

## > Le Développement Professionnel Continu (DPC) pour les praticiens hospitaliers en néonatalogie

Depuis janvier 2013, l'obligation de valider un programme de développement professionnel continu (DPC) s'impose à nous.

« Le DPC comporte l'analyse, par tous les professionnels de santé, de leurs pratiques professionnelles, ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences » (Décret du 30 décembre 2011).

Ce concept avait été élaboré en 2009, avec la loi HPST (loi n°2009-879, du 21 juillet 2009) sur l'obligation de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels concernés. Chaque praticien doit participer annuellement à un programme de DPC organisé par un organisme enregistré et évalué par une commission scientifique. Cette obligation individuelle a pour objectif :

- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- le perfectionnement des connaissances,
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- la prise en compte des priorités de santé publique,
- la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Chaque programme de DPC doit être conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC, avec des méthodes et modalités validées par l'HAS, après avis des commissions scientifiques indépendantes. Il est mis en œuvre par un organisme DPC appelé : O-DPC. Les O-DPC délivrent une attestation de participation et la transmettent aux établissements ainsi qu'à l'ordre des Médecins.

Les orientations de la Société Française de Néonatalogie pour le DPC sont :

- les infections nosocomiales,
- la simulation en Réanimation Néonatale.

Le Développement Professionnel Continu remplace donc ce qui était anciennement appelé la Formation Médicale Continue (FMC) ainsi que l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Le contrôle de l'obligation de Développement Professionnel Continu pour les médecins, est assuré par l'Ordre des Médecins, qui doit vérifier, tous les cinq ans, que chaque praticien a bien validé son programme annuel. Le praticien doit transmettre les attestations obtenues par les O-DPC, et s'il n'a pas rempli ses obligations, le Conseil régional de l'Ordre apprécie la nécessité de la mise en place d'un plan annuel personnalisé de DPC.

**Dr Serge Ilunga**

Comité de rédaction

## > Bilan de la Commission Recommandations

La commission a tenu quelques réunions soit en présentiel soit par conférence téléphonique.

Sur le plan méthodologique, nous utiliserons les règles de la HAS quand cela apparaîtra possible. C'est bien sûr cette méthode qui est la plus souhaitable mais demande d'importantes forces dont nous ne sommes pas certains de disposer. Dans d'autres cas, nous réutiliserons et adapterons les recommandations d'autres pays.

Les recommandations que nous ferons, si elles ne sont pas fondées sur la méthodologie classique et rigoureuse des grosses conférences de consensus ou d'experts, seront intitulées plutôt "propositions de la SFN" afin qu'elles ne puissent pas être opposables à des collègues, sur le plan médico-légal ou administratif. Les propositions de la Société Française de Néonatalogie devront avoir été approuvées par l'ensemble des membres de la commission et par le Conseil d'Administration de la SFN.

Nous avons prévu de nous réunir 3 à 4 fois par an, par téléphone, afin que chaque coordinateur puisse faire le point sur les objectifs, les experts sollicités et la méthodologie retenue.

Les thèmes pour lesquels des recommandations sont en préparation sont les suivants :

- prise en charge de l'**ictère** : coordination Anne Cortey. Un peu de retard a été pris. Tout devrait être terminé dans l'année. Ces recommandations s'appuieront sur ce qui a déjà été proposé par d'autres sociétés savantes, notamment britanniques,
- **érythroïtine** : coordination Emmanuel Lopez. Ce thème fait l'objet d'une étude détaillée de type « HAS ». Il est intéressant de constater, une fois de plus, que les conclusions des méta-analyses de type « Cochrane » sont parfois sujettes à caution et qu'il est nécessaire de retourner aux articles initiaux,
- cibles d'**oxygénothérapie** : coordination Pierre-Henri Jarreau. Ce thème devra également faire l'objet d'une analyse détaillée de type HAS. Il a été volontairement remis à plus tard dans l'attente de plusieurs essais randomisés qui étaient en cours. Ce travail pourra donc débuter à l'automne 2013.

Certaines recommandations seront élaborées par l'HAS où nous sommes représentés :

- **AVC** : où nous sommes représentés par Stéphane Marret,
- **transfusion** en période néonatale : ce thème est traité à l'HAS où nous sommes représentés par Elie Saliba.

