



La lettre aux pédiatres

n° 158

Sommaire

- Page 2 : **EDITORIAL**

- Page 3 : **NOMENCLATURE : CE QUI A CHANGÉ (OU AURAIT DÛ CHANGER) AU 1^{ER} JANVIER.**

- Page 5 : **CE QU'IL FAUT RETENIR DES « CSMF ACTUS » DE CET AUTOMNE-HIVER.**

- Page 8 : **CE QU'IL FAUT RETENIR DES « SML NEWS LETTER » DE CET AUTOMNE-HIVER.**

- Page 10 : **QUE PEUVENT ESPÉRER LES PÉDIATRES DE LA SIGNATURE DU SML À LA CONVENTION NATIONALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET DES MÉDECINS SPÉCIALISTES.**

- Page 11 : **LA RUBRIQUE COMPTABLE : MODIFICATION DE VOS CHARGES SUR SALAIRE EN 2018.**

- Page 15 : **LE CHIFFRE DE LA LAP : 37,8**

- Page 16 : **LA PAGE SCIENTIFIQUE DE LA LAP**

- Page 17 : **COMMUNICATION DU LABORATOIRE GALLIA**

- Page 18 : **UN PEU DE CULTURE, ÇA NE PEUT PAS FAIRE DE MAL, ET ÇA SE PASSE À LYON.**

La lettre aux pédiatres

Revue du Syndicat National des Pédiatres Français

Fondateur

D^r Guy KURTZEMANN

Directeur de la publication

D^r Brigitte VIREY

21000 DIJON

Directeur de la rédaction

D^r Jean-François PUJOL

33500 LIBOURNE

Comité de rédaction et de lecture

D^r Sophie BARROIS

D^r Jean-Claude FRANCESCHINI

D^r Gérard JOURNO,

D^r Fabienne KOCHERT

D^r Patrice LEGASAL

D^r Geneviève NIEDERGANG,

D^r Anne PIOLLET

D^r Francis RUBEL

D^r Eric VAN MELKEBEKE.

EDITORIAL : LE SYSTÈME DE SANTÉ NOUVEAU EST ARRIVÉ !

Certes le début de l'année a apporté son lot de problèmes devenus presque habituels dans l'application de la convention, et le SNPF reste vigilant pour redresser toutes ces erreurs. Mais au-delà, il faut réfléchir à l'évolution du système de santé.

La [Stratégie Nationale de Santé](#) avait fixé quatre points importants :

- La prévention et la promotion de la santé,
- la lutte contre les inégalités sociales et territoriales,
- l'accroissement de la pertinence et de la qualité des soins,
- L'innovation.

La Loi de Finances de la Sécurité Sociale ([LFSS](#)) concourt à ramener un équilibre budgétaire pour la sécurité sociale. En 2018 l'[ONDAM](#) (objectif national des dépenses d'assurance maladie) est fixé à +2,3 %.

Le gouvernement va donc s'attaquer à la pertinence des soins et à l'efficacité des produits de santé (baisse du prix des médicaments). Le [Premier Ministre](#) vient de présenter un plan pour la transformation du système de santé, décliné en cinq chantiers :

1- Qualité et pertinence des soins : La haute autorité de santé ([HAS](#)) doit proposer des indicateurs de qualité de parcours portant sur les pathologies les plus fréquentes. Ces indicateurs seront intégrés aux travaux sur les modalités de financement.

2- Financement : Une réforme en profondeur du financement des soins est annoncée. Le paiement à l'acte ne sera plus systématique (il est prévu d'arriver à 50 % maximum de tarification à l'acte d'ici la fin du quinquennat). Des forfaits seront mis en place comme celui à l'épisode de soins (il s'agit d'un forfait global pour une pathologie, réparti entre les différents intervenants). On peut s'inquiéter de la place du pédiatre dans un tel dispositif.

3- Numérique : Les discussions sont en cours à l'assurance maladie. La caisse nationale d'assurance maladie ([CNAM](#)) a fixé plusieurs pré-requis comme l'information et le recueil du consentement du patient, la rédaction d'un compte-rendu transmis au médecin requérant. Pour commencer, la télé-expertise serait limitée aux patients en ALD ou atteints de maladies rares, ou aux patients vivant en zone sous-dotée.

Le dossier médical partagé ([DMP](#)) devrait être généralisé sur l'ensemble du territoire à l'automne prochain. Il serait alimenté par les médecins mais pourrait être ouvert par les pharmaciens ou les infirmiers. La CNAM elle-même pourrait y injecter des données, de même que les hôpitaux. Le risque est que ce DMP soit inutilisable si une synthèse médicale n'est pas réalisée. Cela représentera forcément un temps de travail supplémentaire pour les médecins.

4- Formation et ressources humaines : Une réforme du numérus clausus et de la première année est annoncée, de même que les pratiques avancées en soins infirmiers.

5- Organisation territoriale par le développement du numérique, de la télémédecine et de la diversification des modes d'exercice avec la structuration des soins de ville (continuité des soins, accès en premier recours à un médecin généraliste ou spécialiste, coordination avec le secteur médico-social au travers des [communautés professionnelles territoriales de santé](#) ([CPTS](#))). A terme l'objectif est que l'exercice isolé devienne l'exception.

Le pédiatre devra trouver sa place dans ce nouveau dispositif et forcément évoluer dans sa pratique sous peine de disparaître. Le [SNPF](#) vous accompagnera dans cette évolution. Il faudra s'intéresser à la délégation de tâches afin de récupérer du temps médical, s'investir dans la télé-médecine et télé-expertise, participer au maillage des territoires en développant des consultations avancées dans les territoires non dotés de pédiatres, en développant des parcours de soins...

C'est un nouveau défi que nous devons relever. Mais attention, si partout où se trouvent des enfants, il ne se trouve pas de pédiatre, cette soit-disante évolution du système de santé ne sera qu'une régression !

[Dr Brigitte VIREY](#), Présidente du SNPF

NOMENCLATURE :

CE QUI A CHANGÉ (ou aurait dû changer) AU 1^{er} JANVIER

Dr Jean-François PUJOL, secrétaire général adjoint

Tous les pédiatres ont reçu le Flash info du mercredi 27 décembre détaillant les modifications de la nomenclature au 1^{er} janvier 2018, regroupées en trois tableaux,

- les majorations (MRT, MCU, et MUT) s'ajoutant aux cotations existantes,
- la revalorisation des modificateurs d'urgence (P, S, et F) en maternité,
- et les revalorisations de deux actes techniques pédiatriques en maternité (YYYY154, et YYYY117).

