



Comptes rendus des 16^{es} JIRP

Jeudi 19 et Vendredi 20 mars 2015

Palais des Congrès de Versailles

capri care



Les formules infantiles
issues du **lait de chèvre entier**
autorisées sur le marché européen



www.capricare.fr

Exclusivement en pharmacie

* la Directive 2013/46/UE modifie la Directive 2006/141/CE
** conformément à la réglementation européenne
*** voir British Journal of Nutrition (2014), 111, 1641-1651

AVIS IMPORTANT : Le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson : il est le mieux adapté à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'une formule infantile, ou quand la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation abusive ou erronée pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. En plus du lait, l'eau est la seule boisson indispensable. www.mangerbouger.fr

Document réservé exclusivement aux professionnels de santé.



17^{es} JOURNÉES INTERACTIVES DE RÉALITÉS PÉDIATRIQUES

**DPC
en cours**

- Jeudi 31 mars 2016
**Neurologie et
développement
de l'enfant**
sous la présidence
de B. Chabrol
- Vendredi 1^{er} avril 2016
**L'enfant et
l'environnement :
vraies et fausses idées**
sous la présidence
de B. Delaisi

JEUDI 31 MARS ET VENDREDI 1^{er} AVRIL 2016

PALAIS DES CONGRÈS – VERSAILLES

POSSIBILITÉ D'INSCRIPTION
ET DE RÉGLEMENT EN LIGNE SUR :
www.jirp.info



COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr P. Bégué, Pr A. Bensman,
Pr A. Bourrillon, Pr A. Casasoprana,
Pr B. Chevallier, Pr L. de Parscau,
Pr C. Dupont, Pr J.P. Farriaux,
Pr E.N. Garabédian, Pr J. Ghisolfi,
Pr J.P. Girardet, Pr A. Grimfeld,
Pr C. Griscelli, Pr P.H. Jarreau,
Pr C. Joussemme, Pr G. Leverger,
Pr P. Reinert, Pr J.J. Robert,
Pr J.C. Rolland, Pr D. Turck,
Pr L. Vallée, Pr M. Voisin

COMITÉ DE LECTURE

Pr D. Bonnet, Dr A. Bami Forte,
Dr S. Bursaux-Gonnard, Pr F. Denoyelle,
Pr G. Deschênes, Dr O. Fresco,
Dr M. Guy, Dr P. Hautefort, Pr P.H. Jarreau
Dr P. Mary, Dr N. Perez,
Dr O. Philippe, Dr M. Rybojad

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr B. Delaisi,
Pr P. Tounian

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

A. Le Fur

CHEF DE PROJET WEB

J. Nakache

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

J. Delorme

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉALITÉS PÉDIATRIQUES

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. 01 47 00 67 14, Fax : 01 47 00 69 99
E-mail : info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Imprimeries de Champagne
Z.I. Les Franchises
Rue de l'Étoile – 52200 Langres
Commission paritaire : 0117 T 81118
ISSN : 1266-3697
Dépôt légal : 2^e trimestre 2015



Avril/Mai 2015 #193

GASTROENTÉROLOGIE ET NUTRITION PÉDIATRIQUES

8 Mises au point interactives

– Obésité de l'enfant : rumeurs et vérités

P. Tounian

– Quelle est la place des intolérances alimentaires
dans les troubles fonctionnels intestinaux ?

J.-P. Chouraqui

– Le microbiote intestinal : un monde vivant à connaître et à respecter

O. Goulet

19 Questions flash

29 Les messages clés en néphrologie

L'ENFANT DANS SA FRATRIE

34 Mises au point interactives

– L'enfant différent dans sa fratrie : le vilain petit canard

O. Revol

– Procréation médicalement assistée et fratrie

G. Delaisi de Parseval

– La famille dans tous ses états... Et les fratries ?

A. Spire, C. Joussemme

46 Questions flash

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

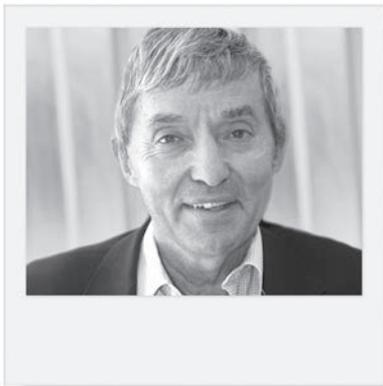
62 L'administration d'azithromycine dans les premières semaines de vie est-elle associée à un risque augmenté de sténose du pylore ?

Existe-t-il une relation entre la sévérité des symptômes d'un reflux gastro-œsophagien et les lésions histologiques chez l'enfant ?

J. Lemale

Peur du Noir...

N'éteins pas la Lumière...



→ **A. BOURRILLON**
Service de Pédiatrie générale,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

L'obscurité fait souvent perdre aux jeunes enfants leurs repères apaisants.

Les frontières entre le réel et l'imaginaire s'effacent.

La chambre protectrice devient, la nuit, un lieu étrange et menaçant, animé d'ombres inconnues et mouvantes.

L'enfant se trouve confronté à une perception confuse d'insécurité, de craintes et d'angoisses. Possiblement la Mort.

Inquiétudes réactivées par les images des drames répétés qui déchirent son imaginaire de réalités marquant de leurs empreintes l'incompréhensible de leurs peurs innées.

Guerres. Terrorisme. Accidents d'avions. Cauchemar d'une porte verrouillée entravant l'accès à un copilote ayant perdu raison.

En tous lieux, morts brutales et simultanées de victimes innocentes.
Des enfants. Aussi.

"Peu importe... le nombre d'années... quand la nuit tombe, elle apporte avec elle des peurs cachées dans notre âme depuis l'enfance." (Paulo Coelho)

"On peut aisément pardonner à l'enfant qui a peur de l'obscurité. La vraie tragédie de la vie est lorsque les Hommes ont peur de la Lumière." (Platon)

La lumière montre l'ombre et la vérité, le Mystère.

Il est encore temps de raconter, le soir, à nos enfants des histoires qui laissent entrer la douce lumière de rêves apaisés.

LABORATOIRES Picot

EXPERT EN NUTRITION DEPUIS 1896

Régurgitations : le 1^{er} motif de consultation
Picot AR, épaissi à la caroube,
pour une efficacité maximale⁽¹⁾



- > Formule enrichie en L. fermentum avec une tolérance optimale⁽²⁻³⁾
- > Formule AR enrichie en DHA*

Format 400 g

* dans Picot AR1

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

Une utilisation incorrecte de la préparation pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant.



JEUDI 19 MARS 2015

Gastroentérologie et nutrition pédiatriques

sous la présidence du Pr P. Tounian

Un site dédié aux JIRP

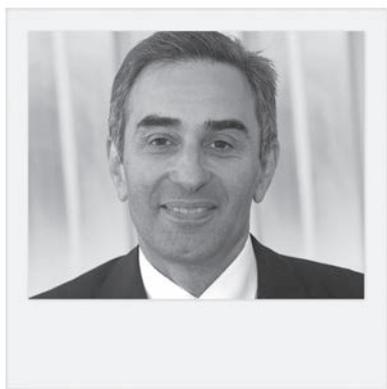
Pour nous retrouver, vous pouvez :

- soit rentrer l'adresse suivante dans votre navigateur : www.jirp.info
- soit utiliser, à partir de votre smartphone, le flashcode* imprimé sur la couverture de ce programme et ci-contre.



** Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès au site est immédiat.*

Obésité de l'enfant : rumeurs et vérités



→ P. TOUNIAN

Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Trousseau, PARIS.

L'obésité est probablement l'une des maladies qui suscitent le plus de rumeurs et contre-vérités. Cela est probablement lié au fait que n'importe quel quidam a une opinion tranchée sur les causes de l'obésité et les moyens à mettre en œuvre pour la combattre. Je les envie car, malgré 25 années de soins et de recherche, je n'ai toujours pas de certitudes à ce sujet. En revanche, cette expérience m'a permis de démonter de nombreuses idées reçues et rétablir ainsi la vérité scientifique. L'objet de cet article est de relater les principales remises en questions concernant l'obésité de l'enfant.

L'obésité est-elle la conséquence de mauvaises habitudes alimentaires ?

Dans l'imaginaire collectif, y compris celui de nombreux professionnels de santé, il n'y a pas de doutes que

l'acquisition de mauvaises habitudes alimentaires durant l'enfance est une des principales causes d'obésité ultérieure. Dans un remarquable article dénonçant les mythes autour de l'obésité, les 20 auteurs de ce document répondent clairement à la question : "L'évolution pondérale au cours de la vie dépend principalement du patrimoine génétique et non d'un effet persistant de l'apprentissage précoce d'une bonne hygiène de vie" [1]. Il n'y a rien à ajouter.

En effet, l'obésité est vraisemblablement une maladie des centres cérébraux de régulation du poids, en grande partie génétiquement déterminée [2]. Le métagénome, c'est-à-dire le patrimoine génétique du microbiote intestinal, également spécifique à chaque individu, participe aussi probablement à cette prédisposition génétique à l'obésité [3].

Il s'agit donc d'une véritable injustice de la nature qui explique la susceptibilité de quelques enfants prédisposés à l'environnement obésogène (disponibilité d'une alimentation riche, motorisation des déplacements, sédentarisation des loisirs), alors que la majorité d'entre eux y sont insensibles. N'en déplaise à tous ceux qui sont convaincus que *fast-foods*, sodas, distributeurs dans les écoles, publicité à la télévision, etc. sont les principaux coupables.

La prévalence de l'obésité infantile continue-t-elle d'augmenter ?

On entend et lit sans cesse qu'une véritable épidémie d'obésité s'abat sur les enfants. Il est vrai que la prévalence de l'obésité infantile a presque quintuplé en France entre les années 1960

et 2000. L'expansion de l'environnement obésogène au sein du pays a effectivement permis le "recrutement" des enfants prédisposés, et explique ainsi l'augmentation de la prévalence de l'obésité. Mais comme seuls les enfants prédisposés peuvent devenir obèses, lorsque l'environnement obésogène s'est étendu à l'ensemble du territoire, l'augmentation de la prévalence s'arrête car tous les enfants susceptibles de devenir obèses ont été "recrutés". C'est exactement ce que nous constatons puisque la prévalence de l'obésité infantile s'est stabilisée en France [4], comme dans d'autres pays industrialisés [5] depuis le début des années 2000.

Donc, l'épidémie d'obésité infantile, si elle a bien eu lieu au cours du siècle dernier, est stabilisée depuis une quinzaine d'années, alors que notre environnement est de plus en plus obésogène. Cela confirme bien que ce biotope propice au développement de l'obésité ne permet que l'expression phénotypique des enfants atteints par la maladie, alors qu'il est sans effet sur ceux que la nature a préservés.

Les complications somatiques liées à l'obésité sont-elles préoccupantes chez l'enfant ?

La plupart des médecins sont très préoccupés par les complications somatiques graves auxquelles l'obésité expose chez l'enfant. Ils craignent ainsi la survenue d'un diabète, d'une HTA, d'une stéatohépatite sévère, d'une épiphyse de la tête fémorale, d'apnées du sommeil nécessitant une ventilation non invasive (VNI), d'un syndrome des ovaires polykystiques ou d'une

hypertension intracrânienne (HTIC). Cette inquiétude est transmise aux parents (les enfants y sont totalement insensibles), et génère légitimement une angoisse chez eux.

C'est bien dommage car ces complications sont tout à fait exceptionnelles chez l'enfant, même en cas d'obésité morbide (**tableau I**).

Diabète	4
HTA nécessitant un traitement	3
Stéatohépatite sévère	3
Épiphysiolyse de la tête fémorale	4
Apnées du sommeil nécessitant une VNI	9
Syndrome des ovaires polykystiques	3
HTIC	1

TABLEAU I : Nombre de cas de complications graves de l'obésité chez 1000 enfants avec obésité sévère (Z-score IMC > 3,5 DS) (données personnelles).

En revanche, les complications somatiques bénignes ou ne nécessitant aucun traitement spécifique (insulino-résistance, intolérance au glucose, dyslipidémie, stéatose hépatique, *genu valgum*, asthme, troubles des règles, vergetures, hirsutisme, adiposogynécomastie, verge enfouie) sont fréquentes [6], mais elles ne justifient aucune angoisse particulière.

Les principales complications de l'obésité sont les conséquences psychosociales (discrimination, stigmatisation, perte de l'estime de soi, etc.) qui justifient à elles seules la prise en charge thérapeutique dont l'objectif ne doit donc pas toujours être pondéral. Rendre un enfant obèse moins préoccupé par sa surcharge pondérale est déjà un succès thérapeutique. Mais une telle approche nécessite de toute évidence une évolution de l'idée que se font les gens des causes et des conséquences de l'obésité. C'est aussi l'un des objectifs de cet article.

Un bilan sanguin doit-il être systématiquement prescrit ?

La grande majorité des enfants obèses subissent un prélèvement sanguin à la recherche d'une hypothyroïdie, d'un diabète ou d'une dyslipidémie. Ces examens sont pourtant presque toujours normaux ou n'engagent aucune mesure thérapeutique spécifique. Des prescriptions plus raisonnées seraient préférables.

Les endocrinopathies (hypothyroïdie, hypercorticisme, déficit en GH) ne sont pas des causes d'obésité mais un diagnostic différentiel ou associé dans quelques exceptionnelles obésités syndromiques. Même si elles peuvent effectivement entraîner une prise pondérale, elles ont également la particularité de toujours s'accompagner d'un infléchissement statural. De ce fait, seule l'existence d'un ralentissement de la croissance staturale doit faire rechercher une endocrinopathie, de telles explorations étant inutiles dans les autres cas, c'est-à-dire chez la grande majorité des enfants obèses [6].

Les recommandations de la Haute Autorité de santé qui préconisent la réalisation d'un bilan systématique comportant une glycémie, une exploration des anomalies lipidiques et des transaminases chez tous les enfants obèses sont stupides. Il ne faut surtout pas les suivre. Les **véritables** experts conseillent, eux, de cibler la réalisation de ces examens [6]. Le diabète est vraiment exceptionnel chez l'enfant obèse en dehors de certaines situations particulières. Le dosage de la glycémie doit donc être réservé aux enfants à risque (noirs ou indiens avec antécédents familiaux de diabète), aux obésités sévères (bien que le diabète soit exceptionnel chez eux en dehors des enfants à risque) et aux suspicions cliniques de diabète. Le bilan lipidique doit être limité aux enfants ayant des antécédents familiaux de dyslipi-

démie dans la mesure où la découverte, fréquente, d'une dyslipidémie modérée n'entraîne aucune prise en charge spécifique. Enfin, comme environ 15 % des enfants obèses ont une augmentation des transaminases, un dépistage systématique va entraîner des angoisses inutiles dans la mesure où la grande majorité des stéatoses hépatiques a une évolution bénigne, et ne conduit à aucune thérapeutique particulière [6]. Il faut restreindre cette recherche aux enfants ayant des antécédents familiaux de maladies hépatiques ou à ceux traités par des médicaments hépatotoxiques.

La réalisation d'examen complémentaires systématiques est ainsi incompatible avec la nécessaire dédramatisation de la maladie. Il faut "hypomédicaliser" l'obésité en étant le plus économe possible en matière de prélèvements sanguins.

L'obésité de l'enfant doit-elle être prise en charge le plus tôt possible ?

Dans l'objectif de réduire le risque de persistance de l'obésité à l'âge adulte ou pour prévenir l'apparition de complications à long terme, beaucoup de praticiens suggèrent de traiter l'obésité le plus tôt possible, en arguant également de la plus grande efficacité de la prise en charge durant l'enfance. Ces deux arguments ne sont étonnamment pas recevables.

Le pronostic pondéral à l'âge adulte ne dépend ni de la précocité, ni de l'efficacité, ni de la durée de la prise en charge durant l'enfance [7]. Effectivement, l'effet des facteurs génétiques sur l'évolution de l'IMC de la petite enfance à l'âge de 18 ans est bien supérieur à celui des facteurs environnementaux [1, 8]. On comprend donc que, quelle que soit la précocité de la prise en charge, ses effets ne persistent à long terme que

MISES AU POINT INTERACTIVES

si l'enfant maintient ses efforts pour lutter contre la progression génétiquement programmée de son IMC, et disparaissent inexorablement dès qu'il relâche sa vigilance. La précocité de la prise en charge n'influence donc pas l'évolution programmée de l'IMC.

On sait depuis longtemps que les lésions artérielles secondaires à l'obésité débutent dès l'enfance [9]. Une très belle étude portant sur le suivi prospectif de quatre cohortes montre cependant que seule la persistance de l'obésité à l'âge adulte est associée à un risque vasculaire accru [10]. En effet, dans ce travail, la probabilité d'avoir des facteurs de risque vasculaires (diabète, HTA, augmentation du LDL-cholestérol ou de la triglycéridémie, diminution du HDL-cholestérol, épaisseur de la paroi carotidienne) était identique chez les individus n'ayant jamais été obèses et ceux qui étaient obèses durant l'enfance et devenaient normopondéraux à l'âge adulte, alors qu'elle était augmentée chez les adultes ayant été obèses depuis l'enfance et ceux devenus obèses à l'âge adulte alors qu'ils étaient normopondéraux durant l'enfance [10].

Ainsi, contrairement à une idée répandue, la précocité et l'efficacité de la prise en charge de l'obésité de l'enfant n'ont pas d'influence sur le devenir pondéral ou le risque cardiovasculaire à l'âge adulte. Le traitement de l'obésité n'est donc pas une urgence chez l'enfant, il a pour unique but d'améliorer la qualité de vie immédiate, sans se préoccuper de l'avenir.

Tous les moyens doivent-ils impérativement être mis en œuvre pour faire maigrir un enfant obèse ?

En se servant de la suppression de toutes les idées préconçues qui viennent d'être développées, il est

nécessaire d'appréhender différemment la prise en charge d'un enfant obèse [11].

L'objectif est pour tout le monde, médecin, parents et parfois enfant, de le faire maigrir en lui proposant un régime restrictif adapté. Cependant, quatre grands principes doivent être gardés à l'esprit lors de cette prise en charge :

- premièrement, on doit commencer par déculpabiliser parents et enfant en les informant sur l'origine exacte de sa maladie et les rassurer sur les risques de complications somatiques qu'elle entraîne ;

- deuxièmement, il faut savoir laisser un enfant gros en attendant que sa motivation soit suffisante pour supporter et comprendre les contraintes d'un régime ;

- troisièmement, ne jamais être coercitif mais au contraire toujours encourager l'enfant, notamment lorsque les résultats ne sont pas satisfaisants, en attendant qu'il ait un "déclat" pour débiter son régime ;

- quatrièmement, les risques que l'obésité fait courir sur la santé de l'enfant ne doivent jamais être évoqués pour le motiver. Cette méthode est inefficace, et peut même s'avérer délétère en engendrant une angoisse supplémentaire chez les parents.

Les échecs thérapeutiques sont malheureusement nombreux ; une approche plus raisonnée et empathique est donc nécessaire pour réduire l'impact négatif que cette inefficacité provoque inexorablement sur l'enfant et sa famille.

La prévention de l'obésité est-elle efficace ?

Depuis des décennies, professionnels de santé, politiciens et industriels s'époumonent dans l'espoir de "freiner la progression de l'épidémie d'obésité". Leur conviction est sincère

et leur volonté de bien faire émouvante. Mais quelques années d'expérience de terrain – que la majorité de ces acteurs n'ont pas et n'auront jamais – suffisent pour constater que ces efforts sont totalement vains.

La dernière méta-analyse sérieuse confirme en effet l'inefficacité des mesures de prévention éducationnelles de l'obésité de l'enfant [12]. Éducation nutritionnelle à l'école, messages préventifs dans les médias et bientôt l'étiquetage nutritionnel des produits alimentaires sont et seront donc sans effet pour prévenir l'obésité de l'enfant.

Pire encore, on ne peut s'empêcher de penser qu'ils ont contribué à l'aggravation de la stigmatisation des enfants obèses, la majoration de la culpabilité de leurs parents et la progression des troubles du comportement alimentaire pédiatriques, notamment chez les nombreux enfants non concernés par cette prévention.

On peut dès lors s'interroger sur la motivation qui pousse certaines associations ou certains politiques à poursuivre ces actions de prévention en diffusant des informations laissant imaginer qu'elles sont efficaces.

Espérons au moins qu'elles leur permettent d'obtenir d'importants bénéfices financiers ou des succès électoraux. Mais ne serait-ce pas là leur source de motivation ?

Conclusion

Les rumeurs qui circulent autour de l'obésité majorent la souffrance des enfants qui en sont atteints et de leur famille. Notre devoir de médecin est de rétablir la vérité scientifique pour atténuer cette douleur. Il est aussi de combattre ceux dont l'objectif est différent, par ignorance ou simple profit individuel.

Bibliographie

1. CASAZZA K *et al.* Myths, presumptions, and facts about obesity. *N Engl J Med*, 2013;368:446-454.
2. TOUNIAN P. Programming towards childhood obesity. *Ann Nutr Metab*, 2011;58:30-41.
3. BRADFIELD JP *et al.* A genome-wide association meta-analysis identifies new childhood obesity loci. *Nat Genet*, 2012;44:526-531.
4. SALANAVE B *et al.* Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes*, 2009;4:66-72.
5. OGDEN CL *et al.* Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA*, 2010;303:242-249.
6. TOUNIAN P, DUBERN B. Consultation de l'enfant obèse. In : Basdevant A, éd. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Médecine Sciences Publications Lavoisier; 2011. p. 305-322.
7. FICHEUX L *et al.* Facteurs prédictifs de l'évolution à long terme de l'obésité de l'enfant. *Nutr Clin Metab*, 2009;23:S58-S59.
8. SILVENTOINEN K *et al.* The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *Int J Obes*, 2010;34:29-40.
9. TOUNIAN P *et al.* Presence of increased stiffness of the common carotid artery and endothelial dysfunction in severely obese children: a prospective study. *Lancet*, 2001;358:1400-1404.
10. JUONALA M *et al.* Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med*, 2011;365:1876-1885.
11. DUBERN B, TOUNIAN P. Prise en charge thérapeutique de l'enfant obèse. In : Basdevant A, éd. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Médecine Sciences Publications Lavoisier; 2011. p. 337-341.
12. SBRUZZI G *et al.* Educational interventions in childhood obesity: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *Prev Med*, 2013;56:254-264.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



1 SACHET DE FRUITS OFFERT

POUR L'ACHAT D'UN MENU HAPPY MEAL TOUS LES 1^{ERS} MERCREDIS DU MOIS



540

COMBINAISONS POSSIBLES DANS LE MENU HAPPY MEAL

PRÈS DE 50%

DES FRUITS CONSOMMÉS PAR LES MOINS DE 15 ANS EN RESTAURATION COMMERCIALE LE SONT CHEZ McDONALD's*

* NPD Group, Panel CREST, cumul 12 mois à fin décembre 2014

ECHANGEONS ENSEMBLE SUR NOS INITIATIVES EN FAVEUR DES PLUS JEUNES

Parce que nous avons conscience d'être le restaurant des enfants, nous nous engageons à leur proposer une alimentation équilibrée, variée et adaptée à leurs besoins et à leurs envies.



125 VILLES-ÉTAPES

EN 2014 POUR LA TOURNÉE McDO KIDS SPORT™ SOUTENUE PAR L'AFPA

1 MILLION

DE MENUS HAPPY MEAL SERVIS EN MOYENNE PAR SEMAINE**

** Transactions BAM et données Customer profile à fin 2014

Pour en savoir plus sur nos initiatives, **rendez-vous sur notre stand à l'AFPA** et assistez à notre conférence **le samedi 20 juin à 12h45.**

Congrès de l'AFPA les 19, 20 et 21 juin 2015.
Centre Prouvé, 1 place de la République, 54000 Nancy.



Quelle est la place des intolérances alimentaires dans les troubles fonctionnels intestinaux ?



→ J.-P. CHOURAQUI

Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition pédiatriques, Clinique universitaire de Pédiatrie, Hôpital Couple-Enfant, CHU de GRENOBLE.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) sont extrêmement fréquents. Ils s'expriment de manière très variable selon l'âge et représentent en pratique courante un problème difficile et déroutant, source d'errance diagnostique et thérapeutique. Si, de longue date, certains déséquilibres diététiques sont mis en exergue dans, sinon la genèse, tout au moins le déclenchement des symptômes de ces TFI, le rôle d'intolérances alimentaires est, sans preuves certaines, trop souvent évoqué. Il en résulte des régimes ni toujours bien fondés ni contrôlés, pouvant aboutir à une malnutrition ou un état de carences en certains nutriments.

Les TFI se caractérisent par des symptômes gastro-intestinaux chroniques ou récurrents, regroupés en différentes entités en fonction de l'âge, dominées par le syndrome de l'intestin irritable (SII). Ils ont été redéfinis lors de la dernière conférence de Rome III en 2006 (**tableau I**) [1, 2], et ils ont en commun de n'avoir aucune étiologie organique ou métabolique retrouvée et de se manifester chez des enfants par ailleurs en bonne santé apparente, démontrant une croissance staturo-pondérale normale.

Différentes hypothèses sont envisagées pour expliquer la symptomatologie constatée. Sont ainsi évoqués alternativement, ou simultanément, une perturbation de la motricité intestinale, une hypersensibilité viscérale, une hyperperméabilité intestinale, un déséquilibre de l'alimentation, une dysbiose notamment post-infectieuse et des facteurs psychologiques et émotionnels. Chacun de ces mécanismes peut entraîner ou influencer l'autre.

Les difficultés rencontrées au quotidien concernent à la fois la reconnaissance de

l'entité concernée, de son étiologie et de la prise en charge pour soulager l'enfant et diminuer l'inquiétude familiale.

L'ingestion d'aliments peut théoriquement influencer la réponse du système nerveux entérique et des voies ascendantes de trois façons : d'une part, par la stimulation motrice et la distension liée à l'arrivée du bol alimentaire (tel le réflexe gastro-colique) puis à la production éventuelle de gaz par fermentation de certains aliments par le microbiote ; d'autre part, par la stimulation de récepteurs sensoriels mécaniques ou chimiques sous l'action de produits de dégradation ; enfin, certains composants alimentaires peuvent être à l'origine d'inflammation, de stimulation de cellules immunes ou de modification de récepteurs [4].

Les liens entre alimentation et TFI sont diversement appréciés, amenant trop souvent à limiter voire exclure certains aliments, notamment abusivement les produits laitiers et/ou le gluten, avec souvent un effet délétère sur la croissance [3].

Moins de 5 ans	Plus de 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> • G1. Régurgitations • G2. Ruminations • G3. Vomissements cycliques • G4. Coliques • G5. Diarrhée fonctionnelle (DCNS) • G6. Dyschésie • G7. Constipation fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • H1. Vomissements et aérophagie • H2. Douleurs abdominales <ul style="list-style-type: none"> a. Dyspepsie fonctionnelle b. Intestin irritable c. Migraine abdominale d. Douleurs abdominales fonctionnelles • H3. Constipation et incontinence

TABLEAU I : Classification de Rome III des TFI selon l'âge.

Place de l'allergie alimentaire

La relation entre allergie alimentaire vraie et TFI est très discutée et relativement peu fréquente [3, 4]. Elle a pu être évoquée dans certains cas de "coliques" du nourrisson, d'autant qu'il existe des antécédents familiaux d'atopie ou des signes concomitants d'allergie alimentaire.

Mais cette association est relativement rare, et ne pourra être confirmée que par une épreuve d'exclusion des protéines de lait de vache et un test de réintroduction pratiqué au cours des semaines qui suivent [3].

Le niveau de preuve d'une telle relation est extrêmement faible en cas de diarrhée chronique non spécifique ou diarrhée fonctionnelle du jeune enfant, alors que les déséquilibres et erreurs diététiques y sont très fréquents.

Une seule étude envisage la possibilité d'une allergie aux protéines du lait de vache en cas de constipation rebelle de l'enfant.

Aucune étude, à notre connaissance, n'a rapporté l'allergie alimentaire comme facteur de douleurs abdominales récurrentes de l'enfant.

Place de l'intolérance au lactose

Le lactose est le sucre quasi exclusif du lait maternel, exclusif du lait de vache, et constitue plus de 60 % des sucres de la plupart des laits infantiles. Il est présent dans de nombreux laitages et produits lactés ainsi que dans nombre de préparations culinaires. Il ne peut être absorbé qu'après hydrolyse en glucose et galactose par la lactase, enzyme de la bordure en brosse villositaire duodéno-jéjunale. L'activité lactasique apparaît à la 8^e semaine de

gestation et croît jusqu'à la naissance. Ensuite, après 3 ou 4 ans, cette activité lactasique diminue progressivement chez les sujets à lactase non persistante (LNP) (70 % de la population mondiale: Afrique, Amérique du Sud, Asie), et ce malgré la poursuite de l'apport de lactose.

Les populations à lactase persistante (LP), principalement les Européens du Nord, mais aussi certaines ethnies des autres continents, le sont vraisemblablement du fait d'une sélection naturelle de sujets pratiquant l'élevage à une période de famine par maigre récolte.

Du fait du déficit lactasique, le lactose non digéré, en excès, peut créer une charge osmotique entraînant une sécrétion hydroélectrolytique et une accélération du transit. Dans le côlon, ce lactose sera transformé par la flore colique en différents acides organiques et en gaz, notamment hydrogène.

Les éventuels symptômes de l'intolérance au lactose en découlent: diarrhée, ballonnement, gaz, douleurs abdominales, inconfort, nausées. Nombreux individus LNP sont totalement asymptomatiques ou ne le sont que tardivement (après 20 ans), et les volumes de lait nécessaires à entraîner des symptômes sont très variables, le plus souvent supérieurs à 200 mL. À l'inverse, plus de la moitié des individus se disant "intolérants au lait" ne sont ni intolérants au lactose ni allergiques.

L'intolérance au lactose primitive, c'est-à-dire non secondaire à une atrophie villositaire, est exceptionnelle avant l'âge de 5 ans et rare par la suite. La plupart des enfants tolèrent l'ingestion de lait ou dérivés jusqu'au volume nécessaire quotidiennement à leur croissance. Le déficit lactasique est en effet totalement asymptomatique tant qu'au moins 50 % de l'activité lactasique persiste, ce qui est généralement le cas jusqu'à l'âge adulte.

Place de la sensibilité au gluten

Le gluten est la principale protéine du blé, mais aussi du seigle et de l'orge. Il est principalement constitué de deux protéines: la gliadine et la gluténine, protéines insolubles qui donnent à la farine des propriétés viscoélastiques, exploitées en boulangerie lors du pétrissage de la farine avec de l'eau et qui permettront à la pâte de lever lors de la fermentation. Sa consommation, en augmentation, a pu être associée à un certain nombre de maladies, au premier rang desquelles se situe la maladie cœliaque.

Les autres maladies qui lui sont reliées sont l'allergie au blé, la dermatite herpétiforme, l'ataxie au gluten et plus récemment une nouvelle entité dénommée "sensibilité au gluten non cœliaque" (SGNC), décrite depuis les années 80.

