



BUREAU DE LA SFN

Président

Professeur Jean-Christophe ROZÉ
jean-christophe.roze@inserm.fr
Tél. : 06 25 92 58 45

Vice-Présidente

Professeur Elsa KERMORVANT
elsa.kermorvant@aphp.fr
Tél. : 01 71 39 65 43

Trésorier

Professeur Pascal BOILEAU
pboileau@chi-poissy-st-germain.fr
Tél. : 01 45 37 48 37

Trésorier Adjoint

Professeur Delphine MITANCHEZ
delphine.mitanchez@univ-tours.fr
Tél. : 02 47 47 92 48

Secrétaire Générale

Docteur Juliana PATKAÏ
juliana.patkaï@aphp.fr
Tél. : 01 58 41 36 45

Vice-Secrétaire

Professeur Alain BEUCHÉE
alain.beuchee@chu-rennes.fr
Tél. : 02 99 26 58 84

Secrétaire Suppléant

Professeur Gilles CAMBONIE
g-cambonie@chu-montpellier.fr
Tél. : 04 67 33 66 09 (Secrétariat)
04 67 33 65 56 (Bureau)

COMMISSIONS

Commission Communication

Professeur Alain BEUCHÉE
alain.beuchee@chu-rennes.fr

Commission Scientifique

Professeur Pierre KUHN
pierre.kuhn@chru-strasbourg.fr

Commission du Médicament

GROUPES DE TRAVAIL

Groupe de Réflexion et d'Évaluation de

l'Environnement des Nouveaux-nés (GREEN)

Professeur Pierre KUHN
Pierre.Kuhn@chru-strasbourg.fr

Simulation et Réanimation

en salle de naissance

Professeur Pierre TOURNEUX
tourneux.pierre@chu-amiens.fr
Docteur Isabelle JORDAN
isabelle.jordan@chu-lyon.fr

Actes marqueurs et niveaux de soins

Docteur Pascal BOLOT
pascal.bolot@ch-stdenis.fr

Pédiatrie en Maternité

Docteur Sophie PARAT
sophie.parat@aphp.fr

Risques en réanimation néonatale

Professeur Pierre TOURNEUX
tourneux.pierre@chu-amiens.fr

Douleur

Professeur Xavier DURRMEYER
xavier.durrmeyer@chicreteil.fr

Groupe de Réflexion sur les Aspects

Éthiques de la Périnatologie (GRAEP)

Professeur Laurence CAEYMAEX
laurence.caeymaex@chicreteil.fr
Professeur Barthélémy TOSELLO
barthelemy.tosello@ap-hm.fr

SIÈGE SOCIAL

Service de Néonatalogie
CH Delafontaine, Saint-Denis

Association loi 1901 sans but lucratif
N° de Siret : 400 549 143 00032



Sommaire

Cliquez sur les articles pour y accéder

- 1 Éditorial de Jean-Christophe Rozé, Président de la SFN p.02
- 2 Les mouvements généraux : un outil clinique d'évaluation développementale précoce et de suivi des enfants à risque de trouble du neurodéveloppement p.03
- 3 Actualités de la recherche clinique française - Efficacité d'une stratégie de traitement de l'infection néonatale tardive guidée par la procalcitonine sur la durée de l'antibiothérapie : essai randomisé en ouvert PROABIS p.05
- 4 Actualité des groupes de travail de la SFN - Prise en charge de l'Encéphalopathie Anoxo-Ischémique à la phase aigüe : vers des recommandations de bonnes pratiques labellisé HAS p.06
- 5 Célébration des 30 ans des JFRN p.07
- 6 Allaitement maternel et VIH : Précautions d'emploi des nouvelles recommandations p.09
- 7 Actualités de la commission communication p.12
- 8 Annonces p.13

Chers amis, chers collègues, chers membres de la SFN,

Depuis la Newsletter de Décembre 2024, les journalistes, les politiques et la société civile dans son ensemble se sont enfin emparés du sujet préoccupant de l'augmentation de la mortalité infantile en France. C'est un premier pas ! Mais les solutions proposées pour lutter contre cette augmentation ne sont pas toujours adaptées, telle que le moratoire sur les petites maternités !

Nous pensons que la crise des **soins critiques néonataux** est par contre une des réelles causes expliquant la trajectoire de la mortalité infantile en France depuis une dizaine d'années, inverse de celle observée en Suède. Le bureau de la SFN a participé et participe à beaucoup de discussions avec de nombreux acteurs : cour des comptes, sénateurs, députés, IGAS, DGOS, pour expliquer en quoi une restructuration et une adaptation de l'offre de soins critiques néonataux sont une absolue nécessité. Une tribune au monde, le 26 Mai 2025, dont le titre était « En votant un moratoire sur les fermetures des petites maternités pour lutter contre la mortalité infantile, les députés se trompent de combat », a publiquement exposé ce point de vue.

Merci à Elsa Kermorvant pour son travail de coordination et de synthèse de tous les travaux déjà menés par la SFN et merci également à Fanny Autret et Isabelle Jordan qui mène actuellement une nouvelle enquête sur le terrain des type IIA et IIB. Ces données viendront compléter à la rentrée l'état des lieux du fonctionnement de nos structures. Ces éléments quantitatifs sont essentiels pour nous permettant d'être présent dans le débat et ainsi j'espère faire avancer notre cause.

À la rentrée universitaire, les élections pour 3 ans d'un nouveau conseil d'administration et d'un nouveau bureau, puis d'un nouveau(elle) président(e) se tiendront. Comme vous le savez, nous avons voté une modification des statuts en Assemblée Générale Exceptionnelle le 25 Mars 2025 actant le renouvellement du conseil d'administration et du bureau par moitié à chaque élection. Cette modification alimente un renouvellement tout en préservant une continuité des actions de la Société Française de Néonatalogie. L'appel à candidature sera lancé en septembre 2025 ; il est ouvert à tous les adhérents !

En Décembre, nous fêterons les **30 ans des Journées Francophones de recherche en Néonatalogie**. Les premières ont eu lieu le 14 et 15 Décembre 1995. Vous trouverez un focus sur la célébration de cet anniversaire en page 07.

