

Fondation pour la promotion de la formation en médecine de famille (FMF)

Oliver Adam, conseil de fondation SSP, Soleure

Conseils de fondation

- Christian Häuptle (président, représentant SSMG)
- Jürg Pfisterer (représentant SSMI)
- Werner Bauer (président ISFM, représentant FMH)
- Cyrill Bühlmann (représentant ASMAC)
- Thomas Bischoff (représentant CMPR)
- Bruce Brinkley (représentant Cursus Romand de Médecine de Famille)
- Oliver Adam (vice-président, représentant SSP)

Secrétaire générale

Manolya von Erlach

Secrétariat

Franziska Kohler

Jacqueline Bähler Sachsenhofer

Asseseurs

Marc Müller (président MFE)

En 2015 le conseil de fondation a siégé trois fois. Une commission bicéphale (Ch. Häuptle et O. Adam) s'est prononcée sur toutes les demandes d'assistanat au cabinet. La fondation est le centre de compétence et la première adresse pour toute question concernant la formation postgraduée en médecine de famille, notamment concernant les questions d'assistanat au cabinet. Toutes les informations, non seulement concernant les assistanats au cabinet autofinancés, convergent à la FMF. En font partie aussi les programmes cantonaux de formation postgraduée au et pour le cabinet médical ainsi que les cours spécialisés (p.ex. pour futurs maîtres de stage ou en gestion de cabinet médical). Toutes les informations à ce sujet se trouvent, en allemand et en français, sur le site internet www.whm-fmf.ch.

En 2015 la FMF a participé aux 432.4 mois d'assistanats, dont partiellement financés 183.2 et administrés 249.2. Pour la pédiatrie ce sont 68.1 mois au total, dont partiellement financés 42.3. Ainsi le nombre total d'assista-

nats au cabinet pédiatrique (FMF et modèles cantonaux) a globalement augmenté (voir aussi le rapport «développement de l'assistanat au cabinet pédiatrique»).

A ce jour il a été possible de répondre positivement à toutes les demandes de co-financement d'assistanats au cabinet lorsque les conditions étaient remplies (à voir également sous www.whm-fmf.ch). Si vous êtes intéressé(e), n'hésitez pas à contacter la Fondation pour la promotion de la formation en médecine de famille:

WHM FMF

Fondation pour la Promotion de la Formation en Médecine de Famille

Weissenbühlweg 8

3007 Berne

Tél 031 371 84 04

Fax 031 371 84 06

m.vonerlach@whm-fmf.ch

Correspondance

Dr Oliver Adam

Gruppenpraxis für Kinder und Jugendliche

Bürgerspital

4500 Solothurn

o.adam@hin.ch

d'historicisation soutient la relance du travail de subjectivation. La formulation d'une *théorie personnelle* contribue à donner du sens aux émergences violentes et à inscrire un marquage temporel, dans un mouvement de déprise de la répétition traumatique. On peut identifier la fonction de cette théorisation comme un détour pour se mettre en lien avec leur propre expérience d'enfant victime de violences, et pour faire l'expérience de l'interdit: «Si on ne m'avait pas fait des attouchements sexuels je n'en aurai pas fait, je ne savais pas que c'était interdit» ou «J'ai découvert que ce n'était pas normal quand j'ai été jugé». Ces formulations indiquent la prégnance de l'identification à l'agresseur et la carence de l'inscription de l'interdit, dans un contexte où les repères proposés par l'environnement ont fait défaut; on peut également faire l'hypothèse que l'absence de judiciarisation des faits dont les adolescents ont été victimes contribue à ce défaut d'instauration de la loi comme garant d'un ordre symbolique.

Pour conclure

Ainsi, on peut faire le constat que la scène de la violence commise appelle une nouvelle scène et, au-delà, autorise une reprise de l'histoire, relance *après-coup* du processus de subjectivation. La scène originaire des violences subies (en forme de délaissement, de négligences, d'exposition à la violence ou de discrimination...) permet, au travers des violences commises, de figurer les éprouvés internes sur la scène externe, et de rencontrer dans l'autre victime des éprouvés jusque là non représentés (clivés, déniés...), afin de donner une consistance à la culpabilité primaire... Les violences commises s'inscrivent alors dans un projet: celui d'une adresse, maladroite et inadéquate, et celui d'un message énigmatique, à décrypter. L'agir violent à l'adolescence remobilise des traces traumatiques, non liées, non élaborées, non représentées... restées en souffrance dans la vie psychique et qui sont appelées à prendre sens, dans la mise en jeu, suffisamment consistante, de la figure du répondant.