L'allergie au blé, quoique relativement fréquente puisqu'elle pourrait concerner jusqu'à 1 % des enfants, ne se manifeste que très rarement par des symptômes de type SII. En revanche, telle que décrite, surtout chez l'adulte, la SGNC se manifeste par des signes évoquant un SII comprenant un chevauchement important avec la sémiologie de la maladie cœliaque et une amélioration des symptômes sous régime d'exclusion.

Elle est cependant différente de l'entéropathie cœliaque du fait de l'absence de retentissement sur la croissance et d'atrophie villositaire. La maladie cœliaque doit être systématiquement éliminée sur la négativité de la sérologie (anticorps antitransglutaminase) et en cas de doute concernant la normalité de la biopsie [5-8]. Plus récemment, un certain nombre d'auteurs ont mis en cause le rôle du gluten lui-même, évoquant plutôt celui des FODMAP que le blé contient également, notamment les fructanes [4, 8].

Le microbiote intestinal: un monde vivant à connaître et à respecter



→ O. GOULET

Service de Gastroentérologie,
Hépatologie et Nutrition
pédiatriques, Hôpital Necker-Enfants
malades, Université Paris 5
René Descartes, PARIS.

Le microbiote intestinal, autrefois appelé “flore intestinale” est un monde vivant de 100 000 milliards de bactéries, soit dix fois plus de micro-organismes que le corps entier ne compte de cellules. Le microbiote est implanté tout au long du tube digestif selon un gradient oro-anal, mais il prédomine au niveau du côlon en particulier du côlon droit. Un gramme de selles humaines contient environ 1 000 milliards de bactéries. Sémantiquement, le terme microbiote évoque davantage des micro-organismes vivants (bios) qu’un monde végétal que suggère le mot “flore”.

Nous vivons donc en totale symbiose (vie partagée et bonne entente...) avec notre

microbiote intestinal. Il a probablement contribué à la survie et à l’adaptation d’*Homo sapiens* qui a été exposé tout au long de son évolution à des changements d’environnement et de modes d’alimentation. Les puissants outils de la génétique moléculaire permettent d’étudier quantitativement et surtout qualitativement le microbiote intestinal humain. Il s’agit d’une formidable évolution des connaissances comme le furent en leurs temps la microbiologie de Pasteur, la découverte de l’ADN, celle du code génétique et les progrès de l’immunologie fondamentale. Ces connaissances majeures, pour la plupart récentes, permettent aujourd’hui d’établir des liens entre microbiote intestinal, fonctions digestives, défenses immunitaires, maladies inflammatoires ou états métaboliques anormaux, et d’envisager sa modulation. La connaissance approfondie du microbiote intestinal et la capacité de le modifier positivement constituent des voies de recherche majeures, et suscitent des espoirs thérapeutiques. Les pédiatres doivent intégrer l’importance du microbiote intestinal et percevoir combien il est important de le préserver. Ils trouveront dans ce bref article un certain nombre de connaissances essentielles pour leur pratique:

- **Le microbiote intestinal, constitué de 100 000 milliards de micro-organismes**, contient plus de 2 000 espèces identifiées.
- **Le microbiome est l’ensemble des gènes de l’écosystème microbien intes-**

tinal qui comprend des bactéries, des bactériophages, des protozoaires, des levures et des virus.

- **Le microbiote intestinal est un biotope majeur, indispensable à la maturation des fonctions digestives.** Il exerce de nombreux effets notamment sur l’angiogenèse, la trophicité intestinale (épaisseur de la muqueuse, taille des villosités), la production de mucus, ou sur le système neuromusculaire entérique. Il participe donc au développement et à la maturation des systèmes de défense non spécifiques de l’axe intestinal.
- **Le microbiote intestinal a de nombreuses fonctions métaboliques et nutritionnelles.** La diversité des substrats – glucides non digestibles, protéines endogènes et cellules épithéliales, stérols, etc. – dégradés et métabolisés par le microbiote, rend compte de la diversité des espèces bactériennes et de celle des métabolites qu’elles produisent.
- **Les techniques moléculaires modernes, basées sur l’ARN ribosomique 16S** comme marqueur “phylogénétique” permettent une identification beaucoup plus précise du microbiote “non cultivable”. Ces bactéries anaérobies appartiennent à trois grandes familles ou groupe “phylogénétique”: les firmicutes, les plus abondantes, les *Bacteroidetes* et les *Actinobacteria*.
- **La colonisation microbienne de l’intestin débute avant la naissance, et se poursuit chez le nouveau-né. Elle est influencée** par de nombreux facteurs:

MISES AU POINT INTERACTIVES

les microbiotes maternels (intestinal, vaginal et cutané), le mode d'accouchement, l'environnement du lieu de naissance, l'administration de médicaments (antibiotiques, antiacide...) et le type d'alimentation.

- **L'alimentation et les modes de vie influencent l'acquisition et le maintien d'un microbiote intestinal "équilibré".**

L'évolution des conditions de vie et la moindre exposition à des antigènes microbiologiques pourraient, selon "l'hypothèse hygiéniste", rendre compte en partie de l'augmentation des maladies allergiques, des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et des maladies auto-immunes.

- **Des données épidémiologiques établissent des liens entre différents facteurs :** mode d'accouchement et syndrome métabolique (obésité et diabète de type 2) ou diabète de type 1, utilisation précoce et répétée d'antibiotiques et maladies inflammatoires intestinales, utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons et gastroentérite ou pneumopathies infectieuses.

- **La métagénomique** permet d'identifier des microbiotes intestinaux, spécifiques d'un état normal ou pathologique, comme les maladies inflammatoires intestinales ou certains états métaboliques anormaux (obésité, diabète de type 2). Elle permet d'identifier des gènes bactériens impliqués notamment dans des fonctions anti-inflammatoires ou métaboliques.

- **Les concepts de diversité microbienne et de bactéries protectrices sont des sujets de recherche majeurs et ouvrent des perspectives thérapeutiques. Deux bactéries sont actuellement classées "bactéries protectrices" :** *Faecalibacterium prausnitzii* pour ses propriétés anti-inflammatoires dans la maladie de Crohn et *Akkermansia muciniphila* pour son rôle sur le mucus intestinal et la perméabilité intestinale dans l'obésité.

- **La transplantation fécale, pratiquée depuis des millénaires, est une thérapeutique reconnue.** Elle est aujourd'hui réalisée chez des patients (adultes le plus souvent) qui présentent une colite à *Clostridium difficile* résistante aux thérapeutiques habituelles. À l'avenir, elle pourrait avoir une place dans le traitement des MICI.

- **Des données expérimentales chez l'animal ont montré que la transplantation du microbiote peut transmettre des caractéristiques ou des pathologies du donneur au receveur : obésité, troubles du comportement...**

- **La modulation du microbiote intestinal est possible, y compris chez l'enfant nouveau-né.** Elle repose sur l'utilisation de prébiotiques, de probiotiques ou de produits de fermentation.

- **Un probiotique est un micro-organisme vivant (bactérie ou levure)** dont l'ingestion entraîne un effet bénéfique pour l'hôte.

- Les probiotiques sont très nombreux, mais seuls quelques-uns ont été étudiés chez l'enfant : *Lactobacillus* (*L. rhamnosus*, *L. reuteri* et *L. casei*), *Bifidobacteria* (*B. lactis* et *B. breve*), et *Streptococcus* (*S. thermophilus*). Une levure possède également des propriétés probiotiques (*Saccharomyces boulardii*).

- **Un prébiotique est un composant alimentaire, non digestible** qui, après ingestion, est métabolisé dans l'intestin et stimule la croissance sélective d'une flore bénéfique pour l'hôte. Il s'agit essentiellement de sucres non digestibles (fructo-oligosaccharide [FOS], galacto-oligosaccharide [GOS], inuline), nucléotides, lactoferrine ou oligosaccharides du lait de femme.

- **Les produits de fermentation sont essentiellement présents dans les yogourts et certaines formules lactées pour nourrissons.** Il ne faut surtout pas

confondre ces deux types de produits. Les yogourts, selon la définition du *Codex Alimentarius*, n'ont cette appellation que s'il s'agit de lait fermenté avec deux souches bactériennes spécifiques : *Lactobacillus bulgaricus* et *Streptococcus thermophilus*. Le yogourt contient par définition des bactéries vivantes, et peut être enrichi en probiotiques selon la définition donnée précédemment, comme c'est le cas de certains yaourts actuellement commercialisés, enrichis en *Bifidobacterium lactis* DN-173 010.

- **Les formules infantiles fermentées (FIF) pour nourrissons** peuvent être obtenues par la fermentation de lait de vache, notamment par *Bifidobacterium breve* C50 et *Streptococcus thermophilus* 065. Cette fermentation est suivie d'une phase de chauffage qui tue les bactéries. Ces FIF contiennent donc des fragments de bactéries tuées qui pourraient avoir un effet probiotique et des produits de fermentation lesquels, comme le suggèrent des travaux expérimentaux, ont des effets voisins de ceux des oligosaccharides de type prébiotique.

- **Des études cliniques, essais randomisés voire des méta-analyses**, ont montré un effet de certains probiotiques dans la prévention et le traitement des diarrhées aiguës (*Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus rhamnosus GG*); elles sont nécessaires pour démontrer l'efficacité clinique de la modulation du microbiote intestinal dans certaines situations spécifiques : prévention et traitement des diarrhées aiguës, TFI, MICI, allergie ou même l'ECUN du prématuré.

- **Enfin, l'ensemble des facteurs influençant la colonisation bactérienne et ses conséquences sur l'homéostasie et la survenue de maladies ultérieures suggèrent un *programming* micro-biologique**, comme il est devenu classique de parler de *programming métabolique* (fig. 1).

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE D'APPOINT DE LA DIARRHÉE,
EN COMPLÉMENT DE LA RÉHYDRATATION

**ULTRA
LEVURE®**

SACCHAROMYCES BOULARDII CNCM I-745*

MÉDICAMENT du microbiote intestinal

Lors d'un déséquilibre transitoire du microbiote intestinal, en cas par exemple de :

- Traitement médicamenteux (type antibiotique)
- Infection intestinale (type gastro-entérite)



Arôme
Tutti Frutti



2 sachets
par jour

Visa n° 15/01/69234258/PM/001

Les mentions obligatoires sont accessibles sur la base publique des médicaments,
à l'adresse <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

* Numéro de dépôt dans la Collection Nationale de Cultures de Microorganismes de l'Institut Pasteur

BIOCODEX 

MISES AU POINT INTERACTIVES

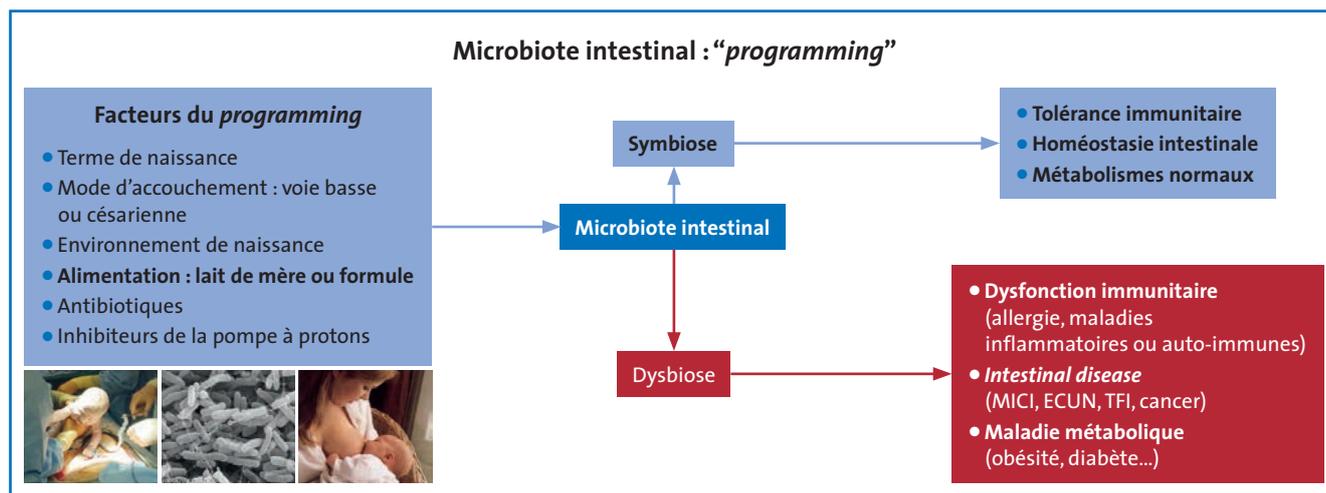


FIG. 1.

Pour en savoir plus

- ARRIETA MC, STIEMSMA LT, AMENYOGBE N *et al.* The intestinal microbiome in early life: health and disease. *Front Immunol*, 2014;5:427. doi: 10.3389/fimmu.2014.00427. eCollection 2014.
- Human Microbiome Project C. Structure, function and diversity of the healthy human microbiome. *Nature*, 2012;486:207-214.
- DiGIULIO DB. Diversity of microbes in amniotic fluid. *Semin Fetal Neonatal Med*, 2012;17:2-11.
- SOLT I. The human microbiome and the great obstetrical syndromes: A new frontier in maternal-fetal medicine. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2015;29:165-175.
- BIASUCCI G, BENENATI B, MORELLI L *et al.* Cesarean delivery may affect the early biodiversity of intestinal bacteria. *J Nutr*, 2008;138:1796S-1800S.
- JOHNSON CL, VERSALOVIC J. The human microbiome and its potential importance to pediatrics. *Pediatrics*, 2012;129:950-960.
- MORELLI L. Postnatal development of intestinal microflora as influenced by infant nutrition. *J Nutr*, 2008;138:1791S-1795S.
- DOMINGUEZ-BELLO MG, COSTELLO EK, CONTRERAS M *et al.* Delivery mode shapes

the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2010;107:11971-11975.

- DAVID LA, MAURICE CF, CARMODY RN *et al.* Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 2014;505:559-563.
- PEREZ-COBAS AE, GOSALBES MJ, FRIEDRICH A *et al.* Gut microbiota disturbance during antibiotic therapy: a multi-omic approach. *Gut*, 2013;62:1591-1601.
- MADAN JC, SALARI RC, SAXENA D *et al.* Gut microbial colonisation in premature neonates predicts neonatal sepsis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 2012;97:F456-F462.
- COX LM, YAMANISHI S, SOHN J *et al.* Altering the intestinal microbiota during a critical developmental window has lasting metabolic consequences. *Cell*, 2014;158:705-721.
- HILL C, GUARNER F, REID G *et al.* Expert consensus document. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2014;11:506-514.
- FLOCH MH, WALKER WA, MADSEN K *et al.* Recommendations for probiotic use-2011 update. *J Clin Gastroenterol*, 2011;45: S168-S171.

- ASHRAF R, SHAH NP. Immune system stimulation by probiotic microorganisms. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 2014;54:938-956.
- HSIEH MH. The microbiome and probiotics in childhood. *Semin Reprod Med*, 2014;32:23-27.
- GERMAN JB. The future of yogurt: scientific and regulatory needs. *Am J Clin Nutr*, 2014;99:1271S-1278S.
- CHO I, BLASER MJ. The human microbiome: at the interface of health and disease. *Nat Rev Genet*, 2012;13:260-270.
- WENG M, WALKER WA. The role of gut microbiota in programming the immune phenotype. *J Dev Orig Health Dis*, 2013;4:203-214.
- GOULET O. The Potential for Programming of Health and Disease by the Intestinal Microbiota. *Nutr Rev*, 2015 (in press).
- GRANIEMAIS RA, GOULET O, HOARAU C. Fermentation products: immunological effects on human and animal models. *Pediatr Res*, 2013;74:238-244.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Érythème fessier du nourrisson

Oxyplastine 46 % pommade, médicament indiqué en cas d'irritation de la peau, notamment en cas d'érythème fessier du nourrisson, est formulée sans parfum ni huiles essentielles. Sa concentration à 46 % d'oxyde de zinc permet une protection optimale contre l'humidité.

La pommade onctueuse d'Oxyplastine est parfaitement adaptée pour un étalement facile et un séchage sans écailles.

J.N.

D'après un communiqué de presse du laboratoire Sinclair Pharma

QUESTIONS FLASH

Y a-t-il de véritables risques à l'administration prolongée d'inhibiteurs de la pompe à protons ?

O. MOUTERDE

CHU de ROUEN.

Université de Sherbrooke, SHERBROOKE (Québec), CANADA.

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont des médicaments très prescrits dans de nombreuses situations, avec une réputation de bonne tolérance. On constate souvent que des enfants reçoivent ces traitements des mois, voire des années.

Cinq risques peuvent être relevés.

>>> **Risque 1 :** le traitement n'est pas autorisé. Cela fait référence à l'Autorisation de mise sur le marché (AMM). Celle-ci expose pour quelles indications, quelle tranche d'âge et quelle durée le médicament peut être utilisé et remboursé. La durée de traitement est précisée par l'AMM, entre 3 semaines et 3 mois selon l'indication. Toute prescription plus longue sort donc de l'AMM. L'AMM des IPP est précise et restreinte : aucun avant 1 an, le pantoprazole après 12 ans, l'ésoméprazole et l'oméprazole après 1 an. Oméprazole et ésoméprazole peuvent être utilisés dans les indications d'œsophagite et symptômes de reflux. Les symptômes de reflux étaient précisés au lancement de l'ésoméprazole : pyrosis plus d'une fois par semaine, soit reflux typique. Il est possible (et fréquent en pédiatrie) de sortir de l'AMM ; dans ce cas, les parents doivent être informés et donner leur accord. La mention "hors AMM" doit figurer sur l'ordonnance et la justification de la prescription sur le dossier (recommandation de société savante).

>>> **Risque 2 :** ne pas avoir de justification de la prescription à indiquer dans le dossier, par les comités d'experts et les autorités pour l'âge, l'indication ou la durée (citons les textes ESPGHAN, AFSSAPS, *Cochrane* et plus largement la littérature). Ces recommandations conseillent les IPP dans l'œsophagite quels que soient l'âge, le pyrosis, le reflux acide pathologique prouvé (nous y reviendrons), et de façon facile dans certaines situations : mucoviscidose, atrésie de l'œsophage, hernie diaphragmatique, polyhandicapé. Elles excluent de l'indication d'un traitement empirique l'ensemble des manifestations extradiagnostiques alléguées du reflux, sans preuve de reflux acide. Elles précisent par ailleurs que le succès d'un traitement par IPP n'est pas une preuve du diagnostic, de même qu'une rechute à l'arrêt du traitement.

>>> **Risque 3 :** le risque d'être inefficace. En résumé, les études sur le reflux ont montré que dans les régurgitations, pleurs, asthme, laryngites, otites, rhinopharyngites, érythème du larynx, voix enrouée, réveils nocturnes, tortillements, mauvaise haleine, toux chronique, malaises, toutes manifestations cardiorespiratoires et comportementales du prématuré... les IPP sont totalement efficaces sur le reflux acide, mais n'ont pas prouvé d'effet sur les symptômes... quand ils ont été comparés au placebo. Si l'on prend simplement l'exemple de l'asthme, il est prouvé que l'asthme est associé au reflux acide dans 40 % des cas. Malheureusement, le traitement par IPP n'est efficace que sur le reflux acide et ne change pas l'évolution de l'asthme. Nous sommes donc en cas de prescription probablement dans l'AMM (surtout s'il existe un pyrosis), dans les recommandations des sociétés savantes, sauf que le caractère pathologique du reflux est purement pH-métrique, les essais d'IPP n'étant pas en faveur du rôle pathogène de celui-ci. Quoiqu'il en soit, la moitié des reflux n'est pas acide, et utiliser de façon aveugle un IPP est illogique.

>>> **Risque 4 :** le risque d'être dangereux. Les IPP ont une réputation de bonne tolérance, y compris à long terme lorsqu'on cherche par exemple des conséquences de l'hyperplasie des glandes fundiques. Cependant, les effets secondaires décrits sont nombreux, probablement sous-estimés de façon massive par les déclarations de pharmacovigilance du fait de leur banalité ou de la méconnaissance de leur lien avec les IPP (fatigue, gastroentérite, somnolence, élévation des transaminases, anorexie, colonisation à *Clostridium*, APLV...). Les études cliniques retrouvent en moyenne 15 % d'effets secondaires imputables au traitement.

>>> **Risque 5 :** le risque de ne pas pouvoir arrêter. Les cas de "dépendance" aux IPP ne sont pas rares. Plusieurs facteurs peuvent y contribuer : un effet rebond lors de l'arrêt brutal du blocage de la sécrétion acide, une coïncidence (rôle de la saison...), la peur des parents et du médecin face au caractère considéré pathologique de l'acide, la succession de symptômes "classiquement associés au reflux" au fil du temps, la persistance des symptômes malgré le traitement.

En conclusion, les traitements prolongés par IPP ont extrêmement peu d'indications scientifiquement étayées, et la réflexion doit se faire lors de la première prescription, en référence à l'AMM et à la littérature, avec l'avis d'un gastropédiatre dans les cas atypiques.

Pour en savoir plus

- CHUNG EY, YARDLEY J. Are there risks associated with empiric acid suppression treatment of infants and children suspected of having gastroesophageal reflux disease? *Hosp Pediatr*, 2013;3:16-23.
- CORLETO VD, FESTA S, DI GIULIO E *et al.* Proton pump inhibitor therapy and potential long-term harm. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 2013;27:443-454.
- Afssaps. Bon usage des antisécrétoires gastriques chez l'enfant, recommandations de bonne pratique ; 2008, <http://www.anism.sante.fr/>.

QUESTIONS FLASH

- VANDENPLAS Y, RUDOLPH CD, DI LORENZO C *et al.* Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2009;49:498-554.
- MOUTERDE O, CHOURAQUI JP, RUEMMELE F *et al.* Cessons de prescrire des inhibiteurs de pompe à protons pour suspicion de reflux gastro-œsophagien, en dehors des indications justifiées ! *Arch Pediatr*, 2014;21:686-689.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Constipation fonctionnelle de l'enfant, quels sont les traitements vraiment efficaces ?

O. MOUTERDE

CHU de ROUEN.

Université de Sherbrooke, SHERBROOKE (Québec), CANADA.

Le traitement des constipations devrait avant tout être préventif. La cause de constipation qui justifierait une prévention est l'éducation au sens large, allant de l'éducation à la propreté, acquise en principe sans contraintes ni insistance en moyenne vers 27 mois, aux grandes étapes de la scolarité : entrée en maternelle, CP et collège. D'autres événements comme un long voyage, un changement temporaire de lieu de vie, une maladie saisonnière, peuvent déclencher une constipation auto-entretenu ensuite parfois des mois ou des années par une attitude de rétention.

Aucun régime ne sera efficace chez un enfant qui se retient à l'école ou parce qu'il a mal vécu l'acquisition de la propreté. Les régimes (fruits,

légumes, céréales riches en fibres, eau, jus de pomme-poire-prune) permettent d'entretenir le résultat obtenu par des laxatifs dans une constipation avérée. Une eau fortement minéralisée (Hépar) est couramment utilisée dans la constipation du nourrisson : elle doit être évitée. Sa composition s'écarte par quatre paramètres de celle d'une eau considérée comme sûre pour les nourrissons, pour une efficacité modeste ou nulle...

Chez le nourrisson toujours, un changement de lait peut être proposé : une préparation contenant des protéines solubles majoritaires, du lactose, du Bétapol peut améliorer le transit (Modilac Expert Transit +) ; la caroube a ce même effet chez l'enfant régurgiteur (Nutribén AR 1, Picot AR 1, Milumel AR 1). L'APLV a été associée par certains auteurs à une constipation sévère. En cas de suspicion (eczéma, antécédents allergiques), un essai d'hydrolysate peut être fait (Nutramigen LGG, Althera). L'interprétation d'une accélération du transit, constante avec les hydrolysats, doit être prudente quant au diagnostic d'APLV.

Lorsqu'un laxatif est nécessaire, le lactulose ou lactitol (Duphalac, Importal) sont utilisables dès la naissance. Cette famille thérapeutique a une action modeste et s'atténuant avec le temps. Elle convient bien chez le jeune nourrisson avant l'âge du macrogol.

Au-delà de 6 mois, le laxatif le plus efficace est le macrogol (Forlax, Macrogol). Bien apprécié au goût, avec des effets secondaires bénins ou rares (douleurs abdominales, allergie), le macrogol est toujours efficace si l'on y met la dose. La dose de départ est de 0,4 g par kg, à augmenter (ou diminuer) par paliers de quelques jours jusqu'à obtenir l'effet souhaité. La durée du traitement est schématiquement la même que la durée du problème. Une constipation sévère ancienne peut justifier des mois de traitement, pour permettre au côlon

de retrouver sa fonction normale et à l'enfant de vaincre ses réticences à la défécation. L'huile de paraffine est déconseillée chez le nourrisson, parfois mal acceptée et mal tolérée chez le plus grand. Son efficacité serait moindre que celle du macrogol.

En cas de fécalomes, la "désimpaction fécale" peut se faire par voie orale avec une forte dose de macrogol (Forlax, Klean-Prep), au prix de quelques jours difficiles où des fuites fécales peuvent apparaître ou s'aggraver, ou par lavements sur 3 ou 4 jours (Normacol) qui évitent ces inconvénients.

Pour en savoir plus

- <http://pap-pediatrie.com/hepatogastro/constipation-s%C3%A9v%C3%A8re-de-l'enfant>
- http://www.naspgan.org/files/documents/pdfs/cme/jpgn/Evaluation_and_Treatment_of_Functional.24.pdf
- VAN WERING HM, TABBERS MM, BENNINGA MA. Are constipation drugs effective and safe to be used in children? *Expert Opin Drug Saf*, 2012;11:71-82.
- MOUTERDE O, DUMANT C. Abécédaire d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatrique. Sauramps, Montpellier 2015. www.livres-medicaux.com

Conflits d'intérêts : au cours des 5 dernières années, le Dr Olivier Mouterde a perçu des honoraires ou financements pour participation à des congrès, actions de formation, participation à des groupes d'experts, de la part des Laboratoires Nestlé, Mead Johnson, Sodilac, Blédina et Thermo Fisher.

Faut-il enrichir l'alimentation d'un petit mangeur ?

B. DUBERN

Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

L'enfant petit mangeur se caractérise par un petit appétit avec des signes d'opposition à l'alimentation. Il n'accepte

QUESTIONS FLASH

généralement que certains aliments très sélectionnés, l'enfant pouvant par exemple continuer à boire ses biberons mais ingérer des quantités très limitées au cours des autres repas. Il s'agit le plus souvent d'un enfant dont l'état nutritionnel est correct, ce qui contraste avec l'inquiétude des parents qui se plaignent que leur enfant "*ne mange presque rien*" et qui "*ne comprennent pas qu'il puisse continuer à grandir et grossir avec le peu qu'il ingurgite*". Si la dédramatisation est le plus souvent de règle, il convient de dépister les signes d'alerte évocateurs d'une pathologie sous-jacente (existante ou débutante).

L'équilibre de la balance énergétique, c'est-à-dire l'équilibre entre les *ingesta* (ou apports énergétiques), d'une part, et les dépenses énergétiques, d'autre part, permet le maintien d'une croissance staturo-pondérale régulière chez l'enfant. Ainsi, le déclenchement de la faim et la taille d'un repas sont fonction de l'énergie nécessaire (croissance, activité physique, état des réserves énergétiques) et du volume calorique ingéré au cours du repas précédent. Chez les enfants petits mangeurs comme chez les maigres constitutionnels, une augmentation des *ingesta* ou de la densité énergétique des repas sera automatiquement compensée par une réduction des *ingesta* aux repas suivants, les systèmes de régulation du poids œuvrant pour conserver le poids initial.

L'anxiété parentale devant l'enfant petit mangeur, même si elle est variable, est une préoccupation légitime. Elle est alors responsable d'un *forcing* alimentaire pour lequel les parents restent persuadés que c'est par ce seul moyen que leur enfant maintient une alimentation minimale. En fait, plus les parents accentuent leur contrainte, plus les prises alimentaires sont médiocres, ce qui entretient le cercle vicieux. La dédramatisation est donc nécessaire en donnant des conseils simples aux parents. Il s'agit principalement de pré-

senter des aliments adaptés et variés en excluant transitoirement les aliments refusés par l'enfant et en lui proposant des quantités inférieures à celles qu'il accepte habituellement. Il est important de ne pas le forcer et de ne pas donner de distraction à l'enfant pendant qu'il se nourrit. Enfin, des conseils éducatifs de bon sens peuvent être nécessaires : donner des limites, respecter les horaires et une hygiène de vie. En revanche, les conseils d'enrichissement (ou augmentation de la densité énergétique des repas) ont un effet contre-productif, et sont le plus souvent compensés par une réduction des *ingesta* avec une absence d'amélioration nette de la croissance staturo-pondérale.

Quel régime diététique et quel traitement médicamenteux chez l'enfant hypercholestérolémique ?

B. DUBERN

Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

L'hypercholestérolémie (HC) est définie chez l'enfant par un cholestérol total > 200 mg/dL et/ou un LDL-cholestérol > 130 mg/dL. Elle peut être secondaire à plusieurs pathologies comme l'hypothyroïdie ou l'obésité, etc. ou à certains médicaments (corticoïdes, trétinoïnes, etc.). Dans ces situations, le risque coronarien étant nul, la prise en charge de l'HC est celle de la pathologie en cause. En dehors de ces situations, les HC sont le plus souvent familiales et d'origine génétique (par altération de la voie du récepteur, ou par défaut du récepteur aux LDL ou de l'ApoB). Dans ce cas, une prise en charge spécifique (mesures diététiques, médicament hypocholes-

térolémiant) est indispensable en raison du risque cardiovasculaire élevé à plus ou moins long terme.

La prise en charge diététique est la première étape indispensable pour une durée d'au moins 6 mois. Elle a trois objectifs :

- limiter les acides gras saturés et les aliments riches en cholestérol (beurre, laitages non écrémés, fromages > 50 % MG, viandes grasses, charcuteries, fritures, œufs, etc.);
- privilégier les acides gras mono- et polyinsaturés (huiles [colza, olive], margarines, poissons);
- prescrire des aliments enrichis en stérols végétaux avec un apport de 1,6 à 2 g/j (margarines (0,8 g/10 g), yaourts (0,8 g/pot de 125 g), yaourts à boire (1,6 g/100 mL).

Cependant, dans les HC sévères, ces mesures sont le plus souvent insuffisantes pour améliorer le LDL-cholestérol, et nécessitent d'avoir recours à des médicaments hypocholestérolémiants, en particulier aux statines utilisables dès l'âge de 8-10 ans.

Ces dernières sont alors indiquées après 6 mois de traitement diététique en cas de LDL cholestérol > 1,90 g/L ou de LDL cholestérol > 1,60 g/L en présence d'autres facteurs de risque : HTA, obésité, tabagisme actif ou passif, diabète, HDL cholestérol < 3^e percentile, Lp(a) > 0,50 g/L.

