



## 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 PATKAÏ**  
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 KUHN**  
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 DURMEYER**  
xavier.durmeyer@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 PATKAÏ**

## SIÈGE SOCIAL

Service de Néonatalogie  
CH Delafontaine, Saint-Denis



## Sommaire

Éditorial.....	1
Dépistage du déficit MCAD.....	2-3
Allaitement maternel et Pollution.....	4
Actualités des Groupes de Travail de la SFN	
▪ Cartographie des risques en réanimation.....	4
▪ Commission Simulation de la SFN.....	5
▪ Niveaux de soins et actes marqueurs en Néonatalogie.....	5
▪ Pédiatrie en Maternité.....	6
▪ Groupe de travail DOULEUR.....	6
Actualités du site internet de la SFN.....	7
Adhésion SFN pour 2021.....	7
Annonces Congrès.....	8/10

## Éditorial

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

Le bureau de la SFN vous souhaite une bonne année 2021, en l'espérant plus apaisée que l'année 2020 ! Dans cette lettre, vous trouverez un certain nombre d'informations qui je l'espère vous seront utiles.

Les Journées Francophones de Recherche en Néonatalogie ont dû être reportées au 9 et 10 Décembre 2021. Nous espérons qu'elles pourront se faire en présentiel. Pour maintenir une activité de communication scientifique, la commission scientifique de la SFN organise deux webinars les 11 mars et 1<sup>er</sup> Avril 2021. La crise sanitaire liée à la Covid-19 nous a obligés à amplifier le mouvement vers le distanciel. Ces deux webinars seront organisés via Zoom, où 300 places seront disponibles. Le webinar du 11 mars sera consacré à l'actualité COVID19, celui du 1<sup>er</sup> avril au canal artériel du prématuré. Pour participer, une inscription préalable sera nécessaire, selon la règle premiers inscrits premiers servis, mais prioritairement pour les membres à jour de leur cotisation à la SFN. Concernant les cotisations, nous avons créé une possibilité d'adhésion pour les internes et pour les professions non médicales au tarif de 20 euros annuel. Selon le succès de ces webinars, la SFN en proposera d'autres au fil du temps. Jusqu'à l'été, il n'y aura pas d'atelier en présentiel. Nous espérons reprendre cette activité à la rentrée universitaire 2021.

La SFN est active. Durant la crise Covid-19, elle a participé aux recommandations émises par la DGS et a publié un certain nombre de recommandations, dont certaines, en partenariat avec les associations de parents et la DGS. Ces recommandations sont disponibles sur notre site. Une réflexion a été engagée dès le premier mois de l'épidémie pour maintenir, tant que faire se peut, l'accès des parents dans les services de néonatalogie alors que l'épidémie de COVID-19 imposait et impose des mesures de confinement et des restrictions d'accès dans les hôpitaux. Les nouveau-nés hospitalisés nécessitent la poursuite des soins de développement centrés sur l'enfant et ses parents dont l'impact à court et moyen terme est scientifiquement démontré !

La SFN est active. Plusieurs groupes de travail ont été lancés après appel à candidatures et objectifs de travail définis. Ces groupes concernent 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 en réanimation. Ces groupes sont actifs et permettent à de nombreux adhérents de participer. Le groupe simulation continue à être productif avec en préparation la nouvelle édition du livret de réanimation du nouveau-né en SDN actualisé sur les recommandations de ILCOR 2020. La SFN est un lieu de discussions passionnantes et passionnées. Ainsi, devant la difficulté de mettre en place des sorties précoces des unités de néonatalogie en organisant la prise en charge à domicile, un débat a fait émerger deux propositions : développer des équipes mobiles de néonatalogie à domicile ou adapter le fonctionnement des hôpitaux à domicile afin de permettre aux extrêmes prématurés de finir leur hospitalisation à domicile !

La SFN est constituée de plus de 300 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 active !

**Jean-Christophe Rozé**

Président de la Société Française de Néonatalogie

## > Le dépistage du déficit MCAD intègre le dépistage néonatal systématique en France à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2020

Pr François LABARTHE,

Centre de référence Maladies Héréditaires du Métabolisme, CHU Tours

La HAS a publié en juin 2011 une recommandation pour l'extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD. La mise en place de ce nouveau dépistage a pris du temps (plus de 9 ans !), car elle a nécessité une refonte complète de l'organisation du dépistage néonatal français, mais ce nouveau dépistage est maintenant effectif depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2020 (publication du JO du 15 novembre 2020).

