

**Soins infirmiers prodigués à l'enfant atteint de
syndrome de sevrage néonatal
Une revue de littérature étoffée**

Travail de Bachelor

Par

Sandrina A. Teixeira Robalo

Promotion 2008-2011

Sous la direction de :

Nadine Krebs Poncioni et Rebecca Osterwalder

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

Résumé

But : L'objectif de ce travail est d'acquérir des connaissances et des compétences en lien avec le rôle infirmier lors de sevrage néonatal. Ce travail peut également être utilisé comme soutien aux professionnels des services de néonatalogie. C'est pour cette raison que ce « Bachelor thesis » a pour but de faire le point sur différentes stratégies non pharmacologiques étudiées par les chercheurs.

Méthode : quatorze articles scientifiques ont été sélectionnés sur la base de données Medline/Pubmed concernant la question de recherche : « *Quelles sont les stratégies infirmières non pharmacologiques prodiguées au nouveau-né atteint du syndrome de sevrage néonatal susceptibles d'atténuer sa symptomatologie ?* ». La totalité des articles ont été analysés grâce à une grille. La problématique a été argumentée au travers de divers ouvrages et documents. Ceci a permis de mettre en évidence les concepts liés à cette problématique ainsi que la philosophie des soins du développement.

Résultats : Les résultats obtenus des quatorze recherches ont été analysés et catégorisés en cinq sous-chapitres : l'alimentation, la cohabitation, l'emballage, l'environnement adapté et le lit à bascule. L'importance de la diminution des stimulations, du besoin de repos et de bornes physiques ont été expliqués. Ceci a permis de mettre en évidence des interventions infirmières concrètes dans une situation de sevrage néonatal.

Discussion : La discussion a permis une critique des résultats argumentée par les concepts et la philosophie des soins du développement.

Conclusion : Cette revue de littérature étoffée a souligné diverses stratégies non pharmacologiques que l'infirmière peut mettre en place pour pallier aux symptômes de sevrage néonatal. À travers ce travail, nous souhaitons apporter certaines notions pertinentes qui peuvent être facilement intégrées au quotidien d'une prise en charge de ces enfants. Néanmoins, un besoin de recherches scientifiques se fait ressentir quant au traitement non pharmacologique des enfants en sevrage. Ceci est d'autant plus important que les bienfaits se font ressentir par le nouveau-né, par ses parents mais également par le personnel soignant.

Mesh-Term: Neonatal syndrome abstinence, Methadone, Breast feeding, Beds, Infant care, Neonatal nursing, Infant, Newborn, Crying, Child Abuse, Home care services

Déclaration d'authenticité

« Je déclare que moi, Sandrina Alexandra Teixeira Robalo, sous la direction de Madame Nadine Krebs Poncioni et Madame Rebecca Osterwalder, ai réalisé personnellement ce Bachelor Thesis conformément aux directives. J'atteste avoir clairement signalé tout emprunt fait à autrui et j'assure ne pas avoir commis de plagiat.

Sandrina A. Teixeira Robalo

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Nadine Krebs Poncioni et Madame Rebecca Osterwalder de m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce « Bachelor thesis ».

De plus, je souhaite sincèrement remercier tout mon entourage qui m'a été d'une aide précieuse tout au long de la formation et de l'élaboration de ce travail. Il s'agit de ma maman Ana Maria et mon père Antonio pour leur soutien inconditionnel, mon frère Bruno et ma belle-sœur Andreia pour leurs précieux conseils ainsi que mon ami Marcelo pour sa patience et ses encouragements. Un merci également à mes amies les plus proches, Jessica, Hatem, Zoé et Annick.

Table des matières

Introduction	7
1. Problématique	8
1.1 Définition	8
1.2 Argumentation de la problématique	8
1.3 Question de recherche.....	10
1.4 Objectifs / buts poursuivis	10
2. Concepts et cadres de référence.....	11
2.1 Le sevrage néonatal	11
2.2 La Toxicomanie	13
2.3 Les soins infirmiers autonomes	13
2.4 L'allaitement.....	14
2.5 La crise.....	15
2.6 La philosophie des soins du développement.....	16
3. Méthode.....	19
3.1 Argumentation du devis.....	19
3.2 Différentes étapes de la revue de littérature.....	19
3.3 Banques de données.....	20
3.4 Limitations	20
3.4.1 Les critères d'inclusion.....	20
3.4.2 Les critères d'exclusion	21
3.5 Les mots Mesh utilisés.....	21
3.6 Résultats des stratégies de recherche	21
4. Résultats	25
4.1 L'alimentation.....	25
4.1.1 Le besoin de calories	25
4.1.2 L'allaitement	25
4.2 La cohabitation	27
4.2.1 Le rooming-in	27
4.2.2 Cuddler	28

4.3 L'emmaillotage	28
4.4 Un environnement adapté	30
4.4.1 Diminution de la stimulation et favoriser le repos	31
4.4.2 Les stratégies des sens	31
4.5 Le lit à bascule	33
5. Discussion.....	34
5.1 Méthodologie	34
5.2 Discussion des résultats	35
5.2.1 L'alimentation.....	36
5.2.1.1 Besoin de calories	36
5.2.1.2 L'allaitement.....	37
5.2.2 La cohabitation.....	40
5.2.2.1 Le rooming-in	40
5.2.2.2 Cudler.....	41
5.2.3 L'emmaillotage	42
5.2.4 Un environnement adapté.....	47
5.2.4.1 Diminution de la stimulation et favoriser le repos.....	47
5.2.4.2 Les stratégies des sens	48
5.2.5 Le lit à bascule	49
5.3 La réponse à la question de recherche	51
6. Conclusion.....	52
6.1 Les perspectives pour la pratique infirmière.....	52
6.2 Le besoin de recherches futures.....	54
6.3 Limites, points forts et points faibles.....	54
6.4 Le mot de l'auteur.....	55
Bibliographie	56
Annexe	60
Annexe A : Grilles d'analyse d'articles	61

Introduction

Pour ce chapitre, l'auteur s'exprimera en « je » afin de retranscrire au mieux le regard qu'elle porte à ce sujet.

