

## LE DOSSIER

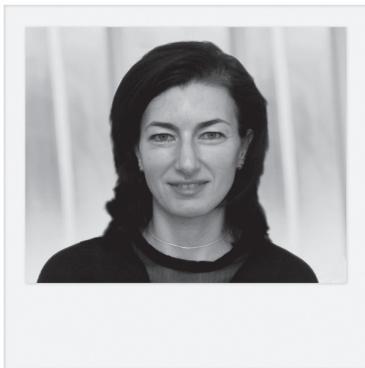
## Suivi du grand prématuré par le pédiatre

# Réseaux ville-hôpital en périnatalogie

## Expérience du Réseau de Santé Périnatal Parisien

**RÉSUMÉ :** La mise en place d'un suivi des enfants vulnérables (SEV) est un des axes forts du plan périnatalité 2005-2007. Il est développé en complément du suivi habituel proposé à tous les enfants quelles que soient leurs conditions de naissance. Il repose sur la création d'un réseau ville-hôpital associant aux établissements de santé, les pédiatres et médecins généralistes libéraux, les médecins exerçant dans les services de PMI et les acteurs des centres d'action médico-sociale (CAMSP). Il a pour buts de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et d'améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance.

Une des plus importantes missions de ces réseaux de santé périnatale est d'améliorer la formation des professionnels sur le dépistage précoce et l'orientation des déficiences, dans le but final d'en améliorer le pronostic ultérieur grâce à une prise en charge précoce et optimisée.



→ **S. SERMASI, N. MEDEJEL,  
Y. AUJARD**  
Réseau de Santé Périnatal Parisien,  
PARIS.

### Réseaux de santé en périnatalogie

#### 1. Pourquoi ?

En France, en 2013, 7,3 % des naissances vivantes sont prématurées, soit un âge gestationnel (AG) < 37 semaines d'aménorrhée (SA). Environ 1,5 % des enfants sont nés grands prématurés, soit d'AG < 33 SA et/ou avec un PN < 2000 g, ou une pathologie périnatale susceptible d'altérer le développement ultérieur. Cela représente 12000 enfants par an. En Île-de-France, en 2013, 1,4 % des naissances vivantes concernaient des enfants nés avant 33 SA, soit 2570 nouveau-nés prématurés sortis d'une maternité francilienne [1].

#### 2. Pour qui ?

L'expression "enfants vulnérables" désigne les enfants présentant des

risques d'anomalies du développement supérieurs à ceux de la population des enfants nés à terme et sans problème. La mise en place d'un suivi coordonné des enfants vulnérables (SEV) est un des axes forts du plan périnatalité 2005-2007. Il a pour but la prise en charge globale de qualité et de proximité, et repose sur la création d'un réseau ville-hôpital associant aux établissements de santé, les médecins libéraux, les médecins exerçant dans les services de PMI et les acteurs des centres d'action médico-sociale (CAMSP). Il doit garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population, et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance.

Les objectifs de ce suivi sont multiples :  
– permettre aux familles de bénéficier d'un suivi prolongé et cohérent, prenant en compte les dimensions médicales,

## LE DOSSIER

## Suivi du grand prématuré par le pédiatre

sociales et psychologiques, au plus près de leur domicile ;

- faciliter la prise en charge précoce des anomalies du développement reconnus par ce suivi ;
- fournir des informations quantitatives et des données épidémiologiques, indispensables aux autorités de santé afin d'adapter l'offre de soins ;
- améliorer la formation des professionnels sur le dépistage précoce et l'orientation des déficiences dans le but final d'en améliorer le pronostic ultérieur grâce à une prise en charge précoce et optimisée.

L'incidence des naissances de nouveau-nés vulnérables est proche de 2 % en France. Sont considérés "vulnérables" les enfants à risque élevé de développer des troubles neuromoteurs, cognitifs et neurosensoriels, et qui sont les grands prématurés (< 33 SA) ; les hypotrophes ou retard de croissance intra-utérin sévères avec un PN < 3<sup>e</sup> percentile (33-36 SA) et/ou < 1500 g (≥ 33 SA) ; les anoxies périnatales avec encéphalopathie ; certaines pathologies périnatales susceptibles d'altérer le développement (fœtopathies, malformations, syndromes génétiques, pathologies infectieuses, etc.).