Dans cette newsletter, vous trouverez un point sur les **mouvements généraux**, outil clinique d'évaluation développementale précoce et de suivi des enfants à risque de trouble du neurodéveloppement par Antoine Giraud, les résultats de l'**étude PROABIS** par Delphine Mitanchez, le projet de recommandations de bonnes pratiques pour la **prise en charge de l'EAI** labellisées HAS par Thierry Debillon, et un point sur **allaitement maternel et VIH**, précautions d'emploi des nouvelles recommandations par Laurence Foix l'Hélias et Marine Butin.

Je remercie ici Juliana Patkai pour mener à bien l'édition de cette Newsletter ainsi qu'Ophélie Strezlec qui l'a mis en page, et plus largement tous les membres de la commission communication composée d'Alain Beuchée, Marine Butin, Élodie Zana-Taïeb, Valérie Biran et Victor Sartorius qui animent avec brio le site internet et les réseaux sociaux de la SFN.

Le bureau de la SFN vous souhaite de bonnes vacances d'été, puis une bonne rentrée universitaire !

Pour le bureau,
Jean-Christophe Rozé, Président de la SFN.

LES MOUVEMENT GÉNÉRAUX

Un outil clinique d'évaluation développementale précoce et de suivi des enfants à risque de trouble du neurodéveloppement.

Pr Antoine Giraud, Service de Réanimation Néonatale, Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne, Laboratoire INSERM U1059 – SAINBIOSE, Université Jean Monnet, Saint-Étienne, France.
antoine.giraud@univ-st-etienne.fr

Présentation

Les évaluations cliniques et radiologiques proposées durant la période néonatale pour apprécier le développement des enfants prématurés sont peu sensibles et peu spécifiques (1). L'évaluation des mouvements généraux est une évaluation fonctionnelle permettant de tracer une trajectoire développementale avant l'apparition d'une motricité intentionnelle (2). Jusqu'à 8 semaines post terme, cette analyse qualitative repose sur l'appréciation de la complexité, de la variabilité et de la fluidité des mouvements (3). Entre 9 et 15 semaines post terme, elle repose sur la présence de mouvements de faible amplitude, rapides, irréguliers, particulièrement visibles au niveau des parties distales des membres, de la tête et des épaules – appelés mouvements fidgetys – ainsi que sur la qualité du répertoire moteur (3).

Évaluation développementale

L'évaluation anormale des mouvements généraux – particulièrement en présence de mouvements de co-contractions répétées et soutenues des membres appelés cramped-synchronised et en l'absence de mouvements fidgetys – a historiquement été associée à la survenue d'une paralysie cérébrale (3). En réalité, cette motricité spontanée reflète un fonctionnement cérébral global, bien au-delà de la simple composante motrice. Chez l'enfant né prématurément, la qualité des mouvements généraux à terme a été associée au quotient intellectuel (QI) global entre 7 et 11 ans (4), celle à l'âge des mouvements fidgetys au QI global à 6 ans (5). En revanche, cette association est actuellement moins établie lorsque les mouvements généraux sont évalués avant le terme (6, 7), justifiant des études complémentaires en cours.

En pratique

Une bonne acquisition est essentielle à l'évaluation des mouvements généraux. À terme, elle doit être effectuée pendant l'éveil actif. Avant le terme, elle peut avoir lieu sans tenir compte du stade de veille ou de sommeil si la durée de l'enregistrement est supérieure à 30 minutes (3).

La sélection des séquences à analyser est une étape cruciale. Jusqu'à 8 semaines après le terme, il est nécessaire de sélectionner les 3 à 5 séquences de 1 à 2 minutes durant lesquelles l'enfant présente le plus de mouvement pour l'évaluation (3). Cette sélection peut être réalisée de façon automatisée en utilisant le logiciel AGMA-PESS (8). À l'âge des mouvements fidgetys, une acquisition de moins de 5 minutes dans de bonnes conditions permet d'éviter l'étape de sélection des séquences.



Figure 1. Dispositif d'acquisition des mouvements généraux du service de Néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne, France.

...

LES MOUVEMENT GÉNÉRAUX

Un outil clinique d'évaluation développementale précoce et de suivi des enfants à risque de trouble du neurodéveloppement.

...

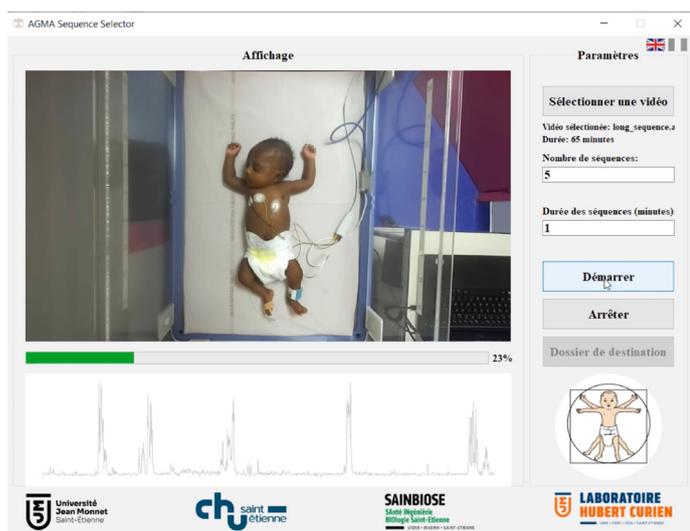


Figure 2. Sélection automatisée des séquences par le programme AGMA-PESS. D'après (8).

L'évaluation des mouvements généraux est ensuite réalisée par un groupe comprenant au moins trois praticiens experts de la méthode. Une trajectoire développementale précoce est alors tracée pour chaque enfant évalué à plusieurs reprises, et un protocole d'intervention précoce peut être défini ensemble si la situation l'exige.

Limites

Le temps aujourd'hui nécessaire à l'évaluation des mouvements généraux représente la limite principale de cette méthode. Les autres limitations sont l'aspect qualitatif de l'évaluation, qui repose sur des critères non quantifiables, et son résultat catégoriel binaire peu adapté à une évaluation développementale. Nous développons actuellement une méthode d'analyse automatisée pour répondre à ces limitations (9, 10).

Quelle que soit la méthode, une évaluation développementale précoce ne constitue en rien une prédiction individuelle. Chaque famille doit être convaincue de son rôle primordial dans le développement de son enfant, et soutenue dans cette fonction.

