



**HAL**  
open science

# Le syndrome de sevrage aux opiacés du nouveau-né de mère substituée : état des lieux au CHU de Caen de 2015 à 2022

Estelle Danet

## ► To cite this version:

Estelle Danet. Le syndrome de sevrage aux opiacés du nouveau-né de mère substituée : état des lieux au CHU de Caen de 2015 à 2022. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04247349

**HAL Id: dumas-04247349**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04247349>**

Submitted on 18 Oct 2023

**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.

École de Sage-femme de Caen  
Université de Caen Normandie

**Le syndrome de sevrage aux opiacés du nouveau-né de  
mère substituée : État des lieux au CHU de Caen de  
2015 à 2022.**

Sous la direction de Elodie Lecorps

Mémoire présenté et soutenu par :

Danet Estelle

11 Août 1999

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Années universitaires 2019/2023



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE  
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHU Caen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

## AVERTISSEMENT

*Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.*

*En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.*

*Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.*

*Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !*

*Pour en savoir plus :*

*Le Code de la Propriété Intellectuelle :*

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

*Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :*

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

adresse  
tél.  
courriel  
internet

Bibliothèque universitaire Santé  
Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5  
02 31 56 82 06  
bibliotheque.sante@unicaen.fr  
sed.unicaen.fr/

# REMERCIEMENTS

Au Docteur Elodie Lecorps, pédiatre en néonatalogie au CHU de Caen, pour son investissement, son aide, et ses conseils précieux dans la réalisation de ce travail. Merci d'avoir été disponible et motivée pour me permettre d'avoir le meilleur contexte de recherche.

A Caroline Potier-Yonnet, sage-femme enseignante de référence dans ce mémoire. Merci pour vos conseils, votre méthode et votre temps.

A l'École de sage-femme de Caen et toute l'équipe pédagogique. Merci pour votre accompagnement et votre enseignement complet et rigoureux.

A mes parents Nadine et Franck, et mon grand-frère Antoine pour leur soutien et leur réassurance au quotidien. Merci de m'offrir un contexte idéal pour réaliser les études que j'ai choisies.

A Colline et Pierre, mes deux meilleurs amis. Merci pour votre soutien sans faille et votre positivité en toute circonstance.

A mes amis et futurs grands sage-femmes, Adèle, Clara, Elise, Gabrielle, Jean, Lou, Manon, Mathilde, Manon, Mathis, Nolwenn, Romane, Servane. Merci pour votre bonne humeur au quotidien et votre aide dans la réussite de ces études.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Épidémiologie et définitions du mésusage des opiacés</i>	1
1.2	<i>Risques liés à la toxicomanie aux opiacés pendant la grossesse</i>	2
1.2.1	Risques maternels	2
1.2.2	Risques fœtaux	3
1.3	<i>Traitements substitutifs aux opiacés (TSO)</i>	4
1.3.1	Molécules	4
1.3.2	Posologie et mode d'administration	5
1.3.3	Utilisation pendant la grossesse	6
1.4	<i>Risques néonataux liés à l'exposition aux TSO : Syndrome de sevrage néonatal</i>	8
1.4.1	Définition	8
1.4.2	Manifestations et scores d'évaluation du SSN	8
1.4.3	Sévérité	10
1.4.4	Prise en charge du SSN	10
<b>2</b>	<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b>	<b>13</b>
2.1	<i>Problématique</i>	13
2.2	<i>Objectif</i>	13
2.3	<i>Hypothèses</i>	13
2.4	<i>Méthodologie de l'étude</i>	14
2.5	<i>Déroulement de l'étude</i>	15
<b>3</b>	<b>RÉSULTATS</b>	<b>17</b>
3.1	<i>Description de la population</i>	17
3.2	<i>Apparition SSN</i>	20
3.3	<i>Prise pondérale et SSN</i>	23
3.4	<i>Durée d'hospitalisation et SSN</i>	25
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>28</b>
4.1	<i>Points forts de l'étude</i>	28
4.2	<i>Points faibles de l'étude</i>	28
4.3	<i>Analyse des résultats</i>	29
4.3.1	Apparition d'un SSN	29
4.3.2	Prise pondérale et SSN	31
4.3.3	Durée d'hospitalisation et SSN	33
<b>5</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>35</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
	<b>ANNEXES</b>	
	<b>RÉSUMÉ</b>	

# ABRÉVIATIONS

**BHD** – Buprénorphine Haut Dosage

**DSM** – Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

**IVG** – Interruption Volontaire de Grossesse

**MTD** – Méthadone

**OFDT** – Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives

**OMS** – Organisation Mondiale de la Santé

**RCIU** – Retard de Croissance *In Utero*

**SSN** – Syndrome de Sevrage Néonatal

**TSO** – Traitements Substitutifs aux Opiacés

# 1 INTRODUCTION

---

## 1.1 Épidémiologie et définitions du mésusage des opiacés

En France en 2022, chez les 15 à 64 ans, le nombre « d'usagers problématiques » de drogues est estimé à 342 000. Ce chiffre n'inclut pas la consommation de tabac ou d'alcool. Nous retrouvons fréquemment des poly-consommations. Le terme « d'usagers problématiques » employé par l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) définit les usagers de drogues en intraveineuse, ou les usagers réguliers d'opioïdes, de cocaïne ou d'amphétamines. [1]

Au cours de l'année 2019, il a été recensé 503 décès liés à une surconsommation de drogues illicites en France et 77% de ces décès concernaient une consommation d'opiacés seuls ou en association. [1]

Ces usagers sont victimes de toxicomanie, c'est à dire qu'ils ont recours à une consommation habituelle, régulière et importante de substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance physique et/ou psychique. Nous parlons aussi de pharmacodépendance. [2]

Le mécanisme physique et psychologique amenant à une pharmacodépendance se compose en quatre étapes selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- Une envie irrésistible de consommer le produit,
- Une tendance à augmenter les doses du produit consommé,
- Une dépendance psychologique et parfois physique,
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (économique, sociale, et professionnelle). [3]

Selon le Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux (DSM), une dépendance est une tolérance accrue, une consommation compulsive avec perte de contrôle, et un usage continu malgré des problèmes physiques et psychologiques exacerbés ou causés par le produit. [4]

## 1.2 Risques liés à la toxicomanie aux opiacés pendant la grossesse

Parmi les usagers problématiques, il y a beaucoup de femmes en âge de concevoir un enfant. Malheureusement, le repérage de ces femmes n'est pas exhaustif et souvent difficile, la littérature actuelle ne pose pas de prévalence chiffrée de cette population de femmes toxicomanes. [5] En ayant connaissance des risques encourus par la consommation d'opiacés pendant la grossesse, il semble nécessaire d'accorder de l'importance à la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes toxicomanes.

Depuis plusieurs années, la prise en charge des femmes toxicomanes s'est humanisée. Elle représente une problématique de santé publique reconnue dont l'objectif est une prise en charge globale et non culpabilisante des patientes. Les femmes toxicomanes ont tendance à moins se faire suivre médicalement et davantage encore pendant la grossesse par honte de leur addiction et par peur du placement de leur enfant à sa naissance. Les soignants doivent veiller à créer une relation de confiance avec la patiente pour réussir à avoir un suivi régulier et une discussion ouverte et éclairée et ainsi optimiser la prise en charge. [6]

### 1.2.1 Risques maternels

Les femmes toxicomanes ont un rapport à leur corps et à leur fécondité souvent difficile avec une déformation de leur image par l'addiction, la malnutrition ou d'autres problématiques apportées par une dépendance aux drogues comme l'isolement social et les difficultés financières. Il y a un évitement du milieu médical par ces femmes, par peur du jugement, par absence de confiance envers les équipes soignantes et par isolement. [7]

Cependant, la grossesse force souvent les femmes toxicomanes à se rendre à l'hôpital à un moment donné. Les études montrent que le risque de rencontre d'une patiente à un terme et/ou une dilatation avancée sont augmentés chez les usagers de drogues. [7]

Selon une étude de l'OFDT, les déclarations de grossesses tardives (>15 SA) sont dix fois plus nombreuses chez les femmes toxicomanes que dans la population générale. [7]

Ce nombre n'est pas seulement dû à l'absence de suivi médical fréquent dans cette population. La prise d'opiacés à une fréquence régulière peut aussi entraîner une aménorrhée cachant donc à la femme une potentielle grossesse. De plus les signes de la grossesse peuvent



être interprétés par la femme comme des signes de manque dû à l'addiction. Pour toutes ces raisons, certaines femmes toxicomanes n'ont pas accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) car elles découvrent leur grossesse à un terme trop tardif. [7]

Par ailleurs, l'arrêt brutal de la consommation du produit est fortement déconseillé car dangereux pour la mère et pour sa grossesse. La grossesse étant physiologiquement une période de transparence émotionnelle et de changements, il est dangereux d'ajouter à cela un sevrage brutal maternel et par prolongement un sevrage fœtal. [8] Le terme de transparence émotionnelle, ou transparence psychique de la grossesse correspond à la modification de l'état émotionnel des femmes durant leur grossesse. La barrière du refoulement est moins importante, c'est à dire que des émotions, des affects ou autres événements du passé sont plus aptes à refaire surface durant cette période.[9] Pour la mère, le sevrage brutal mènerait à une détresse physique et psychologique et provoquerait une angoisse exacerbée. Le phénomène de manque sur le fœtus est à l'origine d'un grand stress pouvant aller d'une souffrance fœtale jusqu'à une mort fœtale in utero. Les patientes toxicomanes doivent être prise en charge comme tel plutôt que de vouloir effacer l'existence de cette consommation.

Plus tard, pour ce qui relève du lien mère-enfant, le mode de vie autour de la toxicomanie peut ne pas être compatible avec la gestion d'un enfant. Par les angoisses, le manque, l'agitation pour la recherche de substance, ces comportements peuvent causer des troubles psychiques et des problèmes développementaux chez l'enfant et l'exposer à de la maltraitance. [7]

### 1.2.2 Risques fœtaux

La consommation d'opiacés durant le développement embryonnaire et fœtal implique d'importants risques sur l'oxygénation et la croissance en particulier. Ces risques ne sont pas les mêmes suivant le terme de la grossesse, les produits consommés et les doses. Les opiacés sont des substances psychoactives qui passent la barrière placentaire.

Le risque principal pendant toute la grossesse est la souffrance fœtale. La consommation passant par des épisodes de pics et de manques de substance, le stress fœtal engendré est très important. De ce stress fœtal peut découler un avortement spontané, un accouchement prématuré, un retard de croissance in utero (RCIU), et dans certains cas une mort fœtale in utero. [10, 11]

Les opiacés n'ont pas d'effets tératogènes recensés en l'état actuel des connaissances, les malformations recensées concernent les nouveau-nés exposés à une poly-consommation. [10]

### 1.3 Traitements substitutifs aux opiacés (TSO)

« Notre expérience actuelle est que les mères bien équilibrées par une substitution et bien préparées par une prise en charge médico-psycho-sociale pendant la grossesse participent beaucoup mieux et très efficacement aux soins de nursing de leur nouveau-né. Ces mères valorisées dans leurs compétences parentales, adhèrent ensuite encore mieux au programme thérapeutique qui leur est proposé pour elles-mêmes. » Claude Le Jeune [12]

Pour les femmes qui l'acceptent, la mise en place d'une prise en charge médicalisée de la toxicomanie est possible en pré-conceptionnel mais aussi à tout moment de la grossesse. Ainsi les équipes médicales prennent une place de soutien dans cette démarche. Cette prise en charge passe par la prise de traitements substitutifs aux opiacés mais aussi, un accompagnement médico-psycho-social ainsi qu'une surveillance de la grossesse approfondie.