Le déficit en MCAD (pour Medium-Chain AcylCoA Dehydrogenase, enzyme spécifique de la 1<sup>ère</sup> réaction de la  $\beta$ -oxydation des acides gras à chaîne moyenne) fait partie des déficits de la  $\beta$ -oxydation des acides gras. Chez l'homme, les acides gras sont principalement à chaîne longue, qu'ils proviennent de l'alimentation ou des réserves endogènes (tissu adipeux). L'oxydation des acides gras se fait dans la mitochondrie par la répétition de 4 réactions enzymatiques successives (= « un tour de  $\beta$ -oxydation ») permettant de réduire l'acide gras initial de 2 carbones avec production d'une molécule d'acétyl-CoA, substrat énergétique du cycle de Krebs puis de la chaîne respiratoire pour produire de l'ATP (cf. Figure 1). Ces enzymes sont spécifiques de la longueur de chaîne carbonée de l'acide gras. Ainsi, pour la 1<sup>ère</sup> réaction, il existe 3 enzymes différentes selon que l'acide gras est à chaîne longue (VLCAD), moyenne (MCAD) ou courte (SCAD). Au niveau hépatique, l'oxydation des acides gras est indispensable à la synthèse des corps cétoniques. La source exogène d'acides gras à chaîne moyenne chez l'homme se limite quasi-exclusivement à la noix de coco et il n'existe pas de source endogène, les triglycérides à chaîne moyenne ne pouvant pas être stockés dans le corps humain. En cas de déficit génétique en MCAD (maladie autosomique récessive), les acides gras à chaîne longue ne peuvent être que partiellement oxydés (seuls les premiers tours de  $\beta$ -oxydation sont possibles) avec une production très limitée de corps cétoniques. Lors du jeûne, le glucose devient rapidement le seul substrat énergétique permettant de fournir de l'ATP, expliquant ainsi la physiopathologie de ce déficit qui aboutit à une hypoglycémie hypocétosique de jeûne. Les acides gras à chaîne moyenne exogènes ne peuvent pas du tout être oxydés. La présentation clinique classique est celle d'une hypoglycémie hypocétosique de jeûne, survenant chez un nourrisson (3 à 24 mois), favorisée par le jeûne ou une infection intercurrente, et aboutissant à un malaise évoluant vers un coma [1]. Une hépatomégalie avec insuffisance hépatocellulaire ou hyperammoniémie est possible, des signes cardiaques ou musculaires associés sont plus rares. La fin de grossesse peut être marquée par un HELLP syndrome ou une stéatose gravidique. Il existe une forme néonatale plus sévère, pouvant être responsable d'une mort subite dès les premiers jours de vie (y compris avant d'avoir le résultat du dépistage néonatal systématique), mais qui reste heureusement exceptionnelle. Enfin, il existe également des formes tardives adultes, rares, associant des signes

d'encéphalopathie hépatique, une rhabdomyolyse et des troubles du rythme cardiaque, souvent déclenchés par des circonstances favorisantes (ex : alcoolisation aiguë). Ces diagnostics cliniques s'accompagnent d'une forte mortalité (10 à 25% des patients) et de séquelles neurologiques graves chez les survivants (5 à 15% des survivants) [2]. Le diagnostic est confirmé par le profil des acylcarnitines sanguins (sensibilité 97%) montrant une forte élévation du dérivé à 8 carbones (C8, ou octanoylcarnitine) et dans une moindre mesure du C6 et C10, avec augmentation des ratios C8/C10 et C8/C2 [1,3]. La chromatographie des acides organiques urinaires montre la présence de dérivés dicarboxyliques à chaîne moyenne, mais est moins sensible (Sensibilité 75%). Le diagnostic doit être confirmé par le génotypage, avec une mutation commune (c.985A>G) à l'état homozygote (forme sévère sans activité enzymatique résiduelle) chez la grande majorité ( $\approx$ 75%) des patients diagnostiqués cliniquement, ou à l'état hétérozygote composite (15-20% des patients).