Références

- 1) Ciavaldini, A. (1998). Caractéristiques de l'enfance et de l'adolescence du délinquant sexuel. *Adolescence*, 16(1), p. 127-135.
- 2) Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris, France: PUF.
- 3) Winnicott, D.-W. (1989). La crainte de l'effondrement. In D.-W. Winnicott (Eds.), *La crainte de l'effondrement et autres textes*. Paris, France: Gallimard.
- 4) Ferenczi, S. (1924), Thalassa. Essai sur la théorie de la génitalité. In S. Ferenczi (Eds.), *Psychanalyse III, Œuvres complètes*. Paris, France: Payot.
- 5) Ferenczi, S. (1933). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In S. Ferenczi (Eds.), *Psychanalyse IV Œuvres complètes 1927-1933*. Paris: Payot.
- 6) Freud, S. (1916). Les criminels par sentiment de culpabilité. In O.C.P XV (pp. 38-40). Paris, France, Presses Universitaires de France. (Edition Originales, 1996).
- 7) Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, France: PUF.
- 8) Guillaumin, J. (2001). Besoin de traumatisme et adolescence. In J. Guillaumin, *Adolescence et désenchantement* (pp.9-21). Bordeaux, France: L'Esprit du Temps.
- 9) Gutton, P. (1991). *Le pubertaire*. Paris, France: PUF.
- 10) Roussillon, R. (2002). L'homosexualité primaire et le partage de l'affect. In D. Mellier, *Vie émotionnelle et souffrance du bébé* (pp. 73-93). Paris, France: Dunod.
- 11) Winnicott, D.-W. (1994). *Déprivation et délinquance*. Paris, France: Payot.
- 12) Roman, P. (2012). *Les violences sexuelles à l'adolescence*. Paris, France: Elsevier-Masson.
- 13) Kaës, R. (2012). *Le malêtre*. Paris, France: Dunod.

L'âge osseux ne permet pas de déterminer l'âge des jeunes requérants d'asile

Position des Sociétés Suisses de Radiologie Pédiatrique (SSRP) ainsi que d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatriques (SSEDP) sur le thème de la détermination de l'âge osseux chez les migrants.

Georg Friedrich Eich^{a)}, Aarau; Valérie Schwitzgebel^{b)}, Genève

Les bouleversements politiques actuels et les guerres dans le monde, en particulier au Proche Orient et en Afrique du Nord ont pour conséquence l'arrivée en Europe de nombreux réfugiés, ce qui concerne aussi la Suisse. Parmi les réfugiés se trouvent beaucoup d'enfants et d'adolescents dont certains ne sont pas accompagnés, et de jeunes adultes qui ne possèdent souvent pas de documents d'identité ou des documents d'identification incomplets. La date et le lieu de naissance sont donc souvent des données manquantes. Il faut savoir que les requérants d'asile mineurs bénéficient d'une protection et d'une assistance particulière. L'âge exact (l'âge chronologique) d'un réfugié a une importance juridique considérable. La détermination radiologique de l'âge osseux pour différencier les mineurs des majeurs est de plus en plus sollicitée par les autorités impliquées dans le processus d'asile. Un examen correspondant, c'est-à-dire une radiographie de la main est effectuée par les médecins et évaluée selon l'Atlas de Greulich et Pyle (réf. Greulich & Pyle). L'utilisation de ce processus pour déterminer l'âge chronologique des requérants d'asile est, à notre avis, problématique (réf. Nowotny T, Aynsley-Green A, Smith T). Nous pensons qu'il serait préférable de ne plus pratiquer cet examen radiologique chez les réfugiés pour les raisons suivantes.

1. La détermination de l'âge osseux selon Greulich et Pyle ou encore Tanner & Whitehouse sont des méthodes standard reconnues afin de déterminer l'âge biologique. Elles ne sont pas conçues pour déterminer l'âge chronologique. Elles n'ont pas été testées sur ce point.

2. La variabilité individuelle (l'écart-type) de l'âge osseux, selon Greulich un Pyle, par exemple pour un jeune homme de 17 ans est de 15,4 mois. En tenant compte d'un double écart-type qui est couramment utilisé pour mesurer la norme en médecine, il en résulte une différence de plus de 2 ans. De ce fait, un garçon de 17 ans en bonne santé peut avoir un âge osseux de 19 ans et donc une maturation osseuse terminée. En d'autres termes: même avec la fusion complète du cartilage de croissance il est possible que l'âge chronologique soit de moins de 18 ans.
3. Les filles atteignent la fin de leur croissance plus tôt que les garçons ce qui augmente la possibilité que l'examen radiologique de la main d'une fille mineure révèle un squelette mature suggérant un âge plus avancé.
4. La méthode de Greulich et Pyle est basée sur un collectif normal d'enfants d'origine européenne des Etats-Unis. Cette étude a été réalisée au début du 20^{ème} siècle. Les données actuelles concernant l'âge osseux d'ethnies différentes ne sont disponibles que ponctuellement et ne peuvent d'autant moins être appliquées à la population actuelle de migrants (réf. Ontel FK).
5. Certaines maladies comme les troubles du système endocrinien peuvent interférer avec le processus de maturation osseuse. Ainsi, une évaluation de la maturation osseuse sans examen médical supplémentaire et/ou sans évaluer l'état nutritionnel doit être rejetée.
6. La radiographie est réalisée avec des rayons ionisants, potentiellement cancérigènes. Bien que la dose de radiation pour la radiographie de la main soit relativement faible et ne correspond qu'à une fraction de la dose annuelle naturelle, cet examen n'est effectué que dans le cadre clinique pour des indications médicales. Ceci ne s'applique pas aux réfugiés.

