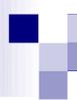




Le suivi du nourrisson de 5 mois à 2 ans par le médecin généraliste

Dr André GERAUDEL / Dr Sylvie ROSSIGNOL
Et l'équipe du Service de Pédiatrie
CH Haguenau



M.G. : coordonnateur du réseau périnatal de proximité (informel)

- Accompagne l'enfant et sa famille
- Connaît les familles et leurs difficultés

M.G. : Rôle essentiel

- 85 % des parents se réfèrent en 1^{er} lieu à ses conseils nutritionnels
 - (thèse J. Rigaut - mars 2010 : Diversification alimentaire du nourrisson Alsace Nord)
- 90 % pour la vaccination
 - (Institut des mamans – observatoire vaccins infantiles 2008)
- 93,6 % pour les risques sanitaires des aliments
(credoc 2009)

Loin devant les autres sources d'information (médias, pharmaciens, entourage)

Rôle du M.G.

M.G. professionnel central pour :

- Guidance parentale
- Repérage des dysfonctionnements
 - Environnementaux
 - Psychiques
 - Organiques
- Ne travaille pas seul - S'appuie sur un réseau performant
 - Informel mais efficace (formalisation dans un avenir proche, rôle des ARS ?)
 - Importance de l'annuaire des professionnels du réseau
 - Chaque médecin peut se faire son réseau, c'est plus efficace

Les premiers mois

- Période cruciale : prendre un bon départ
 - Notion de “Programming”
 - Interaction génétique – environnement – nutrition
 - Épigénétique
 - Évaluation de l’environnement
 - Psychique
 - Médico social
 - La mère – place des liens psychiques
 - La protection de la dyade mère-bébé

Les 4 premiers mois

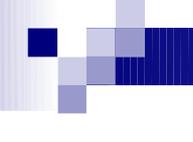
- L'alimentation : le lait maternel
 - Les aliments lactés diététiques
- La prophylaxie anti infectieuse
 - Les vaccinations de l'enfant
 - Et de ses parents



La Société change :

- Montée de la précarité
- Modification des structures familiales
- Bouleversements sociologiques
- Souffrance des enfants

M.G. : Rôle d'observateur et de dépistage en 1^{ère} ligne



Dépression masquée : les généralistes en première ligne

Source : atelier aux Journées nationales de médecine générale, le 5 octobre à Paris-La défense, présenté par le Pr Max Budowski (DMG Paris Diderot-Université Paris Diderot) et le Dr Katell Mignotte (DMG Paris Diderot-Université Paris Diderot).

Monoparentalité et comportements alimentaires de l'enfant

C'est par l'alimentation que se nouent les premiers liens entre parents et enfants. Quand un seul parent, en général la mère, élève l'enfant, celle-ci peut souffrir de l'absence du père. Elle risque alors de survaloriser l'alimentation de son bébé, compliquant chez lui l'accès à un vécu clair de satiété. Plus tard, la monoparentalité et la solitude qu'elle implique peut empêcher la mère de prendre de la distance par rapport à l'enfant, et ce dernier de prendre conscience des premières limites, notamment alimentaires, qu'il doit rencontrer pour forger sa personnalité. Le médecin de famille et le pédiatre doivent être conscients des difficultés qu'a un parent seul à accompagner le développement de son enfant, particulièrement dans le domaine alimentaire, et être attentifs à la qualité des échanges autour de la nourriture.

Pr. Catherine Jousselme
Psychiatrie de l'Adolescent et de l'Enfant,
Fondation Vallée, INSERM U669
Gentilly

TROUBLES ALIMENTAIRES CHEZ LE NOURRISSON

- Troubles présents chez plus de 25 % des bébés en bonne santé
- Plus de 35 % chez nourrissons ayant problème neurologique
- 1 à 2 % des enfants de moins de 1 an ont des problèmes alimentaires entraînant petit poids et retard staturo-pondéral
- 50 % des bébés hospitalisés pour retard de croissance sans cause médicale identifiée ont un trouble du comportement alimentaire

TROUBLES ALIMENTAIRES CHEZ LE NOURRISSON

- Si aucune cause médicale n'est retrouvée, le trouble alimentaire est engendré par un maternage manquant de sensibilité et par des troubles interactifs pendant le repas
- Pour l'enfant, se nourrir peut être considéré comme une activité exploratoire [nouveau saveur, consistance, passage à la cuillère...] générant un stress que le parent doit savoir accompagner de façon sécurisante, le but étant que l'enfant s'autonomise dans ce domaine vers 2-3 ans.

PSYCHOPATHOLOGIE MATERNELLE ET TROUBLES ALIMENTAIRES CHEZ LE BEBE

Souvent l'enfant a un trouble alimentaire caractérisé par :

- un désengagement
- des comportements d'opposition dans les échanges avec la mère nourrissante

La consultation de 5 mois

- 1^{ère} série de vaccins terminée, ou à actualiser
 - DTP Ca Hi Hb / PCV13
 - BCG
- Examen clinique :
 - Croissance : courbes P T PC à reporter sur C.S.
 - Développement psychomoteur :
 - Réflexes archaïques
 - Retournement
 - Tonus axial/ périphérique
 - Motricité fine (robot, préhension)
 - Interactivité

La consultation de 5 mois

- Début diversification alimentaire (cf. topo)
 - Introduction des légumes M5
 - Introduction des fruits M5,5
 - LM au lait de suite, laitages
 - Prescription de vit. D en gouttes → 18 mois
 - Uvesterol D (ec) 1 dose 1/j (1000 unités)
 1 dose 2/j (1500 unités)
 - Zyma D (cc) 3 à 4 300 unités /j.
 - Adrigyl (cc) 3 à 4 330 unités /j

La consultation de 6 mois

■ Examen clinique

- Croissance : courbes P T PC
- Développement psychomoteur : motricité, tonus, position assise
- Stade sensoriel
- Interactivité

■ Poursuite de la diversification alimentaire

- Introduction viande (selon tableau du C.S.), huiles, autres laitages
- Prescription : vit. D
vaccin ROR pour M9 si collectivité

REPÈRES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS CHEZ L'ENFANT DE LA NAISSANCE A 3 ANS

Indication de l'âge : le « 5^e mois », par exemple, débute à la date anniversaire des 4 mois de l'enfant,

(hors pathologie particulière)

soit 4 mois révolus.

