



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 PATKAÏ
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@hcuge.ch

> Transports

Docteur Noëlla LODÉ
noella.lode@aphp.fr

Rédacteur en chef de la publication :

Docteur Juliana PATKAÏ

SIÈGE SOCIAL

Service de Néonatalogie
CH Delafontaine, Saint-Denis

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



Sommaire

Éditorial 1

Infections et cancers dus aux Papillomavirus (HPV) en France 2-3

Intérêt de la Procalcitonine (PCT) pour réduire les durées d'antibiothérapie en néonatalogie 3

Les recommandations du GREEN de la SFN sur l'environnement des nouveau-nés hospitalisés 4

Recommandations sur la supplémentation en phosphore par voie entérale 4

Le maintien de certaines maternités est "dangereux" 5

Vers une nouvelle prise en charge en cas d'extrême prématurité en France 6

Ateliers SFN 2019 6

Adhésion SFN pour 2019 6

Éditorial

A propos des fermetures des petites maternités...

Dans ce numéro de la newsletter, nous avons reproduit l'article publié dans le quotidien Le Parisien sur la fermeture des petites maternités et cosigné par la majorité des sociétés savantes françaises qui représentent les professionnels impliqués en périnatalité. Cet article a suscité de nombreuses réactions parfois hostiles mais légitimes. Le souci premier des auteurs était d'insister sur la sécurité de la mère et de son l'enfant qui relève essentiellement de la qualité des soins plus que de la proximité. Les conclusions d'un article récent sur la mortalité fœtale et néonatale en France en relation avec la proximité des lieux d'accouchements vont dans le même sens. Jennifer Zeitlin de l'équipe EPOPé de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique insiste sur le points suivant : après ajustement sur les caractéristiques démographiques individuelles et régionales, **les facteurs socio-économiques (chômage, mère seule au foyer, migrants, manque de moyens de transports...) sont plus déterminants que la seule proximité d'une maternité.** (Pilkington H et al ; European Journal of Public Health).

Afin de réduire les risques de l'éloignement, il faudra veiller à garantir un bon maillage des maternités publiques et privées, favoriser le travail en réseaux ce qui est déjà entrepris par les acteurs régionaux de périnatalité, faciliter les accès aux consultations de suivi de la grossesse en remboursant les déplacements pour les plus démunis, développer les hôtels hospitaliers pour des hébergement à proximité de la maternité à l'approche du terme et écourter les délais de transferts dans de bonnes conditions et par des équipe formées pour les accouchements en urgence en faisant appel aux urgentistes des SAMU et SMUR. Favoriser l'installation des sages-femmes dans les régions éloignées en développant la télé médecine pourrait aussi être une piste de réflexion. L'information du public et des tutelles locales sur ces risques et leurs causes ainsi que l'adhésion et la préparation du personnel qui travaille dans ces petites structures paraissent essentielles et supérieures aux seuls slogans politiques. Soucieuse que la démagogie seule puisse l'emporter sur le rationnel, la SFN invite ses membres à mener des réflexions, et œuvrer avec tous les professionnels de la périnatalité afin de garantir une sécurité de l'accouchement aux femmes vivant dans les régions isolées.

Professeur Elie Saliba

Président de la Société Française de Néonatalogie
Président de l'European Association of Perinatal Medicine

Professeur Jean-Christophe Rozé

Vice-président de la SFN

> Infections et cancers dus aux Papillomavirus (HPV) en France : Appel des sociétés médicales Collectif scientifique pour la vaccination HPV universelle



Communiqué de presse - Paris, mars 2019

Le papillomavirus est responsable de nombreux cancers et d'autres maladies touchant l'homme et la femme. Si la France a réalisé un premier pas avec la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, les sociétés médicales signataires, regroupées dans un collectif scientifique, insistent aujourd'hui sur l'urgence :

- d'organiser un dépistage efficace (accès, utilisation des tests HPV),
- d'augmenter la couverture vaccinale des populations déjà ciblées en rétablissant activement la vérité scientifique et donc la confiance vis-à-vis de ces vaccins actifs et très bien tolérés,
- de lancer la vaccination universelle gratuite ou remboursée, sans distinction de sexe ou de risque, pour protéger filles et garçons, réduire les inégalités et participer, avec les autres pays, à l'élimination des cancers HPV induits, en suivant la recommandation de l'OMS.