Tout d'abord, cette thématique m'est apparue après avoir effectué un stage au sein de ma formation dans un service de néonatalogie. C'est alors, que j'ai été confrontée pour la première fois à des enfants atteints de syndrome de sevrage néonatal. Leur détresse, leur souffrance et leur vulnérabilité m'ont énormément touchée et c'est pour cette raison que dès le départ j'ai voulu découvrir ce qu'un infirmier, dans son rôle propre, peut mettre en place pour pallier à ces symptômes. Ce « Bachelor thesis » sera ciblé sur les soins non pharmacologiques apportés aux nouveau-nés dès la naissance. Ces stratégies infirmières ont pour but d'apaiser les symptômes accompagnant le sevrage du nouveau-né à n'importe quel moment de la journée et de la nuit en complément du traitement pharmacologique. De plus, ce travail me permettra d'acquérir des connaissances à ce sujet ce qui pourra m'être utile pour ma carrière professionnelle.

Des notions théoriques seront apportées grâce à différents concepts et théories de soin. Dans les chapitres suivants, une présentation plus détaillée sur la question de recherche et les objections de ce travail seront exposés. Puis, les diverses étapes de la méthodologie seront expliquées. De plus, les résultats recueillis seront présentés et discutés au travers des cadres de référence. La conclusion sera dédiée aux perspectives pour la pratique infirmière et le besoin de recherches futures. Pour terminer, les points forts et les points faibles de cette revue de littérature étoffée seront décrits.

1. Problématique

Dans ce chapitre, vous retrouverez la définition du syndrome de sevrage et la problématique sera mise en évidence au travers de statistiques et de concepts principaux en lien avec la problématique de cette revue de littérature.

1.1. Définitions

Selon MESH (1988), le syndrome de sevrage néonatal est défini comme étant une dépendance fœtale et néonatale ressentie lors du retrait de drogues/médicaments suite à une dépendance de la mère pendant la grossesse. Les symptômes d'abstinence se développent peu de temps après la naissance.

1.2. Argumentation de la problématique

Pitteloud et Bellard (2007), ont mené une recherche qui a relevé qu'en Suisse 30'000 personnes sont dépendantes aux opiacés ou à la cocaïne. En parallèle, Beauman (2005) a repris l'étude faite par The National Household survey on Drug Abuse (2001) qui démontre qu'en Amérique 15,1 % des femmes enceintes âgées entre 15 et 17 ans ont consommées des drogues. En 2001, un nourrisson sur dix a été exposé aux drogues in utéro. Une revue de littérature suisse (Smeriglio & Wicox, 1999) décrit son inquiétude face à la consommation de cannabis par les femmes enceintes car elle démontre qu'en Amérique, 7,5% des mères enceintes avaient déjà consommées de la marijuana (cité par Chevalley, 2003, p.2). Fried (1991, cité par Chevalley, 2003, p.2), a relevé lors de son étude que 3% des femmes enceintes au Canada consommaient fréquemment de la marijuana. Les statistiques en lien avec les grossesses de mères toxicomanes ne sont pas toujours réelles car certaines femmes n'avouent pas systématiquement qu'elles consomment ou ont consommé des substances illicites durant leur grossesse. En effet, certains enfants naissent sans que la consommation de leur mère soit connue par le personnel soignant. Selon une enquête française (CEID/Inserm, s.d., cité par Desplanques, 2003), effectuée auprès de mères fréquentant les centres de soins spécialisés pour les toxicomanes, les statistiques suivantes ont pu être établies :

- 50% des mères n'avouent pas leur toxicomanie aux professionnels par peur des répercussions.
- 40% n'ont pas eu la garde de leur enfant
- 40% des mères toxicomanes ont souffert de maltraitances psychologiques
- 40% ont subi des maltraitances physiques au sein de leur famille.
- 20% ont été victimes d'abus sexuels.
- 43% d'entre elles ont parlé de ces souffrances pour la première fois lors de la réalisation de cette enquête.

Ces statistiques montrent qu'il est indispensable d'être attentif au comportement de tous les nouveau-nés mais également d'apporter un soutien aux parents de ces enfants. Comme le démontre ces chiffres, les mères ont fréquemment vécu des parcours de vie traumatisants et difficiles. La grossesse peut être vécue comme déstabilisant et leur toxicomanie favorise le sentiment de culpabilité de la part des mamans. Il s'agit de la raison principale pour laquelle elles ne sont pas sincères quant à leur consommation de drogues. C'est pour cela que si un lien de confiance est établi, cela peut améliorer la prise en charge lors de la grossesse et ainsi la mère pourrait se sentir en sécurité pour parler librement de sa consommation. La confiance et le non-jugement est nécessaire pour améliorer le déroulement de l'hospitalisation et la prise de conscience du statut de mère par la femme toxicomane.