Nous concluons donc que l'évaluation de l'âge osseux des requérants d'asile afin de déterminer leur statut légal pose de nombreuses questions, l'éthique peut être remise en cause et la méthodologie utilisée est faussée.

Références

- 1) Greulich WW, Pyle SI: Radiographic Atlas of Skeletal Development of the Hand and Wrist, 2nd edition. Stanford, CA: Stanford University Press, 1959.
- 2) Nowotny T, Eisenberg W, Mohnike K: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge - Strittiges Alter - strittige Altersdiagnostik. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111(18); A-786-788.
- 3) Aynsley-Green A, Cole TJ, Crawley H, Lessof N, Boag LR, Wallace LMM: Medical, statistical, ethical and human rights considerations in the assessment of age in children and young people subject to immigration control. British Medical Bulletin 2012; 1-26.
- 4) Smith T, Brownlee L: Age assessment practices: a literature review & annotated bibliography 2011 by United Nations Children's Fund (UNICEF), New York, 2011.
- 5) Ontel FK, Ivanovic M, Ablin DS, Barlow TW: Bone Age in Children of Diverse Ethnicity. AJR 1996;167; 1395-1398.

Correspondance

PD Dr med Georg Eich
Leitender Arzt
Kinderradiologie
Kantonsspital Aarau AG
5001 Aarau
georg.eich@ksa.ch

a) Président de la Société Suisse de Radiologie Pédiatrique (SSRP)

b) Présidente de la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatriques (SSEDP)

Creation of The Swiss group of Pharmacogenomics and Personalized Therapy (SPT)

Vid Mlakar^{a)}, Patricia Huezo Diaz Curtis^{a)}, Pierre Baumann^{b)}, Roland P. Bühlmann^{c)}, Peter Meier-Abt^{d)}, Urs Meyer^{e)}, Marc Ansari^{a),f)}

On behalf of the Swiss group of Pharmacogenomics and personalised therapy

† *In memory of Prof. Gérard Siest (April 9th, 2016) and his contribution to the creation of the SPT*

With the development of modern drugs, it quickly became apparent that not all individuals respond equally to drug therapy. Outcomes can be multiple, ranging from a good response to non-efficacy, adverse drug reactions, or toxicity. Differences in response are attributed in part to environmental factors and to the individual's genetic predispositions¹⁾. The progress of molecular sciences enabled the understanding of drug mechanism, inevitably, exposing the underlying molecular differences between individuals and diseases that influence pharmacokinetics and pharmacodynamics of the drugs. This, in turn, gives the opportunity to identify individuals and diseases that will react differently to the given drug based on their genetic composition. The study of how individuals respond to drugs because of their genetic background has been termed pharmacogenetics or pharmacogenomics¹⁾. Pharmacogenomics is thus a multidisciplinary science with the great potential to translate findings to benefit the patients by individualizing therapy and provide new targets for drug development¹⁾. Combining such a diverse array of approaches stipulates a need for a platform broad enough to be able to address the most challenging problems of individualized medicine. For this

reason The European Society of Pharmacogenomics and Personalized Therapy (ESPT) was established to offer the opportunity to exchange information, share ideas over a broad spectrum of scientific disciplines²⁾.

On the 3rd of February 2016 a constitutive assembly of the Swiss Group of Pharmacogenomics and Personalized Therapy (SPT) was held in Bern. The SPT was created as a section within the Swiss Society of Pharmacology and Toxicology Clinics (SSCPT, President: Dr. Hugo Kupferschmidt) by researchers active in the field of pharmacogenomics and will serve as a Swiss national point for the ESPT (Chairman: prof. Gerard Siest[†], Nancy).

