



**HAL**  
open science

# Évolution de la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés : une étude rétrospective sur le CHU de Montpellier de 2003 à 2020

Lison Aujogues Dit Baron

## ► To cite this version:

Lison Aujogues Dit Baron. Évolution de la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés : une étude rétrospective sur le CHU de Montpellier de 2003 à 2020. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03535663

**HAL Id: dumas-03535663**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03535663v1>

Submitted on 19 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour Obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Lison AUJOGUES DIT BARON**

Le 18 Octobre 2021

TITRE

Evolution de la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés :

Une étude rétrospective sur le CHU de Montpellier de 2003 à 2020.

*Directeur de thèse : Pr Gilles CAMBONIE*

JURY

**Président :** Pr Gilles CAMBONIE

**Assesseurs :** Pr Florent FUCHS

Dr Florence MASSON

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour Obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Lison AUJOGUES DIT BARON**

Le 18 Octobre 2021

TITRE

Evolution de la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés :  
Une étude rétrospective sur le CHU de Montpellier de 2003 à 2020.

*Directeur de thèse : Pr Gilles CAMBONIE*

JURY

**Président :** Pr Gilles CAMBONIE

**Asseseurs :** Pr Florent FUCHS

Dr Florence MASSON

## Liste du corps enseignant

### Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	DUMAS Robert	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	DUMAZER Romain	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	ECHENNE Bernard	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	FABRE Serge	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	FREREBEAU Philippe	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	GODLEWSKI Guilhem	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	GRASSET Daniel	PETIT Pierre
AYRAL Guy	GUILHOU Jean-Jacques	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	GUITER Pierre	PUJOL Henri
BALDET Pierre	HEDON Bernard	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	HERTAULT Jean	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	HUMEAU Claude	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	JAFFIOL Claude	RIEU Daniel
BAYLET René	JANBON Charles	ROCHFORT Henri
BILLIARD Michel	JANBON François	ROUANET DE VIGNE
BUREAU Jean-Paul	JARRY Daniel	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	JOURDAN Jacques	SANCHO-GARNIER
		Hélène
BLAYAC Jean Pierre	KLEIN Bernard	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	LAFFARGUE François	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	LALLEMANT Jean Gabriel	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	LAMARQUE Jean-Louis	SERRE Arlette
BRUNEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	LEROUX Jean-Louis	VIDAL Jacques
BRUNEL Michel	LESBROS Daniel	VISIÉ Jean Pierre
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie	
CIURANA Albert-Jean	Madeleine	
	MAGNAN DE BORNIER	
CLOT Jacques	Bernard	
COSTA Pierre	MARTY ANE Charles	
D'ATHIS Françoise	MARTY Henri	
DEMAILLE Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	
DESCOMPS Bernard	MEYNADIER Jean	
DIMEGLIO Alain	Michel François-Bernard	
DUBOIS Jean Bernard	MION Charles	
DUJOLS Pierre	MION Henri	
	MIRO Luis	

## **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

## **Docteurs Emérites**

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologie
COLSON Pascal	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie

PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

### **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Eric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bernard	Chirurgie orthopédique et traumatologie
CUVILLON Philippe	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie – vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et réadaptation
FELSER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie

HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stefan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2ème classe**

BOURGIER Céline	Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile

LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Physiologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

### **1<sup>re</sup> classe :**

COLINGE Jacques	Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila	Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent	Sociologie, démographie

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

### **1<sup>re</sup> classe :**

AMOUYAL Michel  
LAMBERT Philippe

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
DAVID Michel  
GARCI Marc

## **PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine**

BESSIS Didier	Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle	Ophthalmologie
MULLER Laurent	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
PERRIGAULT Pierre-François	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
QUANTIN Xavier	Pneumologie
ROUBERTIE Agathe	Pédiatrie
VIEL Eric	Soins palliatifs et traitement de la douleur

## Mâîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe – Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie, transfusion

### MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique Moléculaire
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et santé au travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

### **MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique, addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SABLEWSKI Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

#### **MCU-MG de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David  
OUDE-ENGBERINK Agnès

#### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice  
CARBONNEL François

### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérôme  
LOPEZ Antonio  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SERAYET Philippe

## Maîtres de Conférences des Universités

### Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

### Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Science biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Science biologiques fondamentales et cliniques
GERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du médicament et autres produits de la santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de la santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du médicament et autres produits de la santé
TAULAN Magali	Biologie cellulaire

### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
DAGNEUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
DUFLOS Claire	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

## Praticiens Hospitaliers chargé d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	CONSEIL Mathieu	MARTIN Lucille
AKKARI Mohamed	CORBEAU Catherine	MATTATIA Laurent
ALRIC Jérôme	COROIN Flavia-Oana	MEROUEH Fadi
AMEDRO Pascal	COUDRAY Sarah	MEYER Pierre
AMOUREUX Cyril	CRANSAC Frédéric	MILESI Christophe
ANTOINE Valéry	CUNTZ Danielle	MOREAU Estelle
ARQUIZAN Caroline	DARDHALHON Brigitte	MOSER Camille
ATTALIN Vincent	DAVID Aurore	MOUSTY Eve
AYRIGNAC Xavier	DE LA TRIBONNIERE Xavier	MOUTERDE Gaël
BADR Maliha	DE BOUTRAY Marie	PANSARD Nicole
BAIS Céline	DEBIEN Blaise	PERNIN Vincent
BARBAR Saber Davide	DELPONT Marion	PERRIGAULT Pierre François
BASSET Didier	DENIS Hélène	PEYRON Pierre-Antoine
BATIFOL Dominique	DEVILLE de PERIERE Gilles	PICARD Eric
BATTISTELLA Pascal	DJANIKIAN Flora	PICOT Marie Christine
BAUCHET Luc	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	PIERONI Laurence
BENEZECH Jean-Pierre	FAIDHERBE Jacques	POQUET Hélène
BENNYS Karim	FATTON Brigitte	PUJOL Sarah-Lise
BERNARD Nathalie	FAUCHERRE Vincent	PUPIER Florence
BERTCHANSKY Ivan	FILLERON Anne	QUANTIN Xavier
BIBOULET Philippe	FITENI Frédéric	RAFFARD Laurence
BIRON-ANDREANI Christine	FOURNIER Philippe	RAPIDO Francesca
BLANC Brigitte	GAILLARD Nicolas	RICHAUD-MOREL Brigitte
BLANCHARD Sylvie	GALMICHE Sophie	RIBRAULT Alice
BLANCHET Catherine	GENY Christian	RIDOLFO Jérôme
BLATIERE Véronique	GERONIMI Laetitia	RIPART Sylvie
BOBBIA Xavier	GINIES Patrick	RONGIERES Michel
BOGE Gudrun	GRECO Frédéric	ROULET Agnès
BOURRAIN Jean Luc	GUEDJ Anne Marie	RUBENOVITCH Josh
BOUYABRINE Hassan	GUYON Gaël	SANTONI Fannie
BRINGER-DEUTSCH Sophie	GENRY Vincent	SASSO Milène
BRISOT Dominique	JAMMET Patrick	SCHULDINER Sophie
BRONER Jonathan	JEDRYKA François	SEGURET Fabienne
CADE Stéphane	JREIGE Riad	SENESE Pierre
CAIMMI Davide Paolo	KINNE Mélanie	SKALLI El Medhi
CARR Julie	LABARIAS Coralie	SOLA Christelle
CARTIER César	LACAMBRE Mathieu	SOULLIER Camille
CASPER Thierry	LANG Philippe	STOEBNER DELBARRE Anne
CASSINOTTO Christophe	LAZERGES Cyril	TEOT Luc
CATHALA Philippe	LE GUILLOU Cédric	THIRION Marina
CAZABAN Michel	LEGLISE Marie Suzanne	VACHIERY-LAHAYE Florence
CHARBIT Jonathan	LOPEZ Régis	VERNES Eric
CHEVALLIER Thierry	LUQUINS Amandine	VINCENT Laure
CHEVALLIER- MICHAUD Josyane	MANZANERA Cyril	WAGNER Laurent
COLIN Olivier	MARGUERITTE Emmanuel	ZERKOWSKI Laetitia

## **Remerciements**

**Aux membres de mon Jury,**

**A monsieur le Professeur Gilles CAMBONIE,**

Merci de m'avoir soutenue et écoutée dans mes projets tout au long de mon internat. Vous m'avez laissée évoluer à mon rythme tout en m'apprenant la rigueur et le sérieux nécessaire à tout travail. Je n'oublierai pas mes nouvelles capacités de déchiffrement, obtenues avec passion/patience lors de la rédaction de cette thèse. J'ai hâte de poursuivre mon évolution au sein de votre équipe.

**A monsieur le Professeur Florent FUCHS,**

Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail en faisant partie de mon jury. J'ai hâte de notre future collaboration dans les années à venir.

**A madame le Docteur Florence Masson,**

Merci de m'avoir transmis ta minutie, ton souhait de toujours aller au fond des choses et de ne rien banaliser, mais aussi ta joie de vivre et l'envie de travailler en équipe. L'époque des tatie des soins intensifs s'éloigne et je suis fière d'évoluer toujours à vos côtés. Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

**A madame Clémentine COMBES,**

Merci de ton travail précieux de traitement et analyse de mes données, et de l'aide que tu m'as apportée pour décortiquer et mieux comprendre ce monde obscur des statistiques. A bientôt en demi-pointes !

**Merci à tous les professionnels qui m'ont aidé à grandir et progresser tout au long de mes études,**

A l'équipe du Professeur CLARIS à Lyon pour m'avoir fait découvrir avec passion la néonatalogie au cours de ma 6<sup>ème</sup> année de médecine, l'équipe de Néonatalogie de Nîmes pour m'avoir permis de confirmer mon souhait de poursuivre dans cette voie et l'équipe de pédiatrie du CH de Perpignan pour cette découverte des urgences pédiatriques et de la pédiatrie générale.

A l'équipe de neuropédiatrie pour ce semestre intense mais très formateur. Merci au Professeur RIVIER pour votre écoute et vos conseils précieux en tant que maître de stage et responsable de filière. Merci à Pierre pour ton soutien sans faille et ton aide pour mon premier travail de rédaction scientifique. Merci à Agathe, Julie, Danielle, Oriane, Ulrike mais aussi Sylvie (promis je resterais ton bébé !), Jennifer, Angélique, Christelle, Sara, Stéphanie, Patrick et les autres.

A toute l'équipe de cardio-pneumopédiatrie. Merci à Marika pour ton enthousiasme et ton dynamisme. Merci à Johan pour ta passion du sommeil, à Pascal, Sophie, Grégoire, Arthur et Oscar pour vos cours et mon apprentissage de l'échographie cardiaque. Merci à Oscar et Arthur pour votre humour et votre amitié. Merci à toutes les puéricultrices et auxiliaires de puériculture pour votre soutien et votre bonne humeur malgré ces jours parfois sombres de plan épidémique.

A l'équipe du Pr STORME à Lille de m'avoir si bien accueillie dans votre pays fort froid et fort pluvieux... J'ai énormément appris à vos côtés. Au plaisir de tous vous revoir.

A l'équipe d'anesthésie pédiatrique pour votre bienveillance, votre patience et vos précieux conseils dans ce monde qui ne m'était pas familier.

A Nathalie et Hubert ainsi que toute l'équipe du CAMSP de Montpellier, j'ai la joie de terminer mon internat auprès de vous. Merci de m'avoir montré un regard différent sur un monde que je croyais déjà connaître.

A tous les pédiatres du CHU avec qui j'ai eu le plaisir de travailler, ainsi qu'à toutes les équipes paramédicales rencontrées en garde d'étages ou aux urgences.

Enfin,

A toute l'équipe de pédiatrie néonatale et réanimations, avec qui j'ai eu le plaisir d'évoluer tout au long de mon internat et auprès de qui j'aurai la joie de poursuivre pendant encore quelques années. Florence, Sabine, Odile Pidoux merci d'avoir été nos tatie des soins intensifs. Renaud, j'ai hâte que tu me transmettes ton savoir de roi de la Nouille. Maliha et Odile Plan merci de votre calme et du partage de vos connaissances. Christophe et Julien, je ne serais pas passée chez vous, mais c'est un plaisir de vous suivre en garde. Vincent, promis pour la prochaine tu seras mon maître de thèse. Stéphanie, Flora, Maud, Bénédicte, Laurène, Camille, Héléna, David, Cyril et Pénélope merci à vous de toujours me motiver ! Sita, Damien, Alizée, Anaïs, Chloé et Sophie j'ai hâte de suivre vos pas. Merci à toutes les puéricultrices et puériculteurs, auxiliaires puer, secrétaires, cadres, vous êtes trop nombreux pour tous vous citer.

