

La lettre de l'AJP

Numéro 4 [Novembre 2011] Gratuit



Pratiques de la pédiatrie



- Focus Tours
- Rêves d'Enfance : Rolland Garros
- La thèse de sciences
- Quizz ORL



Association des Juniors en Pédiatrie
Secrétariat SFP (Bâtiment LACAZE) Hôpital Armand Trousseau
26 Avenue Docteur Arnold Netter - 75012 Paris

BUREAU

- BOËT Angèle, présidente (Paris)
- DEMIR Zeynep, trésorière (Paris)
- BUTIN Marine, secrétaire (Lyon)
- CAIETTA Emilie, secrétaire (Marseille)

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- DEBATS Camille (Lyon)
- BODET Amélie (Caen)
- LAVOINE Noémie (Paris)
- MARCELO Pierre (Paris)
- PAIN PRADO Eloise (Paris)
- STERLING Benoit (Marseille)
- CORNU Florent (Marseille)
- LACHAUSSEE Noëlle (Paris)
- TABONE Laurence (Paris)

Editeur et régie publicitaire :

Macéo éditions

M. Kamel TABTAB, Directeur
11, Bd Ornano – 75018 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

maceoeditions@gmail.com

Imprimé à 1200 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

Pédiatrie, pourquoi ?

Chers futur collègues,

C'est un grand plaisir pour moi de m'adresser à vous qui avez choisi la pédiatrie. Je me sens encore pas si éloigné de votre génération alors quelques « conseils d'amis » ne vous paraîtront pas trop paternalistes, je l'espère.

Vous avez raison d'être plein d'idéal, enthousiastes et impatients de prendre en charge vos premiers patients. Garder cette curiosité qui vous donnera tant de satisfactions.

Votre choix est exigeant, vous allez être rapidement confronté à la souffrance, à des situations difficiles et stressantes. Ne restez pas avec vos doutes, pensez à solliciter les « anciens » qui n'attendent que cela même si la porte de leur bureau vous paraît infranchissable. Défendez votre point de vue, exprimez (courtoisement) votre indignation. Vous obtiendrez souvent une reconnaissance que vous n'imaginiez pas.

Vous venez de choisir votre métier et déjà vous entendez dire que la pédiatrie n'a pas d'avenir, que les restrictions budgétaires ne vous permettront plus d'exercer votre métier. Il est vrai que vous n'aurez pas tous un poste à l'hôpital. La pédiatrie a pourtant besoin de vous car la santé de l'enfant et de l'adolescent est menacée. La multiplicité des acteurs travaillant autour de l'enfant rend parfois peu lisible le rôle spécifique du pédiatre. Certains pays tels que les « Pays Bas » ou le « Danemark » ont fait le choix de faire disparaître cette spécialité, en ville dans un premier temps. C'est à nous et à vous de montrer sans polémique que le pédiatre est votre métier. Impliquez vous dans les politiques de préventions, participez à la recherche clinique et surtout développez le sens clinique de l'enfant. Votre légitimité sera alors toute naturelle.

Nous travaillons avec l'AJP et la coordination du DES de Pédiatrie à vous donner la possibilité de découvrir la pédiatrie ambulatoire en ouvrant de nouveaux terrains de stage chez des pédiatres de ville. La pédiatrie ambulatoire a un avenir évident si elle sait innover, si vous êtes là pour la faire vivre et la valoriser.

Je vous souhaite à tous beaucoup de satisfactions dans votre vie de protecteur des enfants. Avec d'autres, nous sommes à votre disposition pour vous aider dans vos choix.

Loïc de Pontual

Edito	3
L'internat de pédiatrie à Tours	5
Stage dans un périphérique de tour, 6 mois à Orléans	7
Mini questionnaire de Proust : Pr Alain Chantepie, tours Clocheville	8
Etre ou devenir Cardio-pédiatre	9
Pédiatre libérale	10
Remplacement en pédiatrie : les démarches	13
Mais c'est quoi un "médecin scolaire"	16
Pédiatre dans les armées	18
Article sur les PMI et ASE	20
CNIP : réforme de l'internat et du post-internat	22
Le financement des internes et inter-CHU	24
La thèse de science	26
"Rêve d'enfance" : Roland Garros	28
IX^e congrès AJP : Lyon 2012	31
Bulletin d'adhésion	32
Quizz orl	33
Le désir grossesse (Gallia)	35
Les annonces de recrutement	37

Avant toute chose, un petit rappel de cours de géographie.



En ce qui concerne l'internat de pédiatrie :

La formation pratique comporte deux stages en périphérie, Orléans, Blois, Chartres, Bourges et Dreux dans un service de pédiatrie générale et les stages au CHU.

Quasiment tous les services de pédiatrie, les urgences, la réanimation pédiatrique et néonatale, la néonatalogie, la cardiologie pédiatrique, la pédiatrie générale avec orientation gastro, nutrition, métabolisme et mucoviscidose, l'onco-pédiatrie, la neuro-pédiatrie et la néphro-pédiatrie, sont regroupés à l'« hôpital pédiatrique Clocheville », situé dans le centre-ville de Tours. On peut donc se former à de nombreuses surspécialités, d'autant qu'une activité de consultation est également développée pour d'autres surspés (pneumologie, endocrinologie, etc.).

L'avantage d'un hôpital pédiatrique est la proximité géographique et la possibilité de mieux connaître ses différents interlocuteurs.

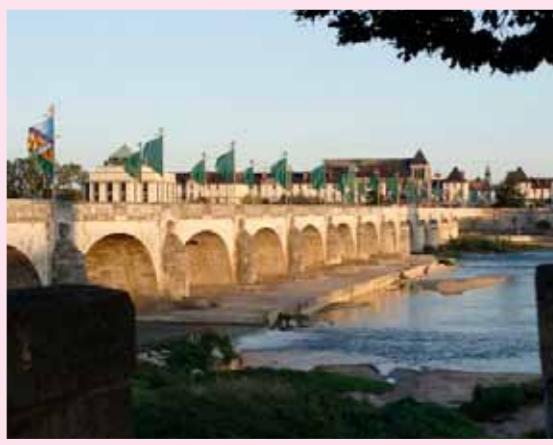
Clocheville est un CHU à taille humaine, où les PU-PH sont accessibles. A environ 15 minutes de marche, se situe l'hôpital Bretonneau, où l'on trouve la maternité (et sa salle de naissance !) et l'unité de pédiatrie en maternité, ainsi que les services de pneumo-allergologie et de génétique où les internes de pédiatrie sont les bienvenus.

Les stages chez les adultes ne sont pas obligatoires mais possible.

En ce qui concerne les gardes : il y a 5 gardes par mois environ aux urgences pédiatriques, seniorisées par un pédiatre en périphérie.



Stage dans un périphérique de Tours : 6 mois à Orléans.



taires du Grand Ouest) dont font partie Tours, Rennes, Angers, Nantes, Poitiers et Brest. A la fréquence d'un par mois, ils permettent de revoir ou d'acquérir des connaissances théoriques sur un thème précis. C'est également l'occasion de rencontrer les internes de pédiatrie de la région.

Enfin un petit mot sur l'« Association Tourangelle des Internes de Pédiatrie », l'ATIP.

C'est une jeune association en pleine expansion. Elle a pour but de faciliter les démarches des internes et de coordonner nos demandes à l'administration de l'hôpital, notamment en ce qui concerne les demandes de poste en sur-nombre, les inter-CHU, etc.

Elle a également pour but de favoriser la convivialité en organisant une soirée annuelle à laquelle est convié tout le personnel de l'hôpital pédiatrique mais aussi des autres spécialités, ainsi que l'accueil des nouveaux internes.

Au CHU les gardes se font aux urgences pédiatriques au rythme de 2 à 3 par mois ou en réanimation néonatale et pédiatrique au rythme de 4 par mois. Aux urgences, il y a un séniorm sur place, c'est parfois un chirurgien. Mais il y a toujours 1 réanimateur pédiatrique sur place en cas de soucis.

Pour le poste internat : il y a possibilité de s'installer en ville sans soucis.

Il y a des possibilités en périphérie.

Pour le CHU il y a 2 postes de CCA en pédiatrie générale, 1 en onco-pédiatre, 1 en neuro-pédiatre, 1 en cardio-pédiatre, 1 en néonatale et 1 en réanimation.

Pour la formation théorique.

Une fois par semaine, se déroulent les «Mardi de Clocheville» où les internes, sur la base d'un cas clinique font une mise au point.

Des cours sont organisés par les PH, tous les vendredis après-midi.

Les cours de DES proprement dit sont organisés par la région HUGO (Hôpitaux Universi-



La maquette de pédiatrie à Tours comporte 2 stages en périphérie. Ce sont en général les 2 premiers stages réalisés : ils sont plus disponibles pour les jeunes semestres, et la possibilité de loger à l'internat facilite l'organisation,

ainsi une fois installé à Tours (où il n'y a pas de possibilité de logements à l'internat) plus besoin de déménager tous les 6 mois. Mais pour ceux qui ont la bougeotte c'est encore possible !

Les villes de périphérie sont Chartres, Blois, Bourges, Dreux et Orléans. Bon il faut avouer, c'est la région centre : pas de piste de ski ni de bord de mer dans les périphériques, mais une ambiance sympa malgré tout !

La pédiatrie à Orléans, ce n'est pas un petit service !

La pédiatrie générale est divisée en deux secteurs : les grands et les petits, moyens. Il y a une unité kangourou et une réanimation néo-

natale de niveau 3. Une activité d'hôpital de jour d'oncologie, des consultations de neuro-pédiatrie, une unité d'accueil des jeunes victimes. Ainsi que bien sûr des urgences pédiatriques, où il y a autant de passage qu'à Tours !

L'activité est donc importante et les pathologies rencontrées sont très variées. Sur les 6 mois, on tourne dans les unités, pas le temps de s'ennuyer ! Les gardes se font aux urgences pédiatriques au rythme de 4 à 5 par mois. Elles sont toujours séniornées, ce qui est rassurant quand on débute la pédiatrie !

La forte activité et la prise en charge de bon niveau a permis de créer un poste d'interne qui ne fait que de la réa-néonatale et qui permet de valider son semestre de néonatale (obligatoire pour valider la maquette).

Il y a donc du travail et plein de choses à apprendre dans une très bonne ambiance ! Les PH sont disponibles et accessibles, présents en cas de besoin, ils nous laissent la possibilité d'être autonomes. Ce n'est pas le CHU et ça se sent !

Enfin un périphérique ne le serait pas sans son internat ! A Orléans, deux possibilités : l'« internat de la Madeleine », dans l'hôpital où est situé la pédiatrie, en pleine centre-ville. Ou bien à la « Source », plus grand et plus récent.



