

Le billet de A. Bourrillon

Pot de verts contre pot de fer

Dis-moi ce que tu ne manges pas ou du carême au véganisme

Plaies cutanées et cicatrisation chez l'enfant

Déficit en fer entre 6 et 12 mois : la faute aux desserts lactés ?

Diagnostic précoce des troubles du spectre autistique

Migraine de l'enfant : stratégie thérapeutique



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. Jousseme, 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. Parez, 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. Oudry, M. Meissel

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

PUBLICITÉ

D. Chargy
C. Poussin (assistante)

RÉALITÉS PÉDIATRIQUES

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75 540 Paris Cedex 11
Tél. 01 47 00 67 14, Fax: 01 47 00 69 99
info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Imprimerie: L'Ormont
88100 Saint-Dié-des-Vosges
Commission paritaire: 0127 T 81118
ISSN: 1266 - 3697
Dépôt légal: 4^e trimestre 2022

Sommaire

Octobre 2022

n° 260

BILLET DU MOIS

- 3** La maladie et la personne.
Histoire d'une rencontre
A. Bourrillon

TRIBUNE

- 5** Pot de verts contre pot de fer
P. Tounian

REVUES GÉNÉRALES

- 6** Dis-moi ce que tu ne manges pas
ou du carême au véganisme
A. Burtcher
- 17** Plaies cutanées et cicatrisation
chez l'enfant: l'essentiel
A. Maruani
- 20** Intérêt d'un diagnostic précoce
des troubles du spectre autistique:
étude comparative entre des centres
de proximité et un centre expert
M. Taveira, C. Jousseme, F. Cazard,
K. Deiva
- 28** Déficit en fer entre 6 et 12 mois:
la faute aux desserts lactés?
S. Dieu-Osika, É. Osika



- 32** Migraine de l'enfant: stratégie
thérapeutique, du pédiatre
aux centres spécialisés
S. Berciaud

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

- 38** Efficacité du dupilumab chez l'enfant
de 6 mois à 6 ans présentant une
dermatite atopique sévère

Suivi à long terme des enfants ayant
eu une transplantation hépatique
J. Lemale

Un bulletin d'abonnement est en page 37.

Image de couverture
© Monkey Business Images@shutterstock.com

Billet du mois

La maladie et la personne. Histoire d'une rencontre

Le bon médecin traite la maladie. Le grand médecin traite la personne qui a la maladie" (Citation d'Osler).



A. BOURRILLON

Dans un livre paru récemment *Pour une médecine humaine. Étude philosophique d'une rencontre*, Gérard Reach¹ transmet ses inquiétudes à propos d'une médecine qui, confrontée à la multiplication de techniques nouvelles d'examens dont les résultats ne seraient pas "accompagnés", pourrait perdre de son humanité.

Par une approche philosophique, l'auteur souligne l'impérieuse nécessité que puisse survivre une médecine de la rencontre d'un patient en quête de sollicitude et d'un médecin qui, soutenu par la multiplicité d'examens de recours, serait enclin à une forme d'*inertie clinique*.

La technologie apporte certes des informations de plus en plus précises, mais ce ne sont bien souvent que des informations. Rien ne peut remplacer le lien fondamentalement thérapeutique que représente la pleine présence médicale qu'exprime la *rencontre*.

"La rencontre n'est pas le soin, mais elle en constitue le point de départ", écrit Philippe Duverger². Et le soin en pédiatrie est de rejoindre l'enfant là où il est, et de le découvrir dans la relation qu'on établit avec lui.

Avec tout ce que cela comporte de révélations heureuses ou malheureuses, d'imprévu, de contretemps, de contingences et de coïncidences. Autant de perceptions susceptibles de se situer *au-delà* des informations apportées par les résultats d'examens permis par les techniques les plus précises.

La rencontre authentique révèle ce que traduit l'irremplaçable présence humaine dans une médecine en quête de *sens*, susceptible de permettre l'apaisement des inquiétudes et l'accompagnement des fragilités vers une voie de confiance qui ne saurait se perdre, à l'heure où l'évolution des techniques devrait lui permettre de s'assurer.

¹ Gérard Reach. *Pour une médecine humaine. Étude philosophique d'une rencontre*. Paris : Hermann coll "Le Bel Aujourd'hui", dirigée par Danielle Cohen-Levinas, 2022.

² Philippe Duverger. *La petite voiture rouge au fond de mon tiroir*. Anne Carrière éditeur, 2014.



**Retenez dès aujourd'hui
les dates des**

24^{es}

JOURNÉES INTERACTIVES
DE RÉALITÉS PÉDIATRIQUES

Jeudi 23 mars 2023

Les 1000 premiers jours

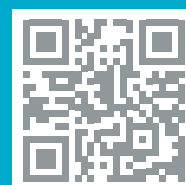
Sous la présidence du Dr Olivier REVOL, Lyon

Vendredi 24 mars 2023

Endocrinologie pédiatrique

Sous la présidence du Pr Agnès LINGLART, Le Kremlin-Bicêtre

PALAIS DES CONGRÈS DE VERSAILLES



Possibilité d'inscription
et de règlement en ligne sur : www.jirp.info

Pot de verts contre pot de fer

Dans ce numéro de *Réalités Pédiatriques*, le remarquable article d'Alain Burtcher "Dis-moi ce que tu ne manges pas ou du carême au véganisme" nous éclaire sur les raisons qui poussent certains individus à faire de la viande un bouc émissaire idéal.



P. TOUNIAN

Nutrition et gastroentérologie
pédiatriques, Hôpital Trousseau,
Sorbonne Université, PARIS.

En effet, la viande a tout pour susciter le rejet dans certaines castes bien-pensantes qui s'imaginent investies d'une mission pour sauver la planète. Tout d'abord, n'en déplaise à ces mangeurs de quinoa bio, l'être humain a une appétence innée pour la viande, et ceci dès son plus jeune âge. Ce n'est pas un hasard. La nature démontre ici la nécessité que les enfants ont de manger beaucoup de produits carnés pour assurer leurs besoins en fer. Ensuite, ces égéries de la décroissance considèrent probablement la viande comme un aliment pour nantis, alors que c'est justement dans les milieux les plus aisés que l'aversion à son égard est la plus fréquente. Enfin, les plus extrémistes des herbivores humains sont scandalisés par l'idée que l'homme tue d'autres espèces pour se sustenter. Faisons-leur remarquer que sur la planète presque tous les animaux se nourrissent en tuant d'autres êtres vivants, excepté les phytophages, et encore, si on ne tient pas compte des centaines d'insectes qu'ils ingèrent chaque jour. Et quand tous ces arguments n'atteignent pas leur cible, les Don Quichotte de l'apocalypse dégainent l'arme fatale : consommer de la viande aggrave le réchauffement climatique. Ils sont alors tranquilles car rares sont les scientifiques – pourtant nombreux – qui osent ouvertement contester cette théorie biaisée, de peur d'être immédiatement qualifiés d'hérétiques. On se croirait revenus à l'époque de l'obscurantisme.

Ces "carnophobes" nous feraient sourire s'ils n'avaient pas noyauté les sites stratégiques qui leur permettent d'essaimer leur dogme mortifère, notamment vers les plus jeunes. De plus en plus d'édiles retirent la viande d'un ou plusieurs repas servis dans les cantines de leur municipalité et participent ainsi à l'endoctrinement des enfants, relayant à l'occasion les programmes scolaires qui dénoncent la nocivité environnementale d'une consommation excessive de produits carnés. Les recommandations institutionnelles qui préconisent de limiter la viande chez les enfants et les adolescents sont élaborées par des scientifiques spécialistes de données chiffrées mais sans aucune expérience pédiatrique, ni même souvent médicale. Les vrais experts de la Société française de pédiatrie corrigent leurs erreurs en rappelant que les enfants doivent consommer 2 produits carnés par jour, mais leur capacité de transmission du savoir est malheureusement bien moins efficace que le pouvoir de propagande des instances officielles. Et, bien sûr, n'oublions pas tous ces faux-savants qui envahissent les réseaux sociaux et les médias pour rappeler combien ces mangeurs de viande sont dangereux pour la planète, et s'ils ont en plus l'ignominie de la faire cuire sur un barbecue, ils subissent également la foudre des émasculatrices. Notons à ce propos que Rousseau (Jean-Jacques, le vrai) était lui aussi végétarien.

Même si le ton de cette tribune peut sembler désinvolte, la situation est grave. Tous les pédiatres de terrain, dont je fais partie, voient d'innombrables enfants et adolescents carencés en fer en raison d'une consommation insuffisante de produits carnés. Avec tous ces idéologues qui piétinent la science, leur nombre risque encore d'augmenter. Il était donc temps de dénoncer ces individus qui, en se targuant de vouloir sauver la planète, sont en fait en train de programmer l'obsolescence de l'espèce humaine.

I Revues générales

Dis-moi ce que tu ne manges pas ou du carême au véganisme

RÉSUMÉ : Les pratiques ascétiques sont au cœur des processus d'identification et illustrent les processus psychiques qui nous permettent de nous nourrir, car manger suppose d'incorporer mais aussi de digérer et d'assimiler. La viande est l'aliment le plus encadré de toutes les cultures en raison de la peur d'introduire en soi la mort ou le tempérament de l'animal, mais aussi de la compassion psychologique ou philosophique vis-à-vis des animaux et du sentiment de culpabilité quant à la mise à mort de l'animal.



A. BURTSCHER
Pédiatre, MUNSTER.

Les repas et la cuisine en général sont un langage à travers lequel la société s'exprime. Or, de même que chaque langue ne retient que quelques sons parmi ceux que l'humain peut produire pour constituer son système phonétique, n'importe qui ne mange pas n'importe quoi avec n'importe qui, sans quoi, comme nous le signifie Sénèque citant Épicure, *“la vie est une distribution de viande de lion et de loup”* : *Ante circumspiciendum est cum quibus edas et bibas quam quid edas et bibas ; nam sine amico visceratio leonis ac lupi vita est* (“Regarde d’abord avec qui tu manges et tu bois, avant de regarder ce que tu manges et tu bois ; car sans ami, la vie est une distribution de viande de lion et de loup”).

La privation alimentaire peut être involontaire en cas de famine, imposée par des interdits ou encore volontaire et on parle d’ascèse. Nous sommes de plus en plus confrontés à ces privations alimentaires volontaires, qu’il s’agisse des enfants ou de leurs parents.

L'aliment le plus encadré dans toutes les cultures est la viande et c'est l'exemple de la consommation de viande que nous prendrons pour éclairer notre rapport à la nourriture, les pratiques et les comportements suscités par le fait de nourrir ou

de se nourrir, qui dépassent de manière irréductible la seule dimension du biologique ou du nutritionnel. Le sujet est particulièrement d'actualité depuis 2019, lorsque 500 personnalités ont appelé à un “lundi vert” sans viande ni poisson. L'opération soutenue par plusieurs ONG comme Greenpeace ou Sea Shepherd avait pour ambition de *“sensibiliser à la nécessité de modifier son comportement alimentaire pour protéger l'environnement, la santé et l'éthique animale”*. Aux élections européennes de 2019, le Parti animaliste a créé la surprise des “petites listes” avec plus de 2 % des suffrages en France. À partir du 1^{er} novembre 2019, la loi Egalim a introduit l'obligation de proposer un menu végétarien hebdomadaire dans l'ensemble de la restauration scolaire, ce qu'a confirmé la loi Climat et Résilience votée en août 2021.

Manger suppose d'incorporer : le paradigme de la viande

Les pratiques ascétiques sont au cœur des processus d'identification et ont tendance, dans notre monde occidental qui doute, à se radicaliser en assignation, en assimilant par exemple omnivorisme à carnivorisme ou végétarisme à granivorisme ou encore véganisme à anti-spécisme. Elles illustrent les processus

psychiques qui nous permettent de nous nourrir, parce que se nourrir, c'est laisser franchir, par les aliments, les limites du corps : un acte qui à la fois expose, met en danger et procure du plaisir, d'où la nécessité de pactes entre l'individu et la société, d'alliances relationnelles et de partages au cours des repas.

C'est ainsi que l'homme est attiré par la viande, physiologiquement par son excellent profil nutritionnel et surtout par son goût – il suffit de voir à quel point les jeunes enfants aiment la viande et combien les gourmets ne conçoivent pas de repas sans viande –, mais aussi socialement par son prestige, car la viande a longtemps été l'aliment de la noblesse, en particulier le grand gibier, signe que les nobles se nourrissent d'animaux libres, privilège étendu par le bon roi Henri IV au peuple avec la poule au pot. La viande est ensuite devenue l'aliment qui confère la force au travailleur et c'est actuellement un aliment de distinction sociale, plus rare et plus cher que les végétaux.

Remarquons que le gaspillage est consubstantiel au prestige et rappelons que viande vient de *vivenda*, gérondif neutre pluriel de *vivere*, vivre, donc elle est étymologiquement “ce qui sert à la vie”. Cela explique aussi que la viande est symboliquement liée au sang, ce qui en fait un aliment viril, source de vitalité et d'énergie, destiné aux actifs, en particulier la viande rouge et saignante. La dichotomie viande rouge/viande blanche renvoie à la représentation du besoin en énergie et aux rôles des sexes.

Pourtant, les réticences à la consommation de viande sont multiples :

>>> D'abord et fondamentalement psychologiques avec :

- d'une part, la peur en mangeant du cadavre d'introduire la mort en soi – nous reparlerons des viandes suffoquées –, d'affaiblir son propre corps, de devoir se représenter sa propre mort. C'est ainsi que, dans la plupart des cultures, on préfère manger des herbivores plutôt que

des carnivores et surtout pas de charognards qui pourraient avoir mangé de la chair malsaine ou même humaine ;

- d'autre part, la peur de transmettre à l'homme les humeurs, le tempérament de l'animal, car les animaux sont soumis à leurs instincts et incapables de transcender leurs actes. Il y a donc un risque de contamination morale, de devenir bestial.

>>> Ensuite, ces réticences sont liées à la compassion vis-à-vis des animaux et au sentiment de culpabilité quant à la mise à mort de l'animal. La compassion est elle-même d'ordre psychologique, liée à l'attachement que l'on peut avoir pour les animaux, par exemple le cheval ou le lapin, de moins en moins consommés, ou d'ordre philosophique, c'est l'antispécisme, le spécisme étant défini comme “l'idéologie qui justifie et impose l'exploitation et l'utilisation des animaux par les humains de manières qui seraient heureusement considérées comme inacceptables si les victimes étaient humaines”.

Les anthropologues nous enseignent que c'est la configuration culturelle qui détermine la construction sociale des aliments. On peut ainsi distinguer **deux schèmes de l'incorporation**, le premier marqué par le risque de contamination et le second par une position dominante du mangeur qui s'assimile à ce qu'il mange sans que son identité ne soit remise en cause. Émerge donc une typologie d'organisation cognitive des relations entre les humains et les vivants non humains en quatre attitudes :

- l'animisme qui considère que tous les êtres, humains, animaux ou inanimés, sont des sujets doués d'intentionnalité et d'intériorité comme celles des humains, les différences étant marquées par les corporéités ;

- le totémisme qui postule une continuité d'identité, qui estime que les humains partagent un ensemble de qualités avec un animal autour duquel ils s'individualisent ;

- l'analogisme qui organise les êtres en des “collectifs mondes”, ensembles sym-

boliques qui englobent de façon harmonieuse les éléments du vivant considérés comme séparés ;

- enfin le naturalisme, position inventée par l'Occident moderne, qui résulte du processus d'objectivation de la nature et rattache les humains aux non-humains par leur corporalité et les distingue par leurs capacités culturelles.

La confrontation de ces modes d'organisation du monde engendre évidemment des malentendus, aussi bien théoriques que politiques.

>>> Plus récente est la préoccupation démographique et écologique, puisque les élevages extensifs sont accusés d'être polluants, de majorer l'effet de serre et de procurer un mauvais rendement, étant donné qu'il faut plusieurs kilos de protéines végétales pour produire un kilo de protéines animales au prix d'une déforestation intensive, sans compter la consommation d'eau. La pêche industrielle est une catastrophe pour la biodiversité.

>>> enfin, la viande transformée a été classée comme cancérigène pour l'homme.

La gestion de ces réticences a fait appel à plusieurs procédés :

- d'abord l'euphémisation : on parle d'abattage des animaux comme pour les arbres, alors que les végétariens parlent de “meurtre alimentaire”. De même, on mange du gigot et non de la cuisse, du bifteck, de l'escalope, de la macreuse, voire de la poire ou de l'araignée, de la souris ou encore du ris de veau et pas du thymus ;

- ensuite, la mise à mort sous l'égide du sacré en particulier dans le judaïsme et l'islam ;

- la séparation des aliments en purs et impurs : kasher et trefe pour les juifs (définie par la cacherout, qui autorise la viande des seuls ruminants aux ongles fendus), halal et haram pour les musulmans avec interdiction de la charogne, du sang répandu et de la viande de porc,

I Revues générales

shuddha et ashuddha pour les hindous avec interdiction de dix sortes de viande aux moines et nonnes bouddhistes du Petit Véhicule. Ailleurs, c'est une simple règle de tempérance comme dans le protestantisme, qui a conduit certains pasteurs américains dès le XIX^e siècle à embrasser les théories vitalistes de l'époque et à considérer que manger de la viande, boire de l'alcool ou épicer les aliments pourrait exciter le système nerveux ;

– enfin, la mise à distance, à la fois des abattoirs et des bouchers qui ont quitté les villes, des animaux d'élevage qui deviennent purs produits de consommation et des pièces de viande qui deviennent méconnaissables car présentées hachées ou panées.

Voilà pour l'état des lieux. Comment en sommes-nous arrivés là ?

La sémantique de notre alimentation

Un petit survol historique va essayer d'éclairer ce condensé de notre relation à l'alimentation. Commençons par décrypter les mots que nous utilisons :

>>> Alimentation appartient au champ sémantique de -al, élever, qui renvoie à la nourriture, *alere*, nourrir, *alimentum*, l'aliment, à celui qui est nourri, *alumnus*, le nourrisson, à celui qui est en train de grandir, *adulescens*, à celui qui a fini de grandir, *adultus*, à sa progéniture, *proles* (d'où prolifique, prolétaire), *suboles*.