Malheureusement, nombreux sont les pédiatres qui nous ont fait part de la non application de ces mesures. Force est de constater que tout ne s'est pas déroulé comme prévu. Voici donc un rectificatif en espérant que nous ne serons pas contraints d'en concevoir d'autres.

N'hésitez pas, en cas de difficulté, à vous rapprocher en première intention de votre délégué régional ou départemental. Vous pouvez bien sûr, en deuxième intention, nous contacter via la messagerie du site.

Pour les amateurs lire (ou relire) les détails de la convention 2016.

Vérification faite, MRT, MCU, et MUT sont pour tous secteurs, avec ou sans OPTAM.

| Intitulé | Code facturation | Les majorations de 15 € s'ajoutant aux cotations existantes depuis le 1 ^{er} janvier 2018 Secteurs 1 & 2 avec ou sans OPTAM | | | | | | |
|---|---|---|---------------------|---|---------------------|---|----------------------|---|
| Majoration consultation urgente immédiate à la demande du 15, si MT. | MRT | <table><tr><td>Enfant de 0 à 2 ans</td><td>CS + NFP + MEP + MRT (15 €) = 47 €</td></tr><tr><td>Enfant de 2 à 6 ans</td><td>CS + NFE + MEP + MRT (15 €) = 47 €</td></tr><tr><td>Enfant de 6 à 16 ans</td><td>CS + NFE + MRT (15 €) = 43 €</td></tr></table> <p>Comment ? La MRT n'est pas cumulable avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et <u>ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables.</u></p> | Enfant de 0 à 2 ans | CS + NFP + MEP + MRT (15 €) = 47 € | Enfant de 2 à 6 ans | CS + NFE + MEP + MRT (15 €) = 47 € | Enfant de 6 à 16 ans | CS + NFE + MRT (15 €) = 43 € |
| Enfant de 0 à 2 ans | CS + NFP + MEP + MRT (15 €) = 47 € | | | | | | | |
| Enfant de 2 à 6 ans | CS + NFE + MEP + MRT (15 €) = 47 € | | | | | | | |
| Enfant de 6 à 16 ans | CS + NFE + MRT (15 €) = 43 € | | | | | | | |
| Majoration pour consultation réalisée par un médecin correspondant pour un patient adressé par son MT pour une prise en charge dans les 48 h. | MCU | <table><tr><td>Enfant de 0 à 2 ans</td><td>CS + NFP + MEP + MCU (15 €) = 47 €</td></tr><tr><td>Enfant de 2 à 6 ans</td><td>CS + NFE + MEP + MCU (15 €) = 47 €</td></tr><tr><td>Enfant de 6 à 16 ans</td><td>CS + MPC + MCS + MCU (15 €) = 45 €</td></tr></table> <p>Comment ? La MCU n'est pas cumulable avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et <u>ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables.</u></p> | Enfant de 0 à 2 ans | CS + NFP + MEP + MCU (15 €) = 47 € | Enfant de 2 à 6 ans | CS + NFE + MEP + MCU (15 €) = 47 € | Enfant de 6 à 16 ans | CS + MPC + MCS + MCU (15 €) = 45 € |
| Enfant de 0 à 2 ans | CS + NFP + MEP + MCU (15 €) = 47 € | | | | | | | |
| Enfant de 2 à 6 ans | CS + NFE + MEP + MCU (15 €) = 47 € | | | | | | | |
| Enfant de 6 à 16 ans | CS + MPC + MCS + MCU (15 €) = 45 € | | | | | | | |
| Intitulé | Code facturation | Majoration de 5 € s'ajoutant aux cotations existantes depuis le 1 ^{er} janvier 2018 Secteurs 1 & 2 avec ou sans OPTAM | | | | | | |
| Majoration pour le MT qui adresse son patient à un médecin correspondant, lequel s'engage à le prendre en charge dans un délai de 48 h. | MUT | <table><tr><td>Enfant de 0 à 2 ans</td><td>CS + NFP + MEP + MUT (5 €) = 37 €</td></tr><tr><td>Enfant de 2 à 6 ans</td><td>CS + NFE + MEP + MUT (5 €) = 37 €</td></tr><tr><td>Enfant de 6 à 16 ans</td><td>CS + NFE + MUT (5 €) = 33 €</td></tr></table> <p>Comment ? La MUT n'est pas cumulable avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et <u>ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables.</u></p> | Enfant de 0 à 2 ans | CS + NFP + MEP + MUT (5 €) = 37 € | Enfant de 2 à 6 ans | CS + NFE + MEP + MUT (5 €) = 37 € | Enfant de 6 à 16 ans | CS + NFE + MUT (5 €) = 33 € |
| Enfant de 0 à 2 ans | CS + NFP + MEP + MUT (5 €) = 37 € | | | | | | | |
| Enfant de 2 à 6 ans | CS + NFE + MEP + MUT (5 €) = 37 € | | | | | | | |
| Enfant de 6 à 16 ans | CS + NFE + MUT (5 €) = 33 € | | | | | | | |

Modificateurs d'urgence pour les actes techniques relevant de la CCAM

(les actes techniques d'urgence « lourds » de maternité)

| | | |
|----------|--|----------------|
| P | De 20h à 0h. NB: Faux ami, P ne signifie pas «nuit Profonde», et s'applique bien à la Soirée. | 50,00 € |
| S | De 0h à 8h. NB: Faux ami, S ne signifie pas «Soirée», et s'applique bien à la nuit Profonde. | 80,00 € |
| F | Les dimanches et jours fériés NB: * Ce modificateur ne se cumule pas avec une majoration de nuit (P ou S). * F conserve sa valeur de 19,06 € pour les actes cotés en NGAP, même s'ils sont réalisés en maternité (Premier examen du nouveau-né en particulier). | 40,00 € |

Revalorisation d'actes techniques pédiatriques

| | | |
|------------------------------|---|-----------------|
| YYYY154 | <p>Contre-ordre de la GNAM !</p> <p>Ces revalorisations ne devraient intervenir que fin MARS, et non au 1^{er} janvier, comme cela nous avait été annoncé.</p> <p>Mise en condition médicale et surveillance d'un nouveau-né par transfert médicalisé vers un centre spécialisé, avec établissement d'un compte rendu.</p> | 150,00 € |
| YYYY117 | <p>Mise en condition médicale et surveillance d'un nouveau-né par transfert médicalisé vers un centre spécialisé, avec établissement d'un compte rendu.</p> | 130,00 € |
| YYYY095 ne change pas | Assistance pédiatrique avant la naissance, sur appel du praticien responsable de l'accouchement, pour une situation de risque néonatal, avec établissement d'un compte rendu. | 76,80 € |

CE QU'IL FAUT RETENIR DES « CSMF-ACTUS » DE CET AUTOMNE-HIVER

Dr Patrice LEGASAL, vice-président

Accessibilité: Soyez vigilants, les risques d'arnaque se multiplient!