A Madame DAUBIGNARD, de m'avoir soignée et accompagnée dans mes projets.  
J'espère être un aussi bon médecin que vous.

A tous mes petits patients, ainsi que leurs familles, qui me motivent chaque jour à poursuivre dans cette voie.

## **Merci à ma famille,**

Vous êtes ceux sur qui je pourrais toujours compter. Merci de votre soutien inconditionnel depuis le début, vous avez toujours cru en moi et je suis fière d'y être parvenue grâce à vous.

A mes parents, je suis si fière d'être votre fille. Merci de m'avoir permis d'accomplir mes rêves et de m'avoir soutenue tout au long de mon parcours. Vous m'avez appris la rigueur, l'ambition, la détermination mais aussi le calme et la bienveillance. Merci mille fois pour tout.

A mes incroyables sœurs, vous êtes les plus merveilleuses du monde et je ne serais rien sans vous. Merci pour votre soutien sans faille, nos fous rires, nos câlins. Merci pour votre énergie et votre bienveillance.

A mes grands-parents, vous m'avez toujours donné envie de donner le meilleur de moi-même. A ma Mamy et mon Paguy pour votre énergie, votre amour et vos encouragements. A ma Bonne Maman pour ta confiance, ton amour et ta curiosité. A mon grand-père, pour tes tagada-tsoin-tsoin qui continuent de m'accompagner.

A Anna et Naima, merci pour votre soutien au cours de mes études, je suis heureuse de vous avoir près de nous.

A mon Parrain et ma Marraine, aux taties et tontons, qui m'ont toujours soutenue. Depuis enfant vous m'entendez dire que je veux être pédiatre, voilà une bonne chose de faite. Merci de votre écoute et de vos réconforts si précieux.

A Astrid et Lucas, Flavy, Anna, Marco, Agathe et Sarah, Mattéo et Gabin, quel bonheur d'avoir une famille si soudée. A tous les cousins d'Ardèche. A nos rires, nos balades, nos histoires qui font peur et nos verres chez Régis. A Colombier, au 15 aout, aux feux de cheminée et à la chanson de la pluie.

A Léa et Théo pour nos rires, nos cache-cache noirs et nos Arlequins. Aux cousins Beaujolais pour nos retrouvailles. A Beaujeu, la mare aux canards, le jardin et « l'a montras-tu la cote ».

## **Merci à tous mes amis,**

A mes meubles, car au bout d'un moment l'amitié ne tient plus compte des années. A nos parties endiablées, au ski sous la tempête, aux décaqués et aux cailloux en canoé. Barbara et nos Mojitos aux café Sévilla, Bertrand en souvenir de nos heures intensives en PACES (et pas seulement heureusement !!), Nicolas pour ta patience incommensurable devant Matrix et dans le Gourgillon, Angèle tu ne me dépassera jamais au long cours, même si j'apprécie tes efforts (en souvenir de la triche du siècle), à Lydiane, Fabien, Marion-Cécile. Et au petit nouveau qui nous rejoindra bientôt et que j'ai hâte de rencontrer. En souvenir de toutes nos anecdotes depuis le lycée et dans l'attente de toutes les prochaines à venir.

A mes acolytes de l'externat, nos rêves d'internat au soleil avec piscine. Tout ne s'est pas exactement passé comme imaginé mais je suis hyper fière de nous !! Merci à ma Chloé d'avoir été ma coloc d'amour pendant 1 an ½ et de m'avoir hébergée sur ton canapé, en souvenir de nos fous rires, de nos dimanches au soleil, de nos repas top chef et de nos bronzettes sous la fenêtre. Merci à ma famille Lilloise, Quentin, Estelle et Polka, vous êtes beaucoup trop loin à mon goût ! Merci pour nos fous rires, notre vie insulaire, nos vacances en randonnées et les Candy'Up oubliés dans la voiture. Merci à Fanny pour ces années passées ensemble, nos pauses, nos rires et les « il est 12h00, on mange ? ». Merci à Emna pour ta force dans ton parcours extraordinaire, ton hospitalité et tes adorables garçons. Merci à Maxime pour nos pauses et nos soirées. Merci à Eloi pour ton soutien et ton amitié. Merci à Yonjae et toutes les autres pour ces années ensemble.

A ma nouvelle famille Montpelliéraine, quelle chance de vous avoir rencontrés ! A Quentin, Mélanie, Jules, Amélie et Vincent pour nos tentatives de tradition dominicale (comme quoi il est possible de perdre la notion du temps en jouant à la Bonne Paye). Pour nos virées plages et nos soirées. Vincent, merci de ta confiance en tant que pharmacie nocturne et pour tes talents de gardien de Basilic. A Ambre pour nos gouter-transat en premier semestre, Caroline et Mélissa pour nos plans d'action et nos soirées. A Aziz et Anaïs pour notre brunch, le yoga etc.

A ma promo d'enfer, Caroline, Essia, Vincent, Aziz, Cécile, Marion, Juliette et Aymeric, ensemble tout est possible ! A nos colères, nos blagues et nos projets. Caroline, ma danseuse binôme au chat si câlin. Vincent et Aziz, grâce à vous j'ai vaincu la tornade Perpignanaise. Marion pour notre équipe de choc en neuropédiatrie. Aymeric le cardiopédiatre des SIP (téléportation en option). Essia, Cécile et Juliette, nous n'avons pas eu le plaisir d'être co-internes mais je suis ravie d'avoir fait un bout de chemin à vos côtés.

Aux internes et ex internes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler : Anaïs, Marion, Amélie, Manon, Barbara, Charline, Floriane, Gaëlle, Agathe, Ludovic, Gauthier, Julie, Justine, Margot, Anna, Solenn, Yasmine et les autres ... Nos pauses, nos rires, nos actions politiques et notre randonnée (à refaire !).

A Diane, il me fallait une siamoise... Heureusement je t'ai trouvée ! Notre amitié a été instantanée et je suis ravie de continuer avec toi.

A Zakaria, 2 ans que tu m'accompagnes et me soutiens dans tous mes projets. Tu es la personne la plus incroyable que j'ai pu rencontrer et j'ai hâte de vivre nos prochaines aventures.  
愛してる 柿

## Abréviations

AGN : âge gestationnel de naissance

AM : allaitement maternel

ANHF : Association Nationale de la Formation Hospitalière

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

ECUN : entérocolite ulcéro-nécrosante

FCS : Fausse couche spontanée précoce

GEU : Grossesse extra utérine

HTA : Hypertension artérielle

IMG : Interruption médicale de grossesse

INBP : Infection néonatale bactérienne précoce

IP : information préoccupante

IRB : Institutional Review Board

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFIU : mort fœtale in utéro

NIDCAP : Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement

PCN : périmètre crânien de naissance

PN : poids de naissance

RCIU : retard de croissance intra utérin

SA : semaine d'aménorrhée

SDF : sans domicile fixe

TN : taille de naissance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Sommaire

- Introduction *p. 22*
- Méthode *p. 24*
- Résultats *p. 26*
  - Tableau 1 : Caractéristiques maternelles socio-familiales et médicales à la naissance de l'enfant *p.26*
  - Tableau 2 : Caractéristiques de la consommation maternelle *p. 27*
  - Tableau 3 : Caractéristiques des nouveau-nés *p. 29*
  - Tableau 4 : Syndrome de sevrage néonatal aux opiacés *p. 30*
  - Tableau 5 : Facteurs d'influence de la survenue d'un syndrome de sevrage *p. 31*
  - Tableau 6 : Facteurs d'influence du traitement médicamenteux chez les nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés *p. 32*
  - Tableau 7 : Comparaison en fonction des années de prise en charge *p. 33*
- Discussion *p. 34*
  - Limites de l'étude *p. 34*
- Conclusion *p. 38*
- Bibliographie *p. 39*
- Annexes
  - Annexe 1 : Score de Finnegan *p. 41*
  - Annexe 2 : Accord Institutional Review Board (IRB) *p. 42*
  - Annexe 3 : Lettre aux parents *p. 43*
  - Annexe 4 : Tableau : modalités de sortie et lien parent-enfant *p. 47*
  - Annexe 5 : tableau : influence du sevrage sur la mise en place du lien parent-enfant et sur les modalités de sortie *p. 48*
  - Annexe 6 : impact de la molécule maternelle sur le devenir post natal
    - Poly-consommations *p. 49*
    - Héroïne *p. 50*
    - Buprénorphine *p. 51*
    - Méthadone *p. 52*
    - Antalgiques opiacés *p. 53*
- Serment d'Hippocrate *p. 54*
- Résumé et mots clés *p. 55*

**Management of neonatal opioid withdrawal syndrome :  
retrospective study 2003 -2020  
at Montpellier University Hospital**

**Evolution de la prise en charge  
du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés,  
étude rétrospective sur le CHU de Montpellier  
de 2003 à 2020**

## Introduction :

La dépendance aux opiacés chez la femme enceinte est un problème de santé publique. Sur base déclarative, la prévalence de consommation d'opiacés chez la femme enceinte en France est de 0.3 à 1 % des grossesses (1). Ce chiffre est multiplié par 5 si on se base sur une analyse toxicologique, à savoir le dosage des opiacés dans le méconium (2). L'exposition in utéro aux opiacés peut survenir dans un contexte de traitement analgésique, d'addiction maternelle persistante au cours de la grossesse ou de mise en place de traitements substitutifs dans le cadre du sevrage de cette dépendance.

Un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés est observé dans 48 à 94 % des cas, débutant en général dans les 72 premières heures de vie (3). Son évaluation est basée sur des scores spécifiques, de Finnegan (*Annexe 1*) ou de Lipitz, réalisés de façon pluriquotidienne (4). Il comprend des signes neurologiques (cris aigu, trémulations, hyperexcitabilité, hypertonie, agitation et rarement convulsions), des signes digestifs (mauvaise prise alimentaire, régurgitations), des signes respiratoires (éternuements, polypnée) et des signes végétatifs (sueurs, diarrhée, rhinorrhée, hyperthermie). Ses conséquences somatiques, en l'absence de traitement, sont une déshydratation et des pertes caloriques excessives qui affectent très significativement la croissance pondérale des premières semaines. Ses conséquences psycho-affectives sont principalement dominées par un risque d'altération du lien mère-enfant (5).

Le traitement substitutif médicamenteux comporte différentes options thérapeutiques. La teinture d'Opium diluée, le Chlorhydrate de Morphine, la Méthadone, la Buprénorphine, la Clonidine et la Chlorpromazine ont été les principaux produits utilisés, seuls ou occasionnellement en association avec du Phénobarbital. Cependant, la littérature actuelle ne permet pas de définir un traitement optimal, en raison de la qualité modeste, des faibles effectifs et d'un suivi temporel très limité des principales études publiées (3,6,7,8).

Les soins de soutien au nouveau-né, avec l'aide de ses parents, sont le deuxième volet de la prise en charge, qui peuvent s'inscrire en complément ou comme alternative à la prise en charge pharmacologique. Ils comportent un ensemble de stratégies environnementales et comportementales dont l'objectif est de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né vulnérable (9). En pratique, les principales interventions sont relatives à la limitation des stimulations inadéquates (bruit, lumière, réveils intempestifs, visites nombreuses), à la pratique de

soins corporels apaisants pour l'enfant (peau à peau, portage, bercement, emmaillotement avec un drap léger, succion non nutritive, bain enveloppé) et au soutien parental (alliance thérapeutique, place privilégiée auprès de l'enfant, transmission des gestes de soutien lors des périodes d'excitabilité excessive du nourrisson, suivi multidisciplinaire après retour au domicile). Quelques études aux Etats-Unis suggèrent l'effet favorable de ce type de programme, en terme notamment d'implication parentale, tout en soulignant les bénéfices en termes de réduction de la durée et des coûts d'hospitalisation (10,11).

Le département de pédiatrie néonatale et réanimation pédiatrique du CHU de Montpellier s'est engagé de longue date dans les soins de soutien au nouveau-né, en adoptant notamment le Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement (en anglais NIDCAP), auquel il a été formé par le centre de Denver (Colorado, USA) au début des années 2000. En 2007, il obtient le label NIDCAP niveau II et en 2008 le CHU de Montpellier a obtenu le prix de l'Association Nationale de la Formation Hospitalière (ANHF) pour ce programme. Cet engagement se traduit aussi par des ateliers régionaux, organisés semestriellement, afin d'harmoniser les pratiques au sein du réseau périnatal d'Occitanie Est. Sur le plan universitaire, un DIU en partenariat avec l'université de Lyon permet aussi de diffuser les techniques et stratégies de soins centrées sur l'enfant et sa famille.

Aucune étude réalisée en France n'a porté sur l'intérêt potentiel des soins de développement dans la prise en charge du nouveau-né exposé dès la période anténatale aux opiacés. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer si la diffusion des soins de soutien au nouveau-né au CHU de Montpellier a eu un impact favorable sur la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés.