>>> Manger renvoie à des aliments solides, et la racine indoeuropéenne -dont, la dent, est sans doute un participe présent de -ed, -d-, manger : *edere* ou *esse* en latin, *eat* en anglais, *essen* en allemand. Le mot français "manger" vient du latin *manducare*, formé à partir de *manducus*, le bâfreur, une sorte d'ogre dans une comédie de Plaute, inspirée des atellanes osques, mot issu de *mandere*, mâcher pour les animaux et gloutonner pour les humains.

La terminologie de nos repas renvoie au jeûne : le **déjeuner**, ancêtre de notre petit déjeuner, est historiquement le premier repas de la journée, comme l'indique son origine latine *disjejunare*, "sortir du jeûne", qui a aussi donné dîner. Il prend la place du dîner en milieu de journée sous le Second Empire, laissant la sienne au petit déjeuner par opposition à second déjeuner ou déjeuner à la fourchette. Le **dîner**, longtemps le repas du milieu de la journée, a vu ses horaires devenir de plus en plus tardifs jusqu'à prendre la place du souper. La **dînette** est un petit dîner et une **midinette**, à la fin du XIX^e siècle, est une femme qui fait dînette à midi.

>>> Manger renvoie aussi à être : l'alimentation traduit donc la culture. Ainsi, on mange ce que l'on est. Brillat-Savarin en est la figure emblématique.

Anthropophagie et cannibalisme : la consommation de chair humaine est un élément fondateur de l'altérité

La bouche pour dévorer, pour se nourrir, pour découvrir, pour parler, crier, chanter, faire des baisers met en relation avec l'autre et le monde, elle soutient la question identitaire car c'est sur le modèle de l'ingestion des aliments que les premières identifications apparaissent, le nourrisson incorporant sa mère avec son lait, transformant le non-moi en moi. Cette oralité primaire se retrouve dans l'anthropophagie, qui renvoie toujours à l'incorporation d'un symbole, d'un sujet inséré dans une chair, et dans le cannibalisme, qui renvoie à la consommation animale et aux croyances qui l'entourent.

C'est ainsi que nos lointains ancêtres nomades hésitaient à tuer leurs ennemis mais ne répugnaient pas à manger leurs amis. En ces temps de l'endocannibalisme, les rites socio-funéraires étaient rigoureusement observés et les pratiques culinaires hautement sophistiquées. On donnait du cœur aux hommes, de la cer-

velle aux enfants et un peu de phallus aux dames, ce qui permettait à chacun de préserver le meilleur du cher disparu dans son devoir de mémoire. Cette trans-incorporation était un double défi à la mort, à la fois contre l'oubli et contre les pouvoirs maléfiques du défunt, qui s'inscrit à jamais dans le corps de ses compagnons.

Arrive enfin le grand jour de la Cène Primitive, le jour où, nous dit Sigmund Freud en 1913, la fratrie coalisée, excédée des abus de pouvoir du patriarcat, mit fin au plénipotentat patriarcal en tuant et mangeant ce père en un repas totémique et en transformant le Tabou en Totem, et fonda la loi moderne. C'est de ce jour que daterait, selon Claude Lévi-Strauss, le double interdit de l'inceste et du cannibalisme, cet "inceste alimentaire". Mais là où ils espéraient en finir avec ce père archaïque, les fils vont perpétuer le père précisément en le consommant et "le réarticuler dans un corps social, sous la forme d'une communauté d'appartenance". Lacan va montrer la prééminence du symbolique avec la métaphore paternelle, c'est-à-dire le nom du père, lié à la mise en place du signifiant phallique.

La nature humaine pour les Grecs n'est ni animale ni divine

Ainsi, la consommation de chair humaine est un élément fondateur de l'altérité, un discriminant absolu entre humanité et inhumanité dans l'imaginaire des sociétés européennes, comme l'attestent nos mythologies occidentales.

L'Odyssée le narre à merveille mettant sur le chemin d'Ulysse et de ses compagnons les Lestrygons, géants anthropophages qui dévoraient les étrangers, puis les Cyclopes (tel Polyphème) qui forment une véritable confrérie mythique et constituent un renversement possible de l'ordre établi en transformant les humains en nourriture. Suivent les

Lundi 14 novembre 2022
de 20h45 à 22h00



Rotavirus: 1 nourrisson sur 20 vacciné en France, pourquoi et comment faire mieux?

Avec la participation de



Pr Alain MARTINOT
(Lille)



Dr Marie-Aliette DOMMERGUES
(Le Chesnay)



Dr Andréas WERNER
(Villeneuve-lès-Avignon)

Débat animé par



Émilie SOULEZ
(Paris)



<https://rotavirus.realites-pediatriques.com>

Webconférence réservée aux professionnels de santé.
Inscription obligatoire.

I Revues générales

mouvements d'Ulysse pour échapper à Charybde, la bouche primitive, sans se faire happer par Scylla. Le corps de l'homme devient encore nourriture lorsque Circé, dont le nom en grec signifie "oiseau de proie", transforme les compagnons d'Ulysse en porcs.

De nombreux récits grecs intègrent l'anthropophagie, dite alors allélophagie, dans la gestion des conflits : on mange rarement l'autre par plaisir – sauf Tydée mangeant la cervelle de Mélanippos ou Camblès, roi de Lydie, si avide de nourriture qu'il dévora sa propre femme – mais on le fait par vengeance ou par provocation. Ainsi, Lycaon donne en repas à Zeus les membres de son fils Arcas que celui-ci aurait eu avec Callisto ; Atérée tua les trois fils de Thyeste et les fit servir à leur père durant un banquet ; Harpalycé, fille de Clyménos, roi incestueux d'Arcadie, fit manger à son père, par vengeance, ses trois jeunes frères (dont un devait être aussi son propre fils) ; Procné, habillée en bacchante sur ce tableau de Rubens, donna en repas leur fils Itys à manger à son mari Térée pour se venger de l'inconduite et de la cruauté dont il usa à l'encontre de sa sœur Philomèle. Citons encore l'exposition, relatée par Hérodote, de Cyrus enfant, futur roi de Perse, qui fut allaité par une chienne et sauvé par un berger. En réalité, et cela vous rappellera la fondation de Rome, il s'agit d'une confusion sur le nom de la femme qui l'allaita, Spaco, ce qui en mède veut dire chien. Son grand-père, le roi Astyage, pour se venger d'Harpagage qui avait fait sauver l'enfant, lui fit manger son propre fils.

Ainsi, dès la formation des sociétés méditerranéennes, l'homme a conscience d'être un animal, donc un mets possible, ce que l'humanisation va interdire, de même que sur l'Olympe Zeus va contrer les divinités primordiales et les Titanides. Selon Hésiode, Chronos, en castrant Ouranos, a permis la séparation du ciel et de la terre. Comme il dévorait ses enfants au fur et à mesure qu'ils naissaient, Rhéa va accoucher secrètement

en Crète, met le petit Zeus à l'abri et fait manger à Cronos une pierre à la place. Zeus, bébé, sera nourri par la chèvre Amalthée et élevé par les nymphes. Les Curètes devaient faire un bruit permanent afin que Cronos n'entendît pas son fils pleurer. Devenu grand, ce dernier lui fait vomir par un *pharmakon* tous les enfants qu'il a dévorés.

Rappelons ici que le dieu des Curètes est le dieu-taureau crétois Zagreus, qui rappelle le taureau amant de la reine Pasiphaé, le Minotaure, qui exige tous les ans la dévoration de sept jeunes gens et de sept jeunes filles d'Athènes. Le partage prométhéen de la nourriture renvoie l'homme à la condition de celui qui doit manger pour vivre à la différence à la fois des dieux auxquels suffisent le nectar et l'ambrosie et des animaux par la cessation de l'allélophagie et la cuisine du sacrifice consacrée par des rites.

De la légitimité de manger de la chair animale dans le monde grec

Les philosophes cyniques se sont érigés contre cet ordre social en renversant au quotidien les tabous alimentaires : alimentation végétarienne hasardeuse, souvent crue, refus du pain, acceptation théorique de l'omophagie. Diogène de Sinope, leur représentant, meurt, selon certaines traditions, d'avoir mangé un poulpe cru. Il refuse également de manger en commun. En refusant de prendre part aux banquets, seul moment où la nourriture humaine rejoint la nourriture divine car les dieux grecs ne mangent jamais seuls, et d'absorber une alimentation carnée ou cuite, il refuse la condition humaine qui se situe entre dieux et bêtes, il refuse les lois de la cité qui incitent à manger la viande cuite d'animaux domestiques, sacrifiés selon les règles qui prévoient la part des dieux et celle que les hommes peuvent obtenir, car il souhaite que l'homme puisse soulager sa faim de la même manière qu'il peut, seul, soulager ses besoins sexuels.

De façon moins extrême, à mesure qu'il se libère des contraintes "naturelles", l'homme se prend à s'interroger sur la légitimité de son intervention sur le souffle du vivant. C'est ainsi que Plutarque au I^{er} siècle dresse dans son *De esu carnium* ("Sur la consommation de viande") un vigoureux réquisitoire contre l'alimentation carnée. Selon lui, les animaux ont une âme et même une raison qui serait plus proche de la nature que celle des humains. Donc, même si on ne croit pas à la métempsychose ou palingénésie, il y aurait deux motifs pour ne pas manger la chair des animaux : le premier concerne le statut d'être vivant dans le monde et la mise à mort qui est contre nature, le second a trait à la nature même de l'âme humaine que la consommation de viande alourdit par un meurtre barbare en vue du seul plaisir de manger.

Au III^e siècle, Porphyre propose une défense argumentée du végétarisme dans son traité *De l'abstinence de la chair des animaux* (*De abstinentia ab esu animalium*) pour réfuter les Stoïciens qui refusent tout devoir de justice envers les animaux. Il insiste sur une expérience spécifique du plaisir de la consommation de la chair animale à la fascination duquel on n'échappe plus une fois qu'on l'a connu. Surtout, dans une optique néoplatonicienne, hommes et animaux sont en déchéance spirituelle : on épargne donc plus une âme perdue qu'un simple animal en s'abstenant de détruire son enveloppe charnelle. C'est aussi et surtout de la dépouille de cette âme dont on s'abstient de se charger comme si elle ne cessait de conserver en elle la trace des maléfices de son destin.

En revanche, péripatéticiens, stoïciens et épicuriens allèguent l'absence de communauté et de société possible entre l'homme et l'animal, car les relations qui s'instaurent entre eux ne sont jamais génératrices de droit ni d'obligations de justice puisqu'elles ignorent la condition fondamentale de tout contrat : la réciprocité et l'engagement mutuel. Pour eux, il n'est pas de vie humaine digne de ce

nom dans l'indigence et la précarité, ce qui est le cas de la vie de cueillette. L'exploitation des animaux et la consommation de leur chair est légitime. Le sage stoïcien mène une vie frugale mais n'est pas végétarien.

Toutes les cultures ont besoin d'exutoires et l'humanisation garde à l'état latent une part de barbarie, qui resurgit en état de transe ou d'ivresse. Elle est symbolisée par Dionysos et la violence dévoratrice à laquelle le dieu pousse les Bacchantes. Sa mise en mots permet la catharsis. Le rituel de la folie dionysiaque impose aux Ménades de se comporter comme cet autre constamment renié par leur culture : la bête. Le cadre où se déroule l'oreï – ou oribasié – est celui où vivent les animaux sauvages (la montagne). L'anti-sacrifice que constituent le sparagmos et l'omophagie (ingestion de viande crue) reproduit point par point le mode d'alimentation des carnivores prédateurs : l'exarque se jette sur la victime comme sur une proie ; les ongles des Bacchantes la déchirent comme font les griffes des carnassiers ; la chair est dévorée crue (au lieu d'être consommée cuite). Chacune de ces actions est accompagnée de cris qui rappellent plutôt le rugissement de la bête que le langage de l'homme. Mais, symétriquement, cet autre qu'est la bête est sommé de renoncer à ses allures "sauvages" pour venir s'intégrer à la communauté dionysiaque. Nous voyons ainsi les Bacchantes de la montagne donner le sein à des chevreuils ou à des louveteaux. À l'occasion des fêtes de Dionysos, ou dionysies, sont jouées à Athènes les tragédies, littéralement les chants du bouc, par des acteurs déguisés en satyres et vêtus de peaux de boucs.

Nous voyons donc que **l'interdit le plus marqué n'est pas celui de l'inceste, mais celui de l'anthropophagie**. C'est ainsi que Christophe Colomb, nourri de ses lectures savantes, est persuadé en arrivant en Amérique que les Indiens Caribes, qui font des festins d'hommes, ne peuvent être que les Cynocéphales de

la Scythie mythique. Le terme "cannibale" provient du mot espagnol *canibal*, altération du mot arawak *cariba* signifiant "hardi, courageux" dont on notera l'homophonie avec *canis*, le chien. Leurs mœurs fondées sur la notion d'égalité et permettant le transfert d'âme suscita l'intérêt des philosophes tels Montaigne, lors de leur visite en France, à Rouen, en 1550 puis en 1562.

Simultanément, des cas d'anthropophagie surviennent en France, causés par les famines des guerres de Religion. La réalité brutale de l'appétit pour la chair humaine provoque le scandale alors même qu'on s'appliquait à le justifier pour les tribus brésiliennes : la peur du mangeur d'hommes rebondit. Le drame du naufrage de la frégate "La Méduse" au large de la Mauritanie en 1816 bouleversa les contemporains, comme nous avons pu l'être en 1973 quand les survivants du vol 571 ont été retrouvés dans la cordillère des Andes.

Des remèdes à base de matières humaines

Malgré l'horreur des Européens pour le cannibalisme, on ne peut passer sous silence que les remèdes à base de matières humaines continuent à être de pratique courante jusqu'au XVIII^e siècle, en particulier ceux à base de sang ou de momies. Nous en arrivons au stade de la subjectivation de la nourriture et du corps. "*L'homme contient dans les matières qui le composent des médecines essentielles, il recèle à son insu le salut de malades qui ne pourraient guérir autrement. Le corps humain [...] est celui de l'espèce, du groupe. [...] D'avoir traversé la mort est pour ces médecines paradoxales le gage d'une mémoire implicite, et presque homéopathique, donnant à l'homme en lutte contre la maladie la meilleure résistance. Le caractère sacré du corps, et le détournement opéré de sa destination rituelle à la terre confèrent à cet usage thérapeutique une puissance accrue.*" (Le Breton)

De nos jours, l'endocannibalisme reste vivant avec l'isothérapie placentaire, globules préparés à partir du placenta de son enfant, en attendant que la placentophagie traverse l'Atlantique.

Alimentation et souillure

L'alimentation est symbolisée avec des principes de pensée magique pour réduire le désordre du monde et ce qui entre dans le corps relève plutôt du sacré, tandis que ce qui en sort appartient au registre de la souillure – sauf les larmes, associées à une symbolique purificatrice. C'est pourquoi ce qui entre et sort du corps doit être soumis à un rituel. La structuration de l'image du corps se fait ainsi autour des axes pur/impur, étranger/familier, hostile/bienveillant, amour/haine et destruction. La grande question est bien celle du déchet alimentaire, élément déterminant du mécanisme de l'incorporation et élément opérateur de la notion de souillure. Lorsque son traitement n'est pas représentable, la force symbolique qu'il contient et ce qu'il est censé évacuer – ce à quoi il faut renoncer – deviennent obsédants, menaçants, tout comme l'est la mort lorsqu'elle est niée. L'adhésion confiante aux critères sociaux du consommable ainsi qu'un sentiment de soi suffisamment stabilisé sont les corollaires incontournables pour manger sereinement.

C'est pourquoi pendant des siècles – nous venons de l'illustrer par les Grecs –, le fait de manger est resté indissociable d'une inscription religieuse ou au moins rituelle, avec des interdits alimentaires et des repas pris en commun, à table, de l'italien *tavola*, avec le double sens du plateau de bois pour s'attabler et de la tablette scolaire. Ceux qui mangent ensemble sont *companiones* en bas latin, de *cum*/avec et de *panis*/le pain, qui a donné compagnon et copain, par dérivation du cas régime et du cas sujet. Ces interdits alimentaires permettent de gérer le meurtre animal pour faire

I Revues générales

écran au cannibalisme et d'instituer des groupes sociaux en construisant des identités culturelles.

■ Les interdits du judaïsme

L'histoire du peuple hébreux en est paradigmatique. Il est fait mention de la nourriture de l'homme dès le premier chapitre du premier livre : *“Voici que je vous ai donné toute herbe émettant semence, qui se trouve sur la surface de toute la terre et tout arbre qui a en lui fruit d'arbre, qui émet semence : ce sera pour votre nourriture”* (Gen., I, 29). Le Paradis est végétarien, le partage des nourritures marquant la différence fondamentale entre l'homme et Dieu. À Dieu les êtres vivants sous forme de sacrifices, aux hommes les nourritures végétales. Après les quarante jours et nuits du Déluge commence une ère nouvelle, une deuxième Création, qui coïncide avec l'apparition d'un nouveau régime alimentaire : *“Tout ce qui remue et qui vit vous servira de nourriture, comme l'herbe verte : je vous ai donné tout cela”* (Gen., IX, 3). C'est Dieu qui donne à Noé le droit de manger des animaux, mais au prix d'une distinction nouvelle : *“Seulement, vous ne mangerez point la chair avec son âme, c'est-à-dire son sang”* (Gen., IX, 4).

Le sang devient le signifiant du principe vital, ce qui permet de maintenir l'écart entre l'homme et Dieu puisqu'en excluant le sang (la part de Dieu), la chair devient profane (et licite). Après cette alliance à toute l'humanité symbolisée par l'arc-en-ciel intervient avec Moïse un troisième régime alimentaire, fondé sur l'interdiction de certains animaux, destiné à un peuple, les Hébreux. Une fois traversée la mer Rouge, il n'est plus question des Israélites, mais d'Israël comme peuple qui se construit en quarante années de traversée du désert. À la différence introduite entre les hommes correspond une différence entre les animaux dont ils peuvent se nourrir : *“C'est moi, Jahvé, votre Dieu, qui vous ai sépa-*

rés des peuples, et ainsi vous séparerez la bête pure de l'impure, l'oiseau impur du pur, et vous ne vous rendrez pas abominables par la bête, par l'oiseau, par tout ce dont fourmille le sol, bref par ce que j'ai séparé de vous comme impur” (Lév., XX, 24).

