

Introduction

Bien que les statistiques se soient beaucoup améliorées au cours des dernières décennies, la prématurité reste un enjeu de santé périnatale important qui est associé à une mortalité, à une morbidité à long terme et à un fardeau sur les soins et les services néonataux.

Définition

Selon le Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales du Collège des Médecins du Québec, la prématurité se définit comme suit :

Naissance d'un bébé qui serait à un âge gestationnel de 36 semaines révolues ou moins (258 jours révolus ou moins) et dont le poids est supérieur à 499 g indépendamment de la durée de la gestation, ce qui correspond à un âge gestationnel approximatif de 22 semaines.

Au Québec, le nombre des naissances prématurées a augmenté au cours des années 1980 et 1990, mais la tendance récente montre une légère diminution. La proportion est de 7,0 % en 2017, soit un niveau comparable à celui enregistré au milieu des années 1990¹.

Calcul de l'âge corrigé

- ✓ Âge corrigé = âge chronologique – nombre de semaines de prématurité.
Ex. : enfant de 4 mois né à 28 semaines (40 semaines – 28 semaines = 12 semaines de prématurité, soit 3 mois). L'âge corrigé est de 4 mois – 3 mois = 1 mois.
- ✓ Pour évaluer le développement psychomoteur et langagier ainsi que le périmètre crânien, le clinicien doit se baser sur l'âge corrigé jusqu'à l'âge de 2 ans. Pour évaluer la croissance staturopondérale, le clinicien devrait utiliser l'âge corrigé jusqu'à l'âge de 2 à 3 ans². L'usage de l'âge corrigé n'est toutefois pas indiqué pour amorcer le calendrier de vaccination : le prématuré sera vacciné selon son âge chronologique si sa santé le permet.

Limite de viabilité, classification et complications

La Société canadienne de pédiatrie a émis en août 2017 de nouvelles lignes directrices sur la prise en charge d'une naissance extrêmement prématurée³. Vous trouverez sur le site suivant les taux de survie néonatale et les taux de complications parmi les survivants : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/la-prise-en-charge-en-prevision-tres-grande-prematurite>.

La classification la plus utilisée est la suivante⁴ :

- ✓ Prématurité tardive : 34-36 6/7 semaines
- ✓ Prématurité modérée : 32-33 6/7 semaines
- ✓ Prématurité sévère : 26-32 semaines
- ✓ Prématurité extrême : 22-25 6/7 semaines
- ✓ Limite de viabilité : 22 à 23 semaines^{3,4}

Développement psychomoteur et langagier

Le risque de handicap majeur est d'autant plus élevé chez l'enfant prématuré que l'âge gestationnel et le poids sont bas.

Ce sont donc les *prématurés extrêmes* qui présenteront la plus grande proportion de handicaps majeurs (principalement un déficit cognitif et/ou un déficit moteur cérébral) : les risques d'incapacité neuro développementale modérée à grave diminuent de 6 % à chaque nouvelle semaine d'âge gestationnel, c'est-à-dire de 43 % à 22 semaines à 24 % à 25 semaines³.

Chez le *prématuré sévère* de 24 à 32 semaines et pesant moins de 1500 grammes, des données canadiennes récentes rapportent une diminution de la mortalité et des séquelles majeures globales (dommages neurologiques et rétinopathie du prématuré) de l'ordre de 19,6 % en 2007 à 16,8 % en 2015⁵.