Attention, nous vous rappelons que des sociétés commerciales démarchent, le plus souvent par courrier ou fax, les médecins pour proposer des services d'aide à la constitution des dossiers pour la mise aux normes des locaux au titre des obligations tenant à l'accessibilité des personnes handicapées.

Ces sociétés, comme les sociétés « Ad'AP », « Contrôle ERP », ou encore « Conforme.org », utilisent une dénomination pouvant prêter à confusion et laisser penser qu'il s'agit d'une agence officielle. Il s'agit d'une société privée et non d'une émanation des services publics.

Par ailleurs, leurs démarches commerciales agressives et intimidantes sont toutes aussi contestables : La CSMF a saisi la [DGCCRF](#) au sujet de ces pratiques douteuses.

CSMF Actu du 24 novembre 2017.

Près de 7 français sur 10 prêts à utiliser la téléconsultation

La société [Feelae](#) (créateur d'une application de télémédecine par visioconférence) a interrogé 1 031 internautes sur la téléconsultation médicale.

72 % des femmes et 64 % des hommes sondés ne connaissent pas cette pratique, mais 66 % des premières et 74 % des seconds se déclarent prêts à l'utiliser. Si 94 % affirment que leur connexion internet est suffisante pour utiliser un logiciel de visioconférence, 31 % n'ont aucun matériel de mesure (thermomètre médical, balance, tensiomètre...).

Concernant son prix, la téléconsultation doit coûter moins cher qu'une consultation au cabinet pour 65% des personnes interrogées. 24 % d'entre elles pensent que ce tarif doit être aux alentours de 15 €, 21 % autour de 25 € et 14 % plus de 25 €.

CSMF Actu du 24 novembre 2017

Pédiatres libéraux: Les oubliés du volet enfance de la stratégie nationale de santé

« Renforcer l'accès à la santé pour les enfants de 0 à 6 ans » : Tel est l'objectif annoncé par la ministre de la Santé [Agnès Buzyn](#) et le ministre de l'Éducation nationale [Jean-Michel Blanquer](#), en lien avec la stratégie nationale de santé (SNS).

Alors que le pédiatre est un maillon indispensable dans le parcours de soins des enfants, le Syndicat national des pédiatres français (SNPF) regrette que le volet enfance de la SNS insiste « uniquement sur le soutien à la PMI et à la médecine scolaire, sans tenir compte des complémentarités avec la pédiatrie de ville ».

Le SNPF dénonce le manque de reconnaissance du pédiatre, médecin expert de l'enfant. Il rappelle avoir transmis à la ministre de la santé dix propositions portant sur les évolutions nécessaires à apporter au suivi des enfants.

CSMF Actu du 1^{er} décembre 2017

Soins non programmés : Reconnaître la place de la médecine libérale

La ministre de la santé a récemment souligné l'«ouverture insuffisante des cabinets» et le manque de praticiens «sur le territoire».

La CSMF rappelle que les médecins libéraux sont déjà fortement mobilisés et prennent en charge une grande partie des soins non programmés dans le cadre de la permanence des soins.

Aucun soutien réel n'a été mis en place ces dernières années pour permettre aux médecins libéraux de prendre encore plus en charge les soins non programmés. La CSMF se tient à la disposition de la mission parlementaire annoncée sur les soins non programmés pour obtenir la reconnaissance et une vraie place pour la médecine libérale.

CSMF Actu du 8 décembre 2017

NDLR : Le SNPF rappelle que rien n'a été fait pour revaloriser les consultations non programmées en accès direct chez le pédiatre lors de la dernière négociation. Pourtant les pédiatres continuent à être disponibles.

Burn out : 1/4 des médecins ont déjà eu des idées suicidaires à cause de leur travail

Au cours de leur carrière, 25 % des médecins et des pharmaciens, 26 % des infirmiers ont déjà eu des idées suicidaires en raison de leur travail. C'est ce que révèle l'enquête menée par l'[association Soins aux Professionnels de Santé \(SPS\)](#) qui, depuis trois ans, aide les professionnels de santé rendus vulnérables.

Parmi les 710 professionnels ayant répondu à l'enquête, 472 sont des médecins, dont 47 % libéraux exclusifs (36 % hospitaliers et 17 % à exercice mixte). Ils sont plus souvent des hommes (27 %), âgés entre 20 et 45 ans (27 %), exerçant surtout en zone rurale (39 %).

CSMF Actu du 8 décembre 2017

Vaccination : Mettre fin aux fake news

Faire vacciner son enfant relève d'une responsabilité individuelle, pour préserver sa santé, mais aussi d'une responsabilité collective, pour préserver la santé des autres enfants, en particulier ceux atteints de certaines pathologies graves contre-indiquant la vaccination.

La CSMF appelle tous les médecins à convaincre les patients, et surtout les parents des enfants concernés, du bien-fondé de la vaccination et des bénéfices majeurs indiscutables pour chacun d'entre eux.

CSMF Actu du 5 janvier 2018

Convention médicale : La CSMF rappelle ses conditions à la signature

Depuis plusieurs mois, la CSMF se dit prête à s'engager dans la mise en place de réformes relatives à l'exercice du métier et à participer activement à la construction conventionnelle si les conditions suivantes sont réunies :

- L'abandon du tiers payant généralisé obligatoire ;
- la suppression de l'article 99 de la LFSS 2017 ;
- des mesures innovantes pour la médecine libérale.

C'est dans cet esprit que la CSMF aborde les futures négociations. Son Assemblée Générale, qui se réunira en mars prochain, décidera des suites à donner en fonction des avancées obtenues.

CSMF Actu du 12 janvier 2018

Liberté d'installation : La CSMF soutient les jeunes et futurs médecins

Portée par le [groupe Nouvelle Gauche](#), la proposition de loi instaurant un conventionnement sélectif des médecins libéraux dans les zones « en fort excédent » a été rejetée par la commission des Affaires sociales le 10 janvier dernier.

La CSMF a aussitôt apporté son soutien à la jeune génération et a tenu à rétablir certaines vérités. Il n'existe pas de zones « sur-dotées » ou excédentaires, le recours au conventionnement sélectif aggraverait les difficultés d'accès aux soins en décourageant les installations en libéral.

CSMF Actu du 12 janvier 2018

Avenants conventionnels CSG : La CSMF demande une compensation à l'euro près

Le gouvernement ayant promis aux médecins libéraux une compensation à l'euro près des dispositions issues de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 concernant la hausse de la CSG, la CSMF veillera lors des futures négociations conventionnelles à ce que cet engagement soit tenu à l'euro près.