Les autres thèmes proposés à traiter ultérieurement sont les suivants :

- révision des recommandations sur l'hypothermie à la lueur des pratiques réelles, notamment en terme d'EEG précoce (il semble en fait qu'en dehors des heures ouvrables, peu de services réussissent à pratiquer un EEG pour poser l'indication de l'hypothermie, ce qui pourrait poser des problèmes médico-légaux),
- réactualisation des recommandations sur la prise en charge des infections materno-fœtales,
- cathéters centraux.

Par ailleurs, Charlotte Casper et Pierre Kuhn vont émettre des propositions sur l'environnement hospitalier. C'est une commission indépendante de la Commission Recommandations.

A plus long terme, ont été évoqués :

- reflux gastro-oesophagien (thème à définir plus précisément : s'agit-il de RGO et traitement des apnées ou prise en charge du RGO chez le nouveau-né, en particulier prématuré). Ce thème sera certainement à travailler en conjonction avec le groupe de gastro-entérologie pédiatrique,
- indications (ou non-indications) de l'IRM à terme chez l'ancien prématuré (thème à développer avec la Société de Radiologie Pédiatrique),
- utilisation des hydrolysats de lait en Néonatalogie (Alexandre Lapillonne).

**Pr Pierre-Henri JARREAU,**

Responsable de la Commission Recommandations



**Société Française de Néonatalogie**  
Association des professionnels de la médecine néonatale

Pr Elie SALIBA - Chef de service Réanimation pédiatrique et Néonatalogie  
Hôpital Clocheville - 49, boulevard Béranger 37044 Tours Cedex 9  
Téléphone : 02 47 47 47 56 - Fax : 02 47 47 38 47  
E-mail : elie.saliba@univ-tours.fr  
Site Internet de la SFN : <http://sdp.perinat-france.org/SFN/index.html>



**Société Française de Néonatalogie**

Association des professionnels de la médecine néonatale

Bulletin d'information

Octobre 2013

N° 03

## Sommaire

Editorial **P.1**

États généraux de la prématurité **P.2**

Attestation de Compétence en Néonatalogie **P.3**

Hommage au Pr Gilbert Huault **P.3**

Développement Professionnel Continu (DPC) **P.4**

Bilan de la Commission Recommandations **P.4**



### BUREAU DE LA SFN

> **Président :**  
Elie SALIBA  
elie.saliba@univ-tours.fr

> **Trésorière :**  
Michèle GRANIER  
michele.granier@ch-sud-francilien.fr

> **Secrétaire :**  
Bernard GUILLOIS  
guillois-b@chu-caen.fr

> **Secrétaire Adjoint :**  
Pascal BOLOT  
pascal.bolot@ch-stdenis.fr

### COMMISSIONS

> **Communication**  
Jean-Charles PICAUD  
jean-charles.picaud@chu-lyon.fr

> **Compétences**  
Jean-Michel HASCOET  
jm.hascoet@maternite.chu-nancy.fr

> **Environnement et organisation des soins du nouveau-né**  
Charlotte CASPER  
casper.c@chu-toulouse.fr  
Pierre KUHN  
Pierre.Kuhn@chru-strasbourg.fr

> **Ethique**  
Umberto SIMEONI  
Umberto.Simeoni@mail.ap-hm.fr

> **Formation et Simulation**  
Bernard GUILLOIS  
guillois-b@chu-caen.fr

> **Organisation et valorisation de l'activité**  
Patrick DAOUD  
patrick.daoud@chi-andre-gregoire.fr

> **Pédiatres de Maternité**  
Jacques SCHIRRER  
jacquesschirrer@sfr.fr

> **Recherche**  
Thierry DEBILLON  
TDebillon@chu-grenoble.fr

> **Recommandations**  
Pierre-Henri JARREAU  
pierre-henri.jarreau@cch.aphp.fr

> **Transports**  
Jean-Louis CHABERNAUD  
jean-louis.chabernaud@abc.aphp.fr

### COMITÉ DE RÉDACTION

- > Pascal BOLOT
- > Serge ILUNGA

## Notre jeune société continue à s'agrandir et à s'enrichir.

Le 10 octobre 2013, nous avons organisé les premiers Etats Généraux de la Prématurité qui ont été inaugurés à l'Assemblée Nationale en présence de la Ministre des Droits des Femmes et porte-parole du gouvernement, Madame Najat Vallaud-Belkacem, du Député du Morbihan, Monsieur Gwendal Rouillard, ainsi que plusieurs autres décideurs politiques et représentants des médias.