Pour leur part, les *prématurés modérés et tardifs*, qui représentent 84 % de tous les prématurés, ont aussi des séquelles moins sévères, mais diagnostiquées plus tardivement. Il s'agit d'atteintes dites « mineures » telles que : TDAH, trouble du langage, trouble d'apprentissage scolaire et autisme (2,0 % vs 0,5 % chez l'enfant à terme)⁶. Ces données relatives aux séquelles neurodéveloppementales sont toutefois contradictoires dans la littérature. Bien que chaque semaine supplémentaire améliore le devenir de ces enfants, il semble que des facteurs familiaux (niveau académique de la mère) et périnataux tels que le RCIU (poids <10^e percentile pour l'âge gestationnel), une césarienne d'urgence, un séjour en soins néonataux avec complications (ex. : anoxie, hyperbilirubinémie, hypoglycémie) seraient plus déterminants que l'âge gestationnel en tant que tel. En effet, avec l'ajustement de ces critères, les prématurés tardifs présenteraient peu de différences significatives avec les nouveau-nés à terme à l'âge scolaire.

Le développement psychomoteur et langagier doit donc être surveillé de façon très attentive. Plus qu'une surveillance du développement tenant compte des préoccupations parentales et d'un questionnaire des jalons de développement, les prématurés doivent faire l'objet d'un dépistage ciblé pour détecter un éventuel retard, ceci avec l'aide d'outils standardisés tels que l'ASQ ou le M-CHAT et en tenant compte de l'âge corrigé jusqu'à 2 ans. Depuis 2020, le projet Agir tôt — et son volet Suivi 18 mois+ — du MSSSQ cible particulièrement ces anciens prématurés en vue d'avoir accès à une plateforme de dépistage à l'aide d'outils standardisés. Pour les grands prématurés et ceux qui ont présenté des complications particulières, les hôpitaux de niveau tertiaire disposent de cliniques interdisciplinaires qui procèdent à des visites d'évaluation systématique du développement à des moments prédéfinis, et ce, jusqu'à l'âge scolaire. Une prise en charge multidisciplinaire en réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie) doit être amorcée précocement au besoin.

Troubles de l'audition

Si six bébés sur mille naissent avec une certaine forme de surdité, la situation est différente pour les prématurés issus des soins néonataux. En effet, le risque de surdité pour ces nouveau-nés est de l'ordre de 4 bébés sur 100⁷. Les facteurs de risque associés à la prématurité sont en particulier le séjour à l'unité des soins intensifs néonataux > 48 heures, l'oxygénation extracorporelle, la ventilation associée, l'usage de médicaments ototoxiques ou l'hyperbilirubinémie exigeant une exsanguino-transfusion.

Au-delà du programme québécois de dépistage universel de la surdité offert à tous les nouveau-nés avec le test des émissions otoacoustiques (EOA) — qui n'est pas encore déployé encore dans toutes les régions du Québec —, les prématurés et les autres enfants à risque doivent d'emblée subir le test des potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (PEATC) pour déceler à la fois une atteinte endocochléaire et une neuropathie auditive. En cas d'échec au dépistage auditif, tant pour les prématurés que pour les bébés à terme, certains services néonataux procéderont aussi à un dépistage de l'infection congénitale à CMV, qui est une cause importante de surdité chez l'enfant. En effet, cette approche ciblée permettrait un traitement précoce avec des antiviraux pouvant réduire les séquelles auditives pour les bébés atteints par le virus⁸.

Par contre, sachant qu'environ 10 % des enfants avec des troubles auditifs n'auront pas été détectés par le programme universel périnatal ou encore présenteront éventuellement une surdité évolutive, il faut rester vigilant et refaire un dépistage auditif au besoin, particulièrement chez le prématuré.

Trouble de la vision : la rétinopathie du prématuré (RDP)

La rétinopathie du prématuré (RDP), trouble prolifératif qui touche les vaisseaux sanguins de la rétine en développement, peut être responsable d'une mauvaise acuité visuelle ou de cécité. En effet, 40 à 50 % des bébés nés avant 31 semaines d'âge gestationnel présenteront l'un des stades de la RDP, 7 à 8 % acquerront une grave RDP et 5 à 6 % devront être traités⁹.