La grossesse des femmes toxicomanes est à risque, un risque qui peut en grande partie être maîtrisé par un accompagnement pluridisciplinaire (gynécologues obstétriciens, addictologues, sages femmes, pédiatres, psychologues, assistantes sociales, etc.). Celui-ci pouvant aider ces patientes durant leur grossesse et vers le processus de parentalité. Une meilleure prise en charge anténatale et postnatale s'accompagne d'une augmentation très nette du pourcentage d'enfants pris en charge par leur mère à la sortie de la maternité et/ou de néonatalogie. [7]

#### 1.3.1 Molécules

Deux formes de traitements substitutifs aux opiacés sont commercialisées en France : la Méthadone et la Buprénorphine. La Buprénorphine est davantage connue sous le nom commercial de SUBUTEX®. Contrairement à l'héroïne, la consommation de TSO est légale et soumise à une prescription médicale. Leurs propriétés pharmacologiques sont aussi différentes, la demi-vie d'élimination des TSO est d'environ 24h alors que celle de l'héroïne est d'environ 3-4 heures. [6]

Ce sont des agonistes des récepteurs à la morphine de la famille des opioïdes ; c'est à dire des dérivés des opiacés de synthèse. [6] La méthadone est un agoniste complet, la buprénorphine haut dosage un agoniste partiel.

En 2019 en France, le nombre de patients traités par TSO était de 180 000 dont 2/3 sous Buprénorphine et 1/3 sous méthadone. Ce choix de traitement dépend des habitudes des centres de prise en charge ou des médecins. [10, 13]

Il est important de prendre en considération qu'il existe malgré tous des risques associés à la prise de TSO. Les principaux risques associés à la prise de Buprénorphine sont [14] :

- Cardiaques : hypertension intracrânienne et hypertension artérielle,
- Neurologiques : somnolence et trouble neuropsychique,
- Hépatiques : hépatite aiguë et hépatopathie.

Les principaux risques en lien avec la prise de méthadone sont [15] :

- Cardiaques : torsades de pointes et allongement du segment QT,
- Neurologiques : somnolence et convulsions.

Ces risques ne sont pas à prendre à la légère, il est important également de rester vigilant aux associations médicamenteuses.

### 1.3.2 Posologie et mode d'administration

La demi-vie des TSO est plus longue que l'héroïne ce qui permet donc une seule prise par jour pour maintenir un taux stable dans le corps plutôt que d'enchaîner une alternance de pics et de manques. [10] La demi-vie de la Buprénorphine est en moyenne de 30 heures hors grossesse. [16] La demi-vie de la méthadone est de 24 heures en moyenne en dehors de la grossesse. [17]

La méthadone est administrée par voie orale. La posologie de départ est 30 mg/Jour avec des augmentations possibles par paliers de 10 mg/jour. Pendant la grossesse, la prescription commence généralement entre 40 et 80 mg/jours et peut augmenter jusqu'à la fin de la grossesse. [6]

La Buprénorphine est administrée par voie sublinguale avec des comprimés de 2, 4 ou 8 mg. A titre de comparaison, 16 mg/j de Buprénorphine correspondent à environ 60 mg/j de méthadone. [10]

### 1.3.3 Utilisation pendant la grossesse

Pour ces deux traitements, il est essentiel de prendre en compte les conditions de distribution, de métabolisation et d'élimination spécifiques de la grossesse. Il est vivement conseillé d'administrer des doses supérieures pendant la grossesse pour compenser l'augmentation du volume de distribution et éviter les co-consommations d'héroïne notamment. [7]

En effet, même si l'état de grossesse peut inciter à diminuer les doses en fin de grossesse, le risque est de générer un manque et donc une co-consommation. La situation de fin de grossesse implique même parfois d'augmenter les doses pour la sécurité et le bien-être fœto-maternels. [7]

Les bénéfices attendus de la prise de traitements substitutifs et d'une prise en charge rapprochée sont [6] :

- Une protection du fœtus contre le stress important provoqué par les épisodes de pics et de manque successifs du taux d'opiacés et diminution de la souffrance fœtale,
- Une meilleure surveillance de la grossesse, plus précoce et régulière,
- Une prévention du risque infectieux dû à la prise d'héroïne notamment par voie intraveineuse,
- Une prévention de la rechute et de la surdose,
- La présence d'un soutien psycho-social pour un meilleur investissement de l'enfant à naître : pas d'inquiétudes d'accéder à la substance, moins de phases d'angoisses empêchant de penser à sa grossesse et à son enfant,
- Une amélioration de l'état nutritionnel de la patiente,
- Une amélioration de la confiance des patientes envers les soignants,
- Une augmentation du taux de réussite de l'allaitement lorsque le traitement est équilibré et sans co-consommation,
- Une protection contre les complications fœtales dues à l'héroïne : retard de croissance in utero (RCIU), prématurité, mort fœtale in-utero, séparation mère-enfant.

Selon l'étude de l'OFDT (2003) traitant de la grossesse et la substitution, la conversion d'une consommation d'héroïne vers une prise en charge médicale avec un traitement de substitution permet :

- Une diminution du taux de prématurité de 30-40% à 10%,
- Une diminution des séparations précoces de la mère de son enfant de 30-50% à 4%,
- Un RCIU important dans les deux cas qui peut être lié à un tabagisme actif très souvent associé. [7].

De plus selon l'étude Simmat-Durand réalisée auprès des femmes sous Buprénorphine, ce traitement substitutif aux opiacés mènent à :

- Une diminution de la prématurité de 10% à 7,5% dans la population générale française,
- Un score d'Apgar représentatif d'une bonne adaptation à la vie extra-utérine dans 90% des cas
- Un risque de retard de croissance in utero dans 31% des cas,
- Une absence de syndrome de sevrage néonatal (SSN) dans 22% des cas. [6, 11]

Les TSO permettent un suivi et une stabilité d'administration. Cependant, ce traitement n'empêche pas l'apparition d'un syndrome de sevrage néonatal. Comme décrit précédemment, il diminue les risques de RCIU et de prématurité mais pas le risque de syndrome de sevrage chez la mère, le fœtus et le nouveau-né. [6]

Les TSO et l'héroïne sont sans risques tératogènes, la différence est son caractère illicite, sa régularité et sa sécurité d'administration. [18]

La gravité du syndrome de sevrage néonatal n'est pas corrélée à la posologie de la Méthadone (MTD) ou de la Buprénorphine haut dosage (BHD) prise en fin de grossesse. [7]

Selon l'étude NENUPHAR sur l'exposition in utero à des substances psychoactives, le syndrome de sevrage n'est pas plus représenté chez les nouveau-nés exposés à la Buprénorphine que ceux exposés à la Méthadone. Dans cette cohorte, nous avons respectivement 83,3% de syndrome sevrage à la Buprénorphine contre 80% à la Méthadone. [19]

## 1.4 Risques néonataux liés à l'exposition aux TSO : Syndrome de sevrage néonatal

### 1.4.1 Définition

D'après la définition de l'OMS, le syndrome de sevrage correspond à un ensemble de symptômes de gravité variable survenant lors d'un arrêt complet ou partiel d'un produit comme les opiacés consommé par la mère. Le mal-être néonatal est la conséquence d'une dépendance acquise in-utero. [20]

Dès que le cordon est clampé et donc la circulation foeto-placentaire interrompue, le nouveau-né se trouve brutalement privé de la substance addictive à laquelle l'exposait sa mère. Les opiacés passent non seulement la barrière foeto-placentaire mais aussi la barrière hémato-encéphalique. [6]

Le SSN est majoré lors d'une consommation forte et/ou longue. En effet, le nouveau-né a été exposé pendant la période foétale, et une dépendance a pu se mettre en place. Cela implique donc un manque lors de l'arrêt de l'exposition à la naissance. Les retentissements sont plus intenses sur un fœtus/nouveau-né que sur le corps d'un adulte puisque son système d'élimination est encore immature. [20]

### 1.4.2 Manifestations et scores d'évaluation du SSN

Ce syndrome apparaît dans les 48 à 72 heures après la naissance pour la consommation de traitements substitutifs aux opiacés. Ce délai est plus long que pour l'héroïne (< à 24h) car la demi-vie des TSO est plus longue. Les nouveau-nés exposés ayant un SSN ont généralement plus de difficultés à s'alimenter et donc à prendre du poids. Les symptômes moteurs du syndrome de sevrage accroissent les difficultés à l'alimentation car un nouveau-né excitable et irritable aura plus de difficultés à la succion et donc à l'alimentation [6, 21]

Le SSN aux opiacés se manifeste par divers signes sur les plans digestif, respiratoire et neurologique. Tous les signes ne sont pas systématiquement présents et tous n'ont pas le même niveau de gravité, le même suivi, la même évolution ni la même prise en charge. Le mécanisme de ce sevrage est décrit par la présence d'un effet rebond. A partir de l'arrêt de l'imprégnation aux opiacés chez le nouveau-né, les systèmes et en particulier le système sympathique sont déprimés, ce qui va engendrer une hyperréactivité des récepteurs alpha-2-

adrénergiques responsable d'une hypersensibilité du nouveau-né aux stimuli qui l'entourent. [22, 23]

Il existe des grilles de scores pour diagnostiquer et coter l'intensité du SSN. Les scores les plus utilisés sont le score de Lipsitz et celui de Finnegan. Ces scores sont cotés environ toutes les 6 heures, idéalement après une alimentation. Non seulement ils permettent d'évaluer l'existence et la gravité du sevrage mais ils permettent aussi un suivi de l'évolution sur les mêmes critères à chaque évaluation. Cependant, les scores restent subjectifs et sont soumis à l'interprétation inter et intra-professionnelle lors de l'évaluation du nouveau-né au quotidien. [6]

Au CHU de Caen, le score utilisé est le score de Lipsitz (ANNEXE I). Ce score est coté de 0 à 20 en fonction de la présence ou l'absence des signes suivants [6, 24]:

- Trémulations,
- Augmentation des réflexes,
- Augmentation du tonus musculaire,
- Irritabilité,
- Tachypnée,
- Présence de selles liquides,
- Lésions cutanées,
- Éternuements répétés,
- Bâillements répétés,
- Vomissements,
- Fièvre.

Ce score doit s'associer à une connaissance du contexte maternel et néonatal afin d'établir un diagnostic fiable. Certains de ces signes apparaissent aussi dans d'autres affections, la fièvre doit aussi faire penser à un risque infectieux par exemple. Il est important de prendre du recul en ne considérant pas le nouveau-né uniquement comme l'enfant d'une femme toxicomane.

Si nous nous attardons sur les symptômes, nous pouvons nous attendre à des difficultés d'alimentation chez les nouveau-nés atteints d'un SSN.