Chaque année, en France, les papillomavirus humains (« HPV ») sont à l'origine de :

- Plus de 6 300 cancers : col de l'utérus (2900), pharynx (amygdales, 1400), anus (1512), vulve, vagin, pénis (500).
 - Environ 30 000 lésions précancéreuses du col dont les traitements ne sont pas sans conséquences (risque accru d'accouchement prématuré et/ou de fausses couches).
 - Environ 100 000 diagnostics de papillomatoses laryngées et de verrues génitales, avec des récurrences fréquentes et des traitements ayant un impact sur la vie sexuelle et affective.
- Ces maladies représentant aussi un coût important pour la collectivité : > 500 millions €/an⁽²⁾.

La vaccination HPV est déjà recommandée et remboursée en France pour 3 populations :

- Les jeunes filles de 11 à 14 ans (rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus)
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), jusqu'à 26 ans
- Les patients immunodéprimés

Cette politique de prévention peine à atteindre ses objectifs : la couverture vaccinale chez les jeunes filles avoisine les 20 %⁽¹⁾, loin de l'objectif fixé par le plan Cancer (60%). Dans ces conditions, les jeunes filles insuffisamment vaccinées, et les jeunes garçons, qui ne bénéficient ni de la vaccination, ni d'une protection indirecte via une couverture vaccinale élevée chez les filles (immunité de groupe), ni d'un dépistage sont particulièrement exposés au risque d'infection par les papillomavirus : un tiers des cancers liés aux HPV⁽¹⁾ et la moitié des verrues génitales touchent les hommes.

Nécessité d'une politique de vaccination ambitieuse pour les jeunes filles et les garçons

Dans ce contexte, le collectif soutient la décision de la Ministre des Solidarités et de la santé de saisir la Commission technique des vaccinations (CTV) de la Haute autorité de santé afin d'évaluer la pertinence d'une recommandation dite de vaccination universelle. Celle-ci devrait permettre une prise en charge de la vaccination de l'ensemble des filles et garçons. Cette politique vaccinale aurait 2 avantages :

- Permettre de proposer à tous, filles et garçons, un accès équitable à la vaccination HPV, dans un objectif de prévention directe contre les maladies causées par ces virus.
- Renforcer le phénomène d'immunité de groupe, les garçons vaccinés se protégeant et protégeant indirectement les filles. Cette protection indirecte des jeunes filles par les garçons est particulièrement importante dans un pays comme la France où la couverture vaccinale demeure faible.

Cette décision ne doit pas être retardée comme on nous le laisse entendre⁽³⁾.

Dès aujourd'hui, les données scientifiques et médico-économiques sont déjà abondantes et disponibles. Elles permettent la prise de décision que la santé des femmes et des hommes de notre pays exige. Un décalage dans le temps placerait une nouvelle fois la France comme un pays à contre-courant sur cette vaccination HPV : plus de 20 pays développés ont déjà adopté une stratégie de vaccination universelle et plusieurs pays européens, malgré des couvertures vaccinales élevées chez les filles, ont récemment accéléré la mise en oeuvre de cette politique (Allemagne, Grande-Bretagne, Danemark, Irlande)^(4,5). Les Etats-Unis vaccinent les garçons et les filles, avec une couverture vaccinale au moins deux fois plus élevée que celle de la France⁽⁶⁾.

Dans le Livre Blanc des premiers Etats généraux de la prévention des cancers, publié en novembre 2018, la Ligue Contre le Cancer et le conseil économique social et environnemental, en partenariat en particulier avec l'INCA et Santé Publique France, appellent à proposer systématiquement la vaccination HPV aux garçons et aux filles.⁽⁷⁾

Le collectif lance aujourd'hui un appel aux pouvoirs publics, à la communauté médicale, à la société civile, aux associations de patients et aux médias :

Ensemble, mobilisons-nous pour éliminer, en France, les cancers liés aux HPV. Les moyens pour atteindre cet objectif sont connus : déployer et faire évoluer rapidement la politique de dépistage du cancer du col de l'utérus, mettre en oeuvre une politique vaccinale ambitieuse pour les jeunes filles et les garçons.