La Société canadienne de pédiatrie (2016)⁹ recommande la stratégie associée à la plus faible probabilité qu'un bébé non dépisté soit atteint d'une rétinopathie des prématurés (RDP) traitable. Cette stratégie consiste à dépister les nourrissons faisant partie des groupes suivants :

- ✓ Tous les nourrissons de 30 6/7 semaines d'âge gestationnel ou moins (quel que soit leur poids de naissance) ;
- ✓ Tous les nourrissons d'un poids de naissance de 1 250 g ou moins ;

Chaque centre peut choisir d'élargir le critère de dépistage du poids de naissance à 1 500 g. Un ophtalmologiste qualifié dans la détection de la RDP devrait effectuer le premier dépistage :

- ✓ À 31 semaines d'âge postmenstruel (APM) chez les nourrissons nés à ≤ 26 6/7 semaines d'âge gestationnel (AG) ;
- ✓ À 4 semaines d'âge chronologique (AC) chez les nourrissons nés à ≥ 27 semaines d'âge gestationnel (AG).

Les recommandations conjointes de l'American Academy of Pediatrics (AAP) et de l'American Academy of Ophthalmology, révisées en 2018¹⁰, indiquent qu'il est recommandé de procéder au dépistage de RDP chez les nourrissons faisant partie des groupes suivants :

- ✓ Nouveau-né avec un poids de naissance de $\leq 1\,500$ g OU de ≤ 30 semaines d'âge gestationnel ;
- ✓ Certains nouveau-nés avec un poids de naissance de 1 500 g à 2 000 g OU de > 30 semaines d'âge gestationnel ayant eu des complications néonatales, incluant :
 - Les nouveau-nés ayant nécessité un soutien cardiorespiratoire pendant plus de quelques jours ;
 - Les nouveau-nés à risque de RDP selon le pédiatre ou néonatalogiste responsable.

Le dépistage devrait être effectué par un ophtalmologiste qualifié dans le repérage de la rétinopathie des prématurés (RDP), y compris le foyer et la zone, conformément à la Classification internationale de la rétinopathie des prématurés la plus récente.

TABLEAU 1 | DÉPISTAGE INITIAL DE LA RÉTINOPATHIE DES PRÉMATURÉS

Âge gestationnel (AG) à la naissance, en semaines	Âge au premier examen, en semaines	
	Âge postmenstruel (APM)	Âge chronologique (AC)
22	31	9
23	31	8
24	31	7
25	31	6
26	31	5
27	31	4
28	32	4
29	33	4
≥ 30	≥ 34	4

En outre, la myopie du prématuré, sans association avec la rétinopathie, peut atteindre 5 à 20 % des prématurés de 2 ans qui pesaient $< 1\,500$ g à la naissance.

Croissance et nutrition

En présence d'un retard harmonieux de croissance intra-utérine, le prématuré rattrape progressivement une taille et un poids normaux au cours des deux premières années de vie. Chez les nourrissons avec hypotrophie fœtale symétrique (la croissance cérébrale est aussi affectée de façon significative), il n'y a pas rattrapage normal de croissance, à la différence des nourrissons avec hypotrophie fœtale asymétrique (la croissance cérébrale est préservée de façon relative par rapport au reste du corps)¹¹.

Le périmètre crânien est le premier paramètre qui doit se normaliser entre 18 et 24 mois (âge corrigé). Une microcéphalie persistante est un signe de mauvais pronostic de développement. L'installation d'une microcéphalie progressive peut faire suite à une atteinte cérébrale majeure (ex. : anoxie, méningite). Une croissance exagérément rapide du périmètre crânien peut suggérer une hydrocéphalie.

Les paramètres de croissance, incluant le périmètre crânien, doivent donc être surveillés de façon régulière. Pour ce faire, le clinicien peut utiliser deux outils : les courbes de Fenton pour les prématurés ou les courbes de l'OMS. Les courbes de Fenton sont utiles pour les grands prématurés qui viennent d'obtenir leur congé jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge corrigé de 40 semaines. Les courbes de l'OMS doivent être utilisées par la suite en indiquant les données selon un mode d'âge corrigé jusqu'à 24 ou 36 mois².