Nous avons été rejoints à cette occasion par les principales sociétés savantes d'Obstétrique, de Périnatalité et de Pédiatrie Françaises (CNGOF, SFP, SFMP, AFPA) qui se sont regroupées autour de la SFN et de SOS-Préma en un Collectif Prématurité dont les actions majeures sont :

- de faire de la prématurité un thème principal en recherche clinique et épidémiologique,
- de contribuer à une meilleure organisation et coordination du parcours de soins de la maman et de son bébé,
- d'obtenir pour les familles d'enfants nés prématurés les soutiens et les aides nécessaires pour un accompagnement optimal de leur enfant.

La qualité des soins en Néonatalogie reste une des priorités de la SFN. C'est dans ce contexte et en conformité avec les décrets de périnatalité de 1998 que la SFN a délivré, en 2013, les premières compétences en Néonatalogie à des pédiatres exerçant dans des Services de Néonatalogie ou de Pédiatrie en Maternité, reconnus pour la qualité de leur travail et qui n'ont pas pu suivre l'enseignement des DESC/DIU ou attestation en néonatalogie. La SFN participe par ailleurs au jury national de la Validation par l'Acquis et l'Expérience (VAE), un diplôme, un titre ou un certificat de qualification professionnelle inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).

La formation et le DPC sont aussi des axes majeurs de notre société qui organisera à partir de 2014 son congrès SFN-JFRN, la Commission Scientifique des JFRN devenant la Commission Scientifique de la SFN.

La SFN continuera à participer de façon importante aux Journées Nationales de Néonatalogie et aux congrès de la Société Française de Pédiatrie, en organisant des tables rondes et en offrant aux plus jeunes l'opportunité de présenter leurs travaux au cours de séances de communications orales. Des sujets de DPC tels que la prévention des infections nosocomiales dans les Services de Néonatalogie seront bientôt opérationnels.

Après les recommandations sur l'application de l'hypothermie au cours de l'encéphalopathie anoxo-ischémique du nouveau-né à terme, la Commission Recommandations de la SFN reste très active avec la préparation en cours de recommandations sur l'utilisation de l'érythroïtine en Néonatalogie, la prise en charge de l'ictère néonatal et la transfusion néonatale.

Nous saluons aussi le dynamisme de 2 autres commissions qui sont la Commission sur l'Apprentissage par la Simulation de la Réanimation en Salle de Naissance et la Commission GREEN-SFN sur l'environnement et l'accueil du nouveau-né prématuré et de ses parents dans les Services de Néonatalogie.

Je ne saurais terminer cet éditorial sans évoquer la mémoire de Gilbert Huault qui fut le pionnier de la Réanimation Néonatale et Pédiatrique en France et qui nous a quitté cette année. Un hommage lui est rendu dans nos colonnes par son élève le Professeur Denis Devictor.

**Pr Elie Saliba**  
Président de la SFN

**Site Internet de la SFN :**  
<http://sdp.perinat-france.org/SFN/index.html>

## > États généraux de la prématurité

La prématurité représente 6,6 % des naissances en France, soit 60 000 enfants prématurés qui naissent tous les ans. Ce nombre est en augmentation régulière et place la France au 10ème rang en Europe. La prématurité représente la principale cause de décès des nouveau-nés et est responsable d'un grand nombre de séquelles neurologiques et comportementales associées à des difficultés scolaires.

Le Collectif Prématurité a été fondé sous l'égide de la SFN et de l'association SOS Préma en Octobre 2012. Sa vocation est de réunir les familles, les soignants, les chercheurs et tous les acteurs concernés. Ce collectif a organisé les premiers États Généraux de la prématurité, afin de sensibiliser l'opinion aux enjeux de ce problème de santé public, en émettant des propositions qui serviront à l'élaboration d'un Plan Gouvernemental pour la Prématurité.

Ces États Généraux se sont tenus à l'Assemblée Nationale le 10 octobre 2013, en présence de Madame Najat Vallaud-Belkacem, Ministre des Droits des Femmes et Porte-parole du gouvernement, Monsieur Gwendal Rouillard, Député de la 5ème circonscription du Morbihan, et d'une importante assemblée de parents, soignants et représentants des médias. Après le message d'ouverture de Madame la Ministre, se sont succédés à la tribune, afin d'introduire la journée, le Pr Elie Saliba Président de la SFN et Vice Président du Collectif Prématurité, Madame Charlotte Bouvard, Présidente de SOS Préma et Présidente du Collectif, puis Monsieur le Député.