La prise en charge de ces enfants passe par un traitement médicamenteux (morphine, phénobarbital, diazépam, méthadone, teinture d'opium) qui est fréquemment recommandé afin de pallier aux symptômes de sevrage (Bopst, 2000). Cependant, la mise en place de stratégies non pharmacologiques peut les soulager tout au long de la journée et de la nuit. Pour chaque naissance l'infirmière doit être capable d'identifier et de quantifier les différents symptômes que pourraient présenter ces enfants afin de mettre en place une prise en charge adaptée. Au centre hospitalier de Genève, un service de développement et de la croissance a été inauguré. Celui-ci accueille en moyenne depuis cinq ans quatre à huit bébés par an pour un sevrage de toxiques (Pitteloud, Bellard, 2007). Cependant, bien d'autres sevrages se font dans le service de néonatalogie lorsque la naissance se fait de manière prématurée.

Compte tenu de toutes ces données, une formation apportée aux professionnels qui seraient susceptibles d'être confrontés à de telles situations semble nécessaire. De plus, en lien avec les symptômes présentés par les enfants en sevrage, nous pouvons mettre

en place des stratégies infirmières non-pharmacologiques qui peuvent diminuer leur intensité d'autant plus que l'étude de Velez et al. (2009) démontre que seul 53,3% des nourrissons atteints de syndrome de sevrage ont eu recours à un traitement pharmacologique. Velez, Lauren et Jansson (2009) soulignent que les soins non pharmacologiques ne sont pas une substitution du traitement médicamenteux mais bien une norme de soins pour tous les nourrissons à risque de syndrome de sevrage néonatal. Contrairement aux médicaments qui ne peuvent pas être administrés lors de chaque apparition de signes de sevrage, les soins de confort peuvent être pratiqués à n'importe quel moment de la journée et de la nuit. Ces interventions non-pharmacologiques ont des conséquences notables ; en effet, si l'on arrive à diminuer les pleurs et l'irritabilité, l'interaction entre la mère et son enfant sera facilitée. D'autre part, si le personnel soignant, au travers de certains soins, favorise l'alimentation et le temps de sommeil, cela ne peut qu'aider à son développement. En outre, il est important d'enseigner ces techniques aux parents afin qu'ils puissent les mettre en place. Ceci favorisera leur autonomie et ils se sentiront ainsi pris en compte dans l'accompagnement de leur enfant. De plus, le début de l'apparition des symptômes dépendent de la drogue qui a été consommée par la mère et peuvent apparaître plusieurs semaines après l'accouchement ou dans certains cas, persister après le retour à domicile. Il est donc primordiale que la mère reçoive les informations nécessaires afin de comprendre et de gérer les symptômes de son enfant.

1.3 Question de recherche

La question de recherche qui a guidé cette revue de littérature étoffée est la suivante :
« *Quelles sont les stratégies infirmières non pharmacologiques prodiguées au nouveau-né atteint du syndrome de sevrage néonatal susceptibles d'atténuer sa symptomatologie ?* ».

1.4 Objectifs / buts poursuivis

Cette revue de littérature a pour but de déterminer les stratégies infirmières non pharmacologiques appliquées auprès du nouveau-né afin d'améliorer la prise en soin de l'enfant atteint du syndrome de sevrage néonatal. Un cadre de référence ainsi que différents concepts en lien avec cette problématique seront exposés.

2. Concepts et cadres de référence

Avant toute analyse, il semble judicieux de donner un premier éclairage sur différents concepts pertinents en lien avec la thématique. Tout d'abord, nous retrouvons le concept de toxicomanie chez l'enfant. Par la suite, les notions de sevrage néonatal, de soins infirmiers autonomes, d'allaitement et le concept de crise seront explicités. Par la suite, la philosophie des soins du développement sera développée afin d'être mise en lien avec les résultats dans le chapitre « discussion » plus tard dans ce travail.

2.1. *Le sevrage néonatal*

« Ensemble de signes et symptômes (neurologiques, gastro-intestinaux, respiratoires, végétatifs) apparaissant dans les minutes, heures ou jours qui suivent la naissance, suite à la privation de drogues, médicaments ou alcool, auxquels l'enfant a été exposé in utero. » (Bopst, 2000, p.2). « Les opiacés consommés par la mère traversent la barrière placentaire et sont stockés essentiellement dans le cerveau, les poumons, le foie et la rate du fœtus » (Vereby et al., 1994, cité par Chevalley, 2002, p.5)

Ce syndrome peut apparaître dès le jour de la naissance ou 72 heures après l'accouchement chez les nourrissons exposés à l'héroïne. Lors de consommation de méthadone, les premiers symptômes peuvent se manifester entre 7 à 10 jours après la naissance. Les symptômes de sevrage sont les suivants : « les tremblements, une hyperthermie, une sudation, une irritabilité, une tachypnée, des cris stridents, une hypertonicité, des éternuements, une difficulté à coordonner la succion et la déglutition, des diarrhées et vomissements et parfois des convulsions » (Chevalley, 2002). Une forte réactivité aux stimulations (des pleurs excessifs face aux lumières, aux sons, au toucher, etc.) et des troubles du sommeil (difficulté à gérer la transition entre les états de réveil/sommeil, les périodes de sommeil profond sont rares) sont certains signes liés au sevrage. Des troubles moteurs (hypertonie, exagération du réflexe de Moro, tremblements, mouvements non coordonnés, irritabilité) ainsi que des difficultés lors de l'allaitement (mauvais positionnement de la langue sur le mamelon pouvant avoir pour conséquence une mauvaise prise de poids) font également parti des symptômes.