Les deux premières catégories représentent environ 90 % des enfants vulnérables.

>>> **La prématurité** est le groupe le plus fortement représenté (70 à 80 % des enfants inclus selon le réseau). Les résultats de l'enquête EPIPAGE 1, en 1997 [2], réalisée sur 2 387 enfants nés entre 22 et 32 SA révolues, révèlent qu'à l'âge de 5 ans près de 40 % présentent des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs.

Chez les moins de 29 SA, l'infirmité est mineure dans 26 % des cas, modérée chez 14 % et sévère chez 8 %. Entre 29 et 32 SA, elle est mineure, modérée et sévère dans 24 %, 8 % et 4 % des cas respectivement. Un tiers (32 %) des

anciens grands prématurés requièrent, à 5 ans, une prise en charge spécialisée dont 41 % dans le sous-groupe 24-28 SA, alors que dans le même temps 20 % des enfants avec infirmité n'ont pas de suivi spécialisé. L'association entre troubles moteurs et cognitifs est particulièrement forte [3]. Des questionnaires remplis à 5 ans par les parents (DSQ) ont aussi mis en évidence que la prévalence des troubles du comportement était double de celle des nouveau-nés à terme [4]. La nécessité de soins spécifiques est encore plus fréquente entre 5 et 8 ans, témoignant probablement du retentissement des difficultés cognitives et/ou comportementales sur les apprentissages scolaires [5].

La mortalité reste stable depuis une décennie. En revanche, les complications, en particulier respiratoires, augmentent le taux de réhospitalisation dans la première année de vie. Parmi les < 29 SA, 47 % des enfants ont été réhospitalisés au moins une fois [6]. En 2011, une nouvelle étude de cohorte, nationale, prospective et multicentrique a été réalisée (EPIPAGE 2), et a montré un taux augmenté (14,4 %) de survie sans morbidité sévère associée [7]. Les résultats du devenir à moyen et long termes sur cette cohorte sont en cours (<http://epipage2.inserm.fr>).

>>> **Les hypotrophes** sont exposés à une mortalité plus élevée que la population globale, de 10-12 %, tous âges gestationnels confondus. Ils présentent aussi une morbidité accrue par rapport aux nouveau-nés eutrophes. Au-delà des complications à court terme [2, 8], les risques évolutifs sont un déficit statural définitif ×7 [9], un retard neuropsychomoteur [10] et des difficultés scolaires accrues [11], même en l'absence de complications immédiates [12]. Le risque de retard cognitif est d'autant plus élevé si on définit l'hypotrophie en se basant sur les courbes de croissance intra-utérine plutôt que sur les références considérant le poids à la naissance [13]. À long terme,

ils sont exposés au risque de syndrome métabolique, représenté par un risque accru de maladies coronariennes, HTA, diabète type 2 et obésité [14].

## Organisation du réseau de santé périnatal parisien

### 1. Historique des réseaux périnataux en France

Le réseau des Pays de la Loire Grandir Ensemble a commencé les inclusions en mars 2003. En 2013, il comptait 10 800 enfants dans sa file active. Le devenir neuropsychomoteur de la cohorte a été évalué par des questionnaires (ASQ) à 24 mois d'âge corrigé [15], le test *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence* (WPPSI-III) à l'âge de 5 ans et un questionnaire rempli par l'institutrice à l'âge de 5 ans. Le très faible refus d'inclusion de la part des parents indique une importante demande parentale pour ce type de suivi [16]. Le dépistage précoce des anomalies du développement neuropsychomoteur permet une orientation précoce vers une structure multidisciplinaire et/ou professionnels libéraux : kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, psychiatres, psychologues...

En Île-de-France, le Réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francilien (RPSOF) a été pionnier dans l'organisation du SEV. Il s'est organisé officiellement depuis 1997 à la suite de l'organisation des transferts *in utero* et devant la nécessité de créer un suivi à long terme des nombreux enfants étiquetés comme "vulnérables", en limitant au maximum les perdus de vue [17].