Sur le plan nutritionnel, les bienfaits du lait maternel sont bien connus pour le nourrisson prématuré (Recommandation A)¹². Ils incluent une diminution de l'incidence des infections et d'entérocolite nécrisante ainsi qu'une amélioration de la croissance et du potentiel neurodéveloppemental. Chez le grand prématuré, toutefois, les difficultés de succion nécessiteront l'extraction manuelle du lait par la mère pendant plusieurs semaines avant la première tétée au sein, possible habituellement entre la 32^e et la 34^e semaine de gestation.

L'allaitement du grand prématuré demande de la patience et une grande souplesse organisationnelle dans un cadre de soins intensifs. Pour ce faire, l'application de la méthode Kangourou s'associe à un allaitement de plus longue durée, à des volumes plus élevés de lait exprimé, à un taux plus élevé d'allaitement exclusif et à un plus fort pourcentage d'allaitement lorsque le nourrisson obtient son congé de l'hôpital¹³. Il existe désormais une définition adaptée des conditions de l'Initiative des Amis des bébés qui tient compte de la réalité des unités néonatales et de leurs petits patients, appelée Néo-IHAB. Vous trouverez les détails à l'adresse suivante : <https://allaiterauquebec.org/linitiative-hopitaux-amis-des-bebes-pour-les-services-neonatales-neo-ihab/>

Les besoins caloriques peuvent être plus élevés en raison du rattrapage ou encore en cas de bronchodysplasie. L'estimation des besoins énergétiques est de 105-130 kcal/jr et une supplémentation calorique est souvent nécessaire.

Chez le prématuré allaité, on utilise au besoin et en fonction du nombre de semaines de prématurité des additifs en poudre dans le lait maternel (ex. : Similac Supplément de lait humain® ou Enfamil Supplément de lait humain®) afin de procurer une teneur calorique de 22 ou 24 kcal/30 ml, ainsi qu'une teneur plus élevée en calcium, en phosphore, en fer et en vitamines. L'arrêt de l'enrichissement du lait maternel se fait progressivement, lorsque l'enfant tète au sein¹⁴.

Chez le bébé nourri au biberon, on offre des laits à teneur calorique plus élevée (Neosure® ou Enfacare® 22 kcal/30 ml), qui sont gratuits (selon les critères de la RAMQ) pour les enfants nés à ≤ 34 semaines de gestation ou de ≤ 1,8 kg, et ce, jusqu'à un an d'âge corrigé.

La vélocité de croissance adéquate témoigne d'un apport énergétique adéquat (voir le tableau 2).

TABEAU 2 | VÉLOCITÉ MINIMALE DE CROISSANCE DES PRÉMATURÉS DE 1 À 12 MOIS

Âge	Filles				Garçons			
	Recommandations de prise de poids				Recommandations de prise de poids			
	Percentiles poids par rapport à l'âge				Percentiles poids par rapport à l'âge			
	3 ^e	15 ^e	50 ^e	85 ^e	3 ^e	15 ^e	50 ^e	85 ^e
1-2 mois	23-30	24-32	27-36	30-40	27-36	29-38	31-42	33-47
2-3 mois	17-22	19-24	21-26	23-30	20-26	21-28	23-31	25-30
3-4 mois	14-18	15-19	17-21	19-23	15-20	17-21	18-23	20-24
4-5 mois	11-14	12-15	14-17	16-19	13-16	13-17	15-19	16-20
5-6 mois	9-12	10-13	12-14	13-15	10-13	11-14	12-15	13-16
6-7 mois	8-10	9-11	10-12	12-14	9-11	9-12	11-13	12-14
7-8 mois	7-9	8-10	9-11	10-12	8-9	8-10	10-11	11-12
8-9 mois	7-8	7-9	8-10	10-11	7-8	8-9	9-10	10-11
9-10 mois	6-7	7-8	8-9	9-10	6-8	6-8	8-9	9-10
10-12 mois	6-7	6-7	7-8	8-10	6-7	6-7	7-9	8-10

Adapté de OMS 2017.