Le dérèglement du système nerveux autonome est décrit par certains signes de stress comme : les changements de couleurs, des marbrures, de la tachypnée, des éternuements et des selles fréquentes (Velez, Lauren et Jansson, 2009).

Les symptômes de sevrage divergent selon la drogue à laquelle ils ont été exposés in utéro. En effet, lorsque la mère a consommé de la méthadone durant la grossesse, l'enfant présentera une perturbation de la croissance fœtale accompagnée d'un risque élevé de détresse fœtale et de mort subite du nourrisson. Si l'enfant a été exposé à la cocaïne, celle-ci stimule le système nerveux central ce qui provoque des sursauts, un besoin excessif de téter ainsi qu'une augmentation du risque de mort subite du nourrisson. Les amphétamines, comme la cocaïne, stimule le système nerveux central de l'enfant ce qui engendre fréquemment un accouchement prématuré, un poids de naissance bas ainsi que des saignements intracrâniens. La marijuana amène également un faible poids de naissance, un saignement intracrânien et l'enfant est à risque de faire des hypoglycémies ou une sepsis. Une faible calcémie, des difficultés d'alimentation, une irritabilité et une tachypnée sont observés chez les enfants ayant été exposés à la marijuana (James, 2009).

La durée du traitement de sevrage varie selon le type de drogue, de la quantité et du temps d'utilisation. Le score de Finnegan répertorie et note selon l'intensité les nombreux symptômes des enfants en sevrage et permet ainsi de réajuster le traitement (Beauman, 2005).

Le score de Finnegan est une grille qui se remplit toutes les quatre heures permettant ainsi de réajuster le traitement. Cette évaluation peut être faite par le médecin, l'infirmière ou la mère. Il répertorie et note d'un à quatre les troubles du système nerveux central (cri, sommeil, réflexe de Moro, etc.), les troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires (température, éternuement, etc.). Puis, les troubles gastro-intestinaux (régurgitations, vomissements, etc.) sont également évalués. Les nourrissons ayant un score de huit ou plus sont mis sous traitement médicamenteux (Finnegan, 1986, cité par Van Woensel & Beyra-Vanneste, , 2000, p.131). Nous pouvons donc mettre en évidence la complexité et les répercussions des drogues sur le développement du nouveau-né.

2.2 *La toxicomanie*

L'OMS définit la toxicomanie comme « un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci ». L'OMS préfère le terme pharmacodépendance que celui de toxicomanie. « Elle se traduit par un usage répété et excessif d'une ou plusieurs substances toxiques (analgésiques et/ou psychotropes) sans justification thérapeutique.

Cet usage s'accompagne d'un désir incontrôlable de continuer à consommer le produit, accompagné d'accoutumance et de dépendance. »

Dans le cas du sevrage néonatal, la toxicomanie est tout d'abord reliée à la femme enceinte. Cependant, en reprenant la définition de l'OMS, nous pouvons constater que la consommation de la mère provoque également une dépendance chez l'enfant suite à une consommation de substances toxiques (dans ce cas la consommation est passive étant donné que les drogues ingérées franchissent la barrière transplacentaire). Le nouveau-né aura également développé une accoutumance et une dépendance à cette substance. Ceci justifie le besoin fréquent de traitement médicamenteux pour sevrer les enfants. Les symptômes que ceux-ci présentent lors de leur naissance sont directement liés à cette « toxicomanie passive ».

2.3. *Les soins infirmiers autonomes*

Les soins infirmiers autonomes sont en corrélation avec cette revue de littérature centrée sur les soins non pharmacologiques. Selon Mr Michel Nadot « [...] La médiologie de la santé est l'étude de l'activité soignante dans son ensemble. Elle permet de considérer que l'infirmière fournit, en toute circonstance et potentiellement, des prestations au système de santé (SC1 : institution), au corps médical (SC2) et à la personne soignée (SC3 : **fonction indépendante**). L'infirmière en tant qu'intermédiaire culturelle occupe une place stratégique dans le système de santé » (2002). Dans le troisième système culturel, nous retrouvons tout ce qui concerne l'histoire de vie du patient ainsi que son entourage familial et social (Nadot, 2002).

En lien avec la définition de Mr Nadot, Mr Thierry Lothaire, président de la Commission Technique de l'art infirmier à Liège, définit le rôle autonome de l'infirmier comme désignant :

« Le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie ainsi qu'une capacité de jugement et d'initiatives pour prodiguer des soins globaux individualisés, responsables et créatifs à chaque patient » (2006, p.5).

Dans les deux définitions citées ci-dessus, nous pouvons souligner que le rôle autonome fait partie intégrante de la profession d'infirmière. Le lien peut être établi entre la théorie et l'importance de la mise en place de stratégies infirmières non-pharmacologiques. En effet, ces actions ne sont pas médico-déléguées mais font partie de la propre initiative de l'infirmière à vouloir individualiser et améliorer les soins apportés au patient. C'est d'ailleurs pour cela que cette revue de littérature s'est dirigée vers les soins « non-pharmacologiques » afin de valoriser et privilégier les soins autonomes de l'infirmière.

