luc Fauquert, François Risser

Symposium GSK

Infections invasives à méningocoques – prévention et pratique

Modérateur : Pr Joël Gaudelus

Infections invasives à méningocoques ; pourquoi en parler ?

D^r Hugues Pflieger

Prévention : retour d'expériences et nouvelles recommandations vaccinales

Pr Joël Gaudelus

Rhino conjonctivite allergique de l'enfant, du diagnostic à la prise en charge conjointe pédiatre/allergologue

*D^r Jean-Luc Fauquert,
Clermont-Ferrand*

*François Risser,
Colmar*

D^r Jean-Luc Fauquert,
Pédiatre allergologue,
CHU Gabriel Montpied
Clermont-Ferrand
Jean-luc.fauquert@chu-clermontferrand.fr

D^r François Risser,
Pédiatre allergologue
Colmar
pediacabfr@wanadoo.fr

Vacciner contre les méningocoques B

*P^r Joël Gaudelus,
Bondy*

Si l'on s'en tient aux études rapportées depuis les années 2000, les méningocoques restent le deuxième pathogène en cause dans les infections bactériennes sévères requérant une admission en réanimation. La difficulté du diagnostic précoce est source de retards diagnostiques et de soins suboptimaux associés à un risque majoré de séquelles graves. Si l'optimisation des soins peut diminuer la morbidité, il n'en est pas de même de la mortalité stable depuis plusieurs décennies faisant de la vaccination le seul moyen de la diminuer. La rareté de la maladie, ne peut que contribuer à la diminution de l'expérience des cliniciens de première ligne et à favoriser les errances diagnostiques.

Le sérotype B est responsable de 70 % des infections invasives à méningocoques (IIM) chez les enfants de moins de 5 ans, tranche d'âge dans laquelle l'incidence est 10 à 20 fois celle de la population générale. Ces IIM sont imprévisibles et leur diagnostic est difficile, ce d'autant plus que l'enfant est plus jeune. Ces IIM touchent les enfants de toutes les classes sociales mais d'avantage les plus défavorisées.

Nous disposons d'un vaccin dont la tolérance est acceptable et qui a fait la preuve de son efficacité sur le terrain. Le vaccin 4CMenB (Bexsero) est un vaccin protéique comportant 4 protéines antigéniques différentes induisant la production d'anticorps bactéricides. Ce vaccin est le seul outil de prévention dont nous disposons chez le nourrisson. Ce vaccin n'est pas efficace sur le portage des souches

68

Efficacité

Depuis 2015, date d'introduction de ce vaccin dans le calendrier vaccinal anglais, avec une couverture vaccinale élevée (92,5 % pour les 2 premières doses à 1 an et de 87,9 % pour les 3 doses à 2 ans en 2018) on observe une réduction de 75 % des cas d'IIM B dans les groupes d'âge éligibles à la vaccination (63 cas observés comparés à 253 cas attendus en absence de vaccination. IRR : 0,25 ; IC95 % : 0,19-0,36). Les Anglais ont pu montrer par ailleurs que le vaccin 4CMenB (Bexsero) avait un impact direct sur les IIMW.

Ces résultats sont confortés par les données sur le terrain observées au Portugal alors que la couverture vaccinale est de 47 %, situation permettant une étude cas-contrôle : 5 des 69 cas d'IIM B (7,2 %) et 33 des 142 contrôles (23,1 %) étaient complètement vaccinés par le 4CMenB soit un OR : 0,21 (IC95 % : 0,08-0,55) et une efficacité de 79 %. Les Anglais ont pu montrer que le vaccin 4CMenB (Bexsero) avait un impact direct sur les IIMW.

Tolérance

Un des effets indésirables (EI) relativement fréquent du vaccin 4CMenB est la fièvre qui peut être parfois élevée. Cet EI est d'autant plus fréquent que ce vaccin est donné en co-administration avec les autres vaccins du calendrier vaccinal. Les Anglais encadrent cette vaccination par du paracétamol après avoir démontré que cette stratégie est efficace et ne modifie pas l'immunogénicité des vaccins administrés.

Il est possible d'administrer ce vaccin en alternance avec les autres vaccins du calendrier vaccinal. C'est la raison du choix du schéma 3mois (pas d'autre vaccin), 5 mois (en même temps que le Neisvac), et 13 mois, ce qui améliore la tolérance et évite de faire plus de 2 injections dans la même séance.

Ce vaccin est désormais recommandé pour tous les nourrissons avant l'âge de 2 ans. La commission de transparence a donné un avis favorable à son remboursement qui n'est pas encore effectif à ce jour.

Pr Joël Gaudelus,
Pédiatre
HU Paris site Jean Verdier APHP Bondy
joel.gaudelus@jvr.aphp.fr

Coordination et conception

grafficus

06 09 14 00 78

bmabille@grafficus.fr

Mise en page et impression

 Vassel
graphique

04 72 81 02 02

www.vasselgraphique.com

POUR ÉDUCER MON ENFANT,
SI **JE FRAPPE**, C'EST...

DANS
**MES
MAINS !**

Frapper est une violence qui blesse.

Depuis 2019, la loi impose de ne plus recourir à la violence dans l'éducation.

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

POUR CHANGER LA VIE **DES PEAUX SENSIBLES**



INNOVATION

CICAPLAST B5 SPRAY

CONCENTRÉ
RÉPARATEUR APAISANT
ANTI-DÉMANGEAISONS
DES ZONES IRRITÉES