A chacun aujourd'hui de prendre ses responsabilités pour que nous puissions offrir une chance égale à tous et remporter collectivement une formidable et historique victoire contre le cancer. La France ne doit pas rester attentiste à prévenir ces cancers évitables et le dernier pays du monde à laisser s'installer une perte de chance inégalitaire entre garçons et filles.

Contacts presse : - Alexandra Deleuze : 01 45 03 56 58 – a.deleuze@lajcom.net
- Sabrina Oulmas : 01 45 03 50 32 – s.oulmas@lajcom.net



- 1 INCa : Papillomavirus et Cancer, Juillet 2018 https://www.e-cancer.fr/content/download/240202/3301879/file/Papillomavirus_et_cancer_mel_20180704.pdf
- 2 Abramowitz L, et al. (2018) Epidemiological and economic burden of potentially HPV-related cancers in France. *PLoS ONE* 13(9): e0202564. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202564>
- 3 Programme de Travail HAS (Octobre 2018) https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/programme_de_travail_has_vd.pdf
- 4 Takla et al *Bundesgesundheitsbl* 2018 · 61:1170–1186 : Background paper for the recommendation of HPV vaccination for boys in Germany
- 5 Kmiotowicz: *BMJ* 2018;362:k3237 doi: 10.1136/bmj.k3237 (Published 24 July 2018): Boys in England to get HPV vaccine from next year6 HPV Vaccination for Cancer Prevention: Progress, Opportunities, and a Renewed Call to Action. A Report to the President of the United States from the Chair of the President's Cancer Panel. Bethesda (MD): President's Cancer Panel; 2018 Nov. <https://prescancerpanel.cancer.gov/report/hpvupdate>
- 7 Proposition 10 issues des ateliers des États généraux de la prévention des cancers : https://www.ligue-cancer.net/article/47726_decouvrez-le-livre-blanc-des-premiers-etats-generaux-de-la-prevention-des-cancers

> Intérêt de la Procalcitonine (PCT) pour réduire les durées d'antibiothérapie en néonatalogie : Étude PROABIS

Pr Delphine Mitanchez

L'infection bactérienne secondaire ou tardive (late onset sepsis, LOS) est une infection bactérienne ou fongique acquise après la naissance, d'origine communautaire ou nosocomiale avec, selon les critères du CDC (Centers for Disease Control and Prevention), une recherche bactérienne ou fongique positive dans au moins une hémoculture ou les urines ou le liquide céphalo-rachidien. Selon les études, la période à partir de laquelle on considère le LOS est variable entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jour de vie. L'incidence est très variable selon les centres et les études, entre 0,6 et 27,6%⁽¹⁾.

Il y a peu de preuves dans la littérature au sujet de la durée optimale de l'antibiothérapie en cas de LOS avec culture bactérienne positive chez le nouveau-né. L'arrêt des antibiotiques est préconisé après 36 à 48h lorsque l'enfant est asymptomatique et que les cultures sont négatives. La durée de l'antibiothérapie préconisée dans la littérature en cas d'hémoculture positive est de 10 à 14 jours selon le type de germe⁽²⁾. Ces recommandations ne reposent sur aucune donnée scientifique. La durée optimale de l'antibiothérapie dans les infections tardives du nouveau-né, documentées ou non sur le plan bactérien, n'est donc actuellement pas démontrée.

L'antibiothérapie prolongée a des effets particulièrement délétères chez le nouveau-né. Elle diminue la diversité du microbiote ce qui est associé au risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN)⁽³⁾, elle augmente aussi le risque de LOS et de décès. Il semble qu'à moyen terme l'altération du microbiote modifie le développement du système immunitaire et favorise l'apparition de l'asthme, des allergies et du diabète de type 1, mais aussi de l'obésité⁽⁴⁾.

