

## A propos de l'article «Otite moyenne aiguë: Propositions de mise à jour de la prise en charge»

Paediatrica (Vol. 11, No. 4, 2000, p. 35–38)\*

Cet article, dans son résumé, est assorti de directives qui excluent l'usage d'antibiotiques en première intention pour le traitement des otites, sauf cas particuliers.

J'aimerais savoir si cet article et ses directives constituent des recommandations thérapeutiques officielles de la Société Suisse de Pédiatrie. En particulier si l'usage d'antibiotiques en première intention doit désormais être considéré comme une faute professionnelle.

Dans un environnement de médecins-généralistes qui traitent le plus souvent, d'emblée, les otites avec des antibiotiques de réserve je vois déjà poindre de multiples problèmes et litiges avec des patients qui auront été traités selon ces nouvelles recommandations. Au cas où ils ne reviendraient pas au contrôle à 24 ou 48 heures et qu'ils tombent sur un généraliste de garde avec une complication d'otite au bout de quelques jours, ils n'auront aucune difficulté à prouver avoir consulté d'emblée et qu'un traitement antibiotique leur avait été refusé. Il sera par contre très difficile au pédiatre de prouver qu'un contrôle avait été prévu après 24 ou 48 heures. Dans un environnement national et international qui traite les otites avec des antibiotiques en première intention, il n'est pas du tout certain qu'un tribunal retienne ces nouvelles directives comme valables.

Enfin, je trouve hasardeux et pour le moindre téméraire, de se risquer à de telles directives pour les enfants de moins de 2 ans, alors que les auteurs affirment eux-mêmes, ne disposer que d'une seule et unique étude pour ce groupe d'âge.

J'aimerais bien obtenir une réponse officielle de la Société Suisse de Pédiatrie, ainsi qu'un avis juridique sur ces questions.

Avec mes salutations distinguées.

Dr R. Spitz, pédiatre FMH  
Rue du Temple 5  
1510 Moudon

*L'article mentionné dans la lettre ci-dessus, ainsi que l'article «Résistance croissante des pneumocoques aux antibiotiques. Conséquence pour l'antibiothérapie empirique de l'otite moyenne aiguë» de Kathrin Mühlemann et Chr. Aebi (Paediatrica Vol. 11, No. 5, 2000, p. 10–13\*\*\*) ne constituent pas l'avis «officiel» de la Société Suisse de Pédiatrie concernant la prise en charge*

*des otites moyennes aiguës de l'enfant. Toutefois, ces articles, même s'ils reflètent avant tout la position de leurs auteurs, sont fondés sur des bases scientifiques solides. Des propositions analogues rencontrent un grand écho également dans d'autres pays (voir ci-après).*

*Nous avons demandé aux auteurs de ces articles de répondre à la lettre du Dr Spitz et publions ici leur réponse. Nous invitons nos lecteurs à participer également à la discussion et leur proposons de faire part de*

*leurs remarques à ce sujet sur le nouveau forum de discussion pédiatrique de la Société Suisse de Pédiatrie: [ssp-sgp@egroups.com](mailto:ssp-sgp@egroups.com) ou en écrivant à la rédaction. (NDLR)*

### Réponse à la lettre du Dr R. Spitz

La lettre du Dr Spitz traduit l'engagement du pédiatre praticien et sa sensibilisation au traitement actuel de l'otite moyenne aiguë, ce dont nous nous réjouissons et ce pour quoi nous voudrions le remercier. Nos articles et nos propositions font suite à des travaux scientifiques et aux connaissances résultant d'études cliniques contrôlées et n'ont pas été discutés avec la SSP. Nous sommes cependant sensibles au feedback, que nous recevons de manière constructive, car il nous indique la possibilité de réalisation de nos propositions dans la pratique.

L'otite moyenne aiguë qui fait partie des diagnostics le plus fréquemment posés par le pédiatre, montre un taux de guérison spontanée de plus de 70% et est la raison la plus fréquente pour une antibiothérapie ambulatoire<sup>(1)2)</sup>. Au cours de ces dernières années, la proportion des bactéries résistantes aux antibiotiques s'est accrue significativement et d'une manière inquiétante, entre autres choses par suite de l'utilisation large des antibiotiques dans le monde, mais également en Suisse<sup>(3)4)</sup>.