**Trois tables rondes se sont succédées et chacune a donné lieu à une série de propositions.**

### > La 1ère table ronde avait pour thème l'état de la prématurité en France.

Le Dr Pierre-Yves Ancel a fait un point sur l'épidémiologie de la prématurité en mettant l'accent sur la recherche nécessaire dans ce domaine, et sur les difficultés actuelles d'attribution des budgets fléchés sur l'enquête EPIpage 2. Le Pr Goffinet a rappelé les difficultés de prévention de la prématurité du fait de ses causes multiples, en pointant des efforts de recherche fondamentale à effectuer dans ce domaine. Il a suggéré de repérer les femmes en situation socio-économique défavorable, condition d'un grand nombre de naissances prématurées.

### > La 2ème table ronde portait sur l'accueil du nouveau-né et de ses parents.

Le Pr Sizun a abordé sur le plan scientifique et philosophique l'impact de la présence des parents auprès de leur enfant hospitalisé. Le Pr Kuhn nous a rappelé les effets délétères d'un environnement composé de stimulations sensorielles excessives sur le développement cérébral du petit prématuré. Le Pr Casper a relaté l'expérience de la Suède où l'architecture des Services de Néonatalogie et les soins du nouveau-né centrés sur la famille, sont à l'origine d'une diminution de la mortalité et de la morbidité neurologique des petits prématurés. Mme Myriam Danay, psychologue à SOS Préma, a insisté sur la nécessité d'accompagner les parents pendant et après l'hospitalisation de leur enfant, afin de diminuer le traumatisme et les séquelles psychiques qui en découlent. Pour appuyer ces propos, des parents sont venus témoigner de leurs difficultés quotidiennes lors de l'hospitalisation de leur petit Clément né à 29 SA.

### > La 3ème table ronde avait comme thème l'organisation et le parcours de soins jusqu'à l'âge scolaire.

Mme Blondel a rappelé qu'un tiers des grands prématurés ne naissait pas dans un CPN III conformément aux décrets 98 portant sur la régionalisation des soins en périnatalité, et que ce chiffre tombait à 66% lorsque les femmes habitaient à plus de 30 kms d'une maternité de type III. Le Dr Branger a décrit les effets pervers de la T2A en pointant la compétition économique entre les CPN de type II et de type III, avec comme conséquence une augmentation globale du taux d'outborn. Une mère est venue témoigner du parcours du combattant qu'a constitué le suivi post hospitalisation de sa petite Erel. Mme Bolzoni, psychologue en Néonatalogie et dans le réseau d'aval des enfants prématurés de Toulouse, a parlé de l'impact de la prématurité sur la mise en place des liens précoces, sujet qui a fait l'objet d'un PHRC en psychomotricité. L'accompagnement de l'enfant prématuré et de sa famille a été abordé par le Pr Guillois sous l'angle des programmes de suivi fondés sur le renforcement de la relation parent-enfant (études IBAIP, MTIP, VIBES). Le programme de visites à domicile effectuées par une psychologue clinicienne développé à Caen a montré la diminution du stress parental à 18 mois dans le groupe interventionnel. Le Dr Bolot a fait part de l'expérience pilote, financée par l'ARS, de l'accompagnement de la sortie avec une puéricultrice du Service de Néonatalogie, avec le nécessaire relais avec les PMI du secteur de Saint-Denis. Le Pr Rozé est intervenu sur l'expérience du suivi des prématurés du réseau de Nantes, qui a débuté en 2003. Une sélection clinique des prématurés permet de se recentrer sur les enfants à plus haut risque, cependant des efforts sont à fournir concernant la prise en charge de ces enfants dépistés. Mme Laurent présidente de l'ANECAMSP a rappelé que 50 à 60 000 enfants, dont le tiers de prématurés, étaient pris en charge dans les CAMSP, mais qu'il existait d'importantes disparités territoriales dans l'implantation de ces centres.

