



- ▶ Bilan orthophonique avant l'entrée dans une école bilingue
- ▶ Retrait du Modilac Expert Riz®
- ▶ Protection induite par une seule dose de Tetravac®
- ▶ Rougeolette

Bilan orthophonique avant l'entrée dans une école bilingue

Les parents d'un enfant âgé de cinq ans, en bon état général, ont demandé à notre confrère O. Fresco, son pédiatre, une ordonnance pour un bilan orthophonique. Ils expliquent que ce bilan est systématiquement demandé par l'école privée bilingue où ils souhaitent inscrire leur enfant à la rentrée. O. Fresco a remis ce certificat, mais à contrecœur. En effet, il se demande si les orthophonistes ont bien le

temps de répondre à ce genre de demande, et il ne pense pas que la Sécurité sociale puisse rembourser cet examen. Surtout, il voit dans ce geste une forme de sélection, «qui, je ne suis pas dupe, existe d'une façon ou d'une autre». Notre confrère, s'interrogeant sur le caractère légal de la démarche, aimerait avoir l'avis des médecins scolaires de la liste et leur demande s'ils seraient partisans d'un bilan orthophonique

systématique pour l'entrée au cours préparatoire. E. Pino s'insurge contre une telle demande. Elle ajoute que la réalisation des tests de compétence phonologique (BSEDS (1) par exemple) ne demandent que quelques minutes et permettent de repérer ce qui peut échapper aux enseignants de maternelle, par ailleurs bien formés actuellement. Pour elle, autant le dépistage précoce pouvait être intéressant quand personne ne connaissait quoi que ce soit aux «dys» (2), autant maintenant cela lui semble contribuer à une angoisse généralisée et à une augmentation de la pression sur les performances scolaires. F. Kochert partage cet avis. Il lui paraît sage de limiter les prescriptions de bilan orthophonique (ou autre) aux plaintes concernant le langage oral ou écrit, ou toute autre difficulté d'apprentissage. Elle ajoute qu'un enfant n'a pas besoin de bilan orthophonique pour intégrer une école bilingue. L'école peut s'assurer auprès de ses enseignants que l'enfant n'a pas de difficulté et qu'il ne risque pas d'être gêné par un programme un peu plus lourd. A son avis, il n'y a pas de compétence linguistique particulière requise pour ces classes bilingues, mais il vaut mieux que l'enfant ait un bon profil cognitif. C. Salinier observe que cette question a une autre dimension, car une orthophoniste peut très bien faire un bilan sans prescription, à la demande des parents, la prescription n'étant nécessaire que pour le remboursement par la Sécurité sociale : «Si ces parents offrent à leur enfant une école privée qui demande un tel bilan, ils peuvent très

bien se conformer aux exigences de l'école sans impliquer la collectivité», remarque-t-elle.

F. Kochert, qui a posé la question de l'utilité d'un bilan orthophonique avant admission dans une classe bilingue à une des orthophonistes avec laquelle elle travaille, transmet sa réponse : « Nous savons aujourd'hui que le bilinguisme n'a aucune influence, positive ou négative, sur l'acquisition du langage. En effet, c'est une situation normale dans la majorité des pays du monde et il n'est perçu comme une particularité que dans peu de pays. [...] La réalisation d'un bilan orthophonique précédant l'entrée dans une école bilingue n'est donc pas nécessaire. Toutefois, il convient de rester vigilant. Si des difficultés de

langage oral ou d'acquisition du langage écrit surviennent, un bilan sera recommandé. Pour le langage oral, les difficultés doivent intervenir dans les deux langues pour justifier le bilan ». Pour F. Kochert se pose aussi la question du vécu de ces bilans par de jeunes enfants, qui sont ainsi mis en situation d'évaluation (pas toujours bien expliquée) et peuvent craindre de ne pas réussir et de décevoir les parents. ■