Formation

L'équipe GM Trust organise des sessions de formations de référence, et délivre des certificats reconnus :

<https://general-movements-trust.info>.

Après toute formation, une pratique régulière de l'évaluation des mouvements généraux est indispensable.

Pour en savoir plus

- ➡ Un article détaillé consacré aux mouvements généraux paraîtra dans le prochain numéro de la revue *Contraste* « La prématurité, actualités et perspectives – Acte 2 », accessible [en cliquant ici](#).
- ➡ La présentation complète du logiciel AGMA-PESS, permettant notamment la sélection automatisée des séquences, est disponible [en cliquant ici](#).

Références

1. Hintz SR, Vohr BR, Bann CM, Taylor HG, Das A, Gustafson KE, et al. Preterm Neuroimaging and School-Age Cognitive Outcomes. *Pediatrics*. 2018;142(1).
2. Hadders-Algra M. Neural substrate and clinical significance of general movements: an update. *Dev Med Child Neurol*. 2018;60(1):39-46.
3. Christa Einspieler HRFP, Arend Bos, Fabrizio Ferrari, Giovanni Cioni. *Prechtl's Method on the Qualitative Assessment of General Movements in Preterm, Term and Young Infants*. 1st edition ed: Mac Keith Press; 2008 December 3, 2008. 104 p.
4. Bruggink JL, Van Braeckel KN, Bos AF. The early motor repertoire of children born preterm is associated with intelligence at school age. *Pediatrics*. 2010;125(6):e1356-63.
5. Lonnberg P, Metsaranta M, Rajantie I, Haajanen R, Wolford E, Lano A. General movements and neurodevelopmental outcome at 6 years in extremely preterm born children. *Early Hum Dev*. 2025;201:106205.
6. Einspieler C, Bos AF, Libertus ME, Marschik PB. The General Movement Assessment Helps Us to Identify Preterm Infants at Risk for Cognitive Dysfunction. *Front Psychol*. 2016;7:406.
7. Olsen JE, Cheong JLY, Eeles AL, FitzGerald TL, Cameron KL, Albeshir RA, et al. Early general movements are associated with developmental outcomes at 4.5-5 years. *Early Hum Dev*. 2020;148:105115.
8. Soualmi A, Alata O, Ducottet C, Petitjean-Robert A, Plat A, Patural H, Giraud A. AGMA-PESS: a deep learning-based infant pose estimator and sequence selector software for general movement assessment. *Frontiers in Pediatrics*. 2024;12: 1465632.

Efficacité d'une stratégie de traitement de l'infection néonatale tardive guidée par la procalcitonine sur la durée de l'antibiothérapie : essai randomisé en ouvert PROABIS

Pr Delphine Mitanchez, service de médecine néonatale, CHRU Tours.

La durée optimale de l'antibiothérapie (ATBT) dans l'infection néonatale tardive n'est pas démontrée et les pratiques sur l'utilisation des antibiotiques (ATB) sont très variables [1]. L'utilisation non justifiée d'ATB augmente les risques de décès, d'entérocolite et contribue au déséquilibre du microbiote et à la sélection de bactéries multi-résistantes. La prise de décision guidée par la procalcitonine (PCT) a été utilisée pour réduire la durée de l'antibiothérapie chez les adultes en soins critiques, les enfants et dans l'infection néonatale bactérienne précoce [2]. Une méta-analyse récente incluant 26 études randomisées chez des adultes en soins critiques a conclu que l'utilisation de la PCT pour guider l'antibiothérapie permettait une diminution de la durée de l'antibiothérapie de l'ordre de 2 jours, et une diminution de la mortalité de 16% [3]. L'utilisation de la PCT pour guider la durée de l'antibiothérapie n'a jamais été étudiée dans le cadre du sepsis néonatal tardif.

C'est pourquoi nous avons proposé une étude randomisée dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique - PHRC 2017 dont l'objectif principal était d'évaluer l'efficacité sur la durée du traitement ATB d'une stratégie basée sur l'utilisation de la PCT, comparée à la stratégie de traitement ATB habituelle dans l'infection bactérienne tardive du nouveau-né. Les principaux objectifs secondaires étaient le taux de mortalité au 28ème jour après la randomisation (non-infériorité), le pourcentage de patients ayant eu une récurrence de l'infection primaire dans les 72h après l'arrêt du traitement initial.

Le calcul du nombre de sujets a été fait sur la non-infériorité pour la mortalité et était de 2162. Il fallait 510 patients pour montrer une diminution de la durée de l'ATBT de 15%.

Trente-trois services de néonatalogie ont participé à cette étude qui s'est déroulée de février 2019 à février 2023. Finalement, 511 nouveau-nés entre 24 SA et 45 SA et de plus de 700 g avec un diagnostic d'infection bactérienne tardive très probable ou prouvée et un traitement antibiotique poursuivi au-delà de 48h ont été randomisés soit dans le groupe traitement ATB guidé par la PCT ou dans le groupe traitement ATB selon les

pratiques usuelles. Dans le groupe guidé par la PCT, le dosage de la PCT était réalisé tous les deux jours. Les médecins étaient encouragés à arrêter l'ATB dès que la valeur de la PCT était $\leq 0,5$ ng/ml.

En intention de traiter, la durée de l'ATBT était significativement diminuée, de 8.0 jours dans le groupe PCT versus 10 jours dans le groupe avec des pratiques usuelles ($p < 0,0001$). Nous avons pu démontrer la non-infériorité pour la mortalité au 28ème jour malgré le nombre de sujets inclus, avec 2,4 % (6/248) dans le groupe PCT et 3,9 % (10/256) dans le groupe pratiques usuelles. Le taux de récurrence de l'infection dans les 72h après l'arrêt des antibiotiques était analogue entre les deux groupes (1,9 % dans le groupe PCT et 2,0 % dans le groupe pratiques usuelles).

Dans cette étude, l'utilisation de la PCT pour guider l'arrêt des antibiotiques a permis de réduire de manière significative la durée de l'antibiothérapie dans les cas d'infection néonatale tardive, sans augmenter la mortalité. Ces résultats encourageants doivent être précisés en analysant les profils de patients et les types d'infection pour lesquels l'utilisation de la PCT a été la plus favorable sur la diminution de la durée du traitement ATBT.