Ainsi, la nourriture de Moïse remplit-elle la même fonction que la circoncision ou l'institution du sabbat, en mettant en jeu une coupure : la coupure dans le sexe mâle est analogue à un sacrifice qui appelle en retour la bénédiction de Dieu sur l'organe qui assure la transmission de la vie, la coupure dans l'alternance régulière des jours sacrifie un jour à Dieu et rend les six autres profanes et leurs travaux bénis de Dieu. La coupure dans le continuum des animaux créés s'ajoute à la coupure déjà établie, dans tout animal, entre la chair et le sang, et va être doublée, au sein de chaque espèce décrétee pure, par une coupure entre les premiers-nés, sacrifiés à Dieu, et les autres, rendus par-là plus licites. La “pureté” qui sert à qualifier les aliments autorisés permet la valorisation des Origines.

Le système alimentaire des Hébreux, comme la Création du Monde, reposent sur une taxinomie où l'homme, Dieu, les animaux et les végétaux sont strictement définis, les uns relativement aux autres, par une série d'oppositions. La viande n'est plus que celle des herbivores. L'impureté n'est que le désordre et impose de refuser la malformation, l'hybride, le mélange, la synthèse ou le compromis.

■ Le christianisme : Dieu lui-même se donne en nourriture

Le christianisme, pour naître, a dû rompre avec les structures qui isolaient les Hébreux des autres peuples. Une des ruptures décisives porte sur la nourriture avec l'absence d'interdits, car *ce n'est pas ce qui entre dans la bouche qui souille l'homme ; mais ce qui sort de la bouche, c'est ce qui souille l'homme* (Matthieu 15,11). L'abolition de la dis-

tinction entre aliments purs et impurs permet d'abolir la distinction entre Juifs et non-juifs et d'accueillir les mixtes, à commencer par un homme-dieu.

“Scandale pour les juifs et folie pour les païens”, c'est Dieu lui-même qui se donne en nourriture. En effet *son Verbe s'est fait chair, le langage de Dieu s'est fait homme, il a dressé sa tente de nomade parmi nous*, dit Jean dans son prologue. Il naît à Bethléem, la maison du pain selon l'étymologie hébraïque, la maison de la viande selon l'étymologie arabe et va même être déposé dans une mangeoire. Dans l'Ancien Testament, sa parole est explicitement déposée dans la bouche des prophètes, comme dans celle d'Ézéchiël, le prophète muet, invité à manger le rouleau du livre qui lui rendra la parole.

Pour les Hébreux, le repas sacré par excellence est le repas pascal qui commémore la libération de l'esclavage en Égypte par le sacrifice d'un agneau. En s'offrant à la place de l'agneau pascal, le Christ désactive le sacrifice. *Celui qui mange* (ronge, croque) *ma chair et qui boit mon sang a la vie éternelle, et moi je le ressusciterai au dernier jour. Car ma chair est une vraie nourriture, et mon sang est un vrai breuvage. Celui qui mange ma chair et qui boit mon sang demeure en moi, et moi en lui.* Après lui, il n'y aura plus besoin de verser le sang, ni pour Dieu ni pour les luttes fratricides. Manger son corps au repas eucharistique, c'est “avalier la mort de Dieu” pour devenir dépositaire de sa vie et pouvoir avaler les trahisons et anathèmes mutuels. Comme le dit Paul Claudel, l'Eucharistie commande que *“le prochain vous entre dans la chair”*, alors que le cannibalisme permet au corps de l'autre de pallier l'incomplétude du moi. Dans les deux cas, on communie avec un “être social” global, une communauté universelle.

■ Jeûne et pureté

En abolissant toute différence entre les aliments suivant le modèle chrétien de

l'égalité entre les hommes, la perspective s'est déplacée de l'objet au sujet, de l'aliment à l'homme, de sorte que l'homme se retrouve désormais seul, avec sa conscience et son appétit. Cette situation est si perturbante que les premiers chrétiens se mettent vite à élaborer différentes règles alimentaires, en fonction de leur culture principalement grecque et hellénistique.

Pour les Grecs, le jeûne est un exercice (en grec askesis qui donne ascèse en français) qui permet au corps d'accéder à une dimension supérieure, presque incorporelle, qui n'a pas besoin de nourriture matérielle, surtout de la viande. Le corps humain est ainsi déifié. En se niant, il se transcende.

Dans le christianisme originel des Évangiles, le jeûne est surtout un exercice à accomplir en secret, dans le but de se rapprocher de Dieu, et consiste en une xérophagie. Jésus met en lumière la raison profonde du jeûne en stigmatisant l'attitude des pharisiens qui observaient avec scrupule les prescriptions imposées par la loi alors que leurs cœurs étaient loin de Dieu. Le vrai jeûne consiste plutôt à faire la volonté du Père céleste, lequel *"voit dans le secret et te récompensera"* (Mt 6, 18). La première tradition monastique avec Évangile le Pontique et l'hésychasme (*hesychia*, l'immobilité, le repos, le calme, le silence) s'inspire de ces deux sources pour produire différentes règles ; l'ascèse n'est pas un combat contre le corps mais un élan spirituel de tout l'être dans la liberté de l'âme, un travail de transfiguration du corps tourné vers l'offrande et le don visant à abattre les sens, réduire l'emprise des passions et résister à la concupiscence : la résurrection commence dès ici-bas.

Le jeûne est en outre une pratique récurrente des saints, qui le recommandent. Saint Pierre Chrysologue écrit : *"Le jeûne est l'âme de la prière, la miséricorde est la vie du jeûne. Donc, celui qui prie doit jeûner ; celui qui jeûne doit avoir pitié ; qu'il écoute l'homme qui demande, et*

qui en demandant souhaite être écouté ; il se fait entendre de Dieu, celui qui ne refuse pas d'entendre lorsqu'on le supplie" (Sermon 43).

Au IV^e siècle, le carême s'organise autour de la préparation des catéchumènes au baptême : Eusèbe de Césarée fait un exercice et même un co-exercice des quarante jours préparatoires à Pâques, qui prennent le nom de carême, du latin *quadragesima (dies)* : quarantième (jour) avant Pâques, s'opposant à la Pentecôte, le cinquantième jour après Pâques. Ces quarante jours rappellent les quarante jours pendant lesquels, au début de sa vie publique, Jésus a jeûné dans le désert au milieu des bêtes sauvages, servi par les anges et tenté par le diable... Le carême est ainsi la pratique du jeûne personnel et communautaire, en cultivant aussi

POINTS FORTS

- Manger suppose d'incorporer et cette incorporation soutient la question identitaire, car c'est sur le modèle de l'ingestion des aliments que les premières identifications apparaissent, le nourrisson incorporant sa mère avec son lait, transformant le non-Moi en Moi.
- Laisser franchir par les aliments les limites du corps est un acte qui à la fois expose le corps à être dominé, met en danger et procure du plaisir.
- La structuration de l'image du corps est sous-tendue par la dimension du déchet alimentaire, opérateur de la notion de souillure, qui conduit à penser les aliments comme purs ou impurs, d'où la nécessité de pactes entre l'individu et la société, d'alliances relationnelles et de partages au cours des repas.
- Dès la formation des sociétés méditerranéennes, l'homme a conscience d'être un animal, donc un mets possible, ce que l'humanisation va interdire, et va se poser la question de la légitimité de manger de la chair animale.
- Les interdits alimentaires permettent de gérer le meurtre animal pour faire écran au cannibalisme et d'instituer des groupes sociaux en construisant des identités culturelles.
- L'adhésion confiante aux critères sociaux du consommable ainsi qu'un sentiment de soi suffisamment stabilisé sont les corollaires incontournables pour manger sereinement.

l'écoute de la Parole de Dieu, la prière et l'aumône. Ceci a été, dès le début, une caractéristique de la vie des communautés chrétiennes où se faisaient des collectes spéciales (cf. 2 Cor 8-9 ; Rm 15, 25-27), tandis que les fidèles étaient invités à donner aux pauvres ce qui, grâce au jeûne, avait été mis à part (voir Didascalie Ap., V, 20,18).

Le carême est précédé du Mardi gras, période festive qui marque la fin de la semaine des sept jours gras, autrefois appelés jours charnels, et débutait par le carnaval qui consiste à enlever la viande des repas (du latin médiéval *carne levare*). Les autorités ecclésiastiques prescrivent l'abstinence des produits animaux comme une obligation à portée générale. Le jeûne se pratique durant des jours précisément définis, comme

I Revues générales

le mercredi et le vendredi de chaque semaine, les trois carêmes.

Au Moyen Âge, le carême est vraiment la “trêve de Dieu”. Durant cette période de l’année, on ferme les tribunaux et les théâtres, on arrête les guerres, on s’encourage mutuellement à jeûner jusqu’au coucher du soleil et à participer aux réunions liturgiques. L’abstinence est alors imposée pendant plus d’un tiers de l’année, parfois jusqu’à 160 jours en certains endroits ! Encore maintenant les Coptes suivent un régime végétalien 260 jours de l’année.

Ce calendrier alimentaire, lié au calendrier liturgique, fut un moyen de première importance par lequel le christianisme influa sur les habitudes sociales. Grâce à (ou à cause de) la tradition chrétienne, la gourmandise devint le premier des vices dans la culture occidentale. Elle symbolisait l’attachement au corps, qui est à l’origine des autres vices. Le corps médiéval est ainsi celui de l’abstinence sexuelle, de la privation alimentaire, de la souffrance et du salut de l’âme.

La radicalisation de ce modèle ascétique, signe de déification déjà commencée du corps humain et critère de canonisation, vécu comme la grâce d’une union au Christ, s’appelle l’inédie (du latin *inedia*, jeûne extrême) et consiste à ne plus manger du tout, car “Dieu seul suffit”. Au VI^e siècle, Siméon Stylite le Jeune (521-597), dit le Thaumaturge, stylite dès l’âge de 7 ans, en fut un exemple extrême, lui permettant sur terre de vivre comme les saints du ciel et les anges qui ne peuvent pas être pollués par des aliments à digérer. Plus proche de nous, nourries uniquement du pain eucharistique, citons Catherine de Sienne, Thérèse d’Avila et Marthe Robin.

Un aspect moins connu de ces ascèses concerne les interdits alimentaires, en principe absents de la chrétienté. Évoquons les viandes suffoquées (autrement dit provenant d’animaux “étouffés”), parce que l’interdit biblique qui les touchait est l’un des rares à avoir été

explicitement prorogé par l’Église latine. À l’occasion de son apostolat, Pirmin, l’évangéliste de l’Alsace, rappelle l’interdit du Lévitique de manger la chair des animaux retrouvés morts et celui des actes des Apôtres de s’abstenir de la fornication, des viandes suffoquées, du sang et de l’idolâtrie. Ces questions alimentaires ont fait polémique pour le schisme de 1054.

Ultérieurement, le protestantisme s’est élevé contre les interdits ou plutôt les interdictions achetables, la viande n’ayant jamais cessé d’imposer son évidence comme le plus sûr moyen de reconstituer les corps meurtris par les devoirs de dévotion. De nos jours, on redécouvre un enseignement historiquement développé par la tradition chrétienne : le bon goût implique une faculté de comprendre, de juger et d’apprécier et renvoie à la vraie connaissance.

■ De l’ascèse aux bio-ascèses

Ainsi donc la pratique ascétique a pour caractéristiques de déplacer un type de subjectivité vers un autre, qui représente la vraie identité de l’ascète, de développer un ensemble alternatif de liens sociaux avec construction d’un univers symbolique alternatif. Elle est un phénomène social et politique, car même les formes anachorétiques visent une audience. Elle est liée à la volonté, elle en est l’exercice. Mais là où les pratiques ascétiques de l’Antiquité représentaient une résistance culturelle à l’ordre établi, un univers symbolique alternatif qui rehaussait la solidarité du groupe, les pratiques ascétiques chrétiennes un auto-renoncement, une *imitatio Christi* corporelle et spirituelle, une fonction politique d’intercession, nous rencontrons dans les pratiques contemporaines de l’ascèse ou bio-ascèse une volonté d’uniformité, d’abandon du monde, d’adaptation à la norme et de constitution de modes d’existence narcissiques, conformistes et égoïstes, visant la santé et le corps parfait sans dimension spirituelle. Refuser de partager le même

plat que les autres ou que son hôte rompt un équilibre séculaire, fait d’attentions réciproques et de confiance. C’est aussi refuser son inscription familiale et généalogique.

De fait, nous vivons dans une société anorexigène, bien sûr par les modèles de jeunesse éternelle sans surcharge pondérale relayés par les médias, mais aussi par des aliments transformés, grignotés solitairement. La santé publique fait reposer sur le sujet individuel la maîtrise de conduites surdéterminées socialement, dans un contexte où le lien social se délite, véhiculant des mises en garde contre des risques omniprésents et se fondant sur une pédagogie de la correction, de la disciplinarisation des corps. La rançon de l’hyperindividualisme est de créer simultanément un désir d’appartenance : les phénomènes d’effacement des frontières et de mondialisation, le caractère hybride de nos identités sont anxiogènes pour les individus ; la possibilité offerte de s’inventer autrement s’accompagne d’une angoisse qui est apaisée par l’affiliation à un collectif.

La nourriture est enfermée dans ses dimensions fonctionnelles avec déni de ses dimensions sociales et symboliques. Face à des mangeurs de viande capables de détruire la planète dans l’unique but de satisfaire leur appétit coupable se met en place une armée faite de militants aux rapports compliqués au monde, prêts à renoncer aux plaisirs de ce monde pour le bien de la planète, investis d’une mission sacrée, formulant des interdits en tout genre. Que nous réserve la logique financière, quand bientôt l’âme des végétaux, comme dans les sociétés végétalistes, posera des problèmes de conscience insurmontables aux mangeurs ?

■ Nous sommes tous des cannibales

Laissons le mot de la fin à l’anthropologue Claude Lévi-Strauss : “*Nous sommes tous des cannibales. Après*

tout, le moyen le plus simple d'identifier autrui à soi-même, c'est encore de le manger." Le lien à l'autre et la construction de l'identité personnelle s'établissent dans le double mouvement de l'incorporation et du rejet. En effet, "avalier c'est incorporer mais aussi digérer, assimiler. La foi du cannibale ingère l'autre, le foie du cannibale parvient ou non à se l'assimiler. La pulsion orale, lorsqu'elle est assouvie, trouve une double satisfaction : s'incorporer le danger extérieur pour le neutraliser ; mais

aussi se trouver fantasmatiquement dans la position de l'ogre ou du nourrisson repu, première figure selon Freud, de toute satisfaction sexuelle."

Emmanuel Lévinas fait de la chair la source de la production de sens et le lieu de l'intériorisation de l'altérité. Dans *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, il écrit : "Seul un sujet qui mange peut être pour-l'autre ou signifier. La signification – l'un-pour-l'autre – n'a de sens qu'entre êtres de chair et de sang.

La sensibilité ne peut être vulnérabilité ou exposition à l'autre ou Dire que parce qu'elle est jouissance." Celle-ci est intimement liée à l'altérité dans toutes ses formes. Pour Levinas, "l'autre", représenté par le visage, est le fruit qu'il est interdit de manger.

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

réalités
PÉDIATRIQUES

réalités

n° 259

PÉDIATRIQUES

ABONNEZ-VOUS

et recevez la revue chez vous

FEUILLETER LA REVUE >

ACCUEIL

DOSSIERS ▾

ARTICLES ▾

ANNÉE PÉDIATRIQUE ▾

REVUE DE PRESSE

UN GERME ET SA PRÉVENTION

CONTACT

La recommandation vaccinale contre les infections à rotavirus

Par A. Martinot

UN GERME ET SA PRÉVENTION

DOSSIER : MALFORMATIONS MÉDULLAIRES

Prise en charge neurochirurgicale des malformations médullaires

Prise régulière d'un biberon de lait infantile pour prévenir l'APLV chez l'enfant allaité : bonne ou mauvaise idée ?

Pratique de médecin conseil-expert en pédiatrie : quels enseignements en tirer pour l'exercice des pédiatres ?

BILLET DU MOIS



4 OCTOBRE 2022



13 MAI 2022

J'y pense tout le temps



8 AVRIL 2022

À la recherche des enfants perdus – Aux enfants d'Ukraine et à leurs familles

NUMERO ACTUEL

réalités

n° 259

PÉDIATRIQUES

www.realites-pediatriques.com

Points de suspension : **La FMC du pédiatre d'aujourd'hui pour préparer la médecine de demain**

Depuis plusieurs années, de nombreux signes

d'accompagnement de la santé se manifestent, d

NOUVEAUTÉ

CICAPLAST B5 SPRAY

CONCENTRÉ RÉPARATEUR
CALME LES DÉMANGEAISONS
ET LES IRRITATIONS
DE LA PEAU SENSIBLE

**RÉPARE
SANS ASSÉCHER**
LA BARRIÈRE CUTANÉE

**APAISE
IMMÉDIATEMENT**
ET CALME
LES DÉMANGEAISONS

**APPLICATION
SANS TOUCHER**
AVEC SA TEXTURE
TRANSPARENTE

**MICROBIOME
SCIENCE**



Nourrissons²



Enfants



Adultes



■ Revues générales

Plaies cutanées et cicatrisation chez l'enfant: l'essentiel

RÉSUMÉ: La cicatrisation normale suit quatre phases dites “vasculaire”, “inflammatoire”, “de réparation tissulaire” et “de maturation de la cicatrice”. Une cicatrice normale n'évolue plus après 18-24 mois. Quels que soient la profondeur, l'étendue, le site et le mécanisme d'une plaie, un milieu humide est nécessaire pour optimiser la cicatrisation. Une fois que la plaie est épidermée, des massages peuvent permettre d'améliorer l'aspect cicatriciel, en réduisant la rétractibilité et la fibrose. Une prévention solaire évite aussi l'hyperpigmentation post-inflammatoire.



A. MARUANI

Université de Tours, CHRU de Tours,
Service de Dermatologie, Unité de Dermatologie
pédiatrique, Hôpital Gatien de Clocheville, TOURS.