Prévention de l'anémie ferriprive

- ✓ Les réserves de fer, qui se font au 3^e trimestre de grossesse, sont inadéquates chez le prématuré. Les risques d'anémie ferriprive sont d'autant plus grands que le poids à la naissance est petit¹⁶. En plus d'une incidence d'anémie ferriprive accrue, l'anémie physiologique est plus marquée¹⁵
- ✓ Si le fait de prescrire un supplément oral de fer chez les prématurés et les nourrissons de petit poids à la naissance (<2500 g) fait consensus, il y a une grande variation dans la littérature relativement à la dose, le moment d'initiation et la durée de cette supplémentation en fer (6 à 12 mois)¹⁸. Entre autres, l'âge d'introduction de ce supplément préventif est controversé et varie, selon les auteurs, de 2 semaines à 8 semaines^{16,17,18}.
- ✓ Les recommandations suivantes sont soutenues par la Société canadienne de pédiatrie depuis 2019¹⁶.
 - Pour les nourrissons qui sont allaités majoritairement (> 50 % des apports), la supplémentation de fer est recommandée systématiquement : 1-2 mg/kg/jour de fer élémentaire pendant les premiers 6 mois si le poids de naissance est entre 2000-2500 g et 2-3 mg/kg/jour pendant 12 mois si le poids de naissance est < 2000 g¹⁶.
 - Pour les nourrissons de petit poids à la naissance (< 2500 g) qui reçoivent majoritairement des préparations commerciales pour nourrissons (> 50 % des apports) : pas besoin de suppléments de fer si les préparations utilisées sont enrichies de fer. Pour ceux de 2,0 à 2,5 kg à la naissance, les préparations commerciales contenant 10-12 mg/L de fer fournissent 1 à 2 mg/kg/jour de fer élémentaire. Pour ceux de moins de 2 kg, les préparations commerciales expressément conçues pour les prématurés (10 à 14 mg/L) fournissent 2 à 3 mg/kg/jour de fer élémentaire¹⁶, dans la mesure où le bébé ingère 150 ml/kg/jour^{16,17}. Cette dernière recommandation doit être modulée selon l'évolution clinique de chaque prématuré, par exemple : des pertes sanguines avec une valeur basse d'Hb au congé ou une trop faible quantité de lait ingéré inciteront le clinicien à prescrire d'emblée dès le congé un supplément de fer, même si le nourrisson est nourri au biberon.

- ✓ Le taux d'hémoglobine, l'hématocrite, les réticulocytes et la ferritine doivent être vérifiés aussi tôt que 2 mois et recontrôlés à 6 mois¹⁷. Ces valeurs d'hémoglobine diffèrent toutefois légèrement chez le bébé prématuré dont le niveau de ferritine est normal (10-12 µg/L) : pour un poids à la naissance de 1,0-1,5 kg mois : 109 g/L à 1 mois, 80 g/L à 2 mois, 98 g/L à 3 mois et 11,3 g/L à 6mois et pour un poids de 1,5-2kg : 115 g/L à 1 mois, 94 g/L à 2 mois, 102 g/L à 3 mois et 11,8 g/L à 6mois)¹⁹.
- ✓ La minéralisation osseuse du fœtus s'effectuant durant le 3^e trimestre de grossesse, le risque d'ostéopénie et de rachitisme est accru chez le prématuré de petit poids. Les nourrissons à haut risque sont ceux qui reçoivent une alimentation parentérale totale à long terme. Le prématuré qui ne présente pas de rachitisme nécessite un supplément de **200 UI/kg/jour de vitamine D pour un maximum de 400 UI/jour (Recommandation A)**. Ceci peut provenir de la préparation lactée (400 UI/litre) ou d'un supplément si la quantité de lait consommée par jour est insuffisante ou si l'enfant est allaité.
- ✓ Chez le prématuré qui présente une allergie à la protéine de lait de vache (APLV), l'allaitement avec diète restrictive de la mère reste l'aliment de choix. Chez le prématuré nourri au biberon, il est plus sécuritaire et pertinent de recommander une préparation à base de protéines hydrolysées. En effet les préparations à base de soya ne favorisent pas suffisamment la croissance de ces petits et leur usage n'est pas recommandé au sein de cette population²⁰.
- ✓ Étant donné les problèmes fréquents de dysfonction orale chez le grand prématuré, l'introduction des aliments solides doit se faire théoriquement à l'âge corrigé de 6 mois²¹. En pratique, les nutritionnistes font preuve de souplesse à ce chapitre parce que les prématurés sont plus à risque de carences que les enfants nés à terme. Elles accompagnent donc régulièrement les parents dans l'introduction des aliments solides entre 4 et 6 mois d'âge corrigé, au cas par cas, selon les problèmes spécifiques du petit patient et son degré de maturité.