CSMF Actu du 12 janvier 2018

Télémedecine : Coup d'envoi des négociations conventionnelles

Le 18 janvier, les syndicats de médecins libéraux et l'Assurance maladie se sont réunis en vue de déterminer les tarifs des actes de télémedecine, prévus dans le budget de la Sécurité sociale.

Dans un premier temps, l'Assurance maladie envisage de limiter la téléconsultation aux patients atteints d'affections de longue durée (ALD), aux zones fragiles, ainsi qu'aux médecins traitants et spécialistes habituellement sollicités par le patient. Et d'ajouter que le tarif de ce type d'acte « ne pourrait être supérieur à celui d'une consultation de base ».

« Il y a des points d'accords qui devraient nous permettre d'arriver à construire quelque chose », a déclaré le [Dr Jean-Paul Ortiz](#) à l'issue de cette rencontre à l'AFP. Si la CSMF aborde ces négociations dans un esprit d'ouverture, elle veillera particulièrement à ce que les actes de téléconsultation soient rémunérés à leur juste valeur, soit un alignement au minimum sur le tarif de la consultation.

Les négociations conventionnelles sur la télé-médecine devraient se poursuivre d'ici la fin du mois de mars. Cinq réunions sont d'ores et déjà programmées. Affaire à suivre...

CSMF Actu du 19 janvier 2018

Dans son nouveau rapport, la Cour des comptes critique la mise en œuvre de « solutions de facilité » dans la gestion du système de soins... (29/11/2017)

Vouloir introduire des règles de conventionnement sélectif et subordonner celui-ci à la recertification périodique des professionnels de santé est qualifié d'inepte par le SML.

Concernant, la proposition de pénaliser le secteur 2 par de nouvelles règles, le SML s'y oppose farouchement. Le secteur 2 et les dépassements d'honoraires ne sont que le résultat de l'insuffisance tarifaire. Le SML ajoute que le secteur 2 permet d'attirer en libéral les médecins hospitaliers.

Concernant la nécessité de désengorger les urgences hospitalières, le SML soutient l'idée d'un filtre afin d'orienter vers le dispositif de permanence des soins libérale certaines urgences qui n'ont pas leur place à l'hôpital.

Le SML solidaire des pédiatres libéraux (01/12/2017) :

Virage ambulatoire raté en pédiatrie. S'il se réjouit que la stratégie nationale de santé comporte un volet enfance, le SNPF regrette cependant qu'il ne tienne pas compte de la complémentarité entre la PMI, la médecine scolaire et le **pédiatre libéral, "pilote de santé de l'enfant"**.

Le Conseil économique, social et environnement (CESE) a adopté un avis sur les déserts médicaux en recommandant, une fois de plus la mise en œuvre de mesures coercitives et le conventionnement sélectif des médecins en secteur 2.

Le SML considère qu'il s'agit « d'un avis partial et sans concertation avec les syndicats de médecins », se bornant pour l'essentiel, à recopier les conclusions du récent rapport de la Cour des comptes sur ce sujet.

Il rappelle qu'il est opposé aux mesures coercitives sur l'installation des médecins libéraux, inefficaces et dangereuses, et limiter l'installation ne pourra se traduire que par l'aggravation des situations de pénurie et les généraliser.

Il estime que cet avis exprime une volonté de remise en cause l'exercice libéral.

Il dénonce une volonté du CESE de saborder la convention médicale.

Le SML n'accepte plus que des organisations comme le CESE veuillent rendre la médecine libérale responsable de tout et lui imposer toutes les contraintes alors que, pendant ce temps, les services publics disparaissent des zones sous-médicalisées, et évoque l'importance du développement de la télémédecine.

Une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sera ouverte aux endocrinologues (02/02/2018).

Depuis sa création dans la convention médicale en 2011, seules 5 spécialités (dont la pédiatrie) ont pu accéder à ce dispositif destiné à valoriser l'engagement des médecins libéraux dans la santé publique et la prévention.

Le contenu de la Stratégie nationale de santé dévoilé: Les propositions du SML ont été largement reprises (22/12/2017) :

La [SNS](#) offre une large place à la prévention, l'innovation organisationnelle dans les territoires, la qualité et la pertinence des soins, et à la santé mentale. La mise en œuvre de la SNS se fera à travers des plans et programmes nationaux qui verront le jour courant 2018. Elle sera portée sur le terrain par les ARS.

Début 2018, la convention médicale compte désormais 4 organisations de praticiens signataires.

Le SML a décidé le samedi 6 janvier en AG d'adhérer à l'accord qui régit les liens entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie.

À l'été 2016, le SML avait refusé, à une très large majorité (95 %), de se joindre aux syndicats signataires (MG France, FMF et Le BLOC), estimant que les spécialistes et ceux en secteur 2 étaient laissés pour compte par l'accord, de nombreuses revalorisations étant réservées aux seuls médecins à tarifs opposables. « *Un nombre important des revendications et propositions contenues dans notre projet pour la médecine libérale ont été reprises dans les orientations de la nouvelle politique de santé* », justifie le D^r Philippe [VERMESCH](#), qui cite le plan de lutte contre les déserts médicaux privilégiant l'incitation à la contrainte, la récente [stratégie nationale de santé](#). Le SML a considéré que le gouvernement avait fait des « *gestes significatifs* » !!

De retour dans la convention, le SML espère peser sur les prochaines négociations sur la télé-médecine qui devaient débiter le 18 janvier, et celles relatives au dispositif de compensation de la hausse de la CSG.

**QUE PEUVENT ESPÉRER LES PÉDIATRES DE LA SIGNATURE DU SML
À LA CONVENTION NATIONALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
ET DES MÉDECINS SPÉCIALISTES.**

NDLR: En remplacement du traditionnel « billet d'humeur », le **Dr Jean-Claude FRANCESCHINI** nous fait partager la lettre qu'il a envoyé à titre personnel au bureau du SML.

Lettre ouverte au D^r Philippe VERMERSCH, président du SML,
aux membres du bureau du SML,

Monsieur le Président,
chers amis,

Le SML, ayant décidé, par le vote de son Assemblée Générale, de « rentrer » dans la Convention, je me permets, au nom du SNPF d'attirer votre attention sur la problématique rencontrée par les pédiatres dans la Convention actuelle.

De fait, je souhaiterais que le SML se penche sur l'usine à gaz qu'est notre nomenclature et qui a été un « miroir aux alouettes » que nous ont agité M. REVEL et la FMF.

