

# Quelques échos du Congrès National de la Société Française de Pédiatrie à Paris (16 au 19 mai 2001)

Pierre Klausner



Comme vice-président de la SSP, j'ai eu le plaisir de représenter notre société, élégamment invitée à ce congrès. Dans l'immense Palais des Congrès de la Ville de Paris à la Porte Maillot se sont tenus ces quatre jours de réunion, un étage au-dessus d'un congrès mondial de podologues! J'ai trouvé la coïncidence assez piquante, puisqu'une part non négligeable des francophones nous confondent encore!

Avant d'entrer dans la partie scientifique, j'aimerais aussi mentionner le symbole de cette réunion: «l'Oiseau amoureux» une création de Niki de Saint-Phalle, qui fut la compagne de Jean Tinguely. L'ambition était d'embrasser, tel cet oiseau, aussi bien les problèmes de société et de santé publique, que les avancées extrêmes de la science, aussi bien le quotidien difficile en cabinet que les maladies des enfants dans le monde. Le programme était donc très vaste et je ne citerai ici que quelques points que j'ai trouvés particulièrement intéressants.

Les dépressions du bébé ont donné lieu à une très belle conférence de B.Golse. Il a insisté sur le pluriel et sur l'abandon du terme de nourrisson, terme trop réducteur pour un enfant qui est davantage qu'un tube digestif. Bien que le terme de dépression sous-entende habituellement une problématique de perte que le bébé est trop jeune pour développer, on peut l'utiliser dans son sens premier de dépression, soit chute du tonus des instincts ou des pulsions de vie. En rappelant que la consultation conjointe va permettre de ramener souvent l'attention sur le bébé et permettre l'accordage affectif avec l'aide d'un tiers, il a énuméré les quatre grands signes que sont l'atonie thymique (indifférence morne, sans plainte ni larmes), l'inertie motrice (figement du tronc et de la mimique avec conservation de la mobilité distale, ralentissement), le repli interactif (avec disparition de l'angoisse de l'étranger, maintien de l'intérêt pour les objets inanimés au détriment du contact avec

les personnes), enfin la désorganisation psychosomatique touchant aussi bien les infections ORL, que les fonctions vitales comme le sommeil ou l'alimentation. Il dressa ensuite leur cadre de survenue sous forme de trois situations à risque: la carence quantitative (p.ex. hospitalisme), la carence qualitative (indisponibilité psychique de ses proches, p.ex. mère dépressive) et les discontinuités interactives, souvent mixtes quantitatives-qualitatives (enfant-paquet, changement imprévisible de l'interaction maternelle).

Lors d'une table ronde sur les expressions somatiques de la souffrance psychique, plusieurs intervenants, aussi bien psychiatres que somaticiens ont souligné combien le petit enfant n'a que son corps pour s'exprimer et qu'ainsi, dans certains cas, l'alimentation et la digestion deviennent porteurs d'un message (p.ex. «je régurgite, donc je suis»). Ce domaine est tellement sensible pour tout l'entourage que les parents, sous-minés par l'angoisse de mort inexplicquée, et le pédiatre, vont souvent tomber dans le piège d'une sur-somatisation du problème (environ 30% des enfants de moins de 9 mois, en crèche parisienne, ont, ou ont eu, un traitement anti-reflux!). Il ne convient certes pas de tomber non plus dans l'excès de l'attribution de sens, mais souvent seulement de changer de registre de lecture et de compréhension de ces symptômes ou difficultés.

Une session fut consacrée aux troubles conjugués du sommeil et de la respiration avec notamment le syndrome d'apnée du sommeil et le syndrome d' Ondine. Pensons à documenter, parfois à l'aide d'un simple enregistrement audio ou vidéo fait par les parents, les ronflements qui traversent les parois, les retards staturo-pondéraux, les sudations nocturnes profuses, les positions de sommeil particulières, les mouvements de balancement thoraco-abdominal, etc. Les conséquences diurnes en sont parfois graves, notamment sur le plan cognitif.

L'obésité chez les adolescents fut l'objet de présentations et de posters dont il ressort une certitude, une déception et un espoir. Il est certain que les courbes poids-taille ne suffisent plus et qu'il faut maintenant calculer l'index de masse corporelle (IMC = BMI) et le ramener à des courbes en fonction de l'âge, le 97<sup>e</sup> percentile devant correspondre à un IMC adulte à venir de 30 kg/m<sup>2</sup> donc limite de l'obésité vraie. Les prises en charge d'ado-

lescents sont décevantes statistiquement en comparaison avec l'énergie investie. Par contre on peut espérer pouvoir mieux cibler les vrais cas à gros risque, et cela précocement, en repérant les enfants faisant le rebond de IMC avant les 6 ans habituels.

