



Grands prématurés : la survie s'améliore

Une équipe française a suivi une très large cohorte d'enfants nés très tôt. Premiers résultats, le taux de survie a progressé. Mais chaque semaine supplémentaire passée dans le ventre de la mère compte.

SOLINE ROY [@so_sroy](#)

NÉONATOLOGIE Le cas de l'itouan, bébé né très grand prématuré et pour qui ses parents demandaient en septembre l'arrêt des soins, a mis en lumière une réalité difficile : prédire l'avenir d'un enfant né beaucoup trop tôt est extrêmement compliqué.

L'étude EpiPAGE 2, portée par une équipe Inserm-Université Paris-Descartes, entend évaluer la survie et le devenir des bébés nés entre la 22^e et la 34^e semaine d'aménorrhée (absence de règles ; la durée moyenne normale d'une grossesse est de 40 semaines). Sept mille prématurés ont été inclus, nés entre avril et novembre 2011 dans 25 régions de France. « Soit quasiment tous ceux nés à cette période », précise le Pr François Goffinet, obstétricien et chef du service maternité de l'hôpital Port-Royal (Paris). Ils ont été répartis en trois catégories : extrêmement prématurés pour ceux nés avant la fin du

6^e mois de grossesse, grands prématurés avant la fin du 7^e mois, modérément prématurés jusqu'au début du 8^e mois. Les résultats, publiés dans *Jama pediatrics*, ont été comparés à ceux de l'étude EpiPAGE 1, menée en 1997 dans 9 régions.

Premier enseignement : « La survie de ces enfants s'est améliorée de manière très significative, et cela ne s'est pas fait aux dépens d'une augmentation des pathologies néonatales », se réjouit Pierre-Yves Ancel, épidémiologiste en charge de l'étude.

Devenir incertain

Les chances du bébé augmentent très nettement quand l'accouchement a lieu après la 25^e semaine d'aménorrhée, et chaque semaine de plus passée dans le ventre de la mère améliore la survie : 31 % des bébés nés après 24 semaines survivent, 59 % à 25 semaine, 75 % à 26 semaines, 94 % au-delà de 27 semaines et 99 % après 32 semaines. Le taux d'enfants sortis de l'hôpital sans avoir développé une



FONDATRICE DE SOS PREMA

Le premier lien entre le prématuré et ses parents est primordial

Pourquoi faire participer les parents aux soins de leur enfant prématuré ?

Pendant des années, on s'est concentré sur la technique, et on sauve des enfants plus tôt et dans de bonnes conditions. Mais le devenir de l'enfant n'est pas uniquement physique. Le premier lien avec les parents est primordial. Plusieurs études ont montré que lorsque les services étaient ouverts aux familles, que l'on y favorisait des choses comme le « peau à peau », les bébés s'en sortaient mieux. Par ailleurs, si les parents n'ont participé à rien, devaient demander l'autorisation pour tout, n'ont pas été responsables de leur enfant, quand ils le ramènent à la maison, ils sont seuls face à un bébé très fragile et qu'ils ne connaissent pas. Même si le bébé meurt, ce lien est primordial, car, pour permettre aux parents de faire le deuil de leur enfant, il faut qu'il ait pu avoir une existence.

Ce lien est-il favorisé en France ?

Les soins de développements, qui visent à intégrer les parents comme partenaires de soins, se développent de plus en plus, mais avec des disparités terribles

sur le territoire. Il y a encore des gens qui pensent que les parents sont des empêchements de tourner en rond. Dans la majorité des accouchements prématurés, la maman est séparée de son enfant dans les premiers temps. Cette séparation est très dommageable.

Est-ce plus facile pour les pères ?

Le père est souvent l'oublié du puzzle, et pourtant il en est une pièce majeure, car il est celui qui fait le lien entre l'enfant et la mère, la fratrie, etc. C'est souvent lui, au début, qui est témoin de gestes d'urgence qui peuvent être très violents, et souvent ils nous disent qu'ils ont peur de perdre non seulement leur bébé, mais aussi leur femme.

Fait-on mieux à l'étranger ?

Aux États-Unis, certains centres font participer les parents qui le veulent aux réunions de l'équipe soignante. En Suède, on voit des chambres qui sont de véritables studios avec un lit double, un salon de réception ; la couveuse est là, et c'est le soignant qui demande l'autorisation d'entrer dans l'univers familial, pas l'inverse.

PROPOS RECUEILLIS PAR S. R.



pathologie grave monte lui aussi très vite, passant de 12 % des prématurés extrêmes (nés à 24 semaines d'aménorrhée), à 97 % chez ceux nés à 32 ou 34 semaines.

Pierre-Yves Ancel attribue ces améliorations à plusieurs facteurs : d'une part, « la proportion d'enfants nés dans une maternité susceptible de les accueillir dans les meilleures conditions a augmenté. En outre, ces enfants ont reçu plus de corticoïdes et de surfactant. » Les corticoïdes aident à « mûrir » certains organes, en particulier les poumons, le surfactant leur donne de la « souplesse ». « Ce ne sont pas de nouvelles techniques mais le savoir-faire s'est amélioré, précise le Pr Jean-Christophe Rozé, chef du service de néonatalogie au CHU de Nantes. Désormais, on touche au bébé le moins possible. » « L'évolution de la survie ne passera pas par un médicament miracle, estime Pierre-Yves Ancel, mais par une amélioration globale de la prise en charge. »

Attention, l'âge gestationnel n'est pas

8 000

à 8500

enfants vivants naissent avant le 7^e mois de grossesse chaque année en France, soit 1 % du total des naissances.

le seul facteur pronostique : le poids de naissance et la cause de cette naissance prématurée sont extrêmement importants. « Parfois, mieux vaut naître à 24 semaines qu'à 27 », résume le Pr Goffinet.

Cependant, « quasiment aucun » des bébés nés avant 24 semaines d'aménorrhée n'a survécu et tous ont développé une pathologie grave (essentiellement respiratoire, digestive et/ou cérébrale) avant de quitter le service de néonatalogie.

gie. « La prise en charge des enfants nés dans cette "zone grise", à 24 ou 25 semaines d'aménorrhée, dépend des équipes et du dialogue avec les parents, note le Pr Rozé. Certains pays réaniment de manière plus systématique, notamment en Europe du Nord ou aux États-Unis. Cela mérite un débat, mais on connaît encore mal le devenir de ces enfants extrêmement prématurés. »

Epipage 2 entend donc surveiller sur le long terme la survenue de problèmes respiratoires ou de croissance, mais aussi l'apparition de troubles cognitifs « fins », comme la dyslexie. Des handicaps pas nécessairement visibles, mais qui impactent les apprentissages. « Nous aimerions suivre ces enfants jusqu'au début de l'adolescence, précise Pierre-Yves Ancel, tout dépend des budgets que nous obtiendrons. » Epipage 2 a déjà coûté plus de 6 millions d'euros, ce qui peut sembler très important. « Il s'agit de notre avenir », plaide pourtant Charlotte Bouvard, fondatrice de l'association SOS **Préma**. ■



Un prématuré sous assistance respiratoire dans le service de néonatalogie de l'hôpital Debré, à Paris. IMAGEFORUM