Vaccination

La réponse immunitaire des prématurés est adéquate pour la vaccination. Le calendrier vaccinal de l'enfant prématuré débute donc en même temps que celui de l'enfant né à terme, sauf pour le bébé de moins de 2 000 grammes né de mère porteuse de l'hépatite B (ou de statut inconnu pour l'AgHBs, ou qui a eu une hépatite B au cours du 3^e trimestre). Celui-ci devra recevoir précocement 4 doses du vaccin selon un calendrier particulier. À cette exception près, la vaccination doit débiter à 2 mois d'âge chronologique.

En plus des vaccins prévus au calendrier régulier, le prématuré devra recevoir une protection accrue contre le pneumocoque et l'*hæmophilus influenzae* de type B. En effet, il recevra une dose supplémentaire de DCaT-Polio-Hib et du vaccin conjugué contre le pneumocoque (Pneumo-C) à l'âge de 6 mois²².

Le vaccin antigrippal est indiqué chez les enfants prématurés de plus de 6 mois souffrant de dysplasie bronchopulmonaire et ayant des besoins d'oxygène persistants, ou ceux atteints d'asthme modéré à sévère (voir section Vaccin antigrippal). Rappelons que les

membres de la famille de ces enfants à risque doivent aussi recevoir le vaccin antigrippal pour protéger leur nourrisson.

Prophylaxie pour le virus respiratoire syncytial (VRS)

Mesures préventives

- ✓ Se laver les mains ;
- ✓ Limiter l'exposition à la fumée et au tabac ;
- ✓ Limiter l'exposition aux endroits où il y a une forte concentration d'enfants (garderie).

Anticorps monoclonal (Palivizumab ou Synagis®)

Depuis son homologation en 2002, la plupart des nourrissons nés avant 32 semaines d'âge gestationnel se faisaient offrir une prophylaxie contre le VRS s'ils avaient moins de 6 mois durant la saison automnale, même s'ils ne présentaient aucune pathologie particulière. Chaque ministère provincial de la santé est responsable d'émettre ses recommandations locales qui peuvent différer d'une province à l'autre.

Pour la saison 2021-2022, Héma Québec a énoncé les indications suivantes²³ :

- ✓ Les bébés nés à moins de 33 semaines de grossesse et âgés de moins de 6 mois au début de la saison du VRS ;
- ✓ Les enfants nés à terme, âgés de moins de 24 mois au moment du début de la saison du VRS, atteints d'une maladie pulmonaire chronique du nouveau-né (définie par le besoin d'oxygène à la naissance ou qui a persisté en raison d'une atteinte pulmonaire chronique autre que celles désignées dans les autres critères) ;