■ Physiologie de la cicatrisation cutanée

Lorsqu'une plaie cutanée apparaît (perte de substance épidermique/dermique/hypodermique), le processus cicatriciel qui se met en place suit grossièrement quatre phases, chez l'enfant comme chez l'adulte, faisant intervenir de multiples acteurs :

- phase vasculaire ;
- phase inflammatoire ;
- phase de réparation tissulaire ;
- phase de maturation de la cicatrice.

Les trois premières phases durent en moyenne 2 à 3 semaines, la quatrième s'étend sur 18-24 mois [1, 2]. Une cicatrice est donc à son **stade définitif à 2 ans**.

>>> Lors de la phase vasculaire, une vasoconstriction immédiate a lieu pour limiter le saignement, puis se constitue le thrombus qui permet de colmater la brèche (formé par le contenu des granules plaquettaires et par d'autres protéines). Cette phase se caractérise aussi par la migration et l'activation des polynucléaires neutrophiles (PNN) et des macrophages, et par la libération de facteurs de croissance, nécessaires pour la cicatrisation.

>>> La phase inflammatoire se caractérise par une vasodilatation favorisant l'afflux des cellules circulantes. Le processus de déterction (par les enzymes protéolytiques –élastase, collagénase...– produites par les PNN et par l'action phagocytaire des macrophages) d'une part, et le processus de prolifération (production de collagène par les fibroblastes) d'autre part se mettent en place, nécessitant une régulation des deux pour une cicatrisation optimale (**fig. 1**).

>>> La phase de réparation tissulaire est celle de l'organisation du tissu cicatriciel. Au niveau dermique, la matrice extracellulaire s'organise (collagène,

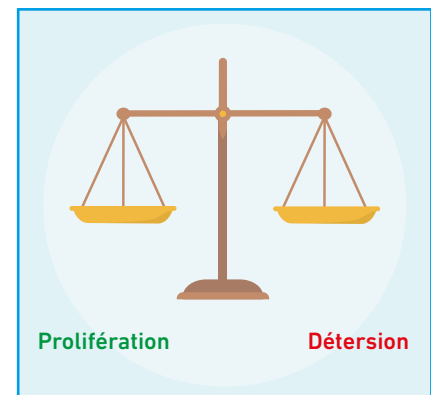


Fig. 1 : La régulation des phases de prolifération et déterction permet une cicatrisation optimale.

Revue générale

protéoglycanes, dont l'acide hyaluronique...) ainsi que l'angiogenèse, permettant la formation du bourgeon charnu (tissu de granulation) en 5 jours environ. Au niveau épidermique, l'épidermisation se produit en une quinzaine de jours du fait de la migration des kératinocytes basaux sur les composants matriciels, de la multiplication et de la différenciation cellulaires [1, 2].

>>> Lors de la phase de maturation tissulaire, un remodelage a lieu, mettant en jeu des fibroblastes moins nombreux, un collagène plus dense, un réseau vasculaire mieux organisé.

Cicatrisation pathologique

Dans certaines conditions, la cicatrisation ne suit pas son cours normal. Elle peut être "excessive" ou au contraire "diminuée".

La cicatrisation "excessive" peut induire des cicatrices hypertrophiques (**fig. 2**), caractérisées par une balance détersion/prolifération non équilibrée, au profit de la prolifération fibroblastique. Les cicatrices hypertrophiques sont indurées, stables dans le temps, et peuvent être gênantes sur les plans esthétique et fonctionnel (prurit, sensation un peu douloureuse). Les cicatrices chéloïdes, elles, suivent un processus prolifératif évolutif. Elles sont plus rares mais posent un réel problème de prise en charge. Elles sont plus fréquentes sur certaines zones



Fig. 2 : Cicatrice hypertrophique du bras chez une adolescente (nodule fibreux).

du corps (décolleté), à certains âges de la vie (adolescence), sur certains types de peaux (foncées) et lorsqu'il y a un terrain génétique prédisposant [3].

Enfin, en cas d'angiogenèse accrue, il peut se constituer un granulome pyogénique (botryomycome) après une plaie, même minime et passée inaperçue. Ces lésions bourgeonnantes, susceptibles de saigner, uniques ou multiples, sont fréquentes chez l'enfant (**fig. 3**).

La cicatrisation "diminuée" conduit à un retard de cicatrisation. Une plaie ne cicatrisant pas à 2 mois est appelée plaie



Fig. 3 : Botryomycomes multiples chez un enfant.

chronique. Le retard de cicatrisation peut être dû à des facteurs locorégionaux (infection locale, problèmes vasculaires, traitement local inapproprié) ou généraux (diabète, neuropathie, dénutrition, maladies héréditaires du tissu conjonctif, médicaments tels que les corticoïdes, déficit immunitaire, etc.).

Les différentes plaies

Chez l'enfant, les plaies aiguës peuvent être de causes très variées : mécaniques (brûlures, chutes, morsures d'animaux...), chimiques (brûlures), biologiques (plaies infectieuses), etc. La gravité dépend de l'étendue de la plaie (on considère que la paume de l'enfant correspond à 1 % de sa surface cutanée), de sa profondeur, de son risque infectieux (élevé pour une morsure animale par exemple), de sa topographie, de l'âge et de l'état général de l'enfant...

Contrairement à l'adulte, les plaies chroniques sont rares chez l'enfant et sont souvent liées à des comorbidités (drépanocytose, immunodépression, malformations vasculaires, etc.) [4].

En pratique, traitement de la plaie chez l'enfant* [8]

- Nettoyer la plaie à l'eau et au savon neutre à pH physiologique (5,5) 1 à 2 fois par jour.
- Ne pas manipuler/gratter la plaie.
- N'appliquer des antiseptiques que sur les plaies à risque infectieux élevé : morsures d'animaux, plaies souillées... Dans la majorité des cas, les règles d'hygiène bien conduites sont suffisantes pour éviter la surinfection cutanée. En outre, il y a un risque de devenir allergique – hypersensibilité de type retardé – aux antiseptiques si on les applique de façon fréquente et répétée.
- Appliquer un pansement adapté au stade de détersion de la plaie : pansement absorbant si la plaie est exsudative, pansement de type tulle gras si la plaie est peu exsudative.
- L'utilisation de produit asséchant sur la plaie est inutile : cela ne permet ni d'accélérer sa cicatrisation, ni de prévenir la surinfection cutanée bactérienne.
- Une fois l'épidermisation obtenue (plaie fermée), le massage de la cicatrice, éventuellement avec une crème ou un spray cicatrisant **non asséchant**, peut être utile pour l'assouplir et limiter la fibrose.
- La cicatrice doit être protégée du soleil (habits, crème ou stick anti-UV) durant au moins 1 an pour éviter la pigmentation post-inflammatoire.

*Certains types de plaies telles que les brûlures ont des recommandations spécifiques.

La cicatrisation en milieu humide

Les travaux de Winter, dans les années 1960, ont démontré que la cicatrisation se faisait mieux en milieu humide contrôlé (sous un pansement) qu'à l'air libre, l'environnement humide étant favorable à la détersion, la granulation et l'épidermisation des plaies [5]. Chez le cochon, les plaies traitées en milieu humide contrôlé cicatrisaient plus vite que celles qui étaient laissées à l'air libre. Ces données ont été confirmées chez l'humain [6]. Ainsi, le fait de mettre un pansement sur une plaie cutanée, même superficielle (pour maintenir le contact avec les exsudats, et ainsi un milieu humide), est favorable à sa cicatrisation, plutôt que de laisser la plaie à l'air ou d'appliquer un produit asséchant dessus. Si une croûte apparaît (milieu sec), l'épidermisation tardera, car elle ne pourra se faire qu'une fois la croûte partie.

Traitement de la cicatrice durant la phase de maturation tissulaire (remodelage)

Une prise en charge de la cicatrice récente pour prévenir l'excès de fibrose (par des massages par exemple), l'hyperpigmentation, le prurit, la gêne esthétique ou fonctionnelle, a été démontrée comme étant bénéfique dans la prévention de ces complications [7].

BIBLIOGRAPHIE

1. GANTWERKER EA, HOM DB. Skin: histology and physiology of wound healing. *Clin Plast Surg*, 2012;39:85-97.
2. RIPPA AL, KALABUSHEVA EP, VOROTELYAK A. Regeneration of dermis: scarring and cells involved. *Cells*, 2019;8:607.
3. OGAWA R. The most current algorithms for the treatment and prevention of hypertrophic scars and keloids: A 2020 update of the algorithms published 10 years ago. *Plast Reconstr Surg*, 2022;149:79e-94e.
4. SAY M, TELLA E, BOCCARA O *et al*. Leg ulcers in childhood: A multicenter study in France. *Ann Dermatol Venereol*, 2022;149:51-55.
5. WINTER GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature*, 1962;193:293-294.
6. JUNKER JP, KAMEL RA, CATERSON EJ *et al*. Clinical impact upon wound healing and inflammation in moist, wet, and dry environments. *Adv Wound Care (New Rochelle)*, 2013;2:348-356.
7. DEFLOIRIN C, HOHENAUER E, STOOP R *et al*. Physical management of scar tissue: A systematic review and meta-analysis. *J Altern Complement Med*, 2020;26:854-865.
8. Recommandations de la HAS sur les infections cutanées bactériennes. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_de_synthese_infections_cutanees_mel.pdf

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

I Revues générales

Intérêt d'un diagnostic précoce des troubles du spectre autistique : étude comparative entre des centres de proximité et un centre expert

RÉSUMÉ : L'errance diagnostique dans le trouble du spectre autistique (TSA) retarde une prise en charge adaptée. Notre objectif était d'évaluer l'intérêt des centres de diagnostic du TSA dans le parcours de soins des patients conjointement suivis en neuropédiatrie. Nous avons comparé deux groupes avec un TSA suspecté ou établi adressés dans le service de neuropédiatrie : l'un issu du centre de diagnostic l'Entretemps se situant dans l'hôpital et l'autre issu des centres de proximité alentours nommé "Hors Entretemps". Le critère de jugement principal était la prise en charge médico-sociale et éducative à 2 ans du suivi.

Les patients de l'Entretemps étaient davantage suivis dans une structure médico-sociale adaptée à 2 ans du suivi. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en termes de scolarité. Un diagnostic de TSA établi en centre de 3^e ligne est associé à une prise en charge médico-sociale plus adaptée, comparé aux centres de proximité.



**M. TAVEIRA¹, C. JOUSSELMÉ²,
F. CAZARD², K. DEIVA¹**

¹ Service de neurologie pédiatrique, CHU Bicêtre, LE KREMLIN-BICÊTRE.

² Service de pédopsychiatrie, CHS Fondation Vallée, GENTILLY.

Le trouble du spectre autistique (TSA) est un trouble neuro-développemental complexe. Les présentations cliniques et leur évolution sont hétérogènes [1]. Le taux de prévalence du TSA est aujourd'hui estimé à 1 % avec une augmentation ces dernières années (0,66 % en 2002) [2].

Les critères diagnostiques, actualisés en 2013, sont définis par le DSM-5 dans deux dimensions symptomatiques qui sont [3] :

- les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés ;
- le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.

La prise en charge des TSA est essentiellement faite par le secteur sanitaire en psychiatrie et par le secteur médico-social.

Les premiers signes apparaissent généralement entre 18 et 36 mois. Or le diagnostic est établi à un âge moyen plus tardif entre 3 et 5 ans, en partie dû à la saturation de la plupart des centres compétents [4]. Il existe 3 fois plus d'hospitalisations longues en psychiatrie pour les personnes autistes que pour la population générale. 60 % des enfants autistes sont non scolarisés. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique. C'est en ce sens qu'ont été créés les centres ressource autisme (CRA) au niveau régional en 2005 pour coordonner, orienter, conseiller et organiser les demandes avec

Réalités Pédiatriques, en partenariat avec
le laboratoire Gallia et Nutricia Allergie, vous invite
à la retransmission **EN DIRECT** de la webconférence interactive :

RÉGURGITATIONS DU NOURRISSON : À CHAQUE BÉBÉ SA PRISE EN SOINS



Jeudi 1^{er} décembre
de 20h45 à 22h00

- **Un même symptôme,
des profils différents ?**
Dr Marc Bellaïche, Paris
- **Mieux vaut prévenir...
bébé qui pleure, une fatalité ?**
Pr Tu-Anh Tran, Nîmes
- **Quand rien ne marche,
quelles solutions ?**
Dr Anaïs Lemoine, Paris

Cette retransmission est accessible sur le site :
<https://gallia-nutricia.realites-pediatriques.com>

La retransmission est strictement réservée aux professionnels de santé. Inscription obligatoire



Revue générale

les acteurs de terrain et les familles, et afin d'être un appui pour la réalisation d'évaluations approfondies.

D'après les dernières recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) [5], un examen neuropédiatrique complet doit être systématique et le bilan somatique représente une aide au diagnostic. Pour le moment, le parcours de soins de ces patients est marqué par un accès difficile au diagnostic et à une prise en charge adaptée. Pour répondre à ce besoin croissant, le CRA d'Île-de-France conventionne sept centres de diagnostic et d'évaluation de l'autisme et des troubles envahissants du développement.

L'objectif de notre étude était d'établir l'intérêt de ces centres dans le parcours du patient. Nous nous sommes intéressés à comparer la prise en charge médico-sociale et scolaire dans le TSA entre les enfants suivis dans un de ces centres appelés de 3^e ligne et ceux suivis dans les centres de proximité (de 1^{re} ou de 2^e ligne).

Matériel et méthodes

L'étude s'est déroulée à l'hôpital Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre), au sein du service de neurologie pédiatrique. Dans l'enceinte même de l'hôpital se trouve un centre de diagnostic et d'évaluation de l'autisme et des troubles neurodéveloppementaux, appelé l'Entretemps, qui est rattaché au Centre Hospitalier Fondation Vallée (Gentilly) et conventionné par le CRA d'Île-de-France.

Nous avons réalisé une étude de cohorte, comparative, rétrospective et monocentrique. Ont été inclus les patients âgés de moins de 16 ans adressés en neurologie pédiatrique pour un TSA (établi ou suspecté), hospitalisés sur la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017 inclus. Ont été exclus les patients qui étaient finalement adressés pour un autre motif et/ou qui avaient 16 ans ou

plus au moment de l'hospitalisation en neuropédiatrie. L'âge des patients lors de leur entrée dans le service était calculé à partir de la "date entrée dossier" (date de naissance-date entrée dossier).

Nous avons ainsi différencié deux groupes de patients qui nous ont été adressés ou que nous avons adressé : le groupe appartenant à l'Entretemps et le groupe que nous avons qualifié comme "Hors Entretemps", concernant les structures médico-sociales alentours (centre médico-psychologique [CMP], centre médico-psycho-pédagogique [CMPP], centre d'action médico-sociale précoce [CAMSP], centre d'accueil thérapeutique à temps partiel [CATTP]...), les protections maternelles et infantiles (PMI), les médecins solaires (crèche, maternelle ou école primaire) ou les médecins de ville (psychiatre, pédiatre ou médecin traitant). Tous ont été adressés par un courrier, envoyé par mail ou par voie postale, aux différents secrétariats concernés. Le diagnostic de TSA a été soit posé au préalable par un pédopsychiatre, soit suspecté selon les critères du DSM-5 par le ou les intervenants qui adressaient l'enfant.

Les diagnostics CIM-10 suivants ont été pris en compte quelle que soit leur position (diagnostic principal, diagnostic associé...) : F840 autisme infantile, F84 troubles envahissants du développement (autisme), F841 autisme atypique, F8412 autisme atypique en raison de la symptomatologie et de l'âge de survenue, F8411 autisme atypique en raison de la symptomatologie, F8410 autisme atypique en raison de l'âge de survenue, F845 syndrome d'Asperger, F848 autres troubles envahissants du développement et F849 trouble envahissant du développement, sans précision.

Le recueil des données était multidimensionnel (données sociodémographiques, environnementales, médicales, développementales) et concernait 2 ans de suivi en neuropédiatrie à partir de la date d'entrée. Nous avons recueilli les données de

la population : l'âge, le sexe, le terme de naissance, les antécédents périnataux, personnels et familiaux, les données socio-environnementales et les données développementales.

Le critère de jugement principal était la prise en charge médicosociale et scolaire du patient à 2 ans de son suivi en neuropédiatrie. Les critères secondaires étaient : l'âge au diagnostic du TSA, l'âge de la première consultation de pédopsychiatrie et de neuropédiatrie, l'âge des premières inquiétudes, le niveau de langage de l'enfant et la présence de comorbidités associées : déficience intellectuelle, dysmorphie, épilepsie et retard psychomoteur.

Les modalités de recueil étaient une consultation sur place par le dossier médical informatisé ORBIS à Bicêtre pour tous les patients et une consultation sur place par le dossier médical papier à l'Entretemps pour les patients concernés. Les données étaient reportées sur un fichier Excel. Les analyses statistiques univariées étaient réalisées avec le logiciel R. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative. Les variables quantitatives étaient exprimées en médiane avec les interquartiles et les analyses étaient effectuées avec le test de Mann-Whitney. Les résultats qualitatifs étaient reportés en effectif (en valeur absolue) avec pourcentage et les analyses étaient faites avec le test de Fisher. Cette étude respectait les critères de la MR-004.

Résultats

Un total de 255 patients correspondait aux diagnostics CIM-10 sus-cités sur les 3 années de l'étude (**fig. 1**). 61 étaient exclus car ils n'étaient pas adressés pour un TSA. Parmi les 194 patients inclus, 44 étaient des patients adressés par l'Entretemps et 150 étaient issus des structures tertiaires du bassin de vie alentours, correspondant dans notre étude au groupe Hors Entretemps.

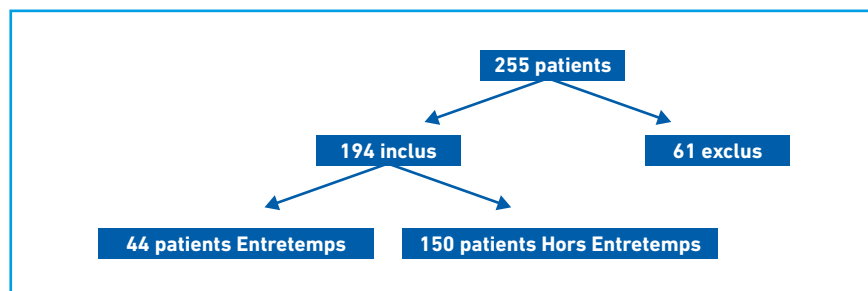


Fig. 1 : Flow chart.

