



Sommaire

Éditorial **P.1**

Photographie de la santé périnatale en France et en Europe en 2015 **P.2 / 3 / 4**

Le Sepsis en Néonatalogie **P.4**

Recommandations HAS pour la Nutrition Parentérale en Néonatalogie **P.5**

Ateliers SFN 2019 **P.5**

Adhésion SFN pour 2019 **P.5**

Nouvelles recommandations européennes pour la Nutrition Parentérale en Pédiatrie et Néonatalogie **P.6**

Commission Ethique de la SFN **P.6**



BUREAU DE LA SFN

> Président :

Professeur Elie SALIBA
elie.saliba@univ-tours.fr
Tél. : 02 47 47 80 93
Secrétariat : 02 47 47 47 56

> Vice-Président

Professeur Jean-Christophe ROZÉ
jeanchristophe.roze@chu-nantes.fr
Tél. : 06 25 92 58 45

> Secrétaire

Docteur Pascal BOLOT
pascal.bolot@ch-stdenis.fr
Tél. : 01 42 35 61 10

> Vice-Secrétaire

Professeur Jean-Charles PICAUD
jean-charles.picaud@chu-lyon.fr
Tél. : 04 72 00 15 50

> Secrétaire Adjoint

Docteur Juliana PATKAĪ
juliana.patkai@aphp.fr
Tél. : 01 58 41 36 45

> Trésorier

Professeur Jean-Michel HASCOËT
j.hascoet@chru-nancy.fr
Tél. : 03 83 34 29 34

> Trésorier Adjoint

Professeur Elsa KERMORVANT
elsa.kermorvant@aphp.fr
Tél. : 01 71 39 65 43

COMMISSIONS

> Communication

Professeur Jean-Charles PICAUD
jean-charles.picaud@chu-lyon.fr

> Environnement et organisation des soins du nouveau-né

Professeur Charlotte CASPER
casper.c@chu-toulouse.fr
Professeur Pierre KUHN
Pierre.Kuhn@chru-strasbourg.fr

> Éthique

Professeur Pierre-Henri JARREAU
pierre-henri.jarreau@aphp.fr

> Prescription sécurisée

Professeur Jean-Christophe ROZÉ
jeanchristophe.roze@chu-nantes.fr

> Formation et Simulation

Professeur Bernard GUILLOIS
guillois-b@chu-caen.fr

> Organisation et valorisation de l'activité

Docteur Pascal BOLOT
pascal.bolot@ch-stdenis.fr

> Pédiatres de Maternité

Docteur Claire BOITHIAS
claire.boithias@aphp.fr

> Registres et bases de données

Professeur Elie SALIBA
elie.saliba@univ-tours.fr

> Scientifique

Professeur Olivier BAUD
OlivierFrancois.Baud@hcu.ge.ch

> Transports

Docteur Noëlla LODÉ
noella.lode@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

Éditorial

Mortalité néonatale en Europe : la France peut mieux faire...

Le nouveau rapport européen Euro-Peristat présente un état des lieux de la santé périnatale en 2015 en Europe. En France, les données sur la santé de l'enfant ont été renseignées à partir des statistiques hospitalières (PMSI) permettant d'avoir des indicateurs fondés sur la totalité des naissances annuelles. Beaucoup de progrès ont été réalisés dans notre pays dans la collecte des informations avec une amélioration du système du PMSI. Nous espérons que cette base de données nationale continuera à s'améliorer et à s'adapter pour devenir une vraie source de renseignements sur les pratiques périnatales en France permettant de faire des comparaisons entre les unités de soins, les régions et les pays européens et ceci de façon continue.

Avec une césarienne pour 5 naissances en 2015 (20,2 %), la France est située au 7^{ème} rang sur 31 pays, ce qui la classe dans le groupe de pays ayant des taux bas. Depuis 2010, le taux global de césariennes en France est resté stable. Il faudrait souligner aussi l'amélioration des taux de la mortalité maternelle.