La pédiatrie est en déliquescence au vu de la baisse de nos revenus et de son attractivité, passée, au choix des ECN, du 4^e rang dans les années 2000 au 19^e rang en 2017, sans doute grâce à l'action conjointe de M^{me} TOURAINE, dont on sait quelle était sa position envers les spécialités, et du D^r LEICHER, ancien président de MG France, frustré sans doute de n'avoir jamais pu être pédiatre.

Je vous rappelle que la pédiatrie est une spécialité qui s'adresse à une tranche d'âge qui va de 0 à 18 ans, ce qui la différencie des spécialités cliniques d'organes et qui, si elle a en commun avec la médecine générale l'approche globale du patient et sa proximité, s'en distingue par sa pratique exclusive lui conférant une expertise dans les champs de la prévention, du repérage précoce des troubles du développement de l'enfant, et des soins.

Cette place particulière dans notre système de santé doit être reconnue.

Le SNPF avait conduit en 2005 une enquête sur les revenus auprès des pédiatres, sur la base de 252 jours ouvrés avec un nombre moyen de CS annuelles de 3 400 (soit 14 actes / j.) représentant 102 000 € de recettes (valeur moyenne de l'acte 30 € - données ISPL). Les résultats de cette enquête, en données actualisées, donnent :

- Frais annuels de personnel
 - o Salaire brut de secrétaire médical temps plein : 25 000 €, soit en net # 20 000 €.
 - o Femme de ménage sur la base de 2 h./ j., 5 j./ semaine pour 252 jours ouvrés (base SMIC) : 4 900 € brut (3 750 € net).
- Loyer : 12 264 €/an pour une surface moyenne de 73 m².
- Location de matériel : 1 000 €.
- Services extérieurs : 6 270 €.
- Transports : 5 000 €.
- Divers : 6 500 €.
- Auxquelles viennent s'ajouter nos charges sociales propres et autres impôts, CFE, etc...

Soit un montant approximatif moyen de charges annuelles de 63 000 € hors charges sociales et impôts, laissant un **revenu avant impôt de 39 000 €**.

En prenant pour base la moyenne annuelle des revenus des spécialistes qui est de 97 829 €, les recettes en pédiatrie devraient être de 63 000 € + 97 829 € = 160 829 €, soit une augmentation de 58 829 € (+ 57 %).

Rapportés aux 3 400 CS / an cela donnerait une base tarifaire de 47 €.

Il en ressort qu'il faut obtenir la création d'un acte pédiatrique forfaitaire spécifique à notre spécialité (et non réévaluer la CS de 57 %) si on veut que les revenus de cette spécialité soient au niveau de la moyenne des revenus des autres spécialités.

D'OU LA NECESSITE DE CHANGER DE PARADIGME.

Il conviendrait d'obtenir une cotation unique forfaitaire pour l'ensemble des actes de notre spécialité, représentant la moyenne de l'ensemble des majorations qui font de la nomenclature en pédiatrie une des plus complexes avec 20 majorations sur la CS (*pour le fun : NFP, MEP, NFE, MPC MCS, COE, CSM, MSP, CGP, TCA, MCA, PPN, MCT, CCP, CSO, EPH, CGP, C2, MUT, MCU*), qui sont fonctions de l'âge, de la pathologie, du secteur d'exercice, etc.

Pour preuve, lors des formations à la nomenclature organisées par le SNPF, il est apparu que les pédiatres ne savaient pas l'utiliser... au grand bénéfice de la CNAM !

Au demeurant, cette nomenclature, ébauche de hiérarchisation des actes tant réclamée par la CSMF, fait que lorsqu'un patient se présente en consultation chez nous, il en ignore le tarif qui lui sera demandé. Mieux, le prix sera d'autant plus élevé que l'enfant présentera des problèmes de santé ! D'ailleurs, la CSMF aujourd'hui en revient...

D'où la nécessité de faire de la pédiatrie une entité à part dans le système de santé avec la reconnaissance des spécificités propres à notre spécialité en la dissociant des spécialités d'organes ou techniques, et de la médecine générale

S'agissant de la prévention, cœur de métier de la pédiatrie, notre ministre a décidé d'en faire l'axe central de sa stratégie de santé. Nous lui avons exprimé notre souhait d'être au cœur de consultations de dépistages et de prévention dont les modalités resteraient à définir.

En prévision de l'objection démographique, nous proposons, comme mentionné dans le programme du SML, que les pédiatres hospitaliers puissent effectuer, à nos côtés des consultations externalisées, ce qui, en passant de 2 600 à 7 000 pédiatres permettrait que ces consultations spécifiques puissent répondre à la demande.

Le bureau du SNPF et moi-même sommes à la disposition du bureau du SML pour aller plus avant dans ces réflexions.

Bien amicalement,

Dr Jean-Claude FRANCESCHINI

MODIFICATIONS DE VOS COTISATIONS SALARIALES EN 2018

D^r Francis RUBEL, président d'honneur

- Hausse du SMIC qui passe de 9,76 € à 9,88 € soit 1 498,5 € mensuel pour 151,67 heures (35 heures par semaine).
- Baisse de 1 % du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 7 à 6 %.
- Hausse de 1,7% de la part déductible de la CSG qui passe à 6,8%.
- Suppression de la cotisation maladie de 0,75% sur la part salariale, et augmentation à 13 % de la part patronale (qui était à 12,89 % auparavant).
- Baisse de 1,45 % de la cotisation chômage au 1^{er} janvier 2018 sur la part salariale.
- Suppression des 0,95 % restant de la cotisation chômage sur la part salariale au 1^{er} octobre 2018.
- En 2018, le bulletin de paie simplifié doit être appliqué (employeurs de moins de 300 salariés) et être dématérialisé, adressé sous forme numérique, sauf opposition du salarié.

Dans le détail :

Hausse de CSG de 1,7 % sur la part salariale qui passe de 5,1 % à 6,8 %.

Donc la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement passe de 7,5 % à 9,2 %.

C'est la quote-part déductible de la CSG qui augmente de 5,1 à 6,8 %.

La partie non déductible (2,4 %) de la CSG restera inchangée, tout comme la CRDS de 0,5 %.

Cette hausse ne concerne pas les indemnités journalières de sécurité sociale.

Pour mémoire, la CSG déductible porte sur 98,25 % du salaire brut, y compris les heures supplémentaires ou complémentaires, et 100 % des cotisations patronales et prévoyance.

Pour l'assurance chômage : Rappelons que la cotisation AGS (Association pour la gestion du régime de Garantie des créances des Salariés) qui est à la charge exclusive de l'employeur avait baissé de 0,2 % à 0,15 % au 1^{er} juillet 2017.