(1) BSEDS (bilan de santé évaluation du développement pour la scolarité) : ce bilan est effectué par la plupart des équipes de santé scolaire, médecins et infirmières, dans le cadre du bilan de santé obligatoire de la sixième année (www.cognosciences.com/accueil/outils/article/bilan-de-sante-evaluation-du-developpement-pour-la-scolarite-a-5-6-ans). (2) Le terme « dys » regroupe les troubles cognitifs spécifiques et les troubles des apprentissages qu'ils provoquent (dyslexie, dysphasie, dyspraxie, dysorthographe, troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, etc.). Il existe une Fédération française des « dys » (www.ffdys.com/troubles-dys).

Retrait du Modilac Expert Riz®

Selon son autorisation de mise sur le marché, le Modilac Expert Riz® est « un aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales à base de protéines de riz hydrolysées. Il a été élaboré sans protéines de lait de vache et sans lactose pour répondre aux besoins nutritionnels du nourrisson de six mois à douze mois en cas d'allergie aux protéines de lait de vache ou en cas d'intolérance au lactose ». Notre collègue D. Sommerville indique que cet aliment diététique a fait l'objet d'un retrait de lots et que le Novalac Riz® est actuellement indisponible. Il demande ce qu'il faut proposer aux nourrissons ayant une intolérance aux protéines du lait de vache (PLV) et qui (ou

dont les parents) n'acceptent pas les hydrolysats. Après quelques échanges, il ne semble pas y avoir d'autre solution que les hydrolysats. Dans le cadre de la question posée, la nature de cette intolérance aux PLV n'était pas précisée : allergie IgE-dépendante ou autre mécanisme ? A cette occasion, il nous paraît utile de signaler aux lecteurs une toute récente et très importante publication : *Allergie aux protéines du lait de vache, guide pratique de la réintroduction des protéines du lait de vache : quand, comment réintroduire* (1). Il faut lire l'intégralité de ces recommandations et, pour ce qui nous concerne ici, les divers modes de présentation de l'allergie aux PLV au

cours des premières années de vie : allergie IgE-dépendante non sévère ou sévère (anaphylaxie), allergie non IgE-dépendante modérée ou sévère, syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA aigu ou chronique). Les intolérances au LDV et les intolérances alimen-

taires doivent être classées selon des critères précis (1, 2). ■

(1) BIDAT E., DESCHILDRE A., LEMOINE A. et al. : « Allergie aux protéines du lait de vache, guide pratique de la réintroduction des protéines du lait de vache : quand, comment réintroduire », *Rev. Fr. Allergol.*, 2019; 59 : 41-53. (2) NOWAK-WEGRZYN A., BURKS W.A., SAMPSON H.A. : « Allergies alimentaires et syndromes gastro-intestinaux », in O'HEHIR R.E., HOLT GATE S.T., SHEIKH A. (traduit par G. Dutau) : *Allergologie. Le Middleton*, Elsevier-Masson, 2018; p. 309-59.

Protection induite par une seule dose de Tetravac®

O. Fresco pose la question suivante aux membres de la liste : « De quoi protège le Tetravac® administré à une enfant de vingt-deux mois ? ». En effet, notre confrère a vu la veille, pour la première fois, une enfant âgée de vingt-deux mois jusqu'alors vue par un collègue généraliste. L'enfant est suivie en milieu hospitalier car elle est atteinte d'une pathologie orthopédique congénitale et d'une embry-foetopathie d'origine virale. La mère a souhaité que son enfant soit aussi suivie par un pédiatre. Mais, rapporte O. Fresco, après avoir rapidement rassuré cette maman sur le bon développement de sa fille, la conversation s'est envenimée quand je me suis étonné que cette enfant (que mon inconscient envisageait surpro-

tégée du fait de ses antécédents) n'avait reçu à ce jour qu'un Tetravac® en avril dernier, soit vers seize mois, la mère indiquant qu'elle a une amie dont un enfant est tombé gravement malade après une vaccination... La discussion a rapidement tourné court (« Vous comprenez, aujourd'hui, si on refuse les vaccins, on est montré du doigt »). Mon empathie est restée vaine, d'autant plus qu'il y a des médecins dans cette famille (d'ailleurs la mère disait être à jour de ses vaccins). Bien que notre confrère ait utilisé des arguments comparatifs recevables, il pense ne pas revoir cette famille...