Pas de consommation

Début de consommation possible

Début de consommation recommandée

	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	10 ^e mois	11 ^e mois	12 ^e mois	2 ^e année	3 ^e année	
Lait	Lait maternel exclusif ou						Lait maternel ou								
	Lait 1 ^{er} âge exclusif				Lait 1 ^{er} ou 2 ^e âge		Lait 2 ^e âge ≥ 500 ml/j						Lait 2 ^e âge ou de croissance		
Produits laitiers						Yaourt		ou fromage -- ➔ Fromages blanc nature							
Fruits					Tous : très mûrs ou		cuits, mixés ; texture homogène, lisse ➔ crus, écrasés*						en morceaux, à croquer*		
Légumes					Tous : purée, lisse -----		----- ➔ petits morceaux*						écrasés, morceaux*		
Pommes de terre					Purée,		lisse ----- ➔ petits morceaux*								
Légumes secs													15-18 mois : en purée*		
Farines infantiles (céréales)						Sans gluten		Avec gluten							
Pain, produits céréaliers								Pain, pâtes fines, semoule, riz*							
Viandes, poissons						Tous **: mixés		10 g/j (2cc)		Hachés : 20 g/j (4 cc)			30 g/j (6 cc)		
Œuf							1/4 (dur)		1/3 (dur)			1/2			
M.G. ajoutées							Huile (olive, colza...) ou beurre (1 cc d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)								
Boissons	Eau pure : proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur						Eau pure								
Sel													Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table		
Produits sucrés***							Sans urgence ; à limiter								

* À adapter en fonction de la capacité de mastication et de déglutition et de la tolérance digestive de l'enfant

** Limiter les charcuteries, sauf le jambon blanc

*** Biscuits, bonbons, crèmes dessert, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confiture, miel...

6 / 9 mois	
Petit déjeuner	210 à 240 ml de préparation de suite (7 à 8 mesures) avec céréales infantiles si besoin
Déjeuner	<ul style="list-style-type: none"> ■ 10 à 20 g de viande, poisson ou œuf mixés ■ 120 à 150 g de légumes / pommes de terre cuits, homogénéisés ou mixés, sans sel + 5g d'huile ou de beurre ■ 100 g de fruits homogénéisés ■ 1 "laitage adapté " ou 1 laitage nature pas ou peu sucré
Goûter	210 à 240 ml de préparation de suite <ul style="list-style-type: none"> ■ 100g de fruits cuits homogénéisé ■ 1 " laitage adapté " ou 1 laitage nature pas ou peu sucré
Dîner	210 à 240 ml de préparation de suite avec céréales infantiles si besoin

La consultation de 9 mois

■ Cf. examen obligatoire du 9^{ème} mois

Bien remplir tous les items : certificat + C.S. : document de base précieux sur :

- L'environnement de l'enfant
- État sensoriel
- Acquisitions motrices (cf. certificat) : parachute, sauteur, d'1 main à l'autre, pince, permanence de l'objet, pointage
- Les pathologies et traitements en cours
- La croissance (T P PC)

La consultation de 9 mois

- Fondamentale si régression ultérieure (motricité, interactivité ...)
- Vaccins
 - ROR si mise en collectivité
- Alimentation :
 - Adaptation , repas du soir
 - Garder $\frac{1}{2}$ l. de lait ($\frac{4}{8}$ laitage)
- Ordonnance :
 - vit. D
 - Vaccin à 1 an : ROR (1^{er} ou 2^{ème}), PCV13



Examen du neuvième mois

A 9 mois, votre bébé

- tient bien assis,
- aime jeter ses jouets pour que vous les ramassiez,
- commence à faire les marionnettes, « au revoir » avec la main ou le bras.

Dans la chaise haute, votre bébé doit toujours être attaché. Ne le laissez jamais seul.

Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Y a-t-il des animaux à la maison ?

Quelle est l'alimentation de votre bébé ?

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

Vos observations, vos questions :

- si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup,
- si votre enfant a des problèmes de sommeil,
- si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.

Examen médical

Date : jour mois an Poids : kg Taille : cm PC : cm

Risque de saturnisme non oui

Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Strabisme	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Cloques oculaires de taille normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	si oui, pris en charge	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Pupilles normales	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Poursuite oculaire normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?

Tympan normaux	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Si oui, test utilisé :
à gauche	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Résultat :	normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/>
à droite	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	avis spécialisé demandé	<input type="checkbox"/>

Examen somatique

Conclusions : Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

Développement

Tient assis sans appui	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Pointe du doigt	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Réagit à son prénom	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Se déplace	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Répète une syllabe	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Saisit un objet avec participation du pouce	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Joue à « coucou, le voilà »	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

10 / 12 mois

	10 / 12 mois
Petit déjeuner	240 ml de préparation de suite (8 mesures) avec céréales infantiles si besoin
Déjeuner	<ul style="list-style-type: none">■ 20 à 30g de viande, poisson ou oeuf hachés■ 150 à 180g de légumes / féculents cuits, moulinés, en purée, sans sel + 5 à 10 g d'huile ou de beurre■ 100 à 130 g de fruits cuits ou crus bien mûrs, en compote ou en morceaux■ 1 "laitage adapté " ou 1 laitage nature pas ou peu sucré
Goûter	240 ml de préparation de suite <ul style="list-style-type: none">■ 100 g de fruits cuits homogénéisés■ 1 "laitage adapté " ou 1 laitage nature pas ou peu sucré■ 1 petit morceau de pain
Dîner	<ul style="list-style-type: none">■ 150 à 180 g de légumes / féculents cuits, moulinés, en purée ou en potage, sans sel + 5 à 10 g d'huile ou de beurre■ 1 "laitage adapté" ou 1 laitage nature pas ou peu sucré <p style="text-align: center;">ou 1 petit biberon de préparation de suite</p>

La consultation à 1 an

- Lire le carnet de santé avec les parents
 - Item : protéger votre enfant, surveiller, interdire, expliquer
- cf. recrudescence des accidents domestiques
- La 2^{ème} année : mobilité, exploration
 - Aux heures de repas : (parents occupés)
 - Fréquences : brûlures, morsures NAC, noyades, défenestrations, intoxications, écrasements



Protégez votre enfant

Portes : Apprenez à votre enfant à ne pas mettre ses doigts dans les embrasures des portes.

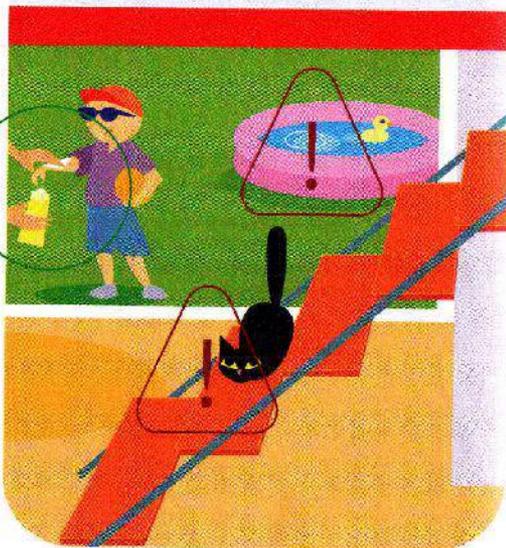
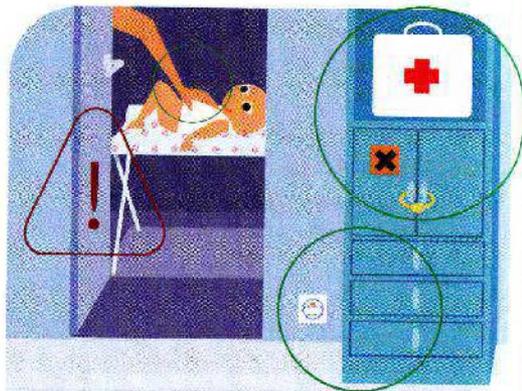
Produits dangereux : Rangez flacons, médicaments et produits d'entretien hors de portée de votre enfant.

Prises et appareils électriques : Protégez toutes vos installations électriques.

Le risque de noyade : Près de l'eau, ne quittez jamais votre enfant des yeux.

Soleil : Pensez à protéger votre enfant du soleil.

Animaux : Ne laissez pas votre enfant seul avec votre animal domestique.