### 2. Historique du Réseau de santé Périnatal Parisien (RSPP)

Depuis 2002, les professionnels de santé du Nord parisien ont proposé une prise en charge coordonnée des femmes

enceintes et de leurs nouveau-nés. Le Réseau Périnatal Paris Nord (RPPN) s'est ainsi constitué en 2007, sous l'égide du Pr Dominique Mahieu-Caputo, en association loi 1901. Parallèlement, des professionnels de santé engagés en périnatalité ont organisé, en 2007, un réseau de périnatalité sur l'Est parisien (RPPE).

Depuis juin 2013, à la demande de l'ARS, ces deux associations ont mutualisé leur unité de coordination sous le nom de Réseau Périnatal Paris Nord et Est (RPPNE) devenu, en 2014, le Réseau de Santé Périnatal Parisien (RSPP). Le SEV a été développé sur les arrondissements du territoire nord et est parisien, alors qu'initialement les actions de ces réseaux étaient focalisées sur l'optimisation du suivi des grossesses et la formation des échographistes. Ce volet pédiatrique complète ainsi le volet prénatal. Il s'est étoffé de formations médicales et paramédicales mais aussi d'ateliers pour les femmes enceintes appartenant aux populations défavorisées du Nord et de l'Est de Paris.

La réunion avec le réseau Sud parisien est prévue avant le 31 décembre 2015 pour devenir un réseau périnatal unique intramuros.

Actuellement, existent en Île-de-France six réseaux de périnatalité sur un territoire de 760 km<sup>2</sup>, et qui couvrent 176 286 naissances [1]: RSPP, RPSOF, Réseau Périnatal Val-de-Marne (RPVM), Réseau Périnatal du Val-d'Oise (RPVO), Réseau Naître dans l'Est Francilien (NEF), Réseau Maternité en Yvelines et Périnatalité Active (MYPA). Depuis 2013, tous les réseaux ont un équivalent entre 0,5 et 1 ETP de pédiatre coordinateur et un dispositif de SEV avec un dossier périnatal partagé (DPP) informatique commun. Ils travaillent en coordination avec l'ARS à l'amélioration permanente du modèle unique de suivi des enfants vulnérables.

### 3. Organisation du suivi, définition de médecin pilote (MP) et formation

Dans la majorité des cas, le nouveau-né est inclus lors de son séjour en néonatalogie. En préparation à la sortie, le suivi en réseau est proposé à la famille et la signature de la charte du réseau est demandée. Il est alors proposé une liste de médecins pilotes selon le lieu de domicile.

Le MP est responsable du suivi de l'enfant de l'inclusion à la sortie du réseau, à l'âge de 7 ans. Il assure l'ensemble des consultations à des âges clés: 3-4 mois, 9 mois, 1 an, 18 mois, 2 ans d'AC, puis à 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6 ans et 7 ans d'âge réel. La famille reste libre du choix de ce médecin à tout moment. Les enfants ayant une prise en charge globale lourde (dysplasie bronchopulmonaire sévère, troubles alimentaires précoces, très grand retard de croissance...), ainsi que les extrêmes prématurés qui nécessitent un suivi hospitalier régulier, sont plutôt orientés vers un médecin pilote hospitalier. Un des points clé est l'identification d'un médecin hospitalier référent, afin de faciliter le recours à des consultations spécialisées. Un autre point clé est la mise en place de consultations spécialisées fléchées (ophtalmologie, bilan neuropsychomoteur...) à certaines étapes du développement.

Ce suivi ne peut se faire qu'avec un partage efficace de l'information. Les réseaux d'IDF bénéficient d'un dossier médical partagé commun créé dans sa première version par le RPSOF. Il a été modifié en 2014 dans le cadre du programme HYGIE mis en place par l'ARS. Il contient la consultation de sortie de néonatalogie et les différentes consultations de suivi. Il est accessible aux professionnels du réseau en charge de l'enfant, après accord de la famille. Il se consulte par accès Internet sécurisé.