L'Organisation Mondiale de la Santé tint une belle conférence plénière sur la *santé de l'enfant dans les pays en développement*. Les progrès réalisés sont tels que s'il n'y avait pas le SIDA en Afrique, on pourrait se réjouir pleinement des progrès obtenus par les objectifs fixés en 1990: programmes confirmant que la malnutrition augmente toutes les létalités, que les pathologies principales (pneumonie, diarrhée, rougeole, malaria, VIH) sont souvent intriquées, campagnes permettant d'atteindre des taux de vaccination BCG, DTP, Rougeole ou polio supérieur à 80% avec disparition de la polio dans les deux Amériques, l'Europe et le Pacifique; usage des sels de réhydratation orale par 35% des populations cibles (contre 10% auparavant) avec disparition des traitements intraveineux dans ces pays. Ainsi dans le Nord-Est du Brésil la mortalité a baissé de 33% grâce à la diminution des diarrhées et des pneumonies, au Maroc de 46% par la prévention du tétanos, de la coqueluche et des méningites, le traitement des diarrhées. Un des buts actuels est de réduire l'écart entre riches et défavorisés de ces pays puisque, avec une constance étonnante, toutes les actions de promotion de la santé envers les pauvres profitent d'abord aux favorisés de ces pays (information, accès, ...) puis aux pauvres seulement une fois que la morbidité-mortalité a atteint un plancher chez les premiers! Il convient aussi de mettre l'accent sur les pratiques de soins au niveau familial, d'atteindre tous les enfants et d'améliorer la santé néonatale. Un défi colossal reste la prévention et le traitement du SIDA en Afrique.

Les *adolescents en situation d'urgence* ont été le sujet d'une table ronde abordant le problème souvent caché sous le motif de consultation, la difficulté pour le pédiatre à gérer ce type de consultation extrêmement longue, la problématique de l'abus sexuel dont la pathogénicité psychique apparaît d'autant plus grande lorsqu'il est le fait d'un proche, qu'il est à début précoce, qu'il comprend une composante répétitive. Les adolescents contrevenants sont le reflet visible d'une société qui cherche ses repères.

La *réanimation en salle de naissance* n'a pas

apporté d'élément vraiment nouveau. On peut toutefois parler d'un bénéfice possible d'une ventilation à plus faible pression et plus longue durée d'inspiration pendant les premiers cycles, de l'abandon de la ventilation-intubation trachéale d'office en cas de liquide méconial si l'enfant n'est pas dyspnéique, le remplacement progressif de l'albumine par les solutés isotoniques pour le volume, le massage cardiaque externe à rythme 3-1 en alternance avec la ventilation, la confirmation du dosage semblable de l'adrénaline par voie intra cathéter veineux ou intra trachéale.

Ma dernière table ronde (samedi entre 16h30 et 18h00!) était consacrée au *tabac*. Ses effets sur la croissance pulmonaire sont maintenant démontrés par plusieurs études, notamment en ce qui concerne le tabagisme intra-utérin. La période de grossesse et de l'allaitement sont donc particulièrement intéressantes pour la prévention par le pédiatre. Par contre les arguments sur le vieillissement accéléré du poumon et la perte plus rapide de fonctions de VEMS interpelle le pédiatre mais pas l'adolescent. Pour ce dernier on commence enfin à distinguer l'initiation-expérimentation (avec forte composante des pairs et de l'environnement) de la consommation régulière-dépendance (avec forte composante de la personnalité, différente selon les sexes, consommation d'autres toxiques). S'adapter à l'âge pourrait signifier: entre 12 et 15 ans partir des mots «piégé», «victime», «manipulé» pour analyser avec eux la pression publicitaire à laquelle ils sont soumis; après 15 ans éviter le passage à la dépendance en entretenant l'image du non-fumeur (ils y pensent d'ailleurs déjà: «Un jour j'arrête»).

Quant *aux posters* qui m'ont arrêté, ils rapportaient une tendance croissante à pratiquer des endoscopies hautes dans les troubles digestifs du bébé, un intérêt à analyser le fonctionnement (triage, motivation, satisfaction) dans les services d'urgence dont la fréquentation ne fait qu'augmenter. Une part importante des fractures dues aux accidents de roller serait évitable puisque seuls 17% des accidentés portaient des protections alors que 64% en possédaient! La varicelle est très souvent banale mais est parfois grevée de complications invasives gravissimes à streptocoques pyogènes.

Inutile d'insister sur la partialité et les oublis de ce survol que je désirais vous faire partager au retour de Paris.