## **Méthode :**

### **Type d'étude :**

Cette étude observationnelle monocentrique a été réalisée dans le département de Pédiatrie Néonatale et Réanimations du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Montpellier entre le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et le 31 décembre 2020, soit une période de 18 ans.

### **Population étudiée :**

Les patients inclus sont les nouveau-nés exposés in utéro aux opiacés pris en charge en période néonatale dans le département de Pédiatrie Néonatale et Réanimations du CHU de Montpellier, quels que soient le lieu ou le terme de naissance.

Il n'y a pas de critère d'exclusion.

Le retrait de la non opposition parentale est le seul motif de sortie de l'étude.

### **Recueil des données :**

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers médicaux. La liste des enfants à inclure a été créée à l'aide des registres d'admissions dans le département de Pédiatrie Néonatale et Réanimations. Les données anonymisées ont été recueillies de manière rétrospective, après autorisation par le comité d'éthique du CHU (*Annexe 2*). La lettre adressée aux parents est disponible en *Annexe 3*.

Le critère d'inclusion était l'exposition in utéro aux opiacés : une consommation maternelle d'héroïne, un traitement substitutif d'une addiction aux opiacés (Méthadone ou Buprénorphine) ou une consommation d'antalgiques opiacés au cours de la grossesse.

Les variables prénatales recensées étaient l'âge maternel, la gestité, la parité, le type de grossesse (unique ou multiple), les antécédents maternels médicaux ou psychiatriques, les antécédents obstétricaux (Fausse couche, interruption volontaire de grossesse, antécédent de sevrage néonatal aux opiacés dans la fratrie, placement judiciaire des aînés), la type de consommation maternelle (poly-consommation, héroïne, Méthadone, Buprénorphine, antalgique opiacé, mésusage du traitement substitutif) ainsi que les doses des produits si celle-ci est connue, l'intensité de la consommation d'opiacés au cours de la grossesse, les facteurs sociaux parentaux (parents en couple, reconnaissance de l'enfant par le père, logement précaire), les complications de la grossesse (Pré-éclampsie, menace d'accouchement prématuré, diabète gestationnel).

Les variables post natales recueillies étaient :

- Les modalités de naissance de l'enfant : voie basse ou césarienne, terme de naissance en semaine d'aménorrhée, pH, lactates, poids, taille, périmètre crânien et leur z score (courbes Audipog), APGAR.
- Les éventuelles complications néonatales : infection néonatale bactérienne précoce, malformation congénitale, prématurité, retard de croissance intra utérin (défini par un poids de naissance inférieur au 10<sup>ème</sup> percentile), microcéphalie (définie par un périmètre crânien de naissance inférieur au 10<sup>ème</sup> percentile).
- La survenue d'un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés (définie par un score de Finnegan supérieur ou égal à 6 à 3 reprises ou en moyenne supérieur à 8), les traitements mis en place (médicamenteux et non médicamenteux), la durée des traitements.
- La durée de séjour.
- Les inquiétudes liées à la protection de l'Enfance (Information Préoccupante et Signalement judiciaire). La présence parentale auprès de l'enfant et la qualité du lien parent-enfant.
- Les modalités de sortie de l'enfant (domicile, foyer mère-enfant, placement judiciaire, transfert dans un autre service/hôpital).
- Le décès éventuel du nouveau-né et sa cause.

Les fratries ont été incluses comme des nouveau-nés indépendants car l'exposition maternelle aux opiacés varie d'une grossesse à une autre.

### **Analyses statistiques :**

Une description globale de l'échantillon a été réalisée en donnant les fréquences et les pourcentages des différentes catégories pour les variables qualitatives.

La distribution des variables quantitatives n'étant pas toujours gaussiennes, la description de ces variables a été faite à l'aide de la moyenne et de la déviation standard mais aussi de la médiane, de l'intervalle interquartile [Q25 ; Q75] et des valeurs minimales et maximales.

La comparaison entre les groupes a été réalisée pour les variables qualitatives à l'aide d'un test du chi-deux, et lorsque les conditions de celui-ci n'étaient pas remplies, par le test exact de Fisher.

Pour les variables quantitatives, la comparaison a été réalisée à l'aide des tests de comparaison de moyennes Student ou Wilcoxon (Mann-Whitney) en fonction de la distribution.

Le seuil de significativité a été fixé à 5% pour tous les tests utilisés.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS Université Edition (SAS Institute, Cary, NC).

## Résultats :

Les caractéristiques des mères sont présentées dans le *tableau 1*. Les mères présentaient une comorbidité psychiatrique, en général un trouble anxieux ou dépressif, dans 10.84% des cas, ainsi que des comorbidités médicales dans 42.17%, celles-ci étant très hétérogènes (hépatite C guérie à la polypathologie active). A savoir que 6 grossesses soit 2.4% ont été obtenues par Fécondation in Vitro (FIV) : des femmes ayant une consommation unique (2 Buprénorphine, 2 Méthadone et 2 médicaments opiacés).

	Effectif/total (%)
<b>Age à l'accouchement</b>	
<i>Moyenne (écart type)</i>	31.40 (5.86)
<i>Médiane [Q25-Q75](min-max)</i>	32 [27-36] (17-46)
<b>Gestité</b>	
<i>Moyenne (écart type)</i>	3.38 (2.16)
<i>Médiane [Q25-Q75](min-max)</i>	3 [2-4] (1-13)
<b>Parité</b>	
<i>Moyenne (écart type)</i>	2.11 (1.25)
<i>Médiane [Q25-Q75](min-max)</i>	2 [1-3] (1-7)
<b>Grossesses précédentes :</b>	
- IVG	100/240 (41.67%)
- FCS ou GEU	87/240 (36.25%)
- MFIU ou IMG	17/240 (7.08%)
- Sevrage néonatal aux opiacés	28/198 (14.14%)
- Enfants précédents placés	18/247 (7.29%)
<b>Antécédent médicaux maternels :</b>	
- Comorbidité psychiatrique	27/249 (10.84%)
- Comorbidité médicale	105/249 (42.17%)
<b>Données sociales :</b>	
- Parents en couple à la naissance	203/238 (85.29%)
- Reconnaissance par le père	201/241 (83.4%)
- Logement précaire (SDF, foyer social)	18/247 (7.29%)
<b>Grossesse actuelle :</b>	
- Grossesse gémellaire	8/250 (3.2%)
- Découverte tardive de la grossesse	20/246 (8.13%)
- Suivi irrégulier/inexistant de la grossesse	37/250 (14.8%)
- Grossesse de déroulement nonnal	130/250 (52%)
- Pré-éclampsie/HTA gravidique	6/250 (2.4%)
- Menace d'accouchement prématuré	49/250 (19.6%)
- Diabète gestationnel	11/250 (4.4%)

**Tableau 1 : Caractéristiques maternelles socio-familiales et médicales à la naissance de l'enfant** (IVG = interruption volontaire de grossesse, FCS = Fausse couche spontanée, GEU = grossesse extra utérine, MFIU = mort fœtale in utero, IMG = interruption médicale de grossesse, SDF = sans domicile fixe, HTA = hypertension artérielle)

Le *tableau 2* décrit la consommation maternelle au cours de la grossesse: plus de 90% des femmes présentent une consommation quotidienne d'opiacés tout au long de la grossesse. L'opiacé le plus consommé dans cette cohorte est la Méthadone (45.2%). Les antalgiques opiacés regroupent la Codéine, le Sulfate de Morphine, le Tramadol et le Fentanyl avec des posologies très variables. Un mésusage du traitement substitutif aux opiacés est connu dans 7.04 % des cas, uniquement chez des femmes consommatrices de Buprénorphine (usage injecté ou sniffé). La poly-consommation de plusieurs toxiques est fréquente (46.4%) avec en premier lieu la consommation associée d'un opiacé et de Cannabis. La consommation maternelle en opiacés était connue avant la naissance sauf chez un nouveau-né pour lequel la consommation de Méthadone et de Cocaïne a été avouée quelques jours après la naissance alors que l'enfant était hospitalisé pour détresse respiratoire et troubles neurologiques.

	Effectif total (%)
<b>Consommation quotidienne d'opiacés</b>	233/250 (93.2%)
<b>Consommation continue tout au long de la grossesse</b>	237 /250 (94.8%)
<b>Poly-consommation</b>	115/250 (46%)
<b>Héroïne</b>	47/250 (18.8%)
<b>Buprénorphine</b>	107 /250 (42.8%)
<b>Dose buprénorphine en mg/jour</b>	
<i>Moyenne (écart type)</i>	2.11 (1.25)
<i>Médiane [0,25-0,75] (min-max)</i>	2 [1-3] (1-7)
<b>Méthadone</b>	113/250 (45.2%)
<b>Dose Méthadone en mg/jour</b>	
<i>Moyenne (écart type)</i>	60.40 (38.59)
<i>Médiane [0,25-0,75] (min-max)</i>	50 [30-85] (5-200)
<b>Mésusage du traitement substitutif</b>	15/213 (7.04%)
<b>Opiacés antahriales</b>	36/250 (14.4%)
<b>Toxique non opiacé</b>	96/250 (38.4%)
- <b>Alcool</b>	38/249 (15.26%)
- <b>Tabac</b>	189/249 (75.9%)
- <b>Cannabis</b>	60/249 (24.1%)
- <b>Cocaïne</b>	37/249 (14.86%)
- <b>Autres</b>	19/249 (7.63%)

**Tableau 2 : Caractéristiques de la consommation maternelle** (Poly-consommation définie comme prise d'au moins 2 toxiques dont au moins 1 opiacé à l'exclusion du tabac, Toxiques autres non opiacé = MDMA, Amphétamines, benzodiazépines)

Les nouveau-nés (*tableau 3*) sont principalement nés à terme, au CHU de Montpellier. 5 accouchements se sont déroulés à domicile sans que cela soit programmé. 2 nouveau-nés sur les 258 n'ont pas été hospitalisés d'emblée à la naissance : 2 mères traitées par Méthadone initialement prises en charge en maternité puis transférées en unité de soins en berceau à 1 jour de vie. 15 nouveau-nés (5.81%) présentent une malformation congénitale à la naissance : 5 syndromes polymorphes (une séquence de Pierre Robin, un syndrome de VACTERL avec atrésie de l'œsophage et atrésie duodénale, une délétion Chr.3 avec arthrogrypose, dysmorphie faciale et

syndactylies, une sclérose tubéreuse de Bourneville et un syndrome de Koolen-De-Vries), un syndrome d'alcoolisation fœtale, 2 malformations cardiaques (1 transposition des gros vaisseaux et une communication interventriculaire), une malformation des membres (syndactylies), 2 malformations cérébrales isolées (agénésie du septum lucidum et une craniosténose), 1 malformation pulmonaire de type malformation adénomatoïde pulmonaire bilatérale, 2 anomalies rénales (1 thrombose bilatérale des veines rénales anténatales et 1 duplicité pyélique), et 1 malposition anale. 3 nouveau-nés (1.16%) sont décédés au cours de l'hospitalisation néonatale : 1 nouveau-né né à 36 SA, présentant une thrombose congénitale bilatérale des veines rénales compliqué d'une insuffisance rénale sévère et de lésions hémorragiques cérébrales décédé à J19 suite à une décision d'arrêt de soin, un nouveau-né né prématurément à 27 SA + 6 jours décédé d'un arrêt cardio-respiratoire à J25 dans les suites d'une chirurgie pour entérocolite ulcéro-nécrosante sévère opérée (ECUN), et un nouveau-né né à 40 SA + 3 jours décédé à J15 suite à une limitation des soins dans le cadre d'une encéphalopathie anoxo-ischémique sévère compliquée d'un syndrome de défaillance multi-viscérale et de lésions anoxo-ischémiques cérébrales diffuses.

Dans cette population de nouveau-nés exposés aux opiacés in utéro (*tableau 4*), 54.65% ont développés un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés, par définition un score de Finnegan supérieur ou égal à 6 à 3 reprises ou en moyenne supérieur ou égal à 8. Les symptômes sont variés, neurologiques, digestifs, respiratoires, bien décrits par le score de Finnegan, dans cette série, les convulsions sont rares (0.78% des nouveau-nés). Lorsque la recherche d'opiacés dans les urines ou le méconium est réalisée, elle revient positive dans environ 30% des cas, à noter qu'elle n'a pas été réalisée dans le méconium chez 70% des nouveaux né et dans les urines chez 83% d'entre eux. L'analyse toxicologique chez le nouveau-né varie en fonction des périodes et du type de consommation maternelle. Parmi les 141 nouveau-nés ayant présenté un syndrome de sevrage, 48.23% ont bénéficié d'une prise en charge non médicamenteuse, 55.32% ont bénéficié d'une prise en charge médicamenteuse (par Morphine dans 88% des cas), 13.48 % ont nécessité au moins 2 traitements médicamenteux pour la prise en charge du sevrage (principalement une association Chlorhydrate de Morphine et Chlorpromazine). Le seul effet secondaire rapporté concerne la somnolence excessive sous Chlorpromazine.