Ces données vont faire l'objet d'une publication prochaine : l'article proposé est en cours de révision.

Références

1. Mukhopadhyay S, Sengupta S, Puopolo KM. Challenges and opportunities for antibiotic stewardship among preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2019;104(3):F327-f32.
2. Stocker M, van Herk W, El Helou S, Dutta S, Fontana MS, Schuerman F, et al. Procalcitonin-guided decision making for duration of antibiotic therapy in neonates with suspected early-onset sepsis: a multicentre, randomised controlled trial (NeoPIns). Lancet. 2017;390(10097):871-81.
3. Papp M, Kiss N, Baka M, Trasy D, Zubek L, Fehervari P, et al. Procalcitonin-guided antibiotic therapy may shorten length of treatment and may improve survival-a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2023;27(1):394.

ACTUALITÉ DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA SFN

Prise en charge de l'Encéphalopathie Anoxo-Ischémique à la phase aiguë : vers des recommandations de bonnes pratiques labellisé HAS

Pr Thierry Debillon, coordonnateur général du projet, CHU Grenoble Alpes. - tdebillon@chu-grenoble.fr

La Société Française de Néonatalogie a sollicité la HAS pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge de l'encéphalopathie anoxo-ischémique (EAI) néonatale à la phase aiguë.

À l'issue d'un appel à candidature au sein de la SFN et auprès des sociétés savantes impliquées dans le circuit de soins de ces nouveau-nés, le projet réunit plus de 40 professionnels de santé en périnatalité, de professions diverses : gynécologues obstétriciens, sages-femmes, pédiatres néonatalogistes, neuro pédiatres, médecins de santé publique, de rééducation pédiatrique, d'imagerie pédiatrique, neuro physiologistes, kinésithérapeutes. Un représentant de l'association SOS préma ainsi qu'un patient adulte ayant présenté cette pathologie sont associés au groupe de travail.

Ce projet est ambitieux puisqu'il doit permettre de rédiger des recommandations concernant l'identification précoce et le transfert médicalisé des patients, la neuroprotection par hypothermie et médicamenteuse, la réanimation générale de l'enfant et son environnement à la phase aiguë, les explorations par imagerie et électrophysiologie, la place des parents et leur information concernant le suivi et les séquelles potentielles. Pour chacun de ces thèmes, 5 à 6 questions ont été rédigées sous le mode PICO pour cerner celles qui semblent essentielles pour les cliniciens.

La HAS nous soutient dans cette démarche et dans la méthodologie : depuis 2 ans, un groupe de quelques pédiatres de la SFN a travaillé sur la rédaction de la lettre de cadrage qui détaille le projet.

➡ Celle-ci a été validée par la commission ad hoc de la HAS et est maintenant en ligne et consultable avec le lien suivant : [Label – Diagnostic et prise en charge de l'encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale à la phase aiguë – Note de cadrage.](#)



Dans le cadre d'une labellisation HAS, un chef de projet de la HAS nous accompagne tout au long de notre travail. La recherche bibliographique est faite par la HAS et ensuite, chaque groupe de travail en rapport avec un des thèmes énoncés ci-dessus, sélectionne les articles en rapport avec les questions PICO posées.

Enfin, chaque groupe devra rédiger les recommandations pratiques mais aussi un texte argumentaire, rappelant les éléments clés de la littérature justifiant les recommandations. Le travail se terminera par une analyse critique des recommandations par un groupe de lecture, indépendant du groupe de travail.

Nous espérons ainsi que ces recommandations attendues pour 2026 aideront les cliniciens à prendre en charge les patients atteints de cette encéphalopathie néonatale et permettront d'harmoniser les pratiques pour cette maladie qui reste d'une fréquence, en France, de 1/1000 naissances.

CÉLÉBRATION DES 30 ANS DES JFRN

Chers Collègues,

Le 14 Décembre 1995, en pleine grève générale, sous la neige, avait lieu la première édition des JFRN à Lille. La veille, Guy Putet, Laurent Storme et Jean-christophe Rozé ont hésité à annuler cette première journée du fait de ces circonstances très particulières, mais finalement l'ont maintenu et ce fût dès la première fois un grand succès contre vents et marées, neige et grève générale ! Par la suite, à l'exception de l'année 2020 pour cause de pandémie COVID, les JFRN se sont développées et ont rassemblé chaque année, dans la convivialité notre communauté néonatale et périnatale autour de la recherche et des soins prodigués aux bébés hospitalisés et à leurs familles. C'est un réel succès qui va très probablement au-delà des espérances des premiers organisateurs, visionnaires, et qui a complètement rempli les missions qu'ils s'étaient données.

C'est avant tout une réussite collective, dont nous pouvons être fiers. Plusieurs générations de néonatalogues issues de la plupart des équipes françaises et francophones se sont succédées au sein du comité d'organisation ou du bureau des JFRN, puis de la commission scientifique de la SFN pour contribuer à cet aboutissement et à la richesse de ces journées. Nous souhaitons avec la CS et le bureau de la SFN, célébrer tout particulièrement l'édition 2025 qui est une année « extraordinaire », puisque ce seront donc les trentièmes JFRN en Décembre prochain !

Cette année, les JFRN
fêtent leurs 30 ans !

« Celui qui ne sait pas d'où il vient ne peut savoir où il va ». Cette assertion ou ce proverbe aux origines incertaines fait réellement sens pour nous en cette année particulière. Notre passé éclaire bien sur notre présent mais pour envisager notre avenir, il est aussi essentiel de connaître nos racines. À l'échelle de notre spécialité, le chemin parcouru en 30 ans est grand, parfois sinueux et lent, parfois direct et rapide. Des progrès notables sont advenus dans les thérapeutiques et les soins prodigués aux nouveau-nés, la structuration de la périnatalogie en France, ou encore l'importance accordée à l'environnement et à l'architecture en

néonatalogie, et la place donnée aux familles auprès de leur enfant dans nos unités.

La commission scientifique de la SFN en lien avec le bureau de la SFN, a vivement souhaité célébrer ce trentième anniversaire en laissant une place particulière à des retours sur les avancées réalisées dans différents domaines de notre spécialité par des personnes qui ont contribué activement à paver ce chemin.