En cas d'ingestion de médicament, de produit ménager ou de produit chimique, ne pas faire vomir, ne pas faire boire.

Appelez le 15 (SAMU)
ou le 112 (numéro d'urgence Européen)

Surveillance médicale

Surveiller, interdire, expliquer

Escaliers : Apprenez à votre enfant à descendre et à monter les escaliers.

Fenêtres : Ne laissez pas votre enfant seul dans une pièce où les fenêtres sont ouvertes.

Objets coupants : Rangez les objets coupants (couteaux, ciseaux...) hors de portée de votre enfant.

Four : Équipez-vous d'un four « porte froide » ou d'une grille de protection.

Casserole : Pensez à tourner toujours le manche de la casserole, de la poêle, vers l'intérieur.

Allumettes : Placez allumettes et briquet hors de portée des enfants.

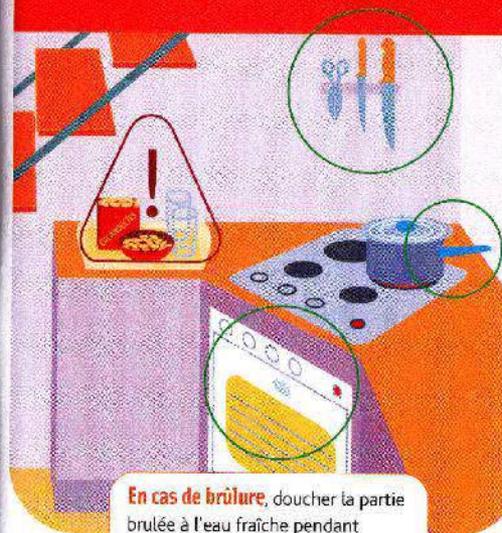
Sac en plastique : Interdisez à votre enfant de jouer avec des sacs plastique. Rangez-les hors de sa portée.

Les petits aliments et petits objets : cacahuètes, bonbons, billes, doivent être mis hors de portée des enfants.

Inhalation d'un corps étranger

Brutalement l'enfant a du mal à respirer, est pris d'une violente quinte de toux. Maintenez-le en position assise ou debout.

Appelez le 15 (SAMU)
ou le 112 (numéro d'urgence Européen)



En cas de brûlure, doucher la partie brûlée à l'eau fraîche pendant 5 à 10 minutes.

Appelez le 15 (SAMU)
ou le 112 (numéro d'urgence Européen)

3. Calendrier vaccinal 2012. Tableaux synoptiques

3.1 Tableau des vaccinations recommandées chez les enfants et les adolescents en 2012

	Vaccins contre	Nais- sance	2 mois	3 mois	4 mois	12 mois	16-18 mois	2 ans	6 ans	11-13 ans	14 ans	16-18 ans	
Recommandations générales	Diphtérie (D), Tétanos (T)		DT	DT	DT		DT		DT ¹	DT		dT ²	
	Poliomyélite Inactivée (Polio)		Polio	Polio	Polio		Polio		Polio	Polio		Polio	
	Coqueluche acellulaire (Ca)		Ca	Ca	Ca		Ca			Ca			
	<i>Haemophilus influenzae b</i> (Hib)		Hib	Hib	Hib		Hib						
	Hépatite B (Hep B)		Hep B		Hep B		Hep B						
	Méningocoque C (vaccin conjugué)							1 dose					
	Pneumocoque (Pn conj)		Pn ² conj		Pn conj								
	Rougeole(R) Oreillons (O) Rubéole (R)					1 ^{re} dose (à 9 mois si collectivité)	2 ^{me} dose entre 13 et 24 mois (de 12 à 15 mois si collectivité)						
Papillomavirus humains (HPV)										3 doses selon le schéma 0, 1 ou 2 mois, 6 mois (filles)			
Rattrapage	Coqueluche acellulaire (ca)											1 dose dTcaPolio ⁴ si non vacciné à 11- 13 ans	
	Hépatite B							3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois ou 2 doses selon le schéma 0, 6 mois ⁵ , de 11 à 15 ans révolus					
	Méningocoque C (vaccin conjugué)									1 dose ⁶			
	Papillomavirus humains (HPV)											3 doses selon le schéma 0, 1 ou 2, 6 mois (jeunes filles de 15 à 18 ans) ⁷	
	R O R								2 doses à au moins 1 mois d'intervalle si pas de vaccin antérieur ; 1 dose si une seule dose vaccinale antérieure				
Populations particulières et à risque	BCG	1 dose recommandée dès la naissance si enfant à risque élevé de tuberculose ⁸											
	Grippe	1 dose annuelle si personne à risque ⁹ , à partir de l'âge de 6 mois											
	Hépatite A	2 doses selon le schéma 0, 6 mois si exposition à des risques particuliers ¹⁰ , à partir d'1 an											
	Hépatite B	Nouveau-né de mère Ag HBs positif ¹¹											3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois si risques ¹²
	Méningocoque C (vaccin conjugué)	1 dose ou 2 doses (plus rappel) selon l'âge, si exposition à un risque particulier ¹³											
	Méningocoque ACYW135	1 dose si présence de facteurs de risque particuliers ¹⁴											
	Pneumocoque	Si risque ¹⁵ : 1 dose de Pn conj à 2, 3 et 4 mois							Si risque entre 24 à 59 mois ¹⁶ et non vaccinés antérieure- ment : 2 doses de Pn conj et 1 dose de Pneumo 23		Si risque à partir de 5 ans ¹⁷ : 1 dose de Pneumo 23. Utilité de la revaccination en cours de réévaluation par le HCSP.		
	Varicelle						2 doses ¹⁸ selon un schéma dépendant du vaccin utilisé, chez des enfants au contact de personnes à risque ou candidats à une greffe				2 doses chez adolescents ¹⁹ de 12 à 18 ans sans antécé- dent et sérologie négative (sérologie facultative)		

Nota bene : les vaccins indiqués sur fond rose existent sous forme combinée.

La consultation à 1 an

■ Noter :

- Croissance : P T PC IMC
- Les acquisitions motrices
- L'âge de la marche (à reporter sur certificat des 2 ans)
- L'alimentation !
 - Intérêt des laits "croissance"
controversé
Cf. Sociétés Savantes Pédiatriques : **pour**

■ Ordonnance :

- vit. D
- Vaccin 14/15 mois, 2^{ème} ROR, Méningo. C, VHA selon indication

1 / 2 ans

	1 / 2 ans
Petit déjeuner	250 ml de lait de croissance + céréales infantiles ou 1 petite tranche de pain avec beurre + confiture ou miel
Déjeuner	<ul style="list-style-type: none">■ 30 g de viande, poisson ou oeuf hachés ou en petits morceaux■ 200 g de légumes ou 150 g de féculents ou 200 à 220g légumes/féculents + 5 à 10 g d'huile ou de beurre■ 1 "laitage adapté"■ 100 g de fruits crus ou cuits ou 1 laitage pas ou peu sucré ou 20 g de fromage
Goûter	<ul style="list-style-type: none">■ 100 à 130 g de fruits crus ou cuits■ 1 "laitage adapté " ou 1 laitage pas ou peu sucré ou 1 petit biberon de lait de croissance■ 1 petit morceau de pain
Dîner	<ul style="list-style-type: none">■ 200 g de légumes cuits ou 150 g de féculents, en fonction du déjeuner + 5 à 10 g d'huile ou de beurre ou 1 potage de légumes ou de céréales■ 1 "laitage adapté " ou 1 laitage pas ou peu sucré ou 100 g de fruits crus ou cuits ou 20 g de fromage

La consultation 14 – 15 mois

- Examen clinique, mensurations T P PC
- Point sur l'alimentation :
 - phase d'opposition, sociologie du repas
- Danger non obéissance, accidents
- Vaccins :
 - 2^{ème} ROR, méningo C / VHA selon....
- Ordonnance :
 - Vit. D
 - Vaccin M 17, DTP Ca Hi Hb , grippe ?