Pour cette raison, nous avons présenté et discuté dans Paediatrica, en premier lieu une proposition de prise en charge de l'otite moyenne aiguë, avec pour but l'identification des patients atteints d'oti-

\* <http://www.ssp.hin.ch/paediatrica/vol11/n4/oma-fr.htm>

\*\* [http://www.ssp.hin.ch/paediatrica/vol11/n5/ab\\_resist-fr.htm](http://www.ssp.hin.ch/paediatrica/vol11/n5/ab_resist-fr.htm)

tes moyennes aiguës et plus particulièrement de ceux qui peuvent bénéficier d'une antibiothérapie<sup>5)</sup> ainsi que, deuxièmement, les conséquences découlant des résistances actuelles pour le choix de l'antibiothérapie de l'otite moyenne aiguë<sup>6)</sup>.

Ces deux articles ont pour but d'instituer après un diagnostic correct et conformément aux bonnes pratiques, un traitement ciblé de l'otite moyenne aiguë permettant d'optimiser le succès thérapeutique, d'éviter des prescriptions d'antibiotiques inutiles et le développement de résistances. Ils se basent sur des travaux effectués aux Pays-Bas, en Grande Bretagne et aux USA ayant suscité des propositions et recommandations analogues<sup>1) 7) 8)</sup>.

- Des études contrôlées randomisées avec placebo et des meta-analyses indiquent un taux spontané de guérison de 70 – 85% lors d'otite moyenne aiguë. Ainsi seuls 15 – 30% de ces enfants peuvent attendre une amélioration après une antibiothérapie immédiate<sup>2) 9-11)</sup>. Cependant, en particulier dans une étude néerlandaise<sup>12)</sup>, des critères de diagnostic peu spécifiques ont été utilisés, ce qui pourrait sous-estimer l'effet de l'antibiothérapie. De la même manière dans les méta-analyses, la qualité du diagnostic de l'otite moyenne aiguë ne peut pas être jugée sans critères de diagnostic contrôlés.
- L'antibiothérapie de l'otite moyenne séreuse n'a pas d'effet et n'est pas indiquée. Le diagnostic d'otite moyenne aiguë est un diagnostic cli-

nique. Le diagnostic différentiel avec une infection virale des voies respiratoires supérieures avec otite n'est souvent pas possible au début<sup>2)</sup>.

- En l'absence d'amélioration spontanée, un traitement est nécessaire qui permette l'éradication de l'oreille moyenne de l'agent pathogène responsable<sup>11)</sup>.
- Les pneumocoques sont les agents pathogènes les plus fréquents de l'otite moyenne aiguë. En raison de la résistance croissante des pneumocoques aux antibiotiques, l'amoxicilline reste le traitement de choix<sup>3) 4)</sup>.

L'attitude proposée est de traiter avec des antibiotiques tous les enfants qui ne montrent pas de guérison spontanée et d'éviter des complications. Une seule analgésie au début, puis une antibiothérapie secondaire (après 24 à 48 h) permettent d'éliminer les patients dont l'otite moyenne aiguë ne nécessitait pas de traitement et ceux pour lesquels le diagnostic soupçonné initialement n'était pas correct. La condition nécessaire à l'application de cette prise en charge est que les parents doivent être informés et aient donné leur accord, et qu'un examen de contrôle puisse être organisé. Ce procédé est idéalement réalisable chez le pédiatre traitant, qui connaît le patient et ses parents. Si ces conditions ne sont pas réalisées ou s'il existe des facteurs de risque pour un décours sévère ou des complications, une antibiothérapie initiale demeure la décision correcte. Chez les enfants plus jeunes que 2

ans, où le diagnostic est souvent plus difficile, le décours plus sévère et en raison des données disponibles<sup>12)</sup>, il est proposé d'effectuer un examen de contrôle lors de diagnostic incertain à court terme (24 heures) et, pour les cas douteux, d'instaurer immédiatement une antibiothérapie.