À ce jour, les statines ont montré leur efficacité en diminuant nettement le LDL-cholestérol mais aussi leur innocuité sur la croissance et le développement pubertaire chez l'enfant. Enfin, les effets secondaires décrits en pédiatrie sont identiques à ceux de l'adulte, et sont à dépister (crampes, douleurs musculaires, surveillance des CPK).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

QUESTIONS FLASH

Les préparations infantiles à base de riz doivent-elles être préférées aux hydrolysats poussés de protéines du lait de vache en cas d'allergie ?

J.-P. CHOURAQUI

Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition pédiatriques. Clinique universitaire de Pédiatrie. Hôpital Couple-Enfant. CHU de GRENOBLE.

Depuis quelques années, ont été mises sur le marché des préparations à base d'hydrolysats de protéines de riz (PHPR). Ces préparations sont trop souvent proposées comme alternative végétale à des enfants présentant des petits troubles digestifs, remplaçant en cela les préparations à base de protéines de soja également utilisées de manière abusive, précédemment et progressivement délaissées du fait de l'inquiétude concernant leur teneur en phytoestrogènes.

Ces PHPR ne sont donc pas présentés comme des "aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales" (ADDFMS) [1], et ne font donc pas l'objet d'un remboursement par la Caisse d'assurance maladie. Il faut souligner cependant qu'ils sont proposés à un prix inférieur à celui des hydrolysats extensifs (eHF) de protéines du lait de vache.

L'indication des PHPR est cependant, en toute logique et compte tenu des études réalisées, l'allergie aux protéines du lait de vache (APLV). En fait, concernant les produits sur le marché français, à notre connaissance, un seul d'entre eux a fait l'objet d'une étude dans ce cadre et a pu démontrer [2], conformément à la directive de la Commission européenne [3],

son efficacité chez 90 % d'enfants APLV d'âge moyen 4,4 mois.

D'autres études ont été menées avec des PHPR non disponibles sur le marché français. Même si elles montrent également l'efficacité de ces hydrolysats dans la prise en charge d'APLV, leurs résultats ne sauraient être extrapolés à l'utilisation de PHPR différentes. Une interrogation émerge suite à la publication par Berni Canani *et al.* [4] d'une étude observationnelle rétrospective montrant que les enfants allergiques aux PLV, nourris avec une PHPR, acquerraient moins rapidement la tolérance que ceux nourris avec un eHF.

Le deuxième sujet d'interrogation concerne la croissance et le statut nutritionnel d'enfants sous PHPR, notamment pour ce qui concerne la biodisponibilité du calcium et du fer et des autres micronutriments. Une bonne valeur nutritionnelle protéique est théoriquement assurée dans ces préparations par leur supplémentation en lysine, thréonine et tryptophane. Cependant, en 2013, le CES "Nutrition humaine" de l'ANSES a considéré que les données dont il disposait ne permettaient pas de conclure avec certitude que les PHPR permettent d'assurer une croissance normale des nourrissons et des enfants en bas âge [5].

Aucune étude nouvelle ne permet de revenir sur ce constat. À notre connaissance, aucune étude ne concerne la biodisponibilité des micronutriments, ni le statut en fer des enfants consommant des PHPR.

Pour toutes ces raisons, il n'y a pas pour le moment lieu de revenir sur les recommandations du Comité de Nutrition de la Société française de Pédiatrie, émises en 2010 : les PHPR offrent une alternative aux eHF en cas d'APLV [6].

En conclusion, les PHPR ne sauraient pour le moment remplacer les hydro-

lysats extensifs de protéines de lait de vache, mais peuvent – pour celles qui ont démontré leur efficacité – constituer une alternative thérapeutique en deuxième intention lorsque ces hydrolysats sont mal acceptés ou mal tolérés. Un seul produit sur le marché français a fait l'objet d'études permettant son utilisation dans ce cadre avec la persistance d'incertitudes concernant l'impact nutritionnel à long terme et l'acquisition de la tolérance.

Bibliographie

1. Directive 1999/21/CE, de la Commission du 25 mars 1999 relative aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales. Journal officiel des Communautés européennes du 7 avril 1999. L 91/29.
2. Directive 2006/141/CE de la Commission du 22 décembre 2006 concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite. Journal officiel de l'Union européenne du 30 décembre 2006.
3. RECHE M, PASCUAL C, FIANDOR A *et al.* The effect of a partially hydrolysed formula based on rice protein in the treatment of infants with cow's milk protein allergy. *Pediatr Allergy Immunol*, 2010;21:77-85.
4. BERNI CANANI R, NOCERINO R, TERRIN G *et al.* Formula selection for management of children with cow's milk allergy influences the rate of acquisition of tolerance: a prospective multicenter study. *J Pediatr*, 2013;163:771-777.
5. ANSES. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à une demande d'évaluation des justificatifs d'emploi de préparations à base de riz adaptées pour l'alimentation de nourrissons (0 à 6 mois) ou d'enfants en bas âge (6 mois à 3 ans) allergiques aux protéines lait de vache. Saisine n°2012-sa-0247. www.anses.fr
6. DUPONT C, CHOURAQUI JP, DE BOISSIEU D *et al.* Prise en charge diététique de l'allergie aux protéines du lait de vache. *Arch Pediatr*, 2011;18:79-94.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Allergie aux protéines du lait de vache : peut-on tester l'acquisition de la tolérance dès 6 mois ?

E. BIDAT

Service de Pédiatrie, Hôpital Ambroise-Paré, BOULOGNE-BILLANCOURT.

Cette question peut paraître surprenante. Dans un suivi de cohorte, seulement 52,6 % des enfants sont guéris de leur allergie aux protéines du lait de vache (APLV) à un âge médian de 63 mois. Et pourtant cette question mérite d'être posée. Il est parfois possible de tester l'acquisition de la tolérance précocement, dès 6 mois, pour :

- corriger un diagnostic porté par excès ;
- diminuer le coût, la contrainte du régime d'exclusion si l'enfant est déjà guéri ;
- éviter une malnutrition, ce qui est fréquent chez les enfants porteurs d'APLV dans les pays où il n'y a pas de remboursement des formules de régime ;
- ne pas retarder l'acquisition de la tolérance. On sait qu'un régime d'exclusion stricte, chez le plus grand enfant, retarde la survenue de la guérison. Il en est peut-être de même chez le petit nourrisson ;
- éviter le passage d'une APLV non IgE-médiée à une APLV IgE-médiée. C'est un risque possible du régime d'éviction prolongé ;
- débiter une induction de tolérance si, lors du test de provocation par voie orale (TPO), la guérison est partielle. Cela est discutable, même si cette technique n'a pas été validée dans cette tranche d'âge.

En cas d'APLV IgE-médiée, décider d'un TPO précoce, en milieu hospitalier, qui sera guidé par :

- l'histoire clinique (début néonatal de l'APLV, signes mineurs, absence de manifestations allergiques associés) ;
- *prick test* au LV de petite taille < 6 mm ;
- IgE spécifique LV < à 5 kU/L et IgE caséine très basse ;
- l'évolution de la taille des *prick tests* au LV et de celle du taux d'IgE spécifiques, si le diagnostic a été précoce ;
- demain on s'aidera : des taux IgG4, IgE/IgG4, du test d'activation des basophiles et de l'étude de la production d'IL4 et 13 des lymphocytes stimulés par caséine.

En cas d'APLV non IgE-médiée, décider d'un TPO précoce, au domicile ou en milieu hospitalier, qui sera guidé par :

- l'histoire clinique (début précoce, signes digestifs banaux ou eczéma, en ayant éliminé un syndrome d'entérocologie induite par les PLV) ;
- l'évolution des *atopy patch tests* peut aider, mais cela est contesté.

Il est beaucoup plus fréquent de tester l'acquisition de la tolérance dès 6 mois en cas d'APLV non IgE-médiée qu'IgE-médiée. L'évolution naturelle y est souvent plus rapidement favorable. Le test de provocation ou de réintroduction précoce a aussi valeur diagnostique ; il est très rare que la procédure standard d'éviction/réintroduction ait été suivie pour porter le diagnostic. Dans tous les cas, la date du test est fonction de l'histoire familiale, de son vécu, de son souhait et du risque qu'elle est prête à accepter.

Pour en savoir plus

- WOOD RA *et al.* The natural history of milk allergy in an observational cohort. *J Allergy Clin Immunol*, 2013;131:805-812.
- SPORIK R, HILL D, HOSKING C. Specificity of allergen skin testing in predicting positive open food challenges to milk, egg and peanut in children. *Clin Exp Allergy*, 2000;30:1540-1546
- GARCIA-ARA C *et al.* Specific IgE levels in the diagnosis of immediate hypersensitivity to cows' milk protein in the infant. *J Allergy Clin Immunol*, 2001;107:185-190.

- SHEK LP *et al.* Determination of food specific IgE levels over time can predict the development of tolerance in cow's milk and hen's egg allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2004;114:387-391.
- MICHAUD B *et al.* Casein-specific IL-4- and IL-13-secreting T cells: a tool to implement diagnosis of cow's milk allergy. *Allergy*, 2014;69:1473-1480.
- SAVILAHTI EM *et al.* Duration of clinical reactivity in cow's milk allergy is associated with levels of specific immunoglobulin G4 and immunoglobulin A antibodies to beta-lactoglobulin. *Clin Exp Allergy*, 2009;40:251-256.
- RUBIO A *et al.* Benefit of the basophil activation test in deciding when to reintroduce cow's milk in allergic children. *Allergy*, 2011;66:92-100.
- NÖCKERING A *et al.* Atopy patch tests are useful to predict oral tolerance in children with gastrointestinal symptoms related to non-IgE-mediated cow's milk allergy. *Allergy*, 2013;68:246-248.
- SPERGER DN *et al.* The use of patch testing in the diagnosis of food allergy. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2005;5:86-90.
- JÄRVINEN KM *et al.* Poor utility of atopy patch test in predicting tolerance development in food protein-induced enterocolitis syndrome. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2012;109:221-222

Y a-t-il encore une place pour le patch test dans le diagnostic de l'allergie aux protéines du lait de vache ?

E. BIDAT

Service de Pédiatrie, Hôpital Ambroise-Paré, BOULOGNE-BILLANCOURT.

En 1996, afin d'identifier les aliments parfois à l'origine de réaction retardée d'eczéma (on parlerait aujourd'hui d'allergie non IgE-médiée), Erika Isolauri et Kristiina Turjanmaa eurent l'idée d'introduire des *patch tests* au lait. La technique du patch étant bien connue dans le diagnostic de l'allergie de contact, elles l'adaptèrent au lait puis plus généralement aux aliments. Pour ces auteurs, l'association des *prick* et patch au lait

QUESTIONS FLASH

de vache permettrait de mieux cibler les enfants qui pourraient bénéficier d'un régime d'exclusion du lait de vache, dans la prise en charge de leur eczéma [1]. Ces deux tests permettraient de mieux cibler les eczémas par allergie alimentaire de mécanisme immédiat (*prick*) et celles de mécanisme retardé (*patch*).

Par la suite, la technique du patch aux aliments, ou *atopy patch test* (APT) fut développée dans le diagnostic des allergies non IgE-médiées, notamment par l'équipe de Berlin. Après quelques années d'utilisation, en 2006, cette équipe fait le bilan de son intérêt. Les conclusions sont sévères : les APT au lait ont une grande spécificité, mais une très faible sensibilité. Par ailleurs, couplés aux *prick tests* et aux IgE, les APT rendent inutiles le test de provocation aux aliments uniquement dans 0,5 à 14 % des cas (valeur prédictive 99 %). De plus, les auteurs remarquent que ces tests demandent beaucoup de temps, et que leur interprétation nécessite un évaluateur hautement expérimenté. Leur conclusion est sans appel : en pratique clinique, les APT sont d'une faible aide en cas de suspicion d'allergie alimentaire [2].

À partir de 2006, l'utilisation des APT dans le diagnostic d'une allergie alimentaire chute de par le monde... sauf en France. Cela est peut-être en rapport avec la promotion d'une étude française, publiée en 2005 [3].

Par la suite, les études retrouvent des résultats discordants, peut être en rapport avec la faible reproductibilité de la technique [4].

Finalement en 2014, les dernières recommandations indiquent que les APT ne sont pas recommandés dans le diagnostic habituel de l'allergie alimentaire, qu'ils manquent de standardisation. Elles confirment que les études antérieures donnent des

résultats variables pour la sensibilité et spécificité. Elles indiquent que les APT peuvent être utiles pour orienter sur les aliments pouvant intervenir dans l'œsophagite à éosinophile (OE), les APT étant associés aux *prick* et IgE... tout en précisant que les APT n'ont pas été standardisés et validés dans l'OE! [5].

Bibliographie

1. ISOLAURI E, TURJANMAA K. Combined skin prick and patch testing enhances identification of food allergy in infants with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*, 1996;97:9-15.
2. MEHL A, ROLINCK-WERNINGHAUS C, STADEN U *et al*. The atopy patch test in the diagnostic workup of suspected food-related symptoms in children. *J Allergy Clin Immunol*, 2006;118:923-929.
3. KALACH N, SOULAINES P, DE BOISSIEU D *et al*. A pilot study of the usefulness and safety of a ready-to-use atopy patch test (Diallertest) versus a comparator (Finn Chamber) during cow's milk allergy in children. *J Allergy Clin Immunol*, 2005;116:1321-1326.
4. JESENAK M, BANOVICIN P, RENNEROVA Z *et al*. Reproducibility of food atopy patch tests over time in the general child population. *Int J Dermatol*, 2009;48:941-946.
5. SAMPSON HA, ACEVES S, BOCK SA *et al*. Food allergy: A practice parameter update - 2014. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:1016-1025.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

A-t-on enfin réussi à démontrer que l'excès de protéines était délétère ?

P. TOUNIAN

Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Trousseau, PARIS.

Pour une raison obscure, les pédiatres sont terrorisés par l'idée de trop donner de protéines aux nourrissons. Le risque de

favoriser le développement ultérieur d'une obésité et celui d'altérer la fonction rénale à long terme sont les deux arguments les plus souvent avancés pour justifier cette crainte. Cette véritable phobie est-elle justifiée ?

Excès de protéines et obésité

Dès 1995, l'excès de protéines chez l'enfant a été accusé de faire le lit d'une obésité ultérieure sur les résultats d'une étude épidémiologique qui n'avait pourtant rien démontré dans ce sens [1].

Par la suite, cette hypothèse a été sérieusement contestée [2, 3]. Mais beaucoup de professionnels, ne connaissant rien à l'obésité de l'enfant pour la plupart, ont néanmoins continué à répandre cette rumeur.

Les résultats de la seule étude prospective, débutée en 2002, étaient donc très attendus pour apporter une réponse définitive à cette divergence d'opinion.

La conclusion de ce travail est sans équivoque pour ses auteurs, la réduction des ingesta protéiques chez le nourrisson est susceptible de prévenir la survenue ultérieure d'une obésité, confirmant ainsi le lien entre cette maladie et l'excès protéiques [4].

Dans cette étude, deux groupes de nourrissons ont été randomisés : l'un a reçu un lait infantile 1^{er} puis 2^e âge pauvre en protéines (1,25 et 1,6 g/dL) et l'autre très riche en protéines (2,05 et 3,2 g/dL).

À l'âge de 6 ans, le poids et la taille moyens n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes, mais le Z-score de l'indice de masse corporelle et le nombre d'obèses étaient tous les deux deux fois plus élevés dans le groupe aux ingesta protéiques excessifs. Ce travail semble donc limpide au premier abord.

Mais une lecture plus attentive soulève de sérieux doutes. Tout d'abord, les laits riches en protéines utilisés dans cette étude n'existent pas dans la mesure où les concentrations protéiques maximales des formules actuellement disponibles sont respectivement de 1,6 g/dL (1^{er} âge) et 1,8 g/dL (2^e âge), donc très inférieures à celles du lait choisi. Mais le principal biais de ce travail est indiscutablement le nombre de perdus de vue puisque, sur les 1 090 enfants initialement randomisés, seuls 448 (41 %) ont terminé l'étude ! Dans les études prospectives, il est de règle de ne pas publier les résultats lorsque les perdus de vue dépassent 50 % de l'effectif initial. On ajoutera aussi qu'il y avait seulement 12 enfants obèses en plus (sur 448) dans le groupe surchargé en protéines (22 vs 10, toujours sur 448 enfants étudiés), une différence certes statistiquement significative mais scientifiquement dérisoire. On rappellera enfin que la majorité des enfants gros à l'âge de 6 ans, âge auquel l'étude s'est arrêtée, ne le restent pas dans les années qui suivent [5].

Tous ces biais majeurs décrédibilisent totalement les résultats de cette étude qui ne peuvent donc en aucun cas soutenir le lien entre excès de protéines et obésité ultérieure. Et quand bien même ce lien existait, l'excès protéique n'aurait probablement pas de responsabilité propre mais agirait comme un simple révélateur de la prédisposition génétique, indispensable pour qu'un enfant devienne obèse.

Excès de protéines et altération de la fonction rénale

L'utilisation métabolique des protéines ingérées produit des déchets azotés qui sont éliminés par les reins. Il est donc légitime de s'interroger sur les effets délétères potentiels d'un excès

d'apports protéiques sur la fonction rénale à long terme. Malheureusement, aucune étude ne permet de répondre avec certitude à cette interrogation. Il faut donc se contenter de quelques travaux apportant des arguments indirects.

Dans un travail ancien, deux groupes de nouveau-nés ayant des ingesta protéiques différents ont été suivis pendant 18 mois. À l'âge de 3 mois, la taille des reins du groupe ayant reçu la plus importante ration protéique était plus grande que celle de l'autre groupe, témoignant d'un travail rénal accru. Mais à l'âge de 18 mois, cette différence avait disparu [6]. Il est cependant impossible de savoir si la fonction rénale risque de pâtir à long terme de cette hypertrophie précoce.

Deux travaux comparables – l'un chez l'enfant [7], l'autre chez l'adulte [8] – ont étudié l'évolution sur 2 années de la fonction rénale chez des insuffisants rénaux modérés en fonction des apports protéiques. Aucune différence significative n'a été trouvée dans la progression de l'insuffisance rénale entre les patients ayant une consommation protéique élevée et ceux dont les ingesta protéiques étaient plus faibles.

Aucun de ces trois travaux ne permet donc de soutenir l'hypothèse d'une altération de la fonction rénale par un excès protéique, mais ils ne permettent pas non plus de l'écartier formellement.

Conclusion

À ce jour, aucune donnée scientifique ne justifie la peur d'un excès d'apports protéiques chez le nourrisson. Si le risque d'obésité ultérieure peut être sûrement écarté, celui d'une altération de la fonction rénale demeure irrésolu, bien que les quelques études disponibles soient très rassurantes. Dans la mesure où les reins des jeunes

nourrissons pourraient être les plus sensibles à un excès de protéines, la réduction du contenu protéique des laits infantiles semble justifiée, du moins au nom du principe de précaution. En revanche, la limitation des apports protéiques d'origine carnée parfois préconisée chez l'enfant est non seulement inutile mais pourrait de surcroît conduire à une carence martiale en l'absence de consommation suffisante de lait de croissance [9].

Bibliographie

1. ROLLAND-CACHERA MF *et al.* Influence of macronutrients on adiposity development: a follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 1995;19:573-578.
2. HOPPE C *et al.* Protein intake at 9 mo of age is associated with body size but not with body fat in 10-y-old Danish children. *Am J Clin Nutr*, 2004;79:494-501.
3. TOUNIAN P. L'excès d'apports protéiques est-il délétère chez le nourrisson et le jeune enfant ? *Réalités en Nutrition et en Diabétologie*, 2011;31:4-7.
4. WEBER M *et al.* Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial. *Am J Clin Nutr*, 2014;99:1041-1051.
5. WHITAKER RC *et al.* Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*, 1997;337:869-873.
6. SCHMIDT IM, DAMGAARD IN, BOISEN KA *et al.* Increased kidney growth in formula-fed versus breast-fed healthy infants. *Pediatr Nephrol*, 2004;19:1137-1144.
7. SAHPAZOVA E *et al.* Nutritional status, protein intake and progression of renal failure in children. *Pediatr Nephrol*, 2006;21:1879-1883.
8. TANGRI N *et al.* Changes in dietary protein intake has no effect on serum cystatin C levels independent of the glomerular filtration rate. *Kidney Int*, 2011;79:471-477.
9. TOUNIAN P, SARRIO F. Alimentation de l'enfant de 0 à 3 ans. Collection Pédiatrie au quotidien, 2^e édition. Masson. 2011.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

QUESTIONS FLASH

Quelles sont les nouvelles recommandations pour le traitement des infections à *Helicobacter pylori*?

J. VIALA

Service de Gastroentérologie,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

Les recommandations pour le traitement d'*Helicobacter pylori* (HP) s'enchaînent à une cadence soutenue. Il est parfois difficile de s'y retrouver entre les propositions parfois contradictoires des réunions de Maastricht et des publications de nombreuses sociétés savantes, chez l'adulte comme chez l'enfant. Nous allons essayer de faire une synthèse pragmatique.

Une résistance forte

L'objectif d'un traitement antibiotique est d'obtenir une éradication de l'infection dans plus de 80 % des cas. Malheureusement, la résistance de HP aux antibiotiques s'est progressivement développée chez l'enfant pour atteindre 32 %, 3 % et 26 % pour la clarithromycine, la lévofloxacine et le métronidazole [1]. Or, quand la prévalence d'une résistance dépasse 15 %, il n'est plus recommandé d'utiliser un antibiotique de façon empirique.

Parmi les antibiotiques utilisés dans le traitement de HP, la résistance à la clarithromycine ou aux fluoroquinolones représente les principaux déterminants bactériologiques de l'échec thérapeutique. À l'inverse, la résistance au métronidazole altère peut l'efficacité du traitement [2].

Choix de l'antibiothérapie

Dès lors, la stratégie thérapeutique chez l'enfant sera essentiellement définie par l'existence d'une résistance à la clarithromycine (CMI \geq 1 mg/L). C'est dire l'importance d'obtenir un antibiogramme sur les biopsies endoscopiques avant tout traitement antibiotique contre HP.

Si l'antibiogramme révèle une sensibilité à la clarithromycine, la trithérapie classique reste valable. Elle associe un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) avec la clarithromycine (20 mg/kg/j, < 1 g/j), soit le métronidazol (20 mg/kg/j en 2PO, < 1 g/j), soit l'amoxicilline (50 mg/kg/j, < 2 g/j) [3, 4]. Les taux d'éradication sont meilleurs avec le métronidazol, mais l'amoxicilline est mieux tolérée.

Si l'antibiogramme n'est pas disponible ou qu'il révèle une résistance à la clarithromycine, seulement deux alternatives sont possibles puisque les sels de bismuth ne sont pas autorisés en France chez l'enfant. D'une part, une trithérapie peut associer un IPP avec l'amoxicilline et le métronidazol. D'autre part, un traitement séquentiel semble discrètement plus efficace mais au prix d'une organisation plus compliquée. Il s'agit d'une quadrithérapie qui se décompose en 5 jours d'IPP et amoxicilline suivis par 5 jours associant IPP, clarithromycine et métronidazol.

Les traitements adjuvants

Un protocole thérapeutique peut être affiné pour gagner quelque efficacité supplémentaire. La prolongation du traitement à 14 jours permet d'augmenter le taux d'éradication de 8 % environ [5]. De même, l'utilisation d'un IPP de dernière génération (ésoméprazol, rabéprazol) donné en deux prises quotidiennes à une dose de

2 mg/kg/j permet de gagner encore 6-12 % d'éradication [6]. L'adjonction de *Saccharomyces boulardii* pourra limiter les effets secondaires des antibiotiques en favorisant ainsi l'observance [7].

Enfin, la bonne éradication de cette bactérie carcinogène devra être réalisée 2 mois après l'arrêt de tout traitement antibiotique ou IPP. L'idéal est d'utiliser un test respiratoire. Chez le jeune enfant, incapable de coordonner son souffle, la recherche monoclonale de l'antigène de HP a un rendement diagnostique presque identique [8].

Conclusion

Les recommandations de traitement de HP continueront de s'adapter aux résistances de la bactérie et à la disponibilité des traitements. Actuellement, le choix thérapeutique repose principalement sur l'existence d'une résistance à la clarithromycine.

Bibliographie

- MEGRAUD F, COENEN S, VERSPORTEN A *et al.* Helicobacter pylori resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. *Gut*, 2013;62:34-42.
- FISCHBACH L, EVANS EL. Meta-analysis: the effect of antibiotic resistance status on the efficacy of triple and quadruple first-line therapies for Helicobacter pylori. *Aliment Pharmacol Ther*, 2007;26:343-357.
- MALFERTHEINER P, MEGRAUD F, O'MORAIN CA *et al.* Management of Helicobacter pylori infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*, 2012;61:646-664.
- KOLETZKO S, JONES NL, GOODMAN KJ *et al.* Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for Helicobacter pylori infection in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2011;53:230-243.
- YUAN Y, FORD AC, KHAN KJ *et al.* Optimum duration of regimens for Helicobacter pylori eradication. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013;12:CD008337.
- CALVET X, GARCÍA N, LÓPEZ T *et al.* A meta-analysis of short versus long therapy with a proton pump inhibitor, clarithromycin and either metronidazole or amoxicillin for treating Helicobacter pylori infection. *Aliment Pharmacol Ther*, 2000;14:603-609.

7. SZAJEWSKA H, HORVATH A, KOŁODZIEJ M. Systematic review with meta-analysis: *Saccharomyces boulardii* supplementation and eradication of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther*, 2015;41:1237-1245.
8. HINO B, ELIAKIM R, LEVINE A *et al.* Comparison of invasive and non-invasive tests diagnosis and monitoring of *Helicobacter pylori* infection in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2004;39:519-523.

Que faire devant des rectorragies chez un nourrisson allaité au sein et sans aucune autre symptomatologie par ailleurs ?

J. VIALA

Service de Gastroentérologie, Hôpital Robert-Debré, PARIS.

La survenue de rectorragie isolée chez un nourrisson par ailleurs totalement asymptomatique n'a rien d'exceptionnel. Elle peut être très précoce, dès les premières heures de vie [1]. Par ordre de fréquence, les lésions fissuraires et l'allergie aux protéines de lait de vache sont les deux premières hypothèses à soulever. Nous ne reviendrons pas sur les lésions anales, largement développées dans une autre session de cette journée.

L'allergie

L'APLV peut survenir chez un nourrisson allaité au sein. Seul le test thérapeutique par éviction du lait de vache de l'alimentation maternelle permet d'établir le diagnostic [2]. Les rectorragies peuvent réclamer 3 semaines d'éviction pour disparaître. Chez un enfant en allaitement mixte ou artificiel, les tests allergologiques, RAST, *prick tests* et *patch test* peuvent aider

au diagnostic. Cependant, devant la fréquence élevée de guérison spontanée des rectorragies avec ou sans éviction lactée [3], il peut être utile de confirmer le diagnostic d'APLV par un test de réintroduction orale si les résultats des test allergologiques sont ambigus.

Les autres causes rares

Si l'hémorragie persiste, d'autres explorations s'imposent. Comme face à tout saignement, le contrôle de la numération-formule sanguine et de l'hémostase s'impose. Si les troubles sévères de la coagulation sont rarement révélés par des rectorragies à cet âge, le déficit en facteur VII peut débiter par des rectorragies isolées [4]. Le diverticule de Meckel peut également être responsable de rectorragies massives avec déglobulisation. Un échographiste alerté peut parfois confirmer le diagnostic, mais la chirurgie reste l'outil diagnostique de référence face à un saignement abondant [5]. À l'inverse, le polype hémorragique est une situation exceptionnelle chez le nourrisson. Il s'agit le plus souvent des polypes hyperplasiques [6]. De même, les angiodysplasies sont rarement observées, mais leur prévalence est certainement sous-estimée du fait de la difficulté à visualiser ces lésions souvent très discrètes [7].

Conclusion

En l'absence de lésion périnéale visible, il convient de rechercher une APLV chez un nourrisson qui souffre de rectorragie. Si les symptômes persistent, un avis spécialisé est nécessaire pour explorer plus avant l'anatomie intestinale.

Bibliographie

1. KUMAR D, REPUCCI A, WYATT-ASHMEAD J *et al.* Allergic colitis presenting in the first day of life: report of three cases. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2000;31:195-197.

2. VANDENPLAS Y, KOLETZKO S, ISOLAURI E *et al.* Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child*, 2007;92:902-908.
3. ARVOLA T, RUUSKA T, KERÄNEN J *et al.* Rectal bleeding in infancy: clinical, allergological, and microbiological examination. *Pediatrics*, 2006;117:e760-e768.
4. BARKAT A, KABIRI M, ZAARI Y *et al.* [Hemophilia in a newborn with an unusual clinical presentation]. *Arch Pediatr*, 2009;16:1068-1070.
5. KOTHA VK, KHANDELWAL A, SABOO SS *et al.* Radiologist's perspective for the Meckel's diverticulum and its complications. *Br J Radiol*, 2014;87:20130743.
6. KRISHNEGOWDA L, MAHAJAN JK, RAO KLN. Rectal Polyp in a newborn leading to massive lower gastrointestinal bleed. *J Pediatr Surg*, 2008;43:e15-e16.
7. CHOI SO, PARK WH, HWANG JB *et al.* Diffuse microscopic angiodysplasia and nodular lymphoid hyperplasia in an infant with obscure massive lower gastrointestinal bleeding: a diagnostic challenge. *J Pediatr Surg*, 2009;44:852-855.

L'impédancemétrie œsophagienne doit-elle supplanter la pH-métrie dans le diagnostic du RGO ?

J. VIALA

Service de Gastroentérologie, Hôpital Robert-Debré, PARIS.

L'impédancemétrie consiste à mesurer la conductibilité électrique au contact de la muqueuse œsophagienne. Pour ce faire, le pédiatre utilise essentiellement des impédancemètres dont le cathéter possède des capteurs de pH et une succession de zones de mesure de l'impédance qui analyse la résistance du tissu à un courant électrique de très faible intensité. En cas de reflux gastro-œsophagien (RGO) liquide, l'impédance s'effondre aux niveaux des capteurs touchés par la régurgitation tandis qu'un passage de gaz augmente l'impédance. La mesure simultanée du pH permet de différencier les reflux acides et peu acides [1].

QUESTIONS FLASH

Le patient naïf

Chez les enfants qui ne reçoivent aucun antisécrétoire (IPP ou anti-H2), l'impédancemétrie n'apporte que peu d'informations cliniquement utiles par rapport à une simple pHmétrie. Ainsi, seuls 5-10 % des reflux considérés comme responsables de symptômes sont révélés par l'impédancemétrie, tandis que la pHmétrie ne les avait pas reconnus [2]. Dans cette population, l'impédancemétrie peut malgré tout être utile pour révéler un reflux quand la production acide est faible. Ainsi, chez le nouveau-né, 85 % des reflux sont peu acides, et la pHmétrie peut être mise en défaut par des reflux très courts ou très répétitifs [3].

