



BUREAU DE LA SFN

- > **Président :**
Professeur Jean-Christophe ROZÉ
jean-christophe.roze@inserm.fr
Tél. : 06 25 92 58 45
- > **Vice-Présidente**
Professeur Elsa KERMORVANT
elsa.kermorvant@aphp.fr
Tél. : 01 71 39 65 43
- > **Past-Président**
Professeur Elie SALIBA
elie.saliba@univ-tours.fr
Tél. : 06 62 15 12 79
- > **Trésorier**
Professeur Pascal BOILEAU
pboileau@chi-poissey-st-germain.fr
Tél. : 01 45 37 48 37
- > **Trésorier Adjoint**
Professeur Delphine MITANCHEZ
delphine.mitanchez@univ-tours.fr
Tél. : 02 47 47 92 51
- > **Secrétaire Général**
Docteur Pascal BOLOT
pascal.bolot@ch-stdenis.fr
Tél. : 01 42 35 61 10
- > **Vice-Secrétaire**
Professeur Alain BEUCHÉE
alain.beuchee@chu-rennes.fr
Tél. : 02 99 26 58 84
- > **Secrétaire Suppléante**
Docteur Juliana PATKAĪ
juliana.patkai@aphp.fr
Tél. : 01 58 41 36 45

COMMISSIONS

- > **Commission Communication**
Professeur Alain BEUCHÉE
alain.beuchee@chu-rennes.fr
- > **Commission Scientifique**
Professeur Cyril FLAMANT
cyril.flamant@chu-nantes.fr
- > **Commission du Médicament**

GROUPES DE TRAVAIL

- > **Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement des Nouveau-nés (GREEN)**
Professeur Pierre KUHŃ
Pierre.Kuhn@chru-strasbourg.fr
- > **Simulation et Réanimation en salle de naissance**
Professeur Pierre TOURNEUX
Docteur Isabelle JORDAN
tourneux.pierre@chu-amiens.fr
isabelle.jordan@chu-lyon.fr
- > **Actes marqueurs et niveaux de soins**
Docteur Pascal BOLOT
pascal.bolot@ch-stdenis.fr
- > **Pédiatrie en Maternité**
Docteur Sophie PARAT
sophie.parat@aphp.fr
- > **Risques en réanimation néonatale**
Professeur Pierre TOURNEUX
tourneux.pierre@chu-amiens.fr
- > **Douleur**
Professeur Xavier DURRMEYER
xavier.durrmeyer@chicreteil.fr
- > **Groupe de Réflexion sur les Aspects Éthiques de la Périnatalogie (GRAEP)**
Professeur Pierre-Henri JARREAU
pierre-henri.jarreau@aphp.fr

Rédacteur en chef de la publication :
Docteur Juliana PATKAĪ

SIÈGE SOCIAL

Service de Néonatalogie
CH Delafontaine, Saint-Denis

Association loi 1901 sans but lucratif
N° de Siret : 400 549 143 00032



- Sommaire -

Cliquez sur le titre de l'article pour y accéder

Éditorial de Jean-Christophe Rozé, Président de la SFN.....	2
COVID et périnatalité en France Étude Coropreg : Catherine Deneux-Tharaux.....	3
Recyclage en Néonatalogie (Virginie Rigourd).....	4 à 6
Devenir néonatalogue avec la R3C : ce qu'il faut savoir (C. Flamand / JM Hascoet / A. Lapillonne).....	7 / 8
Actualités du site internet de la SFN.....	9
Adhésion SFN pour 2022.....	10
Annonce Webinaires.....	10
Annonces Congrès.....	10

▼ ÉDITORIAL

Chers amis, chers collègues, chers membres de la SFN,

Voici la Newsletter qui accompagne traditionnellement les JFRN. Je remercie Juliana Patkai qui coordonne l'édition de chaque Newsletter.

Le bureau de la SFN vous souhaite une bonne fin d'année 2021 et une excellente année 2022, en espérant traverser cette 5^{ème} vague COVID19 sans retour au confinement !

Ces 26^{èmes} Journées Francophones de Recherche en Néonatalogie montrent la **vitalité de la recherche clinique en néonatalogie**. En utilisant l'outil développé par Alain Beuchée sur notre site web <https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/veillebibliographique/>, on observe qu'entre 2015 et 2021, le nombre de publications dans des revues majeures (NEJM, Lancet, JAMA, BMJ, Nature, Science), avec participation d'au moins d'un membre d'une équipe française, est de même ordre que pour l'Allemagne, le Royaume-Uni, ou la Suède, mais moindre que la Suisse, le Canada ou les USA. La France tient son rang !

La SFN contribue à **diffuser « la connaissance et l'expertise »** dans le domaine de la néonatalogie. La mise en place de **Webinars** en 2020 consacrés à l'actualité Covid-19 et au canal artériel du prématuré a été un véritable succès. Le Webinar du 25 Novembre 2021 a plus de 430 inscrits à ce jour ! La politique de la SFN est de développer l'offre de Webinars en accès gratuit sur inscription et mettre à la disposition de ses adhérents les rediffusions de ces Webinars. Merci au comité scientifique et son président, Cyril Flamant, de contribuer au choix du thème et des programmes de ces Webinars. Merci également à Jean-Charles Picaud, président des Lactariums de France, de s'être associé à la SFN pour organiser le Webinar sur l'allaitement en Néonatalogie qui aura lieu le 27 Janvier 2022, avec le partenariat de la société Medela.