La consultation 17 mois

Idem :

- Clinique, acquisitions

- Attention si signes de régression psycho-motrices
Urgence à référer

- Vaccins :

- DTP Ca Hi Hb

- Alimentation :

- lait de croissance

Tout selon les règles du bon sens, Se référer au schéma PNNS

- Vit D. arrêt à 18 mois de l'apport quotidien

Et 2 ampoules par an, Nov. et Fév., jusqu'à 5 ans (et plus)

- uvedose (cc)
- Zyma D (cc)

La consultation à 2 ans

- Le certificat des 2 ans, obligatoire

- document d'étape sur le développement psychomoteur, sensoriel, cognitif, apprentissages, et sur les antécédents, l'environnement
- Indispensable pour le suivi ultérieur et repère les dysfonctionnements, régressions

Ce sont des items simples, mais fondamentaux



Examen au cours du 24^e mois

A 24 mois, votre enfant

- utilise son index pour désigner quelqu'un ou quelque chose,
- joue à faire semblant,
- vous imite dans la vie quotidienne,
- répond à votre sourire.

Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

Y a-t-il eu un changement récemment dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Y a-t-il des animaux à la maison ?

Quelle est l'alimentation de votre enfant ?

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

Vos observations, vos questions :

- si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup,
- si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

Examen médical

Date : _____ jour _____ mois _____ an Poids : _____ kg Taille : _____ cm PC : _____ cm

Risque de saturnisme non oui IMC : _____

Cornées transparentes non oui Strabisme non oui
 Globes oculaires de taille normale non oui si oui, pris en charge non oui
 Pupilles normales non oui Poursuite oculaire normale non oui

Tympan normaux à gauche non oui
 à droite non oui
 Test à la voix normale non fait fait
 Résultat : normal à refaire avis spécialisé demandé
 Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?
 Si oui, test utilisé : _____
 Résultat : normal à refaire avis spécialisé demandé

Développement

Marche acquise non oui Superpose des objets non oui
 A quel âge mois Associe deux mots non oui
 Comprend une consigne simple non oui Motricité symétrique des 4 membres non oui
 Nomme au moins une image non oui

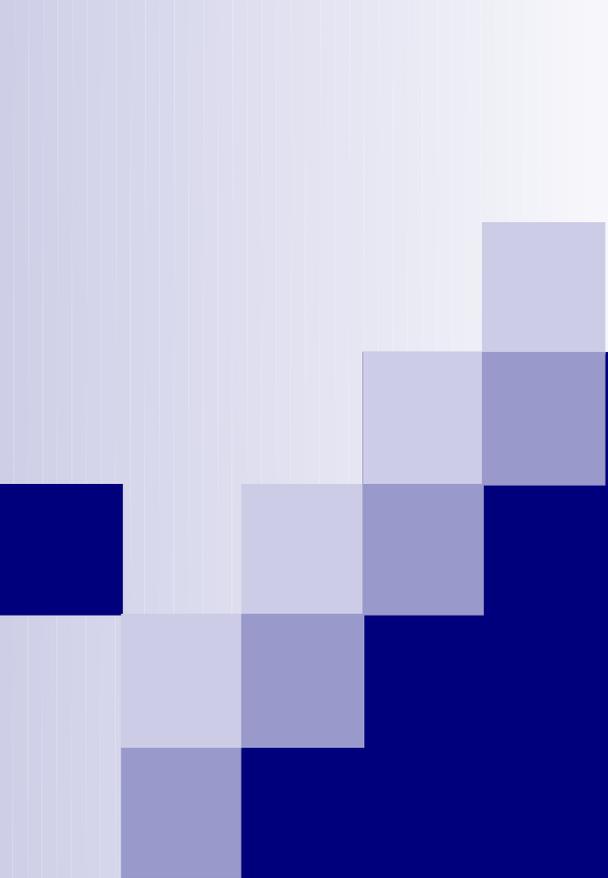
Examen somatique

Conclusions : Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

2 / 3 ans

	2 / 3 ans
Petit déjeuner	250 ml de lait de croissance + céréales infantiles ou 1 petite tranche de pain avec beurre + confiture ou miel
Déjeuner	<ul style="list-style-type: none">■ 1 à 2 cuillères à soupe de crudités (+ huile de colza, noix, soja, olive)■ 30 à 40 g de viande ou poisson ou œuf légumes / féculents cuits + beurre / huile■ 1 fruit ou 1 compote ou 1 laitage pas ou peu sucré
Goûter	1 yaourt + 1 tranche de pain ou 200 ml de lait de croissance + 1 fruit ou 1 compote ou 1 tranche de pain + 20 à 25 g de fromage
Dîner	<ul style="list-style-type: none">■ légumes cuits ou féculents, en fonction du déjeuner, en purée ou en potage + 5 à 10 g d'huile ou de beurre■ 1 produit laitier (laitage ou fromage)■ 1 fruit ou 1 compote