Nous sommes cependant moins bons en ce qui concerne la mortalité néonatale (décès dans le 1^{er} mois) qu'elle soit précoce ou tardive (et même après exclusion des enfants nés < à 28 SA d'après Jennifer Zeitlin qui a coordonné ce projet). La mortalité néonatale en France était en 2015 de 2,4 pour 1 000 naissances vivantes **nous situant au 23^{ème} rang européen !**

Ce qui nous semble alarmant est que ce chiffre est stable depuis 2005 (avec peu d'espoirs d'amélioration en 2017) alors qu'une tendance à la baisse est constatée dans l'ensemble des pays européens. Les raisons de ce taux relativement élevé ne sont pas bien claires et pour Béatrice Blondel représentant la France dans le comité scientifique du projet Euro-Peristat : « il semble nécessaire d'analyser la situation en France de manière approfondie, comme le fait actuellement le Royaume-Uni dans un programme spécial d'analyse des statistiques existantes et d'audits abordant successivement différentes catégories de décès » afin d'identifier dans quels domaines et sur quelles populations devraient porter les efforts.

En attendant les résultats de ces analyses, il nous semble indispensable qu'au niveau de chaque région et en collaboration avec les réseaux de périnatalité et le soutien des ARS un meilleur dépistage et un parcours de soins adaptés des femmes à risque de naissances prématurées soient mis en place et renforcés. En effet, les taux de prématurité en France sont stables depuis 2012, nous situant au 14^{ème} rang avec 7,1 % des naissances. Il incombe aussi aux réseaux de périnatalité de développer leurs revues de morbi/mortalité périnatales, de renforcer leurs programmes d'informations et de formations des professionnels de santé pour une naissance de ces enfants dans des structures optimales pour la prise en charge de la mère et de son enfant.

Je vous souhaite une très bonne lecture de notre newsletter et un excellent congrès SFN-JFRN 2018.

Professeur Elie Saliba

Président de la Société Française de Néonatalogie

Président de l'European Association of Perinatal Medicine

> Photographie de la santé périnatale en France et en Europe en 2015

Le 26 novembre 2018 est publié le nouveau rapport Euro-Peristat, projet européen coordonné par l'Inserm, mis en place depuis 2000, et qui rassemble des statistiques de 31 pays sur la santé périnatale en 2015. La comparaison de la France par rapport à ses voisins conduit à un bilan contrasté, avec en particulier une situation maîtrisée dans la pratique des césariennes, mais une situation moins favorable pour la mortalité des enfants et la consommation de tabac, là où de nombreux pays observent une amélioration.

Faisant suite aux deux précédents bilans de 2004 et 2010, le nouveau rapport européen Euro-Peristat présente une photographie des données sur la santé périnatale en 2015 pour 28 pays membres de l'Union Européenne, plus l'Islande, la Norvège et la Suisse. Euro-Peristat est coordonné par l'Inserm et financé dans le cadre d'une Joint Action européenne sur l'information en santé.

Au sein de ce rapport, les chercheurs de l'équipe Epopé du Centre de recherche épidémiologie et statistique publient des données sur les principaux indicateurs de santé des enfants