Une conférence spéciale sera
organisée la veille des JFRN :

En amont des JFRN, le mercredi 3 décembre, sera organisée une conférence spéciale JFRN 30 ans, permettant de mettre en lumière dix évolutions remarquables sur cette période en néonatalogie. Ce programme a été élaboré, en toute transparence et après une sélection par vote, par le bureau de la SFN et la commission scientifique de la SFN. Nous nous sommes volontairement limités à 10 thématiques et avons dû faire des choix cornéliens. Nous avons privilégié certains sujets marquants, en écartant d'autres pourtant tout aussi passionnants. Ces interventions seront répétées au sein même des JFRN, lors de conférences introductives des sessions de présentations des travaux de recherche fondamentaux, translationnels ou cliniques, qui constituent l'ADN principal de nos journées. Nous avons souhaité encore augmenter le temps qui leur est dédié. Soyez encore plus nombreux à répondre à l'appel à soumissions déjà lancé, nous comptons sur vous pour rendre cette édition encore plus riche !

Cette année, comme à l'accoutumée, 5 bourses de recherche seront attribuées aux meilleurs projets de recherche de jeunes néonatalogues grâce à nos partenaires fidèles, et donc au soutien des laboratoires Chiesi, Sanofi, de l'Association de Néonatalogie de Port-Royal et de la SFN. De même, la bourse fléchée paramédicaux sera toujours décernée cette année grâce à l'engagement renouvelé de la Société Médéla. Que tous soient sincèrement remerciés pour ce soutien essentiel à la vitalité de notre discipline et à l'accompagnement des plus jeunes.

...

...

Pour cette édition anniversaire, nous avons concocté un menu spécial que nous espérons alléchant et enthousiasmant, avec l'aide de la société Harpocrate que nous remercions pour sa collaboration efficace pour la logistique des JFRN. Pour la conférence Guest, nous accueillerons avec un réel plaisir le Pr Dieter Wolke (University of Warwick, Coventry) qui, en lien avec nos 30 ans, interviendra sur « Parcours de vie à l'âge adulte après une naissance très prématurée ». Nuls doutes que ces données à long terme récentes seront passionnantes à partager.



Au programme de l'édition 2025, il y aura aussi plusieurs tables rondes et ateliers préparés par l'ensemble des membres de la CS que je remercie très sincèrement pour leur engagement sans failles. Les tables rondes porteront ainsi entre autre sur les pleurs des bébés (qu'ont-ils à nous dire ?), le soins couplés mère-bébé (quels bénéfices, barrières et leviers d'implantation ?), les late preterm (épidémiologie, prise en soin et questions résiduelles ?),

la médecine de Précision (qu'est-ce ? Est-ce l'avenir de la néonatalogie ?), et les variations du développement génital.

Plusieurs ateliers techniques, pratiques ou méthodologiques sont aussi au menu et favoriseront des échanges scientifiques et cliniques importants : LISA (pour quels enfants ? par qui ? et comment ?), Atelier pratique d'aEEG, Echographie cardiaque en dehors du canal artériel, Besoins des parents en sortie de néonatalogie. À ceux-ci, s'ajoutera un atelier particulier qui a vocation à discuter et structurer la création d'un groupe de recherche en néonatalogie à l'instar de la démarche du GROG de nos collègues obstétriciens, venez y participer.

Nous n'oublierons pas l'identification d'un parcours fléché dédié aux paramédicaux, comme chaque année. J'en profite pour renouveler notre invitation à la soumission nombreuse de travaux de recherche paramédicale pour les sessions d'abstracts, ils sont plus que bienvenus !

Nous avons un très grand plaisir à préparer ce congrès des 30 ans des JFRN, puissions-nous, nous y retrouver très nombreuses et nombreux à la fin de l'année.

Pour les membres de la Commission Scientifique de la SFN, Pr. Pierre Kuhn, Strasbourg.

Avec le Pr Jean-Christophe Rozé, Président de la SFN.



ALLAITEMENT CHEZ LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH : MODALITÉS ET PRÉCAUTIONS

Pr Laurence Foix-L'Hélias, PUPH service de néonatalogie PSL-Trousseau APHP – Sorbonne Université. UMR 1153-CRESS-Equipe OPPaLE.

Pr Marine Butin, PUPH service de réanimation et médecine néonatale et pédiatrie de maternité HFME hospices Civils de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, INSERM U1111 CNRS 5308-Equipe StaPath-CIRI.

Messages clés

- ◆ On ne peut affirmer avec certitude l'absence de risque de transmission via l'allaitement maternel.
- ◆ Le sujet de l'allaitement doit être abordé avec la future maman en anténatal.
- ◆ Le choix de l'allaitement doit être discuté de façon pluridisciplinaire en anténatal.
- ◆ L'allaitement est possible si la PCR VIH est <50 durant toute la grossesse avec une bonne observance.
- ◆ L'implication du co-parent est souhaitée dans la discussion du choix d'allaitement.
- ◆ En cas d'allaitement un suivi rapproché de la mère et de l'enfant est nécessaire et un traitement antirétroviral est prescrit au bébé jusqu'à la fin de l'allaitement maternel + 15 jours.
- ◆ L'allaitement doit être suspendu/arrêté en urgence si mastite, abcès ou PCR >50.

Introduction : nouvelles recommandations HAS

Les dernières recommandations concernant la prise en charge des nouveau-nés de mère vivant avec le VIH ont été publiées par la Haute Autorité de Santé en Avril 2024.

➡ Lien vers les recommandations HAS : [Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte, et prévention de la transmission mère-enfant.](#)

Par rapport aux recommandations précédentes (rapport Morlat 2018), ces recommandations 2024 offrent la

possibilité aux femmes qui remplissent certains critères de pouvoir allaiter leur bébé dans des conditions de surveillance strictes.

Rappel : risque de transmission mère-enfant en cas d'allaitement

L'objectif de ce texte est de rappeler à tous les professionnels de la périnatalité ainsi qu'aux professionnels qui suivent ces femmes vivant avec le VIH quelle est la place de l'allaitement dans ces recommandations HAS 2024.