1. Caractéristiques de la population (tableau I)

La population des deux groupes comportait une majorité de garçons : 72,7 % dans le groupe Hors Entretien et 90,9 % dans le groupe Entretien. L'âge moyen lors du bilan en neuropédiatrie était de 4,4 ans

pour les deux groupes et le taux de prématurité (terme de naissance < 37 semaines d'aménorrhée) se situait autour de 7 %. Concernant les expositions pendant la grossesse, il s'agissait essentiellement d'iatrogénie avec 3,3 % de grossesses exposées dans le groupe Hors Entretien et 6,8 % dans le groupe Entretien.

Les antécédents familiaux d'autisme concernaient 10,7 % des patients Hors Entretien et 13,6 % du groupe Entretien. Il y avait plus de consanguinité dans le groupe Entretien : 9,1 vs 6,7 %. 76 % des enfants Hors Entretien avaient une fratrie dont 6,7 % de jumeaux tandis que, dans le groupe Entretien, 79,5 % des patients avaient une fratrie dont 11,4 % de jumeaux. Pour les deux groupes, on retrouvait des parents séparés chez 13 à 15 % des familles et environ 5 % des enfants étaient placés. Le bilinguisme était retrouvé pour 30 % des patients. Les pères des patients de l'Entretien avaient un niveau scolaire plus élevé (50 % avaient le niveau bac ou post-bac) comparés à ceux du groupe Hors Entretien (26,4 %). Nous n'avons pas retrouvé de différence concernant le

		Hors Entretemps n = 150			Entretemps n = 44		
Sexe masculin, n (%)		125 (72,7)			40 (90,9)		
Âge (années), M ± ET		4,4 ± 2,1			4,4 ± 1,6		
Prématurité < 37 SA, n (%)		10 (7,2)			3 (6,8)		
Expositions pendant la grossesse	Alcool, n (%)	1 (0,7)			0 (0,0)		
	Tabac, n (%)	1 (0,7)			1 (2,3)		
	Médicaments, n (%)	5 (3,3)	Hydroxychloroquine	1 (0,7)	3 (6,8)	Hydroxychloroquine	2 (4,5)
			Insuline	1 (0,7)		Insuline	1 (2,3)
			Valproate de sodium	1 (0,7)		Valproate de sodium	0 (0,0)
			Carbimazole	1 (0,7)		Carbimazole	0 (0,0)
Anti-histaminique			1 (0,7)	Anti-histaminique		0 (0,0)	
Consanguinité, n (%)		11 (6,7)			4 (9,1)		
Enfant unique, n (%)		36 (24,0)			9 (20,5)		
Jumeaux, n (%)		11 (6,7)			5 (11,4)		
Contexte familial	Parents séparés, n (%)	23 (15,3)			6 (13,6)		
	Placement social, n (%)	8 (5,3)			2 (4,5)		
Niveau scolaire du père ≥ bac*		29 (26,4)			15 (50,0)		
Niveau scolaire de la mère ≥ bac**		50 (47,6)			13 (52,0)		
Bilinguisme, n (%)		46 (30,7)			13 (29,5)		
Antécédents familiaux d'autisme	1 ^{er} degré, n (%)	6 (4,0)			3 (6,8)		
	Éloignés, n (%)	10 (6,7)			3 (6,8)		
Âge de la marche (mois), Me [Q1-Q3]		14,0 [12,0-16,0]			13,5 [12,0-17,0]		
Âge des premiers mots (mois), Me [Q1-Q3]		21,5 [12,8-36,0]			24,0 [14,0-36,0]		
Âge des premières phrases (mois), Me [Q1-Q3]		48,0 [42,0-60,0]			51,0 [48,0-70,2]		

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et développementales de la population. N : effectif en valeur absolue ; M ± ET : moyenne avec écart-type ; Me [Q1-Q3] : médiane avec 1^{er} et 3^e quartile ; SA : semaines d'aménorrhée ; * : 54 données manquantes soit 27,8 % ; ** : 64 données manquantes soit 33 %.

Revue générale

niveau scolaire de la mère : 52 % avaient un niveau bac ou plus dans le groupe Entretemps et 47,6 % dans le groupe Hors Entretemps.

L'âge médian de la marche était de 14 mois dans le groupe Hors Entretemps et de 13,5 mois dans le groupe Entretemps. Concernant le langage, environ un tiers avait développé un langage fonctionnel. Dans le groupe Hors Entretemps, les premiers mots étaient apparus à un âge médian de 21,5 mois et les premières phrases à un âge médian de 4 ans. Dans le groupe Entretemps, les premiers mots étaient apparus à un âge médian de 24 mois et les premières phrases à 4,25 ans.

2. Critère principal (tableau II)

Davantage de patients de l'Entretemps étaient pris en charge dans une structure médico-sociale adaptée à 2 ans du suivi en neuropédiatrie (97,6 % ; $p = 0,025$) comparativement aux patients Hors Entretemps (82 % ; **fig. 2**). Les différentes structures médico-sociales concernaient les CMP, CMPP, CAMSP, IME, SESSAD et CATTP.

Concernant la scolarité à 2 ans du suivi en neuropédiatrie, il n'y avait pas de

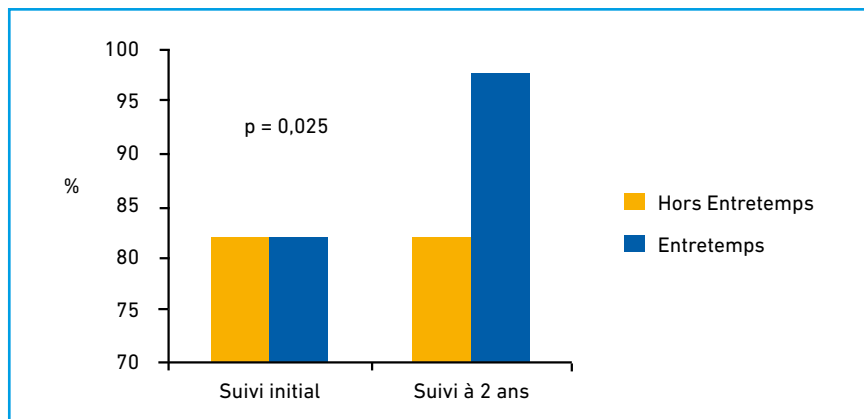


Fig. 2 : Prise en charge médico-sociale adaptée initiale et à 2 ans du suivi en neuropédiatrie, test de Fisher.

différence significative dans les deux groupes ($p = 0,160$) : 54,1 % dans le groupe Hors Entretemps et 39 % dans le groupe Entretemps étaient déscolarisés ou bénéficiaient d'une scolarité incomplète (à temps partiel).

Le nombre de perdus de vue était supérieur dans le groupe Hors Entretemps et concernait plus de la moitié des patients : 89 patients soit 59,3 % contre 4 patients soit 6,8 % dans le groupe Entretemps.

3. Critères secondaires

>>> **Âge du diagnostic de TSA (tableau III) :** les patients Entretemps avaient un dia-

gnostic de TSA à l'âge significativement plus précoce de 4,1 ans ($p = 0,001$), contrairement à ceux du groupe Hors Entretemps dont l'âge était de 5 ans. Dans le groupe Hors Entretemps, 30,7 % des patients n'avaient pas de diagnostic établi.

>>> **Âge des premières consultations spécialisées (tableau III) :** la première consultation en pédopsychiatrie dans le groupe Hors Entretemps était plus précoce ($p = 0,026$) et se situait à un âge médian de 3 ans, alors qu'elle avait lieu à un âge médian de 3,6 ans dans le groupe Entretemps. Nous avons donc un délai de diagnostic de TSA entre la première consultation de pédopsychi-

	Hors Entretemps, n (%) N = 150	Entretemps, n (%) N = 44	OR	IC 95 %	P (Fisher)
Scolarité initiale : absente ou incomplète	127 (84,7)	32 (72,7)	0,49	0,20-1,19	0,078
Scolarité à 2 ans : absente ou incomplète*	33 (54,1)	16 (39,0)	0,55	0,22-1,31	0,160
Structure médicosociale adaptée initiale	123 (82,0)	39 (88,6)	1,71	0,59-6,07	0,362
Structure médicosociale adaptée à 2 ans*	50 (82,0)	40 (97,6)	8,66	1,17-387,36	0,025

Tableau II : Scolarité et prise en charge médicosociale initiale et à 2 ans du suivi en neuropédiatrie, test de Fisher. N : effectif total en valeur absolue ; * : 92 données manquantes soit 47,4 %.

	Hors Entretemps N = 150	Entretemps N = 44	P (Mann-Whitney)
Premières inquiétudes, Me [Q1-Q3]	2,0 [1,5-2,4]	2,0 [2,0-2,5]	0,024
Première consultation neuropédiatrie, Me [Q1-Q3]	3,9 [3,0-5,0]	4,0 [3,6-5,2]	0,175
Première consultation pédopsychiatrie, Me [Q1-Q3]	3,0 [2,5-4,0]*	3,6 [2,9-4,8]	0,026
Diagnostic de TSA, Me [Q1-Q3]	5,0 [4,5-6,0]**	4,1 [3,1-5,4]	0,001

Tableau III : Âges des premières inquiétudes, des premières consultations spécialisées et du diagnostic de TSA en années, test de Mann-Whitney. Me [Q1-Q3] : médiane avec 1^{er} et 3^e quartile ; TSA : trouble du spectre autistique ; * : 2 données manquantes sur les 150 soit 1,3 % ; ** : 46 données manquantes sur les 150 soit 30,7 %.

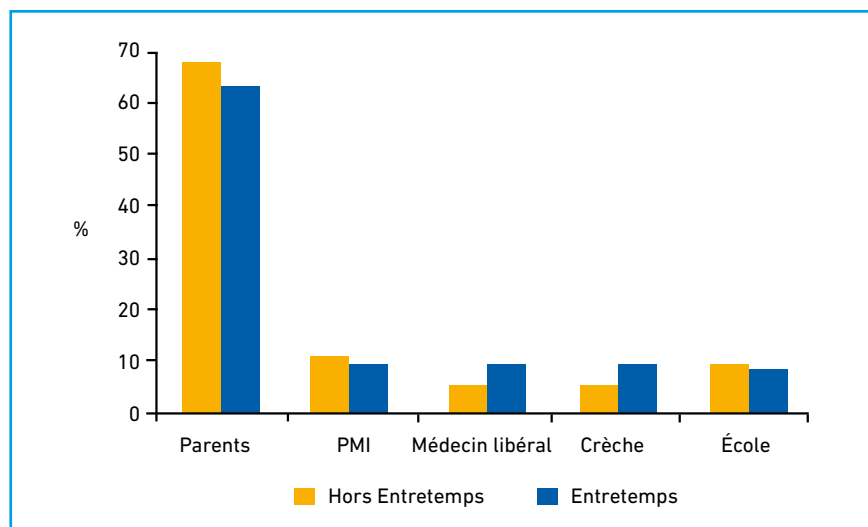


Fig. 3 : Personnes ou structures ayant alerté en premier.

chiatrie et le diagnostic de TSA dans le groupe Entretemps et Hors Entretemps respectivement de 5 mois et de 2 ans. Il n'y avait pas de différence significative dans les deux groupes concernant l'accès à la consultation de neuropédiatrie ($p = 0,175$), qui avait lieu à un âge médian de 4 ans.

>>> Âge des premières inquiétudes (tableau III) : les premières inquiétudes ont eu lieu à un âge médian de 2 ans dans les deux groupes ($p = 0,024$). Majoritairement pour les deux populations, les parents étaient ceux qui donnaient l'alerte, dans 68 % des cas pour le groupe Hors Entretemps et 63,6 % pour l'Entretemps (fig. 3).

>>> Développement du langage (tableau IV) : nous n'avons pas retrouvé

de différence significative ($p = 0,579$) concernant le développement du langage chez les patients, 67,4 % avaient une absence de langage oral dans le groupe Hors Entretemps contre 61,9 % dans le groupe Entretemps. La trajectoire du langage était également identique dans les deux groupes : environ 60 % avaient toujours eu un retard de langage, 24 % avaient stagné dans leur acquisition du langage et 16 % avaient eu une régression du langage.

>>> Comorbidités (tableau IV) : nous n'avons pas mis en évidence de différence significative pour les patients des deux groupes concernant l'épilepsie ($p = 0,127$), la dysmorphie ($p = 1,000$), la déficience intellectuelle ($p = 0,280$) et le retard psychomoteur ($p = 0,509$).

■ Discussion

Dans ce travail, nous avons mis en évidence que les patients adressés au CRA qu'est l'Entretemps ont une meilleure prise en charge médicosociale à 2 ans du suivi en neuropédiatrie. Le diagnostic est également établi plus précocement alors que les patients y consultent plus tardivement.

Dans la littérature, un diagnostic de TSA se situe autour de l'âge moyen de 4,9 ans, alors que la première consultation pour un avis a lieu autour de 2,8 ans [6]. Ces chiffres sont retrouvés dans notre étude. Une majorité de garçons est touchée (sex ratio 4 pour 1 fille habituellement retrouvé). La prématurité, facteur de risque connu de trouble neurodéveloppemental, se retrouve chez environ 7 % des patients des deux groupes. La prévalence des TSA chez les enfants nés prématurés est estimée entre 5 et 7 % tout terme de naissance confondu. Certaines expositions pendant la grossesse (médicaments, pesticides...) sont des facteurs de risque retrouvés dans la littérature, ainsi que l'âge parental. Le contexte social joue un rôle dans le développement cérébral de tout enfant, malade ou non. Les études de famille ont mis en évidence une part génétique (consanguinité, jumeaux). Le risque de présenter un TSA chez un apparenté au premier degré est 5 fois supérieur à celui de la population générale [7].

La prévalence des comorbidités décrites dans la littérature est similaire pour nos patients : 30 à 50 % de déficit cognitif [8],

	Hors Entretemps, n (%) N = 150	Entretemps, n (%) N = 44	OR	IC 95 %	P (Fisher)
Absence de langage fonctionnel*	97 (67,4)	26 (61,9)	1,268	[0,58-2,73]	0,579
Épilepsie	16 (10,7)	1 (2,3)	5,11	[0,75-220,05]	0,127
Dysmorphie	10 (6,7)	3 (6,8)	0,98	[0,24-5,78]	1,000
Déficience intellectuelle**	9 (81,8)	3 (50,0)	4,07	[0,31-73,15]	0,280
Retard psychomoteur***	119 (81,5)	32 (76,2)	1,37	[0,54-3,32]	0,509

Tableau IV : Comorbidités de la population étudiée, test de Fisher. N : effectif total en valeur absolue ; * : 8 données manquantes soit 4,1 % ; ** : 177 données manquantes soit 91,2 % ; *** : 6 données manquantes soit 3,1 %.

Revue générale

POINTS FORTS

- Dyade autistique :
 - déficits de la communication et des interactions sociales ;
 - comportements et intérêts restreints et répétitifs.
- Un diagnostic précoce de TSA dans un CRA permet une meilleure prise en charge médico-sociale.
- En moyenne, les premiers signes d'alerte du TSA sont repérés vers 12-18 mois et le diagnostic est posé vers 4-5 ans.
- Adresser à un centre de 2^e ligne dès les premiers signes d'alerte.
- Recourir aux centres de 3^e ligne pour les situations cliniques complexes.
- Débuter une prise en charge rééducative sans attendre le diagnostic définitif.
- Ne pas minimiser l'inquiétude d'un parent.

5 à 40 % d'épilepsie [9]. Leur présence n'est pas corrélée à une orientation plus précoce dans un CRA dans notre travail. L'âge médian de l'acquisition de la marche se situe entre 13,5 et 14 mois pour les deux groupes, ce qui est attendu puisque la majorité des patients avec TSA ne présente pas de retard moteur. Un retard de langage avec ou sans régression est systématiquement retrouvé, ce qui correspond aux critères diagnostiques du trouble. Environ deux tiers des patients n'ont pas de langage fonctionnel, comme ce qui est décrit dans la littérature [10].

Le bilan en neuropédiatrie prévu par la HAS est une étape clé pour poser le diagnostic étiologique lorsque cela est possible. Le but est de déterminer si le TSA est isolé ou syndromique, sporadique ou familial, associé à une déficience intellectuelle ou non, ou d'emblée évocateur d'un syndrome génétique connu. L'accès à ce bilan somatique est plutôt tardif, aussi bien dans notre étude que dans la littérature [11].

Les CRA ainsi que les centres de diagnostic qu'ils conventionnent n'arrivent pas à répondre aux besoins de leur popula-

tion. Le délai de diagnostic de TSA reste plus rapide en passant par ces centres de 3^e ligne malgré le fait que leur accès reste difficile. Dans certains travaux, on retrouve 10 à 20 % de patients décrits sans diagnostic "définitif" [12]. Cette impossibilité ou difficulté d'accéder au diagnostic vient en partie de l'absence d'actualisation des formations des personnels nécessaires. Les familles restent alors des années en errance diagnostique malgré leur prise en charge dans des centres de proximité, probablement du fait d'un mauvais étayage, de connaissances déficitaires de la part des intervenants de terrain et de la saturation des CRA et autres centres experts. Ces centres de 3^e ligne sont devenus pourtant le lieu de diagnostic pour toutes les situations alors que leur mission première était d'être un pôle de référence pour les cas compliqués.

Tout l'enjeu est de permettre au patient d'accéder à une évaluation dans un centre compétent dès les premières inquiétudes, ainsi qu'au bilan avec les neuropédiatres. C'est pour cela que le plan autisme 2018-2020 a été établi. Plus on accède à un diagnostic tôt, plus on est pris en charge dans une structure

médico-sociale adaptée, probablement parce que les demandes sont faites de manière plus précoce et les familles mieux informées.