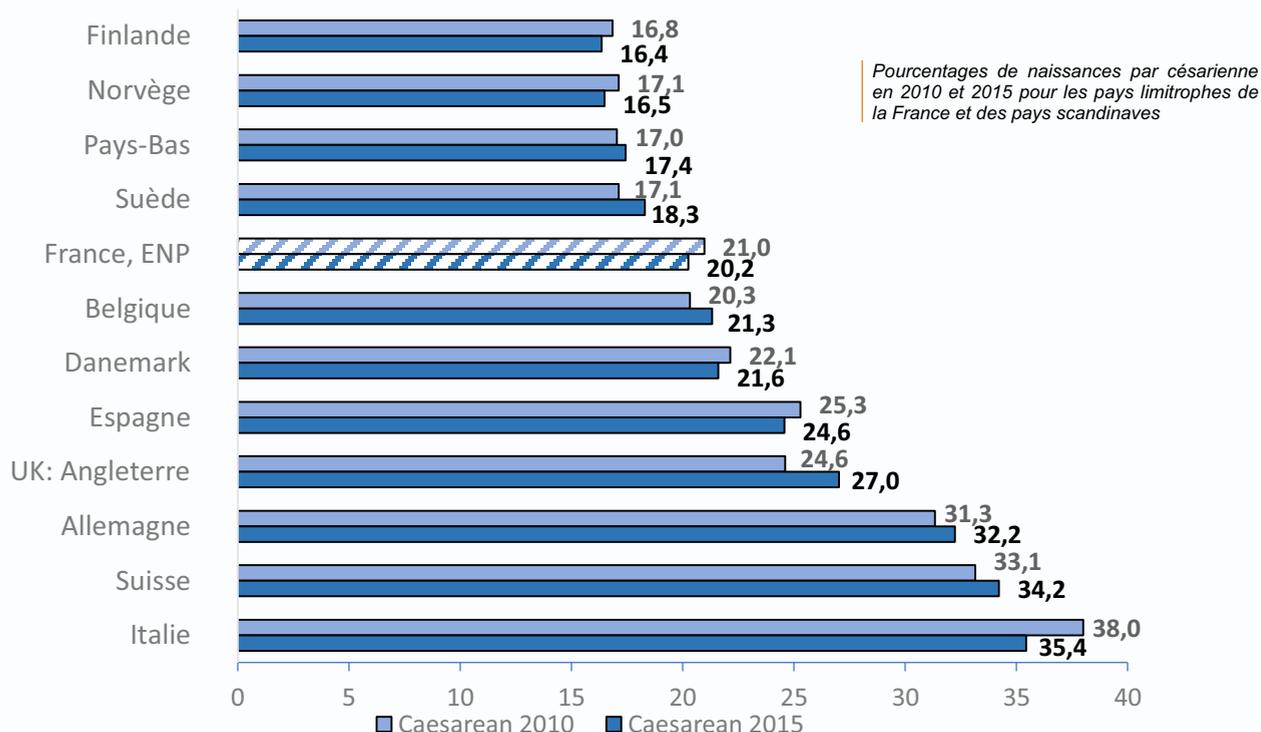
(mortalité, mortalité néonatale, prématurité...) et de leur mère (mortalité), des pratiques médicales (césariennes...), et des facteurs de risque autour de la naissance. Leurs résultats permettent de situer la France par rapport aux autres pays en matière de système d'information et d'indicateurs de santé et offrent une vision plus globale que les résultats annuels nationaux ou internationaux.

Une amélioration du système d'information en France

Une des forces de ce nouveau rapport est qu'il présente un grand nombre de données sur la santé de l'enfant, renseignées à partir des statistiques hospitalières (ou PSMI). Ceci permet d'avoir des indicateurs fondés sur la totalité des naissances annuelles, alors qu'auparavant ces indicateurs étaient documentés par un échantillon représentatif de l'ensemble des naissances, issu des Enquêtes nationales périnatales. Par ailleurs, la France fait partie des sept pays européens ayant un système renforcé pour comptabiliser les décès maternels et ainsi limiter la sous-estimation habituelle de cet indicateur de santé.

En France, un taux de césariennes maîtrisé

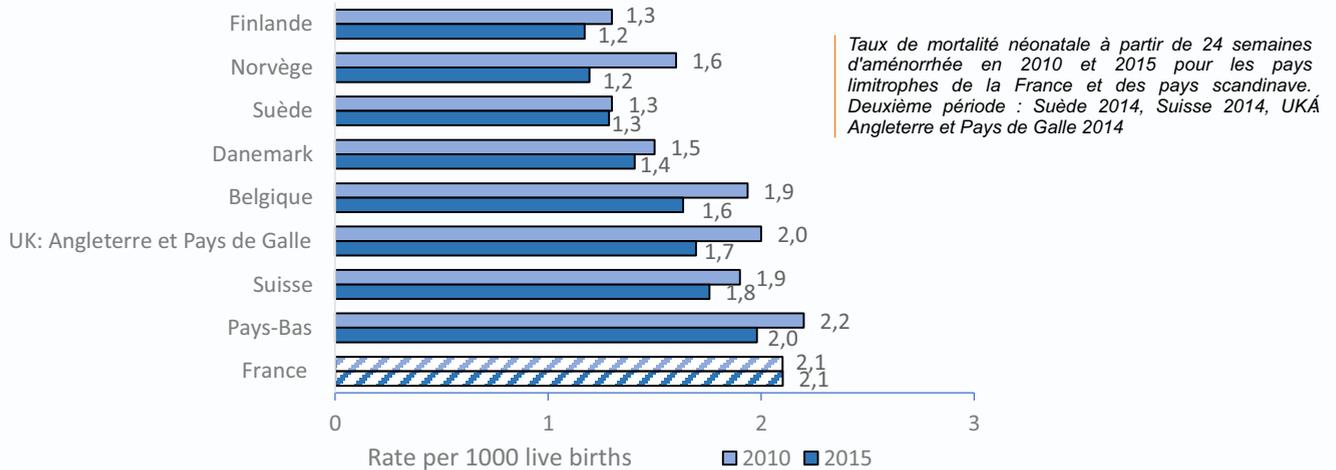
Avec une césarienne pour 5 naissances en 2015 (20,2 %), la France se situe au 7^{ème} rang sur 31 pays, ce qui la classe dans le groupe de pays ayant des taux bas. Depuis 2010, le taux global de césariennes en France est resté stable alors qu'il a augmenté de manière significative dans 17 pays sur 31. La France est particulièrement bien classée pour les situations à haut risque de césarienne : 59 % en cas d'antécédent de césarienne (3^{ème} rang), 75 % en cas de présentation par le siège (4^{ème} rang), et 54 % en cas de grossesses multiples (5^{ème} rang).