DEVELOPPEMENT STATURO-PONDERAL

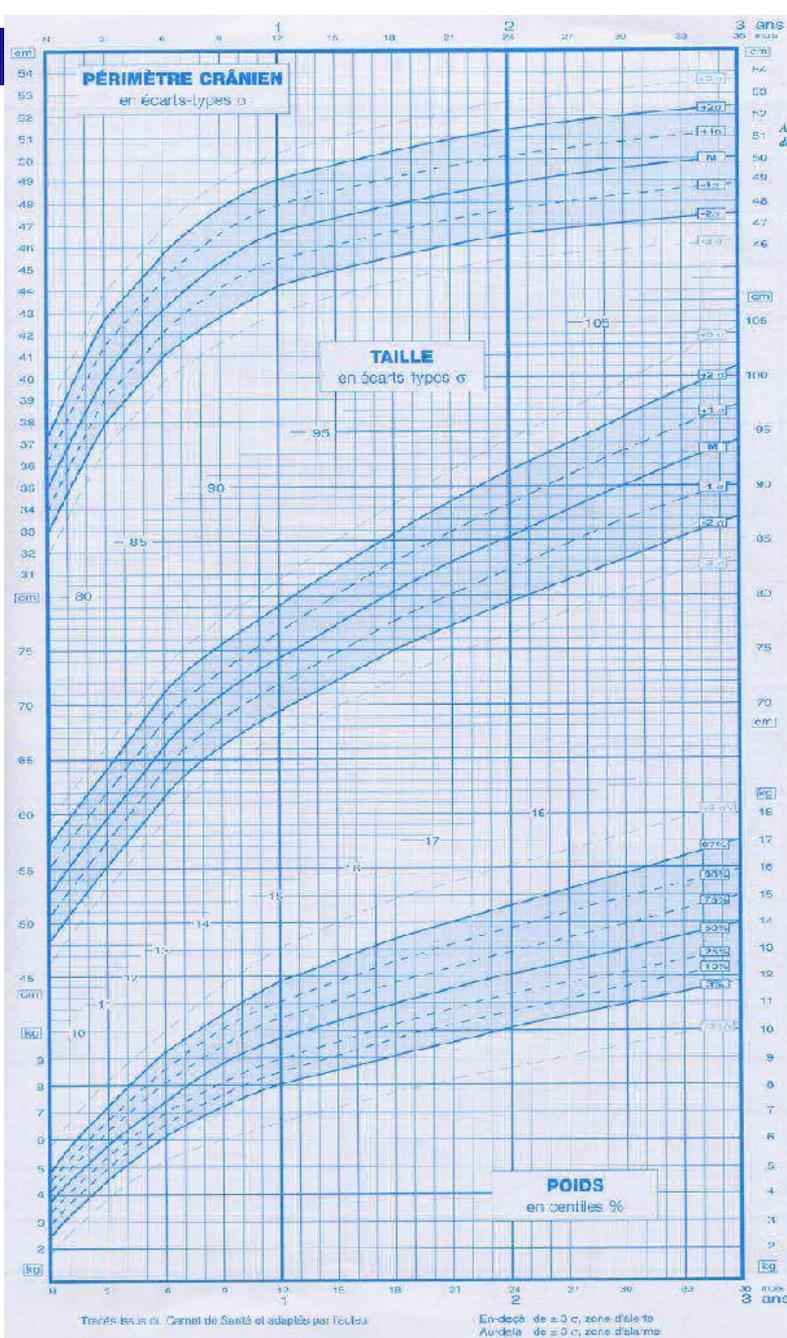
Dr Sylvie ROSSIGNOL

DEVELOPPEMENT STATURO-PONDERAL

- A chaque consultation : poids, taille, PC → courbes
- Deux premières années : période de croissance la plus rapide

AGE	POIDS (kg)	TAILLE (cm)	PC (cm)
Naissance	3.5 (PN)	50 (TN)	35
3 mois	6	60	40
9 mois	8-9		45
1 an	10 (PNx3)	75	47
4 ans	16	100 (TNx2)	50

- Calcul de l'IMC ou Poids Idéal pour la Taille (rapport P/P théorique statural = poids moyen pour la taille de l'enfant)



PC

+ 12 cm la première année

Taille

+ 25 cm la première année
+ 12 cm la deuxième année

Poids

PN x2 à 5 mois

PN x3 à 1 an

DEVELOPPEMENT STATURO-PONDERAL

- Pendant les 2 première années la taille dépend essentiellement de la croissance anténatale, des **facteurs nutritionnels** et des hormones thyroïdiennes
- Repérer les stagnations, les cassures
- RCIU, Prématurés : s'assurer du rattrapage staturo-pondéral progressif

Léa, 21 mois

Taille = 78 cm (- 1.2 DS)

Poids = 8,2 kg (79% PIT)