The SPT group aims to build and promote the goals of the ESPT, which are «leadership and innovation in science and education to enhance the scientific basis and quality of diagnosis and therapy for patients throughout the world». For this reason both societies combine and welcome experts from various fields of basic molecular and biochemical sciences, to clinically oriented sciences and practitioners such as hospital clinicians, pharmacologists and pharmacists. The ESPT specifically offers opportunities for easy and flexible creation of subgroups and committees within the society such as scientific and clinical implementation committees for: Drug Transporters, Endobiotic and Drug interaction, Transcription factors and Pediatric individualized treatment in oncology and hematology committees. These committees aim to promote cooperation between individuals and institutions and to facilitate transfer and harmonization of pharmacogenetic testing, to bring together basic and translational research, to educate health professionals throughout Europe and to become a partner for industry and regulatory bodies²⁾. Along with scientific work, the ESPT strongly emphasizes education by implementing an annual school of Pharmacogenomics, annual ESPT congress and publica-

tion of its official journal Drug metabolism and personalized therapy (www.esptnet.eu). The ESPT emphasizes informal structure that allows for a greater personal initiative. The society encourages dynamic national activity, which is why the creation of the SPT was warmly welcomed.

References

- 1) Wang, L., Pharmacogenomics: a systems approach. Wiley Interdiscip Rev Syst Biol Med, 2010. 2(1): p. 3-22.
- 2) An update from The European Society of Pharmacogenomics and Theranostics. Pharmacogenomics, 2012. 13(2): p. 133-135.

Correspondence

Prof. Marc Ansari
Geneva University Hospital
Pediatric Department, Onco-Hematology Unit
Rue Willy-Donzé 6
1205 Geneva
Switzerland
Marc.Ansari@hcuge.ch



- a) CANSEARCH Research Laboratory, Geneva University Medical School, Avenue de la Roseraie 64, 1205 Geneva, Switzerland
- b) Dept Psychiatry (DP-CHUV), University of Lausanne, Site de Cery, 1008 Prilly, Switzerland
- c) Bühlmann Laboratories AG, Baselstrasse 55, 4124 Schönenbuch, Switzerland
- d) Swiss Academy of Medical Sciences, Laupenstrasse 7, 3001 Bern, Switzerland
- e) Biozentrum, University of Basel, Klingelbergstrasse 50/70, 4056 Basel, Switzerland
- f) Pediatric Department, Onco-Hematology Unit, Geneva University Hospital, Rue Willy-Donzé 6, 1205 Geneva, Switzerland

Daniela Vetsch: «Les échanges sont cruciaux»

Edith Loosli, Soleure

Comment les parents d'un enfant en situation de handicap vivent-ils les visites chez le pédiatre? Trois mères témoignent de leur expérience et de l'utilité des échanges au sein des associations régionales de l'Association Cérébral Suisse.

«La première fois que j'ai consulté notre médecin de famille avec mon fils Laurin, né avec une trisomie 21, elle m'a tout de suite dit qu'elle n'était pas spécialisée pour les enfants avec une trisomie 21. Mais cela ne me dérangeait pas», confie Barbara Camenzind. En tant que mère d'un enfant en situation de handicap, on devient progressivement soi-même spécialiste du handicap. «J'ai une liste des points à vérifier et je sais à quoi je dois faire attention. Et si ce n'est pas le cas, j'échange sur des forums en ligne avec des personnes qui se trouvent dans une situation similaire.» Ou alors elle profite des rencontres pour parents de l'Association insieme Cerebral Zoug, où elle travaille à temps partiel en tant que directrice.

«Nous consultons donc notre médecin pour des demandes concrètes, comme par exemple pour un vaccin ou lorsque je vois que mon fils a les pieds plats et que j'ai besoin d'une ordonnance pour aller chez l'orthopédiste. Si mon fils de 11 ans a un problème médical spécifique, je m'adresse directement à un spécialiste, notamment un médecin ORL en cas de problème d'audition.»

La situation se complique cependant «lorsqu'il faut aller à l'hôpital et que l'on a affaire à des médecins inconnus avec l'enfant en situation de handicap. Parfois, je dois alors m'imposer en tant que mère.» Il en va de même pendant les vacances. «C'est pénible lorsque le médecin met à tort des symptômes telle qu'une forte toux sur le compte de la trisomie 21. En effet, une bronchite n'a rien à voir avec la trisomie.»

Interrogée quant à ce qui importe pour elle dans la collaboration avec un pédiatre ou un médecin, Barbara Camenzind répond sans

hésiter: «Il est important que le travail en équipe fonctionne et très précieux que le médecin nous prenne au sérieux, nous les

parents, et qu'il ou elle reconnaisse les connaissances que nous avons acquises. Cela permet d'établir une relation de confiance entre nous.»

Sabina Dollinger et son fils Erik, atteint d'un handicap d'origine moteur cérébral, n'ont connu que des expériences positives dans la collaboration avec le pédiatre d'Erik. «Je dis toujours "Nous avons un enfant en bonne santé avec une hémiplégie". Nous ne consultons le pédiatre que lorsque notre fils est

Découvrez l'Association Cérébral Suisse lors de son assemblée annuelle, les 9 et 10 juin prochain

L'échange est un élément essentiel au sein de l'Association Cérébral Suisse, créée en 1957 par des parents, en tant qu'organisation d'entraide pour personnes en situation de handicap. Organisation faitière à laquelle sont rattachées 20 associations régionales réparties dans toute la Suisse, elle compte plus de 6000 membres et promeut, représente et coordonne les demandes des personnes atteintes de handicap moteur cérébral et/ou d'un polyhandicap ainsi que celles de leurs proches et des professionnels. L'association a pour but de parvenir à l'inclusion des personnes souffrant d'un handicap (moteur cérébral).