Santé des nouveau-nés : une attention particulière à porter à la mortalité avant 1 an

La mortalité autour de la naissance est globalement basse en France comme dans les autres pays européens. Cependant la mortalité (enfants mort-nés) atteint un niveau plutôt élevé en France (3 décès pour 1 000 naissances, après exclusion des interruptions médicales de grossesse, 21^{ème} rang), ainsi que la mortalité néonatale (décès dans le 1^{er} mois) qui représente 2,4 pour 1 000 naissances vivantes (23^{ème} rang). La mortalité néonatale est stable depuis 2005 alors qu'une tendance à la baisse est constatée sur l'ensemble des pays européens.

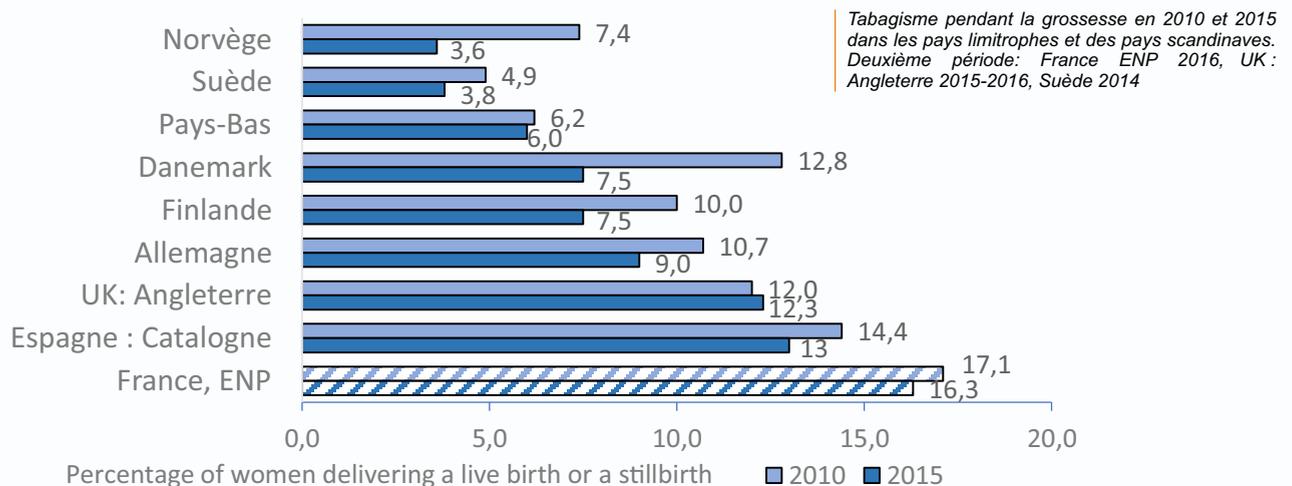
Selon Béatrice Blondel, représentant la France dans le comité scientifique du projet Euro-Peristat, pour mieux comprendre le niveau de la mortalité « il semble nécessaire d'analyser la situation en France de manière approfondie, comme le fait actuellement le Royaume-Uni dans un programme spécial d'analyse des statistiques existantes et d'audits abordant successivement différentes catégories de décès. »



Les taux sont également stables depuis 2012 pour les naissances prématurées (36 semaines d'aménorrhée ou moins) tandis que les évolutions sont assez contrastées dans les autres pays. La France se situe ici au 14^{ème} rang avec 7,1 % des naissances en 2015.