Plusieurs essais cliniques chez l'adulte ont montré que l'utilisation de la procalcitonine (PCT) intégrée à un algorithme spécifique permettait de diminuer la durée de l'antibiothérapie au cours des infections respiratoires ou des sepsis. Parmi elles, deux grandes études randomisées, avec un groupe de patients traités selon les protocoles habituels et un groupe pour lequel l'antibiothérapie était arrêtée en dessous d'une valeur seuil de la PCT, ont évalué l'intérêt de la PCT pour réduire la durée de l'antibiothérapie chez des adultes hospitalisés en réanimation. Dans les deux cas, la durée du traitement était significativement diminuée d'environ 2 à 3 jours) sans augmentation de la mortalité^(5,6).

Aucune étude à ce jour n'a évalué l'utilisation de la PCT pour guider individuellement la durée de l'antibiothérapie dans l'infection tardive du nouveau-né. Dans ce contexte, nous avons proposé une étude nationale randomisée multicentrique (35 centres) avec pour objectif d'inclure 2162 patients. Notre hypothèse est que l'utilisation de la PCT dans l'infection bactérienne tardive du nouveau-né pour guider la durée de l'antibiothérapie doit permettre de réduire la durée de celle-ci de 30%, sans augmenter le nombre de décès ou de récurrences infectieuses. L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité de l'utilisation de la PCT sur la durée de traitement antibiotique comparée aux protocoles habituels, évaluée par le nombre de jours cumulés d'antibiotiques défini par le nombre de jours entre le début et la fin du traitement, incluant le traitement des récurrences de l'infection. Les objectifs secondaires sont

d'évaluer la non infériorité de la stratégie basée sur le dosage de la PCT sur la mortalité et sur la récurrence de l'infection dans les 72h suivants l'arrêt du traitement. Ce protocole de recherche inclura tous les nouveau-nés de plus de 24 SA, âgés de plus de 96 h de vie et de moins d'un mois d'âge post-conceptionnel, avec un poids à l'inclusion $\geq 1000g$, pour lesquels un diagnostic d'infection bactérienne très probable ou prouvée a été posé et pour lesquels le traitement antibiotique est poursuivi au-delà de 48h. Les infections sévères (méningites, choc septique) ou nécessitant une antibiothérapie prolongée (endocardite, infection osseuse, abcès...) sont exclues de l'étude. Pour le groupe contrôle, le dosage de la PCT pourra être utilisé pour le diagnostic de l'infection, mais ne sera plus réalisé après randomisation dans ce groupe et la prise en charge et le traitement de l'infection seront réalisés selon le protocole habituel du service. Pour le groupe expérimental, le dosage de la PCT sera réalisé au cours du deuxième jour suivant la première dose d'antibiotiques (randomisation), puis tous les deux jours et le traitement sera arrêté quand la PCT sera $\leq 0,5$ ng/mL.

Les antibiotiques sont nécessaires et indispensables pour la survie dans un certain nombre de situations cliniques néonatales, mais leur utilisation doit être raisonnée et raisonnable pour limiter les effets délétères en particulier l'émergence de bactéries multi-résistantes.

La durée de l'antibiothérapie dans le LOS du nouveau-né est définie arbitrairement et l'utilisation d'un biomarqueur comme la PCT pourrait être un moyen d'ajuster individuellement la durée de l'antibiothérapie dans le LOS.

L'étude PROABIS est une étude Clinique Randomisée Contrôlée faisant l'objet d'un PHRC national.

- Investigateur Principal : Pr Delphine Mitanchez
- Responsable Scientifique : Pr Christèle Gras-Leguen
- Promoteur : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Les inclusions ont débuté en février 2019 et devraient se poursuivre jusqu'en septembre 2021.