L'antibiothérapie doit être choisie afin d'obtenir l'éradication de l'oreille moyenne de l'agent pathogène, amenant au succès clinique et empêchant la sélection de germes résistants. Puisque les pneumocoques sont les germes pathogènes les plus fréquents de l'otite moyenne aiguë, en particuliers responsables des cas ne guérissant pas spontanément, le traitement de choix est l'amoxicilline (50 mg/kg/j en 2 à 3 doses quotidiennes)<sup>3)</sup>. L'absence de réponse à l'amoxicilline fait suspecter une non-éradication du germe responsable. La réponse rationnelle est une augmentation de dose de l'antibiotique  $\beta$ -lactame et le choix d'un antibiotique stable à la  $\beta$ -lactamase. La première mesure permet de surmonter la résistance des pneumocoques et la seconde de traiter des germes comme *Haemophilus influenzae* et *Moraxella catarrhalis*, produisant une  $\beta$ -lactamase. Ceci est réalisé par un traitement d'amoxicilline-clavulanate (80 – 90 mg/kg/j) ou de ceftriaxone (50 milligrammes/kg i.v. ou i.m.).

Les réflexions à la base de ces articles se fondent sur des données scientifiques, des études cliniques argumentées et ont pour but d'offrir à nos patients un traitement optimal. Eviter de prescrire des antibiotiques inutiles et empêcher le développement de résistances peuvent nous aider

à atteindre ces buts aussi dans l'avenir. Dans nos services, nous essayons de diffuser ces réflexions et propositions et d'évaluer leurs applications. Nous laissons juger aux pédiatres et aux généralistes, selon leur expérience et sous leur responsabilité, jusqu'à quel point ces propositions sont applicables en pratique. Dans tous les cas, nous vous sommes très reconnaissants pour un feedback et espérons que nous pourrions continuer la discussion sur ce thème important et quotidien de la pratique pédiatrique.

## Littérature

- 1) Dowell SF, Marcy M, Philips W, Gerber M, Schwartz B. Otitis media: Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998; 101 supplement 165-171.
- 2) Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, Cipolle RJ, Uden DL, Giebink GS, Canafax DM. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: metaanalysis of 5400 children from thirty-three randomized trials. *J Pediatr*. 1994; 124: 355-67.
- 3) Dowell SF, Butler JC, Giebink GS, Jacobs MR, Jernigan D, Musher DM, Rakowsky A, Schwartz B. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance – a report from the Drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* Therapeutic Working Group. *Pediatr Infect Dis J*. 1999; 18: 1-9.
- 4) Mühlemann K, Täuber MG, Bodmer T. National trends of pneumococcal resistance among Swiss children. *Schweiz Med Wochenschrift* 2000; 130: Suppl 118: 52S.
- 5) Berger C, Michel K. Akute Otitis media: Vorschlag für ein neues Management. *Paediatrica* 2000; 11: 6-9.
- 6) Mühlemann K, Aebi C. Zunehmende Antibiotikaresistenz bei Pneumokokken. Konsequenzen für die empirische antibiotische Therapie der akuten Otitis media. *Paediatrica* 2000; 11: 39-42.
- 7) Fromm J, Culpepper L, Grob P, Bartelds A, Bowers P, Bridges-Webb C, Grava-Gubins I, Green L, Lion J, Somaini B et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. *BMJ* 1990; 300: 582-6.
- 8) Cates C. An evidence based approach to reducing antibiotic use in children with acute otitis media: controlled before and after study. *BMJ* 1999; 318: 715-6.
- 9) Kozyrskyj AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SE, Wincott JL, Sitar DS, Klassen TP, Moffatt ME. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics: a meta-analysis. *JAMA* 1998; 279: 1736-42.
- 10) Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997; 314: 1526-9.
- 11) Dagan R, Leibovitz E, Greenberg D, Yagupsky P, Fliss DM, Leiberman A. Early eradication of pathogens from middle ear fluid during antibiotic treatment of acute otitis media is associated with improved clinical outcome. *Pediatr Infect Dis J*. 1998; 17: 776-82.
- 12) Damoiseaux RA, van Balen FA, Hoes AW, Verheij TJ, de Melker RA. Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillin versus placebo for acute otitis media in children aged under 2 years. *BMJ* 2000; 320: 350-4.