Facteurs de risque : la France confrontée aux mêmes challenges que la plupart de ses voisins

Le rapport met en avant une évolution peu favorable de certains facteurs de risque en France : vieillissement de la population des femmes qui accouchent (14^{ème} rang avec 20,6 % de femmes ayant 35 ans et plus en 2015) - comme dans la plupart des pays entre 2010 et 2015 - et un taux de naissances gémellaires important (17,1 pour 1 000 naissances, 22^{ème} rang). Enfin, la consommation de tabac pendant la grossesse reste stable (16,3 % de femmes au 3^{ème} trimestre, 20^{ème} rang sur les 22 pays disposant de statistiques sur ce sujet) alors que la tendance est à la baisse dans presque tous les autres pays.



« Ce bilan présente une situation contrastée. Il semble que les efforts menés pour limiter les césariennes ont conduit à des résultats positifs. En revanche la situation concernant la mortalité des enfants à la naissance est préoccupante. Il est indispensable d'analyser les facteurs et les circonstances des décès pour identifier dans quels domaines et sur quelles populations devraient porter les efforts. » Conclut Jennifer Zeitlin, coordinatrice du projet Euro-Peristat.

Sources des données

Les données françaises ont été fournies par la Drees (Bureau Etat de santé de la population) et l'Inserm (Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc) et Equipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (Equipe Epopé)

Rapports Euro-Peristat à consulter sur www.europeristat.com

1. Euro-Peristat project. European. European perinatal health report. Core indicators for the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015.
2. Euro-Peristat project with SCPE and EUROCAT. European perinatal health report: the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.
3. Euro-Peristat project with SCPE, EUROCAT and EURONEOSTAT. European perinatal health report: better statistics for better health for pregnant women and their babies, 2004

Contacts chercheurs

Jennifer Zeitlin - Directrice de recherche Inserm

Unité 1153 Centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne Paris Cité –CRESS - Equipe Epopé : épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique

Béatrice Blondel - Directrice de recherche Inserm

Unité 1153 Centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne Paris Cité - CRESS - Equipe Epopé : épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique

> Le Sepsis en Néonatalogie

Pierre Tourneux, Christèle Gras-le Guen, Elie Saliba

La Soixante-dixième assemblée mondiale de la santé a élaboré en date du 29 mai 2017 des recommandations sur l'amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge clinique du sepsis à destination des états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces recommandations sont très larges, incluant sensibilisation de la population, diagnostic précoce ou encore prise en charge. Le directeur de la santé, Jérôme Salomon, a missionné le Pr Djilali Annane afin de réaliser un état des lieux des données disponibles en France, d'analyser les recommandations de l'OMS et de proposer un plan d'action hiérarchisé. Un groupe de travail composé de plus d'une dizaine de sociétés savantes, dont la SFN et la SFP, s'est donc réuni à plusieurs reprises au cours des mois de juillet et août 2018.

Les principaux échanges auxquels la SFN a participé ont porté sur :

► Comment éviter un certain nombre de sepsis ?

Les différentes propositions visent à la fois les professionnels de santé et le Grand Public. L'amélioration de la connaissance du sepsis semble un préalable à de nombreuses actions et implique une part importante de communication. La place de la vaccination est essentielle dans la réduction primaire des décès liés aux sepsis, que ce soit l'adaptation du calendrier vaccinal, l'information des professionnels et de la population ou l'approvisionnement en vaccin.

► Comment accélérer la prise en charge initiale ?

Des éléments de diagnostic précoce ont été présentés, appuyés sur des scores validés chez l'adulte et utilisables par le médecin généraliste ou urgentiste en pré-hospitalier. Si quelques éléments apparaissent en pédiatrie, la construction et la validation en population de scores adaptée au sepsis néonatal reste à construire.

► Comment concilier la nécessité d'un contrôle rapide de l'infection et éviter l'abus des antibiotiques ?

L'antibiothérapie doit être à la fois précoce, mais également ciblée et pertinente pour les nouveau-nés et enfants. Ceci implique la connaissance précise de l'épidémiologie que ce soit pour les infections néonatales bactériennes précoces, mais également tardives.