Née à terme,

TN 50,5 cm, PN 3200 g,

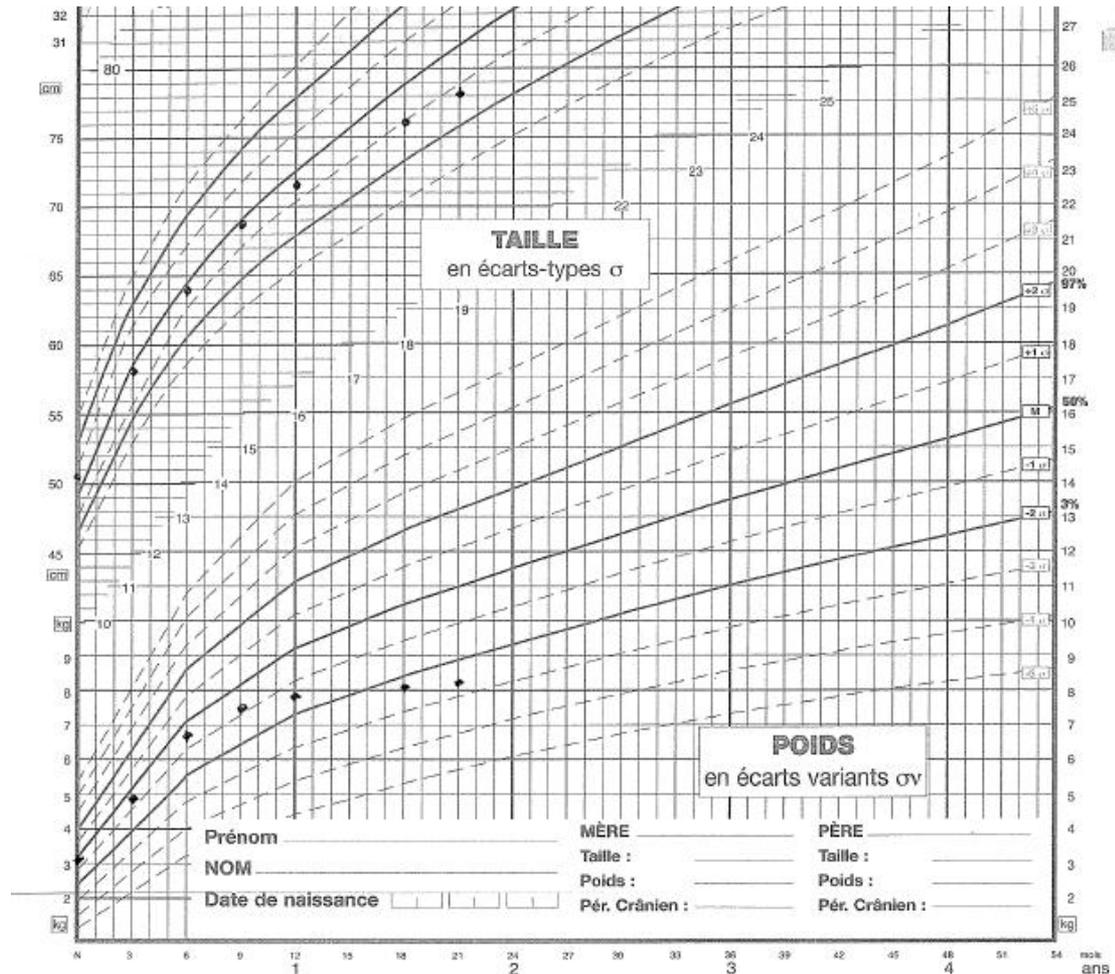
PCN 35 cm

Taille cible = 0 DS

TC = (TP+TM)/2 ± 6,5 cm

Examen clinique

ballonnement abdominal



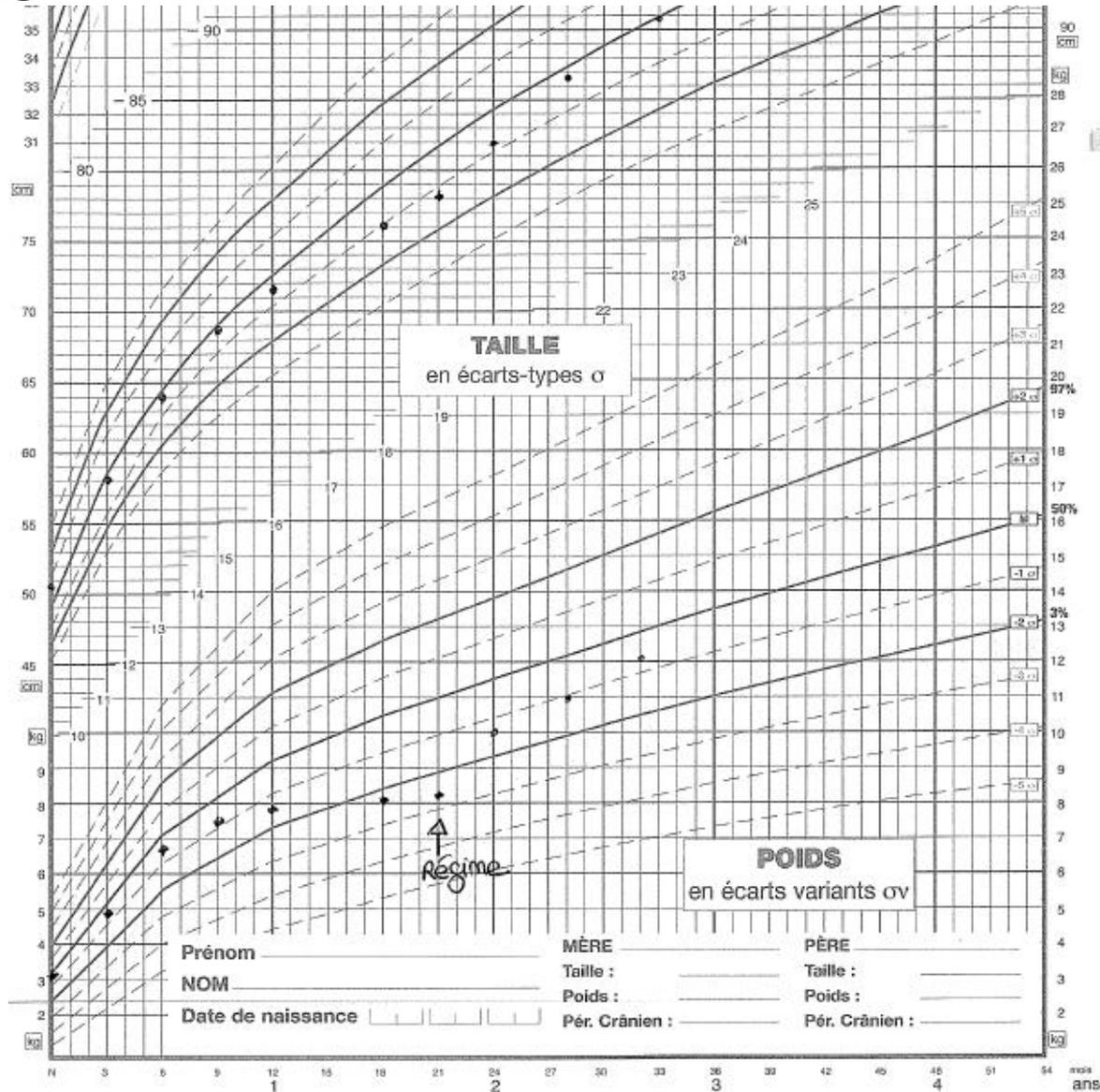
Léa, 21 mois

A cet âge, quel est le diagnostic le plus probable ?

- 1) Déficit en GH**
- 2) Déficit en hormones thyroïdiennes**
- 3) Intolérance au gluten**
- 4) Pathologie rénale**
- 5) Intolérance aux protéines du lait de vache**

Léa, 21 mois

Evolution sous régime sans gluten



Mathias, 2 ans

Taille 79,5 cm (-2 DS)

Poids 11 kg (100% PIT)

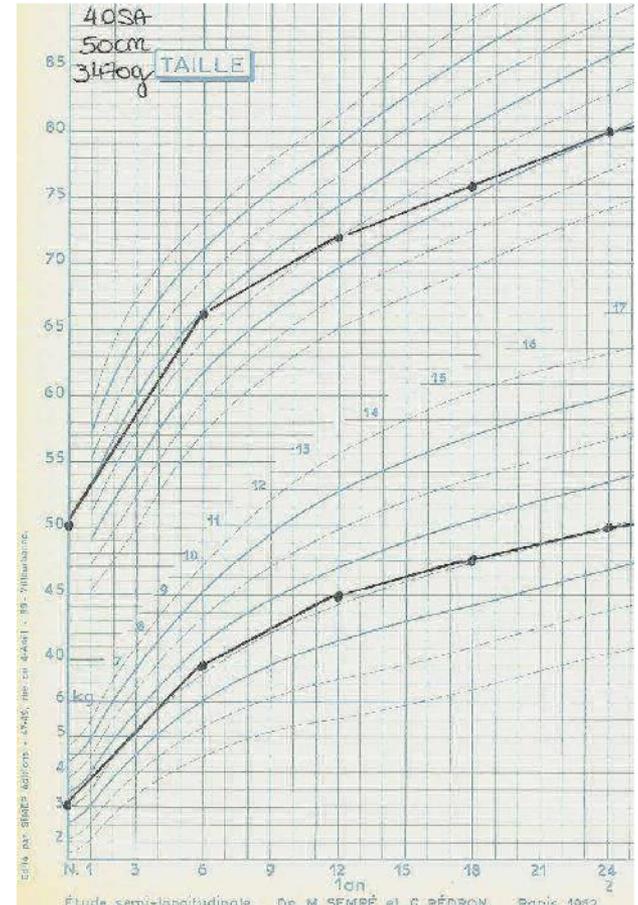
Né à terme

TN 50 cm, PN 3470 g

Taille cible : - 1,5 DS

Examen clinique :

- testicules inguinaux non abaissables*
- verge 20 mm*
- RAS par ailleurs*



Mathias, 2 ans

L'infléchissement de la croissance staturo-pondérale vous incite à :

- 1) Entreprendre des explorations endocriniennes
- 2) Temporiser car la taille est proche de la taille cible
- 3) Réaliser dans un premier temps un dosage de GH à 8 heures du matin
- 4) Doser les anticorps antitransglutaminase