Ch. Berger  
Division d'infectiologie  
Clinique universitaire de pédiatrie  
Zurich

Ch. Aebi  
Institut d'Infectiologie  
et clinique universitaire de pédiatrie  
Université de Berne

Kerstin Michel  
Clinique de pédiatrie  
hôpital cantonal de Winterthur

Traduction: R. Tabin, Sierre

### Correspondance:

Dr C. Berger  
Abteilung Infektiologie  
Universitäts-Kinderklinik  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zürich  
e-mail: [Christoph.Berger@kispi.unizh.ch](mailto:Christoph.Berger@kispi.unizh.ch)  
ou sur: [ssp-sgp@egroups.com](mailto:ssp-sgp@egroups.com)

## Zum Artikel: «Akute Otitis media: Vorschlag für ein neues Management»

Erschienen in Paediatrica Vol. 11, No. 2, 2000, S. 6–9\*

Zusammenfassend enthält dieser Artikel Richtlinien, die den primären Einsatz von Antibiotika in der Behandlung der Otitiden ausschliesst, ausgenommen Spezialfälle.

Ich möchte wissen, ob dieser Artikel und die darin enthaltenen Empfehlungen offizielle Therapierichtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie darstellen und im Besonderen, ob der primäre Einsatz von Antibiotika dementsprechend als Kunstfehler betrachtet werden muss.

In einer Umgebung, in der Allgemeinpraktiker öfters, ja eigentlich von vornherein die Otitiden mit Antibiotika behandeln, erwarte ich vielfältige Probleme und Streitfälle mit Patienten, die gemäss diesen neuen Richtlinien behandelt werden. Wenn sie nämlich nicht zur Kontrolle nach 24 oder 48 Stunden erscheinen und dann mit einer Otitis-Komplikation nach einigen Tagen zu einem diensthabenden Allgemeinpraktiker kommen, werden sie keinerlei Schwierigkeiten haben, zu beweisen, dass ihnen in einer vorgängigen Konsultation eine antibiotische Therapie verweigert worden war. Im Gegenzug wird es für den Pädiater sehr schwierig sein, zu beweisen, dass eine Kontrolle nach 24 bis 48 Stunden vorgesehen gewesen war. Es ist keineswegs sicher, dass ein Gericht die neuen Richtlinien als verbindlich anerkennen wird, da national und international Otitiden immer noch primär mit Antibiotika behandelt werden.

Schliesslich erachte ich es als verwegen oder zumindest sehr mutig, solche Empfehlungen für Kinder unter 2 Jahren auszusprechen, nachdem die Autoren selber bestätigen, dass keine einzige Studie für diese Altersgruppe besteht.

Ich möchte gerne eine offizielle Antwort der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie erhalten sowie eine juristische Stellungnahme zu diesen Fragen.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. R. Spitz  
Facharzt FMH Kinder- und Jugendmedizin  
Rue du Temple 5  
1510 Moudon

Übersetzung: U. Lips, Zürich

sen und publizieren diese hier. Wir laden unsere Leserinnen und Leser zur Teilnahme an der Diskussion ein und schlagen ihnen vor, dies im neuen pädiatrischen Diskussionsforum der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie per E-Mail zu tun ([ssp-sgp@egroups.com](mailto:ssp-sgp@egroups.com) <mailto:ssp-sgp@egroups.com> oder an die Redaktion zu schreiben.

### Antwort auf den Brief von Dr. R. Spitz

Der Leserbrief von Dr. R. Spitz signalisiert das Engagement der Praxispädiater und die Sensibilisierung zur aktuellen Behandlung der akuten Otitis media, worüber wir erfreut sind und wofür wir uns bedanken möchten. Unsere Beiträge und Vorschläge entstanden aufgrund wissenschaftlicher Analysen und Erkenntnisse kontrollierter klinischer Studien und sind nicht mit der SGP abgesprochen. Wir sind jedoch auf Feedback, das uns die Durchführbarkeit unserer Vorschläge in der Praxis aufzeigt, angewiesen und können davon nur profitieren.