Chez les enfants alimentés par nutrition entérale à débit continu, le pH gastrique est constamment tamponné. Par ailleurs, la multitude de capteurs impédancemétriques tout au long du cathéter de mesure permet de différencier les reflux proximaux des distaux. Le lien entre reflux plus proximal et symptômes ORL n'est pas établi [4]. D'autres études seront nécessaires pour analyser

l'intérêt pratique de l'impédancemétrie pour définir le caractère pathogène du reflux dans ces situations particulières.

Le patient traité

Chez les adultes traités par antisécrétoires, la majorité des RGO deviennent peu acides. La pHmétrie est prise en défaut et l'impédancemétrie prend tout son sens, avec 33 % de diagnostics de RGO supplémentaires avec l'impédancemétrie par rapport à la pHmétrie seule [2]. De plus, en cas de symptômes atypiques de RGO comme la toux, la présence d'un reflux peu acide à la seule impédancemétrie pourrait caractériser un RGO pathologique puisque 5 adultes sur 6 ont été cliniquement améliorés après la réalisation d'un montage anti-reflux de Nissen [5].

Conclusion

Chez les patients dont les traitements antisécrétoires ne peuvent être interrompus sans danger, l'impédancemétrie permet de révéler des RGO

pathologiques passés inaperçus à la simple pHmétrie. Chez les patients sans traitement, elle pourrait aider au diagnostic de reflux pathologique dans certaines conditions très particulières qui restent encore à définir.

Bibliographie

1. SIFRIM D, CASTELL D, DENT J *et al.* Gastroesophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux. *Gut*, 2004;53:1024-1031.
2. ZERBIB F, ROMAN S, ROBERT A *et al.* Esophageal pH-impedance monitoring and symptom analysis in GERD: a study in patients off and on therapy. *Am J Gastroenterol*, 2006;101:1956-1963.
3. WENZL TG, MORODER C, TRACHTERNA M *et al.* Esophageal pH monitoring and impedance measurement: a comparison of two diagnostic tests for gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2002;34:519-523.
4. SIFRIM D, DUPONT L, BLONDEAU K *et al.* Weakly acidic reflux in patients with chronic unexplained cough during 24 hour pressure, pH, and impedance monitoring. *Gut*, 2005;54:449-454.
5. TUTUIAN R, MAINIE I, AGRAWAL A *et al.* Nonacid reflux in patients with chronic cough on acid-suppressive therapy. *Chest*, 2006;130:386-391.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Accueil | Journées Interactives de Formation de Réalités Ophtalmologiques
www.jirp.info

JIRP

Accueil Programme des 16es JIRP Renseignements pratiques Compte Rendu des JIRP Actualités

16^{es} Journées Interactives de Réalités Pédiatriques
Jeudi 19 mars 2015 et Vendredi 20 mars 2015
au Palais des Congrès de Versailles

Inscrivez-vous aux JIRP

Jeudi 19 mars 2015
Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques
sous la présidence du Pr P. Tounian

Vendredi 20 mars 2015
L'enfant dans sa fratrie
sous la présidence du Pr C. Jousseme

Un site dédié
au JIRP
www.jirp.info

LES MESSAGES CLÉS

Néphrologie



→ **T. ULINSKI**
Service de Néphrologie, Dialyse
et Aphérese pédiatrique,
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

Dilatation des voies urinaires et RVU : explorations et conséquences

Devant une dilatation des voies urinaires, on peut être confronté à deux situations classiques : un obstacle et un reflux vésico-urétéral.

>>> **L'obstacle** peut se situer au niveau de l'urètre (valves de l'urètre postérieur), et entraîne donc une dilatation bilatérale urétéro-pyélo-calicielle, souvent associée à une hyperéchogénéicité rénale. Cette situation est rare, mais souvent grave. Un syndrome de la jonction urétéro-vésicale entraîne également une dilatation urétéro-pyélique, mais le plus souvent unilatérale. De loin, la cause la plus fréquente est le syndrome de la jonction pyélo-urétérale (pyélon dilaté, urètre le plus souvent pas visible à l'écho). À partir d'un diamètre pyélique de 10 mm en antéro-postérieur, on parle de dilatation, en dessous de visibilité pyélique.

Même si l'échographie permet de caractériser l'aspect du pyélon ("en boule" = en faveur d'un obstacle),

cet examen ne permet pas de quantifier le degré d'obstacle de façon exacte. Habituellement, on se sert de la scintigraphie au MAG3 ou d'un uro-IRM pour préciser l'importance de l'obstacle à partir de 12-15 mm de diamètre pyélique, ou en présence de signes cliniques spécifiques (douleurs, infection urinaires). Cela nous permet de décider si le suivi doit se faire par échographie simple, par scintigraphie MAG3, ou si une prise en charge chirurgicale doit être envisagée. En cas de découverte anténatale, une dilatation pyélique doit être contrôlée après les 5 premiers jours de vie (oligurie physiologique entre J0 et J5 de vie).

>>> Une dilatation des voies urinaires peut être associée à un **reflux vésico-urétéral**, même si l'échographie peut être normale en présence d'un reflux à haut grade. La plupart des équipes pratiquent une cystographie rétrograde (CGR) en cas de pyélonéphrite aiguë (PNA) et dilatation des voies urinaires. L'indication de la CGR sans PNA est

controversée. La coexistence d'un RVU et d'un syndrome de la jonction au niveau du même uretère est possible, mais rare.

La découverte d'une pyélectasie (surtout en anténatale) est une situation de plus en plus fréquente. Deux étiologies sont habituellement retrouvées : le reflux vésico-urétéral ou un syndrome de la jonction pyélo-urétérale (souvent *a minima*). Nous sommes confrontés à une situation clinique délicate, puisque la majorité de ces bassins "joufflus" vont disparaître dans les 12 à 24 premiers mois.

Dès lors, une prise en charge basée sur le bon sens permet de ne pas médicaliser à outrance une "variante de la normale" sans négliger une malformation potentiellement grave. Un suivi par échographie semble donc parfaitement adapté pour la plupart des patients. L'avis des néphro-pédiatres ou urologues pédiatres déterminera le suivi par des examens plus invasifs.

LES MESSAGES CLÉS

Néphrologie

Purpura rhumatoïde : l'atteinte rénale

L'atteinte rénale du purpura rhumatoïde s'exprime par une protéinurie ± hématurie ± insuffisance rénale, et est une cause fréquente de maladie rénale à l'âge pédiatrique. Cela représente 10 à 15 % des glomérulonéphrites. Le pronostic est habituellement favorable car seulement 1 à 3 % des enfants atteints progressent vers l'insuffisance rénale terminale. Parmi les patients pour lesquels une ponction biopsie rénale a été réalisée, 7 à 50 % développent une maladie rénale chronique.

Classiquement, le traitement est instauré en fonction de l'atteinte histologique, mais certaines équipes décident de la stratégie thérapeutique uniquement en fonction du degré de la protéinurie :

- les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou les antagonistes du récepteur de l'angiotensine 2 (ARA2) permettent une diminution de la protéinurie et de la progression de

l'insuffisance rénale dans différentes glomérulopathies ;

- les glucocorticoïdes semblent avoir un impact positif sur des formes sévères de la néphropathie du purpura rhumatoïde. Néanmoins, un effet bénéfique a été montré seulement pour les embols intraveineux de méthylprednisolone. Des critères exacts sur l'utilisation des glucocorticoïdes n'ont pas été établis ;
- la cyclophosphamide a été utilisée par plusieurs équipes dans des formes sévères, mais une supériorité par rapport à un traitement par embols de méthylprednisolone n'a jamais été démontrée ;
- d'autres immunosuppresseurs n'ont pas fait preuve de leur efficacité.

Une ponction biopsie rénale (PBR) est réalisée :

- rapidement en cas de protéinurie néphrotique (PU > 50 mg/kg/24 h ou > 250 mg/mmol de protéinurie sur une simple miction) ou insuffisance rénale ± hypertension artérielle ;

- si la protéinurie est de plus faible degré et persiste pendant plusieurs semaines ;
- en cas de doute diagnostic.

Les traitements comprennent :

- les embols de méthylprednisolone semblent être bien plus efficace s'ils sont utilisés rapidement. Il peut être utile de ne pas attendre les résultats de la PBR avant de les débiter ;
- le traitement par IEC (ou ARA2) est systématique dès que la protéinurie est pathologique ;
- un relais par prednisone *per os* après les embols est habituellement utilisé (2 mg/kg/j pendant 1 mois puis 2 mg/kg/48 h pendant 1 mois, puis décroissance sur 1 mois). Le rôle du prednisone sans traitement intraveineux préalable est plus controversé ;
- la découverte de prolifération extracapillaire ("croissant") à la PBR est une indication pour une corticothérapie IV.

Syndrome hémolytique et urémique : prévention et dépistage

Les bactéries responsables du SHU sont des *Escherichia coli*, le plus souvent de sérotype O157:H7, capables de produire des shigatoxines (*Shiga toxin-producing Escherichia coli* [STEC]). L'endocytose de ces toxines

dans les cellules endothéliales est très rapide, ce qui les rend difficile d'accès aux traitements spécifiques.

Les intestins des vaches constituent le principal réservoir de STEC. La conta-

mination de l'aliment provient le plus souvent d'une hygiène défectueuse lors de la traite ou de l'abattage des animaux.

La contamination est le plus souvent alimentaire : ingestion d'un aliment

consommé cru ou peu cuit. La viande de bœuf, en particulier hachée, est le plus souvent la cause.

Les produits à base de lait cru sont également impliqués, plus exceptionnelle la consommation de légumes crus ou d'eau non traitée contaminés par des déjections animales. 70 à 100 cas environ sont signalés chaque année en France.

Le syndrome hémolytique et urémique typique se manifeste surtout avant l'âge de 5 ans. La clinique est dominée par une anémie hémolytique, une thrombopénie et une insuffisance rénale aiguë dans les suites d'une gastroentérite (souvent sanglante). La mortalité est à 1 % en France.

Biologiquement, la confirmation se fait :

- Par coproculture, permettant l'identification complémentaire du sérotype en cause d'*E. coli*. Les selles doivent être prélevées le plus tôt possible après le début des symptômes (moins de 6 jours).

- Par PCR sur les selles avec caractérisation des gènes de virulence codant les shigatoxines (Stx1 et Stx2) et les facteurs d'adhésion (eae). C'est la méthode la plus sensible. Elle est réalisée seulement dans des laboratoires spécialisés (Centre national de référence [CNR] des *E. coli* et *Shigella* et laboratoire associé au CNR)

- Par sérodiagnostic : recherche des anticorps anti-lipopolysaccharides spécifiques de certains sérotypes d'*E. coli*, à J0 et à J15 de la date de sur-

venue du SHU. Il est réalisé au CNR des *E. coli* et *Shigella*.

La prise en charge est hospitalière avec des mesures symptomatiques. Les antibiotiques bactéricides sont contre-indiqués ; les transfusions de plaquettes peuvent aggraver la maladie et sont limitées aux cas avec signes d'hémorragies, ce qui est exceptionnel.

Les piliers du traitement sont la prise en charge de l'hyperkaliémie, l'équilibre du bilan entré/sortie, les transfusions sanguines et la dialyse. La prévention reste la mesure la plus importante. Pour prévenir le SHU : (en dehors des règles d'hygiène alimentaire habituelles) viande de bœuf cuit à cœur et pas de lait cru pour les enfant < 10 ans.

Rein unique : les écueils à connaître

Le rein unique est une anomalie relativement fréquente, retrouvée chez 1 enfant sur 1 000. Cette situation est probablement favorisée par des facteurs génétiques et éventuellement environnementaux encore mal connus.

Cette anomalie est généralement isolée, et le risque pour une prochaine grossesse est très faible. Cependant, s'il existe d'autres anomalies urinaires dans la famille, une consultation de génétique sera proposée.

Habituellement, on retrouve une hypertrophie compensatrice à l'échographie rénale. L'échographie sert également pour éliminer une hyperéchogénicité et des kystes, ce qui serait

en faveur d'un certain degré de dysplasie du rein controlatéral et de plus mauvais pronostic à long terme.

Une visibilité (dilatation de faible degré) des voies urinaires (surtout du pyélon) est fréquente et physiologique, car le rein unique produit deux fois plus d'urines qu'un rein normal. La visibilité pyélique correspond à une adaptation physiologique sous la pression hydrostatique.

Si l'anomalie est isolée, la vie sera normale. Il faut néanmoins éliminer d'autres facteurs de risque rénaux comme l'obésité et le tabagisme. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens comme l'ibuprofène doivent (si possible) être évités comme tout autre médicament néphrotoxique.

Le suivi se fait habituellement par échographie après la naissance, ensuite tous les ans jusqu'à 4 ans, puis tous les 2 ans jusqu'à 8 ans et enfin tous les 3 ans jusqu'à 18 ans.

À chaque consultation, on dose la protéinurie, la microalbuminurie et la créatininurie ; ensuite, on vérifie la tension artérielle. Au moindre doute, on dose la créatininémie.

À partir de la préadolescence, un excès protidique et une trop forte consommation en sel doivent être évités.

Il n'existe pas de contre-indication pour le sport de façon générale. Néanmoins, l'équitation et les sports extrêmes à forte décélération devraient être évités.

LES MESSAGES CLÉS

Néphrologie

Fuites urinaires et énurésie nocturne : explorations et traitements

Les termes incontinence diurne et énurésie nocturne s'appliquent aux enfants âgés de plus de 5 ans, ces symptômes étant physiologiques chez les enfants plus jeunes. On distingue des situations suivantes pour l'**incontinence diurne** :

- **vessie hyperactive ou immature**
- **instabilité vésicale**: urgences mictionnelle, contraction du sphincter pour minimiser les fuites, accroupissements pour minimiser les fuites, fuites de petites quantités, capacité vésicale fonctionnelle petite;

- **vessie rétentionniste**: elle se voit chez des enfants qui préfèrent jouer et retarder la miction; la vessie s'agrandit, mictions incomplètes et peu fréquentes, urgences avec fuites de grandes quantités, perte de la sensation de réplétion et de l'envie d'uriner;

- **dyssynergie vésico-sphinctérienne** – **vessie neurologique**: dysurie au premier plan, perte de coordination entre détrusor et sphincter, jet urinaire saccadé, vessie de lutte, reflux vésico-urétéral acquis, infections urinaires à répétition, progression souvent vers l'insuffisance rénale chronique.

En ce qui concerne l'énurésie nocturne, 10 à 20 % des enfants de 5 ans présentent encore des problèmes

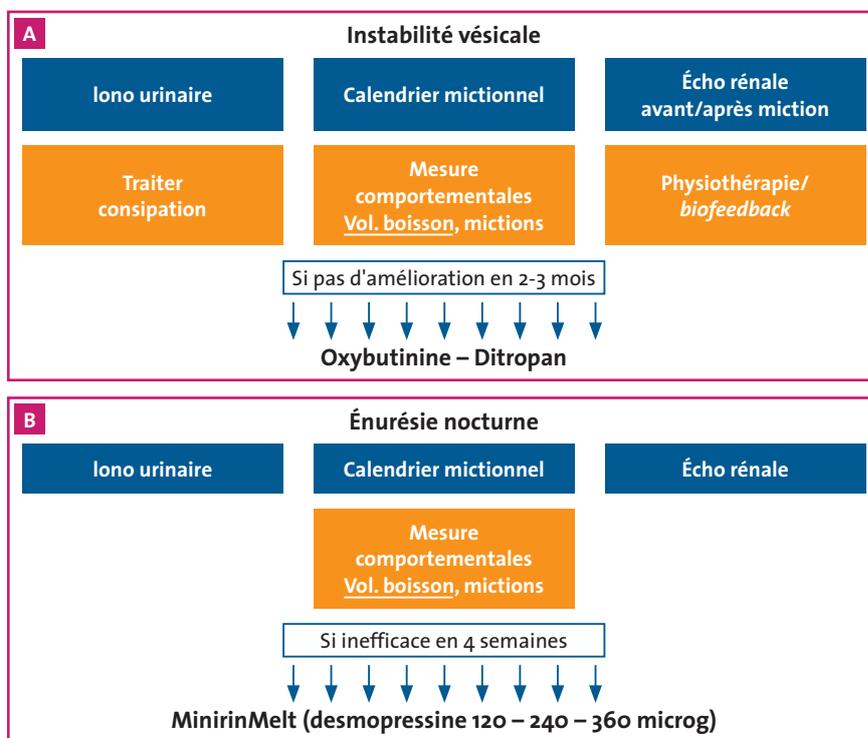


FIG. 1A ET 1B.

d'incontinence nocturne. L'énurésie cède ensuite au rythme d'environ 15 % par an, et 99 % des enfants sont secs à 15 ans.

Les explorations et traitements de l'instabilité vésicale et de l'énurésie

nocturne sont résumés dans la **figure 1A et 1B** ci-dessus.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Bourse de Recherche Biocodex

C'est au cours des Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2015 que Biocodex a remis sa bourse de recherche annuelle. Le lauréat 2015 est le Dr Cecilia Landman, gastroentérologue à l'Hôpital Saint-Antoine de Paris. Ses travaux portent sur la compréhension du rôle des N-acyl-homosérines-lactones dans le dialogue bactérien au sein du microbiote intestinal, en particulier dans le cadre des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

J.N.

D'après un communiqué de presse du laboratoire Biocodex



VENDREDI 20 MARS 2015

L'enfant dans sa fratrie

sous la présidence du Pr C. Jusselme

Un site dédié aux JIRP

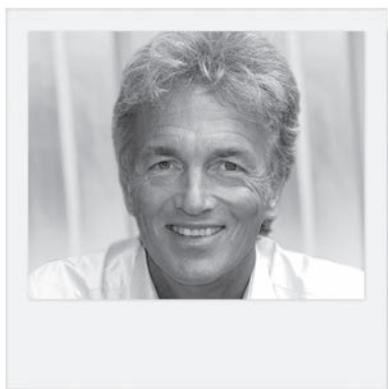
Pour nous retrouver, vous pouvez :

- soit rentrer l'adresse suivante dans votre navigateur : www.jirp.info
- soit utiliser, à partir de votre smartphone, le flashcode* imprimé sur la couverture de ce programme et ci-contre.



** Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès au site est immédiat.*

L'enfant différent dans sa fratrie : le vilain petit canard



→ O. REVOL

Service de Neuropsychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, Hospices civils de Lyon, BRON.

Les liens fraternels sont à l'origine des grands mythes de l'humanité. Souvent harmonieux et constructeurs (Castor et Pollux, Romulus et Rémus), mais volontiers destructeurs aussi (Seth et Osiris, Caïn et Abel), ils illustrent la complexité d'une relation teintée d'ambivalence, qui peut basculer de l'harmonie au fratricide en l'espace d'un regard. Ce mélange de clair-obscur (le soleil et la lune seraient également frère et sœur !) confirme que l'enjeu de la relation fraterne est avant tout une recherche d'équilibre. Équilibre entre l'amour et la haine pour cet autre si proche, mais qui représente un rival dans la quête de l'affection parentale. Équilibre encore entre la nécessité de se ressembler pour appartenir à la même fratrie et l'obligation de se différencier pour exister par soi-même.

Ces liens particuliers sont universels. Ils prennent une coloration particulière lorsque l'un des enfants est différent. Avant d'aborder cette situation spécifique, intéressons-nous aux enjeux de la relation frère-sœur standard.

La relation fraterne normale, faut-il en faire une maladie ?

1. Un intérêt récent

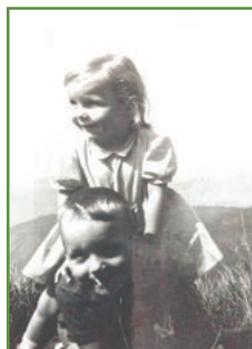
Les caractéristiques de cette relation ont été étudiées tardivement. Claudie Bert [1] explique que les conflits fraternels ont longtemps été considérés comme de simples avatars de la relation parents-enfants. La rivalité fraterne ne servirait qu'à attirer l'attention des parents, et les troubles du comportement des enfants seraient leur moyen de se différencier. Cette approche réductrice s'explique par des considérations sociologiques. La cellule familiale a longtemps fonctionné de façon verticale, à l'image d'une société très hiérarchisée. Soumise à l'autorité du père, la famille accordait peu d'importance à la qualité des relations fraternelles.

Mais les codes ont changé. Ceux des enfants du début du XXI^e siècle ont contraint les psychologues et les sociologues à changer de regard sur les relations frères-sœurs. La modification des transmetteurs de valeur,

secondaire à l'avènement d'Internet, a "horizontalisé" les rapports sociaux et, par extension, familiaux. Une nouvelle époque s'ouvre. L'influence des pairs (via les réseaux sociaux) prime sur celle des pères (moins habiles avec les nouvelles technologies, donc moins légitimes dans leurs principes éducatifs) [2]. Frères et sœurs existent en tant que tels, et amènent une nouvelle lecture des relations fraternelles.

2. Des partenaires particuliers, pour une relation particulière

Dans un joli mémoire sur les fratries d'enfants TDAH, Hélène de Bergeyck [3] nous rappelle toute l'originalité de la relation fraterne. D'abord, elle est imposée à l'enfant, qui doit se l'approprier ("*on ne choisit pas sa famille alors que l'on choisit ses amis...*").



Ensuite, il s'agit de la relation la plus longue et la plus intime de toutes les relations humaines. Elle commence dès la naissance du deuxième enfant, et sera le creuset d'une multitude d'expériences affectives (amour, jalousie, complicité, rivalité...) dont la richesse transparaît à travers la sémantique : *fraternel*, *frérot*, *frangines* qui sont des mots chargés de souvenirs tendres et indélébiles.

Mais au-delà des sentiments, la relation frère-sœur est aussi un joli terrain d'entraînement pour préparer les compétitions futures.

3. Une expérience utile

Faire partie d'une fratrie, c'est réaliser que l'on fait partie d'une microsociété dont il faut apprendre à accepter les règles. Au contact les uns des autres, les enfants vont "s'entraîner" à gérer la rivalité, à trouver des compromis, à créer des complicités et surtout à partager...

Pas étonnant que de nombreux auteurs aient souligné l'influence des relations fraternelles sur la qualité du développement psychologique et émotionnel [4]. Des relations fraternelles positives seraient prédictives d'une bonne adaptation sociale et protectrices face à la survenue de troubles psychopathologiques.

Mais toutes les fratries ne fonctionnent pas à l'identique...

4. Caractéristiques de la relation fraternelle

Stoneman et Brody ont proposé de différencier deux types de relations [5]: la relation fraternelle **chaleureuse**, harmonieuse et calme et la relation **conflictuelle**, agressive et hostile.

>>> La relation chaleureuse

s'installe dès la naissance, lorsque l'aîné réalise qu'il gagne un copain, quelqu'un à protéger, avec qui partager les secrets.

Le lien sera d'autant plus fort que les deux enfants ont des tempéraments similaires, même si nous verrons que le tempérament positif de l'un peut se révéler également protecteur pour l'autre. Dans le meilleur des cas, s'instaure une relation de loyauté. Les frères et sœurs se protègent, s'entraident, n'aiment pas être séparés, trouvent seuls des stratégies pour résoudre leurs conflits (empathie



et pardon) et finissent par se fabriquer des identités distinctes et complémentaires.

>>> À l'inverse, la **relation conflictuelle** s'organise autour d'une jalousie maladroite [6]. La rivalité fraternelle est incontournable car chaque enfant convoite les mêmes choses (amour, attention des parents). On estime qu'elle est même indispensable. Il ne peut exister de réelle proximité affective entre un frère et une sœur si la rivalité et les conflits sont absents [7]. Mais il arrive que cette rivalité soit excessive. En fait, elle s'amplifie lorsque la fratrie est vécue comme une menace. Le challenge consiste alors à passer de la **fratrie** à la **fraternité**, et le rôle des parents est majeur. Leurs attitudes, conscientes et inconscientes, pourront atténuer ou renforcer les conflits. Une guidance familiale est souvent efficace. Faire identifier au père ou à la mère comment cette jalousie s'entrechoque avec sa propre histoire permet de limiter le risque d'erreurs éducatives.

5. Ni tout à fait le même ni tout à fait un autre

L'enjeu de toute relation fraternelle est que l'enfant trouve SA place. Il est souvent bon de rappeler aux parents que tous les enfants ne sont pas identiques, n'ont pas les mêmes besoins, et qu'il faut sortir de l'illusion d'une éducation égalitaire.

La relation fraternelle est riche et teintée d'ambivalence, même quand tout va bien... Que devient-elle en cas de handicap ou de maladie chronique?

La fratrie de l'enfant différent

1. De la difficulté à être un joli petit canard

Vivre avec un frère ou une sœur différent(e), c'est plus compliqué. Si cette

évidence a été peu étudiée jusque-là, c'est parce que l'objectif prioritaire est avant tout le bien-être de l'enfant malade. Mais depuis que les enfants porteurs de maladies chroniques ne sont plus systématiquement gardés en milieu hospitalier, leur retour en famille a "boosté" les études concernant l'impact de la maladie sur les frères et sœurs. S'il est bien établi qu'un enfant différent confronte sa fratrie à des exigences spécifiques [8], la qualité de ce retentissement ne fait pas l'unanimité. La majorité des auteurs décrit des signes de souffrance (agressivité, dépression, plaintes somatiques, difficultés scolaires...). Mais certaines études suggèrent qu'il peut exister également un retentissement positif [9] avec une meilleure cohésion familiale.

Dans tous les cas, le handicap de l'un des enfants s'impose à l'ensemble de la famille comme une mise à l'épreuve qui vient interroger la qualité des premiers liens établis entre les partenaires.

2. L'annonce de la maladie : la nouvelle donne

L'annonce de la maladie redistribue les cartes et confronte la famille à plusieurs impératifs [1]. Dans un premier temps, il faut faire face à l'urgence. Particulièrement éprouvante en cas de risque vital, cette priorité laisse peu de place aux états d'âme des frères et sœurs. Il importe ensuite de réorganiser la vie autour de l'enfant malade, avec la découverte d'un nouveau statut: "*frère ou sœur de...*". Pire, il s'agit alors d'enfiler une panoplie estampillée "enfant sans problèmes"! Avec l'obligation de répondre, en silence, au message inconscient des parents: "*Chut! Toi, tu n'as pas de problèmes...*". L'enjeu médical est d'éviter que cette évidence ne se transforme progressivement en une injonction aux conséquences souvent dramatiques: "*Toi, tu n'as pas le droit d'avoir des problèmes...*"

MISES AU POINT INTERACTIVES

Notre expérience nous confirme le danger que représente un tel fardeau. Comme une “cariatide”, l’enfant sain tente de grandir malgré une pression d’autant plus lourde qu’elle est rarement exprimée. Jusqu’au jour où le frère ou la sœur guérit, cicatrise ou quitte la maison. L’enfant trop longtemps écrasé par l’enjeu risque alors de se rappeler au bon souvenir de ses parents. Combien de troubles psychologiques graves (anorexie mentale, dépression, TOC sévères...) sont survenus brutalement chez un enfant jusque-là apparemment sans histoire ?

L’annonce du handicap est un coup de tonnerre. Embarqués sur le même bateau, parents, frères et sœurs doivent se préparer à affronter une tempête qui risque de s’installer durablement...

3. Un statut pérenne

On reste frères et sœurs d’enfant handicapé. Les réactions varient selon les personnalités et les moments de vie. Pour le petit enfant de 3 ans, les représentations de la maladie de son frère sont floues, le handicap n’est pas imaginable, et la notion de la mort est abstraite. Le préadolescent a une image plus péjorative de la maladie. Il peut également se sentir gêné de réussir ce que l’aîné ne peut pas faire. À l’adolescence, c’est l’image renvoyée par le frère ou la sœur malade qui peut déranger (“*il n’ose pas inviter ses copains à la maison*”). Et à 50 ans, à l’aube du déclin des parents, c’est surtout l’avenir du jeune porteur de handicap qui inquiète ses frères et sœurs.

4. Des réactions variées

Dans tous les cas, la différence vient modifier l’organisation des relations fraternelles. L’enfant handicapé est un enfant à protéger. L’agressivité normalement présente dans toute relation fraternelle est dans ce cas plus difficile à accepter, ce qui peut conduire

à l’inhiber. Surtout que les parents d’enfant malades, décrits comme particulièrement impliqués dans les relations fraternelles [7], ont eux aussi tendance à étouffer les conflits.

Le retentissement sur la fratrie est un sujet d’étude récent. Deux types de troubles sont observés :

- les troubles du comportement **externalisés** sont visibles et perturbateurs : difficultés scolaires, agressivité, somatisations. Ces manifestations démonstratives peuvent être l’expression d’un trouble de l’humeur (la tristesse se traduit souvent par de l’irritabilité chez l’enfant), ou d’une tentative inconsciente d’attirer l’attention pour obtenir les mêmes privilèges ;
- moins bruyants, les troubles **internalisés** sont plus complexes à identifier : repli, anxiété, interdiction d’exprimer des émotions qui pourraient inquiéter les parents et paraître dérisoires. Le risque majeur est de finir par ne plus rien ressentir [10].

La maladie du frère ou de la sœur peut être à l’origine d’un sentiment de culpabilité (“*pourquoi pas moi ?*”), surtout quand le cadet dépasse l’aîné (“*en ai-je le droit ?*”). Elle active également des préoccupations sur l’avenir personnel (“*vais-je un jour m’autoriser à me faire plaisir... ?*”).

5. En route vers la résilience

Grandir auprès d’un enfant différent n’est pas simple. Pourtant, la majorité des frères et sœurs vont bien. Certains ont même su faire de cette expérience un atout. C’est le principe de la résilience (capacité à réussir, à vivre, à se développer en dépit de l’adversité) [11].

En effet, l’impact de la différence sur la fratrie n’est pas toujours négatif. Des stratégies positives ont été décrites, comme un processus d’autonomisation accéléré (pour décharger rapidement les parents) et une grande maturité

affective. On évoque également le choix de professions soignantes. Notre expérience confirme combien le handicap a pu motiver certains frères et sœurs pour réussir des études difficiles. De la même façon, nous sommes frappés par le nombre élevé d’enfant à “haut potentiel” parmi les fratries d’enfant malade. Dans une logique compensatoire, l’enfant sain se surpasse pour contribuer à la résilience familiale. Transformer le handicap de son frère en un tremplin personnel est une stratégie astucieuse, qui nécessite de bonnes compétences personnelles, un étayage familial de qualité et l’aide du médecin de famille.

Accompagner la fratrie de l’enfant handicapé : le rôle du pédiatre [12]

De par sa connaissance de l’histoire familiale et ses interventions auprès de l’enfant malade, le pédiatre est le mieux placé pour optimiser l’épanouissement de ses frères et sœurs. Son rôle est double. Préventif d’abord, avec l’objectif d’éviter la survenue d’éventuels troubles du comportement. De repérage ensuite, pour dépister un mal-être dont nous avons vu combien il pouvait être longtemps masqué.