► Comment améliorer la prise en charge secondaire pour réduire la morbi-mortalité à long-terme ?

Certains enfants pris en charge pour sepsis présenteront des séquelles. Il convient d'identifier ces enfants comme vulnérables et de les inclure dans un parcours de soins spécifiques comprenant des échanges pluri-professionnels entre établissements de santé et médecine de ville.

► Comment favoriser l'émergence d'innovation pour vaincre le sepsis ?

Les différents échanges ont abordé la recherche transnationale, les modèles précliniques, l'intérêt de suivi épidémiologique et la facilitation de la recherche dans le domaine du sepsis en général.

Parmi tous ces éléments, de nombreux points seront présentés dans une synthèse au ministère de la santé par le Pr Annane. La SFN est active dans de nombreux domaines discutés, comme la mise en place de recommandations sur l'INBP, la recherche (grâce aux bourses SFN) ou encore la création d'une commission pour favoriser l'émergence de bases de données nationales. La SFN doit cependant poursuivre et renforcer son investissement dans le domaine du sepsis que ce soit dans un recueil épidémiologique pertinent, l'utilisation de scores de dépistage dédiés ou de marqueurs biologiques ou la formation de ses adhérents.

> Recommandations HAS pour la Nutrition Parentérale en Néonatalogie

La Haute Autorité de Santé en collaboration avec la Société Française de Néonatalogie a émis récemment des recommandations nationales quant à la Nutrition Parentérale en Néonatalogie. Ces recommandations font suite au rapport de l'IGAS en 2015 « Évaluation des pratiques en matière de nutrition parentérale pédiatrique ». Ce rapport avait été demandé suite à de nombreux cas de chocs septiques liés à la nutrition parentérale, et relevait une grande hétérogénéité des pratiques. En effet, la nutrition parentérale, bien qu'indispensable en Néonatalogie, est pourvoyeuse de nombreux risques : instabilité physico-chimique des mélanges, erreurs de prescription, erreurs de retranscription, risque infectieux.

Les objectifs de ces recommandations sont :

- de donner des critères d'orientation pour aider les professionnels à choisir le type de mélange de nutrition parentérale (avec autorisation de mise sur le marché - AMM, standardisée, individualisée dite « à la carte ») à donner en fonction de la pathologie ou de l'état de santé de l'enfant,
- de proposer un nombre limité de formules de mélanges de nutrition parentérale standardisés, en fonction de l'état clinique de l'enfant,
- de définir les critères justifiant les recours nécessaires à des préparations magistrales,
- de définir des critères pour passer à une nutrition entérale le plus précocement possible,
- de définir les modalités des supplémentations en dérivé (ou Y).

En effet, il existe 3 types de solutés de NP :

► Mélanges de nutrition parentérale avec AMM

Il s'agit de formules fixes produites par les laboratoires pharmaceutiques industriels. Sans ajouts, ce sont les solutés qui garantissent la plus grande sécurité pour le patient.

Or actuellement, en cas de nutrition parentérale majoritaire ou prolongée, aucun mélange de nutrition parentérale avec AMM actuellement disponible ne permet de couvrir les besoins à lui seul. Tous nécessitent des supplémentations multiples qui peuvent être nécessaires en fonction des besoins quotidiens calculés et de la possibilité ou non de s'en écarter pour une durée définie et acceptable.