Ce suivi longitudinal est global et requiert des compétences en médecine

du développement, qui passent par des formations offertes à l'ensemble des professionnels: néonatalogistes, pédiatres libéraux, médecins généralistes, médecins de PMI... Le réseau assure la formation, la coordination et la complémentarité des compétences dans un objectif de dépistage et d'orientation. Ces formations sont obligatoires, progressives, à raison d'une à deux journées par an. Organisées par les pédiatres coordinateurs, elles font intervenir des membres du réseau de toute spécialité. Des formations complémentaires ont également été proposées en partenariat avec des associations spécialisées: APECADE et Institut Motricité Cérébrale (IMC) notamment. S'y ajoute une formation sur la prise en charge sociopsychologique: droits sociaux, MDPH, mais aussi dépistage des troubles de l'attachement, de la dépression du *post-partum* et de la fragilisation de la cellule familiale.

La connaissance – ou la mise à niveau – de ce prérequis est indispensable pour savoir dépister le trouble moteur avant l'atteinte fonctionnelle, le trouble cognitif avant l'âge verbal, les premiers signes de troubles des apprentissages ou encore de déficit de l'attention ou troubles envahissant du développement. Le but principal est de mettre en place une prise en charge précoce des enfants dépistés vers des soins spécialisés et une rééducation. Elle est indispensable de l'élaboration d'un maillage d'aval intégrant les CAMSP, les CMPP, les SESSAD et autres institutions, les professionnels libéraux, les réseaux de soins type RESODYS... [18].

### 4. Place du médecin libéral et du médecin de PMI

Paris et la proche couronne regroupent, dans un territoire restreint, une forte densité de population et de nombreux établissements de santé. Le nombre des adhérents est en constante augmentation. À ce jour, 21 sur les 23 médecins

## LE DOSSIER

## Suivi du grand prématuré par le pédiatre

libéraux dont 17 pédiatres et 4 généralistes ont une activité de médecin pilote. Les freins à la participation et/ou la demande de résiliation de certains médecins libéraux sont la crainte d'une surcharge de travail, ou, à l'inverse, d'un investissement important pour peu d'enfants concernés, et donc d'une sous-utilisation de leurs compétences par les hospitaliers. La nécessité d'élargir le suivi aux médecins généralistes (MG) est liée à la démographie médicale actuelle, avec une diminution des pédiatres en exercice libéral. Les MG assurent déjà 24 à 27 % de consultations d'enfants dans leur patientèle [19]. Près de 1 enfant sur 2 a un suivi mixte (pédiatre/MG). Cela souligne la complémentarité des acteurs et pose la question de la formation [20].

Une autre particularité de notre territoire est un recours important des familles, voire exclusif, aux services de PMI. Depuis juillet 2007, notre réseau a signé une convention constitutive avec la PMI, permettant aux différents professionnels de la PMI de participer aux activités du réseau tant sur le plan obstétrical que pédiatrique. Depuis 2013, 10 médecins de secteur de PMI des différents arrondissements du Nord et Est parisien ont été formés.

### 5. Financement des réseaux de santé en périnatalogie

Le SEV, comme les autres activités des réseaux de santé périnatale régionaux, est financé par les Agences régionales de santé (ARS). Ce soutien repose sur des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARS et les réseaux de périnatalogie. Ils permettent aux réseaux d'assurer aux professionnels investis un soutien logistique et la valorisation financière du temps consacré. Ce modèle de suivi, certes perfectible, paraît une réponse réfléchie et adaptée aux besoins de santé de cette population à risque [18].

### 6. Relations avec structures de prise en charge

>>> **Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).** Dans notre secteur, les médecins des CAMSP sont considérés comme des "médecins de recours" lorsque des difficultés sont repérées par les MP lors des consultations réalisées aux âges clés. Créés au début des années 70, les CAMSP sont des structures intervenant auprès des enfants de 0 à 6 ans, grâce à la présence d'une équipe pluridisciplinaire constituée de pédiatres, pédopsychiatres, médecins de rééducation fonctionnelle, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, orthophonistes, éducateurs. Ils ont comme missions :

- le dépistage et le diagnostic précoces des troubles,
- la prévention ou la rééducation des conséquences invalidantes de ces déficits,
- la cure ambulatoire et la rééducation précoce,
- l'accompagnement et le soutien des familles lors de la révélation du handicap,
- le soutien à l'accès aux lieux de la petite enfance et à la scolarité [21].