Les modalités de solliie d' hospita lisatio n ainsi que les inquiétude s socia les sont décrites dans le tableau présenté en *Annexe 4*. Les contie-indications à l'allaiteme nt maternel renconu-ées dans l'étude concernent les mères infectées par le Virns de l'Immunodéficienc e Humaine (VIH) ou ti-aitée par un médicament non compatible (par exemple la Codéine). 77.13% des nouveau-nés sont renu-és à domicile directement à la solliie d' hospitalisation, 3.10% d'entie-eux ont nécessité un placement judiciaire.

	<i>Moyenne (écart type); Médiane [Q25-Q75](min-max)</i>
<b>Modalités de naissance : Effectif/total (%)</b> - Naissance au CHU - Naissance à domicile - Naissance spontanée - Césarienne	228/258 (88.37%) 5/258 (1.94%) 145/258 (56.20%) 92/258 (35.66%)
<b>Paramètres de naissance :</b> - Sexe masculin <i>Effectif/total (%)</i> - Terme de naissance (SA) - Poids de naissance (g) - Taille de naissance (cm) - PC de naissance (cm)	135/258 (52.33%) 37.97 (3.01) ; 38.71 [36.71-40] (27.29-42) 2673 (675); 2710 [2270-3150] (640-4310) 46.6 (3.8) ; 47 [45-49] (32.5-56) 32.6 (2.5) ; 33 r31.5-341 (22-37)
<b>Adaptation à la vie extra utérine :</b> - Apgar 1 min - Apgar 5 min - Apgar 10 min - pH aitériel cordon - Lactates au cordon (mmol/L)	8.8 (2.1) ; 10 [8-10] (0-10) 9.4 (1.3) ; 10 [9-10] (0-10) 9.7 (0.9); 10 [10-10] (0-10) 7.25 (0.09) ; 7.27 [7.21-7.3] (6.8-7.46) 3.61 (2.19) ; 2.9 r2.1-4.71 (1-14.1)
<b>Hospitali sation initiale Effectif/total (%) :</b> - En maternité - En réanimation - Aux soins intensifs - En unité de soins en berceaux	2/258 (0.78%) 35/258 (13.57%) 41/258 (15.89%) 180/258 (69.77%)
<b>Sm-veillance du sevrage en motüprincipal d'hoso italisation</b>	177/258 (68.60%)
<b>Pathologie néonatale Effectif/total (%) :</b> - INBP confirmée ou probable - Malformation congénitale - Anoxo-ischémie néonatale - RCIU (PN<10èmep) - Microcéphalie (PCN<10ème p) - Préma turité (AGN < 37 SA)	6/258 (2.33%) 15/258 (5.81%) 4/258 (1.55%) 79 /258 (30 .62%) 65 /25 1 (25 .90%) 71/258 (27.52%)
<b>Décès intra hospitalie1-</b>	3/258 (1.16%)

**Tableau 3 : Caractéristiques des nouveau-nés** (JNBP = infection néonatale bactérienne précoce; RCIU = retard de croissance infra utérin, PN = poids de naissance, PCN = périmètre crânien de naissance, p = percentile, AGN = âge gestationnel de naissance, SA = semaines d'alli én 01rhées )

	Nomb re/total (%)
<b>Evaluation clinique du sevrage :</b> - Sw-veillance par score de Finnegan - Sw-venue d'un syndrome de sevrage aux opiacés - Convulsion néonatale	134/258 (90.70%) 141/258 (54.65%) 2/258 (0.78%)
<b>Recherche de toxiques chez le nouveau-né :</b> - Toxiques minaires positifs aux opiacés * - Toxiaues méconium positifs aux opiacés*	14/42 (33.33%) 22/75 (29.3%)
<b>Prise en charge du syndrome de sevrage :</b> - Traitement non médicamenteux - Traitement médicamenteux du sevrage - Traitement médicamenteux de 2 <sup>n</sup> le int en tion - Traitement médicamenteux de 3 <sup>ème</sup> int ention - Traitement médicamenteux de 4 <sup>ème</sup> int en tion	68/141 (48.23%) 78/141 (55.32%) 19 / 141 (13.48 %) 2/141 (1.42 %) 2/141 (1.42 %)
<b>Traitement médicamenteux 1<sup>ere</sup> intention :</b> - Chlorhydrate de morphine - Sufentanil - Chlomromazine	69/78 (88.46%) 3/78 (3.85%) 6/78 (7.69%)
<b>Age au début du traitement médicamenteux (jorn)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0 75} (min-max)</i>	3.4 (3.2) 3 r2-4l (0-19)
<b>Durée de traitement médicamenteux **</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0 75} (min-max)</i>	14.33 (9.07) 12 r9- 16l (2-47)
<b>Effet secondaire du traitement</b>	3/78 (3.85%)
<b>Durée de séjour **</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0 75} (min-max)</i>	16.09 (14.69) 12 r8-1 11 (8-89)
<b>S01-tie du service sous traitement</b>	20/78 (25.64%)
<b>Traitement à la s01-tie :</b> - Chlorhydrate de Morphine - Chlorpromazine - Chlorpromazine + Chlorhydrate de Morphine	8/20 (40%) 8/20 (40%) 4/20 (20%)

**Tableau 4 : Syndrome de sevrage néonatal aux opiacés**

( Les traitements non médicamenteux du sevrage sont décrit comme présents lorsque précisés dans le courrier de sortie (soins de support, soins de développement, cocooning, portage), \* chez les nouveau-nés testés, \*\* après exclusion des nouveau-nés décédés ou transférés dans un autre hôpital/service(3 décès et 33 transferts))

Dans l'analyse des facteurs influençant la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés, on retrouve principalement un risque de sevrage augmenté en cas de prise de Méthadone par la mère comme le montre le *tableau 5*. On constate une diminution du pourcentage de s01-ite à domicile en cas de syndrome de sevrage (*Annexe 5 : tableau : influence du sevrage sur la mise en place du lien parent-enfant et sur les modalités de s01-ite*), au profit d'une augmentation des placements judiciaires et des s01-ites en foyer mère-enfant. Pas de différence significative sur l'incidence de l'allaitement maternel ou sur la qualité du lien parent-enfant ni sur l'assiduité de la présence parentale au cours du séjour.

	Absence de sevrage Nb (%)	Présence d'un sevrage Nb (%)	P value
Sexe masculin	59 (50%)	76 (54%)	0.617471
Antécédent de sevrage néonatal dans la fratrie	12 (13%)	17 (15%)	0.841105
Parents en couple à la naissance	100(91%)	110 (81%)	0.029990
<b>Type de consommation maternelle :</b>			
Poly-consommation >=2 toxiques	48 (41%)	63 (45%)	0.613860
Héroïne	19 (16%)	31 (22%)	0.270840
Buprénorphine	55 (47%)	56 (40%)	0.257331
Méthadone	37 (32%)	79 (56%)	0.000097
Consommation d'antalgiques opiacés	23 (20%)	14 (9.9%)	0.032204
<b>Mésusage du traitement substitutif</b>	8 (9.8%)	8 (6.2%)	0.443509
<b>Période de consommation :</b>			
- Consommation quotidienne d'opiacés	105 (90%)	136 (96%)	0.042236
- Uniquement au 1er trimestre	5 (4.3%)	3 (2.1%)	0.039584
- 1er et 2ème trimestres	4 (3.4%)		
- 3ème trimestre	1 (0.85%)		
- pendant toute la grossesse	107(91%)	138 (98%)	

**Tableau 5: Facteurs d'influence de la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal**

L'évolution postnatale en fonction de l'opiacé consommé par la mère est étudiée dans les tableaux présentés en *Annexe 6*. On note une diminution des mensurations de naissance en cas de poly-consommation maternelle, de consommation d'héroïne ou de Méthadone, sans augmentation significative de retard de croissance in utero ni de microcéphalie, excepté pour la poly-consommation qui est associée significativement à une majoration du risque de microcéphalie de 19 à 34% ( $p < 0.01$ ). Les enfants exposés à la Méthadone in utero sont ceux qui présentent le plus de syndrome de sevrage (68% versus 44% pour le reste de la population étudiée,  $p < 0.01$ ), avec une augmentation de la durée de séjour de 11 à 13 jours en médiane. L'allaitement maternel est plus investi en cas de prise de Méthadone (44% d'allaitement maternel exclusif à la sortie versus 28%,  $p < 0.01$ ). La consommation d'antalgiques opiacés est associée à une durée de séjour plus courte (médiane 9 jours versus 11 jours,  $p < 0.01$ ) mais à un plus faible taux d'allaitement maternel, en lien avec une augmentation des contre-indications à l'allaitement (14% de femmes contre-indiquées versus 3.2%,  $p < 0.01$ ). Les inquiétudes sociales sont associées à la poly-consommation ou la prise d'héroïne, avec une majoration du nombre d'écrits à la protection de l'enfance (infonnations préoccupantes ou signalements) et de placements judiciaires dès la sortie de l'hospitalisation. La consommation de Buprénorphine n'a pas d'impact significatif sur les paramètres de naissance ni sur la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal.

	Traitement non médicamenteux 63 nouveau-nés	Traitement médicamenteux 78 nouveau-nés	p value
Allaitement maternel exclusif	20/58 (32%)	29/77 (38%)	0.299279
<b>Modalités de sortie :</b>			0.051011
- Domicile	53/63 (84%)	50/78 (64%)	
- Placement judiciaire	2/63 (3.2%)	5/78 (6.4%)	
- Transfert	6/63 (9.5%)	13/78 (17%)	
- Foyer mère-enfant	2/63 (3.2%)	10/78 (13%)	
Poly-consommations	32/63 (51%)	37/78 (47%)	0.736434
Héroïne	11/63 (17%)	20/78 (26%)	0.30767
Buprénorphine	23/63 (37%)	33/78 (42%)	0.495024
Méthadone	35/63 (56%)	44/78 (56%)	1
Antalgiques opiacés	10/63 (16%)	4/78 (5.1%)	0.046734
Age gestationnel (SA)			0.715
Moyenne (écart type)	38.43 (2.54)	38.55 (2.68)	
Médiane {0,25-0 75}	38.86 f37 -40 .4 3l	39 .14 f37.14 -40.43l	
Durée de séjour			<0.001
Moyenne (écart type)	12.37 (6.41)	21.19 (12.60)	
Médiane {0,25-0 75}	11 f9-15l	18 f14 -23l	

**Tableau 6 : Facteurs d'influence du traitement médicamenteux chez les nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés**

SA = semaines d'aménorrhées,

Parmi les nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés (Tableau 6), la durée médiane de séjour est de 11 jours en l'absence de traitement médicamenteux et 18 jours en cas de traitement médicamenteux ( $p < 0.001$ ). Le type de consommation maternelle ne semble pas influencer la nécessité de traitement médicamenteux du sevrage.

Si on compare les modalités néonatales en fonction des années, après regroupement en 3 périodes de 6 ans (Tableau 7) : On note une diminution de l'usage du traitement médicamenteux du sevrage avec une baisse de 39% à 15%, une augmentation de la prise en charge non médicamenteuse de 15% à 57% dès 2009, ainsi qu'une diminution progressive de la durée de séjour hospitalier de 15 jours en médiane avant 2008 à 10 jours après 2015. Pas d'impact des années sur les modalités de sortie à domicile ni sur les préoccupations sociales. On note une discrète majoration, sans significativité, de l'allaitement maternel avec 64% d'allaitement maternel au moins partiel après 2015 versus 44% avant 2008.