La SFN coopère étroitement avec les **associations de parents** au niveau français (SOS préma) et européen (EFCNI) et cette coopération donne tout son sens à notre action. La SFN a co-signé la **charte du nouveau-né hospitalisé** avec SOS préma et le secrétaire d'État à l'enfance, Adrien Taquet, le 16 Novembre 2021. Les travaux du GREEN de la SFN ont contribué à la rédaction de cette charte. Favoriser les liens entre les parents et leur enfant dès la naissance avec « zéro séparation » comme objectif de cette charte est absolument nécessaire : selon une enquête réalisée au dernier trimestre 2020 auprès de 1104 jeunes parents par SOS Prema, près de 40% des mères d'un bébé hospitalisé à la naissance ont rencontré leur enfant seulement plus de 5 heures après l'accouchement. Merci au GREEN et à son coordinateur, Pierre Kuhn, de tout ce travail.

Les groupes de travail concernant la pédiatrie de maternité, la valorisation de l'activité en néonatalogie, la prise en charge de la douleur en néonatalogie et la cartographie des risques sont particulièrement actifs et permettent à de nombreux adhérents de participer à la vie de notre société savante. Ces groupes sont en cours de rédaction ou vont publier leurs recommandations. Un appel à participation à la **commission éthique de la SFN** va être lancé par Elsa Kermorvant en charge de l'organisation des commissions et des groupes de travail thématiques.

La SFN est un **lieu de discussions** passionnantes et passionnées. Il nous semble normal de ne pas toujours être d'accord initialement dans ce monde de plus en plus complexe, mais le processus de **dialogue** et de **transparence** dans la prise de décision permet d'avoir une Société savante unie et efficace, dans ce respect de cette transparence, Pascal Boileau, a rédigé un **appel d'offres pour le choix du prestataire** pour l'organisation des JFRN 2022 et 2023.

Unie et efficace, la **SFN est écoutée des autorités**. Adrien Taquet a annoncé le lancement, en 2022, d'un **appel à projet** visant à expérimenter, sur **10 sites en France**, la « *sortie précoce* » des nouveau-nés accueillis en service de néonatalogie avec la mise en place d'**équipes mobiles permettant la poursuite des soins à domicile**. Ce dispositif expérimental sera financé à hauteur de 2,6 millions d'euros pendant 3 ans.

À la demande du cabinet ministériel, une **enquête hebdomadaire** organisée par **Santé publique France** devra faire remonter le nombre de cas d'hospitalisations néonatales en lien avec le COVID19. Après négociations avec le cabinet, la DGOS et Santé Publique France, il a été convenu que cette même enquête fera remonter le capacitaire en offre de soins de chaque unité de soins critiques. Les 66 unités de type III ont désigné un référent volontaire pour participer à cette enquête. Ceci permettra de faire remonter au plus haut niveau des données objectives d'offre capacitaire, première étape indispensable pour mener des actions correctrices. Cette enquête devrait commencer en décembre 2021.

La SFN continue à **augmenter le nombre de ces membres**. A ce jour, plus de 365 membres à jour de leur cotisation. Nous espérons que d'autres, en particulier les plus jeunes, viendront nous rejoindre pour rendre cette « société savante » encore plus dynamique ! **Durant les JFRN 2021, un stand dédié aux actions de la SFN** sera mis à disposition. Vous pourrez échanger avec Fatima Guillou, ex secrétaire universitaire, au service de tous les membres de la SFN, et que je remercie ici pour son dévouement.

Merci à chacune et chacun d'entre vous pour votre investissement dans cette noble cause, qu'est le soin au nouveau-né.

Pour le bureau, Jean-Christophe Rozé, Président de la SFN.

▼ COROPREG

« Covid-19 et grossesse, cohorte en population de femmes et de nouveau-nés »



Point d'étape

Coropreg : une grande étude de cohorte en population

L'étude Coropreg a été conçue et mise en œuvre à partir d'Avril 2020, pour documenter les caractéristiques de l'infection Covid pendant la grossesse dans le contexte français. Ses objectifs sont 1. D'estimer et décrire, *en population*, la fréquence et la gravité de l'infection Covid maternelle, les issues de grossesse pour la mère et l'enfant, l'état de santé de la mère et de l'enfant à 12 semaines de l'accouchement, 2. D'identifier, au sein de cette cohorte de femmes avec infection Covid maternelle, les facteurs prédictifs de gravité de l'infection et d'issues de grossesse défavorables pour la mère et l'enfant, et 3. De constituer une cohorte-socle pour le suivi des femmes et des enfants à 2 ans.

Elle inclut toutes les femmes ayant eu une infection Covid, soit confirmée par PCR, soit probable (combinant tableau clinique et radiologique évocateur, ou tableau clinique évocateur chez un cas contact), pendant la grossesse ou dans les 7 jours suivant l'accouchement, que cette infection ait donné lieu ou non à une hospitalisation. Deux périodes d'inclusion ont été définies : du 1er Mars au 30 Novembre 2020, et du 1er Février au 31 Mars 2021.