Die akute Otitis media gehört zu den vom Kinderarzt am häufigsten gestellten Diagnosen, zeigt eine Spontanheilungsrate von über 70% und ist der häufigste Grund für eine ambulant verschriebene Antibiotikatherapie<sup>1) 2)</sup>. In den letzten Jahren hat der Anteil von Bakterien, die gegenüber Antibiotika resistent sind, unter anderem durch deren breite Anwendung weltweit und auch in der Schweiz besorgniserregend zugenommen<sup>3) 4)</sup>.

Aus diesem Anlass wurde in der Paediatrica erstens ein Vorschlag zur Behandlung der Otitis mit dem Ziel, diejenigen Patienten

*Der im oben stehenden Brief erwähnte Artikel sowie der Artikel: «Zunehmende Antibiotikaresistenz bei Pneumokokken. Konsequenzen für die empirische antibiotische Therapie der akuten Otitis media» von Kathrin Mühlemann und C. Aebi (Paediatrica Vol. 11, No. 4, 2000 S. 39–42\*\*) stellen nicht die offizielle Meinung der Schweize-*

*rischen Gesellschaft für Pädiatrie bezüglich des Vorgehens bei akuter Otitis media im Kindesalter dar. Diese Artikel widerspiegeln die Meinung ihrer Autoren und basieren auf soliden wissenschaftlichen Grundlagen. Analoge Vorschläge finden auch in anderen Ländern grosse Verbreitung (siehe nachstehend).*

\* <http://www.hin.ch/paediatrica/vol11/n2/oma-ge.htm>  
\*\* [http://www.hin.ch/paediatrica/vol11/n4/ab\\_resist-ge.htm](http://www.hin.ch/paediatrica/vol11/n4/ab_resist-ge.htm)

*Wir haben die Autoren gebeten, eine Antwort auf den Brief von Dr. Spitz zu verfas-*

mit akuter Otitis media zu identifizieren und mit Antibiotika zu behandeln, welche von einer solchen profitieren<sup>5)</sup>, wie auch zweitens die von der aktuellen Resistenzlage abgeleiteten Konsequenzen für eine empirische antibiotische Therapie bei der Otitis media<sup>6)</sup> vorgestellt und diskutiert.

Beide Beiträge verfolgen das Ziel, bei guter Patientenbetreuung mit einer korrekten Diagnose und gezielter Therapie der akuten Otitis media den klinischen Therapieerfolg zu optimieren, unnötige Antibiotikaverschreibungen und Resistenzentwicklungen zu verhindern. Grundlage dazu bilden die im Folgenden dargestellten Erkenntnisse, welche auch in den Niederlanden, England und den USA zu ähnlichen Vorschlägen und Empfehlungen geführt haben<sup>1) 7) 8)</sup>:

- In randomisierten plazebo-kontrollierten Studien und Metaanalysen zeigt die akute Otitis media eine Spontanheilungsrate von 70–85%. Somit können nur 15–30% aller Kinder von einer unverzüglich begonnenen Therapie eine Besserung erwarten<sup>2) 9)–11)</sup>. Besonders in einer niederländischen Studie<sup>12)</sup> wurden allerdings wenig spezifische Diagnosekriterien verwendet, wodurch der antibiotische Effekt unterschätzt werden könnte. Gleichermassen ist ohne kontrollierte Diagnosekriterien auch in Metaanalysen die Qualität der Diagnosestellung der akuten Otitis media letztlich nicht überprüfbar.
- Die Antibiotikatherapie beim Tubenmittelohrkatarrh hat keinen Effekt

und ist nicht indiziert. Die Diagnose der akuten Otitis media erfolgt klinisch. Die Differentialdiagnose zu viralen Infekten der oberen Luftwege mit Otitis ist initial oft nicht möglich<sup>2)</sup>.