Le secteur éducatif doit mieux se coordonner pour répondre aux besoins de la population. En effet, deux tiers des enfants autistes n'ont pas de scolarité adaptée, dont un tiers est scolarisé 2 jours ou moins en maternelle [13]. Les réseaux entre la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et l'Éducation nationale manquent de coordination et de fluidité.

Le point fort de notre service dans la prise en charge des TSA est de pouvoir être en lien direct avec le centre de l'Entretiens situé dans le même hôpital. Cela permet aux enfants d'accéder à un diagnostic tout en réalisant en parallèle un bilan somatique. La collaboration est plus fluide et plus accessible. L'une des pistes pour améliorer l'accès à un diagnostic est d'organiser des réseaux pédopsychiatrie-neuropédiatrie qui permettraient au patient d'accéder rapidement au bilan somatique malgré la saturation actuelle des services hospitaliers, que ce soit en psychiatrie ou en neuropédiatrie.

Les premiers signes d'alerte surviennent souvent entre 6 et 18 mois et sont souvent signalés par les parents *a posteriori*. Une sensibilisation à cet égard permettrait de les identifier plus précocement et donc d'arriver plus rapidement à une consultation de pédopsychiatrie et de neuropédiatrie. La FFP-HAS 2005 recommande que les inquiétudes des parents évoquant une difficulté développementale de leur enfant soient prises en compte comme un signe d'alerte [14]. La HAS propose un algorithme concernant le parcours de soins de ces patients en fonction des signes d'alerte, destiné aux différents professionnels intervenant en 1^{re}, 2^e ou 3^e ligne [5]. Les résultats attendus de la cohorte ELENA pour 2025 ont pour objectif de permettre une meilleure compréhension de la trajectoire dévelop-

pementale pour répondre aux besoins de manière personnalisée [6].

Notre étude comporte des limites et la principale est que les données sont recueillies de manière rétrospective avec de nombreux perdus de vue. Ces résultats doivent donc être interprétés avec précaution car plus de la moitié (59,3 %) des patients Hors Entretemps sont perdus de vue à 2 ans de leur suivi en neuropédiatrie, contre seulement 6,8 % pour l'Entretemps. Il est néanmoins intéressant de constater que les enfants qui ont eu accès à un diagnostic plus précoce sont moins perdus de vue. Avoir un diagnostic et en conséquent un projet de soins personnalisé aide les familles à comprendre l'intérêt du suivi et de la prise en charge globale, ce qui les rend plus assidues.

On sait qu'à l'âge adulte, seulement 0,5 % des personnes autistes travaillent en milieu ordinaire et 11,6 % ont accès à un logement personnel. Il est donc primordial de poser le diagnostic de TSA et de réaliser le bilan somatique dès le plus jeune âge pour pouvoir orienter l'enfant dans son parcours et l'adresser aux bonnes structures médicosociales. La mise en place d'un projet personnalisé du fait de l'hétérogénéité des phénotypes est tout l'enjeu du TSA, pour donner ainsi toutes leurs chances aux enfants de s'intégrer à l'âge adulte dans notre société, avec le moins de surhandicap possible.

■ Conclusion

Un diagnostic de TSA établi en centre de 3^e ligne est associé à une prise en charge

médicosociale plus adaptée, comparé aux centres de 1^{re} ou de 2^e ligne. Il est primordial que chaque enfant puisse avoir un diagnostic de TSA le plus tôt possible, en étant rapidement adressé à un centre expert si le centre de proximité ne parvient pas à poser un diagnostic clair. Une collaboration entre neuropédiatres et pédopsychiatres est nécessaire pour pouvoir intégrer précocement le bilan somatique dans le parcours de soins de l'enfant et accompagner au mieux ces familles. Une des pistes pourrait être de développer des consultations conjointes, pour allier la psyché au somatique.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAGHDADLI A, RATTAZ C, MICHELON C *et al.* Correction to: Fifteen-year prospective follow-up study of adult outcomes of autism spectrum disorders among children attending centers in five regional departments in France: The EpiTED cohort. *J Autism Dev Disord*, 2019; 49:2257.
2. DELOBEL-AYOUB M, KLAPOUSZCZAK D, TRONC C *et al.* La prévalence des TSA continue de croître en France : données récentes des registres des handicaps de l'enfant. *Bull Epidemiol Hebd*, 2020;128-135.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition: DSM-5*. 2013.
4. CHAMAK B, BONNIAU B. Changes in the diagnosis of autism: how parents and professionals act and react in France. *Cult Med Psychiatry*, 2013;37:405-426.
5. Recommandations HAS. Trouble du spectre de l'autisme: signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Février 2018.
6. BAGHDADLI A, LOUBERSAC J, MICHELON C *et al.*; consortium Elena. Cohorte Elena: étude transdisciplinaire des déterminants du trouble du spectre de l'autisme. *Bull Epidemiol Hebd*, 2019;150-156.
7. OZONOFF S, YOUNG GS, CARTER A *et al.* Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium Study. *Pediatrics*, 2011; 128:e488-e495.
8. FAILLA MD, SCHWARTZ KL, CHAGANTI S *et al.* Characterizing co-occurring conditions by age at diagnosis in autism spectrum disorders. *medRxiv*, 2019:19002527.
9. CANTANO R. Epilepsy in autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2007;16:61-66.
10. PAUL R, FUERST Y, RAMSAY G *et al.* Out of the mouths of babes: vocal production in infant siblings of children with ASD. *J Child Psychol Psychiatry*, 2011;52:588-598.
11. ACEF S, AUBRUN P. Soins somatiques et autisme, lever les obstacles pour réduire les inégalités. *Santé Publique*, 2010;22:529.
12. L'autisme en France: diagnostic et parcours de soins. Résultats de l'enquête Doctissimo-FondaMental - 28 mars 2013.
13. HAYEK H. L'intégration scolaire des enfants en situation de handicap: le cas particulier des enfants avec autisme. Psychologie. Université de Bretagne occidentale - Brest, 2015. Français. ffNNT: 2015BRES0095ff. fftel-01361105.
14. Fédération française de psychiatrie, Haute Autorité de santé, BAGHDADLI A. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Paris; Saint-Denis La Plaine: FFP; HAS; 2005.

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

I Revues générales

Déficit en fer entre 6 et 12 mois : la faute aux desserts lactés ?

RÉSUMÉ : Après 6 mois, les parents ont souvent le désir de remplacer le biberon de lait du goûter par un yaourt dit “infantile”, pensant probablement que la qualité nutritive des desserts lactés est équivalente à celle des laits de suite. Il n’en est rien : les desserts lactés contiennent peu de fer comme les yaourts classiques, mais pour un prix 5 à 9 fois plus élevé. Cette tendance est-elle sans conséquence ?

Nous nous sommes intéressés aux apports en fer quotidien de 250 enfants âgés de 6 à 12 mois. Dans notre étude, 59 % des enfants consommaient des desserts lactés au goûter et 61,2 % avaient des apports insuffisants en fer absorbé. Pour que les besoins en fer des enfants de cette tranche d’âge soient couverts, la prise quotidienne de viande et de lait de suite en quantité suffisante est indispensable. En cas de refus du lait, nous proposons diverses solutions pour se rapprocher des apports recommandés en fer.



S. DIEU-OSIKA¹, É. OSIKA²

¹ Hôpital Jean Verdier, BONDY et cabinet libéral, ROSNY-SOUS-BOIS.

² Hôpital Saint-Camille et cabinet libéral, BRY-SUR-MARNE.

L'alimentation des nourrissons se modifie considérablement après 4 mois. Avec la diversification, certains nourrissons marquent une nette préférence pour les aliments pris à la cuillère et cela peut avoir pour résultat une diminution conséquente des volumes de lait. Ce n'est pas sans importance car, à cette période, les besoins en fer sont importants. Nous avons évalué sur un échantillon d'enfants âgés de 6 à 12 mois les apports en fer au quotidien en nous intéressant plus particulièrement à la place des laits de suite, de la viande et des laitages (habituels qu'on nomme yaourts ou “spécial bébé” qu'on nomme desserts lactés).

Les besoins en fer de l'enfant de 6 à 12 mois

Les besoins en fer chez l'enfant peuvent s'exprimer de différentes façons. On peut les évaluer premièrement en besoins en fer ingéré mais, du fait d'une absorption particulière de ce métal, il est en

fait plus précis de mesurer ceux-ci en besoins en fer absorbé. Les dernières références nutritionnelles pour le fer ont été publiées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en avril 2021 [1]. Les recommandations étaient jusqu'ici énoncées en apport nutritionnel conseillé (ANC). L'Anses évalue maintenant les besoins nutritionnels d'un nutriment pour l'âge en se basant sur des références nutritionnelles pour la population (RNP). La RNP pour le fer entre 6 et 12 mois est estimée à 11 mg de fer ingéré.

Ce chiffre était aussi celui retenu par le groupe de travail multidisciplinaire de la Société française de pédiatrie sur le fer en 2017 [2]. Mais ce dernier a proposé pour une meilleure précision de s'intéresser plutôt aux besoins en fer absorbé. En effet, le fer ingéré n'est pas le reflet du fer qui va servir *in fine* aux différentes cellules : une fois ingéré, le fer est absorbé par la cellule intestinale de façon très différente

selon son origine et, dans une moindre mesure, selon les aliments qui l'accompagnent. Il est mieux absorbé quand il est lié à une molécule d'hémoglobine ou de myoglobine (on parle de fer héminique) comme dans la viande : 20 à 30 % du fer ingéré est alors absorbé [2]. Il est en revanche très mal absorbé dans les autres aliments : seuls 2 à 5 % du fer non héminique des aliments d'origine végétale, des œufs ou des laitages passent la barrière intestinale. L'absorption du fer du lait infantile de suite est améliorée (10 à 20 %) grâce à la présence conjointe de vitamine C et à sa présentation particulière : sous forme de fer ferreux et non de fer ferrique [2].

Le groupe de travail de la Société française de pédiatrie a estimé les besoins en fer absorbé pour la tranche d'âge de 6 à 12 mois à 1,1 mg par jour [2]. C'est le chiffre qui a été retenu dans notre travail.

■ En pratique, les différents apports en fer entre 6 et 12 mois

En France, les nourrissons de cette tranche d'âge sont le plus souvent alimentés avec du lait de suite qui contient en moyenne 1 mg de fer pour 100 mL. Une portion de 15 à 20 g de viande par jour est recommandée à cet âge et apporte alors environ 1 mg de fer (surtout s'il s'agit de viande rouge).

Le contenu en fer de nombreux aliments a été évalué par l'Anses. On peut accéder à ces données dans les tables de composition nutritionnelle des aliments Ciquel [3]. On peut ainsi constater que les desserts lactés infantiles ne contiennent pas plus de fer que les yaourts standards. Dans les données Ciquel de 2020, les desserts lactés contiennent 0,21 à 0,28 mg de fer pour 100 g (sans ajout de vitamine C qui, on le rappelle, augmente l'absorption du fer) et les yaourts standards contiennent de 0,12 à 0,3 mg de fer pour 100 g [3].

En résumé, les sources de fer sont donc en France pour les enfants âgés de 6 à 12 mois :

- le lait de suite : 1 mg de fer pour 100 mL ;
- la viande : 1 mg de fer dans 15 à 20 g de viande (essentiellement le foie ou le bœuf). 100 g de foie apporte 5 mg de fer, 100 g de bœuf 3 mg et 100 g de blanc de poulet 0,4 mg [3] ;
- les desserts lactés pour nourrissons mais qui apportent très peu de fer : en moyenne 0,25 mg pour 100 g. Cette quantité est au mieux équivalente à celle des yaourts.

■ Matériel et méthode de notre étude

En janvier 2021, 250 parents ont répondu aux questions posées par leurs pédiatres en cabinet de ville en région parisienne. Les données rapportées étaient : l'âge de l'enfant entre 6 et 12 mois, le nombre de tétées et/ou de biberons par jour, les quantités de lait de suite absorbées sur une journée, les apports en viande par jour, et les laitages proposés en précisant s'il s'agissait de yaourts (rayon frais standard) ou de desserts lactés (rayon alimentation infantile). Les apports quotidiens en fer absorbé ont été évalués à partir de ces données et comparés à l'apport de 1,1 mg de fer absorbé recommandé pour cette tranche d'âge.

■ Résultats

Sur les 250 enfants étudiés, 20 % étaient allaités exclusivement ou en allaitement mixte. Aucun des nourrissons observés ne consommait de lait de vache standard ou de laits végétaux. Dans notre étude, on constate que 27 % des enfants mangeaient des yaourts et 59 % des desserts lactés. Les apports en fer ont été évalués en tenant compte des apports en lait de suite et des apports moyens en viande.

9,2 % ont un apport égal ou supérieur à l'apport recommandé de 1,1 mg de fer absorbé par jour, 29,6 % ont un apport

que l'on peut estimer correct de 0,9 mg de fer absorbé par jour et 61,2 % ont un apport insuffisant en fer absorbé (inférieur à 0,9 mg).

■ Discussion

Nous montrons dans cette étude ouverte, en pratique de ville quotidienne en région parisienne, que la majorité des nourrissons (61 %) ont des apports en fer absorbé en deçà des minima recommandés. Cela coïncide avec un chiffre équivalent de nourrissons qui consomment des desserts lactés spécial bébé (59 %). Il est possible que ce déficit d'apport en fer soit en fait dû à une méconnaissance (des parents comme des médecins) des différences de qualité nutritionnelle de ces laitages supposés spécifiques pour nourrissons.

En effet, on ne retrouve plus aujourd'hui de desserts lactés fabriqués à partir du lait de suite et contenant donc du fer dans les rayons de nutrition infantile. Cela semble dû aux récentes modifications de la réglementation européenne qui ont interdit l'ajout de certains composants dans les aliments pour bébé (comme la vitamine D) [4]. C'est ce qui aurait conduit à l'abandon par les industriels de la fabrication de desserts à base de lait de suite.

Les desserts spécial bébé sont aujourd'hui composés de lait de vache entier ou de lait demi-écrémé, voire de lait d'origine végétale. Ils répondent à une législation plus stricte : contrôle des pesticides, des contaminants microbiens ou des additifs, des colorants comme des conservateurs (norme Afnor V90-001 "destiné à l'alimentation du tout-petit"). En revanche, ils ne contiennent plus du tout de fer, n'apportent pas d'acides gras essentiels, sont souvent sucrés et coûtent en moyenne 5 à 9 fois plus chers que les yaourts standards. Les parents, croyant bien faire, dépensent ainsi plus pour une qualité nutritionnelle moindre. Un yaourt standard au lait de vache entier ne contient

Revue générale

ni conservateur, ni additif, ni colorant, ni sucre ajouté. Il est beaucoup moins cher et fabriqué avec du lait de vache entier. Il peut être associé à des fruits frais, ce qui en fait un dessert gouteux et équilibré.

>>> Comment éviter ce déficit en fer ? Il est important de rappeler aux parents et aux responsables des menus dans les collectivités de la petite enfance que, pour assurer un apport de fer suffisant à cet âge, il faut consommer au moins 600 mL de lait de suite par jour et manger 20 à 30 g de viande (si possible rouge). Si et seulement si cette quantité minimum de lait est acquise, on peut proposer en plus, selon l'appétit du bébé, au goûter ou le soir, un yaourt entier (ou un petit-suisse ou un fromage blanc) au lait de vache le plus simple possible.

>>> Que faire en cas de prise insuffisante de lait deuxième âge ? Pour les parents qui sont prêts à s'engager à cuisiner un peu, il est possible de faire des yaourts à partir de lait de suite ou de croissance (**voir encadré**). Une autre solution, expérimentée en pratique de ville, est l'ajout de dosettes de lait de suite dans les différents aliments de la journée (purée, compote, yaourt). Cela est envisageable si le nombre de dosettes de lait pour arriver à un total de 20 dosettes (soit l'équivalent de 600 mL de lait reconstitué par jour) n'est pas trop important. Dans notre expérience, certaines mamans ajoutent ainsi facilement 3 ou 4 dosettes de lait dans les purées de légumes ou de fruits. On peut aussi réapprendre à faire des bouillies à base de céréales et de lait de suite. En cas d'échec de ces différentes méthodes, une petite supplémentation journalière médicamenteuse de quelques millilitres de fédératate de sodium peut se discuter.

Conclusion

Il est nécessaire que cette étude modeste de ville en région parisienne soit répliquée à plus large échelle pour pouvoir confirmer les faits observés. Il est cepen-

POINTS FORTS

- Les besoins en fer des nourrissons entre 6 et 12 mois sont importants. Ils ne peuvent être assurés que grâce à la viande (rouge de préférence) et au lait de suite.
- Les desserts lactés ne sont pas faits avec du lait de suite et ne contiennent pas de fer. Ils n'ont aucun intérêt nutritionnel pour le bébé mais sont en revanche plus chers que les yaourts traditionnels au lait entier.
- Le lait de suite doit être poursuivi jusqu'à 12 mois en quantité suffisante (600 à 700 mL/jour). Si ces volumes sont atteints, un yaourt traditionnel au lait entier peut être proposé. Si ce n'est pas le cas (comme pour les bébés au sein ou pour les bébés qui délaissent les biberons), d'autres solutions sont à proposer.
- Il faut réclamer aux industriels du lait des desserts lactés enrichis en fer que l'on pourra alors qualifier de réellement spécifiques aux bébés en raison de leur composition et pas uniquement de leur packaging coloré !

dant probable que le discours ambigu autour des desserts lactés spécial bébé ait les mêmes effets dans les autres régions de France. Il serait souhaitable que les fabricants de desserts lactés se mobilisent pour proposer à nouveau des produits qui tiennent leur promesse. Pour cela, ces desserts lactés devraient contenir peu de sucre et peu de protéines mais apporter également du fer et des acides gras essentiels.

Deux possibilités sont à envisager : la plus simple probablement (dépendant des industriels du lait) est la supplémentation en fer des desserts lactés actuels

(cette supplémentation est acceptée par la législation européenne). L'autre solution serait une modification de la législation européenne des aliments pour bébé leur permettant de faire des desserts lactés à partir de lait de suite, comme cela existait auparavant...

En attendant, privilégions le lait de suite chez les bébés de 6 à 12 mois ! Puisse cette étude motiver les médecins et les parents à réclamer aux industriels de l'alimentation des produits réellement spécifiques aux bébés dans leur composition et pas uniquement dans leur packaging.