L'Association Cérébral Suisse propose, outre des conseils,

- des informations spécialisées,
- des séminaires pour parents, professionnels et personnes concernées,
- des offres de vacances

et s'engage

- dans le domaine de la politique sociale
- et dans les relations publiques

L'Association Cérébral Suisse est ouverte à tous: personnes concernées, parents et personnes intéressées

Plusieurs manifestations sont réalisées en collaboration avec des organisations partenaires. L'Association Cérébral Suisse soutient ainsi par exemple l'association pour des soins adaptés aux besoins des personnes avec un handicap mental ou un polyhandicap (ABMH) pour la série de colloques «Soins médicaux pour tous en fonction des besoins», qui se tiendra pour la troisième fois le 10 novembre 2016, au Volkshaus à Zurich.

Dans les associations régionales de l'Association Cérébral Suisse, les axes prioritaires portent sur

- l'échange d'expériences et les groupes d'entraide,
- des soirées d'information et
- des offres de décharge pendant les vacances scolaires et les week-ends.

Le financement de l'organisation est assuré par

- une convention de prestations avec l'Office fédéral des assurances sociales,
- un accord avec la Fondation suisse en faveur de l'enfant infirme moteur cérébral, qui soutient chaque année l'organisation faitière et les associations régionales en leur accordant un montant substantiel et
- des produits financiers.

L'Association Cérébral Suisse tiendra un stand lors de l'assemblée annuelle qui aura lieu les 9 et 10 juin prochains, au Kursaal à Berne. Nous attendons votre visite avec impatience!

www.association-cerebral.ch

malade, qu'il a par exemple une grippe, ou qu'il doit se faire vacciner.» Elle ajoute que dès que le problème concerne le handicap de son fils, l'infirmité motrice cérébrale, «nous contactons le neuro-pédiatre ou le neuro-orthopédiste et tenons ensuite toujours le pédiatre au courant.»

Disposant d'une formation d'infirmière, Sabina Dollinger possède des connaissances approfondies. «Je sais en général rapidement quel médecin je dois consulter pour Erik», explique-t-elle, et cela contribue à la prise en charge optimale de son fils.

Les parents avec un enfant en situation de handicap conseillent vivement d'échanger dans le cadre d'une organisation d'entraide avec d'autres adultes dans une situation similaire et de profiter d'exposés tels que ceux de l'Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle (UKBB) ou du groupe «Eltern-Oase» (plus d'informations sous www.cerebral-basel.ch).

Daniela Vetsch a également trouvé un mode de fonctionnement qui lui convient pour le suivi médical de sa fille Sarina (14 ans), atteinte d'une paralysie cérébrale avec spasticité bilatérale, GMFCS II (G80.1). «Nous nous concentrons sur l'hôpital pédiatrique, où se trouve le dossier de Sarina avec tous ses traitements et opérations et où l'équipe est bien rôdée. Nous essayons de prendre tous les rendez-vous médicaux à l'hôpital pédiatrique afin d'éviter de causer un stress à Sarina. Ma fille apprécie aussi que nous asso-

ciions autant que possible le pédiatre de cet hôpital lorsque des changements se présentent dans sa vie, par exemple lorsqu'un entretien en table ronde est prévu à l'école. Il est très utile dans ce cadre d'avoir pour spécialiste un pédiatre qui connaît précisément sa situation. Pour moi, il est aussi crucial de pouvoir échanger avec le pédiatre. D'après mon expérience, la collaboration fonctionne très bien lorsque les médecins tiennent compte des parents et de leur opinion.»

Daniela Vetsch profite, elle aussi, des échanges avec d'autres parents au sein d'une association régionale de l'Association Cérébral Suisse. «On y recueille des conseils utiles», explique la membre du comité de l'Association Cérébral de Suisse orientale. La mère de Sarina apprécierait cependant que les pédiatres renvoient davantage les parents d'enfants handicapés vers des services spécialisés et des groupes d'entraide.

La jeune fille souhaite renchérir sur ce point; l'élève en septième classe prépare actuellement les examens d'entrée au gymnase en 2017. Son métier de rêve? «Pédiatre ou travailleuse sociale pour jeunes. J'aimerais aider d'autres personnes dans des situations similaires et les faire profiter de mes expériences.»