Ils peuvent intervenir en réponse à une demande (du service hospitalier ou des parents), ou systématiquement. Certains ont une antenne dans les services de néonatalogie : l'équipe du CAMSP rencontre la famille avant le retour à domicile des enfants, et échange régulièrement avec les néonatalogistes. Cette organisation est malheureusement rare sur notre territoire. Un projet à échelle régionale coordonné par l'ARS est à l'étude pour harmoniser les modalités de prise en charge par ces structures et réduire les disparités d'un centre à l'autre.

>>> **Les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)** et les autres structures de prise en charge sont, comme les

CAMSP, utilisés en relais et selon les besoins de l'enfant.

## Principaux résultats

### 1. Cohorte RSPP

Les inclusions dans RSPP ont débuté en 2010. En décembre 2014, 671 enfants ont été inclus et sont suivis dans le réseau. Actuellement, les centres inclueurs sont les services de néonatalogie du territoire du Nord-Est parisien et un service de néonatalogie du Sud parisien. Nous avons eu 36 sorties du réseau dont 9 perdus de vue. Près de 70 % des inclus sont des anciens prématurés. La grande majorité de ces enfants ont actuellement un suivi hospitalier, mais le suivi en libéral est en progression constante en raison de la saturation progressive des consultations hospitalières et grâce à la formation des MP libéraux et de PMI.

### 2. Dispositif de psychomotricité

La psychomotricité chez les enfants vulnérables est soit préventive, soit proposée en intervention précoce. Elle repose sur deux approches différentes : la psychomotricité relationnelle et la thérapie psychomotrice basée sur des épreuves [22]. L'objectivation scientifique de l'efficacité de la psychomotricité suppose, au préalable, d'identifier des outils fiables.

Plusieurs études, ainsi qu'une méta-analyse de la Cochrane, ont confirmé que ces types d'interventions avaient une influence positive sur le devenir moteur et cognitif en âge préscolaire (< 5 ans) [23]. L'hétérogénéité des études constitue une limite à la comparaison des différents programmes d'intervention. Chez les enfants anciens prématurés, l'intérêt du dispositif à domicile [24, 25] a été évalué : une intervention précoce à domicile peut faciliter l'interaction parent-bébé, même si l'impact des différents programmes sur les per-

formances motrices et cognitives et sur le comportement est très variable [24]. Les visites à domicile permettent, dans le cadre familial, d'apprécier la qualité des relations parents-nouveau-né et d'avoir des échanges entre parents et intervenant, ce qui permet de mieux apprécier les besoins de la famille et la nécessité de développer, ou non, une prise en charge appropriée [25].

Un budget est alloué aux Réseaux de SEV d'Île-de-France pour indemniser quelques séances de psychomotricité pour les enfants inclus. Cette procédure "psychomotricité" commune sur la région prévoit la rémunération de sept à dix séances de psychomotricité par enfant, pour les enfants de moins de 2 ans, selon des indications validées par la coordination pédiatrique du réseau. Une intervention à domicile ne peut être mise en place dans des situations encadrées. Une harmonisation des pratiques entre les RSEV est souhaitée sur les outils d'évaluation et sur la formation des psychomotriciennes, qui est mutualisée sur la région d'Île-de-France. L'évaluation du dispositif fera l'objet d'un cahier des charges.

## Conclusions

### 1. Point forts

Le taux de satisfaction du suivi par les parents, évalué par le réseau Grandir Ensemble des Pays de la Loire, est bon – 94 % – [26] avec une moindre satisfaction chez les parents des enfants atteints d'anomalies avérées. Le coût financier est estimé pour ce réseau à 300 euros par an et par enfant suivi jusqu'à 5 ans, ce qui est un coût inférieur à celui d'une journée d'hospitalisation [27]. Un suivi précoce apparaît indispensable à l'accompagnement des parents, très entourés à l'hôpital puis brutalement livrés à eux-mêmes à la sortie. Les interventions précoces dont la psychomotricité ont une efficacité

démontrée sur la réduction de du risque et/ou de la gravité des séquelles.