En lien avec cette problématique, différentes stratégies infirmières non-pharmacologiques peuvent être mises en place. L'alimentation adaptée, le rooming-in, l'emmaillotage, l'environnement adapté et le lit à bascule seront les cinq grandes stratégies développées dans ce travail. De nombreuses autres interventions ont également pour but d'apaiser les enfants ayant le syndrome de sevrage néonatal. Le contact peau à peau avec ses parents ainsi que l'utilisation des tétines ont un effet apaisant auprès du nouveau-né.

2.4 L'allaitement

L'allaitement est un concept pertinent pour cette revue de littérature car elle représente une des stratégies développées plus tard dans ce travail. Ses propriétés et ses effets amènent ainsi un apport théorique permettant d'argumenter les résultats des recherches.

L'allaitement présente de nombreux bienfaits aussi bien pour l'enfant que pour la mère. En effet, il diminue les maladies infectieuses telles que les otites, les infections respiratoires, urinaires etc., et aide au développement cognitif. Du côté maternel, l'allaitement favorise entre autre le l'attachement mère-enfant et renforce la confiance de la mère. Le lait maternel est composé notamment de protéines, vitamines, eau, glucides et de lipides (de Tilly & Krebs Poncioni, s.d).

2.5 *La crise*

« La crise se définit comme un déséquilibre psychologique chez un sujet vivant une situation difficile ou dangereuse, laquelle lui pose un problème important qu'il ne peut régler ni éviter au moyen des ressources habituelles de résolution de problèmes » (Caplan, 1964, cité par Auderset, 2010).

Si l'on met en lien cette définition avec les nouveau-nés atteints de syndrome de sevrage, il est inévitable de dire qu'ils vivent des instants de grands déséquilibres psychologiques causés par le manque de drogues. En effet, Martel et Milette (2006), décrivent ce déséquilibre par des signes cliniques d'instabilité (stress) chez les nourrissons malades. Etant donné qu'il s'agit de nouveau-nés, ils ne possèdent que très peu de ressources pour faire face au stress dû aux symptômes et à l'hospitalisation. Le stress vécu par le nouveau-né prématuré ou malade provoque trois changements physiologiques (cycle veille/sommeil, l'oxygénation, les rythmes respiratoires et cardiaques) qui perturbent sa croissance, sa capacité à récupérer et à s'organiser allant jusqu'à empêcher le développement optimal de son cerveau (Tucker Catlett & Holditch-Davis, 1990, cité par Martel & Milette, 2006, p.47). Ceci souligne la difficulté et la dangerosité de la situation vécue par ces enfants.

En parallèle, la vie de la mère toxicomane a souvent été marquée par des événements tragiques. Comme décrit dans le chapitre « argumentation de la problématique », 40% des mères toxicomanes ont souffert de maltraitements psychologiques et physiques au sein de leur famille et, 20% ont été victimes d'abus sexuels. Ces chiffres démontrent la souffrance vécue par de nombreuses mamans toxicomanes. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'elles se trouvent également dans une phase de crise accompagnée d'un réel manque de ressources personnelles et sociales dû à leur toxicomanie.

Combrinck-Graham (1985), décrivent la naissance comme une étape déstabilisante et comme une situation de crise. Il est donc facilement imaginable que la naissance d'un enfant atteint de syndrome de sevrage accentue davantage cette étape de crise.

Huber (1993), explique les deux buts visés lors d'interventions de crise :

1. « Résoudre des problèmes de vie intenses et urgents qui dépassent les capacités de maîtrise d'un individu
2. Soulager les souffrances de la personne en crise et prévenir les conséquences négatives (médicales, sociales, et psychologiques) » (cité par Nussbaum, s.d.).

Ces deux buts sont donc poursuivis par l'équipe soignante qui tente de résoudre le problème de sevrage de l'enfant qui n'a pas de ressources suffisantes pour maîtriser cette situation seul.

Puis, soulager la souffrance du nouveau-né atteint de syndrome de sevrage est sans doute la priorité pour tous les soignants. Tout est alors mis en œuvre pour lui éviter autant que possible les conséquences néfastes citées auparavant.

2.6 La philosophie des soins du développement

La philosophie des soins du développement permettra une analyse pertinente des résultats présentés plus loin dans ce travail.

Cette philosophie est en lien avec la théorie synactive du développement écrite dans les années huitante, par le docteur Heideleise Als, psychologue spécialisée en neuro-développement. Cette théorie est la continuité des travaux du docteur Brazelton qui était un professeur de pédiatrie à l'Université de Harvard à Boston concernant les compétences sensorielles, cognitives et sociales du nouveau-né. La théorie synactive du développement décrit que le développement du fœtus et du nouveau-né se fait par l'interaction de cinq sous-systèmes (le sous-système autonome, moteur, états de veille/sommeil, attention/interaction et le sous système de l'autorégulation) (Martel & Milette, 2006).

Selon Als (1982), le sous-système autonome est au centre du fonctionnement de l'organisme. (...) il représente aussi le développement des organes vitaux et leur fonctionnement de base. Les voies de communication de ce sous-système incluent la régulation des fonctions comme le rythme cardiaque, la pression artérielle, la respiration (...), le nouveau-né doit d'abord établir une stabilité autonome avant de passer au sous-système suivant. Plus le nouveau-né est immature ou malade, plus il utilise ses énergies à essayer de garder un équilibre dans ce sous-système.