Correspondance

edith.loosli@association-cerebral.ch



Barbara Camenzind avec son fils Laurin (atteint de trisomie 21)



Sarina, la fille de Daniela Vetsch, pendant un séjour au Centre de réhabilitation d'Affoltern am Albis

Des pédiatres et des membres de l'administration suisses «visitent» des sites de production de vaccins

Philipp Jenny, membre du comité de la SSP

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Suite à la pénurie de vaccins en 2015, des contacts intensifs ont eu lieu entre la pédiatrie, les offices fédéraux et GlaxoSmithKline. Là-dessus la firme a organisé, pour les personnes concernées, la visite d'une de leurs fabriques en Belgique, en nous donnant la possibilité de discuter la problématique avec des responsables haut-placés. Ainsi le 9 mars 2016 cinq pédiatres, un représentant de l'OFSP et deux représentants de Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE), accompagnés de membres de GSK-Suisse, se sont rendus en Belgique. Détrompez-vous, ce n'a pas été un «petit voyage de corruption»; nous avons tout payé nous-mêmes, y compris le repas à la cantine de l'entreprise.

GSK détient à Wavre et dans la localité voisine de Rixensart deux grandes fabriques de vaccins qui employent 8000 personnes, dont 2000 uniquement dans le contrôle qualité. Pourtant seulement une partie des composants de vaccins sont produits ici, les autres dans une vingtaine de fabriques partout au monde. Le mélange et le conditionnement des vaccins se fait essentiellement en Belgique. Presque chaque processus de fabrication a son propre bâtiment, le site est donc très étendu et on pourrait à tort penser qu'il s'agit de firmes différentes. L'entier des installations donne une impression propre et rangée. Des corridors avec des fenêtres donnant sur les locaux de production ont été spécialement aménagés pour les visiteurs, afin d'éviter toute contamination.

Nous avons pu visiter, entre autres, la nouvelle unité de production d'antigène de la coqueluche, planifiée en 2010, début de construction en 2012, terminée en 2015. Malgré cela les premiers antigènes Pa ne seront disponibles pour le marché qu'en 2018. Actuellement chaque tube, chaque réacteur et chaque processus est contrôlé et certifié, et plus que 12 000 échantillons sont vérifiés par GSK et toutes les autorités compétentes. Et

cela pour une installation qui produit de manière presque inchangée un antigène qui est sur le marché depuis 1955. Depuis la décision de construire cette unité jusqu'à la production du premier vaccin pour le marché s'écouleront 8 ans.

Le problème de la nouvelle installation est la capacité. Il y a six ans on prévoyait le remplacement uniquement de l'ancienne unité de Rixensart (qui arrive au terme de sa durée d'exploitation), sans savoir qu'au moment de l'achèvement règnerait une pénurie mondiale en antigènes Pa. Par cette nouvelle unité, GSK ne pourra augmenter, en 2018, sa capacité de production d'antigène Pa qu'à 150% de la capacité actuelle.

Nous avons aussi eu l'occasion de visiter l'installation d'emballage. A ce propos j'aimerais souligner que, dès que la seringue ou le flacon sont étiquetés et emballés (se fait d'un trait), le vaccin ne peut être vendu que dans un seul et unique pays. Une action comme celle pratiquée chez nous l'année passée avec du vaccin «néo-zélandais» n'est possible, partout au monde, qu'exceptionnellement. Les autorités suisses semblent représenter une exception louable.

Dans la discussion avec les responsables de la division vaccins de GSK il a souvent été question du long temps de production (20-24 mois) et de la demi-vie relativement courte. Les contrôles étatiques renchérissent et compliquent la fabrication des vaccins; en particulier le fait que chaque pays a des dispositions différentes et veut les contrôler lui-même. D'autre part cela freine sensiblement l'entrée sur le marché des fournisseurs à bas prix d'Inde ou de Chine. On nous explique aussi que, pour des raisons relevant du droit des cartels, on ne peut s'entendre avec les concurrents et qu'on apprend donc trop tard s'ils se voient confrontés à un manque de vaccin. Il est donc très difficile d'estimer quelle quantité d'un vaccin sera nécessaire

dans deux (temps de production d'un vaccin) ou dans huit ans (nouvelle unité de production).

En cas de pénurie, GSK évalue où le besoin de vaccin est le plus urgent, en d'autres termes où une pénurie met en danger le plus grand nombre d'enfants. Le prix payé par le client ne joue dans ce cas aucun rôle.

Actuellement la demande en Suisse, et mondiale, peut être satisfaite mais des problèmes peuvent survenir s'il y a des ennuis de livraison (p.ex. accident d'un camion). L'objectif est de constituer en Suisse dès 2017 des réserves obligatoires pour vaccins. En raison des limites de conservation (1-1½ ans après la fin de confection) elles ne peuvent pas être très importantes; sont prévus des stocks pour 4-5 mois.