Celui de la Madeleine est très sympa avec des améliorations midi et soir ! L'été, ce n'est pas déplaisant de faire un barbecue et de manger dehors le midi (c'est parfois même un peu dur de retourner travailler...). Les nombreuses soirées organisées, dans les 2 internats, sont l'occasion de faire connaissance avec les internes des autres spécialités et de profiter après une année de D4 bien remplie !

Un petit mot sur la ville : Orléans est situé à 1 heure de Paris et de Tours. C'est la ville de « Jeanne D'Arc », symbole de bravoure et de combativité (une vraie interne de pédiatrie !). 275 000 habitants, un centre-ville historique, avec restaurants, cafés et boutiques, un grand parc floral très agréable, un zénith avec une programmation sympa et la Loire et ses beaux paysages.



Pleins d'avantages qui font d'Orléans une ville agréable.

En résumé : un stage en périphérie c'est une ambiance sympa, avec des pleins de choses à apprendre, en particulier à Orléans qui est un « gros » centre hospitalier régional ! Un bon début pour découvrir la pédiatrie, qui j'en suis sûre vous confortera dans votre choix !

Mini questionnaire de Proust

Pr Alain Chantepie
Tours Clocheville

- ♦ Votre principal trait de caractère ?
✓ **Optimisme**
- ♦ Ce que j'apprécie le plus chez mes amis ?
✓ **Simplicité**
- ♦ Votre occupation préférée ?
✓ **Voir des films**
- ♦ Ce que vous auriez aimé être ?
✓ **Violoniste**
- ♦ Votre auteur préféré ?
✓ **Proust**
- ♦ La faute qui vous inspire le plus d'indulgence ?
✓ **Le mensonge chez un enfant**
- ♦ Ce que vous détestez par-dessus tout ?
✓ **La suffisance**
- ♦ La principale qualité d'un chef de service ?
✓ **La délégation**
- ♦ La réforme ou la loi que vous estimez le plus ?
✓ **La loi qui a institué la sécurité sociale**
- ♦ La principale qualité d'un bon pédiatre ?
✓ **Aimer les enfants**
- ♦ Votre principal regret ?
✓ **Manquer de dons artistiques**
- ♦ Votre rêve de bonheur ?
✓ **Mieux vaut éviter de rêver pour être heureux !**

En France la cardio-pédiatrie n'est pas une spécialité individualisée : elle est une surspécialité reconnue à la fois par les sociétés savantes de cardiologie et de pédiatrie.

et interventionnel, la rythmologie, la réanimation, etc.

Historiquement les premiers cardiopédiatres en France étaient principalement de formation cardiologique ce qui explique que le « groupe national des cardio-pédiatres » soit affilié à la « Société Française de Cardiologie » (Filiale de Cardiologie Pédiatrique et Congénitale).

Le choix de se spécialiser en cardiopédiatrie est guidé par l'intérêt porté à la pathologie cardiaque de l'enfant et par l'attrait que peut exercer la pratique et l'interprétation des examens cardiologiques comme l'ECG et l'échocardiographie, véritables outils complètement intégrés à la pratique clinique.

Actuellement la majorité des cardiopédiatres en exercice ou en formation sont issus de la spécialité pédiatrique. Cette évolution a accompagné le déplacement des activités cardiopédiatriques vers la période périnatale et les premiers mois de vie, période où se concentre une grande part de la prise en charge des cardiopathies congénitales :

- Diagnostic pré et post natal ;
- Chirurgie des malformations cardiaques graves, suivi postopératoire.

Mais l'activité cardio-pédiatrique s'étend bien au-delà de la période néonatale et de la petite enfance : le nombre d'adultes atteints de cardiopathies congénitales (le plus souvent opérées dans l'enfance) est croissant et dépasse le nombre d'enfants porteurs de malformations cardiaques.

Le champ de la cardio-pédiatrie s'étend donc aux adultes dont le suivi et la prise en charge nécessitent des compétences particulières que les cardiologues n'ont pas acquises au cours de leur cursus de formation.

Selon le mode d'exercice (hospitalier ou en ville) et le type de centre, le cardiopédiatre peut avoir des activités polyvalentes (en général centrées sur la consultation de diagnostic et suivi des cardiopathies où l'échocardiographie a une place essentielle) ou très spécialisées telles que la cardiologie prénatale, la cardiologie néonatale, les cardiopathies congénitales de l'adulte, l'imagerie (échographie, IRM, angioscanner), le cathétérisme diagnostique

et thérapeutique lors du cathétérisme cardiaque donne à cette spécialité une dimension de prise en charge globale du patient, allant du diagnostic d'une malformation jusqu'à sa correction. Un autre motif d'attrait pour cette spécialité est l'extraordinaire efficacité des traitements médicaux et chirurgicaux des cardiopathies de l'enfant. Ces traitements, dont les progrès ont été considérables en quelques décennies, représentent une source de grande satisfaction pour les médecins qui ont choisi de soigner les enfants atteints de cardiopathie, même s'il existe encore de rares situations d'échec ou sans espoir.

Le choix de la cardio-pédiatrie est souvent non prémedité : nombre de collègues, comme moi, ont eu envie de faire ce métier grâce à un « patron » ou un « maître », passionné et passionnant, qui leur a fait découvrir cette spécialité. Après 30 ans de pratique de la plupart des aspects de la cardio-pédiatrie, je peux témoigner que cette discipline est toujours passionnante : il est aussi agréable de constater que bien souvent des relations attachantes se développent avec l'enfant et sa famille en particulier lorsque la cardiopathie réclame un suivi prolongé.

La cardio-pédiatrie n'est pas qu'une spécialité technique : elle a une grande dimension humaine qui se manifeste au quotidien par une relation de confiance avec l'enfant et ses parents, sans laquelle ce métier perdrait beaucoup de son intérêt.

Alain CHANTEPIE
Professeur de pédiatrie
Cardio-pédiatre

Dans la Charte Européenne des « Droits de l'Enfant et de l'Adolescent » signée en septembre 2003 par la « Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire » il est écrit :

« Tous les enfants et les adolescents, sans distinction d'ethnie, sexe, culture, religion, nationalité, classe sociale ou handicap physique ou mental, ont droit d'être pris en charge en soins ambulatoires par des médecins (*idéalement spécialistes en pédiatrie*) **compétents en matière de croissance et de développement, en médecine préventive, dans la gestion des maladies aiguës et chroniques.** En outre, ces mêmes praticiens agiront en défenseurs de l'enfant et de l'adolescent pour tout ce qui concerne leur santé. »

Le pédiatre libéral met en œuvre dans sa pratique cet article de la charte par une activité diversifiée.

Le champ de compétence du pédiatre est le développement physique et psychique de l'enfant dans son environnement familial, scolaire et social. Sa spécificité se traduit par un domaine d'intervention très varié au cours des consultations tel que :

- Les relations mère-enfant, les interrelations précoce, l'allaitement et la diététique ;
- La Guidance parentale permettant la compréhension du comportement de l'enfant et la mise en place des réponses adaptées au niveau de développement de l'enfant et à son environnement.
- Les dépistages sensoriels, vue, audition et instrumentaux avec des outils simples, spécifiques et validés ;
- Les dépistages, repérages et le suivi des troubles du langage et des apprentissages scolaires : (avec les tests utilisés dans les dépistages au cabinet) ;
- Le suivi du développement : statural, pondéral, psychomoteur, cognitif, etc. ;
- La prise en charge des pathologies cou-

rantes : Orl, dermato, ophtalmo, orthopédique, etc. et des pathologies chroniques ;

- Le dépistage et la prise en charge des difficultés de l'adolescent ;
- Les consultations non programmées (urgences...) ;
- Les vaccinations ;
- Le conseil téléphonique.

Ce champ s'étend à l'intervention en maternité : 35 % (280.000) des 800 000 naissances par an, se font dans les 176 maternités privées.

Dans ses missions, le pédiatre de ville organise le parcours de santé autour de l'enfant et de l'adolescent, et s'articule avec les autres acteurs et structures de santé publique et de soin.

Les fonctions du pédiatre ambulatoire et la reconnaissance de son rôle pivot, ont évolué avec la création des réseaux de santé en particulier de suivi des nouveaux nés à risque et des troubles des apprentissages.

Ceux-ci ont favorisé un suivi précoce et longitudinal des enfants, une amélioration des liens villes - hôpital et dégagé les moyens de ces prises en charges. Les réseaux de prises en charge de l'obésité en pédiatrie ont là aussi permis d'avoir les moyens d'une réelle prise en charge pluri-disciplinaire en ville.

Les possibilités de formation continue sont riches.

Les congrès et journées de formations des différentes sociétés de pédiatrie intègrent de plus en plus l'aspect de la prise en charge en pédiatrie ambulatoire.

Depuis mon installation, il y a plus de 20 ans, la pédiatrie ambulatoire a beaucoup évolué en phase avec le changement de prévalence des pathologies, des problèmes de développement et de comportement souvent liés aux changements sociétaux.

L'« Association Française de Pédiatrie Ambulatoire » (AFPA) a permis une réflexion sur l'abord de ces pathologies spécifiques en ambulatoire avec l'élaboration ou l'adaptation d'outils et de schémas de prise en charge adaptés à la ville. Elle organise des formations permettant de se les approprier. L'AFPA permet également lors de séminaires une mise à jour des connaissances sur les pathologies courantes tout en favorisant l'échange d'expérience.

Elle mène parallèlement des travaux de recherche en pédiatrie ambulatoire en lien avec l'Europe.

L'organisation du cabinet est fondamentale pour pouvoir faire cohabiter l'accueil des nouveaux nés : certaines consultations spécifiques longues et les consultations non programmées qui sont passées de 50% des consultations, il y a 8 ans, à 35% actuellement.

En dehors des cabinets de groupe peu de pédiatres bénéficient d'un secrétariat au cabinet, mais pratiquement tous disposent d'un secrétariat téléphonique.

Une enquête du SNPF, de 2004, montrait déjà que les juniors plébiscitaient l'exercice en groupe

Celui-ci permet une meilleure organisation de mutualiser les moyens et de dégager du temps pour la famille en début d'installation ou pour d'autres activités sans qu'il y ait rupture de continuité des soins.

Les contraintes légales et ordinaires sont d'assurer la continuité des soins. Il est obligatoire d'indiquer en cas d'absence entre 8h et 20h les jours de semaines qui ou quelle structure est joignable en cas d'urgence et d'indiquer qui assure la permanence des soins la nuit et les week-end. Il n'y a pas d'obligation d'assurer la permanence de soin pour les pédiatres au niveau des cabinets de ville.

Beaucoup de pédiatres sont regroupés pour leur patientèle en tour de garde non régulé le week-end à leur cabinet. Quelques villes assurent une permanence des soins le week-end en un lieu centralisé avec accès à un plateau technique.

L'organisation dans la tenue du dossier a été facilitée par l'informatisation et le développement des systèmes de messagerie sécurisée dans plusieurs régions. La nouvelle convention a prévu un système de rémunération pour ces investissements. L'AFPA propose un logiciel dédié spécifiquement à la pédiatrie permettant de participer à des études de recherche clinique.