Recette de yaourt maison à base de lait de suite

Prendre 800 mL de lait de suite sans probiotiques. Ajouter un sachet de ferments lactiques, par exemple un sachet Alsa "Mon yaourt maison" disponible en grandes surfaces. Pour donner au yaourt une fermeté suffisante, il est indispensable d'ajouter un épaississant, par exemple 2 à 3 cuillères-doses de Magic Mix. Il est possible d'ajouter un sachet de sucre vanillé si le bébé est habitué à un yaourt sucré. Suivre ensuite les indications d'utilisation de la yaourtière. Les yaourts doivent être consommés dans la semaine de fabrication et conservés dans le réfrigérateur (ils sont souvent plus fermes après 1 ou 2 jours).

D'autres recettes sont disponibles sur le site Mpedia (www.mpedia.fr/art-recette-yaourts/).

Remerciements aux pédiatres qui ont participé à l'étude : Drs Sophie Amstutz, Dominique Bena, Juliette Berquier, Viviane Biriotti, François Corrad, Valérie Hayoun, Pierre Jarry, Marc Koskas, Michèle Arboy-Lehmann, Hortense Poman, Michel Robin et Marc Sznajder.

BIBLIOGRAPHIE

1. www.anses.fr/fr/content/les-références-nutritionnelles-en-vitamines-et-minéraux
2. TOUNIAN P, CHOURAQUI JP. Fer et nutrition. *Arch Pédiatr*, 2017;24:5S23-5S31.
3. ciqual.anses.fr

4. Journal officiel de l'Union européenne. Directive 2006/125/CE de la commission du 5 décembre 2006.

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

Retrouvez sur le site : www.realites-pediatriques.com

3 points clés sur le rotavirus

selon le Pr Alain Martinot

Avec le soutien institutionnel de



I Revues générales

Migraine de l'enfant : stratégie thérapeutique, du pédiatre aux centres spécialisés

RÉSUMÉ : La migraine est fréquente chez l'enfant et ses conséquences sur le quotidien peuvent rapidement s'installer. L'identification des facteurs déclenchants, notamment *via* un agenda, permet de prévenir les récives de crise. Le traitement de crise doit être pris le plus précocement possible, d'où l'intérêt de mettre en place un projet d'accueil individualisé.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à proposer en première intention pour le traitement de la crise : l'ibuprofène (10 mg/kg/prise) est d'abord recommandé, l'utilisation du sumatriptan nasal (10 à 20 mg) est également possible chez l'adolescent de plus de 12 ans avec une bonne efficacité et une bonne tolérance. Les traitements de fond non médicamenteux sont recommandés en première intention chez l'enfant. La mise en place d'un traitement de fond médicamenteux relève de l'avis d'un centre spécialisé et elle n'est à envisager qu'après échec des traitements non pharmacologiques.



S. BERCIAUD

Consultation douleur chronique pédiatrique, CHU de BORDEAUX.

La migraine est une céphalée primaire fréquente et invalidante chez l'enfant avec une prévalence de 3 à 10 % tout âge confondu [1]. Elle a été classée comme troisième cause d'invalidité dans le monde chez les hommes et les femmes de moins de 50 ans [2]. Plusieurs études ont montré un impact négatif de la migraine sur la qualité de vie des enfants [3]. Elle reste cependant sous-diagnostiquée et méconnue à la fois des familles et des soignants. La famille se décide à consulter quand les répercussions sociales, familiales ou morales commencent à apparaître.

Le diagnostic s'appuie sur les critères précis et validés de l'International Headache Society (IHS) [2]. Une fois le diagnostic posé, il convient de proposer une prise en charge qui visera à arrêter la crise de migraine lorsqu'elle débute et prévenir les récives. Cette prise en charge repose sur des traitements médicamenteux et non médicamenteux. Initialement, elle peut tout à fait être instaurée par le pédiatre ou le médecin

traitant. Quand les crises se font plus fréquentes et/ou difficiles à contrôler, le recours à une structure spécialisée dans la douleur pédiatrique est alors indiqué. Pour adapter les traitements au mieux, il conviendra d'identifier les facteurs déclenchant et les facteurs calmant les crises [1, 4-6]. Il est également judicieux de s'appuyer sur un agenda des crises de migraine [4, 5].

Prise en charge de la crise migraineuse : le traitement de crise

Il est important que l'enfant identifie le début de la crise qui peut-être soit la céphalée, soit l'apparition de l'aura en cas de migraine avec aura [2]. L'objectif est de faire diminuer l'intensité de la douleur de plus de la moitié en une heure.

1. Principes

Il existe plusieurs principes à respecter [4-9] :

>>> Le traitement de crise doit être pris le plus précocement possible, idéalement dans les 15 premières minutes. Il reste bien évidemment possible de le donner passé ce délai, mais plus le temps passe et plus l'effet du traitement risque de diminuer.

>>> La monothérapie est la règle en première intention, mais l'association de deux classes médicamenteuses peut être possible ou nécessaire en fonction des enfants. Cette association peut se faire avec un intervalle de 15 à 30 minutes entre les deux prises ou d'emblée en fonction du contexte.

>>> La prise d'antalgiques doit être limitée, pas plus de deux prises d'antalgiques par semaine, afin de prévenir les céphalées par abus médicamenteux [3, 7]. Elles sont définies par une céphalée survenant 15 jours ou plus par mois chez un enfant consommant des antalgiques plus de 10 à 15 fois par mois (fonction des antalgiques) pendant plus de 3 mois. On retiendra qu'une réévaluation doit être rapidement proposée en cas de consommation supérieure ou égale à 8 à 10 prises sur un mois.

>>> Le traitement doit être rapidement accessible, il convient donc de mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI) dans l'établissement scolaire.

>>> La voie d'administration orale est à privilégier. En cas de nausées/vomissements, les voies sublinguale ou intranasale sont une bonne alternative. La voie intrarectale est également possible mais la biodisponibilité est aléatoire et l'administration parfois compliquée en fonction du contexte et de l'âge.

>>> Il faut essayer le traitement de crise sur plusieurs crises pour juger de son efficacité.

Les différents traitements médicamenteux doivent s'associer à des mesures physiques simples qui peuvent être efficaces telles que la mise au repos/

sommeil au calme voire dans le noir, l'application de frais/froid sur le front ou encore l'utilisation d'huiles essentielles, notamment de menthe poivrée [4]. D'autres mesures peuvent s'appliquer en fonction du contexte et des facteurs calmants rapportés par l'enfant.

Cette mise en place de traitement de crise est initiée dès le diagnostic de migraine posé, y compris par le pédiatre ou le médecin traitant.

2. Molécules

>>> Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Leur efficacité est supérieure à celle du paracétamol [4, 5], ils peuvent être pris dès l'aura si elle existe. L'ibuprofène à la dose de 10 mg/kg/jour est recommandé en première intention avec une efficacité supérieure au placebo dans les études et sa tolérance est bonne [1, 2, 4-9]. Il existe notamment sous forme de solution buvable ou orodispersible, de comprimés et de sachets. D'autres AINS peuvent être utilisés [1, 4, 5, 8] en fonction de la réponse à l'ibuprofène, on peut citer le diclofénac, le naproxène et le kétoprofène qui eux aussi ont fait la preuve de leur efficacité [1] (**tableau I**).

Il convient de respecter les précautions d'emploi et les contre-indications, notamment digestives et rénales. Un

inhibiteur de la pompe à protons peut être prescrit si besoin. Les AINS peuvent être associés au paracétamol ou aux triptans si nécessaire.

>>> Acide acétylsalicylique (AAS)

Il fait partie des molécules ayant fait la preuve de leur efficacité à la dose de 10 à 15 mg/kg [1, 5]. Il peut être associé au paracétamol.

>>> Paracétamol

Il est souvent prescrit en première intention, il peut être donné à la dose de 15 mg/kg/6 heures mais son efficacité sur la crise de migraine n'est pas toujours démontrée en fonction des études [2, 6]. Le paracétamol peut être associé aux AINS ou aux triptans si nécessaire.

>>> Triptans

Les études des triptans chez les enfants montrent une bonne efficacité et une bonne tolérance [2, 4, 5, 10]. En cas de migraine avec aura, il faut attendre l'apparition de la céphalée pour prendre le triptan.

Le sumatriptan intranasal 10 à 20 mg est recommandé et a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France chez l'enfant de plus de 12 ans. Son efficacité a été démontrée dans plusieurs études [2, 4-9]. Une seconde dose peut être prise en cas de persistance 2 heures après la première

Molécule (DCI)	Posologie et autorisation de mise sur le marché (AMM) générale
Ibuprofène	● 10 mg/kg/8 h ● AMM : 3 mois
Diclofénac	● Posologie : 1 mg/kg/8 h ● AMM > 6 ans ou > 16 kg
Naproxène	● Posologie : en moyenne 10 mg/kg/jour 1 à 2 prises/jour ● AMM dès 25 kg soit environ 6 ans
Kétoprofène	● Posologie : 0,5 à 1 mg/kg/8 h ● AMM > 6 mois

Tableau I : Anti-inflammatoires non stéroïdiens utilisés en traitement de crise de la migraine chez l'enfant [1, 4, 5, 8].

Revue générale

prise. Il est préférable de le limiter à deux prises par semaine.

Une revue Cochrane de 2016 a retrouvé une efficacité modérée du sumatriptan nasal *versus* placebo chez les moins ou plus de 12 ans [2]. Cette même revue retrouvait chez les adolescents (> 12 ans) une meilleure réponse au zolmitriptan 2,5 mg comparativement à d'autres triptans oraux (almotriptan, élétriptan, naratriptan, rizatriptan). L'effet des triptans, toutes classes confondues, restait supérieur à celui du placebo [2, 6].

Les triptans peuvent être associés aux AINS ou au paracétamol. Avant leur prescription, il convient de vérifier l'absence de contre-indications, notamment cardiovasculaires. Leur association aux dérivés ergotés est contre-indiquée. L'association sumatriptan-naproxène, le zolmitriptan intranasal et le rizatriptan en comprimés ont montré une bonne tolérance et une efficacité élevée à modérée sur la céphalée et certains signes associés dans une revue de la littérature de l'American Academy of Neurology [6].

>>> Dihydroergotamine en spray nasal

Cette molécule a l'AMM après l'âge de 10 ans mais elle n'est pas recommandée en pratique car le peu d'études disponibles n'a pas montré son efficacité [1, 2, 4]. Il faut, comme pour les triptans, attendre l'apparition de la céphalée en cas d'aura et son association aux triptans est contre-indiquée.

>>> Opioides

Aucun d'entre eux n'est recommandé dans la prise en charge de la migraine, leur effet n'est pas démontré, et le risque de développer une dépendance et des céphalées d'abus médicamenteux est non négligeable [1, 4, 5, 11, 12].

>>> Caféine

Chez l'adulte, l'association de la caféine au paracétamol ou à l'AAS n'a pas

démontré de preuve d'efficacité [1]. La caféine pouvant induire des céphalées par abus médicamenteux, son utilisation n'est donc pas recommandée.

>>> Traitement des nausées et/ou vomissements

Certaines études montrent que l'utilisation du sumatriptan en spray nasal aurait un effet (modéré) sur les nausées et vomissements 2 heures après la prise [6]. En cas de nausées ou vomissements invalidants, il est possible de proposer dès le début de la crise des antiémétiques par voie sublinguale ou intrarectale, mais leur efficacité n'est pas toujours clairement démontrée [4, 6, 7].

Prévention de la crise migraineuse : le traitement de fond

La prévention des crises de migraine passe avant tout par une bonne connaissance des facteurs déclenchants (**tableau II**). La tenue d'un agenda des crises permet leur identification, l'évaluation de la fréquence des crises, l'impact sur le

POINTS FORTS

- Le traitement de crise doit être pris le plus précocement possible, d'où l'intérêt de mettre en place un PAI.
- L'ibuprofène à la dose de 10 mg/kg/prise est le traitement de crise recommandé en première intention chez l'enfant.
- L'utilisation du sumatriptan nasal (10 à 20 mg) est possible en traitement de crise chez l'adolescent de plus de 12 ans, avec une bonne efficacité et une bonne tolérance.
- L'identification des facteurs déclenchants de la migraine (agenda) permet de prévenir les récurrences de crise.
- Les traitements de fond non médicamenteux sont recommandés en première intention chez l'enfant.
- La mise en place d'un traitement de fond médicamenteux relève de l'avis d'un centre spécialisé et il n'est à envisager qu'après échec des traitements non pharmacologiques.

quotidien, le nombre de prises médicamenteuses et leurs effets [4, 5, 11]. Avant la première consultation, nous demandons systématiquement aux enfants de tenir un agenda des crises. À titre d'exemple, nous avons deux versions d'agenda, une pour les moins de 10 ans et une pour les plus de 10 ans (**fig. 1**).

Manque/excès de sommeil
Chaleur/froid
Luminosité
Bruit
Charge de travail
Émotions
Contrariété
Stress
Activité sportive
Faim
Changements de rythme
Certaines odeurs

Tableau II : Principaux facteurs déclenchants de la migraine [4, 5, 11].

Il est important d'expliquer à l'enfant et aux parents ce qu'est la migraine, son origine génétique et la notion de facteur déclenchant. Il faut également évaluer l'impact des migraines sur le quotidien : scolarité, loisirs, appétit, sommeil, moral, famille... Il existe un score en anglais, *The Pediatric Migraine Disability Assessment* (PedMIDAS), qui est un questionnaire permettant d'évaluer l'impact des migraines sur les 3 derniers mois. Il est utilisable chez les enfants de 4 à 18 ans [13].

La prise en charge préventive de la migraine chez l'enfant repose en première intention sur des moyens non médicamenteux. La mise en place d'un traitement de fond médicamenteux

doit être bien réfléchi, elle ne doit être proposée qu'après échec des prises en charge non médicamenteuses [1, 4, 5, 7, 11, 14] et après une évaluation pluriprofessionnelle dans une structure spécialisée dans la prise en charge des douleurs de l'enfant.

>>> Mesures hygiéno-diététiques

Il convient de rappeler les règles d'hygiène de vie de base, souvent peu appliquées par les adolescents : avoir une quantité de sommeil suffisante, une bonne hydratation, des repas réguliers, limiter la consommation de caféine (notamment dans les sodas), limiter le plus possible les grands changements de rythme, pratiquer une activité phy-

sique [11, 14]... Ces mesures sont à rappeler à tout enfant souffrant de migraine.

>>> Prise en charge psychocorporelle

Elle doit être proposée en première intention et la supériorité des techniques psychocorporelles par rapport aux traitements médicamenteux a été plusieurs fois démontrée [1, 4, 5, 7, 11, 14]. La technique sera proposée en fonction de la personnalité de l'enfant, des ressources disponibles à proximité de son domicile et des possibilités financières de la famille. Bien souvent, ces deux derniers paramètres représentent une limite pour l'accès à ces prises en charge.

La relaxation, l'hypnose, la sophrologie, le *biofeedback* et les thérapies comportementales et cognitives notamment ont démontré leur efficacité [1, 4, 5, 11, 15, 16].

>>> Prise en charge psychologique

Il est nécessaire d'identifier les comorbidités possiblement associées à la migraine, et ce d'autant plus que les crises sont fréquentes et qu'elles impactent le quotidien. Le cas échéant, l'orientation vers un psychologue ou pédopsychiatre doit être proposée [15, 17]. La migraine n'est pas "psychologique" mais son retentissement sur l'humeur doit être pris en compte lorsqu'il existe.

>>> Prise en charge physique

Certaines prises en charge telles que la kinésithérapie, l'acupuncture, les automassages ou encore la neurostimulation transcutanée (TENS) peuvent également être proposées en fonction de l'évaluation lors de la consultation. Il existe cependant peu d'études démontrant leur effet dans la migraine chez l'enfant [7, 11].

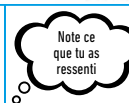
>>> Prise en charge médicamenteuse

Ce type de traitement médicamenteux relève de l'avis d'un centre spécialisé. Il n'est à envisager qu'après échec des trai-

A

Agenda des douleurs de :

À compléter sur les mois de :

Note la date de la crise 	Que faisais-tu à ce moment-là ?	Note si tu as eu : un peu, beaucoup, très mal	Note quel médicament tu as pris 	A-t-il été efficace ? En combien de temps ? 	Note ce qui s'est passé (as-tu vomi, eu mal au ventre...)	Note ce que tu as ressenti 

Pôle Neurosciences cliniques
Unité de coordination de la douleur
Consultation douleur chronique pédiatrique
05 57 82 01 94 / consult.douleur.pedia@chu-bordeaux.fr

B

Agenda des douleurs de :

À compléter sur les mois de :

Date et heure de la crise	Intensité de la douleur Donne une note de 0 à 10	Combien de temps la douleur a-t-elle duré ?	Quel médicament as-tu pris ? A-t-il été efficace ? En combien de temps ?	Que faisais-tu à ce moment-là ?	Qu'est-ce que tu as ressenti en dehors de la douleur ?	Qu'est-ce que tu as fait ?

Pôle Neurosciences cliniques
Unité de coordination de la douleur
Consultation douleur chronique pédiatrique
05 57 82 01 94 / consult.douleur.pedia@chu-bordeaux.fr

Fig. 1 : Agenda des douleurs pour les moins de 10 ans (A) et les plus de 10 ans (B).

Revue générale

tements non pharmacologiques chez des enfants souffrant de plus de 3 à 4 crises par mois peu soulagées par le traitement de crise et ayant des répercussions sur le quotidien. Seulement quelques-uns de ces traitements ont l'AMM dans le traitement de fond de la migraine chez l'enfant [1, 4, 5, 7, 14].

On considère qu'une réduction de 50 % de la fréquence ou de l'intensité des crises est considérée comme une réponse positive au traitement. L'effet attendu est évalué entre 1 et 3 mois et poursuivi jusqu'à 6 mois en cas de réponse favorable [4, 5, 7]. Il convient de toujours prescrire la dose minimale efficace et d'essayer régulièrement d'arrêter le traitement. La proposition d'un traitement de fond médicamenteux peut s'associer aux prises en charge non médicamenteuses. Cette association peut parfois en potentialiser les effets [14].