Accompagner jusqu’à leur majorité des enfants porteurs de maladies chroniques (dyslexiques, déficients, épileptiques, autistes, ou hyperactifs) nous a convaincu d’une évidence : s’intéresser à la fratrie est un facteur protecteur de l’harmonie du reste de la famille, parents compris. L’idée principale est de ne pas entrer dans le mouvement familial centripète et délétère, qui se focalise sur l’enfant malade. Pour éviter de se centrer sur le handicap, il est recommandé de limiter les prescriptions destinées à l’enfant handicapé (pour son sommeil, son alimentation, ses apprentissages...) et surtout de redonner sa place à chaque membre de la famille.

Il est important de s'enquérir de l'évolution des autres enfants, surtout, si les parents n'en parlent jamais ou éludent la question ("les autres n'ont pas de problèmes..."). S'intéresser à la réussite de ceux qui vont bien valorise narcissiquement les parents fragilisés par le handicap. Proposer de rencontrer les frères et sœurs "pour répondre aux questions qu'ils se posent sans doute sur la maladie et sur l'avenir" est un moment clé. Je suis toujours étonné du succès de cette requête. Le frère débarque timidement dans notre bureau où il a parfois accompagné son frère ou sa sœur. L'objectif est de l'amener à s'exprimer dans ce lieu étrangement familial ("ce médecin sait tout de la maladie de mon frère/ma sœur, je n'ai rien à lui cacher...").

S'il le souhaite, l'enfant peut alors raconter une souffrance longtemps camouflée. Il importe alors de lui faire verbaliser les sentiments contradictoires qui peuvent l'envahir (honte, inquiétude sur l'avenir, culpabilité, sensation d'impuissance à guérir et à consoler...). S'il manifeste un apaisement, il est licite de le revoir et/ou de lui proposer de rencontrer un psychologue.

Notre rôle se poursuit avec les parents. Le lien qui unit la famille d'un enfant porteur de maladie chronique avec son médecin est très fort. Il est recommandé d'utiliser cette confiance mutuelle pour sensibiliser les parents à leur rôle auprès du reste de la fratrie. Expliquer par exemple pourquoi il est si important de parler du handicap.

Conclusion

Toutes les fratries se construisent autour de ressemblances et de différences, avec des mystères et des zones d'ombre.



Lorsque l'un des enfants est malade, la priorité du médecin est d'assurer son bien-être. Se préoccuper également de l'état psychologique des frères et sœurs est une approche moderne du handicap. L'objectif est de les aider à faire face, voire de leur permettre de transformer cette expérience douloureuse en une leçon de vie dont ils pourront retirer des bénéfices. Un challenge d'autant plus facile que le médecin aura su convaincre les frères et sœurs désespérés qu'il n'y a jamais d'ombre sans lumière...

Bibliographie

1. BERT C. La fratrie à l'épreuve du Handicap. Ouvrage collectif, Eres, 2008. 272 p.
2. REVOL O. Psychological impact of acne on 21st century adolescents. Decoding for better caring. *British J Derm*, 2015.
3. DE BERGEYCK H. La fratrie d'enfants TDAH. Mémoire neuropsychologie. UCL, Bruxelles, 2009.
4. BRANJE S, VAN LIESHOUT C, VAN AKEN M *et al*. Perceived support in sibling relationships and social adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2004;45:1385-1396.
5. STONEMAN Z, BRODY G. Sibling Temperaments, Conflict, Warmth, and Role Asymmetry. *Child Development*, 1993;64:1786-1800.
6. RUFFO M. Frères et sœurs, une maladie d'amour, Paris: Le Livre de Poche, 2002.
7. GRIOT M. Lorsqu'un membre de la fratrie est en situation de handicap. <http://www.enfant-different.org/analyseprofessionnel/42-quotidien/513-handicap-fratrie.html>, 2014.
8. MEYER D. Siblings of children with special health and developmental needs. Ressource électronique : <http://endoflifecare.tripod.com/Caregiving/id116.html>, 1993
9. SARGENT JR, SAHLER OJZ, ROGHMANN KL *et al*. Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: Siblings' perceptions of the cancer experience (1995). In: Wilkins K, Woodgate RL. A Review of Qualitative Research on the Childhood Cancer Experience From the Perspective of Siblings: A Need to Give Them a Voice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2005;22:305-319.
10. JACQUET-SMAILOVIC M. L'enfant, la maladie et la mort. La maladie et la mort d'un proche expliquées à l'enfant. Bruxelles: De Boeck Université, 2003
11. CYRULNIK B. Un merveilleux malheur, Odile Jacob, 1999. 237 p.
12. SCELLES R. Lien fraternel et handicap. De l'enfance à l'âge adulte. Eres, 2010. 283 p.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Procréation médicalement assistée et fratrie



→ G. DELAISI DE PARSEVAL
Psychanalyste, PARIS.

Il est quasi impossible en 2015 de faire une liste des fratries générées par le recours à la PMA (Procréation médicalement assistée). En effet, à côté des fratries devenues habituelles, composées d'enfants conçus à la suite de fécondations *in vitro* au sein d'un couple avec les gamètes des parents, il existe une gamme très large de "frères et sœurs" connus ou inconnus ; ils ont été, eux, conçus grâce à des dons de sperme, d'ovocytes – avec des doubles dons de gamètes parfois – ou à la suite de dons d'embryons. Tous ces protocoles sont autorisés par la loi bioéthique française (à l'exception du double don de gamètes). Il convient enfin d'ajouter à cette liste une petite cohorte d'enfants conçus à l'étranger par des mères porteuses.

Les Anglo-Saxons nomment très justement *third-party reproduction* ces différents protocoles de PMA qui sont

à l'origine de ces innombrables fratries composées de *siblings* ou de *half siblings*, selon l'expression américaine qui les caractérise au plus près.

On commence à connaître mieux le devenir de ces enfants – certains sont adultes – nés depuis l'existence des premières IAD (Insémination artificielle avec donneur) dès 1972, puis des premières FIV (Fécondation *in vitro*) à partir de 1984. Nombre d'entre eux sont d'ailleurs déjà parents eux mêmes. En réalité, ces "fratries PMA" sont devenues presque banales quand bien même elles sont souvent ignorées. Car, dans les cas de dons de gamètes, les pédiatres sont souvent – avec les psychiatres – les seuls détenteurs du secret sur le recours par les parents à ces PMA avec dons, qui sont anonymes en France.

Depuis quelques années, il convient en outre d'ajouter à la liste de ces fratries une nouvelle "catégorie" : les "jumeaux d'étuve" (*batch siblings*). Conçus par FIV avec les gamètes des parents lors de la même fécondation, ils sont cependant nés à des dates différentes. Ils sont jumeaux de conception mais n'ont pas le même âge légal, l'un d'eux ayant été transféré dans l'utérus maternel au cours d'un transfert d'embryon FIV postérieur à celui qui a suivi la FIV ; entre temps, les embryons dits "surnuméraires" ont été congelés. Il s'agit d'un protocole habituel en FIV qui génère souvent un grand nombre d'embryons ; seuls un ou deux d'entre eux sont transférés au cours du premier transfert et les autres congelés pour un transfert ultérieur, parfois après la naissance de 1 ou 2 enfants au premier essai. Les Américains – encore eux car ils ont très

tôt nommé ce fonctionnement – parlent de *delayed siblingship* (germanité décalée) quand un bébé naît un jour "x" et un autre 2 ou 3 ans plus tard. Une équipe suisse composée d'un psychiatre, d'une linguiste et d'un pédiatre a publié un livre sur ces sujets : il ressort de cette recherche que sur ce point précis les parents auraient tendance à gommer la différence d'âge et à considérer leurs enfants comme des jumeaux même s'ils ont 2 ou 3 ans d'écart d'âge légal. Ces parents auraient également le fantasme selon lequel leurs enfants seraient peu sensibles au froid [1].

Lors de mon séjour dans une équipe de PMA en Australie, j'avais rencontré un autre cas de figure de fratrie : des familles dans lesquelles le 2^e ou 3^e enfant, "ex-bébés congelés", avaient été conçus par un père différent de celui du premier enfant ; des "demi-jumeaux d'étuve" en somme si on accepte l'expression... C'était par exemple l'histoire de John, enfant conçu par FIV et congelé à l'état d'embryon, né du deuxième mariage de sa mère, cette dernière ayant eu 2 enfants de sa première union. Il était ainsi "demi-frère" de ses grandes sœurs. Sa mère s'était remariée et avait eu recours à la FIV avec son second mari en raison d'une ligature de trompes décidée après la naissance de sa seconde fille. La seule différence dans une telle fratrie composée des deux aînées et d'un petit frère, si on la compare au cas d'une classique famille recomposée, c'est le mode de conception par PMA. Et évidemment le passage par la congélation qui comporte une composante totalement nouvelle : celle d'abolir le temps, générant ainsi un nouveau type de fratries [2].

Nombre de parents ont des embryons congelés, des frères et sœurs virtuels de leurs enfants aînés qui ont été conçus de manière naturelle, ou par FIV, ou encore adoptés. Ces parents ont, avant même la FIV, des décisions extrêmement difficiles à prendre sur le devenir de leurs futurs embryons, leur choix se résumant à tenter un nouveau transfert ou à la destruction de ces embryons; ou encore à choix complexe et qui concerne de plein chef la fratrie dans la mesure où il s'agit de donner ou non ces embryons à d'autres couples, futurs enfants qui auront la même origine que leurs propres enfants. Ce que nombre d'entre eux veulent avant tout éviter, redoutant une possible rencontre incestueuse dans l'avenir.

Je reste frappée de la souffrance que ces parents expriment à ce sujet, même à des années de distance. Voici par exemple quelques lignes de la mère d'une petite fille conçue par FIV à propos de la "fratrie congelée": "Il y a 2 ans, j'ai subi une FIVETE (Fécondation *in vitro* et transfert d'embryons) dont le résultat fut une magnifique petite fille, 19 embryons congelés et... une dépression. J'exagère un peu sur ce dernier terme, mais je suis en effet en crise depuis la conception de ma fille, et il me semble qu'une des causes en est une espèce de deuil, d'autant plus difficile à faire que son objet n'est pas facilement identifié (est-ce ces 19 petits qui ne sont

ni morts ni vivants, qui ne sont que quelques cellules mais pourtant des enfants en puissance...?"

Autre témoignage, celui d'un couple de patients qui ont eu 2 enfants après un parcours de FIV mais aussi 2 embryons congelés qu'ils ne veulent pas utiliser pour eux, leur projet parental étant achevé. Ils pensaient les donner à un autre couple, mais ils n'avaient pas compris que le don était anonyme. Ils écrivent: "Après réflexion avec mon mari, nous restons persuadés que nous souhaitons plus que tout pouvoir aider les couples infertiles à réaliser leur rêve... tout en étant incapables « d'être coresponsables » du mal-être de ces possibles enfants s'ils souhaitent un jour connaître leurs origines pour être bien dans leur vie et avancer sereinement."

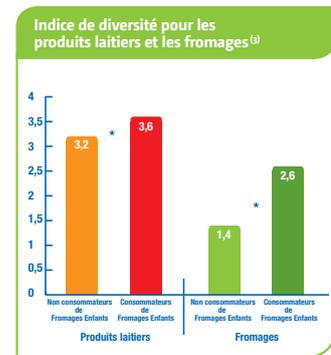
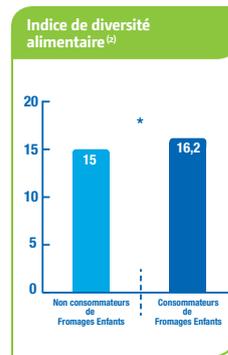
Ils ajoutent qu'ils ne peuvent envisager que leurs propres enfants aient des frères et sœurs inconnus qu'ils pourraient éventuellement rencontrer. Ils sont en discussion avec l'hôpital et le CECOS, discussion sans résultat probable puisque nul n'est censé ignorer la loi. En attendant, ils prolongent la conservation de ces deux embryons qu'ils investissent comme des "enfants possibles". Ce couple est jeune, très ouvert d'esprit, pas du tout religieux. C'est bien "l'argument fratrie" qui les motive, ou plutôt qui les retient, de donner de manière anonyme.

ATOUTS DES FROMAGES EN PORTION DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS

Les chiffres révélés par le CREDOC dans son enquête CCAF 2013 ont établi que la consommation des fromages enfants est associée à une plus grande diversité alimentaire et à une meilleure couverture des besoins en calcium des enfants⁽¹⁾. Des corrélations d'autant plus intéressantes que la situation s'aggrave avec le temps sur ces deux dimensions.

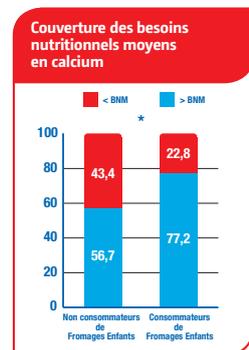
UNE PLUS GRANDE DIVERSITÉ ALIMENTAIRE

Les consommateurs de fromages enfants ont une alimentation plus diversifiée alors même que la crise économique actuelle a engendré une très forte baisse de la diversité alimentaire depuis 2007. L'indice de diversité⁽²⁾ des consommateurs de fromages enfants est ainsi significativement plus élevé que celui des non consommateurs. Ce constat s'explique notamment par le fait que leurs repas intègrent plus de composantes. Cette plus grande diversité s'applique particulièrement aux produits laitiers puisque les consommateurs de fromages en portion consomment plus de produits laitiers et de fromages différents. Ils consomment également plus de fruits et leurs repas comprennent plus de pain.



UN MEILLEUR STATUT NUTRITIONNEL EN CALCIUM

En 2013, 59 % des enfants consommaient moins de 3 produits laitiers par jour. Cela explique notamment que 39 % des 3-14 ans avaient des apports en calcium inférieurs au BNM (Besoin Nutritionnel Moyen correspondant à 77 % des ANC). Une situation qui s'aggrave avec le temps puisqu'ils étaient 34 % en 2010. Parce qu'ils représentent une portion de produit laitier, les fromages enfants participent activement à la couverture des besoins calciques. En 2013, les enfants consommateurs étaient ainsi 77,2 % à atteindre leur BNM en calcium contre seulement 56,7 % des non consommateurs. Cette différence est observée quel que soit l'âge de l'enfant.



(1) CREDOC, CCAF, 2013. N=809 - Enfants de 3 à 14 ans
(2) Cet indice de diversité évalue le nombre de groupes d'aliments consommés parmi 38, sur 2 jours non consécutifs.
(3) Cet indice de diversité évalue le nombre de sous-groupes consommés sur 7 jours.



MISES AU POINT INTERACTIVES

Que penser de ces nouvelles fratries ?

Dans les cas d'un couple parental habituel qui a conçu des enfants par PMA avec ses gamètes, la fratrie ne semble pas courir de risques psychiques particuliers. Ce qui, en revanche, ressort de mon expérience clinique sur les PMA avec dons, c'est le secret et l'anonymat qui entourent ces différents dons (sperme, ovocytes, embryons) qui génèrent plus de problèmes que le recours à la PMA en elle-même [3].

Si, toutefois, les parents sont au clair avec ce mode de conception, même dans un cadre de dons anonymes, les premières études montrent que les fratries peuvent s'accommoder de ces atypies de conception, surtout si ces frères et sœurs peuvent bénéficier à certains moments (à l'adolescence en particulier) d'une aide psychologique. Si les parents – et plus tard l'enfant – acceptent "d'adopter" la part génétique inconnue, leur devenir psychique et celui de la fratrie, s'il y a plusieurs enfants, se déroulera sous des auspices acceptables, voire habituels. Sinon, nombre de questions risquent de se poser, y compris entre frères et sœurs, et un travail psychique sera souvent nécessaire.

Le cas du don d'ovocytes nécessite une précision : légal en France depuis 1994, il est peu pratiqué faute de donneuses ; ce geste – lourd médicalement – étant gratuit et ne s'adressant qu'à des femmes déjà mères, le nombre d'offres de dons est très limité. Cette pénurie génère ainsi un tourisme procréatif vers l'Espagne, la République tchèque ou la Grèce, ce qui complique des

histoires déjà compliquées... Et, par parenthèse, rend encore plus difficile la comptabilisation de ces fratries ; la mère accouche en effet en France et n'est évidemment pas tenue de révéler le mode de conception de ses enfants. Quant au double don de gamètes, nombre de parents les préfèrent à l'accueil d'embryons, protocole pourtant légal en France. En effet, ce que ces couples veulent éviter à leur futur enfant c'est d'avoir des frères et sœurs inconnus (les enfants des parents donateurs des embryons surnuméraires) et de risquer ultérieurement des rencontres incestueuses.

Il est probable que, dans le futur, on rencontrera de plus en plus de ces nouvelles figures de familles recomposées. Après les divorces, séparations et diverses recompositions, les futures fratries seront probablement recomposées de façon nouvelle. La PMA y sera pour beaucoup on l'a vu, mais il faudra aussi prendre en compte l'accès à la parentalité des couples homosexuels. Sans parler des parents qui à la fois adoptent un enfant et ont recours à la PMA pour un second enfant. Des fratries plutôt compliquées on le voit, mais pas forcément plus difficiles à vivre que les "anciennes familles" recomposées pour peu que le secret n'étouffe pas une élaboration mentale, qui sera toujours nécessaire aussi bien que chez les parents que chez les enfants.

Pour conclure, provisoirement, on peut considérer qu'il n'existe pas de difficultés spécifiques à ces fratries multicomposées ; mais des questions qui restent ouvertes. Le critère d'une "bonne fratrie" ne se délimite pas de manière simple. Et il est important de

garder à l'esprit que ce ne sont pas les seuls liens du sang qui lient une famille. Dans notre société, la parenté connecte de façon hybride à la fois la nature et la culture ; elle n'appartient ni seulement à l'une ni seulement à l'autre.

Il est en tous cas patent que, dans ce domaine, nous en sommes encore peu ou prou au stade de "l'expérimentation". L'honnêteté scientifique oblige à le reconnaître. Pour la psychanalyse, il est impossible d'évaluer le devenir de ces fratries par PMA avant la troisième génération, c'est-à-dire avant que ces enfants eux-mêmes n'aient procréé. Un analyste ne peut s'autoriser à prédire les conséquences des différentes techniques utilisées, car il n'en a pas les moyens ; il se priverait alors de son outil, l'expérience clinique. Juger de l'avenir psychique de ces fratries avec nos seuls recours théoriques serait projeter le passé connu sur le nouveau sans accepter que celui-ci nous surprenne.

Bibliographie

1. QUIJANO CM, GERMOND M, ANSERMET F. Parentalité stérile et procréation médicalement assistée. Le dégel du devenir. Préface de Jacques Testart, Erès, 2007.
2. J'ai analysé certaines de ces situations dans « Famille à tout prix », Seuil, 2009.
3. Comment entendre la levée du secret des origines. In : La filiation saisie par la biomédecine, Esprit, n° 5 mai 2009.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

MISES AU POINT INTERACTIVES

La famille dans tous ses états... Et les fratries ?



→ **A. SPIRE**
Journaliste,
Professeur
en Sciences de
l'Information et
Communication.

“Un enfant n'est ni une propriété privée de qui que ce soit, ni capable de s'élever seul. La parentalité, qu'elle soit unique ou multiple, s'exerce entre les écueils opposés de l'omnipotence et de la démission. De tout temps, elle est en interdépendance avec la société d'appartenance qui a aussi des droits et des devoirs envers ses enfants.”

~ A. Fréjaville



→ **C. JOUSSELME**
Professeur
de Psychiatrie
de l'Enfant et
de l'Adolescent,
Paris-Sud,
Inserm U 1178, PARIS.

nue à décroître régulièrement, le Pacs étant devenu une solution préférable au mariage pour près de 20 % des couples. Mais cela ne rend pas compte de la situation des couples qui ont préféré s'abstenir de toute institutionnalisation...

Et si tous les couples institutionnalisés ou pas sont marqués par ce que la sociologue Irène Théry a appelé le démarriage: l'engagement du couple en 2015 se rapproche de plus en plus d'un CDD en s'éloignant d'un CDI. La progression des naissances hors mariage est impressionnante, et l'acceptation sociale de cette diversité de statuts progresse.

Contrairement aux affirmations des extrémistes, il y a en France une certaine stabilité du nombre d'immigrés (7 %). Plus décisif est le fort contingent d'isolés dont l'insertion passerait notamment par la familiarisation, mais le regroupement familial est d'autant plus difficile que la crise du logement s'est accentuée depuis ces dernières années. Les chocs culturels sont moins violents que ce que décrivent certaines caricatures; mais ce qui fait le plus de problème, notamment avec les familles maghrébines de confession musulmane, c'est le statut de la femme.

Les réseaux familiaux solides renforcent l'impact des fratries

1. Solidité de la parenté

Les sociologues de la famille redécouvrent la famille nucléaire comme cellule de base. Elle n'a jamais cessé de l'être, mais les observateurs s'étaient focalisés sur la rupture de certains liens pour évoquer parfois un éclatement qu'on ne voit pas venir. À l'inverse, les sociologues de la famille insistent sur un certain renforcement de la fratrie dans un contexte de resserrement des liens de la famille mononucléaire, face à la grande famille à laquelle l'attachement demeure si on prend en compte les rites et manifestations qui la célèbrent. Si les parentèles bourgeoises tiennent le coup, il en est de même d'un certain familialisme ouvrier qu'on a cru à tort agonisant.

Par ailleurs, dans toutes les familles, avec l'allongement de la durée de vie, le *papy* et *mamy boom* est manifeste.

2. Diversité à l'intérieur des fratries

On aurait tort de croire que les parents, aussi bien intentionnés qu'ils soient,

Ce qui frappe quand on observe les familles, c'est la diversité des situations qui s'est élargie ces dernières années, même si toute famille transforme le couple conjugal en couple parental. De la monoparentalité à coparentalité en passant par la multiparentalité, ce qui semble parfois dominer, c'est une tendance forte à l'individualisme, individualisme des sujets et croyance en la spécificité de chaque famille.

Sociologiquement, l'évolution s'est faite à grands pas. Le nombre de familles monoparentales a explosé, au point que c'est aujourd'hui un sérieux problème social que les pouvoirs publics doivent apprendre à affronter. L'augmentation des divorces est telle que, dans les grandes villes, on a atteint des pourcentages proches de 60 % des mariages. Et pourtant le nombre de mariages conti-

MISES AU POINT INTERACTIVES

parviennent à maintenir la balance égale entre les frères et sœurs. Leur attitude diffère même à leur corps défendant avec chaque enfant. La socialisation de chacun est toujours le fruit d'un parcours unique. Si l'histoire individuelle est enchâssée dans l'histoire familiale, elle intègre des rapports sociaux, des influences propres à chaque biographie.

La sixième thèse de Marx sur Feuerbach, en affirmant que *“l'essence humaine dans sa réalité est l'ensemble des rapports sociaux”*, renvoie à ces différences entre individus :

- selon leur place dans la fratrie,
- selon leur itinéraire personnel.

De ce fait, l'impact de la conjoncture sur les fratries renforce les différences. La présence de plus en plus prégnante de la violence dans les rapports sociaux féconde peurs et angoisses ; celles-ci sont d'autant mieux traitées que l'individu a pu se renforcer psychiquement et moralement au contact de ceux qui ont contribué à sa socialisation. Bien évidemment, le contact social féconde une relation morale et psychologique formatrice et enrichissante, mais il ne faut pas omettre la vigueur du lien corporel avec les parents comme à l'intérieur de la fratrie. Dans un livre récent : *La revanche de la chair*, Dominique Memmi insiste sur ces nouveaux supports de l'identité que sont les contacts des corps. Après avoir incité les pères à couper le cordon ombilical, les mères à allaiter, puis valorisé le contact peau à peau du nouveau-né avec ses figures d'attachement, on réhabilite le corps comme support d'identité. La chair est heureusement réinvestie d'effets psychiques censés resserrer des liens vécus comme trop lâches, et le contact charnel vient fortifier des identités vécues comme trop flottantes. Tout se passe heureusement comme si certaines pudeurs, fruits de traditions pesantes, commençaient à tomber, pour laisser la place à la traduction,

dans les corps, de l'affection parentale et fraternelle.

Il n'est pas question pour nous d'ignorer des dérives perverses de ces mouvements et les ravages de l'inceste familial, encore trop sous-estimé ; mais ces crimes intrafamiliaux restent heureusement relativement rares, et le combat indispensable contre ces passages à l'acte ne doit pas faire oublier qu'une relation à l'intérieur de la famille a des aspects physiques qu'il faut savoir accepter et vivre dans la joie.

Le bénéfice d'une éducation réfléchie

Le lien avec ses frères et sœur se construit pas à pas dans un véritable processus de fraternisation (**tableau I**), sachant qu'aujourd'hui les enfants naissent avant tout par choix parental, et pas par accident.

Bien entendu, la grosseur de chaque enfant est unique ainsi que le projet d'enfant qui y est associé. Aussi, rien ne remplacera jamais le dialogue dans le couple sur le développement de chaque enfant. Comment ne pas souhaiter que chacun trouve sa voie ? L'individualisation, avec par exemple le choix d'un sport particulier, d'un loisir propre à chacun (qui n'exclut évidemment pas les loisirs communs) doit être encouragée.

Surtout, il est essentiel d'éviter la comparaison des résultats scolaires dans la fratrie, car elle ne peut engendrer que jalousies et frustrations, ou à l'inverse vanité et complexes de supériorité.

Cela dit, les réactions et les jugements des proches se ramènent souvent à des jugements de valeur comparatifs dont l'effet peut être délétère : grands parents, oncles et tantes, amis doivent faire l'objet d'une attention rigoureuse des parents, qui doivent savoir compenser des valorisations et des dépréciations arbitraires blessantes.

Tout cela se construit sur un temps long. L'éducation ne se fait pas en un jour ; ce qui importe, c'est la continuité dans les gestes éducatifs. Ce qui constitue chaque être, c'est le temps passé à se socialiser et dans ce domaine tout compte, notamment les modes de socialisation. La fraternité se vit au quotidien sur le temps long, et les rites familiaux marquent aussi le temps. Ils sont évidemment divers selon l'origine culturelle des familles, mais les fratries les vivent comme des moments forts. Ils nouent ou resserrent les liens (fêtes [religieuses ou non], anniversaire, naissance, mariage, décès...). Ces temps forts partagés donnent à la fratrie un substrat commun qui marque les mémoires. Évidemment, chaque individu dans la fratrie assume à sa façon échecs ou succès, difficultés ou bien-être.

Positif	Négatif
Aide à apprendre à se socialiser (moins de choc ensuite).	Problèmes/sentiments d'abandon (familles nombreuses) voire d'identité.
Partager les parents → lutte/ toute-puissance, aide à gérer les angoisses de séparation (solidarité, jeux).	Problèmes de parentification de l'aîné.
Conflits construisent identité.	Trop grande différence d'âge → dur (ou pas...).
Partage de doutes et de problèmes/ développement (étayage, repères) → séparation, maladie.	Un enfant a un problème → parents "tout à lui", risque de faux self.

TABLEAU I.

Il revient aux parents la gestion des conséquences inégales de conjonctures prégnantes. L'angoisse de séparation est de celle qui peut, non seulement altérer une atmosphère, mais aussi accentuer certaines fragilités. De ce point de vue, la parole est indispensable, et le point régulier de chaque parent (plutôt que des deux ensemble) avec l'enfant est plus que souhaitable. On peut penser à institutionnaliser des moments d'échange verbaux ou au moins veiller à en multiplier les occasions.

Les conflits à l'intérieur de la fratrie sont inévitables. Il faut donc les traiter par la parole en veillant à des échanges équilibrés. La différence d'âge des frères et sœurs doit bien entendu être prise en compte; mais systémiser cette question est à proscrire. En effet, s'il est des circonstances où seuls les "grands" sont partie prenante, on ne peut sous-estimer la frustration que cela peut provoquer chez les plus petits. Il peut être utile de subvertir, dans certaines occasions, les limites imposées aux plus jeunes, même si les plus vieux affirment qu'à cet âge eux n'avaient pas les mêmes droits. Ainsi, la "parentification" de l'aîné(e) n'a pas que des avantages. Si l'on peut y recourir, elle doit d'autant moins être systématisée que chaque individu est légitime à revendiquer son droit à l'enfance.

Enfin, il faut dire un mot de l'enfant unique. Bien souvent, il s'inventera une fratrie virtuelle et usera de toutes les possibilités laissées par les rencontres amicales ou familiales au sens large. Cette situation favorisera en général une ouverture à l'extérieur plus grande et une intellectualisation plus prononcée.

Rivalités fraternelles et jalousie

On ne choisit pas ses frères et sœurs: nous leur ressemblons en général, d'une façon ou d'une autre (même en

cas d'adoption ou de PMA, car nous sommes élevés ensemble), ce qui marque notre appartenance à la même famille. Ainsi, les mécanismes d'imitation et surtout d'identification sont à l'œuvre très tôt dans les fratries, permettant aux plus jeunes d'avoir envie de grandir et aux plus âgés de goûter les privilèges gagnés grâce aux processus d'autonomisation engagés.

Mais la rivalité est inhérente à cette relation du quotidien, et ce même si on a l'habitude de dire que "*l'amour parental ne se divise pas entre les enfants mais se multiplie!*" Elle reste constructive si elle est cadrée par les parents, et ne doit en aucun cas être évacuée, déviée ou évitée. En effet, elle permet de sortir de la toute-puissance infantile, d'expérimenter des conflits avant de les vivre en société, à l'extérieur de la famille et de plus facilement s'autonomiser en quittant une position de dépendance absolue aux parents (qu'on satisfait totalement!).

Là encore, la parole est essentielle dans l'affrontement des crises. Tous les conflits peuvent se parler à condition de les dédramatiser. Encore faut-il veiller à l'équilibre des locuteurs, chacun ayant la possibilité de dire sa vérité, mais l'obligation aussi d'écouter celle de l'autre.

Dans la fratrie, il est possible de s'appuyer sur les complicités, voire de les stimuler. De ce point de vue, tout évitement de compétition ou de concurrence facilitera la résolution des conflits. Penser la complémentarité de la fratrie est un enjeu d'autant plus important qu'elle se vivra aussi au moment d'un fort désaccord. Spontanément, l'expression de chacun sera alors recherchée. Il restera aux parents à veiller une fois de plus à un certain équilibre des parties, sans culpabiliser ni humilier, en permettant à chacun d'être respecté et de respecter les autres, pour le meilleur confort

narcissique de tous. En tout état de cause, l'équilibre parfait est impossible et souvent les blessures d'enfance ressortent au moment du décès d'un parent. Ce qu'on peut souhaiter, c'est que la frustration emmagasinée ne soit pas assez forte pour briser le lien fraternel. Certaines situations sont en ce sens fragilisantes: statut particulier d'un enfant (maladie, sexe fortement investi ou au contraire désinvesti par un parent, deuil pendant la grossesse, type de conception, etc.), rivalité fraternelle des parents avec leurs propres fratries, position conflictuelle des grands-parents, etc.

Aujourd'hui, les parents vivent assez vieux aux côtés de leurs enfants adultes, et on peut imaginer que ces blessures se parlent, permettant de revenir sur un passé mal compris donc mal digéré. Il n'est jamais trop tard pour parler les conflits d'hier.

Nouvelles familles ?