	<b>2003-2008</b> Nb (%)	<b>2009-2014</b> Nb (%)	<b>2015- 2020</b> Nb (%)	<i>P value</i>
<b>Age gestationnel (SA)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0,75}</i>	38.19 (2.84) 39 f36 .57 -40.29l	37.94 (3.13) 38 .71 f36.71-39 .86l	37.80 (3.07) 38 .57 f36 .7 1-39.86l	0.572
<b>PN (g)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0,75}</i>	2758 (646) 2880 f2330 -3 240 l	2675 (710) 2770 f2 26 0 -3130 l	2579 (660) 2590 f2200-3040l	0.229
<b>T N (cm )</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0,75}(min-max)</i>	46.9 (3.5) 48 f45 -49l	46.6 (4) 47 f45 -49l	46.4 (4) 47 f4 5-49l	0.688
<b>P CN (cm )</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0,75}(min-max)</i>	32.9 (2.6) 33 f32 -34 l	32.6 (2.6) 33 f32 -34l	32.3 (2.6) 33 f3 l -34 l	0.309
<b>Présence d'un syndrome de sevrage</b>	55 (63%)	48 (53%)	38 (47%)	0.100408
<b>Traitement médicamenteux</b>	34 (39%)	32 (36%)	12 (15%)	0.000718
<b>Age au début du traitement médicamenteux (j)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0,75}</i>	3.59 (2.70) 3 [2-4]	2.78 (1.98) 2 [1.5-3.5]	4.5 (6.10) 2.5 [0.5-4]	0.389
<b>Soins de développement individualisés</b>	13 (15%)	51 (57%)	39 (48%)	<.000001
<b>Durée de traitement médicamenteux</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0,75}</i>	12.15 (6.05) 11 [9-16]	13.39 (7.63) 11.5 [9-15]	21.8 (14.1) 17 [12-31]	0.110
<b>Durée de séjour</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane {0,25-0,75}</i>	16.24 (11.47) 15 f9 -19l	17.21 (15.53) 12 .5 f9- 17l	15.38 (15.45) 10 f7 -1 6l	0.031
<b>Modalité d'allaitement :</b> -AM non souhaité -Allaitement mixte -AM exclusif -Allaitement contre-indiqué	45 (52%) 12 (14%) 26 (30%) 4 (4.6%)	37 (42%) 14 (16%) 34 (39%) 3 (3.4%)	24 (30%) 21 (26%) 31 (38%) 5 (6.2%)	0.098405
<b>Modalités de sortie :</b> -Décès -Sortie à domicile -Placement judiciaire -Transfert dans un hôpital -Foyer mère enfant	1 (1.1%) 65 (75%) 1 (1.1%) 14 (16%) 6 (6.9%)	2 (2.2%) 73 (81%) 3 (3.3%) 7 (7.8%) 5 (5.6%)	61 (75%) 4 (4.9%) 12 (15%) 4 (4.9%)	0.507450
<b>Inquiétudes sociales :</b> -Aucune -Information préoccupante (IP) -IP évoquée mais non faite -Signalement judiciaire	80 (92%) 1 (1.1%) 5 (5.7%) 1 (1.1)	85 (94%) 2 (2.2%) 3 (3.3%)	71 (88%) 3 (3.7%) 2 (2.5%) 5 (6.2%)	0.108599

**Tableau 7 : Comparaison en fonction des années de prise en charge**

SA = semaines d'aménorrhées, PN = poids de naissance, g = gramme, TN = taq de naissance, cm = centimètre, PCN = périmètre crânien de naissance, j= jour, AM = allaitement maternel, IP = information préoccupante

## **Discussion :**

### **Limites de l'étude :**

La réalisation rétrospective de cette étude, si elle permet d'obtenir un nombre important de patients, est sujette aux données manquantes. Le recueil s'effectuant par le biais des dossiers médicaux, certaines informations ne sont pas renseignées et particulièrement les données psychosociales (catégorie socio-professionnelle des parents par exemple). Les patients ont été recueillis grâce à la lecture des registres d'admission en néonatalogie, ce qui permet d'avoir une certaine exhaustivité des patients hospitalisés pour cette indication. A savoir que sur le CHU, les femmes consommatrices d'opiacés bénéficient d'une prise en charge ciblée en anténatal, elles sont donc en général connues et attendues à la naissance. La consommation maternelle a été évaluée de manière déclarative lors de l'hospitalisation du nouveau-né, celle-ci peut avoir été minimisée ou partiellement avouée devant la crainte d'un jugement de la part des soignants ou pour cacher une consommation illégale. Certains enfants, dont la mère n'aurait pas déclaré de consommation d'opiacés, ont pu être méconnus des équipes, mais devant la forte prévalence des manifestations néonatales il semble peu probable que cela concerne un nombre important d'enfants.

Le critère d'application des soins non médicamenteux ou « soins de développement individualisés » a été retenu lorsque cela était écrit dans le courrier de sortie de l'enfant. Ce critère est difficile à évaluer en lui-même car tous les enfants bénéficient de soins personnalisés dans une moindre mesure.

### **Discussion**

Les nouveau-nés exposés aux opiacés ne forment pas une catégorie homogène : on distingue ceux dont la mère est consommatrice d'antalgiques opiacés (à visée antalgique ou parfois mésusés), ceux dont la mère bénéficie d'un traitement substitutif aux opiacés (Buprénorphine ou Méthadone) et ceux nés de mères consommatrices d'héroïne ou poly-consommatrices de plusieurs substances illicites ou alcoolique. Ces familles ne présentent pas le même risque psychosocial et leur accompagnement doit être adapté, sans stigmatisation ni culpabilisation.

L'intérêt du traitement substitutif bien contrôlé au cours de la grossesse est clairement démontré (12), permettant un taux constant chez le fœtus et ainsi une absence de syndrome de sevrage anténatal, ainsi qu'une diminution des risques liés à la consommation illicite d'héroïne lorsque celui-ci est insuffisant (notamment le risque infectieux). La Méthadone a été utilisée longtemps comme le traitement de référence chez la femme enceinte, l'autorisation de la Buprénorphine en 2005 dans cette population a permis d'élargir l'offre de soin. Si l'équivalence n'est pas confirmée par l'analyse Cochrane 2020 (12), l'efficacité et la sécurité chez la femme enceinte et le nouveau-né semblent similaires. La Méthadone possède un plus grand passage transplacentaire que la Buprénorphine, avec un risque de sevrage augmenté, comme retrouvé ici et confirmé dans la littérature (1,12). La conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé de 2004 (13) préconise au cas par cas la Méthadone ou la Buprénorphine selon le profil de consommation de la patiente, et préconise la poursuite optimisée du traitement ou son instauration, le cas échéant, au cours du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse. Une augmentation des doses du traitement substitutif peut être nécessaire au cours de la grossesse, notamment pour la Méthadone, mais il n'existe pas de corrélation linéaire entre l'intensité du sevrage et la posologie du traitement substitutif (1,14). Les traitements substitutifs aux opiacés ne sont pas tératogènes, mais les variations des taux sanguins d'héroïne responsables de syndrome de manque et « d'overdoses » fœtales conduisent à la souffrance fœtale chronique, au retard de croissance intra utérin et au risque de prématurité, d'où la nécessité de reconnaître ces mères et de les accompagner dès le début de la grossesse.

Cette étude nous permet de mettre en évidence une diminution du taux de sevrage néonatal chez les nouveau-nés exposés, cela peut s'expliquer par une meilleure anticipation et coordination obstétrico-pédiatrique avant la naissance. Cette coordination est indispensable afin de réaliser un repérage et un accompagnement précoce des femmes enceintes et de prévenir les difficultés éventuelles à la naissance. Il semble intéressant d'essayer d'évaluer le risque individuel de chaque nouveau-né, dès la période anténatale, de présenter un sevrage néonatal, ainsi que sa probabilité à nécessiter un traitement médicamenteux. Cette analyse sera réalisée dans un second temps, afin d'essayer de modéliser les nouveau-nés particulièrement à risque. En effet, il a été démontré en 2017 que la mise en place d'un protocole standardisé de soins non médicamenteux permettait la diminution de la durée d'hospitalisation, du taux de traitement médicamenteux ainsi qu'une diminution des coûts hospitaliers (10). Cela semblerait encore plus pertinent de prévoir l'évolution de ces nouveau-nés dès la période anténatale. Dans cette première analyse, il n'a pas été démontré de facteurs influençant significativement la nécessité d'un traitement médicamenteux chez les nouveau-nés présentant un sevrage, ces données sont à approfondir.

Une première étude à ce sujet avait été réalisée entre 1998 et 2001 sur le CHU de Montpellier par E Mazurier (3), 79% des nouveau-nés avec un syndrome de sevrage nécessitaient un traitement médicamenteux avec une durée d'hospitalisation de 11.5 à 18 jours selon le traitement utilisé (Chlorpromazine ou Chlorhydrate de Morphine) contre 7.5 jours en moyenne en l'absence de traitement médicamenteux. La diminution de la prise en charge médicamenteuse du syndrome de sevrage néonatal est à mettre en corrélation avec l'essor des soins de développement individualisés au sein des services de néonatalogie, dont la certification NIDCAP obtenue en 2007 par le CHU de Montpellier est le résultat d'une politique centrée sur l'enfant et sa famille déjà standardisée depuis 1997 (3). L'application des soins centrés sur l'enfant et sa famille, avec une implication forte des équipes, permet de mieux accompagner les familles dans la prise en charge de leur enfant, permettant une diminution des traitements médicamenteux, en favorisant le soutien de l'enfant par ses parents en premier lieu, ou par des professionnels formés en leur absence.

Une revue récente par la Cochrane publiée en 2021 (8) confirme le faible niveau de preuve des traitements médicamenteux utilisés dans la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés et insiste sur la nécessité d'évaluer par des essais cliniques l'efficacité et la sécurité de la prise en charge non médicamenteuse de ces patients. En effet, aucun traitement évalué, que ce soit sédatif (Clonidine, Phénobarbital, Diazepam, Chlorpromazine) ou opioïde (Teinture d'opium, Elixir Parégorique, Morphine, Méthadone ou Buprénorphine), n'apporte de preuve suffisante de son efficacité et de sa sécurité dans cette indication.

Si l'intérêt indiscutable sur le neurodéveloppement de la prise en charge de la douleur des nouveau-nés, notamment à l'aide de traitements à base de morphiniques, est bien démontrée, il existe une incertitude sur l'innocuité de la morphine sur les cellules cérébrales (in vitro et chez le rat, la morphine est responsable d'une augmentation de l'apoptose neuronale et des cellules de la microglie, ainsi que d'anomalies de la myélinisation) (15). On peut s'interroger sur l'innocuité de cette molécule dans la population particulière de nouveau-nés non algiques mais présentant un syndrome de sevrage aux opiacés. A savoir que le neurodéveloppement n'a été étudié pour aucune des classes thérapeutiques utilisées dans cette indication (8).

En Occitanie les nouveau-nés traités médicalement pour un sevrage aux opiacés sont systématiquement inclus dans le réseau de suivi des enfants vulnérables depuis 2015. Les études internationales suggèrent un risque majoré de mort subite (12), de troubles du neurodéveloppement (12,16,17) ainsi que des anomalies visuelles (17) chez les enfants exposés in utéro aux opiacés (quelle que soit la survenue d'un syndrome de sevrage et le traitement de celui-ci). Ce décalage

est remarquable dès la première année de vie, et persiste à l'âge scolaire, nécessitant parfois un accompagnement spécifique, comme le montre une étude réalisée chez des enfants âgés de 9,5 ans en Australie (18). L'impact de l'environnement, la poly-consommation et les complications néonatales peuvent jouer un rôle confondant, et majorer les difficultés de ces enfants. Les risques psycho-sociaux, plus nombreux dans ces situations, provoquent également un risque plus élevé de placement en famille d'accueil ou foyer dès la période néonatale mais également dans l'enfance. Il pourrait être intéressant de se demander si le risque neurodéveloppemental est atténué en cas de prise en charge uniquement non médicamenteuse du sevrage néonatal.

## **Conclusion :**

L'exposition in utéro aux opiacés est un problème de santé publique nécessitant un repérage et un accompagnement adapté de ces femmes puis de leur nouveau-né. Aucun traitement médicamenteux n'a, à ce jour, prouvé sa supériorité dans la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal. Avec l'apparition des soins de développement et leur application dans cette population particulière, on constate une diminution de la nécessité d'un traitement médicamenteux du sevrage. La prise en charge comportementale de ces nouveau-nés présente de nombreux avantages comme la diminution de la durée d'hospitalisation, l'amélioration du lien parent-enfant et la diminution des coûts hospitaliers. L'absence d'exposition néonatale aux médicaments opiacés ou sédatifs, habituellement utilisés dans le cadre du sevrage, pourrait également permettre d'améliorer le pronostic neurodéveloppemental de ces enfants, déjà considérés comme appartenant à une catégorie à risque de trouble du neurodéveloppement. Le suivi de ces enfants, pour s'ajuster au plus tôt aux difficultés rencontrées, semble indispensable et existe déjà chez les enfants qui ont nécessité un traitement médicamenteux du sevrage. Devant la diminution du taux de traitement médicamenteux, il pourrait sembler judicieux d'évaluer la nécessité d'élargir les critères de surveillance de ces enfants, pour les soutenir au mieux dans leur développement.