Le contexte de l'exercice se traduit par quelques chiffres :

- La densité des pédiatres en France (1 pédiatre libéral pour 4348 enfants (extrême selon les régions 1 pour 2867 à 1 pour 9091) est inférieure à celle de la plupart des pays européens (en moyenne 1 pédiatre pour 2191 enfants, (extrême 1 pédiatre pour 1149 à 1 pour 2857) l'activité moyenne est de 3682 actes par an par pédiatres (4200 pour les pédiatres en activité exclusive) avec 97% d'actes cliniques, 3 % d'actes techniques (vu, audition, cognition, allergologie, EFR, etc.), le nombre d'actes techniques est en augmentation et continuera à croître dans les années à venir avec l'évolution de la pratique ;
- 52% des consultations concernent les enfants de 2 ans et moins. Les pédiatres suivent les enfants et adolescents jusqu'à 18 ans, à un rythme plus espacé ;
- Le revenu moyen en 2009 est de 62 259 € en secteur 1 et de 78 685 € en secteur 2 ;
- 2/3 des pédiatres exercent en « S1 » et 1/3 en « S2 » 6 764 pédiatres sont inscrits à l'ordre en France en 2011(+139) ;
- 22% ont 55 ans ou plus ;
- 2 563 libéraux (38 %) dont 1 665 exclusifs et 898 mixtes (+ 7 %) ;
- 4 201 salariés (62%) : + 13 % en 5 ans avec une saturation proche des postes hospitaliers) ;
- 8 % sont remplaçants (les pédiatres sont en 3^{ème} position après les médecins généralistes et les radiologues)

Le temps de travail moyen pour un spécialiste en exercice libéral est de 55 heures pour les hommes et 42h30 pour les femmes.

Comment se préparer à l'installation :

En attendant le stage en pédiatrie ambulatoire qui permettra, pendant le cursus, de connaître toute sa dimension humaine et son intérêt dans un vrai compagnonnage, le remplacement peut donner une idée de cet exercice.

Les jeunes pédiatres hospitaliers qui font des remplacements découvrent le métier que nous faisons, et sont souvent surpris de la variété et des possibilités qu'offre la pratique de ville.

Pour en savoir plus le site de l'« Union Régional des Professionnels de Santé » (URPS Médecin) permet d'avoir toutes les informations nécessaires sur le remplacement et les différents type d'installation (<http://www.sigenereniledefrance.org>).

Pour être recevable, la candidature d'un médecin doit répondre à certains critères :

- Le remplaçant peut être étudiant ou déjà « Docteur en Médecine » et doit être qualifié dans la même discipline que le remplacé ;
- L'étudiant doit être titulaire d'une licence de remplacement délivrée par le Conseil de l'Ordre dont dépend sa faculté. Il doit justifier qu'il est inscrit en 3^{ème} cycle des études médicales, qu'il a validé le nombre de semestres requis dans sa spécialité (attestation du coordinateur de la spécialité). Il doit produire une attestation de situation universitaire délivrée par sa faculté et avoir rempli un questionnaire fourni par le « Conseil Départemental de l'Ordre » (<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-replacements-461>).

Les étudiants peuvent participer aux soirées de « Formation Médicale Continue », proposées par les amicales et groupements ce qui peut leur permettre de rencontrer les pédiatres installés. Ils sont également bienvenus dans les congrès organisés par les sociétés nationales AFPA et SFP.

La pédiatrie libérale a un avenir. La convention et la loi ont conforté la place du pédiatre en préservant l'accès direct pour l'enfant de moins de 16 ans, permettant au pédiatre de rester positionner en 1^{er} et 2^{ème} recours dans la prise en charge de la santé de l'enfant. Les liens avec les PMI, la médecine scolaire et l'hôpital s'améliorent en partie grâce aux réseaux qui permet à chacun de connaître la complémentarité de chaque exercice et au travail des instances pédiatriques nationales.

L'augmentation du nombre de DES, passé de 196 en 2007 à 297 cette année devrait permettre l'amélioration de la démographie des pédiatres libéraux dans les prochaines années et le remplacement des nombreux pédiatres qui vont partir à la retraite dans les 10 ans à venir.

En conclusion.

Un des grands plaisirs de la pédiatrie ambulatoire est de voir grandir les enfants en leur permettant d'exprimer au mieux leur capacités et d'accompagner les parents de la naissance à l'adolescence sur le chemin de la croissance et de la structuration de la personnalité.

Cet exercice quotidien est rendu possible par la connaissance des pathologies et de leurs répercussions, des différentes étapes du développement, de ce qui est important dans l'environnement pour qu'il s'effectue au mieux. Ce plaisir est à peine entamé par les tracas administratifs inhérents à toutes les pratiques médicales actuelles et moins nombreux en pédiatrie qu'en médecine générale.

Quelques sites :

<http://www.afpa.org/>

<http://www.sfpediatrice.com/>

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

www.repop.fr

Patricia LUBELSKI

Sylvie HUBINOIS

A partir de quand peut-on remplacer ?

Pour pouvoir remplacer, il faut obtenir de l'Ordre des Médecins une licence de remplacement (voir démarches ci-dessous). Celle-ci est délivrée aux internes en médecine français ou ressortissants de l'un des États membres de l'UE remplissant les conditions prévues par l'article L. 4131-2 du Code de la santé publique.

Pour obtenir la licence de remplacement, l'interné en DES de pédiatrie devra avoir validé 5 semestres dont 4 spécifiques de pédiatrie.

Qui contacter avant de commencer à remplacer ?

- 1) Appeler sa scolarité pour obtenir un justificatif des stages réalisés.
- 2) Téléphoner au « Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins » de votre faculté pour obtenir un questionnaire permettant l'obtention de la licence de remplacement.
- 3) Compléter le questionnaire, joindre les pièces demandées (le justificatif des stages envoyés par la scolarité, un certificat de scolarité, etc.), et renvoyer le tout à l'ordre.
- 4) L'ordre vous envoie par courrier la licence sous une dizaine de jours.
- 5) Prévenir par téléphone votre assurance responsabilité civile médicale pour les informer du changement d'activité professionnel. Votre contrat sera ajusté en conséquence.

Le contrat de remplacement :

- 1) Un exemplaire type de contrat est disponible sur le site de l'ordre : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/modele-de-contrat-de-replacement-en-exercice-liberal-par-un-autre-medecin-369>;
- 2) Le contrat est à remplir conjointement par le futur remplaçant et par le médecin remplacé. Le contrat comprend notamment les informations relatives aux deux parties (nom, numéros de licence, etc.) et les informations concernant le remplacement : durée, horaire, lieu, etc. ;
- 3) La « clause de proximité » (interdiction de s'installer à proximité après le remplacement) n'est plus d'actualité et ne figure en général pas sur votre contrat ;
- 4) Le pourcentage de rétrocession (fraction des consultations réalisées par le remplaçant reversée à ce dernier) est indiqué sur le contrat. Il est typiquement de 70%, parfois de 80%. Le reste revient au médecin remplacé et permet de couvrir les frais de fonctionnement du cabinet ;
- 5) Le contrat est réalisé en 3 exemplaires signés par les deux parties. Un exemplaire sera renvoyé à l'Ordre.

Contacter l'URSAFF et la CPAM.

Quand ?

A partir du 31^{ème} jour travaillé au-delà du jour de ses 28 ans (les jours de remplacements effectués avant 28 ans ne sont pas pris en compte par l'URSAFF) ;

Dans quel ordre ?

- 1) Il faut dans un premier temps obtenir un rendez-vous auprès de la CPAM professionnelle du lieu de résidence (et non du lieu de remplacement). Lors de la prise de rendez-

vous téléphonique, se renseigner sur les pièces et information à amener le jour de l'entretien (dates des 1^{er} et 31^{ème} jours de remplacement au delà de ses 28 ans, certificat de scolarité, etc.) ;

- 2) Une fois ce rendez-vous effectué, la CPAM envoie votre dossier à l'URSSAF. Attention, il ne sert généralement (peu varier selon les départements) à rien de remplir directement un dossier URSAFF sur internet ;
- 3) L'URSAFF vous contactera une fois votre dossier traité ;

Combien faudra t'il payer ? Quand ?

Les deux premières années (au delà de ses 28 ans), l'URSAFF vous réclamera un forfait d'environ 400 € tous les trois mois, sauf si vous avez effectué très peu de remplacements (aucune somme à verser dans ce cas). Ces sommes seront régularisées la 3^{ème} année (attention aux mauvaises surprises si vous avez beaucoup remplacé les deux premières années !)

Les impôts :

Faire dès le début des remplacements :

- 1) Remplir un document contenant la comptabilité : chaque jour, noter le nom du médecin remplacé et le montant rétrocédé. A la fin de l'année, s'assurer que votre comptabilité est en accord avec celles déclarées par les médecins que vous avez remplacés.
- 2) Ouvrir un compte « professionnel » (le plus simple est d'ouvrir un compte normal à usage professionnel, sans frais bancaires supplémentaires). Les sommes rétrocédées par le médecin remplacé (par chèque, virement ou en espèce) seront déposées sur ce compte (vous ne touchez pas directement l'argent que vous versent les patients, cet argent doit être remis au médecin remplacé qui vous rétrocédera votre pourcentage une fois par mois ou par semaine selon votre accord).
- 3) Si vous ne souhaitez pas opter pour le régime de déclaration d'impôt « micro - BNC » (voir ci-dessous), il vous faudra calculer vos frais professionnels réels, ce qui implique de conserver l'ensemble de vos factures (achat de matériel, transports, etc.). Ceci n'est pas nécessaire durant les premières années dans la plupart des cas.

Calcul du bénéfice

La somme à considérer (bénéfice) correspond simplement à la totalité des sommes rétrocédées par les médecins remplacés sur une année (du 1^{er} janvier au 31 décembre). Voici un exemple pour un % de rétrocession de 70% : pour une consultation à 23€, le médecin vous reverse 16,1 €. Pour une journée à 20 patients, le médecin vous rétrocède 322 € (sur les 460 € que vous ont donnés les patients). Si vous avez remplacé 40 jours à 20 patients dans l'année, vous devez déclarer 12 880 €, la somme totale que vous a rétrocédé le médecin remplacé.

La déclaration d'impôt : le régime « micro-BNC »

Le plus simple, si les sommes gagnées (bénéfice) ne sont pas trop élevées (en 2011, le seuil était placé à 32 600 €), est d'opter pour le régime « micro-BNC » (BNC : bénéfices non commerciaux). Lorsque l'on opte pour ce régime, un abattement automatique de 34% est soustrait à votre bénéfice pour le calcul des impôts. Ce pourcentage est supposé couvrir l'ensemble de vos frais professionnels (déplacement, matériel, etc.). Outre la simplicité de ce mode de déclaration, un abattement de 34% est souvent plus avantageux que celui obtenu après calcul exact des frais professionnels.