La cotisation chômage totale était de 6,45 %, répartis en part salariale : 2,4 %, part patronale : 4,05 %.

- **A compter du 1^{er} janvier 2018**, la contribution salariale baisse de 2,40 % à 0,95 %.

La cotisation chômage totale est donc de 5 %,

répartis à raison de 4,05 % à la charge de l'employeur et de 0,95 % à la charge du salarié.

- **A compter du 1^{er} octobre 2018**, la cotisation salariale sera supprimée totalement.

Il ne restera plus que la cotisation employeur de 4,05 %.

Réduction Fillon : La formule de calcul est changée, remplacer 0,2802 par **0,2814**

$(0,2814/0,6) \times [1,6 \times (\text{SMIC annuel}/\text{rémunération annuelle brute}) - 1]$

La prévoyance a augmenté le 01/07/2017 à 1,844 %, soit 0,73 % salarié et 1,114 % employeur.

La retraite ARRCO des non cadres tranche 1, a augmenté à 7,75 %,

soit 3,10 % salarié et 4,65 % employeur.

Le CICE va baisser à 6 % en 2018 et devrait disparaître en 2019 compensé par un allègement de 6 points des cotisations patronales dues pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 fois le SMIC.

Il y aura un élargissement de la réduction Fillon avec réduction dégressive des cotisations patronales dues au titre des cotisations maladie, allocations familiales, du FNAL (fond national d'aide au logement), de la retraite complémentaire (AGIRC-ARCCO) et du risque chômage.

COTISATIONS SUR SALAIRES à partir du 1^{er} janvier 2018

(hors Alsace-Moselle)

| Taux de cotisations | Patronales | Salariales | Taux global | Base |
|--|-------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------|
| Assurance maladie, maternité, invalidité, décès, CSA | 13,3 % | | 13,30 %* | Salaire brut (SB) |
| Allocations familiales | 3,45 % | / | 3,45 % | Salaire brut (SB) |
| Assurance vieillesse déplafonnée | 1,90 % | 0,4 % | 2,3 % | Salaire brut (SB) |
| Accident du travail | 1,40 % | / | 1,4 % | Salaire brut (SB) |
| Urssaf RG Total 101 | 20,05 % | 0,40 %* | 20,45 %* | Salaire brut |
| Assurance vieillesse | 8,55 % | 6,9 % | 15,45 % | SB jusqu'à 1 P/ mois |
| Aide au logement FNAL | 0,10 % | / | 0,1 % | SB jusqu'à 1 P/ mois |
| Contribution organisation syndicale | 0,016 % | | 0,016 % | |
| Chômage | 4,05 % | 0,95 % | 5 % | SB jusqu'à 4 P/ mois |
| Chômage AGS | 0,15 % | / | 0,15 % | Salaire brut (SB) |
| CSG non déductible + CRDS | / | 2,9 % | 2,9 % | Sur 98,25 % du SB |
| CSG déductible | / | 6,8 % | 6,8 % | Sur 98,25 % du SB |
| Total URSSAF | 32,916 % | 17,95 %* | 50,866 %* | *Fillon à soustraire |
| Retraite complémentaire | 4,50 % | 3 % | 7,5 % | SB jusqu'à 1 P/ mois |
| AGFF | 1,20 % | 0,8 % | 2 % | SB jusqu'à 1 P/ mois |
| Prévoyance | 0,92 % | 0,62 % | 1,54 % | Salaire brut (SB) |
| FAF PL | 0,62 % | | 0,62 % | Salaire brut (SB) |
| TOTAL | 40,156 %* | 22,37 % | 62,526 %* | Mini sans maj. taxe salaire |
| Taxe sur les salaires | 4,25 % | / | 4,25 % | Salaire brut total |
| Taxe salaires taux majoré 1 | 8,50 % | / | | De 650 € à 1 298 € |
| Taxe salaires taux majoré 2 | 13,60 % | / | | Salaire > 1 298 € |
| Décote 3/4 si taxe due < 2 400 € | | | | Taxe due si > 1 200 €/an |

P = Plafond sécu.: 3 311 € soit 39 732 € / an, ce qui fait que quasi tous les salaires du cabinet sont calculés sur la base salaire brut.

La part patronale sur salaire brut est de 40,156 % sans taxe sur les salaires.

COTISATIONS SUR SALAIRES *Alsace-Moselle* à partir du 1^{er} janvier 2018

| Taux de cotisations | Patronales | Salariales | Taux global | Base |
|--|-----------------|----------------|-----------------|-----------------------------|
| Assurance maladie, maternité, invalidité, décès, CSA | 13,30 % | 1,50 % | 14,80 % | Salaire brut (SB) |
| Allocations familiales | 3,45 % | / | 3,45 % | Salaire brut (SB) |
| Assurance vieillesse déplafonnée | 1,90 % | 0,40 % | 2,30 % | Salaire brut (SB) |
| Accident du travail | 1,40 % | / | 1,40 % | Salaire brut (SB) |
| Urssaf RG Total 101 déplafonné | 20,05 % | 1,90 % | 21,95 % | Salaire brut |
| Urssaf Assurance vieillesse 101 plaf. | 8,55 % | 6,90 % | 15,45 % | SB jusqu'à 1 P/ mois |
| Aide au logement FNAL | 0,10 % | / | 0,10 % | SB jusqu'à 1 P/ mois |
| Contribution organisation syndicale | 0,016 % | | 0,016 % | |
| Chômage | 4,05 % | 0,95 % | 5 % | SB jusqu'à 4 P/ mois |
| Chômage AGS | 0,15 % | / | 0,15 % | Salaire brut (SB) |
| CSG non déductible + CRDS | / | 2,90 % | 2,90 % | Sur 98,25 % du SB |
| CSG déductible | / | 6,80 % | 6,80 % | Sur 98,25 % du SB |
| Total URSSAF | 32,916 % | 19,45 % | 52,366 % | *Fillon à soustraire |
| Retraite complémentaire | 4,50 % | 3 % | 7,50 % | SB jusqu'à 1 P/ mois |
| AGFF | 1,20 % | 0,80 % | 2 % | SB jusqu'à 1 P/ mois |
| Prévoyance | 0,92 % | 0,62 % | 1,54 % | Salaire brut (SB) |
| FAF PL | 0,62 % | | 0,62 % | Salaire brut (SB) |
| TOTAL | 40,156 % | 23,87 % | 64,026 % | Mini sans maj. taxe salaire |
| Taxe sur les salaires | 4,25 % | / | 4,25 % | Salaire brut total |
| Taxe salaires taux majoré 1 | 8,50 % | / | | De 650 € à 1 298 € |
| Taxe salaires taux majoré 2 | 13,60 % | / | | Salaire > 1 298 € |
| Décote 3/4 si taxe due < 2 400 € | | | | Taxe due si >1 200 €/an |

°Alsace-Moselle : Taux Ass. mal. salariale de **1,5 %**, global 14,8 %.