Le dépistage néonatal systématique (basé sur le dosage sanguin du C8) a largement démontré son efficacité sur la prévention de la mortalité et de la morbidité du déficit MCAD qui deviennent quasiment nulles. Par contre, il permet de diagnostiquer 2 à 4 fois plus de patients. Parmi eux, un grand nombre avec de nouvelles mutations autres que la mutation commune, correspondant à des formes modérées, voire asymptomatiques, et pour lesquels il sera parfois difficile de savoir s'ils sont réellement malades [2,3]. Dans les cas douteux, la mesure de l'activité enzymatique résiduelle permettra de trancher sur le caractère pathogène ou non de la mutation.

La filière de santé G2M (<http://www.filiere-g2m.fr>) et la SFEIM (<http://www.sfeim.org>) ont développé une boîte à outils « Dépistage MCAD » disponible online contenant tous les outils nécessaires pour mener à bien ce dépistage, depuis le « Guide de l'entretien téléphonique » pour aider à l'annonce d'un dépistage positif jusqu'aux protocoles de prévention (pour les situations à risque, notamment les pathologies infectieuses intercurrentes) et de traitement (en cas de décompensation), en passant par l'arbre décisionnel du dépistage (Figure 2) [1]. En bref, en cas de dépistage positif, l'enfant est convoqué dans les 24 heures pour contrôle du profil des acylcarnitines sanguins et chromatographie des acides organiques urinaires dont les résultats doivent être disponibles dans les 3 jours ouvrables. À partir de là, soit le profil est typique ou douteux et l'enfant est pris en charge (conseils de prévention du jeûne, ...) dans l'attente du résultat du génotypage (2-3 mois). Ce dernier permet soit de confirmer définitivement le déficit MCAD soit reste douteux et dans ce cas c'est la mesure de l'activité enzymatique qui permettra de conclure définitivement.

## > Le dépistage du déficit MCAD intègre le dépistage néonatal systématique en France à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2020 (suite)

A l'inverse, le profil de contrôle peut être normal, permettant d'exclure le déficit MCAD ou révéler une autre maladie métabolique. Les faux positifs seront favorisés par la prématurité et par l'alimentation (entérale ou parentérale) enrichie en triglycérides à chaîne moyenne [2,3]. Dans ce cas, le niveau d'élévation du « C8 » est habituellement moindre et le ratio C8/C10 n'est pas augmenté. Les enfants hétérozygotes pour la mutation commune peuvent également être faux positifs au dépistage. Il n'existe pas de faux négatifs pour les formes sévères, mais il faudra être prudent avec les prélèvements réalisés très tardivement au-delà de la fenêtre classique du dépistage, car chez les vrais malades le niveau de C8 baisse de jour en jour après J3 [3]. Enfin, la proportion de vrais et faux positifs sera excessivement dépendante du seuil de dépistage retenu. Il a été décidé de débiter avec un seuil relativement bas et de l'augmenter progressivement dans les premières semaines du dépistage, adapté à la distribution des valeurs de C8 en France. Dans les pays qui nous entourent, l'incidence du déficit MCAD est de l'ordre de 1/8 000 à 1/15 000 naissances. La prise en charge thérapeutique des cas avérés est basée sur la prévention du jeûne, la consommation répétée de glucose en cas de pathologie infectieuse intercurrente, l'exclusion des triglycérides à chaîne moyenne de l'alimentation et une supplémentation en carnitine en cas de carence.

La mise en route du dépistage néonatal systématique du déficit MCAD était indispensable pour que la France rejoigne le niveau minimal de dépistage des pays industrialisés. Le développement des techniques de spectrométrie de masse en tandem, mises en place pour le déficit MCAD, va permettre à la France d'élargir encore le panel des maladies dépistées et la HAS a publié en février 2020 les nouvelles recommandations françaises pour l'extension du dépistage néonatal à une ou plusieurs erreurs innées du métabolisme.

### Références bibliographiques :

- [1] Feillet F, et al. Déficit en acyl-CoA-déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCAD) : consensus français pour le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge. Arch Pediatr. 2012;19:184-193.
- [2] Grosse SD, et al. The epidemiology of medium chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency: An update. Genet Med 2006;8(4):205-212.
- [3] Jager EA, et al. A nationwide retrospective observational study of population newborn screening for medium-chain acyl-CoA dehydrogenase (MCAD) deficiency in the Netherlands. J Inherit Metab Dis. 2019;42:890-897.