Références :

1. Dong Y, Speer CP. Late-onset neonatal sepsis: recent developments. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015;100(3):F257-63.
2. Russell AB, Sharland M, Heath PT. Improving antibiotic prescribing in neonatal units: time to act. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97(2):F141-6.
3. Fjalstad JW, Esaiassen E, Juvet LK, van den Anker JN, Kligenberg C. Antibiotic therapy in neonates and impact on gut microbiota and antibiotic resistance development: a systematic review. *J Antimicrob Chemother.* 2017.
4. Cotten CM. Adverse consequences of neonatal antibiotic exposure. *Curr Opin Pediatr.* 2016;28(2):141-9.
5. Bouadma L, Luyt CE, Tubach F, Cracco C, Alvarez A, Schwebel C, et al. Use of procalcitonin to reduce patients' exposure to antibiotics in intensive care units (PRORATA trial): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2010;375(9713):463-74.
6. de Jong E, van Oers JA, Beishuizen A, Vos P, Vermeijden WJ, Haas LE, et al. Efficacy and safety of procalcitonin guidance in reducing the duration of antibiotic treatment in critically ill patients: a randomised, controlled, open-label trial. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(7):819-27.

> Les recommandations du GREEN de la SFN sur l'environnement des nouveau-nés hospitalisés : une nécessité pour soutenir leur développement et leur famille

Pierre Kuhn, Jacques Sizun, Charlotte Casper

Les neurosciences ont permis de mieux appréhender les relations complexes existantes entre l'environnement et le développement cérébral. Elles plaident pour une adaptation des caractéristiques de l'environnement aux capacités de perception et aux attentes sensorielles des nouveau-nés hospitalisés. Le développement cérébral est en partie sous l'influence de facteurs génétiques mais la période d'hospitalisation des nouveau-nés grands prématurés est une période critique du développement cérébral où les stimulations auxquelles ils sont exposés, peuvent avoir un effet déterminant. Cet environnement non écologique, source de dys-stimulations et pourvoyeur de séparation enfant/parents et de stress peut avoir des conséquences néfastes ultérieures dont l'impact peut être minoré grâce aux stratégies de soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. Le Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement du Nouveau-né (GREEN), commission multidisciplinaire de l'environnement des soins de la SFN incluant des représentants des parents, a été constitué pour élaborer des recommandations basées sur les niveaux d'évidence de la littérature scientifique (sensorialité du nouveau-né, vécu et attente des familles, évaluation de l'efficacité de programme de soins de développement centrés sur l'enfant et sur sa famille) et sur une évaluation du terrain et/ou du vécu parental. Elles visent à aider les équipes de néonatalogie à harmoniser et faire évoluer de façon consensuelle leurs pratiques de soins pour qu'elles correspondent aux attentes développementales des nouveau-nés et aux besoins des familles. Elles devraient aussi permettre aux équipes de s'appuyer sur des recommandations «normatives» notamment au niveau architectural.

Le GREEN a été très actif dans les derniers mois. Trois textes ont été publiés dans la revue francophone Perfectionnement en Pédiatrie des Archives de Pédiatrie: « La famille en néonatalogie » et « Peau à peau et portage en néonatalogie» (Juin 2018) «Besoins des familles » (Décembre 2018). Un texte de présentation de la méthodologie du GREEN et de diffusion des premières recommandations sur l'architecture a été publié dans Acta Paediatrica (Novembre 2018). Par ailleurs, un éditorial de présentation et plusieurs nouvelles recommandations, comme celles déjà publiées, sont en accès libre, pour la plupart dans leurs versions longues et courtes sur le site de la SFN : « Peau à peau en néonatalogie », « Hygiène et topiques en néonatalogie », « Environnement lumineux idéal en néonatalogie », «Préparation à la sortie d'hospitalisation des nouveau-nés vulnérables ». Une actualisation régulière sera faite au fur et à mesure des sorties des nouveaux textes en préparation : « Posture en néonatalogie », « Quels dispositifs utiliser en complément de la pratique du peau-à-peau pour assurer l'homéothermie du nouveau-né prématuré ou à terme ? » qui sont en relecture externe actuellement. Le GREEN remercie vivement tous les relecteurs nombreux pour leur aide passée et à venir. Ils contribuent à la qualité des recommandations portées. Nous espérons que ces recommandations seront un support pour les équipes engagées au quotidien auprès des nouveau-nés hospitalisés pour améliorer l'environnement hospitalier, l'accueil de leur famille et ainsi la qualité des soins délivrés aux nouveau-nés. Pour finir, merci de continuer à soutenir l'utilisation du questionnaire sur le vécu parental élaboré par le GREEN, avec le CIANE et SOS Préma (<http://enquetepremas.ciane.net>), qui est un outil essentiel de l'évaluation du vécu des familles.