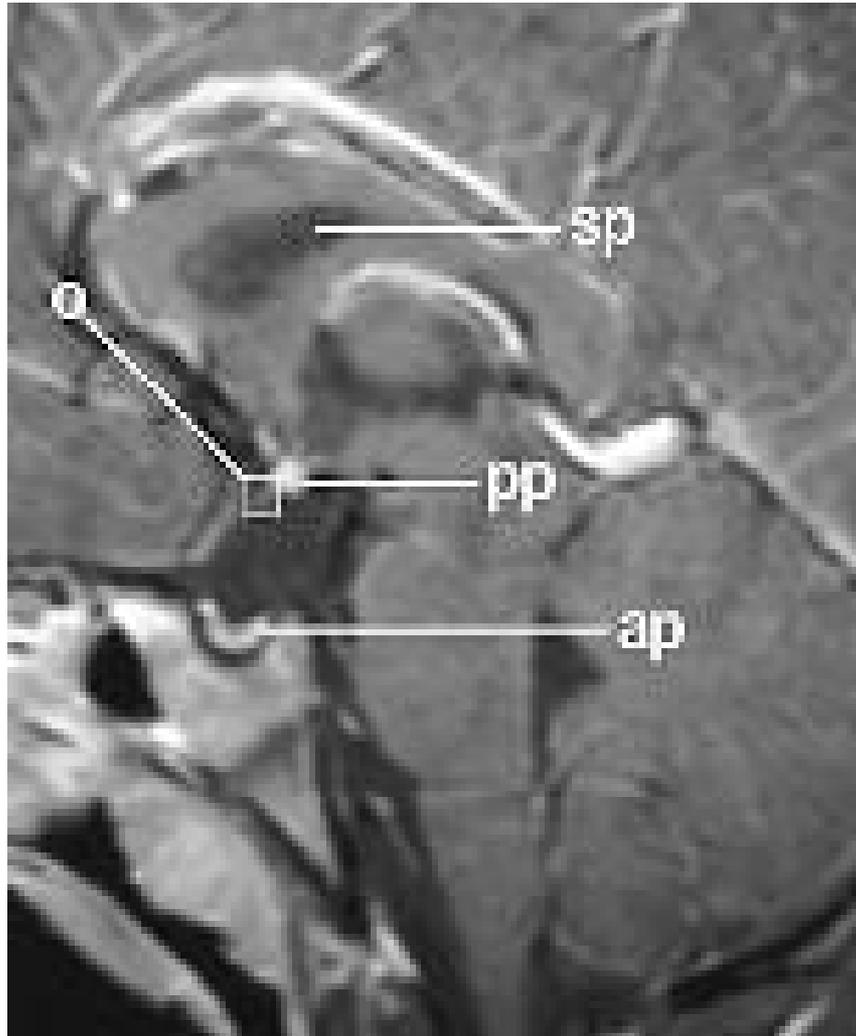
Mathias, 2 ans

La perte de 2 couloirs en 2 ans est pathologique

Le dosage de GH à 8 heures n'a aucun intérêt

La courbe staturale s'infléchit avant la courbe pondérale et le poids est normal pour la taille ce qui rend peu probable une intolérance au gluten

IRM de la région hypothalamo-hypophysaire



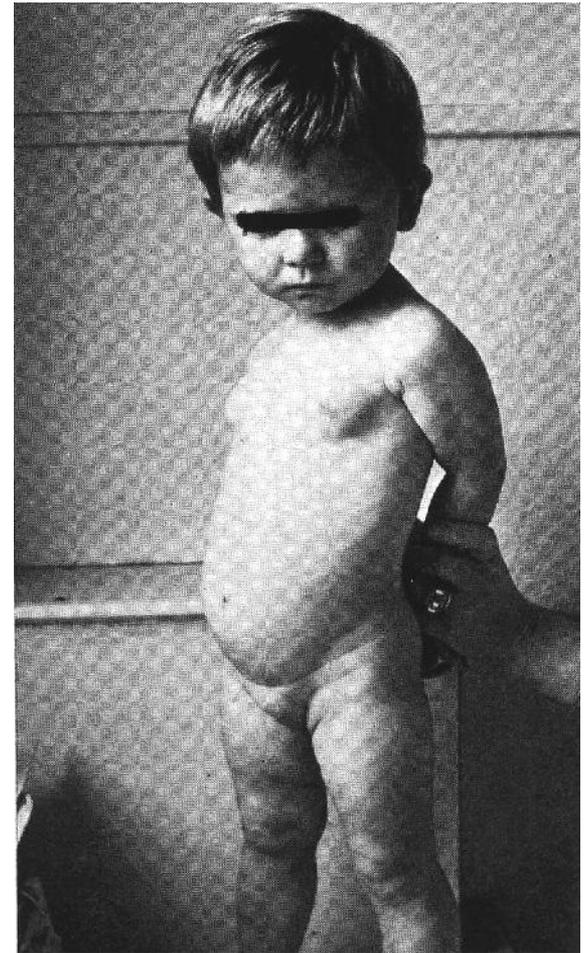
Syndrome d'interruption
de la tige pituitaire(triade):
Tige non visible
Hypoplasie antéhypophysaire
Posthypophyse ectopique

40 à 93 % selon les séries
de GHD
Prédominance de déficit
multiple

Etiologie ?

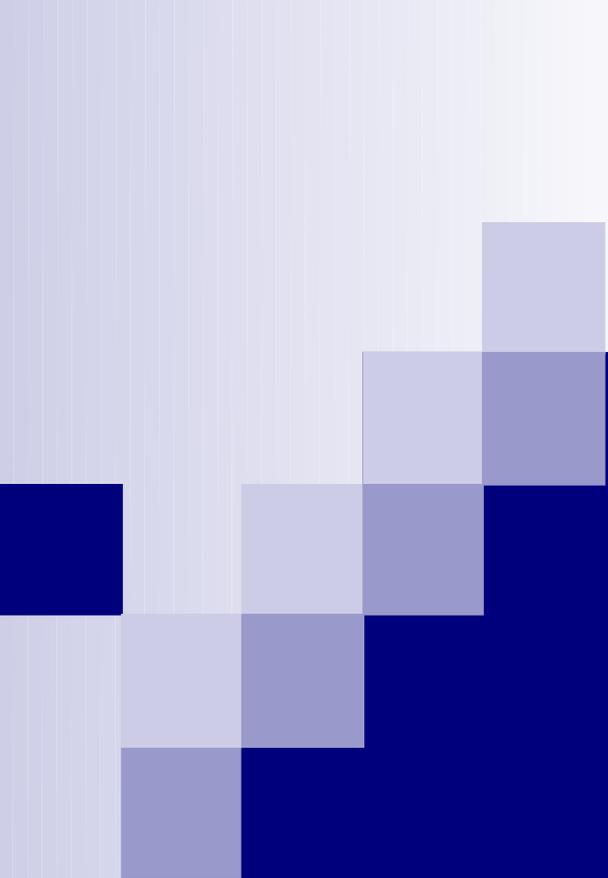
Axe Gonadotrope

- Prémature thélarche de la petite fille < 2 ans
- vitesse de croissance régulière, début souvent néonatal, peu évolutif
- si accélération de la VC et/ou progression → avis spécialisé



Axe Gonadotrope

- ectopie testiculaire : prise en charge chirurgicale avant 2 ans ++
- si bilatérale ou associée à une anomalie de la verge
→ avis spécialisé (médico-chirurgical)



Les recommandations vaccinales à ne pas rater

K.Beuriot

Le BCG

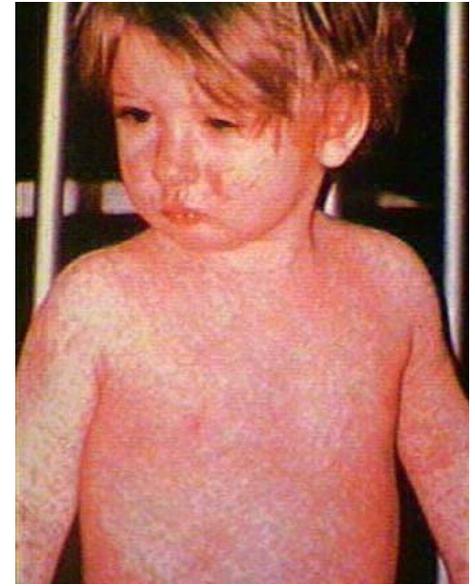
- Injection intra dermique
- 0.05 ml de la naissance à 1 an, 0.1 ml après 1 an
- IDR préalable pour les NRS > 3 mois