## Bibliographie

1. Courty P, Nacache L. Périnatalité en cas d'addictions. *Presse Médicale*. déc 2012;41(12):1241-7.
2. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Mandelbrot L. Grossesse et substances psychoactives : étude de prévalence de la consommation déclarée. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2008;37(8):770-8.
3. Mazurier E, Cambonie G, Barbotte E, Grare A, Pinzani V, Picaud JC. Comparison of chlorpromazine versus morphine hydrochloride for treatment of neonatal abstinence syndrome. *Acta Paediatr*. 2008;97(10):1358-61.
4. Picaud JC, Cavalier, Mazurier E. *Manuel pratique des soins aux nouveau-nés (3ème édition)*. éditeurs. Sauramps. Montpellier; 2018. (Syndrome de sevrage néonatal aux opiacés).
5. Bienfait M, Maury M, Haquet A, Faillie J-L, Franc N, Combes C, et al. Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. *Early Hum Dev*. avr 2011;87(4):281-7.
6. Kraft WK, Adeniyi-Jones SC, Chervoneva I, Greenspan JS, Abatemarco D, Kaltenbach K, et al. Buprenorphine for the Treatment of the Neonatal Abstinence Syndrome. *N Engl J Med*. 15 juin 2017;376(24):2341-8.
7. Ghazanfarpour M, Najafi MN, Roozbeh N, Mashhadi ME, Keramat-roudi A, Mégarbane B, et al. Therapeutic approaches for neonatal abstinence syndrome: a systematic review of randomized clinical trials. *DARU J Pharm Sci*. 15 mai 2019;27(1):423-31.
8. Zankl A, Martin J, Davey JG, Osborn DA. Sedatives for opioid withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 ;(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002053.pub4/full>
9. Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *J Adv Nurs*. 2009;65(10):2239-48.
10. Grossman MR, Berkwitt AK, Osborn RR, Xu Y, Esserman DA, Shapiro ED, et al. An Initiative to Improve the Quality of Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatrics*. juin 2017;139(6):e20163360.
11. Hall ES, Wexelblatt SL, Crowley M, Grow JL, Jasin LR, Klebanoff MA, et al. Implementation of a Neonatal Abstinence Syndrome Weaning Protocol: A Multicenter Cohort Study. *PEDIATRICS*. 1 oct 2015;136(4):e803-10.
12. Minozzi S, Amato L, Jahanfar S, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database Syst*

Rev [Internet]. 2020 [cité 1 sept 2021];(11). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD006318.pub4>

13. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. *Presse Médicale*. oct 2004;33(18):41-7.
14. Lejeune C, Genest L, Miossec E, Simonpoli A-M, Simmat-Durand L. Analyse rétrospective des données de 170 nouveau-nés de mères consommatrices de substances psychoactives. *Arch Pédiatrie*. févr 2013;20(2):146-55.
15. Attarian S, Tran LC, Moore A, Stanton G, Meyer E, Moore RP. The Neurodevelopmental Impact of Neonatal Morphine Administration. *Brain Sci*. 25 avr 2014;4(2):321-34.
16. Lee SJ, Bora S, Austin NC, Westerman A, Henderson JMT. Neurodevelopmental Outcomes of Children Born to Opioid-Dependent Mothers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. avr 2020;20(3):308-18.
17. Monnelly VJ, Hamilton R, Chappell FM, Mactier H, Boardman JP. Childhood neurodevelopment after prescription of maintenance methadone for opioid dependency in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol*. juill 2019;61(7):750-60.
18. Lee SJ, Woodward LJ, Henderson JMT. Educational achievement at age 9.5 years of children born to mothers maintained on methadone during pregnancy. *PLoS ONE*. 10 oct 2019;14(10):e0223685.

## Annexes et entretiens

**MODÈLE DE SYSTÈME DE MESURE DU SCORE D'ABSTINENCE NÉONATALE**

SYSTÈME	SIGNES ET SYMPTÔMES	SCORE	AVANT-MIDI	APRÈS-MIDI	COMMENTAIRES
TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	Cri aigu (ou autre) excessif, < 5 minutes	2			Poids quotidien
	Cri aigu (ou autre) continu, > 5 minutes	3			
	Sommeil de <1 heure après le boire	3			
	Sommeil de <2 heures après le boire	2			
	Sommeil de <3 heures après le boire	1			
	Réflexe de Moro hyperactif	2			
	Réflexe de Moro très hyperactif	3			
	Trémulations légères provoquées	1			
	Trémulations modérées à graves provoquées	2			
	Trémulations légères non provoquées	3			
TROUBLES MÉTABOLIQUES, VASOMOTEURS, RESPIRATOIRES	Trémulations modérées à graves non provoquées	4			
	Hypertonie	2			
	Excoriations (région précise)	1			
	Mouvements myocloniques	3			
	Convulsions généralisées	5			
	Transpiration	1			
	Fièvre de 38 °C à 38,3 °C	1			
	Fièvre > 38,3 °C	2			
	Bâillements fréquents (>3 à 4 fois par intervalle)	1			
	Marbrures	1			
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX	Encombrement nasal	1			
	Éternuements (>3 à 4 fois par intervalle)	1			
	Battement des ailes du nez	2			
	Fréquence respiratoire >60/min	1			
	Fréquence respiratoire >60/min avec tirage	2			
	Succion excessive	1			
	Difficultés d'alimentation	2			
	Régurgitation	2			
	Vomissement en jet	3			
	Selles molles	2			
Selles aqueuses	3				
<b>SCORE TOTAL</b>					
<b>INITIALES DE L'ÉVALUATEUR</b>					

Score modifié de FINNEGAN



# Institutional Review Board (I.R.B.) MONTPELLIER UNIVERSITY HOSPITAL

## EBS.911<Y

PnCJ'le 04.67.319833 104.67.31.08.12

Research organized and practiced on the human being for the development of biological or medical knowledge known as 'research involving the human person' as defined in Article L. 1121-1 of the Public Health Code are to be reviewed by a committee Protection of Persons (CPP) and can not be reviewed by the IRB.

## !::PMIWIMII OovmPtc: 1911111

### f œM: IIH j

de l., p.lse .,11e-h,1'9C d1,lsyrc,omo ik' HM: MJ0'1(!cl 1,,u,e 1 M e w rlo  
CHU d: Mtclp!Nier œ 1998b2œD

## Proldri:

Ma.HARIMcd as

## '-0t Pre!lidel't:

AlffGBoltS  
PAJ,IAAO fl!bwo

## MS!YIW.

N.œDROP

AVAIGHM:: X..Cr

OfIROCNIGI

GCXIREUL S)t,tatI

LEMAffff: 1.31.el"II

MUET lirqid

a.Je &i.,I

## QRIQI@

## 9!sl fl!9199fJ9!kn:

### Appkaf1:

R ti!1.3b!di!ft!

Mc L. "'40J IUQ:IO<E.G.LL.e iï01<1Qâ' «r« tpII + t)

• CO'Clidp11irle doi!ldvb tnl liO'ld'e'l p!!!! l'lti.

MLE ■CAM!IO<EC.t.I.E.S ,,,œ., -nutpOlwt)

### Orolln z.llicnaL'l'illion:

-Ut«VERSTTY fi AL CENTER œ MOITPEWER

## 9"DIPO9(btBB i

**APPROVED**

## P991m°IP MtSliMmHCY of hl 11Bfp hl MMLoni

• S'nopPS 3011112020

• C<J111nents

## NIAfOYII ft,nMtMkRd.,by.IIW.J38.,; RS-MT-P \_12\_202000610

Dàe: 17/12/2020

SIO:n:Mur!:

[Données anonymisées pour mise en ligne]

IIICiffl'EL.UEINIIR91Y HCISI'FTM.  
1'1. A- cluOl,Jw,Galo n GIAAUO  
)IutS.:i wrPEUE R(EQE(S

Thll-cloanalnlw(SU)'.....lmallgllDral lllla  
pwsGllllldalunl

Uld• h procaut,9 fl

## NOTE D'INFORMATION POUR LES PARENTS

Evolution de la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés, étude rétrospective sur le CHU de Montpellier de 2003 à 2020

Madame, Monsieur,

Nous allons réaliser une recherche intitulée : « Evolution de la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés, étude rétrospective sur le CHU de Montpellier de 2003 à 2020 » coordonnée par le Pr Gilles Cambonie du CHU de Montpellier. Pour cette recherche, nous allons avoir besoin de collecter des données issues du dossier médical de votre enfant.

Cette note d'information vous informe du but de cette recherche, de son déroulement, de ces objectifs et de vos droits. **Si vous êtes opposés à la participation de votre enfant à cette recherche, vous devez nous le signaler par courrier/téléphone/email. Dans le cas contraire, il n'y a aucune démarche à effectuer.**

### POURQUOI CETTE RECHERCHE ?

*Les produits dérivés de l'opium sont appelés des opiacés. Ce terme englobe généralement aussi les opioïdes, c'est-à-dire des composés n'étant pas chimiquement apparentés à l'opium mais ayant une action similaire aux opiacés. Opiacés et opioïdes sont utilisés en médecine pour leur puissante action contre la douleur, ou action analgésique. Leur inconvénient majeur est que les patients peuvent en devenir facilement et rapidement dépendants, on parle alors d'addiction.*

L'exposition du fœtus in utéro, c'est à dire pendant la grossesse, aux opiacés peut survenir dans un contexte de traitement analgésique, d'addiction maternelle au cours de la grossesse ou de mise en place de traitements substitutifs dans le cadre du sevrage de cette dépendance.

Dans ces situations, après la naissance, le nouveau-né est exposé à un risque de manque, appelé « syndrome de sevrage aux opiacés ». Il se traduit notamment par une agitation, des trémulations, ainsi que des troubles gastro-intestinaux tels que la diarrhée et des difficultés d'alimentation. La survenue de ce syndrome constitue souvent un facteur de stress pour les parents qui peuvent se sentir impuissants face aux symptômes de leur nouveau-né.

Pendant de nombreuses années, la prise en charge de ces nouveau-nés portait principalement sur l'utilisation de traitements médicamenteux substitutifs à base notamment de dérivés de la morphine. Plus récemment, la prise en charge s'est orientée vers des soins de soutien au nouveau-né, avec l'aide de ses parents, réalisés en complément voire comme une alternative à la prise en charge par des médicaments. En pratique, les principales interventions consistent à limiter des stimulations inadéquates (bruit, lumière, réveils intempestifs, visites trop nombreuses), à pratiquer des soins corporels apaisants pour l'enfant (peau à peau, portage, bercement, emmaillotement avec un drap léger, succion non nutritive, bain enveloppé) et à aider ses parents qui deviennent des partenaires de soins privilégiés auprès de l'enfant, auxquels on transmet des gestes de soutien lors des périodes d'excitabilité excessive de leur nourrisson puis on propose un suivi de leur enfant après le retour au domicile.

Le Département de Pédiatrie Néonatale et Réanimations et de la maternité du CHU de Montpellier, où a été hospitalisé votre enfant, s'est engagé de longue date dans les soins de soutien au nouveau-né, en adoptant notamment le Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement (en anglais NIDCAP), dès le début des années 2000. Cet engagement s'est traduit, au fil du temps, par la mise en œuvre des soins de soutien au nouveau-né, avec l'aide de ses parents, en cas de syndrome de sevrage aux opiacés. Il existe cependant très peu d'études, principalement aux Etats-Unis d'Amérique, qui suggèrent l'effet favorable de ce type de programme, en termes notamment d'exposition plus ou moins prolongée du nouveau-né aux traitements morphiniques pour traiter le syndrome de sevrage aux opiacés.

## **QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE RECHERCHE ?**

L'objectif principal de l'étude est d'analyser, au cours des 17 dernières années, comment a évolué la prise en charge du syndrome de sevrage aux opiacés à la maternité et dans le département de Pédiatrie Néonatale et Réanimations du CHU de Montpellier. Nous pourrions ainsi savoir si l'évolution de nos pratiques a permis de réduire le recours aux médicaments, ainsi que la durée d'hospitalisation des nouveau-nés.

## **COMMENT VA SE DÉROULER CETTE RECHERCHE ?**

Il s'agit d'une recherche rétrospective, ce qui signifie que les informations nécessaires à cette recherche seront extraites du dossier médical. *Cette recherche ne vise donc pas à modifier la prise en charge de votre enfant. Il n'y aura pas de consultation ou d'examen supplémentaires, ni de modifications du traitement prescrit par son médecin.*

## **QUI PEUT PARTICIPER ?**

*Les nouveau-nés, quel que soit leur terme de naissance, ayant été exposés pendant la grossesse aux opiacés et hospitalisés entre janvier 2003 et décembre 2020 en maternité près de leur mère ou dans le Département de Pédiatrie Néonatale et Réanimations du CHU de Montpellier.*

Vous ou votre enfant disposez d'un droit d'opposition, sans conséquence sur la suite du traitement ni de la qualité des soins qui lui seront fournis. De plus, la participation de votre enfant à cette recherche est volontaire et vous pourrez l'interrompre à tout moment sans justification.