En clôture de ces États Généraux, 10 propositions pour un Plan Prématurité ont été définies :

1. Faire de la prématurité une des priorités en recherche clinique et épidémiologique.
2. Accompagner de façon adaptée les situations de précarité dans le domaine de la périnatalité.
3. Mettre en place avant la conception une consultation et une information afin de mieux prévenir la prématurité en fonction des facteurs de risque.
4. Dépister précocement en cours de grossesse les facteurs de risque afin d'orienter les parturientes vers une filière de soin adaptée.
5. Mettre en place un accès non limité et une participation intégrée des parents aux soins durant l'hospitalisation de leur enfant.
6. Adopter une architecture adaptée au bien-être et au développement de l'enfant, de la famille et des soignants.
7. Coordonner les actions de soutien à l'enfant, aux parents et aux soignants par des programmes d'intervention précoce validés scientifiquement.
8. Coordonner les soins en renforçant l'action des réseaux de périnatalité et en mutualisant le parcours de soins de la maman et de son bébé au sein d'une région sanitaire
9. Organiser le parcours de soins de l'enfant né prématuré jusqu'à l'âge scolaire au sein de réseaux ville-hôpital et structures de prise en charge.
10. Evaluer la politique de santé périnatale en disposant d'un système d'information continu, partagé et comparatif pour surveiller la mortalité et la morbidité des enfants prématurés en France.

> Je signe la charte en faveur du Plan Prématurité : <http://www.collectifprematuration.org/index.html#se-mobiliser>

Dr Pascal BOLOT  
Comité de rédaction

## > Attestation de Compétence en Néonatalogie délivrée par la SFN : comment l'obtenir ?

En 1996 a été créé le Diplôme Inter Universitaire de Médecine et Réanimation Néonatales. Ses objectifs étaient, sur le mode des formations Européenne et Américaine, d'assurer un niveau de formation suffisant aux pédiatres prenant en charge des nouveau-nés malades. Compte tenu du besoin de « justifier d'une compétence attestée en Néonatalogie ou en Réanimation Néonatale » pour les Maternités de Niveaux IIB et III, exigée par les décrets 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998, ainsi que de l'exemplarité reconnue de la formation délivrée par le DIU de Médecine et Réanimation Néonatales, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a proposé la création d'un DESC de Néonatalogie. Celui-ci a été structuré et officialisé en 2001.

Sollicité à plusieurs reprises pour une reconnaissance de la compétence en Néonatalogie des praticiens formés mais n'ayant pas pu obtenir le DESC, le Président de la section Formation et Compétences médicales du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNO), avait déclaré l'impuissance du CNO pour donner suite à la demande, tout en y étant favorable, à cause d'un hiatus réglementaire...

Pendant ce temps, l'ouverture des frontières à des pays européens dont les diplômes sont certes équivalents au plan administratif, mais sans que la qualité de la formation n'ait été validée, a entraîné des particularités et une certaine confusion. En effet, la Néonatalogie est parfois reconnue comme spécialité à part entière, différente de la Pédiatrie, et non une sur-spécialité de la Pédiatrie comme nous l'avons voulu pour notre pays. Ainsi, la validation de médecins à diplômes étrangers, qualifiés en Pédiatrie mais non en Néonatalogie, a entraîné une confusion dans l'encadrement de la prise en charge des nouveau-nés malades, d'autres étant qualifiés en Néonatalogie mais non en Pédiatrie...

Afin de répondre aux textes réglementaires, aux sollicitations des Agences Régionales de Santé et à la pertinence de la formation, diplômante, mais dont les lauréats ne peuvent encore attester de cette compétence, la Société Française de Néonatalogie et les commissions pédagogiques du DESC de Néonatalogie et du DIU de Médecine et Réanimation Néonatale ont décidé de créer une **Attestation de Compétence en Néonatalogie** sous l'égide de la SFN.

### Modalités pour l'obtention de la compétence.

La SFN a défini les modalités qui permettent d'attribuer cette Attestation de Compétence. Elle a créé une Commission chargée d'instruire les dossiers des pédiatres qui souhaitent exercer dans les Unités de Néonatalogie, de Soins Intensifs et/ou de Réanimation Néonatale et qui feront acte de candidature pour l'obtention de cette compétence attestée.

Les dossiers devront être déposés auprès de la Commission de Compétence en Néonatalogie de la SFN (Renseignements : [competence.en.neonatalogie@maternite.chu-nancy.fr](mailto:competence.en.neonatalogie@maternite.chu-nancy.fr)). Cette commission est formée par les 3 coordonateurs nationaux du DESC de Néonatalogie, ainsi que de 2 membres désignés par la SFN : un pédiatre libéral et un praticien hospitalier.

Les dossiers sont instruits dans chaque inter région par le comité pédagogique correspondant. Ils sont débattus en réunion plénière au sein de la Commission de Compétence de la SFN.

Les dossiers devront comporter des informations justifiées : diplômes et activités récentes dans un service de Néonatalogie.