F. Vié Le Sage répond que cette enfant n'est protégée que partiellement avec une seule dose,

De bonnes nouvelles de deux patients !

Notre collègue S. Romano nous donne des nouvelles de deux de ses patients. Tout d'abord, pour le garçon de neuf ans qui se plaignait de picotements pharyngés (1), il a rappelé la maman pour convenir de quelques explorations, mais celle-ci lui a indiqué que son fils allait mieux depuis la consultation et qu'il ne se plaignait plus de rien, cela maintenant avec un recul de six mois. Le garçon qui avait des urines orange (2) n'a pas eu de nouvel épisode depuis les discussions échangées sur le forum. La liste aurait-elle un effet placebo ?

(1) Voir « Au coin du web », septembre 2018, p. 162-3.
(2) Voir « Au coin du web », décembre 2018, p. 276-7.

et qu'elle garde donc un risque important de contracter l'une des quatre maladies contre lesquelles protège ce vaccin, sachant que les obligations vaccinales imposent 2 + 1 doses. En fait, O. Fresco voulait surtout savoir si le Tetravac[®] était adapté en primovaccination. F. Vié Le Sage répond : « Le Tetravac[®], comme l'Infanrix Tetra[®], mais à la différence de Repevax[®], Boostrix[®] et Revaxis[®], est tout à fait efficace en primovaccination DTPC. Le problème, ce sont les autres valences (Haemophilus influenzae b, hépatite B, sans compter rougeole, oreillons, rubéole et méningocoque C) et

le fait de n'avoir reçu qu'une dose ». Pour notre confrère, le pourcentage de protection après une dose unique est difficile à déterminer, dans la mesure où, la majorité des Français étant correctement vaccinés (heureusement), il n'y a que très peu de cas de tétanos et de diphtérie. Il est clair que, quel que soit ce pourcentage, la protection va baisser dans le temps, car il n'y a pas eu de dose de rappel qui permette la stimulation des cellules mémoires à long terme. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la protection n'est pas assurée et pas pour longtemps. ■

Rougeole

Notre consœur J. Joannic écrit : « Dans les crèches où je travaille, cela fait plusieurs fois que des médecins de ville font un diagnostic de "rougeolette", à chaque fois pour des enfants vaccinés (1 ou 2 doses) mais à distance de la vaccination (plusieurs mois) ». Notre consœur ajoute que, pendant ses études, elle n'a pas appris ce qu'était une rougeolette, si ce n'est que le mot était parfois employé pour désigner une réaction qui survenait environ dix jours après le Rouvax[®]. Elle indique qu'elle n'a rien trouvé à ce sujet sur le net. « Un des médecins que j'ai eu au téléphone m'a dit que ce n'était pas contagieux sans pouvoir m'en dire davantage ». A chaque fois, J. Joannic considère donc qu'il peut s'agir d'une rougeole, et elle prend les mesures conseillées dans l'avis HCSP (Haut Conseil de la santé publique) en cours

(celui d'avril 2018 maintenant). F. Vié Le Sage rappelle qu'au cours de la rougeole, il y a toujours de la fièvre, que l'enfant tousse (catarrhe bronchique) et qu'il est grognon (1). Et il ajoute qu'il prendrait ces médecins au mot : « avertissement du centre de référence et déclaration obligatoire... ». Nul doute, selon notre confrère, que l'on aurait ainsi moins de diagnostics folkloriques et fauteurs de mesures disproportionnées. C. Mesbah insiste sur la valeur diagnostique du signe de Koplik, mais ce signe apparaît en phase prééruptive et disparaît au bout de trois jours (2). ■

(1) GIRODIAS B. : « Dermites et éruptions de l'enfant », Outils cliniques en ligne de l'hôpital Sainte-Justine (<http://www.urgencehsj.ca/wp-content/uploads/maladie-eruptive-tableauA.jpg>).