P = Plafond sécu.: 3 311 € soit 39 732 € / an, ce qui fait que quasi tous les salaires du cabinet sont calculés sur la base salaire brut.

La part patronale sur salaire brut est de 40,156 % sans taxe sur les salaires.

Le chiffre de la LAP: 37,8 %

D^r Jean-François PUJOL, secrétaire général adjoint

Au 8 février 2018, sur les 368 pédiatres qui avaient renouvelé leur adhésion au SNPF depuis le 1^{er} janvier, 139, soient 37,78 %, plus du tiers, ont exprimé que leur rattachement à telle ou telle **grande centrale syndicale** **leur était indifférent!**

Et que dire de ceux qui n'adhèrent volontairement pas au syndicat de leur spécialité.

Il convient de s'interroger sur le sens que revêt ce chiffre.

Faut il y voir le désintérêt global de la chose syndicale qui caractérise la population active française ? 11 % est le taux de syndicalisation en France en 2013 (selon la [DARES](#)), qui reste l'un des pays d'Europe où la syndicalisation est la plus faible. Dans l'UE, la moyenne est de 23% (Source [France Culture](#)).

Certes le faible taux de syndicalisation se retrouve plus ou moins dans toutes les spécialités médicales. Mais justement, « plus ou moins », et dans le cas de la pédiatrie, on peut regretter un taux particulièrement faible. Il faut garder à l'esprit que les spécialités qui s'en sortent le mieux en terme de reconnaissance et de rémunération sont souvent celles dont les troupes sont le plus syndiquées.

Les pédiatres constituent une population vieillissante, donc peut-être moins combative, dans le genre « mon avenir est derrière moi... »

Mais, quel que soit son âge, le pédiatre libéral, comme tout médecin libéral, comme tout professionnel indépendant, est... indépendant. Il se soucie avant tout de sa petite entreprise (même si elle connaît la crise!) et donc, le souci de l'autre, le souci de la profession dans son ensemble, passe facilement à la trappe.

Et pourtant, nous avons essayé de sensibiliser aux positions de la [CSME](#), du [SML](#), et de la [FME](#), qui sont bien différentes. L'accès à la documentation qu'elles proposent est aisé, et nous nous en faisons le relais.

Pour mémoire (*relire la LAP 154*) le positionnement des adhérents de ces centrales face à la nouvelle convention de 2016 était assez, voire très, contrasté :

- [FME 53 % pour](#), ce qui permet au texte de s'appliquer.

Le D^r J.-Paul Hamon avait plaidé pour une signature "par pragmatisme" tout en se montrant très critique sur le texte.

- [CSME 62,9 % contre](#).

- [SML 95,5 % contre](#).

L'ardeur à défendre les pédiatres de ces centrales a pu varier dans le temps. Rappelons que la place des pédiatres au sein de ces structures, et donc la motivation de celles-ci à les défendre, est proportionnelle au poids des pédiatres en leur sein.

Le bureau du SNPF, qui se démène depuis plusieurs années, ne communique peut-être pas de façon suffisamment adaptée pour sensibiliser les pédiatres à l'importante nécessité de se faire entendre des dites grandes centrales. A voir...

Sommes-nous « à côté de la plaque » ? C'est à vous de nous le faire savoir.

D'ici là, renseignez-vous, discutez avec votre [délégué régional ou départemental](#), et bien sûr, allez aussitôt modifier votre profil sur [snpf.fr](#) afin de remplir la case faisant suite à la question « Par quelle centrale voulez-vous être représenté ? »

[CSME](#)

[SML](#)

[FME](#)

Nutrition de l'ancien petit poids de naissance au retour à la maison

Pr Jean-Michel HASCOËT – Maternité Régionale Universitaire, CHRU de NANCY

Le caractère multifactoriel de la croissance périnatale où des facteurs environnementaux, comme la nutrition de la mère puis de l'enfant, viennent moduler les potentialités génétiques, explique les origines développementales de maladies de l'adulte comme l'insuffisance coronaire, l'hypertension artérielle, le diabète de type II, le syndrome métabolique, l'obésité et l'insuffisance rénale chronique. Plus de 60 000 enfants de petit poids de naissance, prématurés ou non, sont exposés à cette situation chaque année en France.

À la naissance, des apports protéino-énergétiques élevés sont recommandés pour prévenir la restriction de croissance post-natale. Cette attitude est rendue possible grâce à une maturité métabolique et nutritionnelle améliorée par la maturation stéroïde prénatale. Cette stratégie évite la tentation d'un rattrapage reproduisant la situation en deux temps décrite par Barker¹. Des études récentes ont introduit le concept de fenêtres d'intervention. La première, précoce, d'une durée de 3 à 4 semaines, autoriserait le renforcement initial de la nutrition, l'enfant se positionnant ensuite sur une trajectoire de croissance à respecter au moins pendant les 6 premiers mois. Ensuite, un rattrapage progressif spontané, avec une deuxième fenêtre d'intervention, entre 6 et 12-18 mois, se ferait jusque l'âge de 5 ans. Un forçage alimentaire visant à rattraper le décalage pondéral initial conduit à des stigmates d'intolérance précoce, rénale et tensionnelle, en plus de troubles des conduites alimentaires augmentant le risque paradoxal d'obésité secondaire chez ces enfants nés avec un petit poids².

En pratique, à la sortie d'hospitalisation, lorsque la maman allaite, son lait suffit pour les enfants ayant un poids supérieur au 10^e percentile des courbes de référence. En effet, le nourrisson allaité au sein adapte le volume ingéré à la densité protéino-énergétique du lait qui règle la satiété. Pour les enfants dont le poids reste inférieur ou lorsque la trajectoire de croissance ne suit pas le profil de la courbe de référence, le lait de mère peut être enrichi ou l'allaitement complété par un biberon de lait pour prématuré, le soir par exemple. Pour les enfants qui ne bénéficient pas d'un allaitement maternel, il est préférable de maintenir un lait pour prématuré, de type « *post-discharge* » ou étape 2, jusqu'au terme en âge corrigé, voire jusqu'à 3 mois au-delà de ce terme selon la croissance observée, avant de passer à un lait infantile standard. Ces laits ont une densité protéino-énergétique intermédiaire (75 kcal/100 ml et 2,7 g/100 kcal de protéines intactes et enrichi en AGPI-lc). Cette séquence nutritionnelle se rapproche de la physiologie où le colostrum est significativement plus riche que le lait du premier mois, lui-même plus riche que le lait de femme mature... Pour s'assurer que les besoins nutritionnels sont satisfaits, la surveillance du périmètre crânien est essentielle car, au contraire du poids, il ne subit pas ou peu de décalage du fait de la prématurité.