Le sous-système moteur est identifié comme l'ensemble de comportement lié à la posture, au tonus musculaire et aux mouvements généralisés du corps. Afin d'atteindre le troisième sous-système, le nouveau-né doit avoir intégré l'autonome et le moteur (Martel & Milette, 2006).

Pour Martel et Milette (2006, p.56), le sous-système des états de veille/sommeil «correspond à l'habileté du nouveau-né à atteindre différents niveaux de conscience situés entre l'état de sommeil et l'état d'éveil ». Comme cité auparavant, ce sous-système doit être acquis afin de passer au suivant.

Toujours selon les mêmes auteurs nommés ci-dessus (2006), le sous-système de l'attention/interaction est décrit comme étant la capacité de l'enfant à maintenir une attention et à établir une relation avec son environnement, sa famille et les personnes présentent dans son entourage.

Le sous-système de l'autorégulation fait office d'ancrage entre les quatre sous-systèmes nommés précédemment afin de retrouver un équilibre. Ainsi, face à un stimulus négatif de l'environnement, le nouveau-né adoptera des comportements d'auto-renforcement, comme la succion et l'attraction main-bouche. Lorsqu'il y a une instabilité dans plusieurs sous-systèmes, il est très difficile d'adopter ce comportement. De même, cette capacité d'autorégulation est souvent absente quand le nouveau-né est très immature ou très malade, ou encore quand il est sous l'influence de certains médicaments ayant un effet sur le système nerveux central (ibid, 2006, p.57).

Un service de néonatalogie, présente de manière générale, plusieurs stimulations intenses et fréquentes qui perturbent le nouveau-né prématuré ayant un système nerveux sensoriel immature. Ces stimulations peuvent provoquer des conséquences néfastes sur les développements physiologiques, comportementaux et moteurs du nouveau-né malade (ibid, 2006).

Les soins du développement ont été définis par différents auteurs :

« Les soins du développement constituent un processus en constante évolution où les interventions individualisées des professionnels de la santé sont adaptées aux besoins du développement du nouveau-né prématuré » (Aita & Snider, 2003, cité par Martel & Milette, 2006, p.78).

Cette philosophie vise différents buts :

Les soins du développement visent à favoriser un environnement physique et psychologique qui réduira l'impact de l'unité néonatale sur le nouveau-né et sa famille.

On utilise plusieurs objectifs spécifiques pour atteindre ce but :

- La création d'un environnement structuré où l'intensité de la lumière et du son est diminuée.
- La réduction des manipulations, un regroupement des soins, des temps de répit et l'utilisation d'une sucette d'amusement.
- L'utilisation de bornes physiques par l'emmaillotement, l'utilisation de rouleaux et l'utilisation des mains afin de contenir le nouveau-né. Les limites ainsi créées aident le nouveau-né à trouver celles de son corps.
- Le bon positionnement par la flexion des extrémités, l'attraction main-bouche et le positionnement en décubitus dorsal, ventral et latéral avec l'utilisation de rouleaux ou d'outils de positionnement. (Als, 1984a ; 1992b, cité par Martel & Milette, 2006, p.79-80)

L'ouvrage, écrit par Marie-Josée Martel et Isabelle Milette (2006), met l'accent sur les bienfaits des soins du développement auprès des nouveau-nés, des parents, du personnel soignant ainsi que du système de santé. À court terme, les enfants bénéficiant de ces soins présentent une diminution des bradycardies, des tachycardies et des apnées. Ils présentent une meilleure stabilité au niveau de la tension artérielle et de la saturation en oxygène. Une qualité de sommeil augmentée, une diminution des trémulations et de l'irritabilité sont des aspects relevés chez ces enfants.

3. Méthode

Dans ce chapitre, vous retrouverez l'argumentation du choix du devis ainsi que les différentes étapes qu'elle comporte. Cela permettra de décrire les limites de cette revue de littérature étoffée. Vous saurez également comment ont été trouvés les articles sélectionnés pour la rédaction de ce travail.

3.1 Argumentation du devis

Le devis de ce Bachelor Thesis s'est porté sur une revue de littérature étoffée. Ce choix s'argumente par différents critères. Selon Loisel (2007), une revue de littérature permet d'approfondir ses connaissances sur un thème bien délimité. Ce thème est d'autant plus judicieux qu'il se base sur la pratique professionnelle afin de l'évaluer et de l'améliorer. La méthodologie recommande le résumé des connaissances déjà publiées, en relevant les aspects pertinents et en soulignant les lacunes qui subsistent toujours.

Par ailleurs, les statistiques prouvent qu'il s'agit d'une problématique existant dans la pratique professionnelle. Ces stratégies pourront apporter une amélioration de la pratique en soulignant les résultats des études déjà réalisées en lien avec cette thématique.

3.2. Différentes étapes de la revue de littérature

Tout d'abord, il est essentiel de définir une problématique de recherche grâce à différentes hypothèses ou questions de départ. Dans un deuxième temps, le point sur les connaissances existantes en lien avec cette thématique pour relever les incohérences ainsi que les lacunes seront cernées. Puis, des cadres théoriques permettront d'analyser les résultats de cette revue de littérature. Finalement, une interprétation et une discussion sera faite sur les résultats obtenus (Loisel 2007, p.138).