Voici la démarche à suivre lorsque l'on rempli sa déclaration d'impôts sur le revenu (formulaire 2042) :

- 1) Si vous déclarez par internet, indiquez au début de la déclaration que vous avez des revenus non commerciaux professionnels ;
- 2) Si vous remplissez votre déclaration papier, demandez ou téléchargez le formulaire complémentaire 2042C ;
- 3) Se rendre, au niveau de la ligne 5-D correspondant aux « revenus non commerciaux professionnels », à la section « régime déclaratif spécial ou micro - BNC » ;

D 1 REVENUS NON COMMERCIAUX PROFESSIONNELS	
Régime déclaratif spécial ou micro BNC	
Revenus nets exonérés	SHP
Revenus imposables	SHQ
Recettes brutes sans déduire aucun abattement	

- 4) Remplir la case 5HQ (ou 5IQ si conjoint) : « revenu imposable - recettes brutes sans déduire aucun abattement ». Indiquez dans cette case votre « bénéfice » (dans notre exemple, 12 880 €).
- 5) A partir de ce montant, un abattement automatique de 34% est calculé par les impôts. On peut le vérifier lors de la simulation finale qui résume les sommes gagnées : dans notre exemple, on verra apparaître « BNC profs., régime spécial, nets = 8 501 € ».
- 6) Vous n'avez rien d'autre à remplir. Vos impôts seront calculés à partir de cette somme, de vos autres revenus (par exemple, votre salaire d'interne), et des revenus d'un éventuel conjoint.

La déclaration d'impôt : autres régimes

Si vous ne souhaitez ou ne pouvez pas opter pour le régime « micro - BNC », les démarches à suivre seront plus complexes (calcul des frais réels, etc.). Dans ce cas, il est très fortement recommandé d'adhérer en début d'année à une AGA (Association de Gestion Agréée) pour un montant d'environ 300 € par an. Cette association contrôlera vos comptes, votre calcul de frais réels pour s'assurer de la conformité de votre déclaration. Souscrire à une AGA procure un avantage fiscal : sans AGA le calcul des impôts se fait sur 125% du montant déclaré, au lieu de 100%.

Mais c'est quoi un « médecin scolaire » ?

Vos grands-parents et parents vous répondront :

« Ah oui je me rappelle, le jour de la visite médicale, on devait venir à l'école avec un flacon d'urine, on faisait tous la queue en petite culotte et une dame en blouse blanche à l'air un peu révèche nous pesait, mesurait, vaccinait et regardait si on voyait bien tous les ans. ».

Les grands-pères et pères se souviendront de leur terreur lorsqu'elle vérifiait si les « boules » étaient bien en place !

Les enseignants de l'école maternelle au lycée, diront :

« Il y a visite médicale pour la classe aujourd'hui mais ça ne tombe pas bien, ça va déranger mon cours. ».

Mais aussi : « J'ai demandé au médecin scolaire de venir pour un élève mais il ne peut pas tout de suite, il a trop de travail. ».

Et « Le médecin scolaire nous a fait une formation sur les troubles d'apprentissage, ou l'adolescent ou les rythmes de l'enfant. ».

« Il est venu avec d'autres pour écouter les élèves quand il y a eu un évènement grave dans l'établissement. »

Un enfant en grande section de maternelle (5-6 ans) vous racontera la visite « musicale » où on fait pleins de jeux rigolos pour voir si tout va bien avant d'aller au CP :

« Avec l'infirmière ils ont regardé si je voyais et si j'entendais bien, on m'a pesé et mesuré, j'ai raconté des images, j'ai compté, j'ai sauté à cloche-pied et après il a fait comme mon docteur, il a écouté mon cœur !. »

L'enfant plus grand vous dira que le médecin est venu à l'école pour voir pourquoi il n'arrivait pas ou n'aimait pas apprendre :

« On a fait pleins de tests et il écrivait des choses pendant ce temps »,

« Il a dit à mes parents que ce serait bien d'aller voir le médecin des yeux, des oreilles, l'orthophoniste qui va m'aider à apprendre à lire, le psychologue pour parler, le psychomotricien qui va me montrer les gestes que je n'arrive pas à faire, l'ergothérapeute pour apprendre à bien

me servir d'un ordinateur. »,

« Il a regardé les bleus que j'avais et m'a dit que c'était interdit de me frapper et qu'il allait m'aider. »,

« Je lui ai parlé de choses que j'aime pas que des grands me fassent. »

« Comme j'étais d'accord, il est venu expliquer dans la classe pourquoi je n'étais pas comme tout le monde »

L'adolescent se rappellera que c'est celui qui lui a expliqué que :

« Avec mon allergie à la farine, valait mieux faire autre chose que boulanger. »,

« Daltonien, je pourrai pas être pilote de ligne. ».

Ou qui l'a rencontré avec l'infirmière parce que :

« je me trouvais trop grosse. »,

« Je fumais des pétards. »,

« J'avais avalé des cachets. ».

Ou qui lui a dit que son problème de santé ou son handicap lui donnait droit à des aménagements pour passer ses examens : « Du temps en plus. »,

« Un secrétaire ou un ordinateur. ».

Ou « Il est venu dans la classe avec l'infirmière pour nous parler de la drogue, de la sexualité, de l'alimentation. »

Pour les parents, c'est celui qui a écrit le protocole pour que :

« Mon enfant asthmatique, diabétique, épileptique, etc. puisse prendre des médicaments à l'école en cas d'urgence. »

« Mon enfant dyslexique qu'il a dépisté, ait du temps en plus pour les contrôles, des photocopies des cours, etc. »

Ou celui qui « Nous a rencontrés pour nous proposer des aides pour ne plus taper notre enfant, l'accompagner dans ses difficultés scolaires ou de comportement, nous expliquer que notre enfant était juste un adolescent normal, nous a conseillés pour son orientation. »

Les confrères médecins :

« Je ne sais pas trop ce qu'ils font, ils ne sont pas beaucoup, ils ont les vacances scolaires, il a fait le bilan de 6 ans je n'ai pas besoin de le faire »

Et que diront les médecins de l'Education nationale ?

« Ce sont des médecins, oui mais, recrutés à l'Education nationale par voie de concours ou détachement, ou encore contractuels. »

Médecin fonctionnaire de l'Etat, leur statut est régi par le Décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 actualisé en 2008. Leurs missions sont définies par les circulaires n° 2001-012 et n° 2001-013 du 12-1-2001 du « Bulletin Officiel » spécial n°1 du 25/01/2001 de l'Education nationale.

La mission des médecins de l'éducation nationale s'inscrit dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves et plus largement dans la politique nationale de « Santé Publique ». L'école est en effet le seul lieu qui permette d'évaluer l'état de santé de l'ensemble de la population des élèves tout au long de leur scolarité.

Leur rôle est de contribuer à la réussite du projet personnel et professionnel de chaque élève en veillant à son bien-être physique, mental et social.

Ils exercent une action de prévention qui s'inscrit dans la continuité, du repérage au suivi des élèves en passant par le diagnostic, l'évaluation et l'orientation vers des prises en charge adaptées.

Ils interviennent :

- Auprès de tous les élèves de certaines classes d'âge (bilans de 6 ans, bilans d'orientation professionnelle, visites de dérogations aux travaux interdits pour les mineurs en lycée professionnel) ;
- Auprès d'élèves à besoins spécifiques, signalés par les membres de l'équipe éducative, les infirmiers et assistants sociaux, les parents ou les élèves eux-mêmes : difficultés scolaires, troubles du comportement, souffrance psychique, handicap, troubles de santé, etc. ;
- En urgence dans le cadre de la protection de l'enfance ou en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire ou par la mise en place de dispositifs d'écoute en cas d'événements graves touchant la communauté scolaire ;

- Lors d'actions d'éducation à la santé, individuelles et collectives ;

- Auprès de l'ensemble des personnels de la communauté éducative en tant que conseillers techniques sur des situations particulières ou par des actions de formation sur des sujets relevant de leur domaine : troubles des apprentissages, développement normal et pathologique de l'enfant et de l'adolescent, handicap, etc. ;

- En participant aux enquêtes épidémiologiques et à la veille sanitaire ;

- En assurant un lien entre le système éducatif et le système de prévention et de soins, tout en restant garants du respect du secret médical.

Devenir spécialiste de la santé de l'enfant à l'école nécessite donc de posséder de solides compétences dans de nombreux domaines de la santé sans oublier une parfaite connaissance du système scolaire et des institutions partenaires (ARS, MDPH, Conseils Généraux et Régionaux, Hôpitaux, etc.).

Interrogez les médecins de l'Education nationale: ils vous diront qu'ils font un métier riche et passionnant, qui mériterait plus de moyens matériels et humains et devrait être reconnu comme une spécialité à part entière !

Dr Jaya BENOIT,
médecin de l'Education Nationale
et fière de l'être.

Pédiatre dans les armées.

Pédiatrie militaire : quel paradoxe me direz-vous ?

Si l'on pouvait résumer ses caractéristiques en quelques mots, je choisirais : maternité, pédiatrie tropicale, missions civilo-humanitaires, médecine des voyages, etc.

Mais avant tout, quelques mots concernant la formation et le recrutement.



J'ai commencé mes études à Lyon (Ecole de Santé Militaire) en cumulant une formation à l'université de médecine et une formation d'officier de carrière. En somme, j'ai eu un parcours universitaire comparable à un étudiant en médecine, mais avec des stages complémentaires purement militaire (connaissance générale sur l'armée, sport, topographie, tir, etc.) et des stages médico-militaires centrés sur la médecine d'urgence (stage de secourisme, stage pompiers, formation à la méde-



cine de l'avant). En effet, avant l'ECN, la formation s'oriente sur l'adulte et en particulier sur le soutien des forces françaises en France et à l'étranger (opérations extérieures tels que la Côte d'Ivoire, l'Afghanistan, ou séjours en « Outre-Mer » tels que la « Nouvelle Calédonie », la « Guyane » ou encore « La Réunion », etc.). Pour faire simple, nous devons acquérir lors de notre externat des connaissances en médecine d'urgence, médecine du sport, expertise et médecine tropicale chez l'adulte !

Arrive au milieu de toute cette formation l'examen national classant, auquel nous participons mais au décours duquel nous choisissons les postes prévus par le ministère de la Défense en fonction des besoins de service. En général, il y a 70% de postes de médecine générale, 30% de spécialistes (10% de chirurgiens, 10% de réanimateurs, 10% de spécialités médicales). Pour la pédiatrie, il y a un poste tous les 4 à 5 ans. En effet, il n'existe qu'une destination possible : la maternité de l'Hôpital Militaire de Bégin à St Mandé où exercent actuellement 2 pédiatres militaires et un pédiatre contractuel (exercice sur environ 2 - 3 ans).