### 1.4.3 Sévérité

L'étude de l'OFDT montre que l'intensité ou la fréquence observées du SSN ne sont pas proportionnelles à la nature ou la dose de substitution aux opiacés reçues par la mère au moment de l'accouchement. Les auteurs n'ont pas mis en évidence de facteur prédictif individuel. [7]

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons au syndrome de sevrage néonatal comme une conséquence de la consommation de TSO par la mère durant la grossesse. Le SSN aux opiacés survient chez 40 à 60% des nouveau-nés avec en moyenne 30% de sevrage modéré et 30% de sevrage sévère. Cependant, une co-consommation est à risque d'aggraver ce syndrome. [10]

Un syndrome de sevrage modéré se définit par un nouveau-né à un score de Lipsitz supérieur à quatre à deux reprises consécutives. Un syndrome de sevrage est sévère, lorsque le score est supérieur à huit à deux reprises consécutives. La prise en charge est adaptée au score, à la tolérance aux stimuli et/ou au traitement et l'évolution du sevrage.

### 1.4.4 Prise en charge du SSN

Les nouveau-nés exposés à la toxicomanie de leur mère ont une prise en charge singulière. Cette prise en charge consiste dans un premier temps à des soins de nursing. [6]

Le nursing vise à limiter les sources de stress extérieures du nouveau-né. Il est mis en place dès la naissance et encouragé même si aucun signe de sevrage n'apparaît par la suite.

Le nursing est une association de différentes techniques non médicamenteuses comme :

- La limitation des stimuli sonores et lumineux,
- L'emballage et le berçage,
- L'installation fréquente en peau à peau,
- L'allaitement maternel régulier, si c'est le mode d'alimentation retenue par la mère. [6, 10]

Concrètement, les nouveau-nés sont dans des chambres avec une lumière tamisée, emballés dans un lange dans leur berceau. Les chuchotements sont recommandés dans toutes les chambres de néonatalogie. Il est aussi conseillé de couper les sonneries de



téléphone. Ces soins de nursing passent aussi par une alimentation fréquente par petits volumes de préférence par allaitement maternel. L'alimentation maternelle est notamment conseillée pour le nursing et pour la mise en place d'un lien mère enfant fort. Inclure les mères et plus largement les parents dans les soins vise à un meilleur accompagnement des nouveau-nés et à un meilleur investissement des parents vis-à-vis de leur enfant. [7] Les parents sont essentiels à la bonne réalisation de cette prise en charge.

Mais le nursing n'est pas toujours suffisant. Il est parfois nécessaire de mettre en place un traitement médicamenteux. Si le score de Lipsitz est supérieur à huit à deux reprises consécutives, l'intensité du SSN implique le démarrage du traitement par du sulfate de morphine. [6]

Sa posologie de départ va dépendre du dosage de TSO pris par la mère lors de la grossesse. Ensuite, selon la tolérance et l'évolution du score de Lipsitz de l'enfant, les doses sont adaptées par paliers progressifs. Sa fréquence d'administration est rigoureusement toutes les quatre heures, sans prise en compte de l'horaire d'alimentation du nouveau-né. En donnant le médicament à heure régulière, l'équilibre du traitement est optimal. Il y a donc six prises par jour par voie orale. (ANNEXE 2)

Selon les pratiques au CHU de Caen, le protocole est le suivant (ANNEXE 2):

Si la méthode de substitution prise par la mère durant la grossesse est la Méthadone, la posologie de départ pour le Sulfate de morphine respecte les règles suivantes :

- Si traitement inférieur ou égal à 10 mg, débiter à 0,2 mg/kg/jour,
- Si traitement entre 10 à 60 mg, débiter à 0,3 mg/kg/jour,
- Si traitement entre 60 à 100 mg, débiter à 0,4 mg/kg/jour,
- Si traitement supérieur à 100 mg, débiter à 0,5 mg/kg/jour.

Si la mère prend de la Buprénorphine pendant sa grossesse, les posologies seront les suivantes :

- Si traitement inférieur ou égal à 0,8 mg, débiter à 0,2 mg/kg/jour,
- Si traitement entre 0,8 mg et 4 mg, débiter à 0,3 mg/kg/jour,
- Si traitement entre 4 et 10 mg, débiter à 0,4 mg/kg/jour,
- Si traitement supérieur à 10 mg, débiter à 0,5 mg/kg/jour,
- Ne jamais dépasser 1 mg/kg/jour.

Une fois le traitement mis en place, le dosage doit être adapté régulièrement et progressivement jusqu'à atteindre un état clinique satisfaisant chez le nouveau-né, c'est à dire

un enfant confortable avec une amélioration de la prise alimentaire et une amélioration de la courbe de poids. Il est recommandé de respecter des paliers de 48 heures une fois le dosage adapté atteint. Ensuite, une diminution peut être envisagée de façon progressive.

En ayant connaissance de ce mécanisme de syndrome de sevrage néonatale, la question des manifestations et des conséquences se pose. Les études permettent de voir comment se manifeste le syndrome de sevrage aux opiacés chez les nouveau-nés, nous cherchons à les décrire de façon précise dans la cohorte des nouveau-nés du CHU de Caen de 2015 à 2022.

Après plusieurs recherches, nous avons choisi de développer l'exposition aux TSO plus particulièrement. La traçabilité et la prise en charge y est plus précise. Lors de consommation sans prescription médicale, le sentiment de honte et le caractère illicite des produits peut amener les patientes à sous-estimer voire garder secrète leur consommation. Lorsque la consommation de toxiques par la mère est connue, les soins de nursing et la surveillance néonatale sont mises en place dès la naissance.

## 2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

---

### 2.1 Problématique

Comment la consommation de traitements substitutifs aux opiacés influence-t-elle l'état de santé des nouveau-nés exposés ?

### 2.2 Objectif

L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux des conséquences de l'exposition aux traitements substitutifs aux opiacés chez les nouveau-nés de mères toxicomanes. Pour ce faire, nous nous sommes intéressées au syndrome de sevrage néonatal.

### 2.3 Hypothèses

Pour répondre à notre problématique et remplir notre objectif, nous avons développé trois hypothèses de réflexion. Nos hypothèses se sont appuyées sur les données bibliographiques décrites dans l'introduction.

- Première hypothèse :

Nous émettons l'hypothèse selon laquelle tous les nouveau-nés exposés à la consommation de TSO de leur mère in utero ne développent pas un syndrome de sevrage néonatal sévère. L'hypothèse est que la majorité des nouveau-nés de notre cohorte développent un syndrome de sevrage aux opiacés, et que sa sévérité est majoritairement modérée.

- Deuxième hypothèse :

Nous émettons l'hypothèse selon laquelle, le délai de reprise du poids de naissance est plus long chez les nouveau-nés ayant fait un syndrome de sevrage comparés aux nouveau-nés exposés n'ayant pas de sevrage. Nous nous attendons à un délai d'autant plus long chez les nouveau-nés atteints d'un SSN sévère.

- Troisième hypothèse

Nous émettons l'hypothèse que la durée d'hospitalisation est allongée pour les nouveau-nés exposés souffrant d'un syndrome de sevrage comparés aux nouveau-nés exposés sans syndrome de sevrage. Nous nous attendons à une hospitalisation d'autant plus longue lors de syndrome de sevrage sévère.

## 2.4 Méthodologie de l'étude

- Type d'étude :

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire de fin d'étude était une étude rétrospective sur les nouveau-nés vivants exposés in utero au traitement substitutif aux opiacés de leur mère. Cette étude a été descriptive, monocentrique, avec un recueil de données issues des dossiers médicaux de néonatalogie. Elle visait à exposer un état des lieux.

- Terrain de recherche et durée :

La population étudiée était représentée par les nouveau-nés exposés à la consommation de TSO de leur mère in utero au CHU de Caen, sur la période de Janvier 2015 à Décembre 2022 soit 7 ans.

- Population étudiée :

Les critères d'inclusion à la cohorte étaient :

- Lieu de naissance au CHU de Caen,
- Nouveau-nés vivants et viables,
- Nouveau-nés de mères sous traitement substitutif aux opiacés.

Les critères d'exclusion à la cohorte étaient :

- Consommation maternelle d'opiacés découverte après la naissance,
- Nouveau-nés de mères non-toxicomanes,
- Nouveau-nés de mères sans traitement substitutifs.
- Nouveau-né d'un accouchement sous X

## 2.5 Déroulement de l'étude

Pour réaliser cette étude, nous avons préalablement recueilli l'accord de la cheffe du pôle de néonatalogie du CHU de Caen, Madame Trenteseaux. Nous avons également soumis le projet d'étude au Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé (ANNEXE 3).

Ces accords avaient permis la réalisation de nos recherches et le recueil de données dans les dossiers des patients.

- Outils de recueil des données

Pour recueillir les données des dossiers, nous avons fait une base de données dans le logiciel Excel.

Dans un premier temps, les dossiers médicaux ont été triés en utilisant les codages p044 correspondant à l'item « fœtus et nouveau-né affectés par la toxicomanie de la mère », puis le codage p966 correspondant à l'item « syndrome de sevrage néonatal ».

Une fois l'identité des nouveau-nés extraite, les données ont été récupérées sur deux logiciels du CHU de Caen : Logipren pour les dossiers de néonatalogie de 2020 à 2022, Usv2 pour les comptes rendus d'hospitalisation. Afin d'accéder aux informations supplémentaires, les dossiers en format papier ont été extraits des archives centrales avec l'aide des secrétaires de néonatalogie. Seul un dossier n'a pas été retrouvé au sein des archives centrales.

- Méthode d'analyse des données

Certaines données recherchées étaient uniquement descriptives, nous avons donc calculé la moyenne, l'écart-type ( $\pm$ ), la valeur minimale, la valeur maximale.

L'analyse de certaines données et plus particulièrement celle en lien avec le niveau de sévérité du SSN a permis de créer trois groupes d'analyse dans la cohorte que nous avons ensuite comparé entre eux. La mise en place d'un traitement par sulfate de morphine a permis également une division en deux groupes dans la cohorte.

Le logiciel d'analyse statistique utilisé était JASP. Pour analyser les données, plusieurs tests statistiques ont été nécessaires.

Pour comparer plusieurs moyennes entre-elles, le test d'ANOVA a été le plus adapté, ses conditions d'applications étaient :

- Une répartition normale de la population confirmée par le test de Shapiro-Wilk.
- Des variances égales confirmée par le test de Leven

En revanche, si ces conditions n'étaient pas réunies, le test alternatif était le test de Kuskal-Wallis car sans conditions d'applications.