► Mélanges de nutrition parentérale standardisée

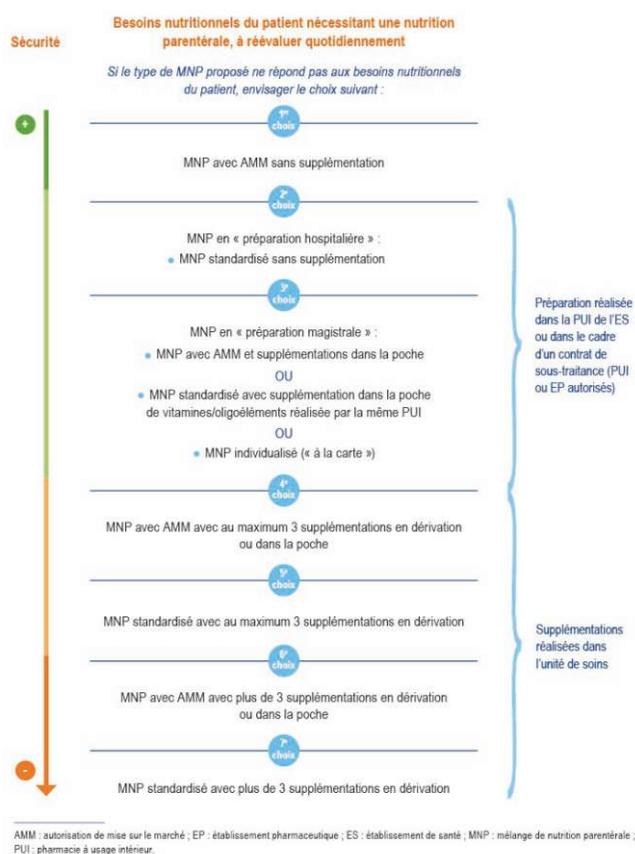
Il s'agit de formules fixes produites par les pharmacies hospitalières (pharmacie à usage intérieur : PUI) autorisées ou par les établissements pharmaceutiques autorisés (« façonniers »). Un groupe de travail mandaté par le ministère de la santé et la DGOS se penche sur la mise au point d'un nombre limité de formules standardisées.

La composition de ces mélanges de nutrition parentérale standardisés doit permettre d'apporter des nutriments selon les recommandations européennes sur la nutrition parentérale du nouveau-né définissant ses besoins nutritionnels. Ils ont l'avantage d'être adaptés à la plupart des situations cliniques, avec des quantités de nutriments fixes permettant d'éviter les oublis ou des apports trop importants.

► Mélanges de nutrition parentérale individualisée

Il s'agit de préparations magistrales également dites « à la carte » ou « selon la formule ». De formulation variable, adaptée à un patient précis, elles sont produites par les PUI autorisés ou par les établissements pharmaceutiques autorisés (« façonniers »). C'est le type de mélange permettant d'être au plus près des besoins de l'enfant. Mais en contrepartie, c'est celui qui est le plus à risque en termes de prescription, et de fabrication.

Un addendum est prévu prochainement par le groupe nutrition de la SFN pour les situations d'urgence, sortant du cadre du logigramme.



> Annonce des Ateliers SFN 2019

La SFN proposera en 2019 trois ateliers :

Dates retenues :



- 1^{er} février 2019
- 8 octobre 2019
- 22 novembre 2019

Lieux :

Maison de la Réanimation
48 avenue Claude Vellefaux, 75010 PARIS

Thèmes :

> Hémodynamique Néonatale : comment évaluer ?
Coordonnateur : Olivier Brissaux

Les thèmes des deux autres ateliers sont en cours de finalisation

> Adhésion SFN pour 2019

www.societe-francaise-neonatalogie.fr



> Nouvelles recommandations européennes pour la Nutrition Parentérale en Pédiatrie et Néonatalogie

La nutrition parentérale est un élément essentiel de la prise en charge des nouveau-nés : leurs apports doivent être suffisants non seulement pour assurer le maintien des fonctions vitales mais aussi pour assurer une croissance et un développement optimaux. Les connaissances dans ce domaine s'accumulent rapidement, les trois sociétés (ESPGHAN, ESPEN et ESPR) qui avaient publié en 2005 les recommandations pour la nutrition parentérale en pédiatrie et en néonatalogie se sont réunies de nouveau avec la CSPEN, 10 ans après, afin de les actualiser, et un groupe d'une quarantaine d'experts européens les ont rédigées sur la base des données scientifiques récentes. Ces recommandations, qui s'adressent aux professionnels impliqués dans la prescription de nutrition parentérale chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent, viennent d'être publiées dans la revue *Clinical Nutrition* (références indiquées ci-dessous).

Parmi les évolutions notables depuis 2005, on peut retenir l'introduction d'un nouveau chapitre analysant les bénéfices et inconvénients respectifs de la nutrition parentérale individualisée et de la nutrition parentérale standardisée, soulignant l'intérêt de cette dernière dans de nombreuses situations en néonatalogie. L'importance d'une nutrition parentérale précoce (dès la naissance) reste au premier plan, en particulier chez l'enfant prématuré, avec des modalités précisées. Des corrections relatives aux effets métaboliques liés aux pratiques induites par les recommandations de 2005 ont été apportées, en particulier vis-à-vis du risque d'hyperchlorémie et d'hypophosphorémie.