J'ai tiré de ce voyage les enseignements suivants:

- Le temps de réaction à une situation critique est, en raison du processus de fabrication, très long.
- Il est presque impossible de corriger de mauvaises prévisions.
- Il n'y a actuellement pas de (grandes) réserves de vaccin contenant l'antigène Pa.
- Il n'est pas possible de constituer des stocks obligatoires de vaccins très importants en raison des limites d'utilisation; ils seront donc, vu les longs temps de réaction, toujours justes.
- Des contrôles sévères par les autorités sont nécessaires et acceptés par l'industrie, mais il n'est pas nécessaire que chaque pays édicte et contrôle ses propres dispositions.

Correspondance

phjenny@hin.ch

Prix de néonatalogie

Matthias Roth-Kleiner, Lausanne, Président de la Société Suisse de Néonatalogie

Le **Prix Milupa** sera attribué à une chercheuse/clinicienne ou un chercheur/clinicien qui aura effectué un travail scientifique excellent dans le domaine de la néonatalogie et qui se prépare à un séjour de recherche à l'étranger. Ce prix, fondé par **Milupa Suisse SA** et se monte à Fr. 10'000.- contribuera à couvrir les frais de voyage et de vie durant ce séjour.

Suite à une réorganisation de l'attribution du Prix Milupa, le délai pour la soumission des candidatures est fixé cette année au **31 août 2016**.

Les candidats devront faire parvenir un plan pour un séjour de recherche avec les informations suivantes:

- But et durée du séjour
- Curriculum vitae
- Travaux et publications (au minimum un travail publié/accepté dans un journal après peer review)
- Lettre de confirmation de l'institution où se fera ce séjour quant au soutien et concernant l'utilisation de l'infrastructure nécessaire à la recherche

Ce plan de séjour de recherche doit être envoyé par email en format pdf d'ici fin août au secrétariat général (neonat@meeting-com.ch).

La remise du prix aura lieu lors du Congrès annuel de la Société Suisse de Néonatalogie en date du 10 janvier 2017 à l'Hôpital Universitaire de Zurich.



Paediatrica – Instructions aux auteurs

Soumission des manuscrits (article et cas clinique)

Les manuscrits complets seront soumis à la rédaction, si possible par e-mail: redaction@swiss-paediatrics.org
Adresse postale: Prof. R. Tabin, Rédacteur en chef de Paediatrica
Av. Général Guisan 30, Case postale 942, CH-3960 Sierre

Qualité d'auteur, contributions financières

Tout médecin en charge de la santé des enfants est habilité à soumettre pour publication, à la rédaction de Paediatrica, un cas clinique intéressant et original, en joignant le consentement parental écrit. Chaque signataire de l'article doit avoir étroitement collaboré à l'élaboration du travail. Il doit obligatoirement déclarer ses conflits d'intérêt. Les contributions financières externes ainsi que des relations financières ou personnelles sont à mentionner dans une annotation. Des articles à visée publicitaire (articles de relations publiques) ne seront pas publiés (sauf sous la forme d'encarts publicitaires clairement reconnaissables).

Rubriques

Politique professionnelle: Cette rubrique a pour but d'informer les membres de la SSP sur la politique professionnelle. Les contributions y sont apportées par les membres du comité et des divers groupements de la SSP, elles sont organisées et approuvées par la rédaction.

Rapports annuels: Cette rubrique vise à informer les membres de la SSP sur l'activité de ses divers groupements. Le texte doit être fourni dans les deux langues (français et allemand) et ne pas dépasser une page de journal (5000 signes).

Recommandations: Sous cette rubrique sont publiées des recommandations officielles de la SSP ou de ses groupements de sous-spécialistes (formations approfondies). Les articles peuvent y être présentés de façon très libre, en faisant usage de graphiques et d'images en noir-blanc (exceptionnellement en couleur). En principe, l'article ne dépassera pas 4 pages de journal d'environ 5000 signes (des contributions plus longues peuvent être publiées sur le site de la SSP, avec un résumé dans Paediatrica). La publication de l'article se fera en français et en allemand. Les auteurs nous fourniront la traduction de leur article dans l'autre langue.

Formation continue: Les articles peuvent y être présentés de façon très libre en faisant usage de graphiques et d'images en noir-blanc (exceptionnellement en couleur). Une contribution comprendra 3-4 pages d'environ 5000 signes et contiendra 15 références importantes au maximum. En principe, la publication de l'article se fera en allemand et en français, exceptionnellement en anglais. Les auteurs nous fourniront si possible la traduction de leur article dans l'autre langue. L'article sera soumis à la rédaction pour analyse et approbation avant publication.

Informations: Les articles de cette rubrique visent à informer les lecteurs de sujets variés concernant le domaine de la pédiatrie. Il s'agit d'articles courts (1-3 pages, max. 10 000 signes), max. 10 références.