OU

- ✓ Les bébés prématurés, âgés de moins de 24 mois au moment du début de la saison du VRS, atteints de dysplasie bronchopulmonaire, définie par un besoin d'oxygénothérapie peu après la naissance jusqu'à au moins 28 jours de vie et jusqu'à un âge gestationnel d'au moins 36 semaines ET qui ont besoin d'oxygénothérapie persistant dans les 6 mois qui précèdent la saison du VRS ou qui en auront besoin durant la saison ;
- ✓ Les enfants de moins de 24 mois au moment du début de la saison de VRS, atteints de fibrose kystique et qui présentent des symptômes respiratoires ou de retard staturo-pondéral significatifs ;
- ✓ Les enfants âgés de moins de 24 mois au moment de la saison du VRS, dont l'évacuation des sécrétions des voies aériennes est entravée de façon importante en raison d'un trouble neuromusculaire ou d'une anomalie congénitale des voies supérieures ;
- ✓ Les bébés de moins de 12 mois au moment du début de la saison du VRS, atteints de cardiopathie congénitale, de cardiomyopathie ou de myocardite qui entraîne des conséquences hémodynamiques significatives, ou souffrant d'hypertension artérielle pulmonaire modérée ou grave ;

- ✓ Les enfants âgés de moins de 24 mois au moment du début de la saison du VRS ayant subi une greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe solide dans les 6 mois qui précèdent la saison du VRS ou pendant la saison du VRS ;
- ✓ Les enfants résidant au Nunavik nés à 36 semaines ou moins de gestation et qui sont âgés de moins de 6 mois au moment de début de la période du VRS.

Les formulaires d'autorisation sont disponibles sur le site d'Héma Québec.

Le Synagis® est administré tous les mois, à raison de 15 mg/kg de poids corporel, durant la période où le patient court un grand risque d'être exposé au VRS. Cette période s'étend sur 5 mois durant la saison froide mais étant donné l'augmentation importante de l'activité du VRS au Québec en 2021, l'INSPQ a émis une recommandation afin de débiter la saison 2021-2022 le plus tôt possible soit à partir du 20 septembre.

Le programme devrait donc prévoir l'administration d'un maximum de 4 à 5 doses. Comme il s'agit d'un agent d'immunisation passive visant une cible antigénique très spécifique, il n'inhibe pas la réponse immunitaire à d'autres vaccins et peut être administré en même temps, mais en des points d'injection différents¹⁵. On n'observe pas plus d'effets secondaires avec le Palivizumab® qu'avec un placebo²⁴.

Impact sur la famille

La naissance prématurée d'un enfant constitue un stress familial très important, particulièrement lorsqu'elle est suivie d'une hospitalisation prolongée, de complications médicales et/ou chirurgicales, surtout lorsqu'il en résulte des handicaps permanents. L'attachement parental et l'adaptation peuvent, pour certaines familles, être très difficiles. Le soutien, par l'intervention précoce d'une travailleuse sociale ou d'un psychologue, peut être nécessaire. L'appui d'autres parents peut aussi être très utile. En outre, l'organisme Préma-Québec offre de l'aide téléphonique en plus de mettre à la disposition des parents une foule d'informations pertinentes sur leur site internet. Ils ont aussi un service pour les situations de deuil périnatal. <http://www.premaquebec.ca/fr/services/>

D'autres ouvrages pour les parents de prématurés, publiés par les Éditions du CHU Sainte-Justine, peuvent être très utiles, dont *Être parent à l'unité néonatale* (Marie Josée Martel et Isabelle Millette) et *Accompagner son enfant prématuré* (Sylvie Louis).

Références

1. Institut de la statistique du Québec, Observatoire des tout-petits. <https://tout-petits.org/donnees/sante-et-bien-etre/conditions-de-naissance/naissances-prematurees/>
2. Diététistes du Canada, Société canadienne de pédiatrie, Collège des médecins de famille et infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. *Le guide d'utilisation des courbes de croissance de l'OMS pour le Canada à l'intention des professionnels de la santé*, 2014, reconduit en 2017.
3. Lemyre B. et coll. et Société canadienne de pédiatrie. Les conseils et la prise en charge en prévision d'une naissance extrêmement prématurée. *Paediatr Child Health* (2017) 22 (6), 342-50.
4. Lemyre B. et coll. Shared Decision Making for Infants Born at the Threshold of Viability: A Prognosis-based Guideline. *Journal of Perinatology* (2016) 36, 503-509.