Au total, le rôle du pédiatre en ville est crucial pour assurer une prise en charge nutritionnelle optimisée du nourrisson de petit poids de naissance, en favorisant le lait maternel ou en proposant à la sortie de l'hôpital un lait pour prématuré étape 2, avant un lait standard, afin d'éviter la singularité d'un retard suivi d'une surcharge alimentaires, attitude qui augmente le risque d'obésité et conduit aux pathologies adultes identifiées.

BARKER DJ, GLUCKMAN PD, GODFREY KM et al. Foetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet* 1993, 341, 938-41

Botton J, Heude B, Maccario J, Ducimetière P, Charles MA. Postnatal weight and height growth velocities at different ages between birth and 5 y and body composition in adolescent boys and girls. *Am J Clin Nutr*. 2008;87:1760-8

VIEUX R, HASCOËT JM, FRANCK P, GUILLEMIN F. Increased Albuminuria in 4-Year-Old Preterm-Born Children with Normal Height. *J Pediatr* 2012, 160, 923-8

SINGHAL A, COLE TJ, FEWTRILL M et al. Promotion of faster weight gain in infants born small for gestational age: is there an adverse effect on later blood pressure? *Circulation* 2007, 115, 213-20

BARKER DJP, OSMOND C, KAJANTIE E, ERIKSSON JG. Growth and chronic disease findings in the Helsinki Birth Cohort. *Ann Hum Biol*. 2009, 36, 445-58.

ESPGHAN Committee on Nutrition : AGGETT P, AGOSTINI C., AXELSSON I. et al. Feeding Preterm Infants After Hospital Discharge. *JPGN* 2006, 42:596 Y 603.

Depuis janvier 2018,

le Laboratoire Gallia **innove**,

et lance sa nouvelle offre



DADFMS**

BEBE EXPERT PRÉ-GALLIA ÉTAPE 1 et ÉTAPE 2

**destinée aux nourrissons prématurés, ou de faible poids de naissance
quand l'allaitement n'est pas suffisant.**

- Offre optimisée en **2 étapes** (Pré-Gallia étape 1 – Pré-Gallia étape 2), **100 % conforme aux recommandations**^(1,2,3,4), pour une **nutrition progressive et individualisée** des nourrissons prématurés et de faible poids de naissance, jusqu'au terme théorique, avec possibilité d'aller **jusqu'au terme théorique + 3 mois**⁵.
- Composée d'ingrédients clefs :
 - 100 % de protéines intactes^{6,7}.
 - Enrichi en AGPI-LC^α, TCM* et,
 - prébiotiques IcFOS/scGOS 1 :9^β, aux bénéfices testés cliniquement^(8,9,10,11).

α : AGPI-LC : Acides Gras Poly-Insaturés à Longues Chaînes.

β : IcFOS/scGOS 1 :9 : Fructo-Oligosaccharides à longues chaînes/Galacto-Oligosaccharides à courtes chaînes, selon un rapport de 1 pour 9.

*TCM : triglycérides à chaînes moyennes.

**DADFMS : Denrée Alimentaire Destinée à des Fins Médicales Spéciales.

1 : Agostoni C et al. Enteral nutrient supply for preterm infants : commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010 ; 50 : 85-9-.

2 : **Nutritional needs for the preterm infant.** Pediatric nutrition. Vol. Section II. Feeding the infant. *Policy for the American Association Pediatrics*, Elk Grove Village, IL, USA, 2014,p83-110.

3 : Ziegler E.E. Meeting the Nutritional Needs of the Low-Birth-Weight *Infant.* *Ann Nutr Metab.* 2011; 58 Suppl 1,8-18.

4 : Lapillone A. Feeding the preterm infant after discharge. In: Koletzko B, Pointdexter B, Uauy R, editors. Nutritional care of preterm infants: scientific basis and practical guidelines vol 110. Basel, Switzerland: Karger; 2014. p. 264-77.

5 : **ESPGHAN Committee on Nutrition** : Feeding Preterm Infants After Hospital Discharge. *JPGN* 2006, 42:596 Y 60.

6.DHC Nq et al. Protein hydrolysate versus standard formula for preterm infants. *Cochrane Database Syst. Rev.* oct.2017-2;10.

7. SENTERRE T et al. Protein in Neonatal and Infant Nutrition. Nestlé Nutr Inst Workshop Ser, vol 86, pp 39-49.

8. Boehm G, et al. Supplementation of a bovine milk formula with an oligosaccharide mixture increases counts of faecal bifidobacteria in preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed. 2002;86(3):F178-F181.

9. Knol J, et al. Increase of faecal bifidobacteria due to dietary oligosaccharides induces a reduction of clinically relevant pathogen germs in the faeces of formula-fed preterm infants. *Acta Paediatr Suppl.* 2005;94(449):31-33.

10. Mihatsch WA, et al. Prebiotic oligosaccharides reduce stool viscosity and accelerate gastrointestinal transport in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2006;95(7):843-848.-**11**. Indrio F, et al. Prebiotics improve gastric motility and gastric electrical activity in preterm newborns. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(2):258-261.

UN PEU DE CULTURE.

ÇA NE PEUT PAS FAIRE DE MAL!

Vous avez prévu de vous rendre au

congrès des sociétés de pédiatrie (dont l'AFPA) à **Lyon**!

Bravo! Vous pourrez prendre le temps

D'EXPLORER LE MUSÉE DES ARTS DE LA MARIONNETTE !

9 salles pour percer les mystères des arts de la marionnette !

Qu'est-ce qu'une marionnette ?

Comment lui donne-t-on vie ?

Et quel rôle jouons-nous en tant que spectateur ?



La marionnette, étrange objet inerte, qui prend vie par l'animation et en présence du spectateur, est un art populaire et universel.

Chacun a en mémoire le regard d'une marionnette, un souvenir du moment précis où elle devient vivante.

En traversant le temps et les espaces, la marionnette a déposé dans nos consciences d'enfant et d'adulte une trace, un mystère et un questionnement.

Qu'est-ce que la marionnette ?

C'est à ce voyage que vous invite le musée des arts de la marionnette.

MUSÉE DES ARTS DE LA MARIONNETTE

1, place du Petit Collège - 69005 LYON