- Bei fehlender Spontanbesserung ist eine Therapie notwendig, welche zur Eradikation des Erregers aus dem Mittelohr führt<sup>11)</sup>.
- Pneumokokken sind die häufigsten Erreger der akuten Otitis media. Gerade wegen zunehmender Antibiotikaresistenz gegen Pneumokokken bleibt Amoxicillin Therapie der Wahl<sup>3) 4)</sup>.

Das hiervon abgeleitete vorgeschlagene Management ist darauf ausgerichtet, alle Kinder antibiotisch zu behandeln, bei welchen keine Spontanheilung eintritt und Komplikationen zu verhindern. Mit dem primär analgetischen und erst sekundär antibiotischen Therapieansatz (nach 24–48 Std.) können Patienten mit nicht behandlungsbedürftiger Otitis und solche, bei denen die initiale Verdachtsdiagnose nicht richtig war, ausgeschieden werden. Voraussetzung für dieses Prinzip ist, dass die Eltern informiert und einverstanden sind sowie eine Nachkontrolle organisiert werden kann. Dieses Vorgehen ist idealerweise beim betreuenden Kinderarzt realisierbar, der Patient und Eltern kennt. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben oder bestehen Risikofaktoren für einen schweren oder komplizierten Verlauf, ist die bereits initiale Antibiotikatherapie die richtige Entscheidung. Bei Kindern jünger als 2 Jahre ist wegen der oft schwierigeren Diagnose,

schweren Verlaufs und aufgrund der vorhandenen Daten<sup>12)</sup> bei unsicherer Diagnose eine kurzfristige Nachkontrolle (24 Std.) und im Zweifelsfall die sofortige Antibiotikabehandlung indiziert.

Der Entscheid zur antibiotischen Therapie soll eine Behandlung einschliessen, welche zuverlässig die Eradikation des Erregers aus dem Mittelohr erreicht und so zum klinischen Erfolg führt und die Selektion resistenter Erreger verhindert. Da Pneumokokken die häufigsten Erreger der akuten Otitis media sind und insbesondere verantwortlich sind für die nicht spontan abheilenden Fälle, ist Amoxicillin 50 mg/kg in 2–3 täglichen Dosen Therapie der Wahl<sup>3)</sup>. Bei fehlendem Ansprechen auf Amoxicillin ist in der Annahme einer fehlenden Eradikation der Erreger aus dem Mittelohr eine Dosiserhöhung des  $\beta$ -Laktam-Antibiotikums und eine  $\beta$ -Laktamase stabile Therapie die rationale Antwort. Die erste Massnahme erfolgt zur Überwindung der Pneumokokkenresistenz und die letztere zur Behandlung von  $\beta$ -Laktamase produzierenden *Haemophilus influenzae* und *Moraxella catarrhalis*. Eine Behandlung mit Amoxicillin-Clavulanat (80–90 mg/kg) oder alternativ Ceftriaxon (50 mg/kg iv oder im) wird beiden Anforderungen gerecht.

Die Überlegungen zu diesen Beiträgen basieren auf wissenschaftlichen Daten, fundierten klinischen Studien und folgen der Maxime, unseren Patienten den optimalen Therapieerfolg zu gewährleisten. Unnötige Antibiotikaverschreibungen und die Verhinderung von Resistenzentwicklungen mögen uns helfen, diese Ziele auch in Zukunft zu erreichen. Im eigenen Bereich versuchen

wir, diese Überlegungen und Vorschläge umzusetzen und weiter zu evaluieren. Wie weit diese in der Praxis durchführbar sind, können und wollen wir nur der Erfahrung und der Verantwortung der Kinderärzte und Allgemeinpraktiker überlassen. In jedem Fall sind wir gespannt und dankbar für jedes Feedback und hoffen, dass wir die ange-regte Diskussion dieses in der pädiatri-schen Praxis alltäglichen und wichtigen Themas weiterführen können.

#### **Literatur**

Siehe französischer Text.