1. Le divorce et la recomposition

Bien entendu, le divorce n'est pas qu'un échec, mais il peut conduire un membre du couple à douter au point de voir chuter l'estime de soi. Chez l'enfant, la souffrance aura toujours du mal à se dire, et la recherche de l'échange verbal importe, sans pour autant qu'elle ne devienne un harcèlement. Par-delà la crise, l'essentiel est de viser l'équilibre à long terme et une relation pacifiée avec "l'ex". Il faut tout faire pour renforcer la solidarité de la fratrie originelle face à cette crise.

En cas de recomposition familiale (50 % des enfants de parents divorcés ont un beau-parent et, chez ceux-ci, 50 % ont à vivre avec les enfants de ce beau-parent) (Jousselle, 2008), il ne faut pas bousculer l'enfant pour installer une éventuelle nouvelle "fratrie": ces nouveaux liens mettent du temps à s'établir soli-

MISES AU POINT INTERACTIVES

dement. L'enfant hypersensibilisé guettera toute entorse au principe d'égalité, et les différentes histoires vécues par des fratries différentes provoqueront une sensation du "deux poids, deux mesures" qu'il faut tenter de résorber. Les cultures diffèrent, les traditions ne sont pas les mêmes, et le curseur entre ce qui est permis et ce qui est interdit n'est pas à la même place dans les deux familles. Tout devra être tenté pour éviter la paranoïa de l'enfant qui peut se croire maltraité dans la famille recomposée. C'est encore plus important avec l'enfant du nouveau couple qui, à peine né, se verra jaloué, même si au contraire – parfois – il devient le ciment des deux fratries.

La dualité des foyers, en cas de résidence alternée (ou "partagée") pourra être un élément de solution dans la mesure où l'enfant est convaincu de la possibilité pour lui de le vivre comme une richesse (Jousselle, 2008). C'est ici que la place des beaux-parents est importante. Ils peuvent être un facteur d'équilibre comme un prétexte à la victimisation. La qualité de leurs rapports à ces enfants, qui ne sont pas les leurs, est un facteur essentiel d'une maturation sereine de l'enfant.

En 1990, 20 % des enfants de moins de 9 ans ne vivaient plus avec leur deux parents, et 90 % d'entre eux vivaient chez leur mère (seulement 75 % aujourd'hui). De plus en plus, les juges familiaux se prononcent pour la résidence partagée (son choix a été multiplié par deux en 10 ans) même si ce mode de garde reste minoritaire en 2015 (1/6 des divorces), plus fréquent dans les milieux favorisés, quand les parents n'ont pas trop de conflits séquentiels, et peuvent garder des domiciles proches. Ce peut être la meilleure et la pire des choses, en fonction du regard porté par l'enfant sur ce double foyer et de la capacité des adultes à se réajuster et à faire des liens au quotidien pour assurer une continuité psychique à l'enfant.

Il y a évidemment deux univers différents à faire accepter, éventuellement une disproportion de moyens financiers à prendre en compte, mais l'essentiel est qu'une communication existe entre ces "deux mondes" qui ne doivent en aucun cas être clivés, et que l'enfant puisse circuler de l'un à l'autre sans trop de conflits de loyauté. Bien sûr, tout cela dépend de l'attitude de chaque parent vis-à-vis de l'autre foyer. Sa tolérance, son acceptation de la différence feront l'objet d'une attention presque méticuleuse de l'enfant, qui ne pourra que bien se porter de l'indulgence de chaque couple pour les différences de l'autre. Transformer en privilège le fait de pouvoir bénéficier de deux maisons est une piste à suivre. L'essentiel est l'écoute, la reconnaissance de la souffrance quand elle existe, le suivi de l'enfant, la découverte de son rythme propre face à ce nouvel équilibre, ce nouvel arrangement qui lui assure la chaleur de deux foyers et non le conflit de deux mode de vie.

2. L'homoparentalité

C'est un cas particulier face auquel les mêmes principes s'appliquent, en sachant qu'il existe des situations très diverses quant à la naissance et à la vie des enfants, ce qui ne peut qu'encourager à la prudence en termes de généralisation des éventuels problèmes rencontrés (union hétérosexuelle antérieure puis reconstitution en couple homoparental; adoption dans un couple homosexuel d'un enfant du même sexe ou d'un sexe différent que celui des parents; IAD [Insémination artificielle avec donneur] chez une femme d'un couple homoparental féminin, GPA [Gestation pour autrui] pour un couple homoparental homme, coparentalité décidée en amont entre deux couples homoparentaux de sexes différents, etc.).

Aujourd'hui encore, elle est parfois socialement difficile à admettre; mais

la loi sur le mariage homosexuel est venue témoigner de l'évolution des consciences. Même si elle n'est pas massive, l'homoparentalité progresse en nombre et son acceptation sociale avec. Là encore, il revient à chacun de nous de porter un regard serein sur cette évolution de la famille. Tout prouve que les enfants élevés par des couples homosexuels connaissent les mêmes difficultés que les autres. Ni plus ni moins. Là encore, tout dépend de la manière dont les problèmes se traitent par la parole et de la liberté laissée à chacun dans la famille. Il est clair qu'en aucun cas, la nature de la vie sexuelle d'un parent n'est pas une condition à son bon développement. Il est aussi assez évident que plus les grands-parents acceptent l'homosexualité de leurs enfants et leur désir d'enfant, plus l'enfant de couple homoparental sera reconnu par eux comme membre de la famille, moins il sera en risque psychologique.

Comment ici ne pas insister sur l'importance de la reconnaissance de chacun pour ce qu'il est? Axel Honneth a montré que, dans toute forme de communication à deux personnes, il existe une attente réciproque et préalable, d'être soutenu, reconnu par l'autre. En termes de théorie sociale, nous devons intégrer trois grands principes de reconnaissance qui gouvernent nos existences: l'amour, qui exprime la reconnaissance dans la sphère privée comme la famille; le droit, c'est-à-dire la reconnaissance des autres en tant que sujets détenteurs de droit (ce fut le fait de la loi sur le mariage homosexuel quoiqu'on en pense); enfin, le principe de l'estime sociale, qui implique de respecter et d'estimer les autres du fait de leurs contributions par leurs actes à la vie de la société. Axel Honneth, héritier de l'école de Francfort, a montré que la reconnaissance est une arme théorique pour ceux qui souffrent du mépris induit par les conditions de vie de notre temps. Et c'est notre cas à tous. Mais la fragilité de la parenté

homosexuelle implique plus encore cette reconnaissance qu'une partie de la société lui refuse.

Conclusion

Le fil rouge de notre point de vue reste la place de la parole dans les échanges intrafamiliaux. Une parole pleine de sens doit s'échanger aussi bien entre générations qu'à l'intérieur d'une fratrie. La famille souffre de non-dits, plus que de mauvaises paroles, ou de conflits. Cette parole ne vient pas spontanément : elle est le fruit d'un apprentissage incessant pour permettre à chacun de dire sa souffrance ou son mal-être. Maîtriser le langage pour lui permettre de refléter au mieux les états de la conscience de chacun est aussi le fruit d'un apprentissage culturel qui se déroule dans le temps long. Le langage a besoin d'être régulièrement enrichi pour rendre compte de la nuance affective que chacun veut faire passer et comment l'enrichir mieux qu'avec la lecture, l'écriture, le retour sur de grands textes qui peuvent former nos sensibilités et affiner nos sensations.

Les fratries ne peuvent que profiter du contact de chaque individu avec le patrimoine culturel. C'est la lecture, la réflexion et l'échange d'arguments qui socialisent chacun d'entre nous. S'il n'y a pas de recette pour vivre en famille, s'il n'y a pas de recette pour la paix des fratries, il y a un carburant indispensable au développement de ces liens, c'est la réflexion, la lecture, le temps consacré à la recherche du sens de nos vies. Là encore, il ne s'agit pas d'un contact froid et abstrait avec la pensée, mais de l'acquisition d'une compétence pour comprendre le monde qui nous entoure, plus particulièrement les êtres que nous fréquentons, et parmi eux les membre de notre famille et de notre fratrie.

Muni de ce viatique qu'est la connaissance, le plaisir du contact avec la littérature, on apprend à écouter la singularité de la voix de chacun, l'expression de son être au monde. On apprend à goûter le plaisir de l'échange, à déchiffrer le visage de l'autre. Emmanuel Levinas nous a alerté sur le million de significations dont le visage de l'autre est porteur. C'est toute une biographie qui s'inscrit sur ce visage qu'il faut

s'habituer à lire, fort de ce que la lecture et la réflexion nous ont appris. C'est dans la fratrie, au cœur de la famille, que cette introduction à l'altérité se pratique le plus efficacement. Elle débouche sur la construction d'hommes et de femmes... "véritables".

Pour en savoir plus

- HONNETH A. La Lutte pour la reconnaissance. Cerf, 2000 (traduction française de l'édition allemande de 1992, seconde édition allemande complétée en 2003).
- JOUSSELME C. Ils recomposent, je grandis ? Robert Laffont, Paris, 2008.
- JOUSSELME C, DELAHAIE P. Comment aider son enfant à bien grandir ? Milan, Paris, 2012.
- LEVINAS E. L'Éthique comme philosophie première. Paris, Rivages, coll. "Rivages poche", 1998.
- MARX K. Les Thèses sur Feuerbach préfacées par Georges Labica. (PUF) 2012.
- MEMMI D. La revanche de la chair. Paris, Seuil, 2014.
- THÉRY I. Le Démariage. Odile Jacob, 1993 ; prix de l'Académie des Sciences morales et politiques.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Capricare, formule infantile issue du lait de chèvre

Depuis août 2013, suite à un avis scientifique favorable de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), basé sur deux études cliniques réalisées sur Capricare, une nouvelle source de protéines est autorisée dans la composition des préparations infantiles : les protéines issues du lait de chèvre. Capricare est aujourd'hui la seule formule infantile à base de lait de chèvre à faire l'objet d'études cliniques publiées. L'objectif de ces essais, en double aveugle et contrôlés, a été de comparer la croissance des nouveau-nés en bonne santé nourris par une formule infantile issue du lait de chèvre à celle des nourrissons nourris par une formule infantile issue du lait de vache.

>>> Résultats sur la croissance : les taux de croissance (courbe de poids, taille et périmètre crânien) des enfants nourris par Capricare sont comparables à ceux des enfants nourris par une formule infantile issue du lait de vache.

>>> Résultats sur les nutriments : Capricare apporte naturellement les acides aminés essentiels et semi-essentiels en quantité optimale et suffisante et sans excès sans avoir besoin de rajouter des protéines de lactosérum.

Après avoir examiné les résultats de ces études cliniques, l'EFSA a conclu que le lait de chèvre est une source de protéines appropriée et peut être utilisé dans la composition des préparations pour nourrissons et laits de suite.

J.N.

D'après un communiqué de presse du laboratoire PediAct

QUESTIONS FLASH

Réduction embryonnaire et deuil périnatal, comment prévenir les conséquences ?

C. JOUSSELME

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université Paris-Sud, PARIS.
 Chef de service de la Fondation Vallée,
 Chef du Pôle universitaire, INSERM U 1178,
 GENTILLY.

Les réductions embryonnaires existent depuis les années 90, années durant lesquelles se sont développées les PMA (Procréation médicalement assistée).

L'intervention se fait généralement pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse, pour des grossesses multiples de 3 ou plus de 3 embryons. Elle a lieu pour que la grossesse se poursuive sans complication médicale grave, sociale ou psychologique. Généralement, l'intervention aboutit à une grossesse gémellaire. Le risque reste un avortement de la totalité des embryons, de plus en plus rare aujourd'hui étant donné les progrès médicaux.

Les enjeux psychiques maternels

Il y a peu d'études qui rendent compte des enjeux psychiques liés à cette pratique chez des femmes pour qui la vie et la mort sont réunies au même moment de leur vie, pendant leur grossesse.

Elles doivent faire face à des annonces en cascade : la guérison de leur stérilité puisqu'elles sont enceintes, ou de celle du couple (si c'est le mari qui est touché) ; le fait de porter plusieurs futurs bébés, ce qui est gratifiant ; et la

décision de réduction embryonnaire, avec un consentement pour donner la mort, alors qu'elles sont dans un mouvement psychique visant à donner enfin la vie.

Elles vivent deux paradoxes :

- Le premier reste en lien avec leur stérilité. Elles ont souvent un parcours de longues années de lutte contre celle-ci, et pourtant elles sont contraintes de prendre une décision d'avorter d'une partie de leurs embryons.

Parfois, elles vivent alors un fantasme de deuxième punition, comme si elles étaient sorties de la première punition de leur stérilité, mais retrouveraient le négatif, par le biais de l'obligation de la réduction embryonnaire. On retrouve ici une culpabilité intense, souvent liée à des imagos maternels rigides.

- Le deuxième paradoxe est celui de donner la vie à des bébés au détriment de celle d'autres bébés. Cela entraîne généralement chez elles une culpabilité intense, avec une terrible angoisse de fausse couche suite à l'intervention.

Souvent fragilisées par le long parcours de PMA ou de stimulation en raison de leur propre stérilité ou de celle du couple, l'intervention de réduction embryonnaire replonge ces femmes dans un sentiment d'infériorité, d'anormalité, ou d'injustice.

Une réalité

Pourtant, la plupart des femmes ne se posent pas trop de questions : elles disent souvent que leur décision *va de soi*, avec une certaine neutralité affective qui nous fait penser qu'elles ont une cruelle étape à passer, mais une étape qu'elles vivent comme obligatoire.

Certaines d'ailleurs disent très bien qu'elles n'ont pas le choix, leur mari

reprenant le même discours, les mêmes arguments médicaux.

L'intervention

C'est un moment critique, qui doit être bien encadré par une équipe médicale avertie. La plupart des femmes vivent une réelle tristesse, parfois des éléments dépressifs, expriment une culpabilité intense et une angoisse souvent importante par rapport aux bébés restants.

L'intervention se fait généralement sous anesthésie générale, ce qui facilite le vécu psychologique. Généralement, dans les semaines qui suivent l'intervention, on assiste à une diminution de l'état affectif critique des mères.

Beaucoup questionnent sur le choix des embryons éliminés : elles se demandent si ce sont les plus petits, les moins forts, les plus près du col de l'utérus. Ces fantasmes sont liés à la propre histoire de chaque femme et à celle du couple.

Un certain nombre continue à avoir une culpabilité par rapport à l'élimination, en évoquant surtout le fait que la décision serait prise pour leur confort personnel et non pour les bébés. Il faut une véritable "digestion psychique" pour accepter l'idée que la grossesse ne pouvait se poursuivre, sans risque, avec autant de bébés.

Conséquences plus tardives

Les femmes pensent souvent que leur grossesse reste une grossesse à risque. Certes, une grossesse gémellaire l'est un peu plus qu'une autre, mais elles ont souvent peur de ne pas assez se reposer, comme si elles avaient encore les autres bébés dans le ventre. Elles mettent progressivement à distance leurs affects négatifs, et se concentrent sur la vie des futurs bébés. Souvent pourtant, elles

demeurent inquiètes par rapport à eux et à leur santé.

Une fois les bébés nés

On assiste généralement à une période de réactivation douloureuse, véritablement à risque de dépression, ou de processus anxieux important. Les femmes expriment une certaine douleur morale et une culpabilité, liée à la perte des bébés absents. Les bébés du présent semblent rappeler ceux qui ne sont pas là, et elles se posent souvent des questions sur eux (aurait-il eu le même visage? Le même sexe?). Leurs inquiétudes pour les bébés nés sont importantes. Souvent, elles se posent également la question sur ce qu'elles devraient leur dire de ce qui s'est passé.

Plus tard

À 1 an, un tiers des femmes ressentent encore une tristesse et une culpabilité assez grandes par rapport à l'acte de réduction embryonnaire.

À 2 ans, elles sont pour la plupart apaisées. On peut noter qu'elles ont aussi moins de troubles anxio-dépressifs et moins de troubles relationnels avec leurs enfants que les mères de triplés. Il leur reste souvent une impression de soulagement, avec une petite tristesse quand on évoque l'acte de réduction.

Toutefois, la réduction embryonnaire ne provoque pas de risque accru pour la santé mentale au long cours des mères, même si elles ont une détresse psychique importante au départ qui nécessite un encadrement adapté.

Les enfants nés après réduction embryonnaire

Peu d'étude concerne ces enfants.

Beaucoup de parents craignent qu'ils ne vivent dans le secret, mais aussi qu'ils sachent, même si on ne leur dit pas ce qui s'est passé. Plus ce poids du secret est fort, plus il teinte la relation avec les enfants. Parfois, ils ont des troubles du sommeil et des angoisses de séparation très en lien avec les traces laissées par la réduction embryonnaire non élaborée par les parents.

Certains parents gardent des difficultés particulières lorsqu'ils sont en conflit avec les enfants. Ils pensent alors aux enfants qui ne sont pas nés et les idéalisent, pensent qu'ils auraient été meilleurs que ceux qui sont présents. Du coup, un syndrome du survivant peut se construire chez ces enfants si les parents n'arrivent pas à digérer leur décision au long cours.

Il existe des facteurs qui influencent le développement des enfants nés (**tableau I**).

Facteurs positifs → suivi plus court	Facteurs négatifs → suivi plus long
Force du couple.	C'est plus difficile pour les mères.
Bonnes conditions du geste : attitude du médecin (en amont de décision et pendant), personnel infirmier, cadre.	Mauvaises conditions du geste.
Responsabilité partagée de la décision avec le médecin.	Images écho vues.
Entourage positif.	Perte d'un des jumeaux ensuite → anxiété et surprotection du bébé restant.
Histoire personnel ++ mère (donc à explorer).	Histoire personnelle ++ mère.

TABLEAU I.

Conclusion

Les grossesses qui aboutissent à une réduction embryonnaire doivent être suivies sur un plan psychologique à plus ou moins long terme. Cela peut être fait par le pédiatre, parfois en lien avec un psychologue dont l'écoute permet "d'historiser" ce qui s'est passé, en lien avec l'histoire transgénérationnelle des parents.

Par ailleurs, la formation des médecins, notamment des échographistes, est importante pour qu'ils puissent préparer durant leur consultation, le suivi ultérieur.

Pour en savoir plus

- GAREL M *et al.* Effets psychologiques des réductions embryonnaires. De la prise de décision à 4 mois après l'accouchement. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1995;24:119-126.

Vivre sans fratrie, est-ce grave docteur ?

C. JOUSSELME

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université Paris-Sud, PARIS.
Chef de service de la Fondation Vallée,
Chef du Pôle universitaire, INSERM U 1178,
GENTILLY.

Les enfants uniques aujourd'hui sont un peu plus nombreux qu'autrefois. Actuellement, un certain nombre de femmes font des bébés plus tard en raison, par exemple, de leur investissement professionnel. On peut noter qu'en région parisienne, l'âge moyen de la première maternité est plus tardif qu'en région (33 ans pour 30 ans), qu'il y a aussi plus d'enfant unique (50 % contre 42 % en région).

Le choix d'avoir un bébé après 40 ans est souvent compliqué par des enjeux psychologiques (il est parfois difficile

QUESTIONS FLASH

de se “remettre dans les couches”) mais aussi sociale (la grandeur du logement), sans compter les difficultés propres à la biologie de chaque femme.

Par ailleurs, l'augmentation du nombre de divorces, laissant des femmes – plus souvent que les hommes – seules après, peut être un des facteurs qui renforce la naissance d'un enfant unique. Cependant, certaines familles font aussi un vrai choix en ce sens.

Les avantages

L'enfant unique partage plus de temps avec ses parents dès le début de sa vie. Il bénéficie aussi de plus d'adultes pour l'encadrer, avec un équilibre précoce plus facile dans ses relations avec ses parents. Mais évidemment, toute situation est particulière et, dans certains cas, ce colloque d'avantage singulier est particulièrement difficile.

L'enfant unique n'a pas non plus de conflit ni de jalousie avec des frères et des sœurs, ce qui est plus confortable pour son narcissisme. Il est aussi plus sollicité intellectuellement par des adultes, car même s'ils jouent, ils jouent en adultes et non comme des enfants, frères et sœurs du même âge. Par conséquent, l'enfant unique parle souvent plus tôt, s'identifie plus vite aux habitudes des adultes et, grâce à des facilités financières parfois plus importantes, pratique davantage d'activités extrascolaires enrichissantes. Cela peut aboutir à une certaine intellectualisation qui lui permet d'investir davantage dans la scolarité.

Les inconvénients

L'enfant unique ne peut pas expérimenter ses premiers conflits dans la fratrie, il doit le faire dans le *socius*, à la crèche ou l'école maternelle. Ainsi, il n'est pas étayé par des premières expé-

riences conflictuelles fraternelles, et ne bénéficie pas non plus de la richesse des jeux avec ses frères et ses sœurs pour s'adapter plus tard à ceux avec ses copains et copines de l'école.

L'enfant unique est aussi moins insouciant, car il est plus proche des adultes et se sent sans doute plus responsable d'eux. Souvent, il se permet moins d'exprimer son agressivité ou son impulsivité. Il a aussi moins de possibilité d'indentification à un aîné ou à un plus jeune, et reste pris dans ses identifications aux adultes, ce qui le conduit à vivre un conflit œdipien plus difficile.

Parfois, le fait d'être seul avec ses parents le pousse à penser qu'il est tout-puissant, et que ses parents attachent plus d'importance à l'amour qu'ils ont pour lui qu'à celui de leur couple. Cependant, il doit ne pas les décevoir et développe souvent un surmoi plus rigide.

L'enfant unique ne vit pas non plus le changement du corps de sa mère en lien avec une grossesse. Il ne vit pas l'arrivée d'un nouveau bébé, son maternage. Il ne découvre pas la haine de l'autre dans la fratrie, et les compromis que celle-ci amène à faire habituellement. Tout cela il devra l'expérimenter après, en dehors de sa famille. Il sera aussi davantage seul face à ses parents dans les conflits autour des limites, sans se sentir protégé par un étayage fraternel, une solidarité de fratrie.

Bien entendu, en cas de difficultés familiales ou en cas de séparation, l'enfant unique doit chercher d'autres adultes de référence pour s'appuyer sur eux. Pour toutes ces raisons, les enfants uniques recherchent généralement des relations amicales plus stables. Ils sont moins détachés que les autres enfants des liens amicaux, qui restent fondamentaux pour eux. Ils sont donc davantage exigeants, ce qui est sûrement positif mais aussi plus dangereux, les expo-

sant à une souffrance psychique plus importante que les enfants habitués aux conflits d'une fratrie.

Conclusion

Bien entendu, il ne faut pas caricaturer la position d'enfant unique. Elle a des avantages et des inconvénients. Les avantages sont sans doute à cultiver, mais dépendent aussi de la capacité de la famille à s'ouvrir sur les autres, à sa possibilité d'inviter des amis à la maison, de sortir, de voir d'autres familles, d'autres cultures.

Plus la famille se referme sur elle-même, moins elle a d'ouverture sur le monde, plus les enfants uniques risquent de se refermer sur une intellectualisation pas forcément positive, en restant pris dans un Œdipe particulièrement complexe.

Pour en savoir plus

- WINNICOTT DW. L'enfant et sa famille. Payot, Paris, 1984.

Place dans la fratrie, comment prévenir les difficultés ?

C. JOUSSELME

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université Paris-Sud, PARIS.
Chef de service de la Fondation Vallée,
Chef du Pôle universitaire, INSERM U 1178,
GENTILLY.

Les parents aujourd'hui peuvent choisir d'avoir plusieurs enfants. Par conséquent, lorsqu'un bébé arrive par accident ou si l'un des parents trahit l'autre en lui “faisant un enfant dans le dos”, les difficultés psychiques pour toute la famille sont souvent plus importantes qu'autrefois. Par ailleurs, si une véritable asymétrie existe entre les parents dans le choix de la grossesse,

l'enfant qui naît n'a pas la même place pour chacun des parents. Ainsi, son intégration à la fratrie sera compliquée.

Le processus de fraternisation

Le lien d'une fratrie est particulièrement important dans la vie, essentiellement quand des événements de vie compliquent le parcours de la famille (divorce, maladie d'un parent...).

Il représente en effet un véritable lien de continuité. Ce processus de fraternisation repose sur du temps partagé, qui amène des éléments positifs et négatifs.

Le lien fraternel

On ne choisit pas son frère ou sa sœur comme on choisit ses amis. Le lien est plus proche avec eux par ailleurs qu'avec des cousins. Parfois, les frères et les sœurs se ressemblent, ce qui permet des processus d'identification croisée renforçant ou, au contraire, rendant plus compliquée la quête identitaire de chacun (jumeaux par exemple).

On peut noter que les bébés réagissent différemment aux interactions avec leurs frères et sœurs et à celles qu'ils entretiennent avec des adultes.

Ainsi, ils peuvent déclencher chez leurs aînés des émotions positives qui renforcent un amour fraternel lequel généralement l'emporte au-delà des rivalités.

C'est le lien du quotidien partagé, qui peut entraîner des gestes symboliques forts comme offrir un jouet ou son doudou, ou donner le biberon pour soulager le plus petit. L'aîné généralement se sent toujours un peu en difficulté quand un bébé arrive; mais, en général, il finit par accepter assez vite ce nouveau venu.

La rivalité fraternelle

Elle est constructive, à partir du moment où les parents donnent un certain nombre de repères qui l'encadrent. En effet, les enfants doivent se respecter, au moins devant les parents, et ne pas se mettre les uns et les autres en danger. Finalement, les parents peuvent leur dire qu'ils ne sont pas obligés de s'aimer mais au moins de se respecter.

La rivalité fraternelle est un sentiment obligatoire, et il faut sûrement éviter de vouloir l'éviter! Il est par exemple évident que ce doit être les parents qui choisissent d'avoir un enfant, et qu'ils n'ont de ce fait pas à demander l'accord de leurs enfants. Il n'est pas question non plus de faire choisir le prénom à l'enfant aîné, ou de l'associer trop à des examens médicaux qui pourraient le rapprocher de façon inquiétante du corps maternel (échographie, accouchement, etc.).

Quand le bébé arrive, il ne faut sûrement pas dramatiser les mots d'enfant du frère aîné qui peuvent être agressifs. Ce n'est que petit à petit qu'il apprivoisera sa position d'aîné et qu'il apprendra à aimer son frère ou sa sœur.

Il faut sûrement aussi accepter les mouvements de régression de l'aîné, en lui montrant que, lui aussi, il a eu la même place que son frère ou sa sœur, en tant que bébé. Cela le rassure souvent et lui permet de reprendre son développement à son rythme.

Lorsqu'un deuxième enfant arrive, puis un troisième, une véritable fratrie se compose. Les parents doivent alors accepter la complicité entre enfants quand elle n'est pas forcément positive pour eux.

Ainsi, la fratrie pourra faire bloc contre les parents au moment où ils posent des limites. En tout cas, il faut avoir en tête qu'il n'existe pas d'espacement idéal

d'âge entre les enfants pour éviter la rivalité et favoriser la complicité.

Quand la rivalité fraternelle s'exprime, il faut sans doute la dédramatiser, sans la culpabiliser. Il faut permettre à chaque enfant d'exprimer sa particularité, tout en respectant celle des autres. Ainsi chacun bénéficiera d'un certain confort narcissique, qui lui permettra de trouver sa place.

Il est aussi important que les parents puissent marquer les différences d'âge en posant des limites différentes à chacun, ce qui donne au plus petit l'envie de grandir et au plus grand le plaisir de bénéficier de tous ses progrès. Ces limites sont sans doute plus difficiles à mettre aujourd'hui, notamment à propos des écrans et de la télévision qui sont très envahissants à tous les âges.

Lorsqu'un conflit éclate, il faut être proche et à l'écoute et aider les plus petits à s'en sortir sans trop exploser. Parfois, proposer des solutions permet de sortir du cercle vicieux.

Lorsqu'une jalousie pathologique s'installe, elle tranche de la rivalité habituelle. En général, elle aboutit à des bagarres sévères ou à des humiliations entre frères et sœurs. Très souvent, on retrouve chez les parents eux-mêmes des problématiques de rivalités fraternelles plus ou moins conscientes. Certains luttent pour ne pas les reproduire, d'autres au contraire les mettent en scène sans s'en rendre compte. Il faut alors replonger dans l'histoire transgénérationnelle, analyser le rôle des grands-parents pour aider la fratrie à retrouver une rivalité plus habituelle.

La place de certains enfants accentue cette possibilité, particulièrement quand ils sont malades, ou moins investis par un des parents, ou quand un deuil est intervenu pendant la grossesse. Les modalités de conception peuvent aussi être en cause.

QUESTIONS FLASH

Conclusion

La rivalité fraternelle est un sentiment normal et non pathologique. Elle peut être plus ou moins forte, chez un aîné quand il a été longtemps seul, dans une famille nombreuse où chacun ne trouve plus sa place, pour un deuxième lorsque le troisième l'écrase, et que le petit dernier est trop proche des parents.

Cependant, chaque situation reste tout à fait particulière, et le pédiatre doit montrer aux parents qu'il est normal qu'une rivalité fraternelle existe.

Quand ceux-ci en souffrent, il faut les aider à revisiter leurs enfances, et quand elles sont trop lourdes, les adresser à un psychiatre ou à un psychologue qui les aidera dans ce travail. Bien évidemment, dans toute fratrie, il faut respecter l'individualité de chacun en proposant des activités différenciées et rester attentive à la souffrance des enfants.

Pour en savoir plus

- JOUSSELME C, DELAHAIE P. Comment aider son enfant à bien grandir ? Milan, Paris, 2012.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Relations gémellaires : semblables ou identiques ?

J.-L. DOUILLARD

Psychologue clinicien, CH de Saintonge, SAINTES.

Nous vivons dans une société "à grande vitesse". Les rôles et les fonctions des uns et des autres, les structures familiales se sont diversifiés. Les rituels, les cadres éducatifs, les temps, les espaces, les outils

de communication sont aujourd'hui différents.

Le culte de la précocité, la société "de l'image et du paraître" sont autant d'accélérateurs pour les stades de développement des enfants. Tous ces changements suscitent de nouvelles représentations sur l'enfant dans sa famille, mais aussi de nouveaux processus éducatifs auxquels il est nécessaire de s'intéresser pour rester créatifs et adapter nos pratiques professionnelles à ces nouvelles réalités pédiatriques.

La question de la gémellité n'échappe pas, bien sûr, à ces évidences, puisque les fratries de jumeaux augmentent avec le temps du fait des performances médicales, des grossesses plus tardives et des traitements contre l'infécondité et les procréations médicalement assistées.

Nos représentations restent fortes sur cette relation particulière, sur la nature de ce lien difficile à définir et qui la plupart du temps nous fascine.

>>> **La construction de l'identité de soi** est donc conditionnée à l'autre, un autre de proximité dans les premiers mois de la vie, le plus souvent les parents mais aussi très vite les frères et sœurs. Les jumeaux ont "un truc en plus" ; cet autre soi ou autre de soi, tellement semblable parfois et tellement proche qu'il fait comme partie de soi pendant les premiers mois de la vie, indifférencié. Cette indifférenciation dure parfois un peu plus, comme le cas de Henri qui se mettait à pleurer quand son frère jumeau Paul se faisait gronder. Mais semblables ne veut pas dire "identiques".