- **Population cible (calendrier vaccinal 2012)**
 - – Enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse, ou dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays, ou devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays
 - – Enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose;
 - – Enfant résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte ;
 - – Enfants vivant dans des conditions socio économiques défavorables ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

DTPCaHiB +/- HépB-Prévenar 13

- 2 mois : Infanrix hexa (ou quinta) + Prévenar 13
- 3 mois : Infanrix quinta
 - + Prévenar 13 si FDR (prématurés ++, patho cardiaques et pulmonaires chroniques, déficits immunitaires, diabète)
- 4 mois : Infanrix hexa (ou quinta) + Prévenar 13
- Rappel à 12 mois pour Prévenar 13
- Rappel entre 16 et 18 mois pour Infanrix hexa (ou quinta)
- Vaccination des parents (et entourage) contre la coqueluche +++
- ! le vaccin Revaxis a une valence d et non D pour la diphtérie, donc non recommandé pour les enfants (sauf rappel 5-6 ans)

ROR



- Nécessité de 2 doses +++
- 1^{ère} dose à 1 an (ou 9 mois si collectivité)
- 2^{ème} dose entre 13 et 24 mois (à 12 mois si collectivité)

- Vaccin anti varicelleux : non recommandé pour la population générale, donc pas de vaccin couplé ROR-varicelle

Vaccin anti-méningocoque C

- 1 seule dose, entre 12 et 24 mois
- Rattrapage jusqu'à 24 ans

✂ Vaccin anti grippal

- S'adresse à tous les enfants > 6 mois mais en particulier ceux atteints de maladies chroniques (broncho pulmonaires : asthme, mucoviscidose ; cardiaques, rénales, hémoglobinopathies, maladies neurologiques, déficit immunitaire, diabète)
- Avant 3 ans : ½ dose, 2 doses à 1 mois d'intervalle si primovaccination



Autres

- **Vaccin anti rotavirus (Rotarix)**

- ✂ Vaccin oral, 2 doses à 1 mois d'intervalle
- ✂ 1er à partir de 6 semaines de vie, dernier avant 6 mois

- **Vaccin anti-hépatite A (Havrix)**

- ✂ Enfants à partir de l'âge de 1 an, dont (au moins) un des parents provient d'un pays de forte endémicité, et susceptibles d'y séjourner
- ✂ 1 dose initiale, et une dose 6 mois après
- ✂ Peut être couplé à vaccin anti hépatite B (Twinrix)

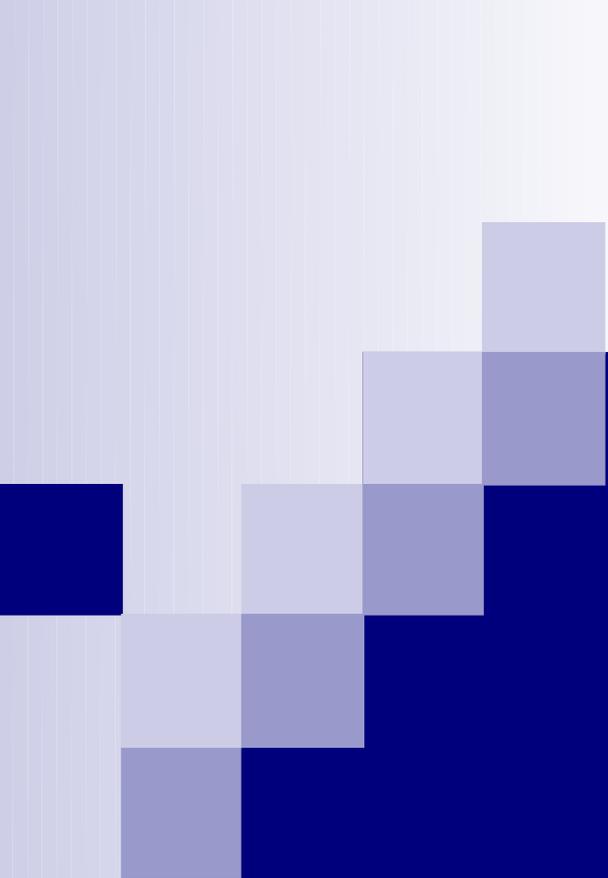
Contre-indications vaccinales

- • Absolues :
 - – Réactions d'hypersensibilité
 - – Grossesse et vaccins vivants atténués
 - – Immunosuppression et vaccins vivants atténués
- • Relatives :
 - – **Fièvre et maladie évolutive bénigne**
 - **pas besoin de repousser le vaccin en cas de fébricule, rhinite, pharyngite, GEA...**
 - – Grossesse et vaccins inactivés
 - – « Maladie auto-immune » ?



Modifications prévues du calendrier vaccinal, avec simplifications +++ (moins de doses à administrer), mais pour l'instant, suivre les recommandations officielles du calendrier vaccinal 2012.

En cas de doute, se reporter au BEH correspondant



DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Dr Anne-Laure BERNARDIN

Observer l'enfant

Comportement spontané (attitude/tonus, motricité spontanée, exploration du regard, exploration motrice pour les grands ...)

Comportement en réaction aux actions des parents, aux bruits etc ...

Manipuler l'enfant

Intéressant chez le bébé : le porter soi-même permet d'apprécier son tonus global, axial ...

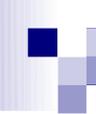
Interroger +++

Examen clinique

tiré-assis, décubitus ventral, position assise, position debout, déplacements, retournements, marche
suivi oculaire, réaction aux sons
explorer la préhension

Si doute sur un des aspects du développement,
refaire l'examen quelques semaines plus tard

Si retard dans plusieurs domaines ou régression
→ adresser rapidement pour avis



DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Rappel des étapes clés...

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Tonus-motricité

- Tient sa tête à 3 mois et assis en trépied à 6 mois
- S'assoit seul à 9 mois
- Marche entre 12 et 15 mois
- Court à 24 mois
- Monte les escaliers en alternant les pas à 30 mois
- Tricycle à 3 ans
- Saut à cloche pied entre 4 ans et 5 ans

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Motricité fine

- Préhension volontaire vers 5 mois
- Passage de l'objet d'une main à l'autre vers 6 mois
- La préhension s'affine :
 - cubito-palmaire
 - digito-palmaire
 - pince pouce index : 90% avant 15 mois

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Tonus-motricité-motricité fine

Signaux d'alerte

Ne tient pas sa tête à 4 mois

Pas de station assise à 9 mois

Marche non acquise à 18 mois

Latéralisation précoce avant 2 ans

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Langage

- Gazouillis entre 1 et 2 mois
- Émergence du babillage entre 3 et 6 mois
- A partir de 7 mois babillage avec redoublement de syllabes (babillage canonique)
- Premiers mots entre 10 et 12 mois
- Explosion lexicale entre 18 et 20 mois
- Début d'association de mots entre 18 mois et 24 mois
- Premières phrases entre 24 mois et 36 mois

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Langage

Signaux d'alerte

Pas de babillage canonique à 9 mois,

Pas de mots à 15 mois,

Pas de phrases à 3 ans

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Contact social

- 6 mois : Rit aux éclats, tend ses bras pour être pris
- 9 mois : peur de l'étranger, fait bravo
- 12 mois : montre du doigt ce qu'il veut
- 18 mois : imite les gestes ménagers
- 24 mois : comprend les ordres simples hors du contexte
sait enlever ses vêtements seul

Echelle de Denver