Ch. Berger, Zürich  
Ch. Aebi, Bern  
Kerstin Michel, Winterthur

#### **Korrespondenz:**

Dr. C. Berger  
Abteilung Infektiologie  
Universitäts-Kinderklinik  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zürich  
e-mail: [Christoph.Berger@kispi.unizh.ch](mailto:Christoph.Berger@kispi.unizh.ch)  
oder über [ssp-sgp@egroups.com](mailto:ssp-sgp@egroups.com)

## Lettre ouverte aux comités de la SSP à propos de la «prise en charge financière en néonatalogie»

Monsieur le Président,  
Chers consœurs et confrères membres des comités,

Dans ses récentes «Recommandations concernant la prise en charge financière des prestations médicales en néonatalogie»<sup>1</sup>, la SSP souhaite officiellement que les assurances considèrent le nouveau-né comme «hospitalisé, tout comme sa mère». Durant son séjour en maternité, l'enfant «sain» devrait ainsi être entièrement couvert «par l'assurance de la mère» avec laquelle il continuerait à former «un tout».

S'appliquant aux nouveau-nés séjournant en cliniques privées, cette revendication vise à défendre la liberté d'honoraires des pédiatres dans ces établissements. Sans être logique, cette position peut s'expliquer par l'absence habituelle de couverture privée pour les enfants.

Dans le secteur public en revanche (auquel s'applique la LAMal et qui concerne près de 80% des nouveau-nés), et particulièrement dans le canton de Vaud où les médecins hospitaliers sont encore rétribués «à l'acte», **une telle conception nous paraît éminemment dangereuse**. Elle tend à dévaloriser les prestations des pédiatres pour des nouveau-nés dont personne ne peut «garantir qu'ils soient sains» avant d'avoir été examinés, elle nie l'existence de l'enfant en tant que patient indépendant et elle instaure le doute quant à l'utilité des examens médicaux systématiques du nouveau-né. De plus, dans notre canton, elle signifierait que les honoraires du pédiatres devraient être prélevés sur le forfait versé par l'assurance de la mère, donc sur la part des honoraires des obstétriciens! Certes, les différents textes de lois manquent de clarté dans leur définition des «soins aux nouveau-nés», formant généralement un **amalgame** entre les prestations infirmières et hôtelières (nursing), les examens de laboratoire de dépistage et les deux examens cliniques du nourrisson, recommandés par tous les néonatalogues et par la SSP.

Considérant que le groupe d'experts que vous avez désigné pour rédiger ces recommandations ne comprenait aucun représentant des «hospitaliers», que ces recommandations sont en flagrante contradiction avec les conditions très claires définies par l'OFAS, et confirmées par notre société cantonale de médecine, qu'elles résultent en plus d'une interprétation erronée des textes légaux, nous vous prions de bien vouloir **informer l'OFAS de l'inadéquation de ces récentes recommandations** et de votre désir de constituer d'urgence, avec des représentants de la Société suisse de néonatalogie, des pédiatres hospitaliers et des assureurs, un groupe de travail renouvelé ayant pour mandat l'établissement de directives claires, complètes et définitives sur cet épineux problème.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, chères consœurs et chers confrères, nos salutations distinguées.

Dr Jean-Marie Choffat  
Dr Alain Regamey

... et 15 pédiatres hospitaliers vaudois

<sup>1</sup> Paediatrica (Vol. 11, No. 5, 2000, p. 30).

## Réponse à la lettre ouverte à propos de la «prise en charge financière en néonatalogie»

**Chargés par le Président de la SSP d'apporter un réponse à la lettre du Dr Regamey et coll., nous rappelons les faits suivants:**

- Notre groupe comprenait un membre hospitalier (Ch. Bigler).
- Le régime actuel visant à assimiler l'enfant à la mère repose (malheureusement?) sur une réflexion confirmée par Mme Dreifuss dans la révision LAMal (pour le secteur public) et par le Tribunal fédéral (ATF du 14.1.1999).
- La précision concernant l'état «ambulatoire» de l'enfant sain n'est proposé que par une directive de M. Otto Piller aux assureurs LAMal (21.3.1997) dans un but de simplification administrative!; cette affirmation est vivement combattue dans l'avis de droit du Prof jur Duc (9.11.1999) et contrevient au sens commun rappelé par H.-H. Brunner: «...les prestations ne peuvent être réparties qu'en deux catégories, selon qu'elles sont ambulatoires (le patient dort chez lui) ou hospitalières (le patient dort, tant que faire se peut, à l'hôpital)» in BMS 2000; 81, n° 46, 2575; cette nuance n'est pas non plus soulignée par Mme Dreifuss dans sa réponse à Mme Simmen en commission en mars 1999, lorsqu'elle charge l'assureur de la mère du nouveau-né sain pour «toutes les prestations».
- Cette exclusion des prestations néonatalogiques du domaine hospitalier pour les reléguer au domaine ambulatoire n'est conceptuellement pas

satisfaisante, même si elle permette de se distancer du forfait obstétrical.