### 2. Points faibles

Il existe des difficultés spécifiques en Île-de-France: la mobilité des familles est très importante. De nombreux pédiatres libéraux, et leurs patients, se trouvent au carrefour de plusieurs réseaux, multipliant les interlocuteurs. Des difficultés de communication entre les différents acteurs de soins, en particulier entre la ville et l'hôpital ne sont pas inhabituelles.

Les RSEV ont, dans leurs missions, d'améliorer les échanges entre les médecins hospitaliers et les MP de PMI et libéraux afin de mieux coordonner leurs interventions. De plus, la très forte précarité retentit sur la qualité du suivi de ce groupe d'enfants, qui constituent la plus grande partie des perdus de vue. Or, la précarité est un fort facteur de risque d'anomalies du développement neuro-psychomoteur [28].

Les structures de prise en charge sont en nombre insuffisant en Île-de-France. Ainsi, le nombre de CAMSP devrait être de 1 pour 2 500 naissances, alors qu'il est de 1 pour 6 500 naissances en Île-de-France (27 CAMSP pour 176 286 naissances vivantes en Île-de-France). Les budgets alloués aux rémunérations spécifiques des MP pour les consultations, qui sont chronophages (45 minutes en moyenne), sont très différents selon les régions.

Le SEV est essentiellement ciblé sur les prématurés < 33 SA. Or, plus de 50 % des handicaps d'origine périnatale sont observés chez des nouveau-nés de plus de 33 SA, ce qu'a confirmé une étude française récente [29]. Il reste aujourd'hui impossible d'inclure tous ces enfants, mais la formation des MP aux anomalies du développement devrait contribuer à un meilleur dépistage précoce.

Le travail en réseau permet la coordination et la complémentarité des compétences pour le dépistage et l'orientation des enfants les plus à risque de séquelles neurodéveloppementales. La participation de tous les pédiatres libéraux et institutionnels et des généralistes engagés dans le suivi de l'enfant permettra d'offrir une réponse aux difficultés de suivi et aux inégalités d'accès aux structures de prise en charge, et contribuera à améliorer les pratiques professionnelles.

## Bibliographie

1. CRENN HEBERT C, MENGUY C, LEBRETON E *et al.* Rapport PMSI des maternités Île-de-France : [www.perinat-ars-idf.org](http://www.perinat-ars-idf.org)
2. LARROQUE B, ANCEL PY, MARRET S *et al.* Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet*, 2008;371:813-820.
3. MARRET S, MARCHAND-MARTIN L, PICAUD JC *et al.* Brain injury in very preterm children and neurosensory and cognitive disabilities during childhood: the EPIPAGE cohort study. *PLoS ONE*, 2013;8:e62683.
4. DELOBEL-AYOUB M, ARNAUD C, WHITE-KONING M *et al.* Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE study. *Pediatrics*, 2009;123:1485-1492.
5. MARRET S, ANCEL PY, MARCHAND L *et al.* Prises en charge éducatives spécifiques de l'enfant grand prématuré à 5 et 8 ans : résultats de l'étude EPIPAGE. *Arch Pédiatr*, 2009;16:S17-S27.
6. LAMARCHE-VADEL A, BLONDEL B, TRUFFERT P *et al.* Re-hospitalisation in infants younger than 29 weeks gestation in the EPIPAGE cohort. *Acta Paediatr*, 2004;93:1340-1345.
7. ANCEL PY, GOFFINET F and EPIPAGE-2 Writing group. Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011. *JAMA Pediatr*, 2015;169:230-238.
8. BERNSTEIN IM, HORBAR JD, BADGER GJ *et al.* Morbidity and mortality among very low-birth-weight neonates with intrauterine growth restrictions. *Am J Obstet Gynecol*, 2000;182:198-206.
9. LÉGER J. L'enfant né petit pour l'âge gestationnel : sa croissance, son devenir. *Mt Pédiatr*, 2006;9:242-250.
10. ARCANGELI T, THILAGANATHAN B, HOOPER R *et al.* Neurodevelopmental delay in Small babies at term: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2012;40:267-275.