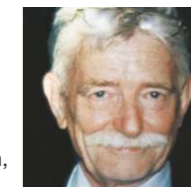
Les critères sont adaptés au niveau de soins où le praticien souhaite exercer. Ils sont disponibles sur le site de la SFN :

<http://www.sfpediatrie.com/groupe-de-specialites/sfn.html>

L'Attestation de Compétence délivrée est valable 5 ans, et renouvelable bien entendu.

### Pr Jean-Michel Hascoët,

Responsable de la Commission de Compétence en Néonatalogie



## > Hommage au Professeur Gilbert Huault (1932 - 2013)

Gilbert Huault est décédé le 28 Août 2013 à l'âge de 82 ans. Cet homme d'exception laisse à la Réanimation, la Néonatalogie, la Pédiatrie, et à tous ceux qui l'ont côtoyé un héritage considérable.

Gilbert Huault a été élevé dans un climat de difficultés propice au travail acharné. Quiconque le côtoie, reconnaît en lui un médecin qui ne s'accorde aucun repos et exige de son entourage un dévouement sans limite pour l'enfant. Sa manière d'enseigner est de montrer l'exemple : temps et énergie ne peuvent compter face à un enfant en détresse. Rigueur, discipline, intransigeance sont les premiers mots qui viennent à l'esprit. « *Noblesse oblige* » disait-il à celui qui osait se plaindre. Son école est celle du don de soi, de l'abnégation. Il est disponible jour et nuit, samedi-dimanche, vacances ou pas vacances, gardes ou pas gardes. Combien il était difficile de répondre aux exigences qu'il imposait, combien ses collaborateurs souffraient sous le fouet de son exemple, mais combien ils étaient fiers de compter parmi ses élèves et de mériter sa confiance. Cette rigueur a été le pilier fondateur de toutes les réanimations pédiatriques. Le second mot qui le caractérise est humilité. Huault enseigne que tout travail est un travail d'équipe. Il apprend à ses collaborateurs à connaître leurs limites et à ne s'approprier un mérite qu'au travers le travail collectif. Le fonctionnement de son service est basé sur l'écoute de chacun. Cette humilité est si ancrée en lui qu'il rejette tous les honneurs. Enfin le mot d'humaniste complète ce tableau. Sa vie est fondée sur une indéfectible foi en l'homme. Toujours à l'écoute de la souffrance des enfants, de celle de leur famille, de son équipe médicale et paramédicale, il fait passer le message d'une rigueur dans le travail basée sur la compassion envers autrui. Cet amour du prochain est à l'origine d'une de ses obsessions : il faut « *avoir le corrigé du devoir* ». Il faut savoir ce que deviennent à long terme nos enfants. Sa hantise est de faire survivre un patient dont la vie, et celle de sa famille, sera sans joie et bâtie sur le malheur. En une boutade il définit la réanimation pédiatrique : « *permettre aux enfants qui nous sont confiés de devenir un jour une grand-mère ou un grand-père dont la vie aura été heureuse* ».

Au cours de l'été 1963 se dessine un tournant décisif : G Huault prend en charge un nouveau-né présentant un tétanos ombilical. Pour la première fois, un nouveau-né est intubé et ventilé. L'enfant guérit après 5 semaines de travail acharné. Le pas est franchi : il vient de démontrer que la ventilation artificielle peut être utilisée chez le tout-petit. En 1964, le Pr Thieffry lui propose la responsabilité l'unité de réanimation de son service à Saint Vincent de Paul. Huault va se consacrer entièrement à cette tâche.

Fort de son expérience, il veut la faire partager dans un esprit fondamentalement pragmatique. C'est ainsi qu'en 1977, naît l'idée d'écrire un livre avec B Labrune. Cet ouvrage "Pédiatrie d'urgence", deviendra un livre de référence. Traduit en plusieurs langues, il sera le compagnon indispensable des pédiatres, généralistes et internes de garde.

Depuis sa retraite, en 1997, il continue de travailler tous les jours à la bibliothèque universitaire. Là encore il montre le chemin aux jeunes étudiants qui le côtoient. A plus de 80 ans il est toujours dans des combats d'avant-garde comme l'organisation du planning familial et la promotion de la médecine pour les plus démunis.

### Pr Denis DEVICTOR

denis.devictor@bct.aphp.fr

NB : Un hommage solennel sera rendu à cet homme d'exception le 10 Mars 2014 à Faculté de Médecine Bicêtre sous l'égide de la Société Française de Pédiatrie, la Société Française de Néonatalogie et la Société de Réanimation de Langue Française et du Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgence Pédiatrique.