Le service comprend une maternité de niveau 1. L'activité est centrée autour de celle-ci et sur l'aménagement de consultations externes plus ou moins spécialisée selon l'orientation personnelle de chaque pédiatre (médecine des voyages, consultations d'adolescents, suivi PMI, etc.).

Enfin, notre pratique s'enrichit de quelques missions civilo - humanitaires (ex : Haïti) et devrait s'élargir à la formation et au soutien des sages-femmes de la maternité de l'Hôpital militaire de Djibouti pour laquelle les objectifs sont nombreux (présence d'un pédiatre, formation des sages - femmes, consultation sur place de la population locale, etc.).

Enfin, pour finir, une idée de ma maquette de stage :

- 2 stages hors filières dont la gynécologie obstétrique, et les maladies infectieuses et tropicales (stage chez les adultes extrêmement formateur) ;
- 1-2 stages en réanimation néonatale +/-réanimation polyvalente ;
- 1-2 stages de pédiatrie générale et urgences ;

- 2 stages de spécialité en fonction des affinités !

Pour résumer, je suis en contrat avec l'armée depuis le début de mes études. Ma formation initiale (externat) repose sur le soutien des forces françaises. Une fois interne de pédiatrie, celle-ci s'oriente vers l'acquisition d'un savoir - faire en réanimation en salle de naissance, la prise en charge de nouveau-nés, de solides bases en pédiatrie générale, urgences et un attrait particulier pour la pédiatrie infectieuse et tropicale !



Cynthia GRONDIN
(Interne des hôpitaux des armées
en spécialité de pédiatrie)

Quel exercice pour les pédiatres en « pédiatrie communautaire » ?

Plutôt que de pédiatrie communautaire, nous parlerons plus volontiers de pédiatrie « préventive et sociale ». Exercée essentiellement dans les services départementaux de protection maternelle infantile (PMI), mais aussi dans les crèches et les établissements scolaires, cette forme de pédiatrie a pour but la prévention de la santé globale de l'enfant. La notion de gratuité pour les familles des consultations en PMI est peut-être importante, mais réductrice. Nous disposons d'une offre de soins pluridisciplinaire, médico - psycho-sociale, qui va du suivi global de la santé de l'enfant, incluant le dépistage des handicaps et le respect du calendrier vaccinal, au soutien à l'allaitement et à l'aide à la parentalité.

La richesse de la PMI, dont les missions de service public s'inscrivent dans un cadre légal, est qu'elle offre un exercice varié et joue un rôle de prévention et d'alerte évident en cas d'enfants en danger. Les interactions entre pédiatres de ville et PMI sont fréquentes : un pédiatre qui détecterait un enfant ou une famille en difficulté peut leur proposer l'aide de la PMI. Mais attention, la protection de l'enfance, qui prend une place de plus en plus importante, ne doit pas occulter la mission essentielle de prévention généraliste de la PMI tournée vers tous les enfants et leur famille.

Quand on pense PMI, on pense souvent aux tout-petits :

C'est vrai pour les consultations médicales pédiatriques dans les centres de PMI, réservées aux enfants de 0 à 6 ans. C'est ainsi que de nombreux médecins ont commencé, comme vacataires, pendant leur formation de pédiatre.

Le pédiatre n'y exerce pas seul, même si le temps de la consultation dans le cabinet médical peut être un temps de dialogue singulier avec l'enfant et sa famille. Mais ce temps médical est enrichi par les observations des autres personnels de la PMI, lors de la pesée ou en salle d'attente, ou en dehors des temps de consultation :

- Par les visites à domicile effectuées par l'infirmière puéricultrice ;
- Les observations faites dans le centre par la puéricultrice, l'infirmière, les auxiliaires de puériculture ou l'éducatrice de jeunes enfants qui ont rencontré l'enfant et ses parents lors de leurs venues au centre de PMI pour pesées, conseils, temps d'accueil parents-enfants ou halte-jeux.

Il est également très confortable de pouvoir échanger autour des difficultés de certaines familles avec le ou la psychologue du centre de PMI, qui peut recevoir l'enfant et sa famille pour quelques consultations si nécessaire. En effet le temps d'ouverture des centres de PMI, placés sous la responsabilité d'une puéricultrice, est beaucoup plus large que le seul temps des consultations pédiatriques. Dans les grandes villes et les départements dont la population est dense, les centres sont souvent ouverts tous les jours ouvrables. Ailleurs, l'ouverture peut être limitée à quelques demi-journées par semaine, certains centres en milieu rural peuvent proposer des consultations itinérantes, en utilisant parfois un camion. Dans tous les cas, l'accès aux centres de PMI est ouvert à tous les parents de jeunes enfants. Par ailleurs, le rôle du médecin a été précisé par le décret concernant les modes d'accueil de la petite enfance.

Autres missions de la PMI :

Les centres de planification et d'éducation familiale dépendent du service de PMI. Et cela concerne particulièrement les mineurs (contraception, y compris d'urgence, dépistage des MST, suivi de grossesse, éducation à la sexualité, etc.). Même si ces activités sont exercées par des médecins gynécologues ou formés à cet exercice et par des sages-femmes au sein d'équipes comprenant également infirmières et conseillères conjugales, l'organisation de ces missions

dépend du service de PMI. Les adolescents peuvent également être rencontrés dans leurs établissements lors d'actions collectives portant sur la vie affective et sexuelle, la prévention des violences sexistes, les addictions alcool-tabac, la santé dentaire, la nutrition et les problèmes liés au sur-poids, et le bien-être.

Savez-vous qu'un pédiatre de PMI a une responsabilité pour tous les enfants jusqu'à 18 ans en ce qui concerne la protection de l'enfance ? La publication de la loi du 10 juillet 1989 sur la prévention et la protection de l'enfance maltraitée a commencé à clarifier les pratiques dans ce domaine et a vu la création dans le département du Val - de - Marne de postes de médecins de PMI « de circonscription ». Ces médecins se sont vus confier, en sus des tâches cliniques, un rôle dans la protection de l'enfance maltraitée. Chaque médecin de PMI, sur son territoire, a dû construire un travail partenarial avec les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et du service social, tout en respectant le rôle et la place de chacun.

Quelle place pour les pédiatres au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance ?

L'ASE est un service départemental dont la mission première, obligatoire, est la prévention et la protection de l'enfance. Un certain nombre de départements ont recruté des médecins pour la cellule de recueil d'informations préoccupantes et / ou le suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE du Val-de-Marne. C'est un travail partenarial très riche, en interne avec les professionnels du champ éducatif, des services sociaux et les responsables administratifs, en externe avec médecins, psychiatres, procureur, magistrats, établissements médico-sociaux.

C'est un travail sur dossier, mais aussi un travail de réseau, de pédiatrie de liaison entre les différents intervenants, dans le cadre légal de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Il y a beaucoup à faire, car chez les enfants confiés à l'ASE, soit par leurs parents, soit par l'autorité judiciaire, on observe une prévalence accrue des problèmes de santé par rapport à la population générale et une sous-représentation des situations de handicap. Ils mériteraient pour cela de recevoir des soins d'excellence, dans la continuité.

Pourquoi choisir cette forme d'exercice ?

- Pour exercer en équipe pluridisciplinaire ;
- Pour exercer une médecine de prévention, pas seulement sanitaire, mais aussi médico-psycho-sociale ;
- Pour tenter d'agir, au plus près des familles, sur la santé des enfants, mais aussi sur les conditions d'accueil des enfants ;
- Il y a de la place, de nombreux postes de médecins titulaires sont vacants : selon les départements, 10 à 50 % des postes, postes de médecins de la fonction publique territoriale.

Docteur Brigitte SAMSON
Pédiatre
Pôle enfance et famille
Direction de la protection de l'enfance et de la jeunesse

Cellule signalements, urgences, observatoire
Santé des mineurs confiés à l'ASE
7-9 voie Félix Eboué
94054 CRETEIL Cedex

brigitte.samson@cg94.fr
06 75 35 99 72

CNIPI : réforme de l'internat et du post-internat

La CNIPI (Commission Nationale de l'Internat et du Post - Internat) a été initié par Roselyne BACHELOT en 2009 dans le but de réformer le troisième cycle des études médicales. Les travaux de la CNIPI ont duré 2 ans et aboutis au « rapport CNIPI ». Il s'agit d'une réforme nationale et touchant toutes les spécialités.

Pourquoi une réforme ?

Le but principal est d'optimiser la formation des internes plus nombreux du fait de l'augmentation du numerus clausus ?

Le 3^{ème} cycle des études médicales est dit « professionnalisaient ». Le Diplôme d'« Etude Spécialisée » (DES) valide la capacité pour un praticien d'exercer, de façon autonome conformément aux référentiels métiers.

D'après les conseillers ministériels, les internes actuels **n'ont pas la perception d'avoir une formation achevée** lorsqu'ils terminent leur internat et prolongent par un post - internat sous forme de clinicat ou d'assistanat.

Les 3 objectifs principaux sont l'acquisition d'une **autonomie d'exercice** et d'une **sur - spécialité** et la possibilité d'accéder au secteur 2 après un assistanat.

Problématiques ?

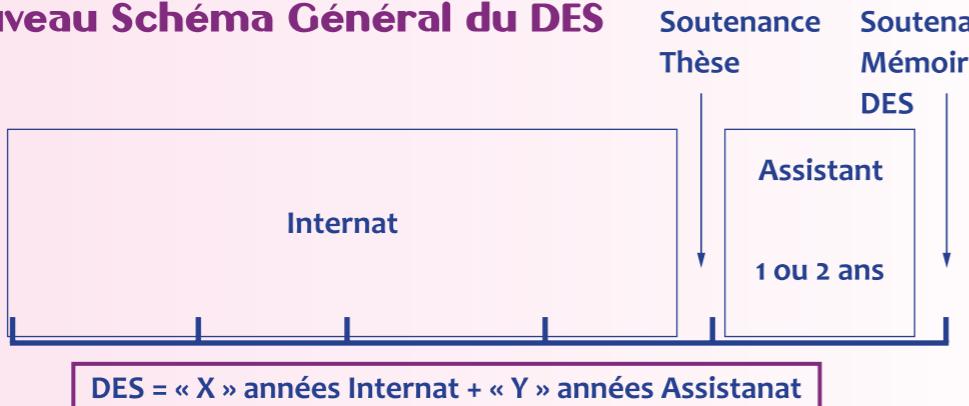
Il apparaît qu'une période de mise en responsabilité avec notamment des consultations des jeunes praticiens post-internat mais avant la validation du DES est nécessaire.

Déjà de nombreux internes poursuivent deux ans leurs études une fois docteurs en médecine même s'ils ne sont pas obligés à cela par le besoin d'un « DESC 2 » ou d'un « DESC 1 ». Ils sont alors sur des postes d'assistant-chef de clinique ou d'assistant-spécialiste. **Le Post internat est actuellement réglementairement obligatoire pour valider les DESC (type I ou II) mais pas pour les DES.**

De plus, les capacités de formations atteignent leurs limites au vu de la croissance du nombre d'internes. L'augmentation importante d'internes issus de l'augmentation du numerus clausus, et la non augmentation des débouchés en post-internat créent actuellement un goulot d'étranglement et les difficultés d'accès au Post-internat vont s'aggraver dans les années à venir.