R. Zazzo [1] écrivait que dès le début de la grossesse, même si les enfants partagent le même œuf et le même patrimoine génétique pour les "vrais jumeaux" – ou le temps de la grossesse dans l'espace partagé du ventre de leur

mère – "*ils ne forment pas une paire, mais bien un couple*", avec chacun ses émotions et sa personnalité, signes d'identités singulières.

Avec les mêmes identités génétiques, l'organisation de la vie psychique sera de toute façon singulière à chacun des enfants. C'est bien là tout le paradoxe ; on peut tout avoir de semblable à l'autre même jusqu'au patrimoine et aux empreintes génétiques pour les jumeaux monozygotes, mais on n'a jamais la même identité de soi, la même émotivité ou sensibilité, le même regard sur les choses, les mêmes envies, les mêmes désirs, les mêmes pensées ; on est donc jamais pareil !

Ainsi, il est nécessaire – et peut-être plus encore aujourd'hui puisque tout le monde doit se ressembler – de les singulariser, comme l'explique C. Joussemme [2] dans la façon dont on s'adresse à eux ou de les désigner, par exemple ne pas les appeler "les jumeaux" mais les nommer par leurs prénoms.

>>> **Le narcissisme primaire** se construit chez les jumeaux de façon plus solide. La nature et la qualité de leur lien nourrissent très tôt une estime de soi et des assises narcissiques plus précoces et plus stables sans doute, alimentées par cette relation privilégiée à un autre soi presque semblable. À tel point qu'ils communiquent souvent d'abord entre eux et parfois avec un langage secret ou tellement codifié qu'ils sont les seuls à connaître (ce que R. Zazzo a nommé la cryptophasie). Ils ont donc besoin de se socialiser et de diversifier leurs liens plus tard que les autres enfants. C'est comme cela le plus souvent, même si certains couples de jumeaux ou de jumelles racontent aussi qu'ils ont le souvenir d'avoir été pressés de se séparer et de s'autonomiser de l'autre tant la relation était forte et parfois aliénante.

Pour D. Winnicott, "*l'égoïsme primaire du bébé semble ne pas pouvoir exister*

chez les jumeaux”, et complète en identifiant que la fonction du jumeau pourrait se définir comme celle d’un objet transitionnel. Il écrivait aussi “*qu’un enfant n’existe pas sans ses parents*” [3]. Dans le cas de jumeaux, les enfants existent d’abord à travers l’autre semblable et proche, son double, avant de se construire dans le regard et la relation aux figures parentales.

Nous pouvons même aller jusqu’à penser que chacun des jumeaux se construit son propre moi interne que vient seconder ou compléter un “moi externe”, celui de l’autre soi, semblable et différent.

R. Zazzo parlait du “*Ministère des Affaires étrangères et Ministère de l’Intérieur*” [1] pour définir la fonction que chacun des jumeaux occupait alternativement au sein du couple au fur et à mesure des apprentissages.

L’expérience du “miroir” que chacun d’entre nous a pu vivre, quand on y pense, nous permet d’approcher un peu ce que peut être l’expérience gémellaire, alternativement troublante, amusante, fascinante, terrifiante à l’image de ce que Freud décrivait [4] de ce sentiment d’inquiétante étrangeté qui parfois nous envahit dans certaines circonstances de rencontre d’un autre, objet ou personne, si familier qu’il en devient étrange.

Cette grande proximité fait aussi que parfois certains jumeaux ont beaucoup de mal à se séparer, à mener chacun des vies très à distance ou même très différentes. Mais c’est un peu le cas pour chaque enfant très attaché à ses proches, la séparation est plus difficile; il faudra même de temps en temps “se déchirer”, entrer dans un conflit pour pouvoir se détacher tant on est “scotché” aux autres. Mais les jumeaux se déchirent rarement. Ils se séparent régulièrement, mais demeurent de toute façon presque toujours “connectés”, sans pour autant être “télépathes”.

Le rôle et les fonctions de parents de jumeaux sont souvent plus délicats à tenir. Cette parentalité particulière est plus éprouvante, physiquement autant que psychologiquement, surtout dans la première année de la vie des jumeaux qui demandent des soins “en double”, la même attention et donc beaucoup plus de temps.

Les parents ne sont pas toujours en mesure d’apporter aux 2 et encore moins aux 3 en même temps, comme le précise encore D. Winnicott: “*l’attention égale qu’ils aimeraient donner à chaque instant*” [4]. Ce sentiment de culpabilité, qui parfois envahit la maman ou le papa, n’est pas simple à ressentir et à aménager pour l’accepter sans trop se remettre en question. Au sein de la fratrie, ce n’est pas toujours facile non plus d’avoir 2 ou 3 frères ou sœurs qui, eux, sont jumeaux quand on ne l’est pas.

Mais à écouter les jumeaux, ce n’est pas non plus toujours facile d’avoir 1 ou 2 autre(s) “soi” semblable(s) “*à qui tout le monde nous compare tout le temps*”. “*Parfois, on aimerait bien aussi être dans une histoire d’enfant unique, juste pour voir ce que cela peut faire.*”

Pour conclure cet article, je reprends une phrase de R. Zazzo qui, en parlant des centaines de couples de jumeaux qu’il avait rencontrés dans sa clinique, disait “*Identiques au regard de la science, ces jumeaux n’étaient pas pareils*” [1].

Bibliographie

1. ZAZZO R. Le paradoxe des jumeaux. Stock, Paris, 1984.
2. JOUSSELME C, FAVRE J. Jumelles et uniques. O. Jacob, Paris, 2012.
3. WINNICOTT D. L’enfant et sa famille. Payot, Paris, 1991.
4. FREUD S. L’inquiétante étrangeté. Gallimard, Paris 1985.

Rivalité et jalousie fraternelle, normale ou pathologique ?

J.-L. DOUILLARD

Psychologue clinicien, CH de Saintonge, SAINTES.

Trouver SA place et s’y sentir légitime, la reconnaître dans le regard et les mots de ses parents, c’est LA quête essentielle que chaque enfant poursuit consciemment ou inconsciemment, et expérimente dans les relations avec ses frères et sœurs. Chaque enfant doit trouver les moyens de se sentir unique et singulier pour s’autoriser ensuite avec de la confiance en soi à se socialiser.

Il se construit dans la relation aux autres, et la rivalité fraternelle est constitutive de l’identité de soi, de l’altérité. À tout âge de la vie, cette rivalité est incontournable lorsque l’on partage des parents; elle est même parfois dure et peut devenir violente au détour de nouvelles ruptures de liens ou d’événements de vie qui réactivent d’anciennes blessures. On entend souvent dire que les places et les rôles de chacun sont plus difficiles à construire dans une famille qui se recompose. Mais, là encore, ce sont des idées reçues car ce n’est pas toujours le cas, bien au contraire certaines fois! On peut très bien s’entendre en même temps que l’on se construit pas après pas entre frères et sœurs dans une famille qui se recompose. Comme le dit C. Joussemme, les enfants ont les compétences pour s’adapter en toutes circonstances aux nouvelles réalités – même les plus douloureuses – si elles leur sont expliquées, et si les adultes ne sont pas trop fragiles dans ce qu’ils construisent ou reconstruisent [1].

La petite enfance, et particulièrement la période œdipienne, sont propices à

QUESTIONS FLASH

l'expression de cette rivalité. Ce sont des moments où les liens entre l'enfant et ses figures parentales sont les plus intenses et les plus éprouvés, souvent les plus éprouvants aussi. À ces moments charnières de la construction identitaire, l'arrivée d'un petit frère, la séparation des deux parents et l'alternance chez l'un et chez l'autre, la recomposition familiale et l'arrivée d'un autre enfant "demi" mais frère quand même, sont autant de moments difficiles à vivre et à exprimer par les mots. Les actes violents naissent parfois de cette impossibilité à faire de la place à un autre, comme cette petite fille dont parle M. Rufo qui lui expliquait : "Je veux un frère, mais je veux rester la plus petite" [2].

Le rôle de l'entourage est essentiel, les mots sont très utiles, mais les règles le sont aussi, et elles doivent être respectées par tous pour qu'elles ne soient pas trop transgressées. Ne pas toucher au corps de l'autre, se respecter dans les mots autant que dans les gestes sont autant de bonnes limites qu'il faut savoir énoncer et faire respecter par chacun. On ne s'aime pas pareil, et d'ailleurs on n'est même pas obligé de tout le temps s'aimer. On peut vivre ensemble, partager une même identité familiale et ne pas s'aimer, à partir du moment où chacun respecte quand même le territoire identitaire de l'autre. Cette notion de territoire est importante, surtout dans les fratries recomposées où il faut arriver à construire une relation tout en gardant ce qui est fondateur pour chacun de son histoire d'avant ! D'ailleurs, on peut aussi s'attacher très fort.

La recomposition familiale expose un peu plus l'enfant "du milieu" qui, d'une part, en voyant arriver un "grand" dans la recomposition familiale, perd "son statut d'aîné" et récupère en même temps celui de petit frère ou de petite sœur ! Le chemin qui consiste à se reconstruire une nouvelle place et à s'y

sentir bien prend plus de temps. C'est à chacun des parents de veiller à ce que chacun puisse y arriver sans trop de dommages. Pour cela, il est important de proposer des espaces de parole pour chacun (individuels, singuliers) et aussi ensemble (collectifs, partagés) et de ne pas intervenir tout le temps pour régler les conflits entre les enfants. Il faut trouver le juste compromis entre les laisser se débrouiller et servir de tiers lorsque les choses débordent, comme l'explique F. Peille [3].

Le plus souvent, la rivalité et les jalousies fraternelles se résolvent à l'adolescence, dans ce moment difficile mais nécessaire du processus pubertaire qui pousse à la socialisation, à l'autonomisation et à l'individuation ; à condition cependant de ne pas confier trop la responsabilité des plus petits aux plus grands ! Les espaces et les liens extérieurs se diversifient, les liens au sein de la famille s'éprouvent et se réaménagent avec la distance, un petit frère ou une petite sœur "encombrant(e)" dans le quotidien nous manque parfois terriblement lorsqu'on est loin l'un de l'autre ; c'est tout le paradoxe de l'amour.

Il y a malgré tout des situations où les actes peuvent devenir violents, voire très violents, entre frères et sœurs, comme le décrivait déjà il y a longtemps L. Corman, psychiatre nantais qui est aussi à l'origine du magnifique test projectif pour enfants (*Patte Noire* [PN]) [4].

Dans ces situations toujours très dures à "contenir" et apaiser, un tiers extérieur est souvent nécessaire, médecin généraliste, pédiatre, pédopsychiatre ou psychologue. Quand les conflits deviennent trop durs et que nous n'arrivons plus à être des médiateurs "contenants" pour chacun des enfants concernés par le conflit, il faut se faire aider ; et dans ces situations qui nous envahissent et qui font du mal à tout

le monde, le plus tôt est certainement le mieux.

Bibliographie

1. JOUSSELME C. Ils recomposent, je grandis. Robert Laffont, Paris, 2008.
2. RUFO M. Relations fraternelles, une maladie d'amour. Fayard, Paris, 2002.
3. PEILLE F. Frères et sœurs, chacun cherche sa place. Hachette, 2005.
4. CORMAN L. Psychopathologie de la rivalité fraternelle. E. Dessart, Bruxelles, 1970.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Adoptions : quelles spécificités pour les liens fraternels ?

G. DELAISI DE PARSEVAL

Psychanalyste, PARIS.

Les liens entre les enfants adoptés au sein d'une même fratrie sont depuis longtemps étudiés et connus. Ce qui est moins analysé, c'est la variété des histoires d'adoptions des frères et sœurs, surtout depuis la banalisation des familles recomposées, et encore davantage depuis le recours à la FIV (Fécondation *in vitro*).

L'infertilité est par ailleurs une souffrance existentielle qui est de moins en moins supportée de nos jours par les couples. Et l'adoption est, on le sait, un parcours long et difficile. De ce fait, nombre de futurs parents tentent à la fois un parcours médical d'AMP (Assistance médicale à la procréation) tout en menant leurs démarches d'adoption. Plusieurs enfants sont ainsi susceptibles de composer une fratrie : des enfants adoptés, des enfants conçus par AMP avec ou sans dons de gamètes, sans compter les premiers enfants du couple conçus naturellement, et sans

oublier évidemment les enfants que l'un ou l'autre des membres du couple a pu avoir d'une précédente union. On assiste ainsi à des familles complexes où la souplesse de fonctionnement est de rigueur de la part des parents, mais aussi chez ceux qui les écoutent et les aident !

Dans mon expérience clinique, j'ai par exemple suivi une famille dans laquelle une petite fille est née par PMA (Procréation médicalement assistée) avec don d'ovocyte quand le fils aîné du couple, 8 ans, avait été conçu de manière classique. Cas fréquent de nos jours où les femmes ont leur premier enfant à 30 ans, le second étant plus difficile à concevoir car les mères moins fertiles à 35 ans¹. D'où le recours au don ou à l'adoption (depuis 1976, l'adoption est ouverte aux parents "d'enfants biologiques"). La réaction de l'aîné du couple cité a été symptomatique de ces nouvelles fratries. Il a demandé à ses parents : "Est-ce que cette petite sœur fait partie de la famille ?" Ce qu'il exprime en fait c'est le travail d'adoption au sens large – les contours de famille – que les frères et sœurs doivent faire devant un inconnu, que celui-ci vienne de l'étranger, d'un don anonyme, ou du froid...

Dans une autre famille qui avait adopté une petite fille, les parents se sont déçus, quelques années après son arrivée, à ce qu'on transfère chez la mère deux embryons congelés datant d'une FIV qui avait échoué, bien avant l'adoption. Des jumeaux sont nés, mais un travail d'adoption a dû être accompagné, à la fois de la sœur vis-à-vis de ces bébés et des parents soucieux de "ne pas faire de différence". On peut multiplier les exemples de ces familles adoptives d'un "troisième type"... Autant de situations à risques psychiques potentiels. Mais il n'existe pas de causalité linéaire entre

atypie de constitution d'une famille et pathologie.

En Occident, la parenté se décline dans le cadre d'un triptyque qu'on peut cerner ainsi : "le nom, le sang, le quotidien". Mais cet ordre varie suivant les lois... et le fonctionnement mental de chaque famille. Il n'y a pas – ou plus – de dogme de la "bonne famille".

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Furonculose récidivante : faut-il traiter la fratrie ?

V. HENTGEN

Service de Pédiatrie, Centre hospitalier de Versailles, LE CHESNAY.

Les furoncles ou folliculites aiguës sont caractérisés par une infection de l'appareil pilosébacé de la peau. Habituellement, cette infection est liée à certaines souches de staphylocoque doré (*S. aureus*), produisant des toxines nécrisantes dont la plus connue est la leucocidine de Pantan-Valentine. L'infection débute par une induration chaude et douloureuse évoluant vers une suppuration, laissant place à une cicatrice déprimée. En cas de récurrence fréquente et atteinte de plusieurs follicules pilosébacés de la peau, on parle de furunculose récidivante. Ces infections cutanées répétées peuvent laisser des cicatrices inesthétiques, et ont souvent un retentissement psychologique important, d'autant plus que cette affection touche surtout l'adolescent et l'adulte jeune.

Du point de vue physiopathologique, la furunculose récidivante correspond à des réinfections répétées et non à des

récidives d'une infection insuffisamment traitée. Il faudra donc s'appliquer à chercher et traiter les facteurs favorisants de cette réinfection pour pouvoir aider efficacement le patient.

Le portage chronique d'un staphylocoque doré producteur de toxines nécrisantes peut être en cause dans ces réinfections, ce qui motive un traitement de tentative d'éradication de ce portage dès la deuxième récurrence : administration de mupirocine crème dans les narines en même temps que le traitement antibiotique par voie générale. On préférera aux antistaphylococciques classiques un antibiotique antistaphylococcique avec une action antitoxinique, type clindamycine, pour augmenter les chances d'éradication de portage. De même, il faudra s'appliquer à traiter efficacement les maladies chroniques de la peau, type eczéma atopique, qui sont un facteur favorisant de la folliculite récidivante.

En cas de récurrence malgré un tel traitement correctement effectué, il faudra s'attacher à dépister dans l'entourage (fratrie, parents) les porteurs chroniques de staphylocoque doré qui sont souvent la source des réinfections. Le portage peut être dépisté par simple écouvillonnage nasal pour culture ou PCR. Les animaux domestiques ainsi que certaines surfaces inertes (poignée de porte) peuvent aussi être à l'origine des réinfections.

Il est recommandé de traiter tous les porteurs chroniques de staphylocoque doré de l'entourage du patient. Néanmoins, dans le contexte actuel des résistances bactériennes, il est déconseillé d'administrer des antibiotiques à un porteur sain : un traitement local avec lavage au savon, changement de vêtements et de linge, nettoyage des surfaces inertes et administration nasale de mupirocine crème est suffisante si elle est appliquée de manière concomitante à tous les membres de la famille.

¹ Délais de Parseval G. *Voyage au pays des infertiles*. Éd. Odile Jacob, 2014.

QUESTIONS FLASH

Précautions vaccinales autour d'un enfant immunodéprimé

V. HENTGEN

Service de Pédiatrie, Centre hospitalier de Versailles, LE CHESNAY.

Les enfants immunodéprimés sont exposés à un risque accru d'infections sévères responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes. La prévention de ces infections repose entre autres sur la vaccination. Néanmoins, la vaccination en cas d'immunodépression nécessite certaines précautions, notamment contre-indique de principe l'utilisation des vaccins vivants atténués en raison du risque de survenue de maladie vaccinale. Malgré cette contre-indication, l'enfant immunodéprimé est particulièrement à risque de développer des infections sévères. Il est donc indispensable qu'il soit exposé le moins possible aux infections potentiellement graves.

Une des stratégies pour diminuer son risque infectieux est de vacciner son entourage. Les vaccins inertes administrés à l'entourage ne posent aucun problème pour l'enfant immunodéprimé. En revanche, il faudra prendre certaines précautions avec les vaccins vivants atténués. En effet, les souches vaccinales atténuées gardent une faible virulence, et peuvent donc être transmises dans certaines conditions à un hôte immunodéprimé.

En pratique, en France c'est le vaccin contre la varicelle qui est le plus concerné. Effectivement, il est recommandé de vacciner l'entourage d'un enfant immunodéprimé par le vaccin contre la varicelle (recommandation HCSP, 2012). Or, les deux vaccins com-

mercialisés en France sont produits à partir de la même souche vaccinale : la souche OKA. Leur principal effet secondaire est l'apparition d'une éruption diffuse chez 5,5 % des patients après la première dose vaccinale et chez 0,9 après la deuxième dose vaccinale. Le délai d'apparition de cette éruption est de 5 à 26 jours après l'injection. Pendant cette phase d'éruption cutanée, il existe un risque théorique de transmission de la souche vaccinale à l'immunodéprimé avec un risque encore plus théorique de varicelle vaccinale. La contagiosité de cette éruption vaccinale est proportionnelle aux nombres de lésions cutanées.

En pratique, la littérature ne retrouve que quelques descriptions exceptionnelles de cas de transmission de la souche vaccinale à un patient immunodéprimé sévère (quelques cas décrits en post-greffe de moelle et chez des patients avec un déficit immunitaire combiné sévère). Aucune complication sévère n'a été retrouvée – même chez ces patients sévèrement immunodéprimés avec une maladie varicelleuse vaccinale secondaire – et leur évolution était simple dans tous les cas décrits. Pour limiter ce faible risque de transmission du virus vaccinal, il est recommandé qu'en cas de rash post-vaccinal, d'éviter tout contact avec le patient immunodéprimé.

Le test VIH dans la fratrie d'un patient séropositif

V. HENTGEN

Service de Pédiatrie, Centre hospitalier de Versailles, LE CHESNAY.

Une question très épineuse concernant l'information de la fratrie se pose lorsqu'on découvre une séropositivité VIH chez

un enfant, et si cette séropositivité résulte d'une transmission materno-infantile. Tous les enfants de la même mère sont à risque d'être séropositifs. Il est donc du devoir du médecin qui prend en charge l'enfant séropositif de s'assurer que tous les enfants de la fratrie soient testés à leur tour. Or, cette recommandation simple se heurte parfois à des réticences de la part de la mère qui a peur que son propre statut soit révélé à cette occasion à ses enfants. De plus, certains parents souhaitent cacher la maladie à leur enfant, même si elle les touche directement.

Afin de convaincre les parents de la nécessité de tester tous leurs enfants, il faut connaître et leur faire part de quelques chiffres : en l'absence de traitement ciblé en péri- et postnatal, le risque de transmission verticale du VIH est d'environ 20 %, et monte jusqu'à 40 % en cas d'allaitement maternel. Le taux de transmission est influencé par des facteurs obstétricaux, du statut immunitaire de l'enfant (prématurité) et des facteurs du tractus gastro-intestinal de l'enfant (diarrhée...). Il est important de se rappeler que, chez environ la moitié des enfants contaminés, l'infection reste asymptomatique pendant de longues années, et qu'un examen clinique normal n'exclut donc pas la séropositivité.

Concernant la nécessité ou non d'informer l'enfant de la pratique du test, la question est plus complexe. Elle dépend en partie de l'âge de l'enfant : en pratique, chez le tout-petit, l'information ne sera relayée qu'aux parents mais non à l'enfant, et le test ne sera effectué qu'après accord des parents. L'adolescent en revanche devrait connaître les détails de son état de santé pour optimiser sa prise en charge.

En effet, la loi du 4 mars 2002 du Code de la santé publique, article L1111-5, stipule que *“les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information*

et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité". Or, l'âge de 11-12 ans correspond au stade de la pensée formelle. Après cet âge, la majorité des enfants sont capables de comprendre les raisons des actes médicaux, et ils méritent donc une explication sur les explorations entreprises. Dans le cadre du VIH, cette attitude se heurte au droit au secret médical de la mère de l'enfant.

La seule solution, en l'absence de recommandations officielles sur le sujet, est donc de convaincre les parents de la nécessité de parler des examens effectués à leur adolescent en leur montrant les conséquences néfastes d'une non-information (non-adhérence au traitement notamment). Cette attitude est confortée par une étude anglaise qui démontre que la majorité des adolescents connaissent le statut de séropositivité de leurs parents, même si les parents sont persuadés que cela n'a jamais été évoqué au sein de leur famille (Eisenhut *et al.* *HIV Med*, 2008).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Comment gérer les sorties de maternité en cas de grossesse multiple ?

L. CAEYMAEX

Pédiatre néonatalogue
Service de Médecine néonatale, Centre hospitalier intercommunal de CRÉTEIL.

En 2013, la France a compté 13 433 accouchements gémellaires dont 197 de triplés et 7 de quadruplés (source: INED). On assiste depuis 20 ans à une augmentation de

grossesses gémellaires, liée à un accès à la procréation médicalement assistée et à l'âge plus avancé des femmes. Il est apparu depuis longtemps que la grossesse gémellaire est associée à un risque de mortalité et morbidité périnatale plus élevé de deux à trois fois en comparaison avec la grossesse simple [1, 2]. Les grossesses sont plus compliquées avec, pour les enfants, davantage de retards de croissances intra-utérins et de naissances prématurées, et pour la mère un taux plus élevé de césarienne et d'hémorragie du *post-partum*.

Le devenir psychique des mères de jumeaux ou multiples a été associé à un risque de dépression maternelle 1,8 fois plus élevé à 5 ans de l'accouchement, en comparaison avec des mères de *singletons* [1, 3], ce risque étant encore plus élevé en cas de naissance triple ou de perte d'un jumeau [4]. Le stress et l'anxiété parentale sont plus importants ainsi qu'une instabilité émotionnelle et une fatigue, après la naissance mais aussi dans les années suivantes [5, 6].

La naissance multiple est aussi associée plus fréquemment à des difficultés intra-familiales, avec des difficultés d'attachement parent-enfant plus fréquentes ainsi qu'une insatisfaction au sein du couple [7]. Dans ce contexte, une mère ayant accouché des jumeaux doit être accompagnée afin de s'assurer avec elle que la sortie de maternité offre des conditions satisfaisantes.

La prévention de la fatigue, le soutien familial et de couple constituent des éléments déterminants pour le vécu des femmes ayant des jumeaux. Ce vécu est fortement lié au stress de devoir s'occuper en même temps de 2 enfants, qui ont les mêmes besoins, souvent au même moment.

L'alimentation des bébés dans les premières semaines ou premiers mois est source d'une préoccupation permanente pour beaucoup de mères.

Anticiper les spécificités des jumeaux dès la période anténatale

L'anticipation des difficultés et l'organisation de solutions possibles pour aider les parents au domicile commence idéalement dès avant la naissance. Une étude a montré qu'un accompagnement anténatal par une sage femme avec un programme spécifique de soutien des parents de jumeaux avait la possibilité d'améliorer le bien-être postnatal de la mère et sa confiance en elle dans les 6 premiers mois après l'accouchement [8].

En France, les associations Jumeaux et Plus offrent un soutien concret et efficace aux (futurs) parents de multiples. Représentées dans tous les départements de France, elles donnent accès à des informations utiles et permettent d'anticiper les spécificités d'une maternité/paternité de jumeaux. La possibilité existe de rencontrer des parents de l'Association la plus proche, dans des maternités avant la naissance, même sans y faire le suivi de la grossesse. S'inscrire en ligne permet d'anticiper l'arrivée des enfants, de se préparer aux difficultés d'organisation, d'avoir accès à de l'aide matérielle (location de poussette, etc.) et de connaître les droits spécifiques des parents de multiples, mis à jour régulièrement (congé maternité allongé, davantage de souplesse pour le congé parental et congé paternité allongé). Après la naissance, le forum et les conseils ou livrets permettent de se sentir moins seul(e), moins incompris(e) et d'avoir des idées et des adresses pour se faire aider, y compris la nuit. Les conseils de parents à parents sont souvent précieux.

Le rôle du pédiatre : aider concrètement la mère à se faire aider

>>> La sortie de maternité peut être pensée avec les parents afin de favoriser

QUESTIONS FLASH

des premières semaines harmonieuses : proposer une sortie en Hospitalisation au domicile (HAD) pour les enfants nés prématurément ou hypotrophes peut être utile, car cela évite aux parents de devoir sortir de chez soi pour les pesées, et permet d'avoir des conseils personnalisés au domicile. Même sans HAD, la pesée par la PMI au domicile est une proposition intéressante pour les mêmes raisons de facilité. Le stress parental sera atténué par l'avis d'un professionnel sur la prise de poids et les conseils en matière d'alimentation, d'ictère ou de sommeil.

>>> **Les aides de jour et de nuit :** anticiper et s'adapter. Le plus important en anténatal, ou lors de la sortie de la maternité, est d'aider les parents à organiser le retour à la maison. Un des rôles du pédiatre consiste à expliquer aux familles qu'une aide de jour mais aussi de nuit pourra s'avérer utile, sans que cela ne doive être vécu comme une démission parentale ou un échec à s'occuper soi-même de ses enfants. Il est utile aussi d'expliquer aux parents qu'il faudra peut-être s'adapter à la situation : l'aide de la famille ou de la belle-famille, initialement prévue, peut se révéler très positive et soutenante ou, à l'inverse, compliquée avec un ressenti négatif ou une difficulté à confier ses bébés, ou à accepter l'investissement exclusif d'une personne de la famille. Des alternatives possibles à l'organisation initiale peuvent être anticipées.

Contactez la Caisse d'allocation familiale (CAF) avant ou lors la sortie de maternité peut être une démarche intéressante afin de connaître ses droits en matière d'aides au domicile et de réfléchir en connaissance de cause avant d'être submergée. Une aide au foyer la journée est facilitée par la CAF selon le département et le quotient familial. Le **tableau I** donne un aperçu et des exemples des aides possibles, toujours variables selon la situation familiale et le lieu de résidence. Aucune aide la nuit n'est rendue possible par la CAF, mais les parents pourront trouver par des associations, des personnes habilitées à s'occuper d'un des enfants la nuit, qui seront rémunérées à l'heure.

>>> **La présence du père :** elle est déterminante lors de la sortie de la maternité. Commencer l'aventure ensemble, c'est – pour la mère – se sentir plus sécurisée et savoir qu'on peut s'appuyer sur quelqu'un. Pour le père, c'est commencer à tisser un lien avec chacun des bébés. C'est aussi l'occasion de partager en couple des souvenirs rigolos. Présent dans les premières semaines après le retour de la maternité, le père saisira mieux par la suite les enjeux d'une aide au domicile, car il aura vécu la situation. Pour permettre cette participation effective du père, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant, qui est un droit ouvert à tout salarié, quelle que soit l'ancienneté ou la nature du contrat, est allongé en

cas de grossesse multiple (maximum 18 jours consécutifs – samedi, dimanche et jours fériés compris – toujours non fractionnable).

(<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/votre-conge-de-paternite-et-d-accueil-de-l-enfant/votre-conge-de-paternite-et-d-accueil-de-l-enfant.php>).

En pratique, il est important que le père ait anticipé en prévenant son employeur par lettre recommandée au moins 1 mois à l'avance de son absence.

>>> **Soutenir l'allaitement :** *“Pendant que je donnais le sein à l'un, l'autre pleurait : j'étais stressée de n'avoir pas assez de lait. J'étais épuisée : l'allaitement prenait beaucoup de temps ; j'arrêtais le sein pour consoler l'autre... j'étais mal.”*

L'allaitement maternel est possible, il peut être réalisé de manière exclusive si la mère le souhaite. Des études montrent que l'allaitement peut être compliqué ou au contraire simple avec des jumeaux. Des conseils adaptés doivent être donnés qui permettront de faciliter la réussite de l'allaitement [7].

Au début de l'allaitement, il est possible de proposer les deux seins à chaque bébé, ce qui est faisable car une nouvelle tétée stimulera un nouveau réflexe d'éjection du lait. Une fois

Aides au foyer	Dénomination ancienne	Aide au financement	Spécificités
Technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF)	Travailleuse familiale	Caisse d'allocations familiales Exemple : jumeaux = max. 200 heures sur une période de 12 mois Exemple : triplés = max. 300 heures sur une période de 18 mois Tarif préférentiel calculé selon le quotient familial et le département	Activités ménagères et familiales auprès de la mère ou du père Exemple : surveillance et soins ou éducation des enfants, tâches ménagères
Auxiliaire de vie sociale (AVS)	Aide-ménagère		Aide pour accomplir des tâches quotidiennes non éducatives

TABLEAU I.

l'allaitement installé, un seul sein suffira le plus souvent, mais en alternant (soit par jour, soit si un des enfants boit moins facilement, par tétée). Alternier le sein droit et gauche pour chaque bébé (en notant sur une feuille) est alors bon, car un sein n'a pas la même production que l'autre. Changer de sein permet d'équilibrer la production de chaque sein. Donner simultanément le sein aux 2 enfants est possible mais pas obligatoire. L'important est de pouvoir faire attendre l'autre enfant durant la mise au sein du premier. Pour cela, les bras du papa sont le meilleur remède dans les premiers temps. La tétine est parfois discutée, avec ses avantages (calme l'enfant) et ses inconvénients (altère parfois la capacité de succion au sein) [9]. Certaines mères relatent leur difficultés liées à la volonté d'un allaitement exclusif alors que le biberon se révèle parfois inévitable: bébé trop petit, troubles de la succion, prise de poids insuffisante, mère épuisée, père au travail...