La cohorte Coropreg est conduite dans 6 régions - Grand Est, Hauts de France, Ile de France, Occitanie, Pays de Loire et Rhône Alpes-Auvergne -, soit 281 maternités, et s'appuie sur 16 réseaux de santé périnatale. Ce périmètre correspond à 56% du total national des naissances.

Une des forces de COROPREG est de pouvoir fournir des connaissances précises sur l'impact de l'infection à Covid 19 sur l'ensemble des femmes infectées, sans sélection particulière, au cours des différentes vagues épidémiques, dans différentes régions, socialement contrastées et pour lesquelles la dynamique de l'épidémie a été très différente sur la période. Ceci rend particulièrement pertinent l'évaluation des parcours de soins pour les femmes atteintes et leur évolution au cours du temps, la mesure des disparités territoriales et sociales dans la prise en charge, ainsi que l'évolution du pronostic des femmes atteintes depuis le début de la pandémie.

Elle est financée par le PHRC national Covid 19 et la DGOS, ainsi que par des compléments de financements de l'ARS Ile de France, l'université de Paris et le GIS Autisme et TND.

Avancement

À ce jour, un peu plus de 5000 femmes ont été incluses pour la période Mars-Novembre 2020, pour une base populationnelle d'environ 366 000 accouchements. La finalisation de la saisie des dernières inclusions et le nettoyage des données sont en cours et les premières analyses ont commencé. Notre objectif est de pouvoir fournir des résultats consolidés à la communauté de la périnatalité au 1^{er} trimestre 2022.

Perspectives

Les données actuelles de la littérature montrent l'importance de pouvoir évaluer le devenir à distance des femmes (question des « Covids longs ») et des enfants exposés in utero au contexte inflammatoire de l'infection Covid. La cohorte Coropreg constitue une opportunité pour organiser ce suivi, planifié à 24 mois post-accouchement (2 ans de l'enfant).

Coropreg : une étude reposant sur l'implication de multiples intervenants

Le déploiement de cette vaste étude en population en pleine période épidémique a été un défi, la chronologie habituelle des étapes de préparation de la recherche ne pouvant être respectée. Sa mise en œuvre a été possible grâce à la participation active des équipes des maternités, de néonatalogie et des réseaux, malgré la charge de travail, et leur collaboration avec la coordination nationale. Elle a aussi pu s'appuyer sur un comité de pilotage réunissant chercheurs et cliniciens des différentes spécialités concernées.

Ce point d'étape est l'occasion de remercier tous ces intervenants.

**Catherine Deneux et Pierre-Yves Ancel,
pour la coordination Coropreg**

Contact : coropreg@inserm.fr

- Responsables : Pierre-Yves Ancel et Catherine Deneux
- Coordination nationale : Sabine le Levier
- Chef de projet APHP : Laurence Lecomte
- Promotion : APHP
- Responsabilité scientifique : Équipe EPOPé Inserm-Université de Paris

▼ Impliquer les services de néonatalogie dans le développement durable : pourquoi et comment recycler des dispositifs médicaux durables indésirables (DMDI) en néonatalogie.

Conscients de notre empreinte environnementale, nous proposons sur l'hôpital Necker, un projet innovant pour participer à la **transition écologique**. Celui-ci témoigne d'un réel engagement dans l'amélioration de la qualité de vie des patients et des professionnels.

Pour réduire son impact sur l'environnement, la néonatalogie peut mener une politique environnementale articulée autour des trois objectifs fondateurs : décliner une gestion économe des ressources, tendre à un management socialement responsable et rechercher un fonctionnement respectueux de l'environnement. Il est possible de

- Faire évoluer les déplacements des professionnels en les sensibilisant par exemple au vélo et en facilitant leur implantation (parking ; accès à des bornes de gonflage, prime d'éco-mobilité)
- Favoriser les achats écoresponsables
- Pratiquer une meilleure gestion des déchets
- Utiliser des produits écoresponsables pour l'hygiène des locaux
- Mettre en place de plans d'action pour économiser l'énergie ou réduire la consommation de papier grâce à la dématérialisation

L'industrie de la santé génère d'importantes émissions de déchets et de carbone qui ont un impact négatif sur l'environnement. Les unités de soins intensifs (USI) contribuent grandement à la production de déchets, en raison de la complexité des patients et des besoins nécessitant un équipement complet, des pratiques de nettoyage et des fournitures préventives [1]. Une étude menée aux États-Unis a évalué les pratiques hospitalières pour la gestion des dispositifs médicaux durable indésirable (DMDI) et a cherché à comprendre comment les soignants pouvaient avoir un rôle dans la prévention du gaspillage de DMDI [2]. La mise en place du recyclage des DMDI en néonatalogie est une question d'actualité qui aurait pu être évoquée à l'occasion de la COPE 26 ou encore s'intégrer dans l'objectif zéro plastique de l'APHP 2023.

Les Objectifs lors de la mise en place du recyclage des DMDI en néonatalogie sont multiples :

- Participer à l'économie durable
- Engager les équipes dans le projet maternité/néonatalogie éco-labélisées
- Permettre une valorisation des DMDI pour améliorer l'environnement des enfants à l'hôpital, protéger la planète et préserver l'avenir de nos enfants

Les étapes d'une telle démarche sont i) une évaluation du volume et un recensement du type de DMDI ii) une proposition de protocoles détaillés pour réaliser le recyclage dans le respect des exigences de l'EOH iii) revalorisation et communication active sur le sujet.