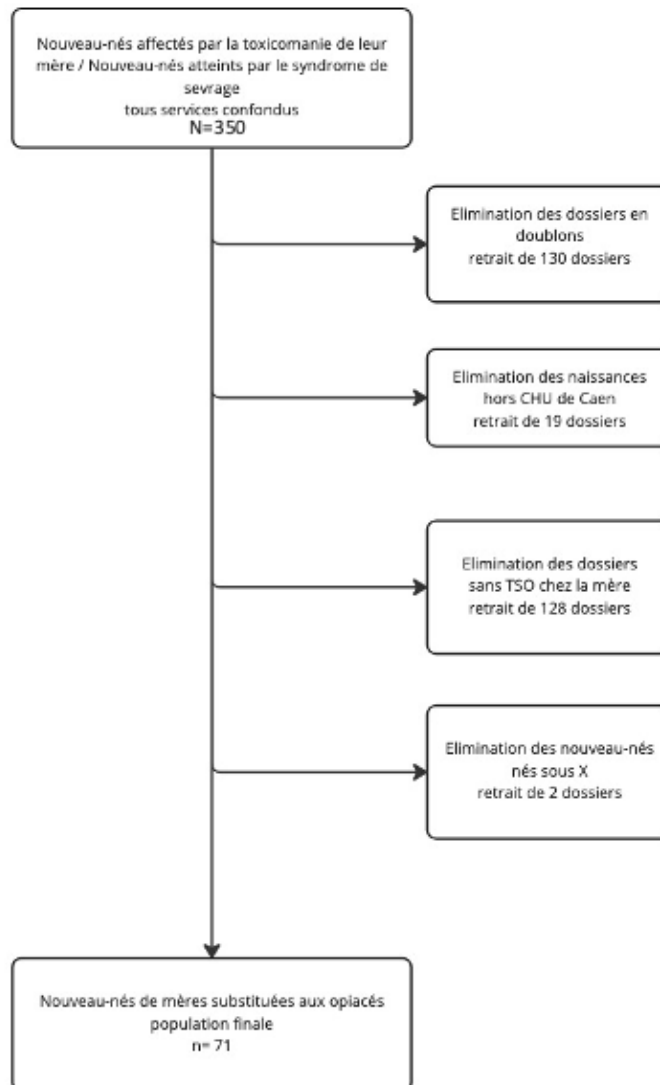
Ces deux tests permettaient de confirmer la présence d'une différence significative parmi les différentes moyennes sans indiquer où se trouve cette différence ni dans quel sens. Pour approfondir ces analyses en comparant seulement deux moyennes entre elles, nous avons utilisé le test de Student dont les conditions d'applications étaient les suivantes :

- Une répartition normale de la population confirmée par le test de Shapiro-Wilk.
- Des variances égales confirmée par le test de Leven

Si ces conditions ne sont pas respectées le test de Wilcoxon Mann Withney a été utilisé puisqu'il s'agit d'un test alternatif sans conditions d'application.

### 3.1 Description de la population

Selon nos critères d'inclusion et d'exclusion, 350 dossiers ont d'abord été sélectionnés. Après analyse de ces dossiers, 71 ont été retenus. Ce diagramme de sélection a synthétisé cette sélection :



**Figure 1** : Diagramme de flux de la population d'étude

Nous avons réalisé une description de la population des mères sous TSO, et la population des nouveau-nés exposés à leur consommation.

**Tableau I** : Description de la cohorte des mères substituées aux TSO au CHU de Caen de 2015 à 2022.

Caractéristiques maternelles N=71	n (%)
<b>Parité :</b>	
1	29 (40,85)
2	26 (36,62)
3	10 (14,08)
4	1 (1,41)
5	5 (7,04)
Moyenne : 1,97	
<b>Accès à une chambre mère-enfant</b>	66 (92,96)
<b>Allaitement maternel</b>	35 (49,30)
<b>Traitement substitutif de la mère :</b>	
Méthadone	51 (71,83)
Buprénorphine	20 (28,17)
<b>Accouchement voie basse</b>	60 (84,51)
<b>Accouchement prématuré (&lt;37SA)</b>	7 (9,86)
Terme moyen : 38+6 SA max : 41+2 SA min : 33+5SA	
<b>Patientes tabagiques</b>	65 (91,55)
<b>Patientes poly-consommatrices (hors tabac)</b>	22 (30,98)

Parmi les mères de notre cohorte, nous avons remarqué une consommation très répandue de tabac de façon quotidienne chez plus de 90% des patientes. Certaines patientes sont poly-consommatrices, elles consommaient d'autres toxiques que leur TSO ce qui peut modifier les réactions du nouveau-né à la naissance.

Environ 40% des patientes étaient primipares. Pour la voie d'accouchement une très grande majorité accouchait par voie basse, la proportion de césarienne était proche de celles de toutes les naissances confondues en France (20,8% en 2012). [25]



Le choix d'un allaitement maternel concernait la moitié de la cohorte, il est important de savoir que pour certaines patientes poly-consommatrices l'allaitement était contre-indiqué pour des raisons de passage dans le lait.

L'âge moyen des patientes était de 31 ans. La grande majorité des patientes ont accouché à terme, sept naissances étaient prématurées (<37 semaines d'aménorrhées).

Une grande majorité des patientes était sous Méthadone plutôt que Buprénorphine. Le dosage de TSO était très différent d'une patiente à l'autre, de plus certaines patientes avaient commencé le traitement en cours de grossesse tandis que d'autres étaient traitées antérieurement. Le dosage moyen de Méthadone était de 49,3 mg/jour avec un maximum de 145 mg. Le dosage moyen de Buprénorphine était de 4,28 mg/jour avec un maximum de 16 mg.

**Tableau II** : Description de la cohorte des nouveau-nés

<b>Caractéristiques des nouveau-nés</b>	<b>n (%)</b>
Bonne adaptation à la vie extra-utérine (pas de gestes de réanimation)	58 (81,69)
Alimentation maternelle	35 (49,30)
Accès à une chambre mère-enfant	66 (92,96)
Nécessité de traitement médicamenteux par Chlorhydrate de morphine	33 (46,48)
Apgar >7 à 5 minutes de vie	68 (95,8)

Notre étude a donc porté sur cette cohorte, mais elle ne pouvait pas être décrite sans aborder les caractéristiques de leur mère. La majorité des nouveau-nés était nés à terme en moyenne à 38 semaines d'aménorrhées et six jours. Sept nouveau-nés étaient prématurés, il n'y pas d'extrême prématurité.

A la naissance plus de 80% de la cohorte s'est adaptée à la vie extra-utérine sans geste de réanimation. Le score d'Apgar à cinq minutes de vie, reflet de l'adaptation à la vie extra-utérine était en moyenne supérieure à 9/10.

Le poids moyen était de 2847g, les valeurs étaient étendues de 1800g à 4360g.

Une très grande majorité des nouveau-nés inclus ont eu accès à une chambre mère-enfant au moins une partie de leur séjour à l'hôpital. Cet élément est favorisant pour la mise en place des soins de nursing.

Environ la moitié des nouveau-nés exposés ont nécessité l'administration d'un traitement par sulfate de morphine pour traiter le SSN sévère. Le dosage maximum moyen était de 0,4 mg/kg/jours, pour une durée moyenne de 19-20 jours.

### 3.2 Apparition SSN

Le diagnostic de syndrome de sevrage néonatal aux opiacés pendant le séjour a été posé chez 73% des nouveau-nés de la cohorte. 46% d'entre eux ont eu un syndrome de sevrage sévère nécessitant la mise en place d'un traitement médicamenteux par sulfate de morphine. Ces résultats divisaient notre cohorte en trois groupes de sévérité distincts.

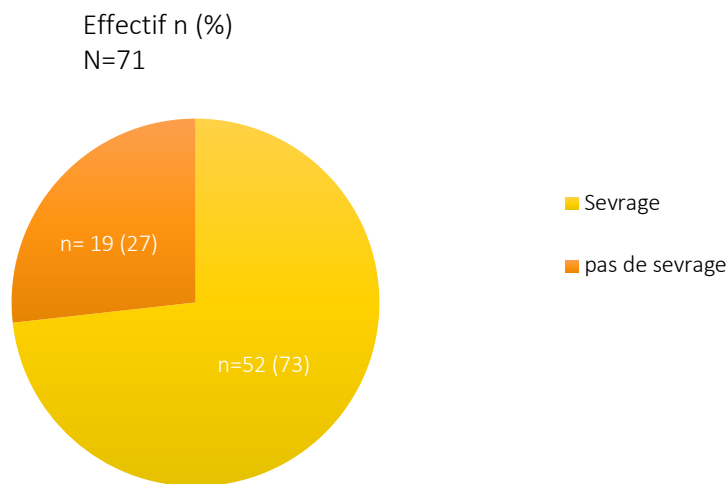
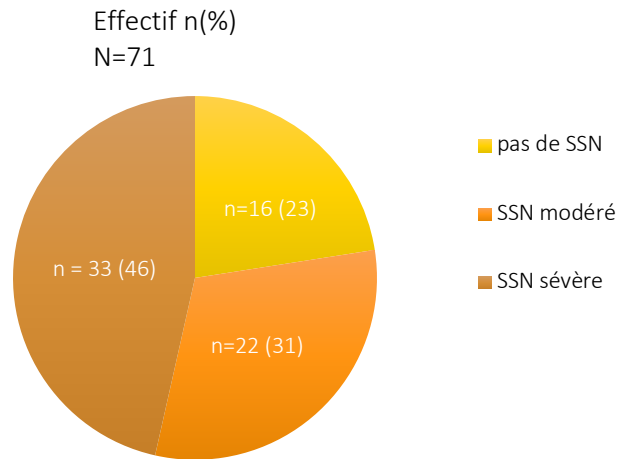
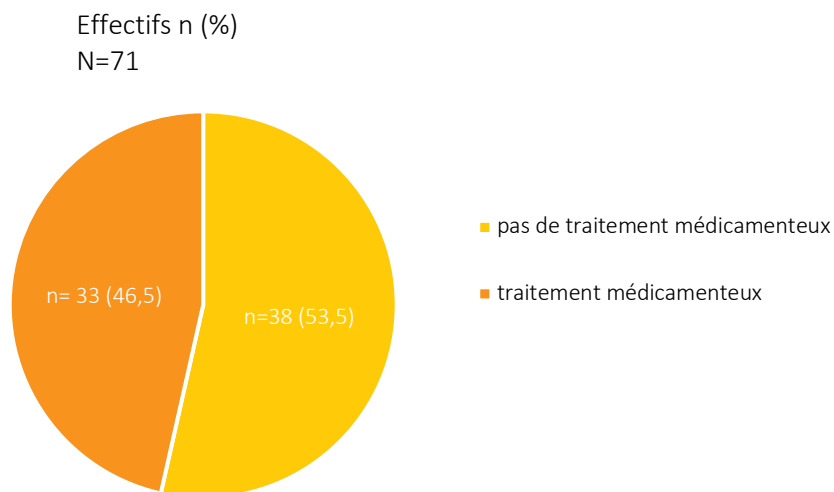


Figure 2 : Apparition d'un syndrome de sevrage néonatal.



**Figure 3** : Nouveau-nés atteints d'un SSN selon trois niveaux de sévérité.



**Figure 4** : Nouveau-nés ayant nécessité la mise en place d'un traitement médicamenteux

La mise en place d'un traitement médicamenteux pour traiter le sevrage néonatal aux TSO divisait la cohorte en deux groupes, deux groupes d'effectifs sensiblement égaux : 53,5% sans traitement et 46,5% avec un traitement du SSN. Les nouveau-nés du groupe traité par médicament correspondaient aux nouveau-nés atteint d'un syndrome de sevrage sévère aux opiacés.