## **QUELS SONT LES BÉNÉFICES ATTENDUS ?**

Aucun bénéfice individuel immédiat n'est attendu pour les participants à la recherche. Cette recherche vise à faire progresser les connaissances dans le but d'améliorer, dans l'avenir, les soins et notamment la manière dont nous prenons en charge les nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage aux opiacés ainsi que leur famille.

## **ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET LEGISLATIFS**

Cette recherche a obtenu un avis favorable de l'Institut Review Board (IRB) du CHU de Montpellier (IRB-MTP\_2020\_12\_202000670) en date du 17/12/2020.

Cette recherche est en conformité avec la loi Informatique et Libertés à la méthodologie de référence MR-004 relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé (Conformité au Règlement Général sur la Protection des données).

## **QUELS SONT VOS DROITS ?**

Si vous ne vous opposez pas à cette recherche, nous allons recueillir dans le dossier médical de votre enfant les données suivantes.

-données générales : âge de la mère au moment de la naissance, modalités du suivi de la grossesse, naissance spontanée par voie basse, naissance par césarienne, âge gestationnel de naissance, poids-taille-périmètre crânien de naissance, enfant singleton ou jumeau, sexe.

-données sur l'exposition néonatale aux opiacés : type de consommation maternelle en opiacés et durée d'exposition, consommations maternelles d'autres produits addictifs en cours de grossesse.

-données sur l'état de santé du nouveau-né : lieu d'hospitalisation, survenue d'un syndrome de sevrage néonatal, mise en place d'un traitement médicamenteux ou non médicamenteux, modalités d'alimentation de l'enfant, survenue de complications lors du séjour, modalités de suivi de l'enfant après l'hospitalisation.

Les personnes destinataires des données nécessaires à la finalité de cette recherche sont les investigateurs et Mme Combes, ingénieur hospitalier au CHU de Montpellier, qui assurera le traitement statistique de ces données.

Le recueil se fera par un personnel de santé tenu au secret professionnel et sous la responsabilité du médecin s'occupant de votre traitement.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique des données personnelles de votre enfant va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. Ces données seront identifiées par un code : 202000670

Ces données seront stockées sur poste informatique, sous la responsabilité Mme Combes, ingénieur biomédical au CHU de Montpellier et pour une durée de 2 ans après la publication des résultats.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous ou votre enfant disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de limitation des informations collectées le concernant dans le cadre de ce traitement.

Dans certains cas, vous ou votre enfant pouvez également refuser la collecte des données et vous opposer à ce que certains types de traitement des données soient réalisés. Vous ou votre enfant disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous ou votre enfant pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique.

Vous ou votre enfant pourrez retirer à tout moment votre accord concernant la collecte des données dans le cadre de ce traitement. Le cas échéant, conformément à l'article L.1122-1-1 du Code de la Santé Publique, les données le concernant qui auront été recueillies préalablement à votre accord pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Enfin, vous ou votre enfant pouvez demander à ce que les informations personnelles colligées vous soient fournies, à vous ou à un tiers, sous un format numérique (droit de portabilité).

Vos droits cités ci-dessus s'exercent auprès du médecin qui suit votre enfant dans le cadre de la recherche et qui connaît son identité.

Si vous ou votre enfant avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation des informations personnelles ou des droits associés à ces informations, vous ou votre enfant pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données du CHU de Montpellier (mail : [dpo@chu-montpellier.fr](mailto:dpo@chu-montpellier.fr)) ou le médecin investigateur de la recherche, le Pr Gilles Cambonie.

Si malgré les mesures mises en place, vous ou votre enfant estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Si le responsable de traitement souhaite effectuer un traitement ultérieur des données à caractère personnel le concernant pour une finalité autre que celle pour laquelle ses données à caractère personnel ont été collectées, vous et votre enfant serez informé(e) au préalable quant à cette autre finalité, à la durée de conservation de ses données, et toute autre information pertinente permettant de garantir un traitement équitable et transparent.

Si vous ou votre enfant le désirez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion par le médecin en charge du suivi de votre enfant.

Aucune donnée ne permettra l'identification de votre enfant dans les rapports ou publications scientifiques issus de cette recherche.

**A QUI DEVEZ-VOUS VOUS ADRESSER EN CAS DE QUESTIONS OU DE PROBLEMES ?**

Pour tout renseignement concernant cette recherche, vous ou votre enfant pouvez contacter par mail/courrier/téléphone :

**Vos contacts dans la cadre de cette recherche**

Pr Gilles Cambonie,  
Département de Pédiatrie Néonatale et Réanimations  
Hôpital Arnaud de Villeneuve, 371 avenue du Doyen G Giraud, 34295 Montpellier Cedex 5.  
Téléphone : 04.67.33.66.09  
[g-cambonie@chu-montpellier.fr](mailto:g-cambonie@chu-montpellier.fr)

**Soyez assuré(es) que la participation de votre enfant est extrêmement précieuse. Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apportez ainsi à la recherche.**

	Nombre/total (%)
<b>Modalités d'allaitement :</b>	
- Allaitement maternel non souhaité	106/256 (41.41%)
- Allaitement mixte ou an été en cours de séjour	47/256 (18.36%)
- Allaitement maternel exclusif à la sortie	91/256 (35.55%)
- Contre-indication à l'allaitement maternel	12/256 (4.69%)
<b>Accompagnement parent-enfant :</b>	
- Séparation mère enfant	84/258 (32.56%)
- Séparation volontaire mère enfant	6/258 (2.33%)
- Présence parentale soutenue pendant le séjour	243/255 (95.29%)
- Mise en place jugée satisfaisante du lien parent enfant	247/256 (96.48%)
<b>Modalités de sortie :</b>	
- Poursuite de l'hospitalisation dans un autre service/hôpital	33/258 (12.79%)
- Sortie à domicile	199/258 (77.13%)
- Placement judiciaire à la sortie	8/258 (3.10%)
- Sortie en foyer mère enfant	15/258 (5.81%)
<b>Information préoccupante ou signalement rédigé pendant l'hospitalisation :</b>	
- Information préoccupante (IP)	6/258 (2.33%)
- IP évoquée mais non faite	7/258 (2.71%)
- Signalement judiciaire	9/258 (3.49%)

### Modalités de sortie et lien parent-enfant

*(Séparation mère enfant si absence d'hospitalisation en chambre conjointe mère enfant, séparation volontaire si décision médicale ou judiciaire de séparer l'enfant de sa mère lors du séjour hospitalier)*

*\*\* après exclusion des nouveau-nés décédés ou transférés dans un autre hôpital/service (3 décès et 33 transferts))*

	<b>Absence de sevrage Nb(%)</b>	<b>Présence d'un sevrage Nb (%)</b>
<b>Modalités de sortie * :</b>		
- Décès	3 (2.6%)	
- Domicile	96 (82%)	103 (73%)
- Placement judiciaire	1 (0.85%)	7 (5.0%)
- Transfert	14 (12%)	19 (13%)
- Foyer mère-enfant	3 (2.6%)	12 (8.5%)
<b>Allaitement maternel :</b>		
- Non souhaité	49 (42%)	57 (41%)
- Mixte	18 (16%)	29 (21%)
- Exclusif	42 (36%)	49 (35%)
- Contre-indiqué	7 (6.0%)	5 (3.6%)
<b>Présence parentale soutenue pendant le séjour</b>	<b>113 (97%)</b>	130 (94%)
<b>Qualité du lien Parent-enfant satisfaisante</b>	<b>115 (98%)</b>	132 (95%)
<b>Inquiétudes liées à la Protection de l'enfance</b>		
- Aucune	<b>112 (96%)</b>	124 (88%)
- Information préoccupante (IP) réalisée	2 (1.7%)	4 (2.8%)
- IP évoquée mais non faite	1 (0.85%)	6 (4.3%)
- Signalement	2 (1.7%)	7 (5.0%)

### **Influence du sevrage sur la mise en place du lien parent-enfant et les modalités de sortie**

\*=  $p < 0.05$  \*\*=  $p < 0.01$

	<b>Consommation unique</b> <b>Nb (%)</b> <b>139 femmes</b>	<b>Poly-consommations</b> <b>Nb (%)</b> <b>119 femmes</b>	P value
<b>Age gestationnel</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0,25-0,75)</i>	38.08 (3.17) 39 f 36.71 -40.4 31	37.86 (2.82) 38.57 f 36.14-40.1	0.180
<b>PN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0,25-0,75)</i>	35.16 (30.25) 27.82 f 7.63 -60.6 81	25.86 (24.2) 21.21 f 3.29-38.361	0.027
<b>TN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0,25-0,75)(min-max)</i>	38.38 (29.5) 33.90 f 10.07 -62.08 1	27.39 (25.62) 23.46 f 5.30 -44.301	0.002
<b>PCN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0,25-0,75)(min-max)</i>	37.21 (28.86) 29.62 f 12.01 -66.6 91	26.51 (25.37) 17.23 f 5.44-42.841	0.002
<b>RCIU</b>	41 (29%)	38 (32%)	0.686514
<b>Micro céphalie</b>	25 (19%)	40 (34%)	0.006044
<b>Sevrage et prise en charge :</b>			
- Présence d'un syndrome de sevrage	72 (52%)	69 (58%)	0.37998
- Traitement médicamenteux	41 (29%)	37 (31%)	0.78741
- Traitement médicamenteux de 2 <sup>nd</sup> e intention	5 (3.6%)	14 (12%)	0.015878
- Soins de développement individualisés	51 (37%)	52 (44%)	0.307699
<b>Durée de séjour</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0,25-0,75)</i>	15.14 (14.40) 11 f 8 - 161	17.24 (15.02) 12 f 9 - 181	0.0968
<b>Modalité d'allaitement :</b>			0.18463
- AM non soutenu	51 (37%)	55 (47%)	
- Allaitement mixte	23 (17%)	24 (20%)	
- AM exclusif	57 (41%)	34 (29%)	
- Allaitement contre-indiqué	7 (5.1%)	5 (4.2%)	
<b>Modalités de sortie :</b>			0.00000
- Décès	3 (2.2%)		
- Sortie à domicile	119 (86%)	80 (67%)	
- Placement judiciaire		8 (6.7%)	
- Transféré dans un hôpital	15 (11%)	18 (15%)	
- Foyer mère enfant	2 (1.4%)	13 (11%)	
<b>Inquiétudes sociales :</b>			0.00000
- Aucune	137 (99%)	99 (83%)	
- Information préoccupante (IP)		6 (5%)	
- IP évoquée mais non faite	2 (1.4%)	5 (4.2%)	
- Surtout judiciaires		9 (7.6%)	

### Impact de la molécule addictive maternelle sur le devenir post natal : poly-consommations

AM = allaitement maternel,

Durée de séjour calculée après exclusion des décès et des transferts

	Absence d'hérnine Nb /% 208 femmes	Prise d'hérnine Nb/% 50 femmes	p_value
<b>Age gestationnel</b> Moyenne (écart type) Médiane (0.25-0.75)	38.15 (2.95) 39 r37-40.211	37.23 (3.15) 37.57 r35.86-39.571	0.025
<b>PN (percentile)</b> Moyenne (écart type) Médiane (0.25-0.75)	33.64 (29.11) 27.16 r1.8-55.351	19.22 (18.65) 16.55 r1.48-31.711	0.002
<b>TN (percentile)</b> Moyenne (écart type) Médiane (0.25-0.75/(min-max))	35.31 (28.90) 30.79 r8.27-59.31	24.28 (23.40) 20.18 r1.96-42.581	0.012
<b>PCN (percentile)</b> Moyenne (écart type) Médiane (Q25-Q75/(min-max))	34.57 (28.55) 28.93 r1.02-57.911	21.93 (21.37) 16.13 r5.28-29.671	0.007
<b>RCIU</b>	59 (28%)	20 (40%)	0.124919
<b>Microcéphalie</b>	48 (24%)	17 (36%)	0.09562
<b>Sevrage et prise en charge :</b>			
- Présence d'un syndrome de sevrage	110 (53%)	31 (62%)	0.27084
- Traitement médicamenteux	58 (28%)	20 (40%)	0.12195
- Traitement médicamenteux de 2 <sup>de</sup> intention	11 (5.3%)	8 (16%)	0.015536
- Soins de développement individualisés	85 (41%)	18 (36%)	0.629948
<b>Durée de séjour</b> Moyenne (écart type) Médiane (0.25-0.75)	15.23 (13.44) 11 r8-171	20.26 (19.35) 14 r10-191	0.0689
<b>Modalité d'allaitement :</b>			0.24891
- AM non souhaité	80 (39%)	26 (53%)	
- Allaitement mixte	38 (18%)	9 (18%)	
- AM exclusif	79 (38%)	12 (24%)	
- Allaitement contre indiqué	10 (4.8%)	2 (4.1%)	
<b>Modalités de sortie :</b>			0.01092
- Décès	3 (1.4%)		
- Soit à domicile	168 (81%)	31 (62%)	
- Placement judiciaire	4 (1.9%)	4 (8.0%)	
- Transfert dans un hôpital	21 (10%)	12 (24%)	
- Foyer mère enfant	12 (5.8%)	3 (6.0%)	
<b>Inquiétudes sociales :</b>			0.00060
- Aucune	196 (94%)	40 (80%)	
- Information préoccupante (IP)	1 (0.48%)	5 (10%)	
- IP évoquée mais non faite	6 (2.9%)	1 (2.0%)	
- Sumalement judiciaire	5 (2.4%)	4 (8.0%)	