Le panier illustré des DM à recycler



▼ Impliquer les services de néonatalogie dans le développement durable : pourquoi et comment recycler des dispositifs médicaux durables indésirables (DMDI) en néonatalogie.

Tableau 1 : recensement du volume de DMDI utilisé en néonatalogie

Prématuré de terme inférieur ou égal à 32SA au parcours standard
<ul style="list-style-type: none"> • Intubation : un manche de laryngo, une lame, une pince magill, un ciseau • Réintubation : un manche de laryngo, une lame, une pince magill, un ciseau • Mise en place KtVO : une pince courbe, un ciseau, un porte aiguille • Retrait KTVO : un ciseau, une pince • Mise en place KTC : une pince courbe, un ciseau, un porte aiguille • Fixation sonde gastrique : un ciseau • Réfection pansement de ktc: un ciseau, 2 pinces • Retrait KtC: un ciseau, une pince • Réfection moustache : un ciseau • Toute chirurgie (entérocolite, canal artériel...) rajoutera les instruments d'un kit cad une dizaine de pièces en inox • Enrichissement du lait de femme avec un fortifiant à 4% : 1,8 boites en aluminium <p>soit une consommation d'au minimum 33 instruments inox, 1,8 boites en aluminium par prématuré de moins de 32SA</p>
Prématuré de terme inférieur ou égal à 34SA au parcours standard
<ul style="list-style-type: none"> • Réfection moustache de la ventilation non invasive : un ciseau • Mise en place KtVO : une pince courbe, un ciseau, un porte aiguille • Retrait KTVO : un ciseau, une pince • Fixation sonde gastrique : un ciseau • Enrichissement du lait de femme avec un fortifiant à 2% : 0,35 boite en aluminium <p>soit une consommation d'au minimum 7 instruments inox, 0,35 boites aluminium par prématuré de moins de 34SA</p>
Prématuré de terme inférieur ou égal à 37SA au parcours standard
<ul style="list-style-type: none"> • Fixation sonde gastrique : un ciseau • Enrichissement du lait de femme avec PPFPN étape 2 : 9 nourettes • Nourettes de PPFPN étape 2 pour les 50% qui ne sont pas allaités par leur propre mère : 12 nourettes <p>soit une consommation d'au minimum 1 instrument inox et 22 nourettes par prématuré de moins de 37SA</p>

- i) **Recensement et estimation du volume de DMDI** avec à titre d'exemple la prise en charge d'un nouveau-né prématuré en détaillant selon les différents âges gestationnels pour tenir compte du niveau de soins.

Nous pourrions extrapoler la consommation nationale en prenant en compte chaque tranche d'âge gestationnel. En France métropolitaine la pyramide de répartition des prématurés par AG (Enquête périnatale 2016) nous permet de considérer qu'ils seront 11100 (1,5%) à naître à un terme inférieur ou égal à 32SA et 11100 (1,5%) supplémentaires à un terme inférieur ou égal 34SA et enfin 33300 (4,5%) qui naissent avant 37SA. Ceci permet le calcul du volume de DMDI à recycler chaque année : 777000 instruments inox, 238865 boites aluminium et 699300 nourettes. Certes l'indice carbone est en grande partie lié au transport de ces DMDI qui pour la majorité d'entre eux sont fabriqués en Chine, mais leur recyclage tente d'en réduire l'indice.

ii) Principes de recyclages des DMDI dans le respect des mesures hygiéniques.

- Les dispositifs médicaux métalliques type ustensiles à usage unique (UU) en acier inoxydable (lames de laryngoscope ou les pinces/ ciseaux nécessaires à la pose des cathéters) feront l'objet d'un protocole de désinfection minutieux incluant plusieurs étapes de pré-désinfection (solution Anios puis rinçage), nettoyage avec surfasafe premium avant de suivre un circuit de collecte identifié. Les déchets Aluminium type bouteilles vides de calibration TcPCO₂, blister individuel de files chirurgicales, boites de lait artificiel suivent un circuit quasi identique.
- Les déchets plastiques, type nourettes après usage sont collectées dans bac plastique dédié (bac nourettes) fourni par labo de lait et récupéré par **le laboratoire de lait**.
- En ce qui concerne les déchets papiers (feuille A4), elles sont collectées dans un bac de recyclage papier qui sera récupéré par la société de nettoyage. >>>

▼ Impliquer les services de néonatalogie dans le développement durable : pourquoi et comment recycler des dispositifs médicaux durables indésirables (DMDI) en néonatalogie.

iii) Revalorisation et communication.

Pour motiver les équipes, aborder la valorisation est incontournable.

Qu'est-ce que la revalorisation ?

► La valorisation est l'étape ultime du recyclage.

Une fois triés par catégorie et alliages (ferrailles, aluminium, zinc, cuivre, etc.), les métaux repartent dans l'industrie métallurgique. Ils sont refondus pour créer de nouveaux produits métalliques. L'aluminium est comme le verre, il peut être recyclé à l'infini et permet d'économiser des ressources naturelles et jusqu'à 95% de l'énergie qui sont nécessaire à la fabrication du métal primaire, car il possède les mêmes propriétés que le métal de première fusion. Les emballages en aluminium collectés vont passer par un centre de tri puis un centre d'affinage avant d'être redistribués aux industries clientes qui les transformeront en nouveaux emballages, la fabrication d'alliages pour pièces moulées, de tôles ou dans l'équipement automobile, etc.