Les molécules utilisables chez l'enfant sont (accord professionnel) : l'amitriptyline, la flunarizine (chez le plus de 10 ans), le métoprolol, l'oxétorone, le pizotifène (chez l'enfant de plus de 12 ans), le propranolol et le topiramate (**tableau III**). La plupart des études ne permettent pas de prouver leur efficacité mais l'amitriptyline est souvent utilisée [1, 4, 5, 7, 11, 14]. Il faut prendre en

compte leurs effets secondaires, notamment la prise de poids pour l'amitriptyline, la flunarizine et le pizotifène, et à l'inverse la diminution de l'appétit pour le topiramate. La plupart de ces traitements ont un effet sédatif à prendre également en compte [1, 4, 5, 7, 11, 14].

Conclusion

La migraine reste fréquente chez l'enfant et les conséquences sur son quotidien peuvent rapidement s'installer. Une fois le diagnostic de migraine établi, il convient d'identifier les facteurs déclenchants (utilisation d'agenda), de mettre en place un traitement de crise et de prévenir les récurrences. Le traitement de crise doit être pris le plus précocement possible et repose en première intention sur les AINS, dont le chef de file reste l'ibuprofène à la dose de 10 mg/kg/prise. Les triptans, sous forme de sumatriptan en spray nasal, ont l'AMM dès 12 ans. Leur efficacité et leur sécurité d'emploi ont été démontrées.

Quand les crises impactent le quotidien de l'enfant, il est d'autant plus justifié de proposer des mesures préventives. Les techniques non médicamenteuses sont recommandées en première intention (relaxation, hypnose, *biofeedback*,

thérapies comportementales et cognitives). En cas d'échec des traitements non pharmacologiques, un traitement médicamenteux peut être proposé. Pour l'instauration de celui-ci, il est préférable de prendre un avis spécialisé.

Les répercussions psychologiques de la migraine doivent être identifiées et prises en charge. Le traitement de crise et les techniques non médicamenteuses peuvent tout à fait être mis en place par le pédiatre ou le médecin traitant. La prise en charge doit être globale, pluriprofessionnelle, et l'implication de l'enfant est primordiale pour le succès de celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. LANTERI-MINET M, VALADE D, GÉRAUD G *et al*. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. *Rev Neurol*, 2013;169:14-29.
2. RICHER L, BILLINGHURST L, LINSDELL MA *et al*. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;4:CD005220.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 2018;38:1-211.
4. FOURNIER-CHARRIÈRE E. Prise en charge de la migraine chez l'enfant. *J Pédiatr Puériculture*, 2005;18:203-210.
5. ANNEQUIN D, TOURNIAIRE B. Migraine et céphalées de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Pédiatr*, 2005;12:624-629.
6. OSKOU M, PRINGSHEIM T, HOLLER-MANAGAN Y *et al*. Practice guideline update summary: Acute treatment of migraine in children and adolescents: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*, 2019;93:487-499.
7. YOUSSEF PE, MACK KJ. Episodic and chronic migraine in children. *Dev Med Child Neurol*, 2020;62:34-41.

Molécule	Posologie
Amitriptyline	0,3 à 0,5 mg/kg/jour (dans certaines études anglosaxones 1 mg/kg/jour)
Propranolol	1 à 4 mg/kg/jour
Métoprolol	25 à 50 mg/jour
Flunarizine	5 mg/jour > 10 ans
Pizotifène	0,5 à 1 mg/jour AMM dans la migraine > 12 ans
Topiramate	50 à 100 mg/jour soit environ 2 à 3 mg/kg/jour
Oxétorone	15 à 30 mg/jour

Tableau III : Traitements de fond médicamenteux de migraine chez l'enfant.

- L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

I Analyse bibliographique

■ Efficacité du dupilumab chez l'enfant de 6 mois à 6 ans présentant une dermatite atopique sévère

PALLER AS *et al.* Dupilumab in children aged 6 months to younger than 6 years with uncontrolled atopic dermatitis: a randomised double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*, 2022;400:908-919.

La dermatite atopique est une maladie inflammatoire cutanée chronique dont la prévalence est de 19 % avant l'âge de 6 ans. L'âge de début des symptômes, eczéma avec prurit sévère et risque d'infections cutanées augmentées, survient dans 90 % des cas avant 5 ans. La qualité de vie des enfants est souvent altérée. Lors des poussées sévères, les corticoïdes systémiques sont utilisés, parfois associés à des immunosuppresseurs (azathioprine, méthotrexate et ciclosporine). Le dupilumab est un anticorps monoclonal inhibant la voie de signalisation de l'IL4 et IL13, deux cytokines produites dans l'inflammation de type 2, impliquées dans les lésions de la barrière cutanée. L'utilisation du dupilumab est approuvée pour le traitement de la dermatite atopique et l'asthme modéré à sévère de l'enfant de plus de 6 ans et pour la polypose nasale de l'adulte. Ce traitement est bien toléré par les patients.

Le but de ce travail était d'évaluer l'efficacité et la sécurité d'emploi du dupilumab associé à une crème dermocorticoïde de faible puissance chez l'enfant de 6 mois à 6 ans.

Il s'agissait d'un essai en double aveugle, randomisé, contrôlé de phase III, réalisé dans 31 hôpitaux et cliniques en Europe et Amérique du Nord. Les patients de plus de 6 mois et de moins de 6 ans, avec une dermatite atopique modérée à sévère (selon le score IGA) et une réponse insuffisante aux dermocorticoïdes, étaient éligibles. Les patients étaient randomisés pour recevoir en sous-cutané soit du dupilumab (200 ou 300mg selon le poids < ou > 15 kg) soit un placebo toutes les 4 semaines pendant 16 semaines avec en plus un dermocorticoïde de type acétate d'hydrocortisone 1 %. La randomisation était réalisée selon l'âge, le poids et la région. L'objectif primaire était d'évaluer la proportion de patients avec un score IGA à 0 ou 1 (peau normale ou subnormale) à 16 semaines. L'objectif secondaire était de définir la proportion de patients avec une amélioration des lésions cutanées d'au moins 75 % par rapport au début du traitement. Les effets secondaires étaient rapportés.

Entre juin 2020 et février 2021, sur les 197 patients éligibles, 162 ont été inclus pour randomisation, 83 dans le groupe dupilumab et 79 dans le groupe placebo. Le dupilumab améliorait significativement l'état cutané par rapport au placebo. À la semaine 16, 28 % des enfants du groupe dupilumab *versus* 4 % du groupe placebo avaient un IGA à 0 ou 1, soit une différence de 24 % (IC 95 % : 13-24, $p < 0,0001$). Pour le dupilumab, l'amélioration était notée dès la première semaine de traitement. Concernant l'objectif secondaire, 53 % *versus* 11 % des

enfants avaient une amélioration de 75 % par rapport à l'inclusion, soit une différence de 42 % (IC 95 % : 29-55) ; $p < 0,0001$). À la semaine 16, la qualité du sommeil était significativement meilleure dans le groupe dupilumab par rapport au placebo ($p < 0,0001$). Il y avait une tendance à une meilleure efficacité du dupilumab chez les patients de moins de 2 ans par rapport au plus de 2 ans cependant sans différence significative.

La prévalence globale d'effets indésirables était similaire dans le groupe dupilumab et placebo, 64 % *versus* 74 %, les infections globales étaient similaires dans les 2 groupes, 42 % pour le dupilumab et 51 % pour le placebo. On notait en revanche plus de conjonctivites dans le groupe dupilumab (4 %) par rapport au placebo (0 %). Aucun effet indésirable grave n'a conduit à un arrêt du traitement.

Même si la durée du traitement est courte et le nombre de malades limité, ce travail montre que le dupilumab, associé à des dermocorticoïdes de faible puissance, améliore significativement les lésions de dermatite atopique sévère de l'enfant de 6 mois à 6 ans par rapport à un placebo, sans engendrer d'effets indésirables. Son efficacité est rapide dès la première semaine d'utilisation avec une amélioration de la qualité de vie des jeunes enfants.

■ Suivi à long terme des enfants ayant eu une transplantation hépatique

BAUMANN U *et al.* Prognosis of children undergoing liver transplantation: a 30 year european study. *Pediatrics*, 2022;150:in press.

Plus de 30 000 enfants ont reçu une transplantation hépatique (TH) dans le monde ces 4 dernières décennies. Au cours du temps, l'évolution a été marquée par la mise en place d'immunosuppresseurs efficaces dans les années 80 et de nouvelles méthodes chirurgicales dans les années 90 pour s'adapter à la pénurie de greffons à la bonne taille. Les indications de TH pédiatrique, essentiellement liées à des maladies hépatiques cholestatiques précoces ou génétiques, diffèrent de celles de l'adulte. Les enfants ont moins d'immunosuppression par rapport aux patients plus âgés et la récurrence de la maladie hépatique sur le greffon est moins fréquente par rapport à l'adulte. Depuis 1985, les données cliniques et biologiques des enfants transplantés sont répertoriées dans le registre de TH européen établi dans 31 pays.

L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques des patients et les indications de TH à partir de la cohorte du registre européen. Les paramètres associés à une meilleure évolution étaient recherchés.

Les données rétrospectives ont été extraites du registre, les centres participants étaient ceux qui mettaient à jour régulièrement leurs données. Tous les patients ayant eu une TH avant 18 ans entre 1968 à fin 2017 ont été inclus. Pendant cette période, 16 641 TH ont été réalisées chez 14 515 enfants de moins de 18 ans. Pour tenir compte des changements de procédure au cours du temps, trois périodes ont été définies : période A avant 2000 (4 482 enfants), période B entre 2000 et 2009 (4 972 enfants) et période C à partir de 2010 (5 061 enfants).

Le nombre de TH a augmenté rapidement entre 1985 et 1991 puis de façon moins ascendante par la suite avec un pic de 762 TH en 2011. Depuis 2012, il existe un plateau, entre 600 à 700 TH/an. Le pourcentage de retransplantations a diminué entre les trois périodes passant de 23 % (période A) à 14 % (période B) puis 7 % (période C). Pendant la période C, 66 % des TH ont été réalisées chez des enfants de moins de 6 ans avec un âge médian de 2,47 ans qui a significativement diminué par rapport à la période A (3,97 ans) et la période B (2,36 ans), $p < 0,0001$. Ainsi, les TH avant 1 an passaient de 17 % (A), à 29 % (B) puis 30 % (C), $p < 0,0001$.

Les principales indications de TH étaient une pathologie biliaire congénitale (44 %) essentiellement une atresie des voies biliaires (39 %), une maladie métabolique (18 %), une insuffisance hépatique aiguë ou subaiguë (12 %), une cirrhose (8 %), une maladie cholestatique (7 %), une pathologie maligne (6 %).

Sur l'ensemble de la cohorte, le taux de survie à 10, 20 et 30 ans était respectivement de 78 %, 71 % et 64 %. Actuellement sur la période C, le taux de survie à 5 ans est de 86 % avec 97 % des enfants qui survivent la première année après une première TH. Le taux de survie a significativement progressé de 74 %

lors de la période A à 83 % au cours de la période B et 85 % lors de la période C ($p < 0,0001$). Les hôpitaux réalisant moins de 5 TH par an représentaient 75 % des centres répertoriés dans le registre mais ils ne réalisaient que 19 % des TH. Une TH réalisée dans ces hôpitaux était associée à un taux de survie à 5 ans diminué (74 % *versus* 83 % pour les grands centres, $p < 0,0001$).

Les principales causes de décès dans les 5 ans suivant la TH étaient les infections (4,1 %), une dysfonction primaire du greffon (1,4 %), des complications cardiovasculaires (0,8 %). Le nombre de retransplantations par patient était associé à une diminution de la survie du patient à 5 ans ($p < 0,0001$) passant de 83 % après la première TH à 75 % après la 2^e TH.

Cette étude montre une amélioration de la survie après une TH au cours des 4 dernières décennies. L'amélioration des techniques chirurgicales et de la prise en charge médicale a réduit les comorbidités liées à la transplantation, permettant à ces enfants de devenir des adultes indépendants. Pour améliorer encore la survie et la diminution de ces comorbidités, une prise en charge opératoire immédiate optimale reste indispensable, de plus, une meilleure compréhension des complications cardiovasculaires sur le long terme est nécessaire.



J. LEMALE

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



Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux (acellulaire, multicomposé), de l'hépatite B (ADNr), poliomyélique (inactivé) et conjugué de l'*Haemophilus* de type b (adsorbé)

REPOUSSEZ LA MENACE INFECTIEUSE



UNE PROTECTION DÉMONTRÉE CONTRE 6 MALADIES INFECTIEUSES^(1,2)



5 COMPOSANTS COQUELUCHEUX ACELLULAIRES^(1,3)



STABILITÉ JUSQU'À 25°C PENDANT 150 HEURES⁽¹⁾

À la fin de cette période, Vaxelis® doit être utilisé ou éliminé.

Indications :

Vaxelis® (D-T-Polio-Ca-Hib-HepB) est indiqué chez les nourrissons à partir de l'âge de 6 semaines pour la primovaccination et la vaccination de rappel contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, la poliomyélite et les maladies invasives à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib). L'utilisation de Vaxelis® doit se faire conformément aux recommandations officielles.¹

Place dans la Stratégie thérapeutique :

Vaxelis® peut être utilisé pour la primovaccination et la vaccination de rappel du nourrisson selon les schémas figurant au calendrier vaccinal actuel.⁴

Recommandations générales :

La vaccination des nourrissons comporte deux injections à l'âge de 2 mois (8 semaines) et 4 mois, suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois.⁵

Contre-indications :

- antécédents de réaction anaphylactique après une précédente administration de Vaxelis® ou d'un vaccin contenant les mêmes composants ou constituants,
- hypersensibilité aux substances actives, ou à l'un des excipients, ou à des résidus à l'état de traces (glutaraldéhyde, formaldéhyde, néomycine, streptomycine et polymyxine B et albumine de sérum bovin),
- encéphalopathie d'étiologie inconnue, survenue dans les 7 jours suivant l'administration d'un vaccin contenant la valence coqueluche ou en cas de troubles neurologiques non contrôlés ou d'épilepsie non contrôlée.¹

Mises en gardes spéciales et précautions d'emploi (extrait) :

- L'administration de Vaxelis® doit être différée chez les enfants traités par immunosuppresseur ou ayant une immunodéficience ou souffrant d'une maladie aiguë modérée à sévère, avec ou sans fièvre.
- La décision d'administrer Vaxelis® doit être soigneusement évaluée en cas de fièvre $\geq 40,5^{\circ}\text{C}$ non attribuable à une autre cause identifiable, de collapsus ou état évoquant un état de choc (épisode d'hypotonie-hyporéactivité), de pleurs persistants pendant une durée ≥ 3 heures survenant dans les 48 heures après l'administration d'un vaccin contenant la valence coquelucheuse ou de convulsions avec ou sans fièvre, survenant dans les 3 jours après l'administration d'un vaccin contenant la valence coquelucheuse.¹

Principaux effets indésirables :

Effets indésirables les plus fréquents :

Très fréquent ($\geq 1/10$) :

- Diminution de l'appétit, somnolence, vomissements, cris, irritabilité, fièvre.
- Au site d'injection : Erythème, douleur, gonflement.

Fréquent ($\geq 1/100$ à $< 1/10$) :

- Diarrhée.
- Au site d'injection : Ecchymose, induration, nodule.¹

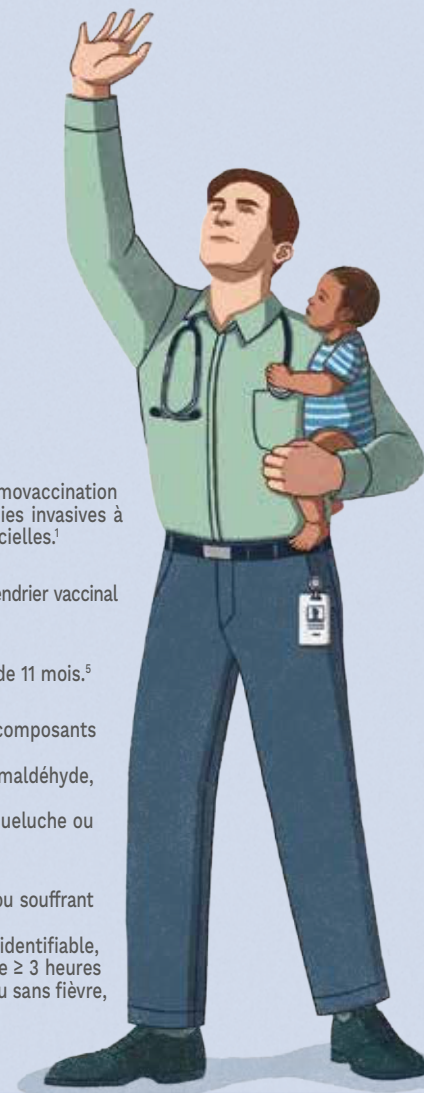
Pour plus d'information sur les effets indésirables peu fréquents ou rares, consultez le RCP.

Vaccin soumis à prescription médicale. Présentation agréée aux collectivités. Remboursé par la Sécurité Sociale : 65 %.

Avant de prescrire, pour des informations complètes, veuillez consulter le RCP disponible en flashant ce QR code : ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

La recommandation vaccinale pour l'utilisation de Vaxelis® peut être consultée sur www.has-sante.fr.

*Ces données sont destinées uniquement à orienter les professionnels de santé dans le cas d'une excursion temporaire de température.



1. Résumé des Caractéristiques du Produit Vaxelis®.
2. Silfverdal SA, et al. A phase III randomized, double-blind, clinical trial of an investigational hexavalent vaccine given at 2, 4, and 11-12 months. *Vaccine*. 2016 ; 34(33):2610-2016.
3. European Medicines Agency : Assessment report Vaxelis®, MA/CHMP/72003/2016 – 17 décembre 2015.
4. HAS. Avis de la Commission de la Transparence Vaxelis®, 11 octobre 2017.
5. Calendrier vaccinal en vigueur disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal> - Consulté le 4 Octobre 2021.
6. HAS. Recommandations vaccinales : Utilisation du vaccin hexavalent Vaxelis® pour la vaccination des nourrissons – octobre 2017.