Enfin, chez l'enfant plus grand, la notion qu'il faut adapter les apports énergétiques et glucidiques parentéraux en fonction de l'état de stress du patient (« acute phase » ou pas) a été introduite.

En effet, les risques liés à l'hyperglycémie (majoration de la mortalité et de la morbidité) sont maintenant soulignés de façon au moins aussi importante que ceux liés à l'hypoglycémie. Chez le nouveau-né, la naissance constitue un état de stress en elle-même, ainsi que d'autres situations comme la période péri et post-opératoire, le sepsis sévère, ou l'entérocolite ulcéro-nécrosante. S'il reste indispensable de reconnaître et prévenir le risque de déficit nutritionnel postnatal en augmentant rapidement les apports, il peut être nécessaire de les moduler en fonction de l'état clinique de l'enfant, en particulier en situation de stress.

Pour en savoir plus :

- > ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition. *Clinical Nutrition* 2018 Dec;37(6 Pt B).
- > <https://espghan.info> (accès au Paediatric Parenteral Nutrition Tool, pour calculer les apports en fonction de l'âge et du terme de l'enfant ; téléchargement de l'app pour mobile)

> Commission Ethique de la SFN

La commission Ethique de la SFN dans le cadre du Groupe de réflexion sur les Aspects Ethiques en Périnatalogie (GRAEP), qui associe néonatalogistes, obstétriciens, sages-femmes, cadres puéricultrices, juristes, philosophes et représentants des parents a avancé ses travaux.

Pour rappel, 4 groupes ont été constitués sur les thèmes suivants :

1/ **Loi Claeys-Leonetti** (responsable Laurent Storme).

Ce groupe a travaillé sur les modifications apportées en 2016 à la loi Leonetti de 2005 et en particulier sur les aspects les plus nouveaux. Il aborde notamment les problèmes de l'arrêt d'hydratation-alimentation et de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

2/ **Place des parents dans les décisions en période néonatale : divergences, désaccords et conflits** (responsables L Caeymaex et M Mokhtari).

Ce groupe explore les différentes circonstances de désaccords ou conflits entre parents et soignants, notamment lorsque la réflexion de l'équipe s'oriente vers décision de limitation des thérapeutiques de réanimation. Il envisage les différentes possibilités pour prévenir et traiter ces situations de conflit.

3/ **Vécu des soignants** (responsables MC Nanquette et Philippe Hubert).

Ce groupe aborde les facteurs de stress ou de souffrance au travail des soignants, leurs répercussions et les moyens pour les prévenir.

4/ **Décisions prénatales de soins palliatifs néonataux** (responsables P Bétrémieux et C Deput-Rampon).

Ce travail aborde le problème des décisions anténatales de pratiquer un accompagnement en soins palliatifs à la naissance lorsqu'une pathologie grave et incurable a été dépistée ou diagnostiquée chez le fœtus dans les situations de poursuite de grossesse discutées au CPDPN. En partant du cadre légal exprimé dans le code de la santé publique, il explore les contraintes mais aussi les champs des possibles qui s'ouvrent aux futurs parents et aux professionnels dans cette situation.

Les travaux des groupes 1 et 4 sont terminés et seront soumis à la réunion plénière du GRAEP le 12 décembre pour approbation. Ils seront adressés ensuite pour validation au CA de la SFN.

Les travaux des groupes 2 et 3 sont en voie de finalisation. La prochaine réunion du GRAEP devrait également les valider le 12 décembre.

Un 5^{ème} groupe indépendant a été constitué à l'initiative de Pierre-Yves Ancel et de la SFMP avec la SFN, le CNGOF et des représentants des associations d'usagers (CIANE, SPAMA, SOS-préma) sur la thématique très spécifique de l'extrême prématurité. Il a déjà soumis un premier texte aux sociétés savantes représentées. Les retours ont été nombreux et fructueux. Le texte est donc actuellement révisé et sera resoumis à la commission Ethique de la SFN et aux CA des sociétés.

Par ailleurs, une enquête sur cas cliniques va être adressée très prochainement par internet à tous les membres des sociétés savantes. Elle est constituée de quelques vignettes cliniques autour des limites de viabilité et a pour but d'évaluer les modifications de pratique depuis Epipage 2. Vous êtes invités à y répondre.