En préambule il est important de rappeler que le risque de transmission par l'allaitement maternel est élevé en l'absence de contrôle virologique chez la mère. En cas de contrôle virologique, le risque de transmission par l'allaitement est très faible, ce qui permet d'envisager l'allaitement avec une surveillance renforcée chez l'enfant et qui sera prolongée jusqu'à 3 mois après l'arrêt de l'allaitement maternel.

Toutefois à ce jour, rien ne permet d'affirmer la notion « indétectable = intransmissible ».



ALLAITEMENT CHEZ LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH : MODALITÉS ET PRÉCAUTIONS

...

Allaitement maternel : quelles modalités et quelles conditions ?

Pour garantir une information éclairée et l'anticipation anténatale de la prise en charge postnatale, le sujet de l'allaitement doit être abordé durant la grossesse par l'équipe qui suit la patiente.

Un allaitement maternel peut être envisagé uniquement quand l'ensemble des conditions suivantes sont remplies :

- ◆ Traitement antirétroviral débuté avant la conception ou au 1er trimestre de grossesse, avec une bonne observance
- ◆ Charge virale < 50 copies/mL mensuellement depuis la fin du 1er trimestre soit 6 mois de contrôle virologique.
- ◆ Information donnée sur ce qu'implique une surveillance renforcée pour l'enfant toute la durée de l'allaitement et jusqu'à 3 mois après l'arrêt de l'allaitement. Les professionnels doivent s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées et de l'engagement à suivre ce suivi renforcé maternel et de l'enfant.
- ◆ Si le co-parent est présent, il est très souhaitable qu'il soit informé du statut virologique. Il faut l'impliquer dans la décision concernant le choix d'allaitement et il doit également être informé de ce qu'implique ce suivi médical renforcé pour son enfant.

Si l'un de ces critères n'est pas respecté, l'allaitement maternel ne doit pas être envisagé.

La complexité de ces critères nécessite une concertation **EN ANTENATAL** avec tous les praticiens qui suivent la patiente (obstétriciens, sage-femmes, infectiologues) et le pédiatre de la maternité. Il est également souhaitable d'intégrer la conseillère en lactation de la maternité. L'anticipation permet de s'assurer que toutes les conditions de sécurité sont bien respectées et d'entourer au mieux la mère dans son choix tout en garantissant la sécurité du bébé.

En cas d'allaitement artificiel

Si les critères ne sont pas remplis, il est important de prendre le temps d'expliquer les raisons de cette décision

médicale à la maman, les risques liés au passage du virus dans le lait maternel et de la déculpabiliser. Par ailleurs il faut lui rappeler tout ce qu'elle peut apporter à son bébé en dehors de l'allaitement, en rappelant notamment que le peau à peau, bisous, portage (...) sont possibles sans aucun risque pour l'enfant.

Pour ces femmes, l'inhibition de la montée laiteuse peut être accompagnée par cabergoline en l'absence de contre-indication (HTA, psychose) et il est important d'aborder avec elles les réponses types qu'elles peuvent apporter aux questions de l'entourage sur leur choix de ne pas allaiter.

Lorsque les conditions d'allaitement ne sont pas remplies, tout contact avec le lait maternel est déconseillé, y compris la tétée d'accueil, les tétées contacts ou les soins de bouche ou cutanés au lait de mère.



Mise en place de l'allaitement maternel à la naissance et suivi

Si l'allaitement est souhaité par la mère et que ce choix a été validé en anténatal, il faut vérifier que les conditions requises sont toujours valides à la naissance : par exemple bonne observance du traitement jusqu'au jour de l'accouchement.

Certaines équipes préconisent, de réaliser une charge virale maternelle lors de la mise en travail, avant la première mise au sein, et ce, même en cas de 6 mois de contrôle virologique < 50 copies, suite à des cas de charges virales augmentées découvertes après la naissance, dans des situations de mauvaise observance du traitement (vomissements le dernier mois de grossesse par exemple).

...

ALLAITEMENT CHEZ LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH : MODALITÉS ET PRÉCAUTIONS

...

Puis il est important de suivre de façon rapproché le couple mère-enfant de la façon suivante :

- ◆ Charge virale maternelle mensuelle pendant la durée d'allaitement.
- ◆ Prophylaxie prolongée du nouveau-né jusqu'à 15 jours après l'arrêt de l'allaitement.
- ◆ Nevirapine en 1^{ère} intention chez le nouveau-né (choix de la molécule du traitement prolongé validé en antenatal lors de la discussion pluridisciplinaire si souhait d'allaitement).

Posologie adaptée selon l'âge de l'enfant :

- ◆ Avant 6 semaines :
 - └ 1ml (10mg) x1/j si poids < 2.5 Kg ;
 - └ 1.5ml (15 mg) x1/j si >2.5 Kg
- ◆ De 6 semaines à 6 mois : 2ml (20 mg) x1/j
- ◆ De 6 mois à 9 mois 3ml (30 mg) x1/j
- ◆ Après 9 mois 4ml (40mg) x1/j
- ◆ Il est recommandé de limiter la durée d'allaitement à 6 mois, un allaitement maternel exclusif est conseillé mais les compléments de lait artificiel sont possibles.
- ◆ Le suivi clinique et biologique de l'enfant est renforcé à M1, M3, M6 puis tous les 3 mois pendant toute la durée de l'allaitement, et jusqu'à 3 mois après sevrage complet.

Allaitement maternel : quelles modalités et quelles conditions ?

Il est fondamental d'informer la mère de l'importance du suivi rapproché pour elle et son bébé afin de garantir la sécurité de son bébé. Il faut également l'informer du risque de complications durant l'allaitement et de ce qu'elle doit faire si ces complications surviennent :

- ◆ Si mastite ou abcès, traiter la complication, tirer et jeter le lait jusqu'à guérison.
- ◆ En cas de crevasse poursuivre l'allaitement en évitant le côté atteint, de même si candidose buccale du nouveau-né.
- ◆ Si ascension de la CV maternelle > 50 copies/ml : stopper définitivement l'allaitement et doser la CV de l'enfant. Si CV maternelle <400 copies /ml traiter l'enfant par Nevirapine 2 semaines, si > 400copies/ml NVP 2 semaines + Retrovir et Epivir 4 semaines.