Figure 1 : Le déficit MCAD

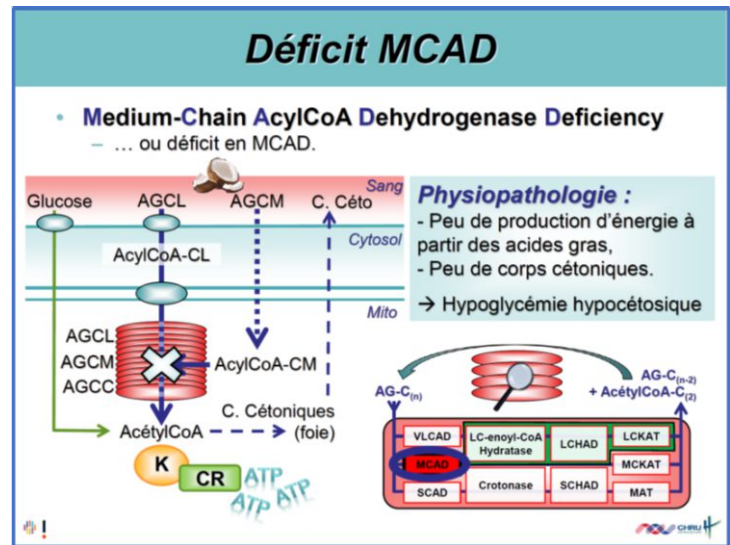
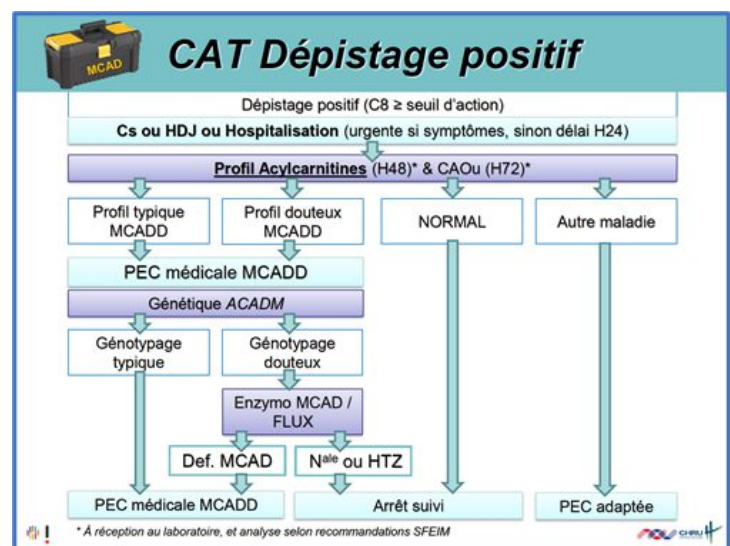


Figure 2 : Arbre décisionnel du dépistage néonatal du déficit MCAD



### Pour la pratique...

Les buvards n'ont pas changé. Le dépistage MCAD est fait avec celui de la phénylcétonurie par chromatographie qui permet d'analyser les métabolites dans les deux cas.

Un feuillet d'information complémentaires destinés aux parents est inséré dans le dépliant existant.



## > Allaitement maternel et Pollution : y a-t-il un risque ?

Les bienfaits de l'allaitement maternel pour la santé de l'enfant sont indéniables. Le lait maternel a une composition nutritionnelle unique et complexe et contient plusieurs centaines de molécules bioactives distinctes qui peuvent protéger les nourrissons contre les infections, et contribuer au développement et à la maturation du système immunitaire, des organes et du microbiome intestinal.

Cependant, les effets de la pollution environnementale sur la contamination du lait maternel et les possibles effets sur la santé de l'enfant sont une préoccupation de plus en plus fréquente des femmes enceintes et allaitantes, et des professionnels de la petite enfance. La population générale est en effet continuellement exposée à de nombreux polluants environnementaux, et ce tout au long de la vie. Les polluants lipophiles par exemple, peuvent s'accumuler au fil du temps dans le tissu adipeux ; ils ont la capacité non seulement de passer la barrière placentaire, mais aussi d'être libérés du tissu adipeux lors de la lactation et ainsi être transmis au nouveau-né allaité.