**Tableau III** : Score de Lipsitz au cours de l'hospitalisation, selon les trois groupes de sévérité.

Score de Lipsitz de 0 à 20	Pas de sevrage n=16	Sevrage modéré n=22	Sevrage sévère n=33	Effectif total N=71
<b>Score minimum</b> médiane (±) <i>min /max</i>	0 (0,26) 0/1	0 (0,35) 0/1	0 (0,24) 0/1	0 (0,28) 0/1
<b>Score maximum</b> médiane (±) <i>min /max</i>	5 (2,30) 2/9	7(1,74) 4/11	10 (1,46) 7/13	8 (2,47) 2/13
<b>Score à la sortie</b> médiane(±) <i>min /max</i>	0 (0,98) 0/3	2 (1,73) 0/6	2 (1,91) 0/8	2 (1,79) 0/8

Dans la cohorte complète, les scores se sont étendus de 0 à 13 au cours de l'hospitalisation. Nous avons observé un score maximum lors du séjour, plus élevée lors d'un SSN modéré par rapport à l'absence de SSN, et un score maximum plus élevé lors d'un SSN sévère que pour un SSN modéré. Le score minimum n'était pas pour autant modifié.

**Tableau IV** : Score de Lipsitz au cours du séjour à l'hôpital selon deux groupes de sévérité, les nouveau-nés sous traitement morphinique et ceux sans.

Score de Lipsitz de 0 à 20 /N=71	Pas de Traitement médicamenteux n=38	Traitement médicamenteux n=33
<b>Score minimum</b> médiane (±) <i>min /max</i>	0 (0 ,35) 0/1	0 (0,17) 0/1
<b>Score maximum</b> médiane (±) <i>min /max</i>	7 (2,22) 2/11	10 (1,54) 7/13
<b>Score à la sortie</b> médiane (±) <i>min /max</i>	2 (1,65) 0/6	2(1,94) 0/8

La surveillance du score de Lipsitz évolue lors de la mise en place d'un traitement médicamenteux. Nous avons observé un score maximum plus élevé chez les nouveau-nés sous traitement morphinique. Le score minimum n'était pas fondamentalement différent.

### 3.3 Prise pondérale et SSN

**Tableau V:** Évolution de la prise pondérale des nouveau-nés selon les trois groupes de sévérité.

Variables de prise pondérale des nouveau-nés	Pas de sevrage n=16	Sevrage modéré n=22	Sevrage sévère n=33	Effectif total N=71	p
<b>Poids de naissance</b> ( en grammes) moy (±) <i>min /max</i>	2743 (416,85) <i>1870/3500</i>	2849 (548,25) <i>1800/3940</i>	2896 (558,52) <i>1880/4360</i>	2846,90 (523,06) <i>1800/4360</i>	0,63
<b>Nadir courbe de poids</b> (en grammes) moy (±) <i>min /max</i>	2540 (406,52) <i>1780/3420</i>	2619 (402,59) <i>1640/3160</i>	2691 (529,67) <i>1690/4130</i>	2634,93 (464,66) <i>1640/4130</i>	0,56
<b>Délai reprise du poids de naissance</b> ( en jours) moy (±) ; <i>min /max</i>  <i>*n=valeurs manquantes</i>	<b>5,3</b> (1,86) <i>3/8</i>  <i>*n=10</i>	<b>9,55</b> (2,60) <i>5/14</i>  <i>*n=13</i>	<b>11,1</b> (4,24) <i>4/24</i>  <i>*n=4</i>	10,02 (4,16) <i>3/24</i>  <i>*n=27</i>	<b>0,003</b>

La différence du poids moyen de naissance n'a pas montré de différence significative entre les 3 groupes de sévérité, selon le test d'ANOVA. De même pour le nadir de la courbe de poids des différents nouveau-nés, la différence de moyenne n'était pas significative.

Cependant, la comparaison de l'âge de reprise du poids de naissance en jour a montré une différence significative. Le test de Kuskal Wallis a montré une différence significative du délai moyen de reprise du poids de naissance selon la sévérité du SSN. Comme décrit précédemment certaines valeurs de ce délai étaient manquantes.

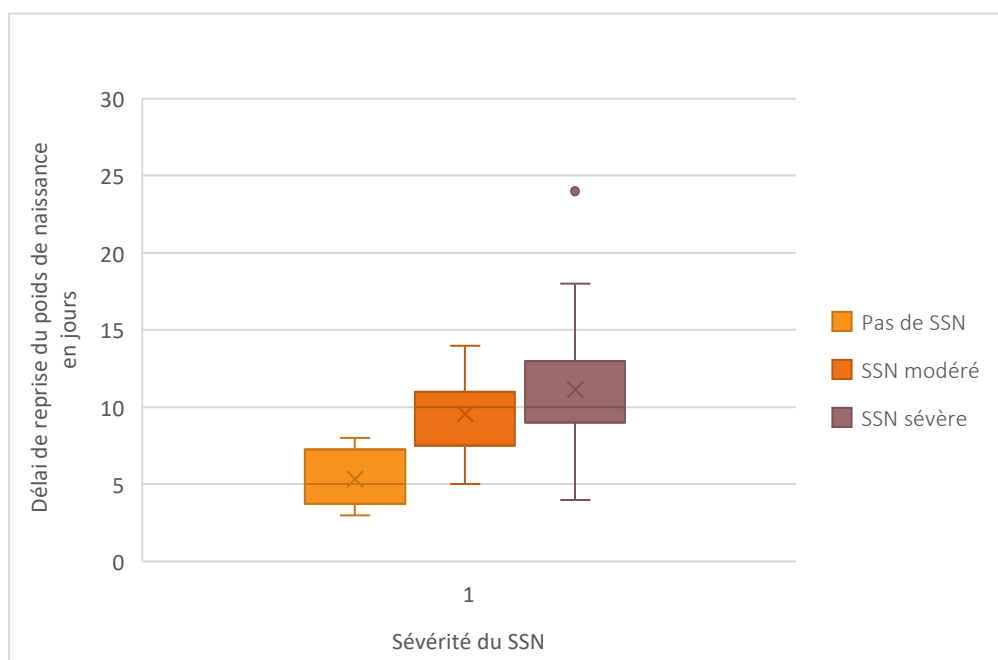
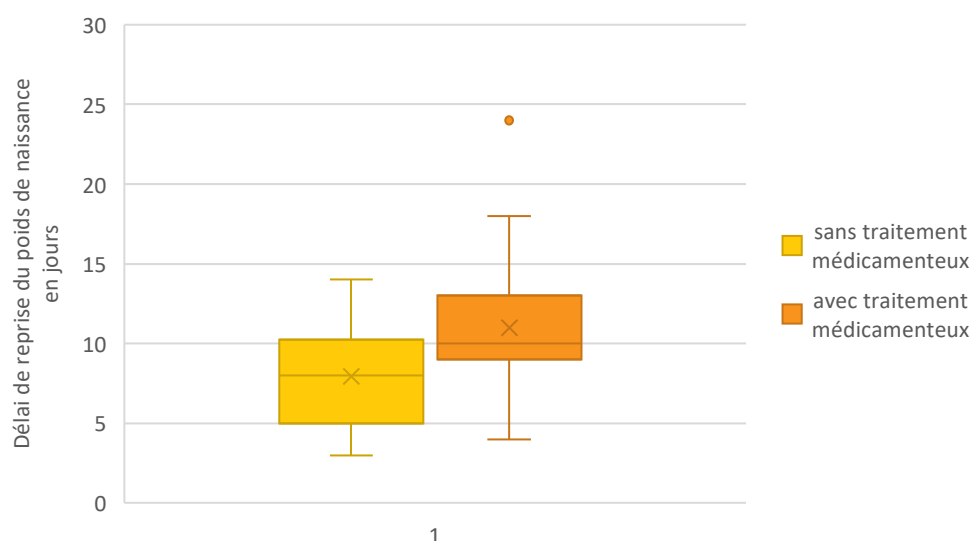


Figure 5 : Évolution de la prise pondérale des nouveau-nés selon trois groupes de sévérité.

Tableau VI : Évolution de la prise pondérale entre les nouveau-nés ayant nécessité un traitement médicamenteux et ceux n'ayant pas nécessité.

Variables de prise pondérale des patients	Pas de Traitement médicamenteux n=38	Traitement médicamenteux n=33	p
<b>Poids de naissance</b> (en grammes) moy (±) min /max	2813 (493,98) 1800/3940	2886 (559,86) 1880/4360	0,57
<b>Nadir courbe de poids</b> (en grammes) moy (±) min /max	2597 (402,81) 1640/3420	2678 (530,17) 1690/4130	0,47
<b>Délai reprise du poids de naissance</b> (en jours) moy (±) min /max  *n=valeurs manquantes	<b>7,93</b> (3,22) 3/14  *n=23	<b>11,00</b> (4,24) 4/24  *n=4	0,02

La différence de délai de reprise moyenne du poids de naissance était significativement différente entre les deux échantillons. Les nouveau-nés traités par sulfate de morphine reprenaient leur poids de naissance plus tard que les nouveau-nés sans sulfate de morphine.



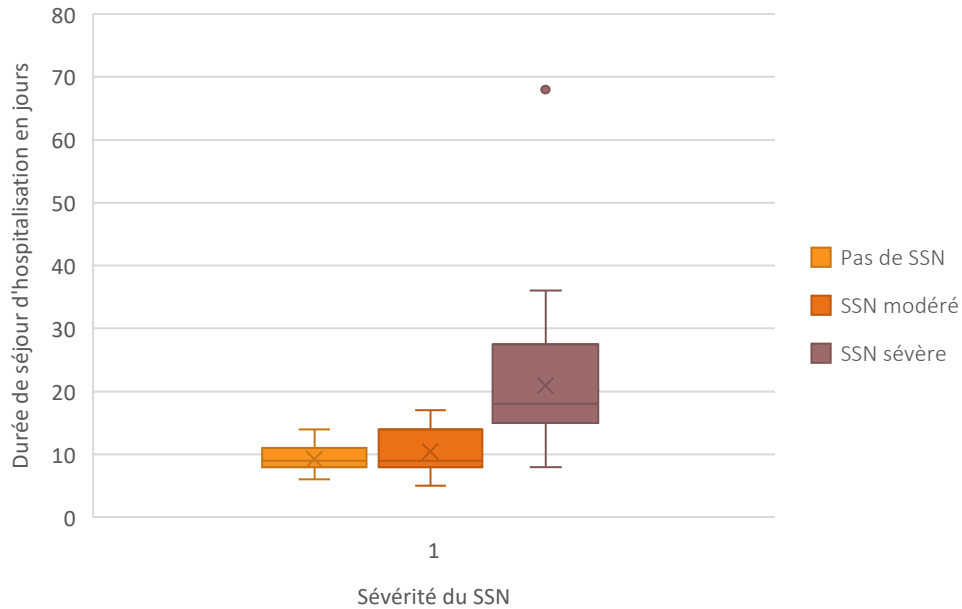
**Figure 6 :** Délai de reprise du poids de naissance selon la mise en place ou non d'un traitement par Sulfate de Morphine

### 3.4 Durée d'hospitalisation et SSN

**Tableau VII :** Durée du séjour d'hospitalisation des nouveau-nés selon trois groupes de sévérité.

	Pas de sevrage n=16	Sevrage modéré n=22	Sevrage sévère n=33	Effectif total N=71	p
<b>Durée d'hospitalisation</b> (en jours) moy ( $\pm$ ) min /max	9,27 (2,34) 6/14	10,41 (3,58) 5/17	20,91 (11,43) 8/68	15,11 (9,81) 5/68	<b>&lt; 0,001</b>
<i>*n=valeurs manquantes</i>	<i>*n=1</i>			<i>*n=1</i>	

La durée du séjour à l'hôpital des nouveau-nés de la cohorte était en moyenne de 15 jours. Selon la sévérité du SSN, la durée moyenne de séjour hospitalier était significativement différente. Les nouveau-nés atteints d'un SSN sévère étaient hospitalisés plus longtemps.