3.3. Banques de données

Le but de cette revue de littérature étoffée est de répondre à la question : « *Quelles sont les stratégies infirmières non pharmacologiques prodiguées au nouveau-né atteint du syndrome de sevrage néonatal susceptibles d'atténuer sa symptomatologie ?* ». Pour ce faire, une recherche a été menée auprès de différentes banques de données telles que :

- PubMed/Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- cochrane library (<http://www.cochrane.org/>)
- CINHAL (<http://www.ebscohost.com/cinahl/>)

Toutefois, la totalité des recherches sélectionnées pour cette revue de littérature étoffée ont été trouvées sur la banque de données PubMed/Medline. Les résultats obtenus sur cochrane library et CINHAL n'aboutissaient pas à des articles de qualité ni pertinents pour la problématique. Les recherches ont été effectuées entre mars 2010 et avril 2011. La principale difficulté a été que la majorité des articles trouvés abordent le traitement pharmacologique alors que seule une minorité parle des stratégies non pharmacologiques. Etant donné que treize articles sur quatorze sont en anglais, beaucoup de temps a été dédié à la traduction des recherches.

3.4 Limitations

3.4.1 Les critères d'inclusion

Les recherches seront limitées d'après certains critères comme la date et la langue. En effet, les revues et articles utilisés dateront en moyenne des dix dernières années ; tous les articles ont été publiés entre 2000 et 2010. Une seule date de 1999. De plus, les critères de langues sélectionnés ont été le : français, anglais, allemand, portugais, espagnol et italien.

D'autre part, lors de la lecture des différents articles, les termes « drogue » ou « substances illicites » n'ont pas été clarifiés. En effet, l'alcool peut être considéré comme une drogue cependant, elle ne serait plus en lien avec cette thématique. Cette revue de littérature se basera donc sur les substances médicamenteuses ou drogues illicites telles que les opiacés, la cocaïne, l'héroïne et les stupéfiants. Les articles choisis intègrent les soins non pharmacologiques auprès du nouveau-né atteint de syndrome de sevrage.

Chaque article ayant un devis quantitatif/qualitatif a été évalué afin d'estimer s'il s'agit d'une high evidence based. Ceci a été fait grâce aux « grille de lecture critique d'un article scientifique » mis à disposition par Mme Nicole Nadot. Ainsi, onze des quatorze articles utilisés pour cette revue de littérature ont obtenu plus de 60% de la totalité des points de cette grille. Les trois autres articles seront argumentés plus tard.

3.4.2 Les critères d'exclusion

Différents articles ont été exclus de la sélection lorsqu'ils dataient de plus de onze ans et lorsqu'ils n'abordaient que des sujets purement pharmacologiques. D'autre part, ceux n'obtenant pas au minimum 60% des points de la grille de lecture critique n'ont pas été intégrés (sauf trois) afin d'avoir des articles de meilleure qualité possible.

3.5 Les mots Mesh utilisés :

- Neonatal syndrome abstinence
- Methadone
- Breast feeding
- Beds
- Infant care
- Neonatal nursing
- Infant, Newborn
- Crying
- Child Abuse
- Home care services

3.6 Résultats des stratégies de recherche

Différentes stratégies comprenant les mots Mesh ci-dessus ont permis de trouver les quatorze articles sur PubMed inclus dans cette revue de littérature étoffée. Chacune d'entre elles aborde des aspects pertinents en lien avec la thématique.

Stratégie 1 :

"Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh] AND "Infant, Newborn"[Mesh]

Résultats : 675 articles sont trouvés dont 3 ont été retenus

1. Velez ML., Jansson LM., Schroeder J., Williams E. (2009). Prenatal methadone exposure and neonatal neurobehavioral functioning. *Pediatric research*, 66(6) :704-709
2. Abrahams R., Kelly A., Payne S., Thiessen P., Mackintosh J., Janssen P. (2007). Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin. *Canadian Family Physician*, 53 :1722-1730
3. White-Traut R., Studer T., Meleedy-Rey P., Murray P., Labovsky S., Kahn J. (2002). Pulse rate and behavioral state correlates after auditory, tactile, visual, and vestibular intervention in drug-exposed neonates. *Journal of perinatology*, vol 22 number 4, p.291-299

Stratégie 2 :

"Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh] AND "Breast Feeding"[Mesh]

Résultats : 23 articles sont trouvés dont 2 qui ont été retenus :

1. Dryden C., Young D., Hepburn M., Mactier H. (2009). Maternal methadone use in pregnancy : factors associated with the development of neonatal abstinence syndrome and implications for healthcare resources. *BJOG*, vol.116, p. 665-671
2. Abdel-Latif M., Pinner J., Clews S., Cooke F., Lui K., Oei J. (2006). Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics*, vol. 117 no.6, 1163-1169

Stratégie 3 :

"Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh] AND "Neonatal Nursing"[Mesh]

Résultats : 29 articles sont trouvés dont 1 qui a été retenus :

1. Oei J., Lui K. (2007). Management of the newborn infant affected by maternal opiates and other drugs of dependency. *Journal of paediatrics and child health*, vol.43, p.9-18

Stratégie 4 :

"Beds"[Mesh] AND "Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]