## LE DOSSIER

## Suivi du grand prématuré par le pédiatre

11. LARROQUE B, BERTRAIS S, CZERNICHOV P *et al.* School difficulties in 20-year-olds who were born small at term in a regional cohort study. *Pediatrics*, 2001;108:111-115.
12. ZEITLIN J, EL AYOUBI M, JARREAU PH *et al.* Impact of fetal restriction on mortality and morbidity in a very preterm birth cohort. *J Pediatr*, 2010;157:733-739.
13. CHARKALUK ML, MARCHAND-MARTIN L, EGO A *et al.* The influence of fetal growth reference standards on assessment of cognitive and academic outcomes of very preterm children. *J Pediatr*, 2012;161:1053-1058.
14. PICOINE O, SERVELY JL, CHAVATTE-PALMER P. Developmental origin of human adult disease: which importance for obstetrical practice? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris), 2007;36:338-343.
15. BRANGER B, ROUGER V, BERLIE I *et al.* Réseau de suivi des enfants vulnérables dans les pays de la Loire "Grandir Ensemble-Cohort LIFT" : dix ans d'activité de 2003-2013. *Arch Pédiatr*, 2015;22:171-180.
16. ROZÉ JC, BUREAU-ROUGER V, BEUCHER A *et al.* Réseau de suivi des nouveau-nés à risque de développer un handicap. L'expérience du réseau de suivi régional "Grandir Ensemble en Pays de Loire". *Arch Pédiatr*, 2007;14: S65-S70.
17. ZUPAN V, DEHAN C, Réseau Pédiatrique Béclère. Pediatric follow-up network in the south Ile-de-France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2001;30:55-66.
18. GAUDIN A, AUJARD Y. Place de la pédiatrie ambulatoire dans le suivi des nouveau-nés vulnérables. *Arch Pédiatr*, 2013;20:134-135.
19. BABE P. Freins au parcours de soins : l'absence de médecin référent. *Arch Pédiatr*, 2012;19:268-269.
20. DE BROCA A, BONY M, TOURNEUX P. Modalités et déterminants du suivi médical de l'enfant avant 1 an. *Arch Pédiatr*, 2014;21:333-990.
21. FONMARTY-CASSAGNE S. Prise en charge des nouveau-nés à risque de vulnérabilité au CAMSP. *Cahiers de la Puéricultrice*, 2014;280:27-31.
22. RIVIÈRE J. L'évaluation des soins en psychomotricité : la thérapie psychomotrice basée sur les preuves *versus* la psychomotricité relationnelle. *Ann Med Psychol*, 2010; 168:114-119.
23. SPITTLE A, ORTON J, ANDERSON P *et al.* Early developmental intervention programmes post-hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012;12:CD005495.
24. GOYAL NK, TEETERS A, AMMERMAN RT. Home visiting and outcomes of preterm infants: a systematic review. *Pediatrics*, 2013;132: 502-506.
25. GUILLOIS B, CASTEL S, BEUNARD A *et al.* Efficacité des programmes d'intervention précoce après hospitalisation sur le développement neurocomportemental des enfants prématurés. *Arch Pédiatr*, 2012;19:990-997.
26. BRANGER B, ROUGER V, BEUCHER A *et al.* Satisfaction des parents dans le réseau de suivi des prématurés et des enfants à risque dans le réseau "Grandir Ensemble" des Pays de la Loire. *Arch Pédiatr*, 2010;17:1406-1415.
27. ROZÉ JC. Suivi du prématuré, des grandes disparités régionales ? L'étude Epipage et l'exemple d'un réseau de suivi régional. *J Pédiatr Puériculture*, 2008;21:173-175.
28. VOSS W, JUNGSMANN T, WACHTENDORF M *et al.* Long term cognitive outcomes of extremely low-birth-weight infants: the influence of maternal educational background. *Acta Paediatr*, 2012;101:569-573.
29. COMBIER E, GOUYON JB, ROUSSOT A *et al.* Increased Morbidity and mortality of children born at 35-38 weeks of gestation in metropolitan France. *BEH*, 2014;34-35: 558-566.

Le RPPNE a fusionné, le 1<sup>er</sup> décembre, avec le réseau sud pour former le Réseau de Santé Périnatal Parisien (RSPP) couvrant l'ensemble de la capitale.

**Remerciements** à l'ensemble des médecins pilotes du RSPP ainsi qu'aux permanents du réseau.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.