Ces 2 choses font anticiper une aggravation du caractère aléatoire et inégalitaire de la fin de formation dans certaines spécialités et dans certaines régions pouvant aller jusqu'à préfigurer une impossibilité réglementaire de finaliser le DESC pour certains internes à partir de 2013 - 2014 (**rapport IGASIGAENR**). Ce phénomène est aggravé par la constatation d'une impossibilité présente et à venir à redéployer les postes sur le territoire national.

Nouveau Schéma Général du DES



Quels sont les objectifs de la réforme ?

- Assurer une clarté de l'offre de formation : un diplôme d'étude spécialisé, un métier ;
- Efficacité de la formation ;
- Le contrôle de l'hyper-spécialisation : la mise en place de quotas pour les filières hyper-spécialisées est proposée afin de faire correspondre le nombres hyper-spécialistes aux besoins ;
- Reconnaissance de la formation : les diplômes délivrés par l'état français doivent correspondre aux disciplines reconnues sur le plan européen ;
- Souplesse de la formation : C'est permettre via notamment la validation des acquis professionnels des passerelles entre les spécialités.

Quelles sont les propositions de la CNIPI ?

La CNIPI propose d'intégrer durant le 3^{ème} cycle des études médicales une période de mise en responsabilité dans la durée du DES sous la forme d'un statut « **d'assistant spécialiste des Hôpitaux** » et ce pour une durée de 1 an pour la pédiatrie.

Le statut d'assistant sera réservé pour valider le DES.

Cela assurera d'une part le « turn over » pour libérer les postes pour former les nombreux internes de demain et ne permettra plus de rallonger indéfiniment la durée de la formation initiale. Une fois le DES obtenu on ne pourra plus occuper un poste d'assistant mais de « **praticien hospitalier contractuel** » qui marquera l'entrée dans les carrières hospitalières.

On obtiendra son diplôme à la fin de la période de mise en responsabilité. Le choix du poste d'assistant se fera par cooptation (comme aujourd'hui).

Le choix des postes d'assistant se fera au niveau régional. Le nombre de poste d'assistant sera égal au nombre de poste d'interne qui en ont besoin dans leur maquette.

Que deviennent les chefs de clinique assistants ?

Le statut de chef de clinique assistant est un poste hospitalo-universitaire non-titulaire. Ces postes d'enseignants chercheurs doivent être conservés notamment pour former les nombreux internes de demain. La CNIPI propose que ces postes d'« enseignants chercheurs » soient situés en post - DES et permettent d'être recentrés sur l'enseignement et la recherche en augmentant la durée du clinicat à **4 ans**.

La CNIPI préconise de simplifier et pour rendre attractives les conditions statutaires et financières d'entrée dans une carrière hospitalière effective. Le statut unique de début de carrière à l'hôpital pourrait être « **praticien hospitalier contractuel** ». Il est cependant nécessaire de revoir la durée de contrats des praticiens hospitaliers contractuels pour rendre ce statut moins « précaire » dans le temps.

La CNIPI suggère que ces postes consistent en une **voie d'accès à la carrière hospitalo-universitaire titulaire** en « entonnoir », aménagent en aval une transition vers la titularisation (occupation d'un poste de HU non titulaire jusqu'à la titularisation).

Quels sont les travaux à venir ?

Chaque spécialité devra élaborer sur la base du référentiel métier, un référentiel formation (avec « X » année d'internat et « Y » année d'assistanat). Pour la pédiatrie, est demandé une maquette de type « 4+1 », la composante des 4 ans pouvant comprendre un tronc commun et une spécialisation / option, sous une modalité encore non fixée.

Pour rappel, aucun des internes actuellement en cursus ne sont directement concernés par la réforme.

Le financement des internes et inter-CHU

Le financement des internes, notamment dans des périodes d'inter - CHU est en réforme.

Paris, le 24 mai 2011

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANITÉ

SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE

Direction générale de l'offre de soins

Note à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des ARS

Validée par le CNP le 1er juillet 2011

1. Quel établissement supporte la rémunération de l'interne en stage dans sa subdivision mais hors de son CHU de rattachement ?

C'est la convention passée entre le CHU de rattachement de l'interne, son établissement de santé d'accueil, l'ARS et (les) l'UFR qui le détermine. Le code de la santé publique (article R. 6153-9) sera modifié en ce sens afin de permettre cette souplesse.

Dans l'attente de cette modification :

- Les dispositions actuelles s'appliquent et l'interne est rémunéré par l'établissement d'accueil lorsque ce dernier est un établissement public de santé ;
- Par exception, pour les stages dits « inter CHU » les usages continuent de prévaloir, c'est-à-dire que le CHU de rattachement peut rémunérer l'interne.

Ainsi, en dehors des indemnités liées au service des gardes et astreintes dues dans tous les cas par l'établissement d'accueil, le versement de cette rémunération peut être soit le fait de l'établissement de santé public ou privé dans lequel se déroule le stage, soit celui du CHU de rattachement. Dans ce dernier cas, la convention prévoit le remboursement de la rémunération au CHU par l'établissement d'accueil.

Dans tous les cas, le bénéficiaire de la dotation au titre de la MERRI « financement de la rémunération des internes » est l'établissement d'accueil.

2. Quelle est la durée de validité de la convention passée avec l'établissement d'accueil de l'interne hors de son CHU de rattachement ?

Aux termes de l'arrêté du 24 mai 2011 qui en fixe les modèles, la convention règle les conditions d'accueil des internes entre leur CHU de rattachement et un établissement de santé. Elle est prévue pour une durée équivalente à celle de l'agrément du terrain de stage, puis revue autant que de besoin.

3. Comment est financée la rémunération des internes qui effectuent un stage hors de leur subdivision ?

Ce point reste à arbitrer.

Par dérogation, ces stages « inter-CHU » feront l'objet d'une compensation à hauteur de 50 à 100% de la rémunération de l'interne. Par exception à la règle commune, ce financement sera versé au CHU d'origine de l'interne qui continue de lui verser sa rémunération.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANITÉ

Arrêté du 24 mai 2011 relatif aux conventions permettant l'accueil d'internes effectuant des stages en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement.

NOR : ETS1110550A

Le ministre de la défense et des anciens combattants, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, et la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Art. 2. La convention d'accueil règle les conditions dans lesquelles les parties prennent en charge les dépenses de toute nature concernant l'interne, et notamment celles ayant trait :

- A sa rémunération ;
- Aux indemnités auxquelles il peut prétendre ;
- Au versement des charges sociales ;
- A la réparation des dommages causés par sa présence dans le lieu de stage agréé ou auprès du praticien agréé, maître de stage, partie à la convention.

Lorsque le stage est effectué dans un établissement de santé autre que le centre hospitalier universitaire de rattachement et que ce dernier assure le versement des éléments de rémunération à l'interne, la convention précise les conditions dans lesquelles le centre hospitalier universitaire de rattachement est remboursé.

Art. 3. La convention d'accueil précise :

- L'établissement de santé qui est en charge du versement à l'interne des éléments de rémunération, conformément aux dispositions de l'article R. 6153-9 du code de la santé publique ;
- Le contenu des éléments de rémunération ;
- Les obligations assurantielles des différentes parties à la convention ;
- Les conditions générales pédagogiques et statutaires auxquelles est soumis l'interne pendant la durée de son stage.

Art. 6. Les éléments de rémunération de l'interne sont versés dans les conditions prévues par l'article R. 6153-9 du code de la santé publique. Ces éléments de rémunération sont constitués des émoluments forfaitaires des charges sociales afférentes, ainsi que, le cas échéant, des indemnités compensatrices d'avantages en nature prévues respectivement aux 10 et 20 de l'article R. 6153-10 du code de la santé publique et des indemnités prévues aux 40 et 70 de l'article R. 6153-10 du code de la santé publique. Lorsque les avantages en nature mentionnés au 20 de cet article sont assurés totalement ou en partie par l'établissement de santé d'accueil, la convention doit en faire état.

Dans ce cas, les indemnités compensatrices d'avantages en nature dont le versement est assuré par le centre hospitalier de rattachement doivent être supprimées ou réduites en conséquence. Les charges sociales afférentes à ces avantages en nature sont alors acquittées par le centre hospitalier universitaire de rattachement.

L'établissement de santé d'accueil verse, le cas échéant, directement aux internes : les indemnités liées au service des gardes et astreintes. Il acquitte les charges sociales afférentes à ces indemnités.

L'établissement, au profit duquel sont assurées les activités mentionnées au 50 de l'article R. 6153-10 du code de la santé publique ou au profit duquel sont réalisés les déplacements mentionnés au 60 de l'article R. 6153-10 du code de la santé publique, en assure la prise en charge.

Depuis quand et pourquoi as-tu décidé de faire une thèse de sciences ?

J'ai décidé de faire une thèse de sciences pendant l'année de M2. Je trouvais l'expérience de laboratoire très enrichissante, j'avais l'impression de découvrir un autre pan de notre métier, d'inscrire ma pratique dans une dynamique de progrès. Pour moi, la recherche fondamentale est un complément à nos études. Et puis j'avais le temps, 2 ans de disponibles avant le clinicat. C'est idéal d'avoir la possibilité de consacrer 1 ou 2 années à temps plein au laboratoire. Et puis la thèse de sciences c'est aussi un moment unique pour approfondir ses connaissances, pour lire, enrichir sa compréhension des mécanismes physio-pathologiques, aiguiser son esprit critique, développer une culture scientifique et essayer de publier. Finalement, je pense que tout cela contribue à l'amélioration de la pratique clinique.

Comment ça s'est passé pour les inscriptions, le choix du laboratoire, et de l'école doctorale ?

J'ai enchaîné M2 et thèse. Je n'ai donc pas changé de directeur de projet ni de laboratoire de rattachement. Je me suis inscrit dans une école doctorale de l'université à laquelle est rattachée mon laboratoire d'accueil (Université Paris Est). Il fallait que le projet de thèse soit compatible avec les objectifs de l'école doctorale, le choix s'est donc porté vers l'école doctorale « Sciences de la Vie et de la Santé » (SVS).

Mais l'inscription universitaire en elle-même ne pose pas de problème, il faut remplir un dossier administratif classique et bien sûr décrire le projet. La grosse difficulté, c'est le financement. Actuellement, en tout cas en ce qui concerne l'école doctorale SVS, on ne peut s'inscrire que si l'on dispose d'un financement sous forme de contrat de travail. Les bourses ne sont plus acceptées pour des raisons juridiques de droit du travail. C'est compliqué parce que cela réduit le nombre d'offres compatibles alors que le nombre de demandes reste important. Les remplacements en cabinet de ville ne sont pas acceptés, les vacations hospitalières le sont. Je ne sais pas ce qu'il en est des gardes à l'hôpital. D'autre part, les financements sont en général proposés pour 1 an, il faut donc chaque année renouveler les démarches. Et beaucoup se retrouvent sans financement.