(2) Signe avant-coureur de la rougeole : taches rouges comportant en leur centre un point blanc saillant et apparaissant sur la face interne des joues.

Remboursement du test de dépistage non invasif de la trisomie 21 fœtale

Communiqué du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF)

Le SYNGOF se félicite du remboursement enfin effectif du DPNI, qui met fin à l'inégalité d'accès aux soins pour les femmes.

Le vendredi 18 janvier dernier (suite à sa publication très attendue au JORF du jeudi 27 décembre 2018) est entré en vigueur le décret autorisant le remboursement par l'Assurance maladie du nouveau test de dépistage non invasif (DPNI) permettant de détecter la trisomie 21 fœtale. Désormais, ce test est pris en charge que la femme enceinte soit suivie dans un établissement de soins privé ou public (ce qui n'était pas le cas auparavant, créant ainsi une inégalité d'accès aux soins pour les femmes enceintes).

Jusqu'à présent, ce dispositif novateur, recommandé par la Haute Autorité de santé depuis mai 2017, était uniquement remboursé par l'Assurance maladie s'il était réalisé en hôpital public (en vertu d'un accord entre les hôpitaux publics et leurs ARS). En conséquence, de nombreuses femmes qui avaient fait le choix d'accoucher en établissement privé y renonçaient en raison du coût (390 euros) restant à leur charge.

L'introduction de cet acte biologique dans le dispositif de dépistage mis en place pour les femmes enceintes va contribuer à réduire le nombre d'amniocentèses, et par là même le risque de fausse couche y étant associé (0,5 à 1 %).

Réduire le nombre d'amniocentèses, bénéfice principal attendu de ce test intermédiaire

Dans la hiérarchie des outils de dépistage de la trisomie 21, le DPNI s'intercale entre le dépistage combiné du premier trimestre (échographie et prise de sang) et la possibilité d'une amniocentèse, acte médical consistant à prélever du liquide amniotique autour du fœtus pour détecter une anomalie chromosomique.

Rappelons que, jusqu'à présent, en cas de risque élevé déterminé par l'étude combinée des marqueurs sériques du premier trimestre de la grossesse et l'échographie, on proposait l'amniocentèse pour exclure avec certitude le diagnostic de trisomie 21. Geste invasif, la ponction du liquide amniotique entourant le fœtus à l'aide d'une aiguille n'était pas sans risque de fausse couche pour la future maman, alors que 95 fois sur 100 elle était inutile, seules 5 % des amniocentèses conduisant à confirmer le risque de trisomie 21. Désormais, le DPNI, pratiqué aux alentours de la dixième semaine de grossesse via une simple prise de sang, constitue une étape intermédiaire simple et fiable à proposer à toutes les femmes dont le risque de trisomie est jugé significatif (entre 1/51 et 1/1000), l'analyse de l'ADN libre circulant dans le sang permettant de repérer très tôt certains marqueurs de la trisomie avec une haute fiabilité (99 %). Si le test est négatif, l'amniocentèse est évitée ; s'il est positif, l'amniocentèse est alors proposée.

Un progrès majeur de l'offre de soins pour les futures mamans

D'après la Haute Autorité de Santé, ce sont près de 58 000 femmes qui pourraient avoir recours à ce nouveau test chaque année, sur un total de 800 000 grossesses. Le DPNI apporte aux futures mères un réel confort de prise en charge et son remboursement constitue une avancée décisive dans l'égal accès aux soins des patientes à l'innovation thérapeutique et à leur libre choix d'accoucher en établissement de soins public ou privé.