5. Lui, K. et coll. Trends in Incomes for Neonates Born Very Preterm and Very Low Birth Weight in 11 High-Income Countries. *J Pediatr* (2019) 215, 32-40.
6. Natarajan G. et Shankaran S. Short and Long-Term Outcomes of Moderate and Late Preterm Infants. *Am J Perinatol* (2016) 33, 305-317.
7. *Programme de dépistage de la surdité chez le nouveau-né*. CHU Sainte-Justine, septembre 2008.
8. Scott D. et coll. Screening for Congenital Cytomegalovirus After Newborn Hearing Screening : What Comes Next? *Pediatrics*, janvier 2017.
9. Jefferies AI et Société canadienne de pédiatrie. La rétinopathie des prématurés : mise à jour sur le dépistage et la prise en charge. Comité d'étude du f etus et du nouveau-né. *Pédiatr. Child Health* (2016) 21(2), 105-08.
10. Fierson W.M. Screening Examination of Premature Infants for Retinopathy of Prematurity. *Pediatrics*, novembre 2018 : <http://pediatrics.aappublications.org/content/142/6/e20183061>
11. R.S. et Dietz W.H. Effects of Intrauterine Growth Retardation in Premature Infants on Early Childhood Growth. *J Pediatr* (1997) 130, 95-102.
12. Boies E., Vaucher Y. and Academy of Breastfeeding Medecine. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34-36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Terme Infants (37-38 6/7 Weeks of Gestation), second Revision 2016. *Breastfeeding Medecine*, 11(10), 201.
13. Jefferies AI et Société canadienne de pédiatrie. La méthode kangourou pour le nourrisson prématuré et sa famille. *Paediatr Child Health* (2012) 17(3), 144-6. 1^{er} mars 2012, reconduit le 30 janvier 2017.
14. *Dictionnaire thérapeutique Weber*, 3^e édition. Chapitre 2, 22-23. Chapitre 199, Prématurité, 927-935. Chenelière (2015).
15. Brodsky D. et Ouellette MA. *Primary Care of the Premature Infant*, 2008.
16. Unger S. et coll. « Les besoins de fer jusqu'à l' ge de 2 ans ». Société canadienne de pédiatrie, 2019. *Paediatr Child Health* 2019 24 (8) : 556.
17. Baker R.D., Frank R., Greer and Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. *Clinical Report-Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency Anemia, in Infants and Young Children (0-3 Years of Age)*, 2010.
18. Rao R., Georgieff M.K. Iron Therapy for Preterm Infants., *Clinical Perinatology*, (2009) 36 27-42.
19. Orkin SH, Nathan DG, Ginsburg D, Look AT, Fischer DE, Lux S (2015), *Nathan and Oski's hematology of infancy and childhood*, 8th edn, Saunders, Philadelphia.
20. Leung A. et coll., Société canadienne de pédiatrie. Des inqui tudes au sujet de l'utilisation des préparations à base de soya pour l'alimentation des nourrissons. *Peadiatr Child Health* (2009) 14920:11408, reconduit 1er février 2016.
21. Limongia S.C.O. et coll. Dietary Transition Difficulties in Preterm Infants: Critical Review. *J Pediatr*, janvier-février 2016.
22. *Protocole d'immunisation du Québec*, mise à jour novembre 2019.
23. Informations sur la disponibilité du Synagis® pour la saison 2021-2022. Héma Québec, HQ-21-042, 17 septembre 2021.
24. Protocole d'immunisation du Québec, Chapitre sur la *Vaccinologie pratique*, 15 juin 2021.
Voir aussi dans le présent Guide la section « Vaccination : Anticorps monoclonal antiviral respiratoire syncytial. »