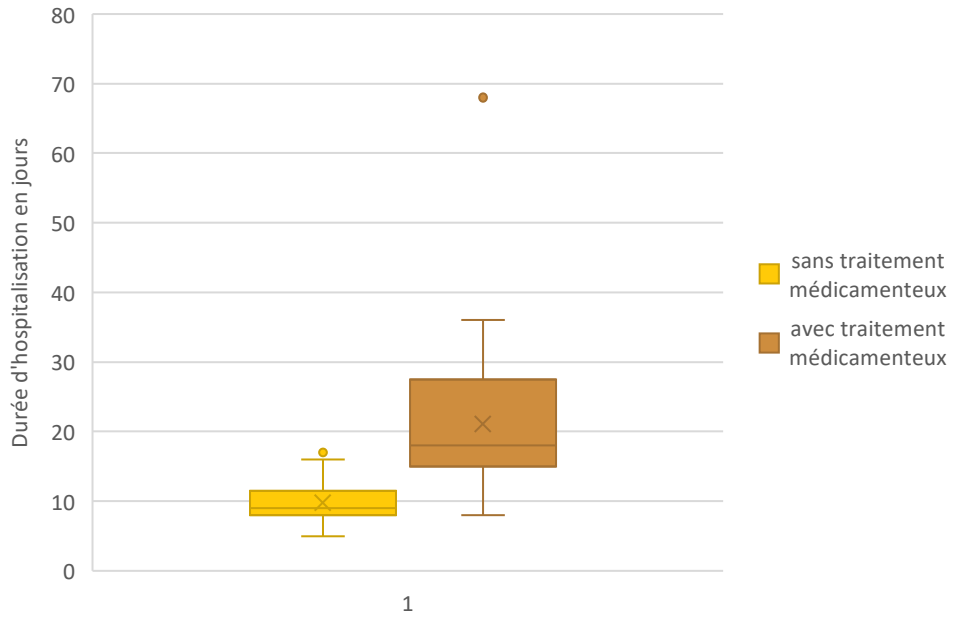
**Figure 7 :** Durée du séjour d’hospitalisation des nouveau-nés selon trois groupes de sévérité.

**Tableau VIII :** Durée du séjour d’hospitalisation des nouveau-nés selon deux groupes, ceux ayant nécessité un traitement médicamenteux et ceux sans nécessité.

	<b>Pas de Traitement médicamenteux</b> n=38	<b>Traitement médicamenteux</b> n=33	<b>p</b>
<b>Durée d’hospitalisation</b> (en jours) moy (±) min /max	9,76 (2,98) 5/17	21,12 (11,27) 8/68	< 0,001

Le test statistique de Wilcoxon Mann Withney a montré une différence significative de la durée moyenne d’hospitalisation entre les nouveau-nés traités par des soins de nursing uniquement et ceux traités par sulfate de morphine en plus des soins de nursing.





**Figure 8 :** Durée du séjour d'hospitalisation selon la mise en place ou non d'un traitement par Sulfate de Morphine

## 4 DISCUSSION

---

### 4.1 Points forts de l'étude

Notre étude s'est intéressée à une population qui s'étendait de 2015 à 2022, soit sept ans. Ainsi nous avons pu avoir une visibilité étendue de cette problématique au CHU de Caen. Cette durée a permis d'accéder au maximum de dossiers.

La précision des données recueillies était importante. En effet les dossiers ont été remplis de façon rigoureuse au quotidien. L'estimation du score de Lipsitz était cotée plusieurs fois par jour tous les jours et le poids des nouveau-nés était mesuré chaque jour. Une vision d'ensemble de l'évolution des patients dans les services a été accessible pour notre étude. Elle a permis une base de données complète du sujet.

L'accompagnement par Dr Lecorps à travers cette étude et ce mémoire a été un point fort. En tant que pédiatre en néonatalogie, Docteur Lecorps était en cours de réalisation une thèse sur la thématique du syndrome de sevrage néonatal ce qui lui donnait un bagage de connaissances important. Ses connaissances ont permis de trouver un axe d'étude cohérent et intéressant à l'échelle du CHU de Caen.

### 4.2 Points faibles de l'étude

Malgré la sélection d'une cohorte sur une longue durée, le nombre de patients inclus restait plutôt faible. En effet, les patientes substituées à l'héroïne qui accouchaient n'étaient pas nombreuses. En matière de santé publique c'est un élément positif. Ce petit effectif nous a amené à remettre en question la pertinence d'une généralisation des résultats de l'étude à la population concernée. Il ne semblait pas adapté de décrire ces manifestations observées du syndrome de sevrage aux opiacés comme les manifestations universelles.

La récupération des données dans les dossiers médicaux a été un véritable handicap à la réalisation de cette étude de mémoire. L'inconvénient d'une étude rétrospective résidait dans cet accès. Les différents logiciels informatiques et les archives centrales suivant le service d'hospitalisation, constituaient une difficulté dans le recueil. La majorité des dossiers à l'exception d'un, ont tous été récupérés avec l'aide des secrétaires du service de néonatalogie.

Il fallait noter également que dans la recherche d'une différence de délai de reprise du poids de naissance selon la sévérité du syndrome de sevrage des nouveau-nés de la cohorte,

nous avons eu de nombreuses valeurs manquantes dû au retour à domicile plus précoce chez les nouveau-nés sans sevrage ou au transfert inter-hospitalier.

De plus, les patients décrits dans notre étude étaient tous nés au CHU de Caen. Les prises en charge, les traitements et les décisions étaient monocentriques, donc pas représentatives des pratiques au niveau national même ils étaient concordant à la littérature. Il n'y a pas de consensus actuel sur un protocole de prise en charge au niveau national. [12]

Comme pour tous les scores qualitatifs utilisés dans le milieu médical, la cotation impliquait un biais d'interprétation inter et intra individuel. La cotation du score de Lipsitz par les soignants ne pouvait être parfaitement objective selon les personnes, leur formation ou leur vision d'ensemble du patient. La cotation du score était modifiée selon le contexte médical, social, personnel de la famille des patients et des professionnels amené à coter. Dans le cas du SSN, les valeurs étaient potentiellement biaisées sachant qu'il existe deux scores différents de cotation de la sévérité, Finnegan et Lipsitz. Ces deux scores ont été validés scientifiquement

### **4.3 Analyse des résultats**

#### **4.3.1 Apparition d'un SSN**

Notre première hypothèse supposait que la majorité des nouveau-nés exposés à la consommation de TSO de leur mère développait un SSN, et que la sévérité de ce sevrage était majoritairement modérée.

Dans notre cohorte, une majorité des nouveau-nés ont développé un syndrome de sevrage aux opiacés après la naissance. Ils représentaient 73% des nouveau-nés inclus. Pour autant, 46% des nouveau-nés étaient atteints d'un syndrome de sevrage sévère.

Par ailleurs notre étude a montré que la majorité des nouveau-nés exposés à la consommation de TSO de leur mère in utero développaient un SSN sévère en post-natale.

Nos résultats concernaient les nouveau-nés exposés à la consommation de TSO de leur mère in utero au CHU de Caen de 2015 à 2022 et ces données étaient en accord avec l'étude française menée par S.Micard et F.Brion en 2003. [19] En effet selon leur étude, 60 à 95% des nouveau-nés exposés à la consommation d'opiacés de leur mère in utero allaient développer un SSN. Mais la comparaison avec cette étude restait à pondérer car cette recherche porte sur

toutes les consommations d'opiacés et pas uniquement les TSO, les résultats portaient donc aussi sur la consommation d'héroïne et d'antalgiques à bases d'opiacés.

Une étude menée au CHU de Montpellier visait à décrire l'évolution de la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés. La cohorte étudiée regroupait les nouveau-nés exposés à la consommation d'opiacés de leur mère in utero pris en charge au CHU de Montpellier de 2003 à 2020. [26] Les résultats de cette étude retrouvaient un taux de 54,7% de syndrome de sevrage néonatal toutes consommations d'opiacés confondues. Pour les nouveau-nés exposés à la méthadone in utero, 56% développaient un sevrage. Pour les nouveau-nés exposés à la Buprénorphine in utero, le taux de syndrome de sevrage était de 40%. Les résultats étaient vraisemblablement moins élevés que notre étude dans la prévalence du SSN. Cependant ce centre utilisait le score de Finnegan et non celui de Lipsitz. Nous pouvions nous demander si l'utilisation du score de Finnegan dans ce centre hospitalier influençait cette différence. [27]

L'étude NENUPHAR portant sur les nouveau-nés exposés aux substances psychoactives exposait aussi des résultats de prévalence d'un SSN notamment pour la Buprénorphine et la Méthadone. Dans la cohorte étudiée, 81,1% des nouveau-nés exposés aux TSO ont développé un syndrome de sevrage. Il est important de spécifier que les nouveau-nés exposés aux TSO in utero représentaient un effectif de 22 patients dans cette étude donc 18 nouveau-nés exposés aux TSO avaient développé un SSN selon l'étude. [19]

Notre hypothèse a donc été partiellement confirmée. En effet une majorité des nouveau-nés exposés aux TSO in utero développaient un SSN, mais majorité d'entre eux étaient atteints d'un SSN sévère. Ce constat nous a amené à confirmer également certains éléments de la littérature. Les TSO ne sont pas utilisés afin d'empêcher le SSN mais plutôt afin de réduire les risques au niveau obstétrical et à la naissance, comme les avortements spontanés, les retards de croissance et les naissances prématurées. Les traitements substitutifs actuels ne sont pas prescrits dans le but d'éviter l'apparition d'un SSN.

#### 4.3.2 Prise pondérale et SSN

Notre deuxième hypothèse étudiait l'évolution de la courbe de poids des nouveau-nés exposés à un risque de syndrome de sevrage après la naissance. Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle, le délai de reprise du poids de naissance était plus long chez les nouveau-nés affectés par un syndrome de sevrage modéré et sévère comparé aux nouveau-nés sans SSN. Ce délai serait, selon notre hypothèse, d'autant plus long pour les patients souffrant d'un syndrome de sevrage sévère.

Nous pouvions nous attendre à retrouver un nombre important de nouveau-nés prématurés ou hypotrophes à la naissance dû à l'exposition aux toxiques in utero. En effet l'hypotrophie est un risque fœtal de l'exposition aux opiacés. La prématurité et l'hypotrophie auraient été des éléments impactant l'intérêt de nos résultats. Notre population comptait sept nouveau-nés prématurés dont aucun extrême prématuré, soit 10% de la cohorte et aucun nouveau-né extrême prématuré. L'évaluation de la prise pondérale était donc plus représentative dans ce cas. Les valeurs du poids de naissance couvraient une grande étendue de 1800 grammes jusqu'à 4360 grammes. Cependant la moyenne du poids de naissance était physiologique en sachant que le terme de naissance de la cohorte complète étaient en moyenne de 38 semaines d'aménorrhées et six jours.