Soutenir et accompagner l'allaitement, c'est aussi autoriser à donner le lait autrement qu'au sein la nuit, une fois l'allaitement installé. Il est utile d'anticiper l'arrêt de l'allaitement des jumeaux avec la mère: il est parfois rendu difficile par la production importante de lait qui continue à couler.

>>> **Repérer l'épuisement, la dépression et l'isolement progressif de la mère. Comme le dit une mère:** "Il travaille et se lève la nuit." "Je n'ai pas de temps pour moi. J'ai des troubles du sommeil; je dors mal. Ils pleurent beaucoup. Je suis épuisée." "La famille, je ne veux pas qu'elle me voie comme ça!" "Je me sens seule et isolée."

La reprise du travail par le père peut être le début d'une période difficile pour la mère. L'accumulation progressive quasi inévitable de la fatigue physique liée au manque de sommeil ou aux réveils, ou petites maladies

des deux enfants – et psychique, liée au stress de devoir assumer seule la maison, les enfants, parfois les aînés – mène souvent à l'épuisement. La mère peut se trouver rapidement dans une situation de solitude et de débordement.

Ce moment doit donc être préparé, et quelques actions concrètes peuvent être proposées par le pédiatre: l'utilité de la PMI doit être soulignée aux parents comme un espace pour parler, poser des questions, se sentir écoutée. Le suivi permet aussi de rassurer concrètement les parents sur la croissance pondérale et l'éveil des enfants, d'accompagner l'alimentation et le sommeil. Les bras sont nécessaires: ceux du père et ensuite d'une personne de la famille, ou d'une aide à domicile.

Les consultations chez le pédiatre dans les semaines après la sortie sont l'occasion de peser les enfants, de les examiner, de repérer un ictère, de vérifier l'éveil de chacun des bébés, d'examiner les hanches. Mais une des tâches du pédiatre est aussi de s'enquérir explicitement de l'état de santé, de fatigue et de l'état psychique de la maman afin de prévenir l'épuisement et les signes de dépression ou, à défaut, de le repérer.

Ce n'est pas tout de rassurer une femme sur le caractère "normal" de la fatigue ressentie. Il s'agit de réfléchir ensemble à des stratégies pour y remédier: se faire aider, dormir dès que possible et trouver un lieu, une personne à qui parler. Il est nécessaire de réfléchir ensemble: comment essayer de gagner une demi-heure de sommeil la nuit? Est-ce que vous sollicitez bien le papa? Qui peut venir vous aider? Qui dans la famille, une TISF? Expliquer la marche à suivre pour avoir accès à une aide partiellement prise en charge financièrement peut être indispensable pour certaines familles. L'aide d'une personne la nuit peut aussi être envisagée de manière régulière ou ponctuelle; elle ne sera pas prise en

charge par la Caisse d'allocation familiale. À raison d'une nuit par semaine pendant les premiers mois, cela permet parfois de poursuivre l'allaitement ou simplement de trouver un vrai repos de manière régulière.

Conseiller à la mère de rencontrer avec ses bébés la psychologue de la PMI est utile aussi. Une mère épuisée doit être revue régulièrement avec ses bébés. Si elle ne dort plus, ne se nourrit pas bien, perd du poids ou a l'air débordée ou passive, ou encore si elle réagit mécaniquement et semble sans affects, une consultation chez un (pédo)psychiatre peut s'avérer nécessaire; mais cela ne remplacera pas la continuité essentielle et bienveillante du suivi de la famille par le pédiatre.

Bibliographie

1. THORPE K, GOLDING J, MCGILLIVRAY I *et al.* Comparison of prevalence of depression in mothers of twins and mothers of singletons. *BMJ*, 1991;302:875-878.
2. GEISLER ME, O'MAHONY A, MEANEY S *et al.* Obstetric and perinatal outcomes of twin pregnancies conceived following IVF/ICSI treatment compared with spontaneously conceived twin pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014;181:78-83.
3. BRYAN E. The impact of multiple preterm birth in the family. *BJOG*, 2003;110: 24-28.
4. SHEARD C, COX S, OATES M *et al.* Impact of a multiple, IVF birth on post-partum mental health: a composite analysis. *Hum Reprod*, 2007;22:2058-2065.
5. GLAZEBROOK C, SHEARD C, COX S *et al.* Parenting stress in first-time mothers of twins and triplets conceived after in vitro fertilizations. *Fertil Steril*, 2004;81:505-511.
6. BEN-ARI O, FINDLER L, BENDET C *et al.* Mothers' marital adaptation following the birth of twins or singletons: empirical evidence and practical insights. *Health Soc Work*, 2008;33:189-197.
7. DAMATO EG. Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. *Adv Neonatal Care*, 2004;4:274-291.
8. CARRICK-SEN DM, STEEN N, ROBSON SC. Twin parenthood: the midwife's role: a randomised controlled trial. *BJOG*, 2014;121:1302-1310.
9. CİNAR ND, AVUR TM, KOSE D *et al.* Breast-feeding twins: a qualitative study. *J Health Popul Nutr*, 2013;31:504-509.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

QUESTIONS FLASH

La fratrie de l'enfant TDAH

O. REVOL

Service de Neuropsychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, Hospices civils de Lyon, BRON.

La fratrie d'un enfant porteur de TDAH¹ est confrontée à un curieux paradoxe. Ce frère turbulent, qui coupe la parole, plombe l'ambiance et déborde d'énergie présenterait un handicap ?

C'est pourtant le message que le médecin doit transmettre à la famille de l'enfant agité pour éviter les malentendus et restaurer une cohabitation harmonieuse.

Le TDAH : une maladie chronique à repérer rapidement

Classée dans le DSM 5² parmi les troubles du développement, le TDAH est une affection chronique fréquente (5 % des enfants), qui associe à des degrés divers trois types de symptômes : hyperactivité motrice, déficit d'attention et impulsivité (**tableau I**).

TDAH Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité
<ul style="list-style-type: none"> ● Une triade syndromique <ul style="list-style-type: none"> – hyperactivité – déficit d'attention – impulsivité ● Des symptômes moins connus <ul style="list-style-type: none"> – intolérance aux frustrations – procrastination

TABLEAU I.

Des recommandations récentes de la Haute Autorité de santé (HAS) insistent sur le rôle du médecin de premier recours dans le repérage précoce du TDAH (**tableau II**). L'enjeu est d'importance car le retentissement du TDAH sur son environnement est plus délétère que d'autres maladies infantiles [1].

Le médecin de premier recours, un acteur clé dans le repérage (HAS, 2015)

- Par sa connaissance de l'enfant, le médecin de premier recours (le médecin généraliste, le pédiatre), est l'interlocuteur de confiance pour la famille.
- Lors d'une ou de plusieurs consultations, le médecin va étayer les hypothèses et éventuellement établir un prédiagnostic de TDAH en s'intéressant à la souffrance de l'enfant, son contexte social, son processus d'apprentissage et ses relations au sein de la famille.

TABLEAU II.

L'enfant TDAH dans sa fratrie, comme un paratonnerre... (fig. 1)

1. Un impact familial souvent péjoratif

L'enfant porteur de TDAH est difficile à supporter pour l'entourage. Une étude originale confirme cette impression clinique³. L'ambiance familiale serait perturbée dans 79 % des cas, et 2/3 des fratries estiment que la cohabitation avec un frère TDAH est difficile. Pire, cette constatation dépasse le cadre des simples conflits fraternels, car 40 % des frères et sœurs se déclarent également inquiets pour leurs parents.

Ce retentissement est majeur dans les formes combinées, lorsque l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention sont

associées. Chaque syndrome est alors une source potentielle de désagréments et stigmatise l'enfant, affublé de casquettes peu gratifiantes. L'hyperactivité est épuisante, et l'enfant est considéré comme "bruyant" (*noisy sibling*⁴). L'inattention rend ses réactions "imprévisibles" (*unpredictable sibling*) tandis que l'impulsivité déclenche beaucoup "d'agacement" (*annoying sibling*).

Ces trois caractéristiques altèrent la qualité des relations fraternelles, qui sont plus souvent conflictuelles que chaleureuses.

2. Des manifestations spécifiques

Les frères et sœurs de TDAH présentent les symptômes décrits dans les fratries d'enfant malade (troubles de l'humeur, anxiété...), auxquels s'ajoutent des spécificités liées aux caractéristiques du TDAH. On retrouve des conflits familiaux plus sévères que dans les autres maladies chroniques. Les frères et sœurs présentent plus de difficultés



FIG. 1: Comme un paratonnerre...

1 Trouble Déficit d'Attention avec Hyperactivité.

2 Diagnostic and Statistic Manual. 5^e édition, 2013.

3 Étude EMPATHIE : décrire et évaluer le retentissement du TDAH des enfants d'âge scolaire sur la fratrie et les parents, sur 126 enfants TDAH de 6 à 18 ans, dont 86 % de garçons.

4 Le mot anglais *sibling* n'a pas de traduction et qui signifie à la fois "frère" et/ou "sœur".

scolaires car l'ambiance à la maison est peu studieuse [2].

Dans tous les cas, les relations fraternelles sont chaotiques, épuisantes, imprévisibles, avec des réactions de colère et de jalousie. Les frères et sœurs supportent mal que l'atmosphère familiale soit tributaire du TDAH (*"C'est lui qui décide de l'ambiance"*), et ils se plaignent de ne pas oser recevoir leurs copains.

Les récriminations de la fratrie sont teintées de reproches. Le frère ou la sœur reproche à l'enfant TDAH son impulsivité, aux parents leur laxisme, et se reproche à lui-même son incapacité à contenir les débordements.

Le retentissement du TDAH sur la fratrie est bien établi. Son intensité dépend du tempérament des enfants, de la capacité parentale à s'adapter et de certains facteurs propres à la maladie. La comorbidité avec un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) aggrave le tableau clinique et amplifie son retentissement. Le comportement opposant met le feu aux poudres et augmente l'intensité des conflits.

La place dans la fratrie semble être un facteur aggravant quand l'enfant TDAH est l'aîné. Les plus jeunes risquent d'imiter les comportements perturbateurs. Leur jalousie est plus intense car l'aîné sollicite plus encore l'attention parentale.

Mais avoir un frère ou une sœur TDAH n'est pas toujours délétère.

3. Un impact positif

Peu d'études rapportent un éventuel impact positif sur la fratrie. Kendall

et al. [3] évoquent l'aspect valorisant pour les plus jeunes lorsqu'il leur est demandé de prendre soin de l'aîné. Ce rôle protecteur serait une source de maturité et une motivation pour simplifier la vie des parents.

Le meilleur facteur d'apaisement est lié à la qualité de l'accompagnement de la famille.

Rôle du pédiatre : conseils ordinaires pour gérer un frère ou une sœur "extraordinaire"⁵

Face à l'explosivité des situations, la guidance familiale est fondamentale. Des prises en charge formalisées comme les groupes d'entraînement de parents⁶ sont des outils précieux, mais réservés à certains centres spécialisés. Au quotidien, la mission du pédiatre est triple : informer, guider et orienter.

>>> **Informer** la famille et la fratrie sur les caractéristiques du TDAH. En rappelant, schéma à l'appui, qu'il s'agit d'un dysfonctionnement neurologique : *"Ton frère est comme une formule 1 qui a toutes les options, sauf les freins..."*

>>> **Guider** en proposant des stratégies pour apaiser l'ambiance [4]. Utiliser la famille comme "cothérapeute" permet d'inverser la tendance : *"Ton frère ne le fait pas exprès... Il doit juste apprendre à canaliser son énergie. Tu peux l'aider..."* Des conseils simples pour apprendre à contrôler l'impulsivité sont souvent efficaces⁷.

>>> Orienter le patient vers une équipe spécialisée dans le TDAH, si un traitement doit être discuté. Sans négliger les autres formes d'accompagnement qui

doivent être associées au médicament (psychothérapie, psychomotricité...). Et proposer un soutien psychologique au frère ou à la sœur qui semble en difficulté.

Conclusions

Avoir un frère ou une sœur TDAH est un exercice compliqué, qui devient tolérable dès que cette particularité est expliquée, le plus sereinement possible. Le calme est contagieux...

Le médecin doit savoir dévoiler la face cachée du TDAH. Et si le handicap de leur frère (sœur) était une chance ? Une chance pour eux, qui ont appris – dans la douleur – à gérer l'ingérable. Une chance pour lui si toute la famille l'aide à transformer cette énergie – excessive certes, mais créative et renouvelable – en une force subtile.

*"Tout ce que nous connaissons de grand nous vient des nerveux. Ce sont eux qui ont fondé les religions et composé les chefs-d'œuvre. Jamais le monde ne saura tout ce qu'il leur doit, et surtout ce qu'eux ont souffert pour le lui donner..."*⁸

Bibliographie

1. DE BERGEYCK H. La fratrie d'enfants TDAH. Mémoire neuropsychologie. UCL, Bruxelles, 2009.
2. COGHILL D *et al.* Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2008;2:1-15.
3. KENDALL J. Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Family Process*, 1999;38:117-136.
4. Revol O. On se calme. JC Lattès, 2013, 265 p.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

⁵ "Amazing sibling".

⁶ Méthode Barkley, importée par Marie-Claude Sayag, à l'hôpital Robert-Debré.

⁷ "Stop, think and go", "Time out"...

⁸ Marcel Proust, 1919. *À la recherche du temps perdu*.

QUESTIONS FLASH

“Conflits sans faim” L’adolescente anorexique : quelles conséquences pour la fratrie ?

O. REVOL

Service de Neuropsychopathologie de l’Enfant et de l’Adolescent, Hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, Hospices civils de Lyon, BRON.

Vivre avec une sœur anorexique est une épreuve douloureuse. L’anorexie mentale est une maladie angoissante et culpabilisante pour l’entourage. Pourtant, les frères et sœurs des jeunes anorexiques ont été longtemps ignorés par les pédo-psychiatres, quand la tendance était de stigmatiser les familles et de préconiser l’isolement.

Des publications récentes [1] insistent sur l’importance d’accompagner les frères et sœurs, voire de les mobiliser en tant qu’acteurs de la prise en charge.

L’anorexie : une affection complexe

Cette conduite de restriction alimentaire volontaire, responsable d’un amaigrissement et d’une aménorrhée, concerne des filles de plus en plus jeunes. Elle débute souvent de façon insidieuse, chez une enfant sans problèmes apparents (ni parents à problèmes!).

Le diagnostic est fréquemment retardé, car certaines caractéristiques de l’anorexie mentale sont rassurantes et valorisantes pour la famille (bons résultats scolaires, pratique sportive intensive, rareté des conduites à risque...). De fait, la maladie avance masquée, et les frères et sœurs sont

souvent les premiers à remarquer les modifications du comportement alimentaire.

Des causes multiples et intriquées

L’origine de l’anorexie mentale est mal définie, et associée à des degrés divers des facteurs prédisposants (génétiques, biologiques), des facteurs précipitants (puberté, traumatisme, séjour à l’étranger, régime...) et des facteurs perpétuants (rôle de la dénutrition, impact familial).

Il est logique de penser qu’à un moment donné la perte de poids devient une solution à un mal-être individuel et/ou familial dont personne n’avait conscience.

En donnant à l’adolescente l’illusion d’une autonomie dont elle se sent totalement incapable, la maladie répond à son sentiment d’insécurité, et règle (temporairement) son problème d’estime de soi.

Il n’est donc pas étonnant que la situation reste figée tant que la place de la maladie dans la dynamique familiale n’est pas abordée [2].

Des relations fraternelles affectées

La palette d’expériences émotionnelles repérées dans la fratrie est variée et semblable aux autres affections chroniques : angoisse, culpabilité, rancœur, jalousie, conflits de loyauté...

Mais dans le cas de l’anorexie, la sévérité de la maladie et son impact particulièrement violent sur les parents incitent les frères et sœurs à mettre en place rapidement des stratégies adaptatives originales, décrites par Solange Cook-Darzens [3] : L’enfant “autruche”

fuit la vie familiale et fait “comme si de rien n’était”, le “kangourou” protège, le “tigre” se confronte et critique, l’enfant “parfait” tente de renarcissiser toute la famille et enfin, chacun à leur manière, le “rebelle” et l’enfant “malade” se rappellent au bon souvenir de leurs parents (**tableau I**).

- L’enfant autruche
- L’enfant rhinocéros
- L’enfant kangourou, ou pseudo-parent
- L’enfant parfait
- L’enfant rebelle
- L’enfant malade

TABLEAU I : Anorexie de l’adolescente : retentissement sur la fratrie (Cook-Darzens S. Approche familiale des troubles du comportement alimentaire, 2014).

Des informations pertinentes

L’impact de l’anorexie sur la fratrie est joliment illustré au travers de témoignages éloquentes colligés dans un document belge d’information [4].

Les enfants évoquent sans détour un “bouleversement de la vie familiale”, des émotions trop fortes et invivables, un sentiment d’impuissance et la gêne que suscitent les moqueries.

La même brochure propose à la fratrie une information objective, qui devient le premier temps de la prise en charge.

Trouver les mots justes permet d’éviter les malentendus (“*ta sœur ne souhaite pas te blesser, mais son état de dénutrition l’empêche de raisonner normalement*”), de déculpabiliser (“*tu n’es pas responsable, même si tu l’as su avant tes parents...*”) et de mobiliser des frères et sœurs qui peuvent devenir des alliés dans la prise en charge (“*tu as le droit de ne pas tout accepter et de lui poser des limites claires*”) (**tableau II**).

- Personne n'est responsable de l'anorexie : ni ta sœur, ni tes parents, ni toi... C'est une vraie maladie dont les causes sont multiples.
- La maladie peut s'aggraver malgré tes efforts.
- Elle ne souhaite pas te blesser.
- Ta sœur ne guérira pas du jour au lendemain...
- Ta mission n'est pas de soigner ta sœur.
- Son comportement désagréable est dû à sa maladie.
- Ne mélange pas ta sœur et sa maladie.
- Ta vie continue. Ne te prive pas de loisirs, elle se sentirait coupable.
- Reste optimiste. J'ai connu beaucoup de jeunes filles anorexiques qui vont bien...

TABLEAU II : Ce que la fratrie doit savoir (Simon Y. Guide pour la fratrie d'un enfant souffrant d'un trouble alimentaire, 2010).

Conclusion

Informé, soutenu et guidé, la fratrie permet à chaque enfant de se préserver psychologiquement. Intégrer les frères et sœurs dans la prise en charge est sans doute un élément clé de la résilience. L'enjeu est de restaurer des liens fraternels sains et d'éviter l'épuisement qui menace dangereusement les familles confrontées à ces "histoires sans faim".

Bibliographie

1. NOËL L, DE MAYNADIER L. La fratrie de l'enfant anorexique. *Arch Pédi*, 2014;21(10).

2. REVOL O. J'ai un ado mais je me soigne. J'ai Lu, Bien-être, 2013. 284 p.
3. COOK-DARZENS S. Approche familiale des troubles du comportement alimentaire. Eres, 2014. 412 p.
4. SIMON Y. Guide pour la fratrie d'un enfant souffrant d'un trouble alimentaire. Recherche-Action Fonds Houtman, MIATA, 2010

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Diplôme universitaire Obésité de l'enfant et de l'adolescent

Directeur de l'enseignement: Professeur P. Tounian

Programme

Cours théoriques portant sur :

- la physiopathologie de l'obésité,
- l'épidémiologie de l'obésité,
- la prise en charge clinique et thérapeutique de l'obésité,
- les aspects psychosociaux et diététiques de l'obésité,
- la prévention de l'obésité.

Ateliers pratiques d'analyse et de discussion de cas concrets.

Organisation

80 heures d'enseignement d'octobre à juin, à raison d'une ou 2 journées par mois.

Droits

Tarif étudiant ou médecins Repop : 495 €*
Tarif normal : 690 €*
* + droits universitaires

Financement possible par les organismes de formation continue.

Validation

Examen écrit de 2 heures (coefficient 3) – Examen oral de 15 minutes (coefficient 1)

Renseignements

Mme C. Vaubourg, Secrétaire du Pr P. Tounian – Service de Nutrition pédiatrique
Hôpital Trousseau – 26, avenue du Dr Arnold-Netter – 75571 Paris Cedex 12

Tél. : 01 44 73 64 46 – Fax : 01 44 73 62 28 – charline.vaubourg@trs.aphp.fr – Site Internet : <http://nutritiongastro-trousseau.aphp.fr>

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

L'administration d'azithromycine dans les premières semaines de vie est-elle associée à un risque augmenté de sténose du pylore ?

Eberly M *et al.* Azithromycin in early infancy and pyloric stenosis. *Pediatrics*, 2015;135:483-488.

La sténose hypertrophique du pylore (SHP) du nourrisson est plus fréquente chez les garçons premiers-nés et dépend de facteurs génétiques et environnementaux. Il y a une dizaine d'années, une association a été décrite entre SHP et administration d'érythromycine orale dans les 15 premiers jours de vie. Actuellement, un autre macrolide – l'azithromycine – a tendance à remplacer l'administration de l'érythromycine, notamment chez le nouveau-né, en prophylaxie ou traitement d'une infection à *Bordetella pertussis*.

Le but du travail était d'évaluer l'existence d'une éventuelle association entre l'exposition à l'azithromycine orale en période néonatale et le développement d'une SHP.

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant recensé entre juin 2001 et avril 2012, à partir d'un registre de santé, des données concernant la prise d'une antibiothérapie par érythromycine, azithromycine et céphalexine dans les 90 premiers jours de vie. Le diagnostic de SHP avec réalisation d'une pylorotomie dans les 3 premiers mois de vie était retrouvé grâce au codage des diagnostics.

Sur les 1 074 236 enfants nés durant la période d'étude, 1 902 ont reçu de l'érythromycine et 4 875 ont pris de l'azithromycine. Une augmentation de la prise de ce dernier antibiotique était observée aux dépens du premier au cours du temps. Au total, 2 466 enfants ont présenté une SHP (incidence de 2,29 pour 1 000), 17 (dont 14 garçons) sur les 1 902 ayant pris de l'érythromycine (incidence de 8,94 pour 1 000) et 8 garçons sur les 4 875 ayant consommé de l'azithromycine (incidence de 1,64 pour 1 000).

Ainsi, les nourrissons exposés à l'érythromycine dans les 90 premiers jours de vie avaient un RR de 3,94 ([2,44-6,36] $p < 0,001$) de développer une SHP, alors que ceux exposés à l'azithromycine avaient un RR de 0,71 ([0,36-1,43] $p = 0,34$). Comme l'âge médian de présentation d'une SHP était de 34 jours et l'âge moyen lors de la prescription des macrolides de 49 jours, les nourrissons ont été classés selon l'âge d'exposition aux antibiotiques. Ainsi, sur les 148 enfants ayant consommé de l'azithromycine dans les 14 premiers jours de vie, 3 ont développé une SHP avec un OR de 8,26 ([2,62-26] $p < 0,001$). Pour les enfants âgés de 15 à 42 jours, 5/729 ont eu une SHP avec un OR de 2,98 ([1,24-7,20] $p = 0,015$). Aucune association significative n'était notée entre la prise de céphalexine et la survenue d'une SHP.

Ce travail confirme qu'il existe un risque significativement plus élevé de développer une SHP après la consommation d'érythromycine orale en période néonatale. Cette association est également retrouvée avec l'azithromycine, essentiellement lorsque l'exposition a lieu dans les 14 premiers jours de vie. Même s'il existe des limites liées au caractère rétrospectif de l'étude avec un biais possible de faux diagnostics de SHP, il convient d'être vigilant, notamment chez les garçons, sur la survenue éventuelle d'une SHP dans les 6 semaines suivant le traitement.

Existe-t-il une relation entre la sévérité des symptômes d'un reflux gastro-œsophagien et les lésions histologiques chez l'enfant ?

Quitadamo P *et al.* Gastroesophageal reflux in young children and adolescents: is there a relation between symptom severity and esophageal histological grade? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2015;60:318-321.

Un reflux gastro-œsophagien (RGO) pathologique pourrait affecter jusqu'à 3 % de la population générale. Les principaux symptômes chez l'enfant de plus de 2 ans sont des régurgitations et/ou vomissements répétés, une mauvaise prise de poids, une irritabilité, un pyrosis ou douleur rétrosternale, une dysphagie, une odynophagie ou encore des signes respiratoires avec une toux ou un stridor. La corrélation entre les symptômes et les lésions histologiques reste débattue dans la littérature pédiatrique et difficilement évaluable en l'absence de scores cliniques validés jusqu'en 2012.

L'objectif du travail était de rechercher une relation entre la sévérité des symptômes présentés et les lésions histologiques œsophagiennes. L'objectif secondaire était de rechercher une relation entre l'élargissement des espaces intercellulaires de l'épithélium œsophagien et la sévérité des signes cliniques.

Des enfants âgés de 2 à 17 ans, ayant eu une fibroscopie digestive haute entre janvier 2012 et juillet 2013 pour une symptomatologie de RGO, ont été inclus. Les enfants présentant une pathologie neurologique ou métabolique ainsi que ceux ayant pris un traitement antiacide dans les 15 jours précédant l'endoscopie ont été exclus. Les patients inclus (ou leurs parents selon l'âge) ont rempli un questionnaire validé sur la qualité de vie, mesurant l'impact du RGO sur les activités de la vie quotidienne et la scolarité en fonction des symptômes (score de 0 à 40). Quatre biopsies du bas de l'œsophage étaient réalisées, la classification histologique de Yerian-Fiocca s'échelonnant de 0 (muqueuse normale) à 8 (œsophagite sévère) était établie par deux anatomopathologistes. Les patients présentant des critères histologiques d'œsophagite à éosinophiles ont été exclus.

164 enfants (90 garçons, 74 filles) ont été inclus avec un âge moyen de 123 ± 49 mois. Les symptômes les plus courants étaient une douleur rétrosternale (66,9 %), des régurgitations (15,8 %) et des vomissements (13,7 %). Le score moyen du questionnaire clinique était de 11,3 et le score moyen d'œsophagite de 2,64. Selon la classification de Yerian-Fiocca, 37,2 % avaient une muqueuse normale, 28 % une œsophagite modérée et 34,8 % une œsophagite sévère. Aucune corrélation n'était retrouvée entre les scores cliniques et histologiques ($r = 0,05$; $p = 0,48$). L'âge et le genre n'étaient pas reliés à un score clinique ou histologique. En ne prenant en compte que les enfants présentant des douleurs rétrosternales, aucune corrélation positive n'était retrouvée entre la sévérité des symptômes et l'histologie ($r = 0,03$; $p = 0,754$). Les espaces intercellulaires étaient normaux dans 28 % des cas, modérément dilatés dans 47 % et très

dilatés chez 25 % des patients. Aucune association n'était retrouvée entre la dilatation des espaces intercellulaires et la sévérité des symptômes.

Cette étude prospective montre qu'il n'existe pas de corrélation entre la sévérité des symptômes cliniques et les lésions histologiques de l'œsophage, même en classant les patients selon les symptômes présentés. La dilatation des espaces intercellulaires de l'épithélium œsophagien, suggérée pour être un marqueur précoce des lésions de la muqueuse, n'est pas non plus corrélée à la sévérité des signes cliniques.

J. LEMALE

Service de Gastroentérologie et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

Diplôme universitaire

Nutrition de l'enfant et de l'adolescent

Directeur de l'enseignement: Professeur P. Tounian

Programme

Allaitement, laits infantiles, diversification, carences nutritionnelles
Obésité, maigreur, dyslipidémies, troubles du comportement alimentaire
Besoins nutritionnels, évaluation de l'état nutritionnel, dénutrition, assistance nutritionnelle, sécurité alimentaire
Spécificités de la nutrition du nouveau-né, de l'adolescent et du sportif
Allergies alimentaires, maladie cœliaque
Prise en charge nutritionnelle des troubles digestifs

Organisation

80 heures d'enseignement de novembre à juin,
à raison de 6 sessions de 2 jours consécutifs par mois.

Droits

Tarif étudiant: 560 €*
Tarif normal: 790 €*
* + droits universitaires

Financement possible par les organismes de formation continue.

Validation

Examen écrit de 2 heures (coefficient 3) – Examen oral de 15 minutes (coefficient 1)

Renseignements

Mme C. Vaubourg, Secrétariat du Pr P. Tounian – Service de Nutrition pédiatrique
Hôpital Trousseau – 26, avenue du Dr Arnold-Netter – 75571 Paris Cedex 12

Tél.: 01 44 73 64 46 – Fax: 01 44 73 62 28 – charline.vaubourg@trs.aphp.fr – Site Internet: <http://nutritiongastro-trousseau.aphp.fr>

Une formule AR brevetée*
associant caroube et fermentation

BÉBÉ EXPERT
Anti-Régurgitations 1 & 2

N°1 en
prescription⁽¹⁾



Efficacité démontrée **⁽²⁾

- Nombre moyen de régurgitations par jour divisé par 3,5
- Amélioration des symptômes en moins de 5 jours en moyenne
- Une efficacité démontrée en pratique quotidienne pour 96 % des pédiatres et 94% des mamans

Effet bénéfique observé **⁽²⁾

- Amélioration de la qualité de vie du nourrisson⁽³⁾
- Anxiété des mamans : score moyen divisé par 2⁽⁴⁾

BÉBÉ EXPERT Anti-Régurgitations 1 et 2 : Aliments destinés à des fins médicales spéciales

* Brevet n° EP2418969B1 publié au Bulletin 2013/10. - ** Sur la formule 1^{er} âge - (1) Étude menée par Repères entre le 22 avril et le 20 mai 2014 auprès de 200 pédiatres français - (2) Observatoire ARSEN (Approche des Régurgitations Sévères du Nourrisson) : enquête de pratique professionnelle réalisée en France métropolitaine, en 2013, auprès de 160 pédiatres de ville. 250 nourrissons âgés de 0 à 6 mois, nés à terme, ont été inclus, pour régurgitations sévères (≥ à 4/jour) ou persistantes sous formule épaissie à l'amidon, et pris en charge avec BÉBÉ EXPERT AR1. Médecine & Enfance, oct. 2014, n°8, vol. 34. - (3) Qualité de vie du nourrisson, évaluée par le pédiatre comme « bonne » ou « très bonne » dans 36,4 % des cas à V0 et dans 90,8 % des cas à V1, au bout d'1 mois de consommation de Bébé Expert AR1. - (4) Score moyen d'anxiété des mamans, évalué par le pédiatre à 6,8/10 lors de l'inclusion à V0, puis à 3,5/10 à V1, au bout d'1 mois de consommation de Bébé Expert AR1.

AVIS IMPORTANT : Le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson : il est le mieux adapté à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'une formule infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement.

DOCUMENT RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LABORATOIRE
Gallia