Conclusion et perspectives

Cette avancée majeure dans l'accompagnement des femmes vivant avec le VIH en leur permettant d'allaiter leur bébé doit se faire en toute sécurité pour le bébé et dans la transparence vis-à-vis de la mère sur le suivi nécessaire et les conditions de sécurité pour éviter le risque de contamination du bébé.

Le choix du mode d'allaitement doit faire l'objet d'une discussion partagée et éclairée entre la mère et les professionnels, sans oublier les conditions strictes de sécurité et le meilleur intérêt de l'enfant. L'évaluation de la sécurité de l'allaitement au sein en contexte de VIH est prévue dans un observatoire national (LACTAVIH).

La déclaration des cas d'allaitement pourra être effectuée par l'infectiologue, l'obstétricien, le pédiatre, le médecin généraliste ou la sage-femme, via une fiche de déclaration disponible sur le site de l'ANRS Maladies infectieuses émergentes - ANRS MIE ([Observatoire Lactaviv : allaitement et VIH](#)).

Cette fiche est à remplir puis à déposer sur une plateforme sécurisée : [Espace de partage de fichiers et de travail collaboratif](#).



anrs
ANRS MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES INSERM

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

ACTUALITÉS DE LA COMMISSION COMMUNICATION

La SFN accueille une chargée de communication

Nous avons le plaisir de vous présenter Mme Ophélie Strezlec, qui rejoint notre société savante en tant que chargée de communication. Son arrivée marque une étape importante dans le renforcement de notre stratégie de communication et de notre visibilité auprès de la communauté néonatalogique.

Grâce à son expertise, Ophélie contribuera à élargir la portée de nos actions, à mieux faire connaître les enjeux de la néonatalogie auprès du grand public et des décideurs, et à valoriser les travaux de la SFN. Elle jouera un rôle central dans la diffusion de nos recommandations cliniques, la mise en avant de nos travaux de recherche, ainsi que la prise de parole de la SFN sur les sujets d'actualité.



En tant qu'interlocutrice privilégiée pour toutes les questions liées à la communication, Ophélie assure le lien entre la SFN, ses membres, les représentants des parents, et l'ensemble des acteurs de la néonatalogie. Parmi ses principales missions la gestion de la boîte mail de la SFN (sfn.secretariat@gmail.com), le suivi des commandes du manuel « Réanimation du nouveau-né en salle de naissance », l'organisation de notre communication événementielle, l'animation de nos réseaux sociaux, ainsi que la mise à jour et l'amélioration continue de notre site internet. Un chantier de refonte du webdesign a d'ailleurs été lancé, et les premiers changements sont déjà visibles sur notre page d'accueil.

Par ailleurs, la commission communication développe un nouveau modèle de contenu régulier, destiné à valoriser les publications scientifiques des équipes françaises. Les articles originaux publiés dans des revues de qualité, ainsi que les méta-analyses et revues systématiques, seront désormais mis à l'honneur dans la section [veille bibliographique](#) de notre site. Ils bénéficieront également d'un format adapté aux réseaux sociaux, notamment via un template de carrousel que les auteurs pourront compléter pour notre compte Instagram.

Ces derniers mois, notre présence sur les réseaux sociaux s'est intensifiée, avec une mise en valeur accrue des actions de la SFN. Parmi les temps forts récents : la couverture de notre audition à l'Assemblée nationale et la diffusion des interviews et articles qui en ont découlé.

Deux newsletters, en juin et en décembre vont continuer à être adressées par mail à tous les adhérents. Cependant, c'est désormais Ophélie qui en assurera la conception. Et c'est d'ailleurs la première qui inaugure cette série.

► Toutes les newsletters sont consultables par tous sur notre site [en cliquant ici](#).

Chaque mois, nous prenons également l'habitude d'envoyer un courrier d'actualité de la SFN. Ces dernières semaines, vous avez pu recevoir deux courriers : l'un dédié à l'actualité, l'autre centré sur le projet de loi visant à lutter contre la mortalité infantile.

Nous vous invitons à suivre nos canaux de communication et à contacter Ophélie pour toute question ou suggestion :

sfn.secretariat@gmail.com

Enfin, l'année universitaire 2024-2025 s'achevant, c'est le moment de préparer la prochaine. Pour vous y aider, un nouveau service est désormais accessible [sur le site](#). Vous pouvez d'ors et déjà accéder à un listing actualisé recensant les offres de formation avec diplôme universitaires ayant trait à la néonatalogie.

Pour la Commission Communication de la SFN,

Alain Beuchée, Valérie Biran, Marine Butin,
Victor Sartorius, Elodie Zana-Taïeb.

La SFN sur les réseaux sociaux

 Société Française de Néonatalogie - SFN

 Société Française de Néonatalogie - SFN

 @sfneonatalogie

ANNONCES

SAVE THE DATE :

Les Journées Francophones NIDCAP 2025 se tiendront les 25 et 26 septembre à Palavas-les-Flots (34) !



Journées Francophones NIDCAP 2025 Les 25 et 26 septembre 2025 Architecture et bien être soigné/soignant



Le Phare
de la Méditerranée
Centre des
Congrès
Phare de la
Méditerranée

Place de la Méditerranée
34250 Palavas-Les-Flots

Inscription en ligne
www.gen-montpellier.fr/Journées_Francophones_NIDCAP_2025

Nous remercions ADERMA, AIR LIQUIDE, BAXTER, CHIESI, DORAN, DRAEGER, DUOMED, FISHER & PAYKEL, FRESSENIUS, MEDELA, MELIPHARM, MVF, SANOFI, SAURAMPS, SUCKLE pour leur participation financière à cette journée.