Selon nos résultats, le délai moyen de reprise du poids de naissance était de dix jours. Si nous nous intéressions uniquement au groupe sans SSN, la durée moyenne avant reprise du poids de naissance était de cinq jours, avec un maximum de huit jours. La moyenne était moitié moins longue chez les nouveau-nés exposés n'ayant pas développé de mécanisme de sevrage aux opiacés.

Nous avons comparé la différence du délai moyen de reprise du poids de naissance entre les trois niveaux de sévérité déterminés dans la première hypothèse. La comparaison des trois moyennes montrait une différence significative dans l'un des groupes. En comparant ensuite deux groupes, l'un comprenant les nouveau-nés traités par des soins de nursing et l'autre traité par des soins de nursing puis à un traitement morphinique, nous avons retrouvé une différence significative du délai de reprise du poids de naissance.

En sachant que seuls les nouveau-nés souffrant d'un SSN sévère étaient mis sous sulfate de morphine, nous avons observé que le délai de reprise du poids de naissance était allongé

significativement pour les nouveau-nés souffrant de syndrome de sevrage néonatal sévère aux opiacés de notre cohorte.

Le poids de naissance, et le nadir du poids des nouveau-nés n'étaient pas significativement différent suivant la sévérité du syndrome de sevrage néonatal, qu'ils aient eu un traitement médicamenteux ou non.

Plusieurs études s'accordaient à dire que les nouveau-nés atteints d'un SSN aux opiacés consommés par leur mère ont plus de difficultés à s'alimenter et par conséquent à prendre du poids dans les premières semaines de vie. L'étude réalisée à Montpellier en 2020 parlait des conséquences du SSN aux opiacés sur la santé physique des nouveau-nés en expliquant qu'en l'absence de traitement, il y avait un risque augmenté de pertes caloriques excessives et de déshydratation. Cependant, l'impact sur la prise de poids des premières semaines n'était pas développé davantage. [26]

D'ailleurs, une étude de la société canadienne de pédiatrie de 2019, sur la prise en charge du syndrome de sevrage aux opiacés, évoquait plus précisément les conséquences du SSN sur la mise en place d'un allaitement efficace. Les auteurs décrivaient une augmentation des succions excessives non nutritives, des régurgitations et des diarrhées, empêchant ainsi une bonne digestion et une bonne alimentation. [21] Ces symptômes remettaient en cause la prise pondérale des nouveau-nés. L'irritabilité, les vomissements, les éternuements répétés étaient des signes de sevrage augmentant la difficulté d'une alimentation efficace et régulière.

Nous avons donc pu confirmer notre hypothèse qui s'accordait en partie à la littérature actuelle en précisant de façon chiffrée les conséquences sur la reprise du poids de naissance. Le délai de reprise du poids de naissance moyen était significativement allongé chez les nouveau-nés atteints d'un SSN sévère. Il semblait cependant difficile de transposer ces résultats à la population générale aux vues des nombreuses données manquantes concernant le délai de reprise du poids de naissance.

### 4.3.3 Durée d'hospitalisation et SSN

La troisième hypothèse que nous avons soulevée supposait que la durée du séjour hospitalier était allongée pour les nouveau-nés souffrant d'un SSN comparé aux nouveau-nés exposés n'ayant pas développés de SSN. Selon notre hypothèse, nous estimions que l'hospitalisation serait d'autant plus longue pour les nouveau-nés atteints d'un SSN.

Dans l'ensemble de la cohorte des nouveau-nés du CHU de Caen exposés aux TSO par leur mère de 2015 à 2022, la durée d'hospitalisation moyenne était de 15 jours. Cependant, cette durée de séjour était très étendue dans la cohorte avec un minimum de cinq jours d'hospitalisation et un maximum de 68 jours. Un nouveau-né de la cohorte souffrait de différentes atteintes à la naissance, nécessitant des traitements et une surveillance plus importante en plus d'un SSN sévère, ce qui explique la durée de son séjour en néonatalogie. Le deuxième plus long séjour dans notre cohorte était de 36 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation selon les trois groupes de sévérité semblait montrer une moyenne plus importante pour les nouveau-nés ayant développé un SSN sévère. Avec une moyenne de 21 jours pour un SSN sévère, contre 10 jours pour les patients souffrant de SSN modéré, la durée était doublée. La comparaison des trois durées moyennes de séjour montrait une différence significative.

En comparant les nouveau-nés traités par sulfate de morphine aux autres nouveau-nés de la cohorte, nous avons observé à nouveau une différence significative de la durée moyenne d'hospitalisation.

Une analyse gouvernementale Canadienne de 2021 retrouvait une durée moyenne d'hospitalisation entre 14,6 et 16,4 jours pour les nouveau-nés atteints de syndrome de sevrage. Leur population était constituée en majorité de syndrome de sevrage néonatal aux opiacés. A titre de comparaison, au Canada, la durée moyenne de séjour des nouveau-nés après la naissance était de 2,09 jours en 2019. [27]

Par rapport à notre étude, la durée d'hospitalisation des nouveau-nés atteints d'un SSN était plus courte au Canada. Mais nous avons remarqué que le séjour classique en maternité était également plus court. Nous avons émis l'hypothèse que cette différence convenait du fonctionnement des maternités et du système de santé canadiens. [27]

L'étude française au CHU de Montpellier citée précédemment montrait quant à elle une durée de séjour moyenne de 15 jours pour toute la cohorte des nouveau-nés atteints d'un SSN aux opiacés. Cette étude prenait en compte tous les nouveau-nés atteints d'un SSN aux opiacés et pris en charge au CHU de Montpellier de 2003 à . Leurs résultats montraient une différence significative de la durée moyenne du séjour à l'hôpital entre les nouveau-nés ayant reçu un traitement médicamenteux, comparé à ceux n'en ayant pas eu besoin par absence de SSN ou SSN modéré. [26]

Notre hypothèse s'est donc confirmée : la durée d'hospitalisation était significativement allongée pour les nouveau-nés souffrant d'un syndrome de sevrage sévère aux opiacés. Nous pouvions nous demander si la prise en charge du SSN en hôpital à domicile pouvait s'étendre à plus de nouveau-nés. Une éducation thérapeutique approfondie des parents aurait pu développer les soins de nursing dans le foyer familial avec un suivi de l'administration du traitement médicamenteux par des infirmières à domicile. Cette prise en charge existait déjà, elle était mise en place pour quelques nouveau-nés en cours de sevrage du traitement morphinique, il aurait été intéressant de chercher à la développer davantage.



## 5 CONCLUSION

---

L'accompagnement des femmes substituées aux opiacés et de leur nouveau-né représentent une problématique de santé publique requérant une prise en charge globale et multidisciplinaire. L'exposition in-utero du fœtus aux opiacés peut provoquer des conséquences à la naissance comme le syndrome de sevrage néonatal aux opiacés. En effet, au CHU de Caen, de 2015 à 2022, 71 nouveau-nés ont été exposés in-utero à la consommation de TSO de leur mère, dont 52 d'entre eux ont développés un SSN soit 73%. Parmi les nouveau-nés exposés aux TSO, 46% ont développé un SSN de grade sévère avec une mise en place de traitement médicamenteux par sulfate de morphine.

L'état des lieux des conséquences de cette exposition in-utero aux TSO a permis d'observer différents éléments. La majorité des nouveau-nés exposés aux TSO in-utero développent un SSN, le plus souvent sévère. Le délai de reprise du poids de naissance est significativement allongé chez les nouveau-nés atteint d'un SSN sévère. La durée d'hospitalisation est significativement plus longue également en cas de SSN sévère.

Ce grade de sévérité impliquant pour les patients les plus sévère, la mise en place d'un traitement, se base exclusivement sur la cotation du score de Lipsitz. Ce score est validé scientifiquement depuis plus de 50 ans mais son évaluation reste qualitative et subjective. Il semblerait pertinent de pouvoir associer ce score à un autre outil diagnostique moins dépendant de l'appréciation et de la formation des soignants. Actuellement, une étude sur l'utilisation de l'actimétrie à visée diagnostic du SSN est en cours au CHU de Caen. La majorité des symptômes de sevrage étant moteurs, l'actimétrie pourrait permettre de mesurer la quantité de mouvements en continu des nouveau-nés à risque de SSN. Dans un futur plus ou moins proche, selon les résultats de l'étude, l'association de ces deux outils pourrait perfectionner l'analyse clinique et par prolongement la prise en charge des nouveau-nés exposés à des drogues ou des médicaments in-utero.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Julien Morel d'Arieux. Drogues et Addictions : Chiffres Clés. Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives (OFDT) ; 2022. 8pages.  
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DACC-2022.pdf>
2. Larousse Éditions. Toxicomanie. Larousse Médical. Larousse.  
<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/toxicomanie/16628#:~:text=Habitude%20de%20consommer%20de%20fa%C3%A7on,pr%C3%A9f%C3%A9rable%20%C3%A0%20celui%20de%20toxicomanie.>
3. CIM-10 Organisation Mondiale de la Santé. Annexes : Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification Statistique internationale des maladies et des problèmes de Santé connexes de L'OMS, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10). Recommandation de bonnes pratiques « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Haute Autorité de Santé ; 2014. 2 pages.
4. MILDECA : Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction?. [ en ligne]. 2015 [ date de consultation : 22septembre 2022].  
<https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction#:~:text=D%C3%A9pendance%20%3A%20%C3%A9finie%20dans%20le%20DSM,ou%20exacerb%C3%A9s%20par%20la%20substance.>
5. Laurence Simmat-Durand. Grossesse et drogues illicites. Déviations et société. 2002 ; volume 26 : pages 105 à 126.
6. Dr Guillois. Nouveau-né de mères substituées aux opiacés. [ en ligne]. Septembre 2021 [ date de consultation : 12septembre 2022].  
<https://ecampus.unicaen.fr/mod/resource/view.php?id=845225>
7. Claude LeJeune, Laurence Simmat-Durand. Grossesse et substitution : enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leur nouveau-né. OFDT; 2003. 144 pages.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxclj7.pdf>
8. Stéphanie Menardon. Utilisation pratique par les soignants des différents items du score de Lipsitz chez les nouveau-nés des mères substituées aux opiacés. [Mémoire de fin d'étude]. Caen, France : École sage-femme de Caen ; 2016.
9. Aurélie Defrance. La grossesse : le psychisme dans tous ses états!. [ en ligne]. 2018 [ date de consultation : 24 novembre 2022]. <https://psychotherapie-montpellier.fr/2018/08/14/psychologie-grossesse/>