Le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie s'est donc récemment penché sur le ratio risque/bénéfice de l'allaitement en raison de la présence de ces contaminants dans le lait maternel. L'analyse de l'exposition des femmes enceintes françaises a montré que l'exposition est réelle et que les co-expositions sont fréquentes. Les données disponibles montrent que les

polluants sont effectivement présents dans le lait maternel et que le niveau de contamination du lait maternel par biphényles polychlorés (PCB) et Dioxine, par exemple, est directement lié à l'exposition maternelle au cours de sa vie. Ces niveaux sont suffisamment élevés pour justifier de se poser la question de possibles effets chez le nouveau-né. La littérature scientifique actuelle ne fournit cependant actuellement aucune preuve tangible de ces effets négatifs sur la santé des nourrissons exposés en anténatal ou via le lait maternel. A l'inverse, elle montre que les bienfaits de l'allaitement l'emportent sur les potentiels effets nocifs des polluants du lait maternel.

Dans ce contexte le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie renforce sous soutien à l'allaitement maternel, mais demande que des mesures de santé publique soient prises pour réduire le niveau global d'exposition, pour continuer à promouvoir l'allaitement maternel, et pour soutenir la recherche dans ce domaine.

Pour en savoir plus :

Lapillonne et al, Pollutants in Breast Milk: A Public Health Perspective - A Commentary of the Nutrition Committee of the French Society of Pediatrics. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020 Aug 27. doi: 10.1097/MPG.0000000000002928. Epub ahead of print. PMID: 32868668.

**Pr Alexandre LAPILLONNE**

## > Actualités des Groupes de Travail de la SFN

### ■ Groupe de travail cartographie des risques en réanimation

Les soins délivrés dans les services de réanimations sont associés à de nombreux risques qui doivent faire l'objet d'une vigilance permanente et étroite afin d'en limiter le nombre et d'en prévenir les conséquences. Certains de ces risques sont spécifiques à la réanimation néonatale : fonctionnement en réseau et sectorisation nationale, galénique non adaptée pour certains médicaments, iatrogénie liée aux interfaces de ventilation, cathéter épicutanéocaves...

La Société Française de Néonatalogie a missionné un groupe de 13 personnes (pédiatre néonatalogiste, puéricultrices, cadres de soins), tous engagés dans leur exercice et/ou dans leur formation, dans la qualité et la sécurité du soin en réanimation néonatale pour établir une cartographie de ces risques. Ce groupe est coordonné par le Pr P. TOURNEUX, à l'initiative de ce travail.

Cette mission ambitieuse s'est fixée pour objectifs :

- De recenser les risques communs dans les unités de réanimation néonatale.
- De proposer un calcul de criticité afin de prioriser ces risques en se basant sur une étude de la littérature et un partage d'expérience.
- De proposer des moyens de maîtrise et des indicateurs de suivi pour ceux retenus comme les plus critiques.

La première réunion s'est tenue en visioconférence le lundi 4 janvier 2021 et a permis de discuter de la méthodologie et d'établir un diagramme « cartographie des risques ». A partir de cet état des lieux, une analyse en sous-groupe va s'organiser, pour balayer le vaste champ des domaines soulevés.

**Pr Pierre TOURNEUX**  
Coordonnateurs du GT  
**Dr Juliana PATKAI**

## ■ Commission Simulation de la SFN

L'année 2021 est synonyme de mise à jour du livret pédagogique de la SFN pour la formation à la réanimation du nouveau-né en salle de naissance sur base des nouvelles recommandations de l'AHA publiées en fin d'année 2020 (*Aziz K et al. Part 5: Neonatal Resuscitation. 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Circulation. 2020;142(suppl 2):S524–S550*) et des recommandations européennes, en cours de révision, dont la publication est imminente.

Sous l'effet des contraintes sanitaires, la commission simulation, dont la coordination a été renouvelée dans le courant de l'année 2020, a su adapter son fonctionnement à ces nouvelles modalités, entre autres par l'organisation de réunions à distance et par la redistribution du travail en petits groupes. Les réunions ont été multipliées afin de respecter les échéances rapprochées pour l'édition du livret, avec des rapporteurs de séance pour chaque groupe et une continuité assurée par la rédaction de comptes rendus rapides. Tout ceci a contribué à maintenir une belle dynamique à cette commission dont voici résumé le travail et les objectifs prochains.

Le livret pédagogique accompagnant l'enseignement à la réanimation du nouveau-né en salle de naissance, riche de 167 pages et dont, ce sera la 3<sup>ème</sup> édition, avait été édité depuis 2016 à 5000 exemplaires, montrant l'intérêt de ce support, bien au-delà des

néonatalogistes. Au cours de cette fin d'année 2020, le groupe de travail a déjà adapté une partie du livret aux nouvelles recommandations qui sont apparues ou qui ont été mises en avant, en particulier pour le clampage retardé du cordon / milking, les insufflations initiales, l'utilisation d'interfaces telles que le masque laryngé... Le premier semestre 2021 verra la finalisation de cette nouvelle édition du livret SFN, mais également son enrichissement avec de nouvelles fiches spécifiques, des supports vidéos, ainsi qu'une version dématérialisée.