### Impact de la molécule addictive maternelle sur le devenir post natal : héroïne.

AM = allaitement maternel,

Durée de séjour calculée après exclusion des décès et des transferts

	<b>Absence de Buprénorphine</b> Nb /% 147 femmes	<b>Prise de Buprénorphine</b> Nb /% 111 femmes	<i>p_value</i>
<b>Age gestationnel</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0 25-0 75)</i>	37.79 (3.10) 38.64 f36 .29 -40 1	38.22 (2 .88) 39 f37 -40 .291	0.220
<b>PN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0 25-0 75)</i>	30.76 (27.67) 25.74 f4.85 -49.98 1	31.06 (28.49) 22.35 f4.85-49.98 1	0.943
<b>TN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (025-075/(min -max )</i>	32.81 (27.41) 27.09 f7.77 -55.54 1	33.88 (29.40) 26.16 f6.52 -59 1	0.892
<b>PCN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (025-075/(min -max )</i>	32.20 (27.78) 23.02 f1.033 -54.121	32.3 (27.87) 27.94 f6.77-49.02 1	0.984
<b>R CIU</b>	47 (32%)	32 (29%)	0.682535
<b>Microcéphalie</b>	33 (23%)	32 (29%)	0.313847
<b>Sevrage et prise en charge :</b> - Prés en ce d'un syndrome de sevrage - Traitement médicamenteux - Traitement médicamenteux de 2 <sup>nd</sup> e intention - Soins de développement individualisés	85 (58%) 45 (31%) 12 (8.2%) 65 (44%)	56 (50%) 33 (30%) 7 (6.3%) 38 (34%)	0.257331 0.892059 0.636801 0.123662
<b>Durée de séjour</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0 25-0 75)</i>	15.94 (14.21) 12 f8 -181	16.29 (15.39) 12 f9 -171	0.8408
<b>Modalité d'allaitement :</b> - AM non souhaité - Allaitement mixte - AM exclusif - Allaitement contre indiqué	55 (37%) 28 (19%) 56 (38%) 8 (5.4%)	51 (47%) 19 (17%) 35 (32%) 4 (3.7%)	0.493624
<b>Modalités de sortie :</b> - Décès - Sortie à domicile - Placement judiciaire - Transfert dans un hôpital - Foyer mère enfant	2 (1.4%) 118 (80%) 3 (2.0%) 18 (12%) 6 (4.1%)	1 (0.90%) 81 (73%) 5 (4.5%) 15 (14%) 9 (8.1%)	0.461545
<b>Inquiétudes sociales :</b> - Aucune - Information préoccupante (IP) - IP évoquée mais non faite - Sûrement judiciaire	135 (92%) 4 (2.7%) 5 (3.4%) 3 (2.0%)	101 (91%) 2 (1.8%) 2 (1.8%) 6 (5.4%)	0.430432

### Impact de la molécule addictive maternelle sur le devenir post natal : Buprénorphine.

AM = allaitement maternel,

Durée de séjour calculée après exclusion des décès et des transferts

	<b>Absence de Méthadone Nb /o/o 142 femmes</b>	<b>Prise de Méthadone Nb /o/o 116 femmes</b>	<i>p_value</i>
<b>Age gestationnel</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0 25-0 75)</i>	37.98 (2.84) 38.64 f36 .71 -4 01	37.97 (3.22) 38 .86 f36 .14-40 .141	0.650
<b>PN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0 25-0 75)</i>	35.07 (30.23) 28.42 f7.63 -58.551	25.74 (24.06) 22 .22 f3.93 -37 .531	0.026
<b>TN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (025-075)/(min -max )</i>	37.90 (30.32) 33.90 f7.77 -61.021	27.41 (24.26) 23.61 f7.04 -45.211	0.012
<b>PCN (percentile)</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (025-075)/(min -max )</i>	36.60 (28.76) 29.79 f1 0.33-62 .161	26.70 (25.52) 18.33 f5 .52 -36 .931	0 .006
<b>R CIU</b>	38 (27%)	41 (35 %)	0.174374
<b>Micr océo halie</b>	33 (24%)	32 (29%)	0.385198
<b>Sevrage et prise en charge :</b>			
- Pré sence d'un syndrome de sevrage	62 (44%)	79 (68%)	0.000097
- Traitement médicamenteux	34 (24%)	44 (38%)	0.020256
- Traitement médicamenteux de 2 <sup>nd</sup> e intention	6 (4.2%)	13 (11%)	0.052782
- Soins de développement individualisés	43 (30%)	60 (52%)	0.000557
<b>Durée de séjour</b> <i>Moyenne (écart type)</i> <i>Médiane (0 25-0 75)</i>	14.90 (14.47) 11 f8 -161	17.63 (14.90) 13 f9-191	0.0228
<b>Modalité d'allaitement :</b>			0.000791
- AM non souhaité	72 (51%)	34 (30%)	
- Allaitement mixte	20 (14%)	27 (23%)	
- AM exclusif	40 (28%)	51 (44%)	
- Allaitement contre-indiqué	9 (6.4%)	3 (2.6%)	
<b>Modalités de sortie :</b>			0.652260
- Décès	1 (0.70%)	2 (1.7%)	
- Soins à domicile	110 (77%)	89 (77%)	
- Placement judiciaire	6 (4.2%)	2 (1.7%)	
- Transfert dans un hôpital	16 (11%)	17 (15%)	
- Foyer mère enfant	9 (6.3%)	6 (5.2%)	
<b>Inquiétudes sociales :</b>			0.612803
- Aucune	128 (90%)	108 (93%)	
- Infonnation préoccupante (IP)	3 (2.1%)	3 (2.6%)	
- IP évoquée mais non faite	4 (2.8%)	3 (2.6%)	
- Sumalement judiciaire	7 (4.9%)	2 (1.7%)	

### Impact de la molécule addictive maternelle sur le devenir post natal : Méthadone.

AM = allaitement maternel,

Durée de séjour calculée après exclusion des décès et des transferts

	<b>Absence d'antalgique opiacé</b> Nb (o/o) 221 femmes	<b>Prise de antalgique opiacé</b> Nb (o/o) 37 femmes	<i>p-value</i>
<b>Ag e s t a t i o n n e l</b> Moyenne (écart type) Médiane {0,25-0751	38.11 (3.10) 39 f36.86-40 .291	37.15 (2.28) 37.29 f36 .29-38 .571	0.002
<b>PN (percentile)</b> Moyenne (écart type) Médiane {0,25-0751	28.34 (26.68) 21.70 f4 .32 -4 5 .661	46.06 (30.98) 48 .36 f i 7 .99-72 .701	<0.001
<b>T N (per ce n t i l e)</b> Moyenne (écart type) Médiane {0,25-0751(min-max)	30.82 (27.11) 26.33 f6 .52 -4 9 .8 11	47.47 (30.79) 47.41 f23 .23-69 .951	0.002
<b>P C N (percentile)</b> Moyenne (écart type) Médiane {0,25-0751(min-max)	30.54 (26.87) 21.66 f8 .9 -48 .081	42.08 (31.04) 42 .59 f i 0.89-70.041	0.044
<b>RCIU</b>	73 (33%)	6 (16%)	0.052696
<b>Microcéphalie</b>	58 (27%)	7 (19%)	0.415971
<b>Sevrage et prise en charge :</b>			
- Présence d'un syndrome de sevrage	127 (57%)	14 (38%)	0.032204
- Traitement médicamenteux	74 (33%)	4 (11%)	0.006001
- Traitement médicamenteux de 2n<1e intention	19 (8 .6%)		0.085100
- Soins de dévelooement individualisés	90 (41%)	13 (35%)	0.588908
<b>Durée de séjour</b> Moyenne (écart type) Médiane {0,25-0751	16.89 (15.29) 12 f9-181	11.51 (9 .61) 9 f7-121	0.0010
<b>Modalit é d'allaitement :</b>			0.005367
- AM non souhaité	87 (40%)	19 (51%)	
- Allaitement mixte	40 (18%)	7 (19%)	
- AM exclusif	85 (39%)	6 (16%)	
- Allaitement contre indiqu é	7 (3.2%)	5 (14%)	
<b>Modalités de sortie :</b>			0.985037
- Décès	3 (1.4%)		
- Sortie à domicile	169 (76%)	30 (81%)	
- Placement judiciaire	7 (3.2%)	1 (2.7%)	
- Transfert dans un hôpital	29 (13%)	4 (11%)	
- Foyer mère enfant	13 (5.9%)	2 (5.4%)	
<b>Inquiétudes sociales :</b>			0.154364
- Aucune	204 (92%)	32 (86%)	
- Information préoccupante (IP)	5 (2.3%)	1 (2.7%)	
- IP évoquée mais non faite	4 (1.8%)	3 (8.1%)	
- Signalement judiciaire	8 (3.6%)	1 (2.7%)	

### Impact de la molécule addictive maternelle sur le devenir post natal : antalgiques opiacés.

AM = allaitement maternel,

Durée de séjour calculée après exclusion des décès et des transferts

## **SERMENT**

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## **Résumé :**

### **Introduction :**

La dépendance aux opiacés chez la femme enceinte est un problème de santé publique. Le risque est la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal. De nombreux traitements ont été évalués, mais la littérature actuelle ne permet pas de définir un traitement optimal. Les stratégies de soins de soutien au nouveau-né semblent être une solution pour ces enfants et leurs familles. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer si la diffusion des soins de soutien au nouveau-né au CHU de Montpellier a eu un impact favorable sur la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés.

### **Méthode :**

Etude observationnelle rétrospective des 258 nouveau-nés exposés in utero aux opiacés et hospitalisés dans le pôle réanimation et néonatalogie du CHU de Montpellier du 01/01/2003 au 31/12/2020.

### **Résultats :**

54.65 % des nouveau-nés ont développé un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés. Parmi eux, 55.32 % ont nécessité une prise en charge médicamenteuse. Sur la période étudiée, on note une diminution des traitements médicamenteux de 39% à 15% ( $p < 0.01$ ), au profit d'une prise en charge non médicamenteuse en augmentation de 15 à 57% ( $p < 0.01$ ), et une diminution de la durée médiane de séjour de 15 à 10 jours ( $p < 0.05$ ).

### **Conclusion :**

De 2003 à 2020, on observe une diminution significative de la prise en charge médicamenteuse et de la durée de séjour des nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage aux opiacés, dans le cadre du développement des soins de soutien aux nouveau-nés et leurs familles.

### **Mots clés**

Neonate. Opioid/Opiate. withdrawal syndrome. addictive behavior. NIDCAP.



## **Résumé :**

### **Introduction :**

La dépendance aux opiacés chez la femme enceinte est un problème de santé publique. Le risque est la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal. De nombreux traitements ont été évalués, mais la littérature actuelle ne permet pas de définir un traitement optimal. Les stratégies de soins de soutien au nouveau-né semblent être une solution pour ces enfants et leurs familles. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer si la diffusion des soins de soutien au nouveau-né au CHU de Montpellier a eu un impact favorable sur la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés.

### **Méthode :**

Etude observationnelle rétrospective des 258 nouveau-nés exposés in utero aux opiacés et hospitalisés dans le pôle réanimation et néonatalogie du CHU de Montpellier du 01/01/2003 au 31/12/2020.

### **Résultats :**

54.65 % des nouveau-nés ont développé un syndrome de sevrage néonatal aux opiacés. Parmi eux, 55.32 % ont nécessité une prise en charge médicamenteuse. Sur la période étudiée, on note une diminution des traitements médicamenteux de 39% à 15% ( $p < 0.01$ ), au profit d'une prise en charge non médicamenteuse en augmentation de 15 à 57% ( $p < 0.01$ ), et une diminution de la durée médiane de séjour de 15 à 10 jours ( $p < 0.05$ ).

### **Conclusion :**

De 2003 à 2020, on observe une diminution significative de la prise en charge médicamenteuse et de la durée de séjour des nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage aux opiacés, dans le cadre du développement des soins de soutien aux nouveau-nés et leurs familles.

### **Mots clés**

Nouveau-né. Opioïde/Opiacé. Syndrome de sevrage. Comportement addictif. NIDCAP.