> Recommandations sur la supplémentation en phosphore par voie entérale

Contexte :

Des accidents graves lors de l'utilisation de PHOSPHONEUROS[®], solution buvable en gouttes, liés à des erreurs de prescription et de dilution (conduisant à l'administration de doses toxiques, voire létales de phosphore), ont été rapportés chez des nouveau-nés prématurés (cf « news letter » de la SFN de décembre 2017).

Besoins en phosphore chez le nouveau-né prématuré :

Une supplémentation en phosphore peut-être nécessaire chez le prématuré dans certaines situations où les besoins ne sont pas couverts par la nutrition entérale.

Cette supplémentation est indispensable notamment chez le prématuré présentant un retard de croissance intra-utérin important nécessitant une fortification en phosphore après l'arrêt de la nutrition parentérale dans les situations suivantes :

- Ostéopénie, rachitisme,
- Hypophosphorémie (< 1,6 mmol/l) ou hypophosphaturie (< 1,1 mmol/l)

PHOSPHONEUROS[®] peut alors être utilisé par voie orale pendant une période transitoire en réévaluant régulièrement (1 fois/semaine) la nécessité de poursuivre le traitement.

Prescription et protocole d'utilisation de PHOSPHONEUROS[®], solution buvable en goutte chez le nouveau-né prématuré :

Lors de la prescription de PHOSPHONEUROS[®], il est important de raisonner en phosphore élément, de prescrire en mg de phosphore et de convertir en goutte.

PHOSPHONEUROS[®] est désormais disponible avec une nouvelle pipette doseuse graduée de 5 gouttes en 5 gouttes jusqu'à 30 gouttes : **1 goutte correspond à 0,03 ml soit 7,9 mg de phosphore élément. Attention, la pipette doseuse n'est pas calibrée comme un compte-goutte.**

Les posologies nécessaires vont de 30 mg/kg/j jusqu'à un maximum de 60 mg/kg/j correspondant à 4 gouttes/kg/j jusqu'à un maximum de 8 gouttes/kg/j données au mieux en 3 à 4 prises/j pour améliorer l'absorption.

La sécurisation de l'administration chez le prématuré recommande de ne pas prescrire en ml mais en gouttes en répartissant le nombre de prises afin d'obtenir un compte juste multiple de 5 pour utiliser la pipette sans faire de dilution intermédiaire. De ce fait, il peut être nécessaire de réduire le nombre de prise à 2 voire 1/j pour les bébés de moins de 1,5 kg.

Lors de l'administration à l'enfant, le produit peut être dilué dans de l'eau pure ou sucrée afin de faciliter son administration par voie buccale ou dans la sonde gastrique. Le produit PHOSPHONEUROS[®] ne doit pas être dilué dans du lait.

> Le maintien de certaines maternités est "dangereux"

Dans une tribune au Parisien du 24 février 2019, des représentants de médecins en charge des maternités alertent sur la qualité inégale du réseau périnatal

« On voit se multiplier les communiqués d'associations, de collectifs et d'élus locaux dénonçant la fermeture des petites maternités. Leur inquiétude quant à l'égalité d'accès aux services publics sur tout le territoire est légitime. Mais en tant que représentants des médecins en charge des maternités, nous sommes inquiets du maintien de certaines maternités mettant en danger la vie des femmes et des nouveau-nés.

La question qui doit prévaloir est la capacité de la maternité d'offrir une organisation vingt-quatre heures sur vingt-quatre répondant aux critères de qualité-sécurité de la Haute Autorité de santé. La proximité n'est pas le seul élément de sécurité, mais c'est bien la qualité du réseau périnatal, le recours aux ressources humaines médicales nécessaires qui doit en permanence assurer une qualité égale sur tous les territoires.