Le recyclage des emballages plastiques permet de fabriquer de nombreux objets de la vie courante. Après un tri des plastiques en 3 catégories, il est mis en bale, broyé et lavé, réduit en poudre ou en granulé avant de subir une transformation et une régénération de la matière pour la fabrication de nouveaux produits en plastique. Par exemple les bouteilles et flacons plastiques transparents redeviennent de la fibre textile utilisée pour rembourrer des couettes, des sacs de couchage et même des peluches (6 flacons de liquide vaisselle = un nounours), fabriquer des paniers de supermarché, ou de nouvelles bouteilles et flacons en plastique. Les bouteilles de lait donnent vie à des arrosoirs, des sièges auto pour enfants, des canalisations (tuyaux) et même) des bacs de collecte (7 bidons de lessives = un siège auto, pots de yaourt = un cintre, 7 sacs plastiques = 2 sacs poubelle).

Chacun s'investit avant tout parce qu'il en tire une satisfaction personnelle, mais il est possible aussi d'envisager une rétribution modérée qui permette de développer des actions dans les unités.

Conclusion : Les progrès en néonatalogie depuis des années ont participé de façon avant-gardiste à une néonatalogie éco-labelisée par plusieurs démarches. i) réduction des indications des antibiotiques et de la durée pour limiter les pressions de sélection, pour protéger les eaux de rejets ii) mise en place de prises en charge préventives et de moins en moins invasives (corticothérapie anténatale, LISA, ventilation et monitoring non invasifs, nutrition entérale agressive) qui limitent l'utilisation de DMDI (moins d'intubation, moins de ventilation assistée invasive, moins de nutrition parentérale prolongée.) ii) et promotion de l'utilisation du lait de femme, lait de la propre mère ou lait de don anonyme qui réduit les durées d'hospitalisation et l'utilisation de lait artificiel. Donc mobilisons-nous tous en intégrant le recyclage dans nos unités, en partageant nos connaissances sur le sujet et en soutenant des projets de recherche.

Cette dynamique pourrait être soutenue par la SFN pour soutenir la co-construction d'une sélection de ressources sur la santé environnementale, l'élaboration d'un kit à destination des professionnels de santé sur le recyclage en néonatalogie, l'organisation dans le cadre d'évènement en néonatalogie d'actions d'information et de promotion sur le sujet.

Dr Virginie Rigourd - Service de Néonatalogie Necker Enfants Malades

virginie.rigourd@nck.aphp.fr

Formations pour une démarche éco responsable

► **Formation Nesting par WECF** (Women Engage for a Common Future)
<https://wecf-france.org/>

► **Formation OKOYA :** Un programme d'accompagnement global en santé-environnement, à destination des maternités, a été lancé par l'entreprise médico-scientifique pluridisciplinaire Global Life Consulting. OKOYA, une « formation », accessible, claire, bienveillante et pratique, est basée sur le changement de comportement.
www.santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/petite-enfance/okoya-une-formation-pour-les-professionnels-de-la-perinatalite/

Références

1. Zeld J. Ghersin, Michael R. Flaherty, Phoebe Yager & Brian M. Cummings. Going green: decreasing medical waste in a paediatric intensive care unit in the United States *The New Bioethics*, Volume 26, 2020 - Issue 2
2. Anne Ordway, Jennifer S Pitonyak, Kurt L Johnson. Durable medical equipment reuse and recycling: uncovering hidden opportunities for reducing medical waste *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2020 Jan;15(1):21-28. doi: 10.1080/17483107.2018.1508516. Epub 2018 Oct 14.

▼ Réforme des études médicales Devenir Néonatalogue en France en 2022...

1- Une réforme de la Pédiatrie et de la Néonatalogie

La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales concerne tous les internes des promotions à partir de 2017. Le DES de Pédiatrie est devenu un DES long (5 ans) avec 3 phases : socle (1 an), approfondissement (3 ans) et consolidation après obtention de la thèse d'exercice (dernière année dite de « Docteur Junior »).

Une des singularités de cette réforme est d'inclure dans la formation initiale du DES de Pédiatrie le diplôme pour certaines surspécialités dont la Néonatalogie. L'option de Néonatalogie remplace le DESC définitivement à la fin de cette année. Alors que le DESC de Néonatalogie était autrefois obtenu en tant que senior (chef de clinique, assistant), l'Option de Néonatalogie sera désormais délivrée en fin d'internat en même temps que la validation du DES de Pédiatrie.

2- Du souhait de faire la Néonatalogie à l'inscription définitive à l'Option

L'option de Néonatalogie s'adresse donc aux futurs pédiatres qui veulent s'orienter vers la Néonatalogie. La réforme stipule que l'interne indique son souhait de s'inscrire à une option lors de la commission qui valide sa phase socle donc en fin de 1^{ère} année. En pratique, beaucoup d'internes ne sont pas encore déterminés à ce stade, et il/elle peut émettre ce souhait plus tardivement, mais avant la fin de son 5^{ème} semestre.