Judi 25/09/25

8h30 > 9h : Accueil des participants - Comité de pilotage NIDCAP CHU Montpellier

Architecture et soins : comment construire un service de Néonatalogie en 2025

9h > 10h15

La vision du pédiatre néonatalogiste

Pr Elodie ZANA-TALEB, CHU Cochin-Port Royal (Paris), Groupe de Réflexion et d'Evaluation de l'Environnement des Nouveau-nés (GREEN) - Société Française de Néonatalogie

Aspects techniques et architecturaux

Franck NATALE, Directeur des Infrastructures et des Travaux, CHU de Strasbourg

10h15 > 10h45 : Pause et visite des stands

10h45 > 11h30

Aménager des chambres de néonatalogie dans un espace contraint

Dr Jean-Baptiste MULLER, CHU de Rouen

11h30 > 12h15

Architecture et intégration des familles aux soins de développement

Vincent DESDOIT, Association SOS préma

12h15 > 13h

Recommandations européennes

Pr Pierre KUHN, CHU de Strasbourg, bureau scientifique de l'EFCNI

13h > 14h30 : Lunch et visite des stands

Bien-être soigné/soignant

14h30 > 15h30

Modification des architectures familiales :
diagnostic sur les mutations de la famille et de la parentalité

Pr Jean-Hugues DECHAUX, Professeur de sociologie, CNRS UMR 5283, Lyon 2

15h30-16h

Architecture : le vécu des soignants

Dr Sabine DURAND, CHU Montpellier

16h-17h

Bien être soignant et Architecture hospitalière

Pr Michèle MAURY, Professeur de psychiatrie de l'enfant, porte-parole du groupe « Bien-Être Au Travail », CHU de Montpellier

Vendredi 26/09/25

Réservé aux professionnels certifiés NIDCAP/FINE/CLE

8h > 8h30 : Accueil des participants - Comité de pilotage NIDCAP CHU Montpellier

8h30 > 9h30

Exemples de nouvelles unités de néonatalogie en Occitanie
De la conception à la réalité

Dr Caroline LE GUILLOU, CHU de Nîmes, Dr Noureddine HEDJEM, CH de Perpignan

9h30 > 10h30

Présence parentale et peau à peau au CHU de Montpellier

Progresser dans des locaux contraints

Karine BERTRAN de BALANDA, Pr Gilles CAMBONIE, CHU de Montpellier

10h30 > 11h : Pause et visite des stands

11h > 13h

Vignettes cliniques à discuter en petits groupes

13h > 14h : Lunch et visite des stands

14h > 14h30

Assemblée Générale NIDCAP Francophone

14h30 > 16h30

Retours d'expériences pratiques

8 présentations de 15 minutes + 10 minutes de discussion

16h45 : Conclusions du congrès et Perspectives



Les inscriptions seront ouvertes prochainement :
[restez connecté.e !](#)

ANNONCES

SAVE THE DATE :

Les 54^{èmes} Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale se tiendront du 15 au 17 octobre 2025 à Rennes !

Le Réseau périnatalité de Bretagne accueille

LES 54^{ÈMES} JOURNÉES NATIONALES
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
MÉDECINE PÉRINATALE
15 • 17 OCTOBRE 2025
Rennes

ORGANISATION GÉNÉRALE
Agence ATout.Com
04.42.54.42.60
sfmp@atoutcom.com
www.atoutcom.com

ATOUT.COM
Société Française de Médecine Périnatale

➡ Les inscriptions sont ouvertes sur le [site officiel](#).

Appel à candidature

Le Comité Scientifique (CS) de la SFMP est composé de 15 membres impliqués en médecine périnatale, en particulier pédiatres, obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs, puéricultrices, psychiatres, psychologues et épidémiologistes.

Le CS est renouvelé par tiers tous les 3 ans : c'est pourquoi nous lançons un appel à candidature, ouvert jusqu'au 30 juillet 2025.

Vous êtes intéressé.e ? Nous vous laissons prendre connaissance du dossier de candidature.

➡ Consulter le programme de ces Journées [ici](#).

[Consulter les modalités de l'appel à candidature](#)

ANNONCES

SAVE THE DATE : JFRN 2025

Les JFRN 2025 auront lieu du 04 au 05 novembre 2025. Voici leur programme :



JFRN 30th Edition
JOURNÉES
FRANCOPHONES
DE RECHERCHE
EN NÉONATOLOGIE

4 - 5
DÉCEMBRE
2025
NEWCAPEVENT CENTRE,
PARIS 15E

CONFÉRENCE PLÉNIÈRE

Parcours de vie à l'âge adulte après une naissance très prématurée

Dieter Wolke, Warwick Medical School

Sessions de Communications Orales

Conférences d'introduction sur les avancées dans le domaine de la néonatalogie ces 30 dernières années.

TABLES RONDES

- 🔗 Pleurs des bébés : qu'ont-ils à nous dire ?
- 🔗 Médecine de précision : qu'est-ce ? L'avenir de la néonatalogie ?
- 🔗 Late-preterm : devenir, prise en soin et questions résiduelles
- 🔗 Couplet Care : bénéfices pour le bébé et ses parents, barrières et leviers d'implantation
- 🔗 d'implantation Neurodéveloppement : dépistage des TND et prise en charge précoce
- 🔗 Variation du développement génital : regards croisés

ATELIERS

- 🔗 Lisa en toute sécurité : pour qui ? Par qui ? Comment ?
- 🔗 Groupe de Recherche en Néonatalogie
- 🔗 Atelier aEEG - Atelier Echo cœur en dehors du Canal
- 🔗 Besoins des parents en sortie de néonatalogie



Un programme élaboré par la Commission Scientifique de la SFN

Pr Pierre KUHN, Président, Strasbourg
Pr Marine BUTIN, Secrétaire, Lyon
Dr Florence FLAMEIN, Secrétaire, Lille
Pr Isabelle GUELLEC, Secrétaire, Nice

Dr Cosima BABINET, Lyon
Dr Clément CHOLLAT, Paris
Dr Varvara DIMOPOULOU AGRI, Montréal
Dr Franklin DUCATEZ, Rouen
Dr Arthur GAVOTTEZ, Montpellier
Dr Antoine GIRAUD, Saint-Étienne
Dr Isabelle GRANDVUILLEMIN, Marseille
Dr Charles GRIMARD, Nice

Dr Kévin LEDUC, Lille
Dr Mathilde LETOUZEY, Paris
Dr Ayoub MITHA, Tours
Dr Alexandra NUYTTEN, Lille
Dr Justine PAYSAL, Clermont-Ferrand
Dr Laure PONTHER, Limoges
Mme Élodie RABATEL, Strasbourg
Mme Audrey REYNAUD, SOS Préma



www.jfrn.fr



Inscription et information



Les inscriptions sont ouvertes sur le [site officiel](#) des JFRN 2025.