Depuis 1998, le secteur hospitalier a connu une restructuration profonde mais le seuil minimal de ressources humaines recommandé pour assurer la sécurité et la qualité des activités non programmées en gynécologie-obstétrique n'est pas mis en place partout, notamment du fait d'une démographie médicale défavorable. Nous assistons à une dégradation des conditions d'exercice dans les hôpitaux, avec pour conséquence une désaffection de l'activité obstétricale, une fuite des médecins et la difficulté de recruter.

Ne pas accepter les restructurations, c'est passer sous silence l'assouplissement de critères de sécurité où des maternités fonctionnent parfois sans pédiatre de garde, la baisse de niveau de qualification des acteurs, la multiplication des contrats intérimaires aux coûts onéreux qui, malgré leur aide, ne peuvent remplacer une équipe multidisciplinaire stable. Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de 2016, les équipes médicales ont travaillé sur le projet médical de territoire tenant compte des contraintes et spécificités démographiques de chaque territoire. Nous déplorons que trop souvent le projet retenu par l'agence régionale de santé soit le reflet de l'avis politique et non des soignants. Pour répondre à l'équation proximité-sécurité, la solution réside dans la réunion des acteurs territoriaux pour constituer un projet associant les centres hospitaliers, cliniques, maternités, centres périnataux de proximité, médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes.

Le maillage des maternités publiques et privées permet déjà de garantir la facilité d'accès pour l'accouchement. Mais la proximité, c'est aussi l'amélioration de la voirie, la qualité des moyens de transfert, et à cet égard, les urgentistes des Samu et des Smur jouent un rôle essentiel. C'est aussi l'alternative de transport par hélicoptère ou l'offre d'hébergement temporaire à proximité des maternités. Ces solutions fonctionnent déjà dans les pays nordiques et aux États-Unis. L'évolution est nécessaire pour la sécurité des patientes, et nous comprenons leur

crainte qu'il convient d'apaiser dans une discussion ouverte et objective. Refusons la démagogie et construisons l'avenir avec les patients, les soignants, et les élus responsables.»

- **Christian-Michel Arnaud**, Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs,
- **François Braun**, Samu-Urgences de France,
- **Xavier Capdevila**, Société française d'anesthésie et de réanimation,
- **Denis Cazaban**, Syndicat des médecins anesthésistes-réanimateurs non universitaires,
- **Olivier Claris**, chef de service de néonatalogie et de réanimation néonatale au CHU de Lyon,
- **Thierry Debillon**, Société française de médecine périnatale,
- **Jeremy Do Cao**, Association des juniors en pédiatrie,
- **Bertrand de Rochambeau**, Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France,
- **Laurent Heyer**, Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation,
- **Pascale Le Pors**, Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France,
- **Emmanuel Loeb**, Jeunes médecins,
- **Israël Nisand**, Collège national des gynécologues et obstétriciens français,
- **Renaud Péquignot**, Avenir hospitalier,
- **Benoît Plaud**, Collège national des enseignants d'anesthésie-réanimation,
- **Jean-Christophe Rozé**, professeur de pédiatrie à l'université de Nantes,
- **Élie Saliba**, Société française de néonatalogie,
- **Gabriel Saiydoun**, Conseil national des jeunes chirurgiens,
- **Michèle Scheffler**, Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique,
- **Jacques Trévidic**, Confédération des praticiens des hôpitaux et d'Action praticiens hôpital,
- **Franck Verdonk**, Syndicat des jeunes anesthésistes-réanimateurs,
- **Anne Wernet**, Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs



> Vers une nouvelle prise en charge en cas d'extrême prématurité en France

Pierre-Yves ANCEL^{1,2}, pour le groupe de travail "Extrême Prématurité" SFMP, CNGOF, SFN.

La prématurité extrême, définie par une naissance entre 22 et 26 semaines d'aménorrhée (SA), concerne 0,2 à 0,3% des naissances, soit environ 1600 naissances vivantes par an en France. Ces naissances, certes peu nombreuses, sont néanmoins au centre du questionnement périnatal par les enjeux médicaux et éthiques qu'elles suscitent. La question de la prise en charge optimale à proposer à cette population reste entière.