La demande définitive d'inscription à l'Option est ratifiée par le coordonnateur local du DES de Pédiatrie et est adressée à la faculté de rattachement au plus tard en début de 6^{ème} semestre. Cette inscription engage l'interne puisque l'inscription à l'Option de Néonatalogie ne lui permet plus de s'inscrire à une autre Option ou FST (et réciproquement). Il peut cependant se désister de l'Option s'il le souhaite, mais même dans ce cas il ne pourra s'inscrire à une autre Option ou FST.

Pour pouvoir s'inscrire à l'Option de néonatalogie, l'étudiant devra avoir effectué **au préalable au moins 2 semestres** dans des Services agréés pour la Néonatalogie. En pratique, le 1^{er} stage correspond le plus souvent au semestre de Néonatalogie de la phase socle (semestre obligatoire). Le second stage doit avoir été effectué dans un service qui a l'agrément pour l'Option de Néonatalogie. Il revient au coordonnateur local du DES de Pédiatrie de déterminer quels sont les services agréés : il doit s'agir d'un service de Néonatalogie type IIB ou III en capacité de former les internes à la discipline. Il est important de noter qu'au moins 1 de ces 2 semestres doit se faire en type III universitaire.

3- Inscription à l'Option et formation sur 2 ans

L'interne et le coordonnateur local du DES font les démarches d'inscription facultaire à l'Option avant la fin du 5^{ème} semestre en vérifiant le parcours de l'interne en particulier sur la réalisation du 2^{ème} stage requis. En parallèle, ces démarches doivent obligatoirement être associées à une demande de suivi de l'enseignement auprès de l'un des 3 responsables interrégionaux (Pr A. Lapillonne en Ile de France + DOM-TOM + Clermont-Ferrand, Pr JM. Hascoet pour les inter-régions Est, Pr C. Flamant pour les inter-régions Ouest).

En plus de leur formation comme pédiatre, **il s'agit pour l'interne d'approfondir ses compétences en Néonatalogie** dans ses aspects théoriques et pratiques. Pour les aspects **théoriques**, l'interne doit participer aux 4 semaines d'enseignement réparties sur 2 ans), habituellement au cours de sa 4^{ème} et 5^{ème} année d'internat. Les internes de la promotion 2018 vont débiter l'enseignement cette année.

Pour les aspects **pratiques**, l'interne devra effectuer 2 semestres dans un service agréé pour l'option de Néonatalogie, dont au moins 1 en phase de consolidation (en tant que Docteur Junior) mais idéalement les 2 en phase de consolidation.

4- Le Docteur Junior

L'interne en dernière année (consolidation) est appelé Docteur Junior. Il est Docteur, car il est obligatoirement thésé et Junior, car en phase « d'autonomie supervisée ». Les référents universitaires de l'Option de Néonatalogie soulignent l'importance que les internes en Option fassent leur année entière de Dr Junior en Néonatalogie. C'est à chaque service de déterminer comment la supervision doit être réalisée le jour comme la nuit (double garde, astreinte, etc...), et jusqu'où peut aller cette autonomie qui dépend beaucoup des capacités de l'interne. Toutefois, l'interne doit assurer son quota de 48 gardes pour valider l'Option (voir conditions de garde paragraphe 6). Ainsi, pour favoriser la mise en autonomie, il est recommandé que le Dr Junior fasse la totalité de son année dans le même service même s'il s'agit en fait de 2 semestres de 6 mois.

La répartition des capacités d'accueil (en nombre de postes de Docteur Junior) a fait l'objet d'une parution au JO, et pourra être révisée régulièrement. Des arrangements au sein de la même région sont facilités de façon à répondre au mieux au nombre de demandes d'Option en Néonatalogie qui varient d'une promotion à l'autre.

Les sources de financement de cette 5^{ème} année d'internat ne sont pas clairement établies à l'échelon national, et ce



▼ Réforme des études médicales Devenir Néonatalogue en France en 2022...

pour toute la pédiatrie. Dans la majorité de services, l'arrivée d'un interne de 5^{ème} année dans un service est comptabilisée en plus des internes habituellement affectés, et ce sans contrepartie. Dans d'autres hôpitaux une contrepartie est demandée sous la forme d'un rendu soit de poste d'interne (phase socle, phase intermédiaire ou FFI), soit de temps médical (vacations, transformation de poste de PHC en PA etc...). Ceci pose légitimement des difficultés pour former les internes de phase socle ou intermédiaire à la Néonatalogie (puisque'il y a théoriquement moins de places à pourvoir si les capacités de formation sont saturées), ainsi que pour faire fonctionner le service, celui-ci étant privé d'un interne pour l'activité de jour et les gardes d'internes (les missions du Dr Junior n'étant pas les mêmes que celles des internes plus jeunes).

5- La validation de l'Option

La validation de l'Option se fait lors d'un examen national en septembre avec une épreuve écrite de cas cliniques et la soutenance d'un mémoire auquel s'ajoute une note d'évaluation continue (note obtenue par les présentations réalisées par l'étudiant au cours de l'enseignement). Le sujet de ce mémoire peut être le même que celui du DES de Pédiatrie ou de la thèse de médecine si la thématique est néonatale.

L'interne devra obligatoirement valider son Option de Néonatalogie en même temps que son DES de Pédiatrie en fin de 5^{ème} année. Autrement dit, il n'y a pas la possibilité de redoubler uniquement pour la soutenance du mémoire ou l'examen comme c'était le cas dans le cadre de l'ancien DESC.