Actualités des sous-spécialités pédiatriques: Cette rubrique donne des informations concernant les activités professionnelles (réunions, examens, réglementation etc...) et les manifestations scientifiques des sous-spécialités pédiatriques. Ces informations sont fournies dans les deux langues par les comités respectifs, sous forme de texte ne dépassant pas une page au maximum (5000 signes).

Quiz FMH: Cette rubrique reprend et commente les questions posées lors de l'examen pour l'obtention du titre suisse de spécialiste en pédiatrie. Les commentaires seront au maximum de 3 pages (15 000 signes), avec au plus 10 références.

Recensions: Cette rubrique commente un livre d'intérêt pédiatrique général. Une illustration de la couverture du livre doit être fournie pour reproduction, avec mention des références complètes du livre, y-compris N°ISSN et prix de vente public en Frs. Le commentaire ne dépassera pas ½ page de journal (2500 signes).

Lu pour vous: Cette rubrique permet de proposer un commentaire d'un certain nombre (4 à 6) d'articles récents concernant la pédiatrie. Chaque

commentaire, de préférence dans deux langues (français et allemand), doit être précédé par le résumé de l'article avec la référence complète. Les commentaires seront au maximum de ½ page (2500 signes). Le texte sera soumis à la rédaction pour analyse et approbation avant publication.

Courrier des lecteurs/Cactus: La rédaction se réserve le droit de choisir ou d'abrégier le courrier des lecteurs et les articles fournis pour la rubrique cactus (informations percutantes ou surprenantes). Plus la lettre/ou le texte seront courts, mieux ils réussiront à être publiés. Le texte ne devra pas dépasser 2500 signes, références éventuelles incluses.

Congrès et cours de formation continue: Paediatrica ne publie plus d'articles sous cette rubrique, les annonces de congrès et de cours de formation continue étant publiés gratuitement sur le site internet de la SSP. Des annonces de congrès payantes peuvent toutefois être publiées.

Orthographe et présentation du manuscrit

Page de titre

- Titre précis et concis, sans abréviations
- Prénom et nom de chaque auteur, sans abréviations, institution et adresse
- Adresse de correspondance

Cas particulier du cas clinique: Cette contribution peut inclure une brève anamnèse, une imagerie de grande qualité, une discussion concise et un maximum de 10 références. En principe le texte ne doit pas dépasser une page (5000 signes). Les illustrations doivent être présentées en format JPEG/TIFF (300 lpi) (maximum 2MB) et envoyées séparément au texte. La publication se fera en anglais et/ou en allemand, et/ou en français et/ou en italien.

Abréviations: Les abréviations courantes (p.ex. EEG, BCG) sont admises si elles sont conformes aux normes internationales. Toutes les autres abréviations devront être employées de manière restrictive; elles sont à expliciter dans une liste alphabétique. Elles sont reprises systématiquement et sous la même forme dans l'ensemble de l'article. Par principe, n'employer que les unités (SI). Pour les médicaments, on utilisera les noms génériques. En général, les noms des spécialités correspondantes peuvent être mentionnés entre parenthèses.

Sous-titres: Afin d'améliorer la lisibilité de l'article, des sous-titres seront créés, introduisant les sujets traités dans le paragraphe concerné.

Tableaux, figures: Les tableaux et les figures doivent être numérotés en chiffre arabe, commentés dans le texte et mentionnés dans le paragraphe correspondant. Les légendes doivent être rédigées de manière à expliciter la figure sans qu'un recours au texte ne s'impose. Lors d'utilisation de figures et de tableaux provenant d'autres publications, leur source est à indiquer et le consentement signé de la maison d'édition et des auteurs concernés doit être envoyé avec le manuscrit. Les illustrations, envoyées séparément au texte, doivent avoir le format JPEG/TIFF (300 lpi) (2 MB au maximum).

Références bibliographiques: L'index bibliographique doit suivre l'ordre des citations dans le texte (et non l'ordre alphabétique) et doit être numéroté de même manière. Le numéro correspondant doit figurer dans le texte entre parenthèses. Les noms des auteurs ainsi que les titres complets de tous les travaux cités doivent être indiqués. Les périodiques doivent être abrégés selon l'index medicus.

Epreuves: Après l'acceptation du manuscrit pour publication l'auteur principal recevra une copie pour le «bon à tirer». Il n'y a pas d'impression de tirés à part, mais l'article sera disponible pour l'auteur au format pdf.

Site internet: Les auteurs acceptent que leurs articles soient intégralement publiés sur le site internet de la SSP: www.swiss-paediatrics.org/paediatrica. Si souhaité et sur demande écrite, il est possible que cette publication ne soit faite que dans la partie du site internet de la SSP réservée aux seuls membres de la SSP: www.swiss-paediatrics.org/members et accessible seulement avec mot de passe.

Adresse de contact

redaction@swiss-paediatrics.org