- Le domaine reste soumis à des accords locaux pouvant inclure des dispositions particulières aux prestations néonatalogiques (p.ex. l'accord vaudois CVHo 2001 auquel les signataires de la lettre ouverte ont participé).
- Les recommandations de la task-force sont des réflexions qui n'imposent rien, n'interprètent pas les textes légaux, mais rapportent des éléments pour la réflexion et la décision de nos collègues; elles ne sont pas adressées à l'OFAS.
- Le débat n'est pas clos; une analyse des disparités locales dans les conventions hospitalières et des recommandations de la Société suisse de néonatalogie permettront peut-être de réévaluer la situation avec l'OFAS, notamment avec l'introduction du Tarmed.

Pour la Task-force:  
P. Klauser, Genève

## Mon bébé boit quatre gouttes de whisky par jour...

En réponse à l'article «qui aime le Vi-De3», de P. Ruckli, H. Gaze, B. Laubscher.  
Paediatrica (Vol. 11, No. 5, 2000, p. 42)\*

Mon bébé boit 4 gouttes de whisky par jour. Comment réagiriez vous si une mère vous disait cela? Et pourtant c'est une réalité... La Société Suisse de Pédiatrie recommande l'administration quotidienne de vitamine D3. La forme habituellement prescrite est le ViDe3 qui contient 65% d'éthanol. Soit plus d'alcool que du whisky... Certes cela ne représente que 0,1 ml (à raison de 0,025ml par goutte). Pour un bébé de 3,5 kg, cette dose correspondrait pour un adulte de 70 kg à 2 ml d'alcool à 65%, ou à environ 3,5ml de whisky... par jour.

On peut se demander si dans le sondage présenté il ne faudrait pas s'inquiéter pour le 31% de bébé qui accepte sans difficulté cette dose d'alcool. Les auteurs se sont ils intéressés de savoir si la mère de ces enfants consommait elle-même de l'alcool, et qu'ainsi ces enfants étaient déjà habitués?

Il ne s'agit pas ici de remettre en question la prophylaxie du rachitisme. S'il faut prescrire des gouttes de vitamine D helvétiques, pensez à la vitamine D3 Streuli qui ne contient «que» 46% d'éthanol. Le Zyma-

D2 français, quand à lui, est une suspension d'ergocalciférol dans de l'huile d'olive et d'orange. Ne serait il pas possible d'obtenir de l'industrie pharmaceutique que cette forme soit disponible en Suisse?

V. Liberek, Thônex

### **Correspondance:**

Dr Vincent Liberek  
97, rue de Genève, 1226 Thônex  
Fax 022 348 66 04  
ou [ssp-sgp@egroups.com](mailto:ssp-sgp@egroups.com)

\* <http://www.ssp.hin.ch/paediatrica/vol11/n5/vide3.htm>

## Cactus / Kaktus

## La partie récréative du recensement

*L'Office fédéral de la statistique vous remercie!*

*Vous avez lu ce journal, rempli les questionnaires et appris quelque chose.*

*Vous pouvez maintenant en tirer profit!*

### **1<sup>er</sup> prix:**

**Une semaine de vacances pour toute la famille  
(maximum 4 personnes) demi-pension comprise  
au Märchenhotel Bellevue\*\*\*\*, à Braunwald (GL)  
offert par Suisse Tourisme ([www.MySwitzerland.com](http://www.MySwitzerland.com))**

Illustre à merveille la volonté de nos autorités fédérales de mener une politique en faveur de la famille digne de ce nom... (rs)