6- Synthèse des requis selon les décrets d'application

Pour valider l'option de Néonatalogie, l'interne devra **justifier des 4 éléments suivants** au cours de son parcours de DES de Pédiatrie :

- > Une **maquette** comprenant au total sur l'ensemble des 5 années de DES :
 - ✓ au moins 12 mois dans un service type III (agrée pour l'option NN) universitaire ou non
 - ✓ au moins 12 mois dans un service universitaire agrée pour option NN (dont au moins 1 type III)
- > 2 semestres de prérequis en NNat et 2 semestres d'option NN
- > Pour les 2 semestres de l'option, il faut obligatoirement qu'au moins 1 de ces 2 semestres soit fait en phase de consolidation (décret de février 2020) et que ce semestre ait lieu dans un service de Néonatalogie de type III (universitaire ou non) ou en IIB (mais agrée pour la phase de Consolidation).
- > La réalisation d'au moins **48 gardes** en Réanimation néonatale (ou SMUR avec déplacement pour un maximum de 24 gardes) au cours de l'ensemble du DES (socle et approfondissement inclus) que ce soit comme interne ou comme sénior. Parmi ces 48 gardes, il faut au moins 24 gardes en Réanimation néonatale comme sénior (« autonomie supervisée »).

Pr C. Flamant, Pr JM. Hascoet, Pr A. Lapillonne

▼ Actualités du site internet de la SFN

Plusieurs nouveaux espaces sont disponibles sur le site web de la SFN.

Dans l'**onglet « Ressources »** vous trouverez un espace dédié aux enquêtes et sondages, actifs et passés. L'objectif de cette page est de colliger les enquêtes et sondages qui sont régulièrement proposés à la SFN et d'en permettre un suivi partagé. Les résultats des enquêtes plus anciennes seront en lien sur cette même page dès que nous en serons informés.

D'autres pages ont été enrichies comme la **page « Formations »**. Elle a été construite avec les différents référents des formations relatives à la néonatalogie.

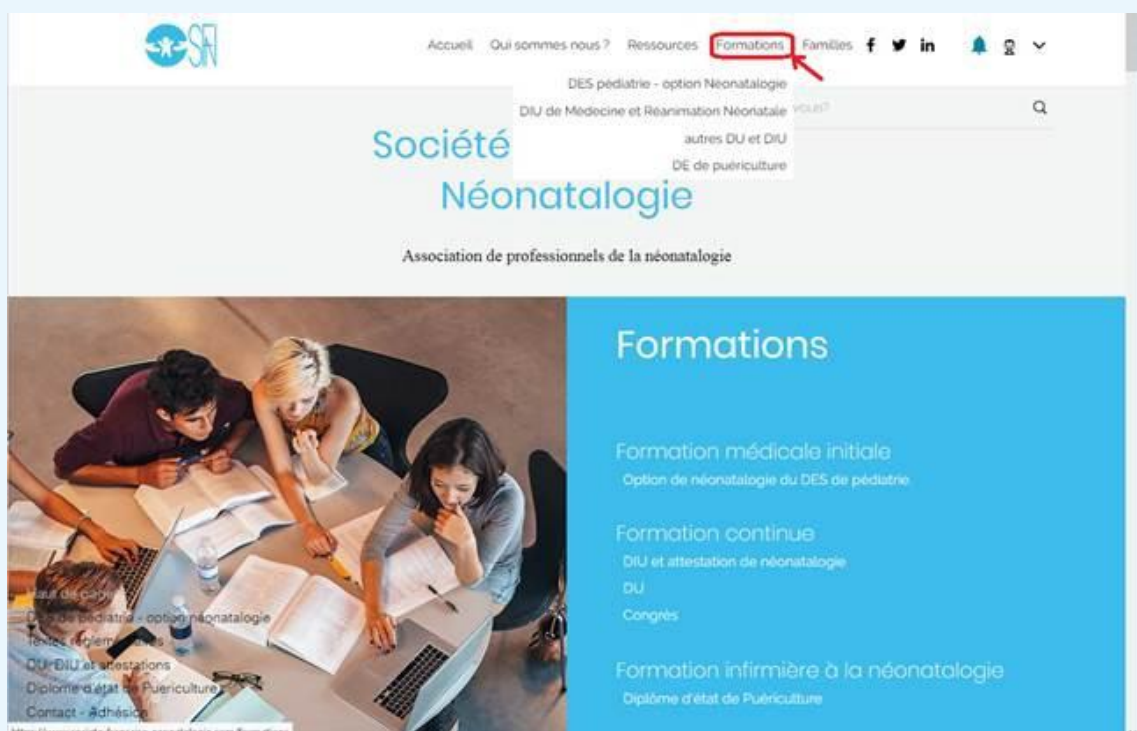
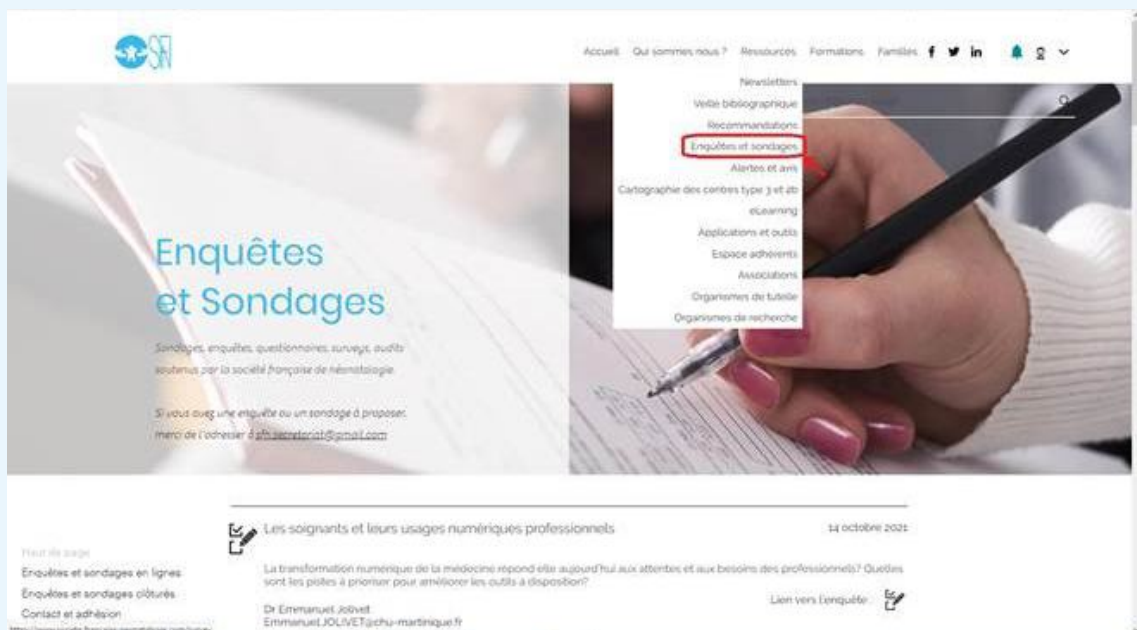
www.societe-francaise-neonatalogie.com



