



## Note dans le Cadre du Ségur de la santé sur la situation dégradée de la mortalité néonatale et 14 propositions pour améliorer la santé des nouveau-nés

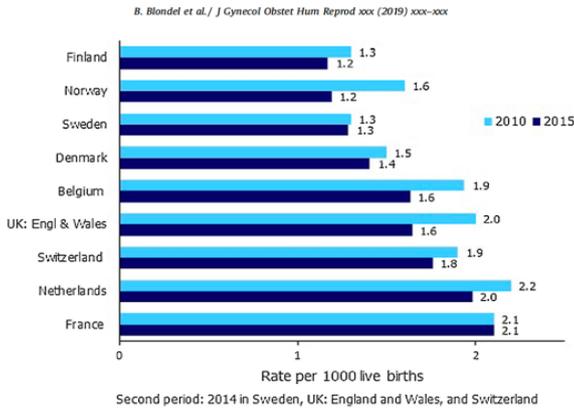


Fig. 1. Neonatal mortality rates at and after 24 weeks of gestation in 2010 and 2015 (source EURO-PERISTAT) [1].

La situation de la mortalité néonatale ne s'est pas améliorée entre 2010 et 2015 (cf Figure, source Blondel B et al, J Gynecol Obstet Hum Reprod ; 2019). Ainsi, la France recule au niveau Européen. Cela conduit à **un excès de 800 morts néonatales** en France si l'on se compare à la Finlande, de 350 morts si l'on se compare à la Belgique.

Au nom de la Société Française de Néonatalogie, nous faisons les 14 propositions suivantes :

1. Mettre en place une surveillance épidémiologique étroite des données de mortalité néonatale à partir des sources multiples existantes.
2. Mettre en place un suivi de ces données de mortalité par un comité ad hoc à un rythme annuel au niveau national et/ou inter-régional pour analyser les causes évitables et les corriger.
3. Revoir les ratio soignants/soignés à un minimum de 1/1 dans les services de réanimation néonatale prenant en charge des extrêmes prématurés (23-26SA) et/ou les enfants porteurs de malformations congénitales graves (hernie diaphragmatique, omphalocèle géante, malformation pulmonaire grave par ex.) comme en Suisse ou en Europe du Nord.
4. Créer un corps de « Nurse practitioner » sur le modèle anglais ou canadien. Ou tout au moins augmenter le temps de formation des infirmières avant leur prise de fonction dans les réanimations néonatales, c'est-à-dire au moins 3 mois de formation et encadrement d'un nouveau professionnel avant son autonomisation.
5. Accueillir et intégrer les parents comme réels partenaires des soins tout au long de l'hospitalisation et jusqu'au domicile comme en Europe du Nord (chambres familiales majoritaires, accès illimité, lieux de vie, création de lits de soins néonataux à domicile rattachés à la néonatalogie).
6. Implanter des programmes formalisés de soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille validés scientifiquement (obligation de formation, soutien à l'implantation sur site par les ARS, création de poste d'infirmières « développementaliste » de coordination avec formation reconnue (voir point 4) comme en Europe du Nord et en Belgique.
7. Soutenir l'allaitement et assurer un égal accès des prématurés au lait maternel.
8. Rendre obligatoire le suivi à deux ans de ces extrêmes prématurés (23-26SA) afin de permettre une évaluation de leur prise en charge.
9. Revoir le modèle de tarification de cette activité de soins critiques néonataux.
10. Avoir une approche populationnelle de l'organisation des soins périnataux. Avoir un ratio de 1 lit de réanimation / 1000 naissances en resserrant les écarts « autorisés » dans l'arrêté ministériel de 0.5 -1.5 à 0.9-1.1. Il existe actuellement une très forte inégalité territoriale.
11. Revoir les modalités d'attribution ville par ville des postes d'internes autorisés à s'inscrire en option Néonatalogie. La répartition actuelle ne répond ni aux capacités de formation ni au besoin régional. Une des solutions pourrait être l'autorisation d'une redistribution inter-régionale des postes non choisis dans une région donnée.
12. Revoir la formation des sages-femmes en Néonatalogie. Le niveau de formation ne permet pas actuellement de leur confier un rôle médical dans la prise en charge des nouveau-nés potentiellement malades.
13. Transformer les petites maternités qui continuent de fonctionner hors la loi (absence d'astreinte ou de garde de pédiatrie) en centre de périnatalité de proximité. Les jeunes médecins refusent d'exercer pour leur très grande majorité en milieu isolé et donc en insécurité.
14. Prioriser la recherche en néonatalogie : la développer et mieux la coordonner.