La base de QCM proposée par le groupe de travail essentiellement utilisée pour réaliser les pré- et post-tests lors de formations initiales ou continues sera actualisée au cours du second semestre 2021, dès la finalisation du livret. Elle sera diffusée à tous les membres de la SFN assurant des enseignements par simulation sur la réanimation en salle de naissance.

Les différents outils de la SFN concernant la simulation à la réanimation en salle de naissance seront ainsi disponibles à la rentrée 2021 afin de permettre à chacun d'actualiser ses connaissances et d'assurer des formations. L'étape suivante sera de constituer un référentiel de scénarii à destination des instructeurs répondant au livret pédagogique et permettant ainsi d'assurer des formations validées par la SFN.

**Isabelle JORDAN,  
Pierre TOURNEUX,**  
pour le groupe de travail.

## ■ Groupe de travail : Niveaux de soins et actes marqueurs en Néonatalogie

Du fait de l'évolution des prises en charge en Néonatalogie, avec un nombre croissant de prématurissimes dans nos services, des techniques de ventilation non invasives prépondérantes, les actes marqueurs et la charge en soins ne correspondent plus à l'activité ni aux moyens engagés qui conditionnent l'obtention des suppléments journaliers de chaque secteur définis lors des décrets de périnatalité 98.

Afin de réfléchir à cette problématique, la SFN a missionné un groupe de travail composé d'une dizaine de néonatalogistes de types 3 et 2 B répartis sur le territoire, et de personnalités expertes dans le domaine du PMSI.

L'objectif de la mission du groupe est de :

- ✓ Définir le profil des enfants hospitalisés dans les différents secteurs de Néonatalogie,
- ✓ Faire le bilan des inadéquations entre les acteurs et activités dans ces différents secteurs,
- ✓ Identifier les actes non valorisables ou mal valorisés par rapport aux moyens engagés,
- ✓ Émettre des propositions pour mieux valoriser l'activité des différents secteurs de Néonatalogie.

Les réunions – les visioconférences ont débuté en septembre 2020.

Les travaux seront soumis à un groupe de relecture, pour être remis au Conseil d'Administration de la Société Française de Néonatalogie, courant printemps 2021.

**Pascal BOLOT**  
Coordonnateur du GT

## ■ Groupe de travail : Pédiatrie en Maternité

La Société Française de Néonatalogie a donné mission à un groupe de 10 pédiatres, de travailler à préciser les fonctions du pédiatre en maternité, ses modalités de collaboration avec les sages-femmes, obstétriciens et anesthésistes, ainsi que de définir les effectifs nécessaires à un fonctionnement optimal selon le type de maternité et son activité.

Après avoir établi la liste de l'ensemble des tâches d'un pédiatre en maternité et pour éclaircir ces derniers points, un questionnaire a été envoyé à quelques maternités de types différents, dans la région de chacun des pédiatres du groupe.

Le retour de 17 questionnaires met en évidence des organisations extrêmement diverses : pour le secteur de suites de naissance, ceci peut, en partie, être expliqué par le nombre et les responsabilités attribuées aux sages-femmes, à un interne, l'existence ou non de consultante en lactation ou de puéricultrices. Pour le secteur de salle de naissance, on observe parfois la présence d'infirmières dédiées aux enfants ou dans les types 3, l'implication directe des pédiatres de la réanimation...

Le groupe travaille actuellement à préciser pour chacune des tâches du pédiatre de maternité, quels en sont les enjeux, les caractéristiques et les savoirs à développer.