Vous y trouverez les textes réglementaires, ressources et synopsis relatifs à la formation médicale initiale en néonatalogie (Option de néonatalogie du DES de pédiatrie) à la formation continue (DU, DIU et attestation de néonatalogie) et à la formation infirmière à la néonatalogie (Diplôme d'état de Puériculture).

Enfin, l'**espace adhérent** continu à s'enrichir des vidéos et documents issus des webinaires et rencontres présentielles organisés par la SFN.

Si vous souhaitez partager une enquête, un sondage ou un article sur le site, vous pouvez adresser votre proposition à l'adresse sfn.secretariat@gmail.com.



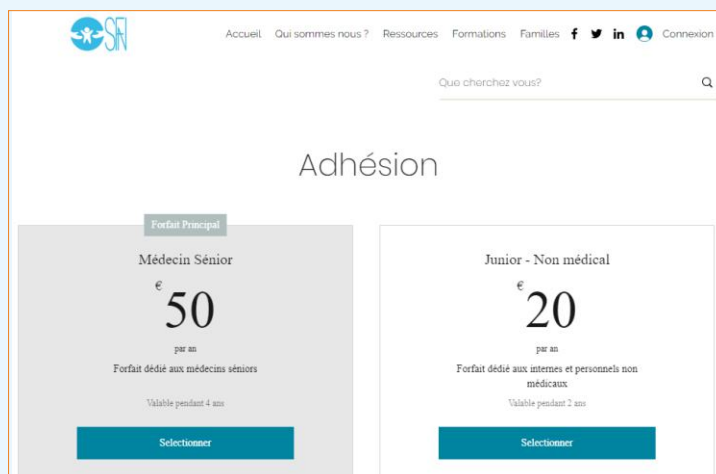
▼ Adhésion SFN pour 2022

www.societe-francaise-neonatalogie.com/adhesion

Pour le renouvellement ou votre adhésion, cliquez sur le bouton « **Adhérer** » à partir de la page d'accueil du site SFN.



Alain Beuchée
@SFneonatalogie



▼ Webinaires SFN à venir...



13/01/2022	Hygiène et prévention des risques infectieux Responsables : E. Motte-Signoret et M. Butin
27/01/2022	Allaitement Responsables : JC Picaud, Laure Simon et Emmanuelle Motte-Signoret
10/02/2022	Discrimination inconsciente Responsables : H. Torchin, L. Tréluyer et B. Tosello
08/03/2022	Parents partenaires de soins Responsables : B. Tosello et A. Buil

L'inscription aux Webinaires SFN est gratuite et accessible à partir du site de la SFN :

www.societe-francaise-neonatalogie.com

Les places sont cependant limitées.

L'accès à la rediffusion des Webinaires est réservé aux seuls abonnés de la SFN.

Il est alors disponible sans limitation et à volonté.

▼ Annonce Congrès : save the date!



2022 Journées Nationales de Néonatalogie

Coordonnateurs scientifiques
Pr **Pierre-Henri JARREAU**
Pr **Jean-Christophe ROZÉ**

organisées par l'Association de Néonatalogie de Port-Royal et la Société Française de Néonatalogie

les Salons de l'Aveyron - 17 Rue de l'Aubrac, 75012 Paris

PROGRAMME
24 et 25 MARS 2022
TABLES RONDES **CONFÉRENCES** **SYMPOSIUMS**