10. Dr Cesbron. Prévention et Antidote du syndrome de sevrage. [ en ligne]. Septembre 2021 [ date de consultation : 12septembre 2022].  
[https://docs.google.com/document/d/1Ywjhta0rqfqHNUvgCsIMRqJ1tk0\\_DqUh/edit](https://docs.google.com/document/d/1Ywjhta0rqfqHNUvgCsIMRqJ1tk0_DqUh/edit)
11. S.Minozzi, L.Amato, S.Jahanfar. Traitements d'entretien pour les femmes enceintes dépendantes aux opiacés. Revue Cochrane. Novembre 2020.
12. Claude LeJeune. Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utero aux opiacés. Groupe d'Étude Grossesse et Addictions. Université Pilote Paris VII ; 2012. 4 pages.
13. Julien Morel d'Arieux. Drogues : chiffres clés – 8<sup>ème</sup> édition. OFDT ; 2019. 8 pages.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>
14. Vidal. Substance active Buprénorphine. [ en ligne]. Janvier 2013 [ date de consultation : 27 novembre 2022]. <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/buprenorphine-6272.html>
15. Vidal. Substance active Méthadone. [ en ligne]. Janvier 2013 2022 [ date de consultation : 27 novembre 2022]. <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/methadone-6305.html>
16. Simon Ducharme, Ronald Fraser, Kathryn Gill. Mise à jour de l'utilisation clinique de la Buprénorphine. The College of Family Physicians. 2012 ; 58 (1) : 9 à 14.
17. V.Vazquez, C.Gury, X.Laqueille. Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. L'Encéphale. 2006 ; 32 (4) : 478 à 486.
18. VIDAL. Dépendance aux opiacés (traitement de substitution). [ en ligne]. 2022 [ date de consultation : 27 novembre 2022].  
<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dependance-aux-opiaces-traitement-de-substitution-1696.html#prise-en-charge>
19. Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique ; Isabelle Lacroix, Caroline Hurault, Sylvie Saivin, Valérie Raoul, et al. Exposition in utero à des substances psychoactives : résultats de l'étude « NENUPHAR ». Thérapie2007. 2007 ; 62 (2) : 7 pages.
20. L'Encyclopédie Médicale Libre pour étudiants et professionnels de santé. Syndrome de sevrage néonatal. [en ligne]. 2018 [ date de consultation : 22 septembre 2022].  
<https://www.medg.fr/syndrome-de-sevrage-neonatal/>
21. Thierry Lacaze-Masmonteil, Pat O'Flaherty. Managing infants born to mothers who have used opioids during pregnancy. Société Canadienne de Pédiatrie. Octobre 2019
22. S.Micard, F.Brion. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mères toxicomanes aux opiacés : enquête française et européenne. Archives de Pédiatrie ELSEVIER. 2002. 5 pages.

23. Santé log. Syndrome de sevrage néonatal : l'urgence de normes d'évaluation et de traitement. [en ligne]. Avril 2018 [ date de consultation : 22mars 2023]  
[.https://www.santelog.com/actualites/syndrome-de-sevrage-neonatal-lurgence-de-normes-devaluation-et-de-traitement](https://www.santelog.com/actualites/syndrome-de-sevrage-neonatal-lurgence-de-normes-devaluation-et-de-traitement)
24. Marc Besnier. Le syndrome de sevrage du nouveau-né : étude de la symptomatologie et de la pertinence des tests diagnostiques. [Thèse de Doctorat]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2019.
25. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique- Cinquième partie : Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. CNGOF ; 2012. 18 pages. <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2012>
26. 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 [Thèse de Doctorat]. Montpellier, France : Université de Montpellier Faculté de médecine Montpellier-Nîmes ; 2021.
27. Institut Canadien d'Informations sur la Santé. Le syndrome d'abstinence néonatale au Canada : une analyse descriptive des données d'hospitalisations. Gouvernement du Canada : Agence de santé publique du Canada. 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche/syndrome-abstinence-neonatale-analyse-descriptive-hospitalisation.html>

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Score de Lipsitz

SIGNES /SCORE	0	1	2	3
Trémulations	Absents Normale	Légèrement augmentées par des stimulations ou par le jeûne	Augmentation modérée ou forte au repos, calmé par l'alimentation ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos +/- mouvements de types convulsifs
Irritabilité Cris excessifs	0	Légère augmentation	Augmentation modérée ou forte par des stimulations ou par le jeûne	Forte augmentation même au repos
Réflexes	Normaux	Accentués	Très accentués	
Tonus musculaire	Normal	Hypertonie	Rigidité	
Selles	Normal	Liquides, en jet Mais de fréquence normale	Liquides, en jet Et > 8 par jour	
Lésions cutanées	0	Rougeurs genoux, coudes	Érosion	
Fréquence respiratoire/minutes	<55	55-75	>75	
Éternuements répétés	Non	Oui		
Bâillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

ANNEXE 2 : Protocole CHU Caen de la prise en charge du syndrome de sevrage des nouveau-nés de mère substituée

**Protocole de prise en charge du syndrome de sevrage  
des nouveau-nés de mère substituée**

- Débuter le traitement par Sulfate de Morphine = Oramorph®, si constatation de 2 scores de Lipsitz > 8

Solution buvable 5 ml = 10 mg  
Soit 1 ml = 2mg

- Le traitement par Sulfate de Morphine doit obligatoirement être donné toutes les 4 heures sans prendre en compte les heures d'alimentation de l'enfant, les horaires doivent être précis et respectés pour un meilleur équilibre du traitement. La dose journalière est donc donnée en 6 prises par jour.

**Utiliser des seringues IV de 1 ml.**

Posologie à administrer

- Débuter par 0,2 mg/kg/ jour à 0,5 mg/kg/j selon le traitement substitutif maternel et augmenter progressivement voire à chaque prise si l'enfant est toujours inconfortable

**Subutex :**

- Si traitement inférieur ou égal à 0,8 mg, débiter à 0,2 mg/kg
- Si traitement entre 0,8 mg et 4 mg, débiter à 0,3 mg/kg/jour
- Si traitement entre 4 mg et 10 mg, débiter à 0,4 mg/kg/j
- Si traitement supérieur à 10 mg, débiter à 0,5 mg/kg/j
- Ne jamais dépasser 1 mg/kg/j

**Methadone :**

- Si traitement inférieur ou égal à 10 mg, débiter à 0,2 mg/kg/j
- Si traitement entre 10 et 60 mg, débiter à 0,3 mg/kg/jour
- Si traitement entre 60 et 100 mg, débiter à 0,4 mg/kg/jour
- Si traitement supérieur à 100 mg, débiter à 0,5 mg/kg/jour

Le traitement initié soit être augmenté progressivement jusqu'à obtention d'un état clinique satisfaisant de l'enfant, une amélioration de la prise alimentaire et une courbe de poids ascendante. Un plateau de 48h est conseillé après avoir obtenu un traitement suffisant. Ensuite, la diminution doit être très progressive. ++

Exemple : on diminue de 0,02 mg, soit 0,01 ml une fois sur 2 chaque jour.

Débiter très doucement, sinon risque de devoir ré augmenter et parfois plus.

Si bonne tolérance, diminuer tous les jours, sinon faire un plateau de 24 à 48h. La courbe de poids est d'une bonne aide, si l'enfant tolère bien, il grossit.

**Suppression de la feuille spécifique « Prescription de Chlorhydrate de morphine » antérieurement utilisée.**

**Utiliser le tableau d'administration des médicaments : noter le triangle, la dose, le nom de l'administrateur et sa signature pour chaque prise.**

Pr B. Guillois

Fait à Caen, le 02/12/2014



**C.L.E.R.S**

Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie

Adresse pour toute  
correspondance :

[clers@unicaen.fr](mailto:clers@unicaen.fr)

Président :

Pr Grégoire Moutel

Membres

Fanny Rogue

Pr Philippe Ravasse

Nathalie Brielle

Dr Sonia Guillouet,

Guillaume Grandazzi

Claude Françoise

François Girault

Véronique Gauthier

Dr Bertille Suzat

Dr Xavier Humbert

Pr Achille Aouba

Dr Remy Morello

A : Estelle DANET

Objet : avis favorable projet de recherche N° 3652

Cher(e) collègue,

Nous avons analysé au sein du comité d'éthique de la recherche (CLERS) votre étude : Etat des lieux des conséquences de l'exposition anténatale aux opiacés des nouveau-nés

Projet soumis pour validation éthique.

Notre comité, après en avoir fait l'analyse, a émis l'avis suivant :

**Avis Favorable**

Cette étude apparaît conforme aux règles et standards éthiques requis. Nous avons bien pris note et vous rappelons que vous vous engagez dans le projet soumis et validé par notre comité à :

- Une démarche qui n'implique aucune visite ou soin ou acte invasif supplémentaire à ce qui est prévu dans le cadre de leurs soins courants.
- Une analyse des données respectant le caractère totalement anonyme de celles-ci et le secret médical, avec un traitement des données de santé conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.
- **Respecter le principe d'information des participants, information adossée au principe de non opposition (voie d'affichage, livret d'accueil...)**

Cordialement

Pr G Moutel

Président du CLERS

25/08/2022

## RÉSUMÉ

Cette étude s'est intéressée au syndrome de sevrage néonatal aux opiacés du nouveau-né comme conséquence de l'exposition in utero au traitement substitutif de sa mère.

**Méthode** : Étude rétrospective, descriptive et monocentrique réalisée de 2015 à 2022 au CHU de Caen. Les nouveau-nés inclus ont été divisés d'abord en trois groupes selon le grade de sévérité du syndrome de sevrage aux opiacés. Puis ces nouveau-nés ont aussi été divisés en deux groupes selon la prise d'un traitement morphinique.

**Résultats** : Sur la durée de l'étude, 71 nouveau-nés ont été exposés in utero au traitement substitutif aux opiacés de leur mère. 52 d'entre eux soit 73% ont développé un syndrome de sevrage néonatal, dont 46% de grade sévère. La durée d'hospitalisation des nouveau-nés touchés par un syndrome de sevrage néonatal sévère est significativement allongée. Le délai de reprise du poids de naissance est également significativement plus long pour les patients sévères.

**Conclusion** : Une majorité des nouveau-nés exposés in-utero aux opiacés de substitutions développent un syndrome de sevrage néonatal. L'alimentation est plus difficile en cas de syndrome de sevrage, en conséquence la prise de poids est plus lente. La mise en place d'un traitement médicamenteux par sulfate de morphine implique une administration régulière et une surveillance allongeant la durée du séjour à l'hôpital.

**Mots-clés** : Syndrome de sevrage néonatal, traitements substitutifs aux opiacés, toxicomanie maternelle.

**Titre** : Le syndrome de sevrage aux opiacés du nouveau-né de mère substituée : État des lieux au CHU de Caen de 2015 à 2022.

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME - ÉCOLE DE SAGE-FEMMES DE CAEN - PROMOTION 2019-2023

This study investigated neonatal opioid withdrawal syndrome in neonate as a consequence of in utero exposure to maternal substitution therapy.

**Method**: Retrospective, descriptive and monocentric study conducted from 2015 to 2022 at the University Hospital of Caen. The included neonates were first divided into three groups according to the grade of severity of the opioid withdrawal syndrome. These neonates were also divided into two groups according to the use of morphine treatment.

**Results**: Over the course of the study, 71 neonates were exposed in utero to their mother's opioid replacement therapies. 52 of them (73%) developed a neonatal withdrawal syndrome, 46% of which were severe. The length of hospitalization of neonates affected by severe neonatal withdrawal syndrome was significantly increased. The time to regain birth weight was also significantly longer for severe patients.

**Conclusion**: Most of neonates exposed in-utero to opiate substitutes develop a neonatal withdrawal syndrome. Feeding is more difficult in the case of withdrawal syndrome and weight gain is consequently slower. The use of morphine sulphate medication requires regular administration and monitoring, resulting in a longer hospital stay.

**Keywords**: Neonatal withdrawal syndrome, opioid substitution therapy, maternal drug addiction.

**Title**: Opiate Withdrawal Syndrome in the Newborn of Substitute Mothers: A Review of the Situation at Caen University Hospital from 2015 to 2022.