**Dr Sophie PARAT**  
Coordonnatrice du GT

## ■ Groupe de travail DOULEUR

L'étude EPIPAIN a montré que les procédures liées aux soins en période néonatale étaient une source importante de douleur pour les enfants. La nécessité d'une prise en charge de la douleur chez le nouveau-né est incontestée, mais objet de nombreux questionnements en pratique, pour des raisons multiples (difficultés d'évaluation de la douleur, manque de données cliniques et pharmacologiques concernant les molécules disponibles, risques d'effets indésirables liés aux médicaments utilisés, préoccupation sur leur éventuelle toxicité). Parmi les procédures douloureuses, l'intubation trachéale est fréquemment effectuée chez le nouveau-né, en salle de naissance ou ultérieurement en réanimation néonatale. S'il existe actuellement un consensus sur la nécessité d'administrer une prémédication avant l'intubation des nouveau-nés (à l'exception des situations d'urgence vitale immédiate), il n'y a pas de consensus sur la nature des traitements à utiliser compte tenu du délai et de la durée d'action ou encore des effets indésirables de ces traitements, si bien que les pratiques sont hétérogènes.

La Société Française de Néonatalogie a décidé de charger le Pr Xavier DURMEYER (Créteil) de constituer un groupe de travail pluriprofessionnel de 10 à 15 membres (pédiatres néonatalogistes membres de la SFN, infirmières/puéricultrices, anesthésistes), représentatifs des différents territoires français, afin de proposer des avis nationaux de bonnes pratiques concernant la prévention, l'évaluation et le traitement de la douleur chez le nouveau-né ainsi que des supports pédagogiques à l'attention des soignants et des parents.

### **Les objectifs pour la 1<sup>ère</sup> année d'activité du groupe sont :**

- D'élaborer un avis argumenté de bonnes pratiques concernant l'anesthésie avant intubation.
- D'élaborer un livret d'information douleur à l'usage des soignants et des parents.

La constitution du groupe vient d'être finalisée et doit permettre la mise en route des réunions de travail très prochainement. Un rendu des travaux est attendu pour fin 2021.

**Pr Elsa KERMORVANT**  
**Dr Juliana PATKAI**

## > Actualités du site internet de la SFN

[www.societe-francaise-neonatalogie.com](http://www.societe-francaise-neonatalogie.com)



Le site internet de la Société Française de Néonatalogie change. De nouveaux espaces sont apparus à côté des rubriques habituelles.

L'espace de veille bibliographique :

<https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/veillebibliographique>

visé à simplifier le repérage des articles récents en néonatalogie qui impliquent des équipes françaises. Les liens proposés renvoient vers la base 'Pubmed' du 'National Center for Biotechnology Information'. Les filtres sont prédéfinis et portent sur la date et le type de la publication, l'affiliation des auteurs et un indicateur d'importance du journal : Impact Factor, Eigenfactor ou Scimago Journal & Country Rank (SJCR) dans le domaine 'Pediatrics, Perinatology and Child Health'. Alors que l'impact factor ne compte que les citations entrantes sans tenir compte de leur importance, le score Eigenfactor est calculé en pondérant les citations par l'importance des revues dont elles sont issues par un algorithme similaire au PageRank utilisé par Google. L'Eigenfactor est basé sur la base de données Web of

Science maintenue par Clavirate Analytics. Le SJCR est un score plus récent dont l'algorithme de pondération par le prestige de la revue citant, est proche de celui utilisé pour le calcul de l'Eigenfactor. Les autocitations d'une revue sont exclues. Il est basé sur la base Scopus d'Elsevier dont la couverture est plus large que celle du Journal Citation Reports de l'ISI et tend à réduire la surreprésentation des titres anglophone. Le SJCR permet de plus une recherche par domaine et par région.

À ces liens prédéfinis s'ajoute le flux tweeter de la SFN (@SFneonatalogie) qui propose une autre approche de la veille bibliographique et de la discussion professionnelle. Il ouvre une fenêtre sur les discussions de communautés intéressées par la périnatalogie, plus souvent anglophones que francophones. Des néonatalogistes, chercheurs, parents ou parfois politiques, plus souvent anglais, suédois ou néerlandais que français, y partagent leurs avis et questionnements sur des articles, des pratiques professionnelles ou des organisations de soins.

Enfin, un article est régulièrement mis en avant à la une de cette page "veille bibliographique". Si un travail publié vous semble mériter une visibilité particulière, n'hésitez pas à le partager en adressant à

[alain.beuchee@chu-rennes.fr](mailto:alain.beuchee@chu-rennes.fr)

le lien pubmed, une figure marquante et une phrase d'accroche.

D'autres évolutions et projets sont à venir, une gestion plus fluide des adhésions et des autorisations de membres, un espace dédié aux travaux du groupe Simulation de la SFN, un espace dédié aux webinars, ...

Venez nombreux.