En France, la survie des extrêmes prématurés était inférieure à celle d'autres pays tels que la Suède, les Etats-Unis, l'Australie ou le Japon. Les résultats de ces études montrent qu'une prise en charge dite « active » s'accompagne d'une augmentation des naissances vivantes et d'une amélioration de la survie. Cependant, les pratiques périnatales doivent être évaluées en fonction des résultats à long terme. Des études, encore trop peu nombreuses, suggèrent qu'une prise en charge périnatale active à des âges gestationnels extrêmement bas améliore la survie sans augmenter le risque de déficience chez les enfants ayant survécu. Comme ces résultats se limitent à un petit nombre de pays, la Suède, les États-Unis et le Japon, et en l'absence de données détaillées sur les résultats cognitifs à long terme, leur généralisation doit être prudente.

Le pronostic des enfants nés très prématurément dépend de l'âge gestationnel (AG) à la naissance et du poids de naissance, mais aussi de facteurs liés au fœtus, à la grossesse ou à la prise en charge périnatale. Au-delà des interventions potentiellement bénéfiques à la disposition de l'équipe obstétricale (corticothérapie à visée maturative, césarienne d'indication fœtale, sulfate de magnésium), la volonté de l'équipe périnatale de tout mettre en œuvre pour une prise en charge active de l'enfant ainsi que la qualité de la prise en charge postnatale et l'intégration des parents sont autant d'éléments déterminants à ces âges gestationnels très précoces.

Bien qu'il n'y ait pas de recommandations, il n'y a quasiment pas en France de réanimation avant 24 SA. Nos pratiques actuelles mais également le choix des facteurs qui doivent guider les décisions des équipes périnatales doivent être rediscutés et harmonisés au regard des données récentes de la littérature.

Un groupe de travail constitué à l'initiative de la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) et regroupant des experts du Collège National de Gynécologie Obstétrique Français (CNGOF) et de la Société Française de Néonatalogie (SFN), a proposé, en lien avec les associations de parents (SOS Préma, SPAMA, Jumeaux et Plus) et d'usagers (CIANE), de nouvelles propositions sur la prise en charge de ces extrêmes prématurés.

Le groupe de travail s'est notamment fixé pour objectif d'écrire un texte de propositions sur la prise en charge de ces enfants, le comment et les conditions permettant ces changements. Ce texte propose une aide à la décision dans la prise en charge de ces naissances. Il pose comme principes : l'administration de la corticothérapie indépendamment de la prise en charge (active ou palliative) ; une évaluation pronostique et une décision collégiale, hors contexte de l'urgence ; un consensus sur l'information à délivrer aux parents avant d'aller les informer et de recueillir leur avis. Cette démarche, suppose une cohérence de la prise en charge avant, pendant et après la naissance et l'existence d'une étroite collaboration obstétrico-pédiatrique, essentielle pour construire avec les futurs parents le projet d'accueil de leur enfant. Elle ne pourra être applicable qu'après discussion au sein de chaque réseau, le cas échéant, en lien avec les ARS. Enfin, comme toute proposition de changement des pratiques, elle devra faire l'objet d'une évaluation rigoureuse de son implication et de ses impacts sur la famille et le pronostic des enfants.

1. Equipe d'Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique, EPOpé, Centre de Recherche Epidémiologie et Statistiques (U1153), INSERM, Paris, France; Université Paris Descartes, Paris, France
2. CIC P1419, Hôpitaux Universitaires Paris Centre, Paris, France

> Annonce des Ateliers SFN 2019

Prochaines dates des ateliers de la SFN :



- 8 octobre 2019
- 22 novembre 2019

Lieux :

Maison de la Réanimation
48 avenue Claude Vellefaux, 75010 PARIS

Thèmes :

- > Les thèmes de ces ateliers sont en cours de finalisation

> Adhésion SFN pour 2019

www.societe-francaise-neonatalogie.fr



Pour le renouvellement ou votre adhésion, souscrivez en ligne en complétant le questionnaire dans la partie « Devenir Adhérent » et procédez au règlement par carte bancaire.