Une thèse, c'est toujours à la suite du M2 ?

Je pense qu'il n'y a pas de règle. Il faut bien sûr avoir fait un M2 pour pouvoir débuter une thèse de sciences. J'ai eu la possibilité de débuter la thèse juste après le M2, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Commencer la thèse avant le clinicat me paraît optimal. Retourner au laboratoire après le clinicat n'est pas toujours simple. La motivation n'est plus forcément la même, des opportunités plus avantageuses financièrement peuvent s'offrir, et puis finalement, il n'y a que peu de postes universitaires. L'idéal me semble-t-il, est de pouvoir la faire à plein temps pendant 1 ou 2 ans.

Comment s'élabore un projet de thèse ?

Dans mon cas, le projet s'est inscrit dans la continuité du travail entrepris au cours du M2. En général, c'est le directeur de thèse qui propose le projet, que l'on s'approprie au fur et à mesure des discussions, des recherches bibliographiques, et des résultats des manipulations. Ensuite, lorsque l'on a acquis plus de recul, on peut bien sûr proposer certaines pistes de travail, mais il ne faut pas s'égarer. Deux ou trois ans ça paraît long, mais en réalité cela passe très vite.

Quelle est la durée d'une thèse ?

Dans la majorité des écoles doctorales, il est possible de valider sa thèse si le travail effectué a donné lieu à 1 publication (au minimum) dans une revue internationale. Les étudiants la valident en général en 2 ou 3 ans. Un papier scientifique de bonne qualité, ça peut être très long à obtenir. Il faut des résultats intéressants (et positifs), bien souvent reproductibles « *in vivo* » et « *in vitro* », l'idéal est bien sûr de travailler sur un sujet porteur et dont l'approche est originale. Une fois le papier soumis, il faut s'attendre à ce que les reviewers demandent des manipulations complémentaires qui peuvent également prendre plusieurs mois. L'élaboration du projet, le travail bibliographique, l'anticipation des résultats sont passionnantes, mais le quotidien des manipulations ratées, celui des pipettes et des dilutions, des microlitres, et des protocoles qui devaient marcher mais qui ne fonctionnent plus, ce quotidien est parfois démotivant. Mais il ne faut rien lâcher.

La thèse, c'est compatible avec d'autres activités cliniques ?

Oui et non. Le laboratoire, ça demande une implication quotidienne. Le temps, en recherche, est très long. Les mises au point peuvent prendre des semaines ou des mois, même lorsque l'expérimentation paraît simple, les résultats doivent être reproduits. Bref, la thèse demande du temps. On est souvent amené à faire des remplacements ou des gardes pour compléter les revenus, mais c'est toujours au détriment du travail de laboratoire et puis les allers-retours fréquents entre hôpital / cabinet médical et laboratoire, c'est une contrainte qui à long terme peut lasser.

Quel est le planning type de la journée ?

Il n'y en a pas vraiment. Le planning est élaboré en fonction des manipulations. En pratique j'arrive au laboratoire vers 9h, et repart entre 18 et 19h. Il y a bien sûr des réunions d'équipe, des bibliographies, des topo, des formations ou des congrès qui émaillent les semaines. C'est un rythme différent de celui de l'hôpital, il y a moins d'euphorie ! Mais cela reste une expérience « extraordinaire » : on est quand même dans le monde des souris hypertendues, des lapins occlus, et des fibroblastes atypiques

"Rêve d'enfance" : Roland Garros

Et si pendant un jour, on vous proposait de sortir de votre quotidien hospitalier pour voir autrement les enfants que vous soignez ?

C'est ce que j'ai fait en mai dernier, en accompagnant un groupe d'enfants malades ou en rémission de leur maladie sur les courts de « Roland Garros », avec l'association « Rêves d'Enfance ». Cette association, créée en 2001 par des étudiants bénévoles d' HEC, propose à des enfants atteints de leucémie ou de cancer de participer à des activités diverses pour se changer un peu les idées. Pour mener à bien leurs projets, les jeunes de l'association doivent non seulement avoir des idées pour faire plaisir aux enfants, mais aussi savoir organiser les



sorties pour que celles-ci se passent en toute sécurité pour les participants. A ce titre, ils ont besoin d'une présence médicale, censée s'occuper des enfants malades en cas de pépin.

Je me suis donc laisser embaucher pour ce rôle le 21 mai dernier, pour la fameuse journée à « Roland Garros ». Je dois dire qu'en m'y engageant, je ne savais vraiment pas à quoi m'attendre. Combien d'enfants ? Jusqu'à quel point sont-ils malades ? Comment ferais-je, au milieu des tribunes, pour assurer si par hasard un enfant faisait un malaise ou que sais-je encore ? Telles étaient mes questionnements de la veille.

Départ : parvis de la gare Montparnasse. Je



vois un groupe de jeunes en polo bleu marine, et identifie le groupe « Rêves d'Enfance ». Des enfants arrivent les uns après les autres. J'en connais certains pour les avoir traités. C'est autre chose de les voir hors de l'hôpital, en pleine forme, ayant repris un peu de poids et les cheveux ayant repoussés. Je récolte au passage leurs mini-dossiers médicaux, soigneusement remplis par leurs médecins référents. Intimidés, une fois laissés par leurs parents, ils restent mutiques, scrutent l'espace, où se réunissent par petits groupes car certains se connaissent de l'hôpital. Difficile de savoir comment se placer : je suis là en tant que blouse blanche, mais ils ont l'air de tout

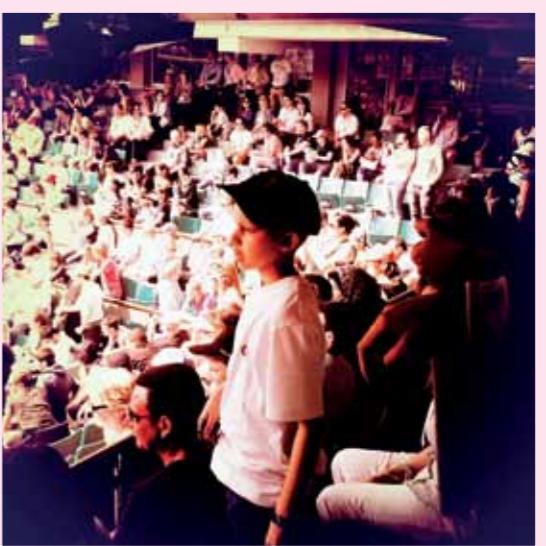


sauf d'enfants qui ont des problèmes de santé. Tout le monde est là : 9 enfants, 5 accompagnateurs et moi. On prend le métro (ce métro qui leur était interdit ! C'est bien la preuve que ces enfants mènent une vie normale !) et les langues se délient. Curieuse je m'intéresse à leur vie au présent : « alors, qu'est-ce que vous faites en ce moment ? », et de me balancer comme réponse : « bah on va en cours, qu'est-ce que tu crois ? ». Mais oui, qu'aurais-je pu croire ? Ils sont tous super investis à l'école, quel que soit leur niveau, et ont de grandes ambitions : l'une veut être dans le design, l'autre architecte, ou comédienne, et tous les autres médecins, voire pédiatres, etc. Ils me posent plein de questions sur les études.

Arrivée à « Roland Garros ». On s'installe dans les tribunes du court central, dans un petit coin



d'ombre, mais avec une bonne visibilité. Au programme : des matches d'exhibition entre toutes les grandes têtes de séries mondiales, moment de détente pour eux à la veille du début du grand tournoi. Et ce, agrémenté par une énorme sono, et « Bob Sinclar » aux platines. « Nadal contre Jokovic », « Jokovic contre Tsonga », « Tsonga, Clément et Monfils contre Nadal, Llodra et Teddy Riner » (mais oui, même un judoka peut se frotter aux n°1 mondiaux). Même « Bob Sinclar » se laisse prendre au jeu et descend sur le court ! Ce n'est certes pas l'atmosphère si particulière du tournoi, mais il y a une ambiance folle, et les enfants adorent ça. Ils chantent, crient, applaudissent les belles frappes, les coups fourrés que s'envoient les joueurs. Ils se marrent, se lacent des vannes et nous en



lancent de même, prennent des photos et vidéos des animateurs de « Rêves d'Enfan » ce qui miment les parties sur le court, de moi avec ma casquette qu'ils ont mis à l'envers sur ma tête. Ils sont bien loin, les dossiers médicaux et les appréhensions de la veille : c'est une « minicol » dans les tribunes du court central !



Sur les coups de seize heures, un petit goûter est organisé pour eux, ainsi qu'une rencontre avec une star du tennis. Affamés, ils se ruent sur les bonbons, gâteaux qui leur sont offerts, et ne se doutent même pas qu'une immense star du tennis est juste derrière eux, « Sébastien Grosjean », qu'ils ne reconnaissent pas (mais étaient-ils seulement nés quand celui-ci jouait encore ?). Instant rassassiant pour les plus jeunes, et bien drôle pour les plus vieux comme moi.

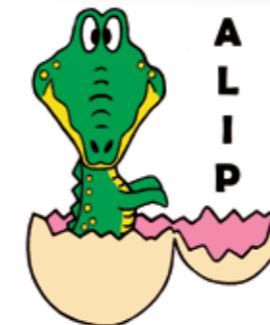
Au moment de repartir et de rendre ces enfants à leurs parents, à leurs cours et à leurs projets de vie, je me dis que cette journée m'a apporté un peu plus que de passer une journée

à « Roland Garros ». J'ai été invitée à retirer ma blouse blanche et à passer un petit moment dans la vie « après » de ces enfants qui ont vécu un cataclysme. Les voir revivre et pas seulement survivre après le cancer, pouvoir s'amuser avec eux et non pas seulement avoir quelques nouvelles de loin, ça fait du bien aussi au médecin.



J'ai goûté aux vertus thérapeutiques de ce type d'initiative pendant quelques heures. « Rêves d'Enfance » a plein d'autres projets : baptême de l'air en hélico, invitation aux matches « PSG - Lorient », week-end à « Disneyland » ou au « Puy du Fou », et leur projet phare : une croisière en voilier au large de la Corse ! Intéressés, renseignez-vous. Il existe plein d'autres associations qui offrent du rêve aux enfants, mais dont on peut aussi avoir le privilège de profiter.

Noémie LAVOINE



L'AJP et l'ALIP organisent du Vendredi 30 mars au soir au dimanche 1^{er} avril midi 2012 le 9^{ème} Congrès AJP.

Il se déroulera à l'Hôtel Golf du Gouverneur, Château du Breuil (XIV^e siècle) à Monthieux, dans la Bresse, près de Lyon.