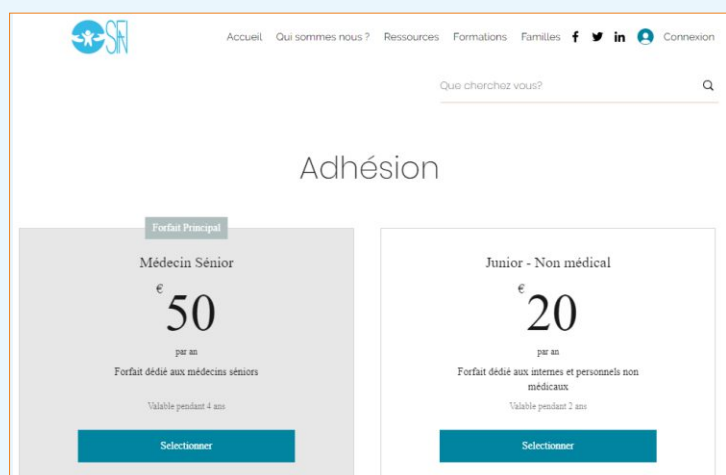
## > Adhésion SFN pour 2021

[www.societe-francaise-neonatalogie.com/adhesion](http://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](https://twitter.com/SFneonatalogie)





> Annonces webinar Congrès : save the date!



**Connexion via ZOOM**  
(Inscription obligatoire au Webinar,  
via le site de la SFN ++)

**Informations et inscriptions :**  
<https://bit.ly/3cZWX8g>

**Modérateurs :** Claire Zores (Strasbourg) et Sophie Breinig (Toulouse)

**Première partie : (14h30 - 15h30)**

- Aspect épidémiologique périnatal (Andrei Morgan, Paris)
- Résultats de COROPREG : orateur Catherine Deneux Tharaux (Paris)
- Transmission foeto-maternelle et atteinte néonatale (Juliane Schneider, Lausanne)
- Point sur la vaccination, notamment femme enceinte (Odile Launay, Paris)

**Deuxième partie : (15h45 - 17h00)**

- SOS Préma pendant la crise sanitaire : travail institutionnel et vécu parental (Charlotte Bouvard et Claire Derache, SOS Préma)
- Recommandations du GREEN (Pierre Kuhn, Strasbourg)
- Retour d'expérience première et deuxième vague Est (Claire Zores, Strasbourg)
- Etude Coverinat : résultats de la première phase (Melinda Benard et Olivia Troupel, Toulouse)
- Modifications de l'organisation des soins suite à l'épidémie : retour d'expérience région PACA et revue de la littérature (Barthélémy Tosello, Marseille)

Journées Francophones de Recherche en Néonatalogie



Bourses de recherche en Néonatalogie

Sous la Présidence du Pr **Cyril FLAMANT**  
pour la Commission Scientifique du Congrès  
et du Pr **Jean-Christophe ROZÉ**  
pour la Société Française de Néonatalogie.

**Bourses de recherche en Néonatalogie 2021**  
sous l'égide de la Société Française de Néonatalogie

La Commission Scientifique de la SFN propose comme chaque année  
des **bourses de recherche SFN-JFRN** d'un montant de **18.000 €**.

Modalités d'envoi du dossier : <https://bit.ly/2MIGQHf>

Date de dépôt de candidatures le **7 MARS 2021**



> Annonces webinar Congrès : save the date!



**Connexion via ZOOM**  
(Inscription obligatoire au Webinar,  
via le site de la SFN ++)

**Informations et inscriptions :**  
<https://bit.ly/3jztBP8>

**Modérateurs :** Géraldine Gascoin (Angers) et Cyril Flamant (Nantes)

- Physiopathologie du canal artériel (Alain Beuchée, Rennes)
- Échographie (Hélène Ansquer, Brest)
- AINS (Gilles Cambonie, Montpellier)
- Alternatives aux AINS (Géraldine Gascoin, Angers)
- Indications de fermeture percutanée du canal artériel (Cyril Flamant, Nantes)
- Aspects pratiques et revue de littérature sur la fermeture percutanée (Alban Baruteau, Nantes)
- Étude Treocapa (Jean-Christophe Rozé, Nantes)



**i Informations et inscriptions**

Modalités précisées prochainement  
sur le site de la SFN

[www.societe-francaise-neonatalogie.com](http://www.societe-francaise-neonatalogie.com)