Comme tous les ans, ce week-end de rencontre entre les internes de toute la France est l'occasion, le temps d'une pause de 3 jours, de se retrouver, de partager mais aussi de se former en toute convivialité.

Vous retrouverez à la fois des formations sur des thèmes pratiques, peu abordés en DES. C'est également le moment pour les internes de présenter leurs travaux de recherches sous forme de présentations orales ou de posters. Le tout dans un cadre magnifique, avec des surprises préparées par les Organisateurs de l'ALIP et la traditionnelle soirée des Juniors le samedi.

Réservez votre Week-end, nous vous attendons nombreux !
L'AJP et l'ALIP

PS : Le programme scientifique définitif vous sera communiqué ultérieurement ainsi que les bulletins d'inscription !



Bulletin d'adhésion 2011-12 à l'



Association Loi 1901

Nom : **Prénom :**

Nombre de semestres : **Ville de CHU :**

Adresse personnelle :

Code postal : **Ville :**

(nécessaire pour recevoir la lettre de l'AJP)

Tél. : **e-mail :**

Hôpital : Service:

Adresse :

Code postal : Ville :

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

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

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

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

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

AJP, Association des Juniors en Pédiatrie

Hôpital d'enfants A. Trousseau : Secrétariat de la SFP (Bâtiment Lacaze)
26 avenue du Dr A. Netter 75012 PARIS

bureauajp@yahoo.fr

www.ajpediatrie.fr

Photo 1 : Diagnostic, arguments ?

1



Même l'articulation uncudostapédiennne en apophyse, triangle lumineux, on distingue du marteau bien visible (manche et coude) Réponse : Tympan droit translucide, relief arrère.



Photo 2 : enfant de 4 ans, douleur vive la nuit, fièvre. Diagnostic ? Traitement ?

2

Réponse : Myringite bulleuse virale. Traitement antidiouleur. Pas d'antibiothérapie

Photo 3 : enfant 18 mois, réveils nocturnes, manque d'appétit. Diagnostic ? Traitement ?

3



Réponse : Otitis moyenne aigüe purulente. Antidiouleurs. 100mg/kg/j pendant 8 à 10 jours. Tympan bombeant. Signes cliniques même fièvre. Antibiothérapie type Clamoxyl sans fièvre. Réponse : Otitis moyenne aigüe purulente. Antidiouleurs. 100mg/kg/j pendant 8 à 10 jours. Tympan bombeant. Signes cliniques même fièvre. Antibiothérapie type Clamoxyl sans fièvre.



Photo 4 : enfant 4 ans. Diagnostic ? Traitement ?

5

Réponse : Otitis séreuse avec rétraction tympanique et myringo-uncuropexie. Indication de pose d'un aérateur transmypanique.

Photo 5 : Enfant 20 mois sans signes cliniques. Diagnostic ? Traitement ?

6

Réponse : Otitis séreuse sans signe de gravité. Surveillance simple.



Photo 6 : Diagnostic ? Traitement ?

7

Réponse : Tympanosclérose antérieure et postérieure. Pas de traitement. Il s'agit de séquelles d'otites sans conséquences.

Les nouvelles connaissances sur l'importance de la vie anténatale et en amont dès le désir de grossesse, constituent probablement l'une des avancées majeures de ces dernières années en pédiatrie !

De même la nature veillant probablement à un minimum « d'égalité des sexes », l'état de santé du futur père et son hygiène de vie sont probablement presque aussi importants et impactent également sur la descendance.

Le nombre de publications sur le sujet est tel qu'il est impossible d'être exhaustif : simultanément les congrès et réunions scientifiques se multiplient : le 1^{er} congrès européen sur la santé préconceptionnelle s'est tenue fin 2010, « fœtus as a patient » vient de voir les principaux spécialistes se réunir en Italie, en décembre prochain se tiendra à Paris le 2^e colloque sur les « déterminants précoce de la santé »

Les enjeux face à une telle évolution sont multiples :

- La FMC des médecins ;
- Le rôle que chaque type de professionnel de santé (pédiatre, néonatalogue, gynécologue obstétricien, généraliste, généticien, para médicaux, etc.) doit prendre dans un domaine nouveau en terme de prévention et d'information des patients.

En effet nous ne pouvons que constater que la prise en charge anténatale sur le plan nutritionnel en particulier est insuffisante à ce jour, une action doit être menée dès le désir de grossesse. L'évolution de notre société doit être aussi prise en compte :

- L'âge de la première grossesse qui dépasse maintenant la trentaine, la malnutrition ;
- L'Assistance Médicale à la Procréation, 2,5 % des naissances sont le « fruit » de l'assistance médicale ; le stress et la vie moderne, etc. ;

Avec quelques exemples, abordons la plasticité, la programmation fœtale et l'épigénétique. Certaines pathologies ou facteurs de risques

de pathologie à l'âge adulte trouvent leur origine au cours de la croissance, de la période anténatale et périnatale ainsi que lors de la gaméto-génèse. Ceci est maintenant connu pour le diabète de type 2, l'HTA, le syndrome métabolique, l'obésité, l'insuffisance rénale chronique, le développement cognitif et psychosocial.

La génétique ne constitue donc pas le seul élément influençant le développement de l'embryon, du fœtus et de l'enfant. Des facteurs épigénétiques interviennent et réalisent une sorte de reprogrammation en modifiant l'expression du génome et par conséquent le phénotype : la séquence d'ADN n'est pas modifiée mais l'expression des gènes l'est et influence ainsi le développement de l'organisme.

L'environnement utérin, et au premier plan la nutrition de la future mère (sans oublier les éventuels toxiques absorbés ou respirés) constituent des éléments qui impactent particulièrement la vie future, de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans environ.

Face à ces conditions de développement qui peuvent être défavorables durant ces périodes critiques, le fœtus s'adapte et ainsi met en place des systèmes qui lui permettent de « survivre » mais qui pourront s'exprimer négativement à l'âge adulte : en d'autres termes, le fœtus adapterait sa croissance et son métabolisme à l'environnement intra utérin mais cette adaptation aurait un « prix » une fois retrouvé un contexte plus favorable et le résultat en serait un risque augmenté de maladies chroniques.

Dès le désir de grossesse il faut donc évaluer l'état nutritionnel de la future mère et un éventuel déséquilibre, rechercher une possible hypoxie, une anémie, retrouver si possible les caractéristiques du placenta lors d'une précédente grossesse, etc. Ainsi un placenta trop petit ou trop gros par rapport au fœtus est associé à un risque accru d'HTA : la compliance artérielle des nouveaux nés prématurés est diminuée en raison d'un remodelage et de la rigidité de la paroi artérielle.

Le nombre de néphrons est également lié au poids de naissance : le faible poids de naiss-

sance augmente le risque d'insuffisance rénale terminale.

L'exposition in utero au diabète gestationnel et la prématurité expliqueraient, par une baisse de sensibilité à l'insuline à l'adolescence, l'épidémie de diabète de type 2. Après la naissance un rebond précoce d'adiposité et donc une croissance post natale trop rapide augmente également le risque de DNID.

L'état nutritionnel impacte aussi beaucoup plus que l'on ne le pense, bien souvent sur la reproduction. En France, en moyenne la population en âge de procréer est en déficience pour de nombreux vitamines et minéraux (25 % pour le Fer chez la femme, 12 % des hommes et 15% des femmes pour la vitamine D, etc.), la stabilité et non la baisse du nombre de diagnostic d'anomalie de fermeture du tube neural AFTN (1000 par an sur 800 000 naissances et 1 200 000 grossesses) est un autre exemple flagrant de carence et ceci malgré la recommandation officielle de prescrire de l'acide folique dès le désir de grossesse. Cette recommandation n'est pas correctement suivie !

Concernant l'obésité qui reste un enjeu de santé publique (10% des femmes enceintes sont obèses) : celle-ci entraîne des complications que ce soit pour la mère (diabète gestationnel, HTA, césarienne, etc.) mais aussi pour le fœtus (risque d'AFTN multiplié par 2,24 mais aussi augmentation du risque de nombreuses autres malformations.)

Côté masculin, un homme sur deux en âge de procréer est en surpoids et 15 % sont obèses : l'addition de l'âge du père lors du désir de grossesse qui s'élève et un possible surpoids ne favorisent pas la fécondité. En effet le nombre de spermatozoïdes baisse de 1 % par an, et l'on observe une relation inverse entre le tour de hanches et la concentration de spermatozoïdes. De nombreux travaux réalisés chez l'animal confirment toutes ces données sur l'influence négative de l'obésité sur la fécondité; de même globalement l'alimentation influence la qualité du sperme.

Faut il encore le redire, l'obésité nécessite une prise en charge dès la mise sous pilule !

L'amélioration des connaissances sur l'impact de l'état (nutritionnel, endocrinien, âge, etc.)

des futurs parents, de l'environnement sur la fécondité, le développement anténatal et périnatal durant ces périodes cruciales nécessite la poursuite des recherches, pour une meilleure prise en charge préventive des patients à chaque âge de la vie.

Tout médecin a un rôle à jouer sur ce nouveau domaine d'activité, l'action devrait être pluri disciplinaire, le pédiatre peut agir notamment lors :

- De la 1^{ère} consultation du nourrisson par une évaluation / bilan de la grossesse en « post partum » immédiat afin d'anticiper sur une future grossesse par des conseils appropriés ;
- D'une consultation pour un enfant plus grand alors que le couple peut envisager une nouvelle grossesse, le pédiatre doit évoquer ce projet ;
- De la consultation d'adolescent(e) ;
- De tout contact professionnel, amical, familial avec un couple en désir de grossesse

Enfin il ne faut pas hésiter à orienter vers un confrère, nutritionniste, endocrinologue si besoin.

Une évolution de nos prises en charge est nécessaire : une grossesse n'est pas une maladie et pour qu'elle ne le devienne pas il nous faut davantage anticiper

Agissons !

Docteur Louis Dominique Van Egroo

Directeur Médical Blédina

Praticien Attaché service de Pédiatrie : CHU Ambroise Paré, Boulogne.

Praticien Attaché service de Gynécologie Obstétrique : Ch des 4 Villes, Sèvres et CHU Ambroise Paré, Boulogne.

Quelques lectures sur ce vaste sujet : Bakos, 2010 ; Barker 1998 et 2009 ; Beaujean 2005 ; Nohr 2009 ; Chavatte Palmer, 2008, 2009 ; Cedrin-Durnerin 2010 ; CNGOF 1987 ; Delisle 2002 ; Flemming 2004 ; Gicquel 2008 ; Koletsko 2007 ; Lancellotti, 2010 ; Martin ANC 2001 ; Marques 2008 ; Mendiola 2009 et 2010 ; Micheli , 2010 ; Mc Millen 2008 ; Metwally 2008 ; MONA LISA 2005-2007 ; Morange 2005 ; Nguyen , 2007 ; Nohr 2009 ; OBEPI 2009