Résultats : 5 articles sont trouvés dont 1 qui a été retenu

1. K. D'Apolito (1999). Comparison of a rocking bed and standard bed for decreasing withdrawal symptoms in drug-exposed infants. *The American journal of maternal child nursing*, vol.24, p.138-144

Stratégie 5 :

"Infant Care"[Mesh] AND "Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]

Résultats : 37 articles sont trouvés dont 2 qui ont été retenus :

1. Beauman S. (2005). Identification and management of neonatal abstinence syndrome. *Journal of infusion nursing*, vol. 28, p.159-167
2. Marcellus L. (2002). Care of substance-exposed infants: the current state of practice in Canadian hospitals. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, vol. 16, p. 51-68

Stratégie 6 :

"Infant Care"[Mesh] AND "Crying"[Mesh]

Résultats : 150 articles sont trouvés dont 1 qui a été retenu :

1. Van Sleuwen B., Engelberts A., Boere-Boonekamp M., Kuis W., Schulpen T., L'Hoir M. (2007). Swaddling: a systematic review. *Pediatrics*, vol. 120, no. 4, p.1097-1106

Stratégie 7 :

"Methadone"[Mesh] AND "Breast Feeding"[Mesh]

Résultats : 22 articles sont trouvés dont 1 qui a été retenu :

1. Jansson LM, Choo R., Velez ML, Lowe R, Huestis MA (2009). Methadone maintenance and long-term lactation. *Breastfeeding medicine*, 3(1) : 34-37

Stratégie 8 :

"Child Abuse"[Mesh] AND "Home Care Services"[Mesh]

Résultats : 112 articles sont trouvés dont 1 qui a été retenu :

1. Nair P., Schuler M., Black M., Kettinger L., Harrington D. (2002). Cumulative environmental risk in substance abusing women : early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development, *Child Abuse & Neglect*, vol. 27, p.997-1017

Articles mis à disposition par la professeur :

1. Pitteloud F., Bellard A. (2007). Prise en charge d'un nouveau-né en sevrage de drogues : Un avenir pour l'enfant, *Krankenpflege, soins infirmiers*, p.48-51
2. Dodge P., Brady M., Maguire B. (2006) Initiation of nurse-developed interdisciplinary plan of care for opiate addiction in pregnant woman and their infants, *IJCE*, vol. 21, no°2 p.21-24

4. Résultats

Après avoir lu l'intégralité des articles, cinq soins non pharmacologiques ont été répertoriés comme les plus fréquemment utilisés. Il s'agit de :

- l'alimentation
- le rooming-in
- l'emballage
- l'environnement adapté
- le lit à bascule

Chacune de ces stratégies non pharmacologiques sera présentée et développée dans les chapitres suivants.

4.1 *L'alimentation*

Le chapitre alimentation comprend deux aspects : le besoin de calories ainsi que l'allaitement. Il s'agit de deux notions nécessaires d'aborder lorsque l'on traite de sevrage néonatal.

4.1.1 Le besoin de calories

Les importantes dépenses énergétiques de ces nourrissons entraînent un risque important d'hypoglycémie causées notamment par l'hypertonie. Il est donc conseillé de fractionner la quantité de lait en petits repas fréquents. Ceci permet à l'enfant de mieux tolérer la nourriture ingérée et avoir un apport calorique suffisant (Beauman, 2005). Selon Pitteloud et Bellard (2007), l'apport peut être augmenté jusqu'à 200 calories par kilogrammes, par jour.

4.1.2 L'allaitement

L'American academy of Pediatrics, prône l'allaitement uniquement pour les femmes consommant moins de 20mg de méthadone par jour. Toutefois, depuis 2001, elle considère que toute femme sous traitement de méthadone est encouragée à allaiter. Dryden et al (2009) vont plus loin en disant que toutes les mères toxicomanes doivent être encouragées à allaiter à l'exception des femmes séropositives.

Oei et Lui (2007), indiquent que la quantité de drogue présente dans le lait maternel est infime alors que les bienfaits de l'allaitement sont considérables.

Abdel-Latif et al. (2006) ont mené une recherche auprès de 190 nourrissons nés de mères toxicomanes. Cette étude composée de ce grand échantillon a permis de souligner l'effet bénéfique de l'allaitement sur les symptômes de sevrage présentés par ces enfants. Une diminution de la durée d'hospitalisation (20 jours de moins pour les enfants allaités), une diminution des besoins médicamenteux (52,9% contre 79% pour les enfants n'étant pas allaités) et une diminution des symptômes de sevrage ont été observés chez les nouveau-nés nourris au lait maternel. Les bénéfices sont identiques indépendamment de la méthode alimentaire utilisée ; au sein, au biberon ou par gavage, les bénéfices sont identiques. Toutefois, les enfants allaités de mères ayant consommées plusieurs drogues, ont de moins bons scores de Finnegan que ceux exposés à une seule drogue au cours des neuf premiers jours de vie. Cependant, les auteurs relèvent une limite importante de cette étude qui est que l'échelle de Finnegan répertorie essentiellement les symptômes de sevrage aux opiacés. Aucun système n'inclut l'évaluation du sevrage de cocaïne, le cannabis, les amphétamines etc. malgré le fait que la majorité des femmes incluent dans cette recherche étaient exposées à la méthadone.

Une des causes amenant les mères à ne pas allaiter sont les difficultés à fournir suffisamment de lait pour nourrir leur enfant. De plus, ces dernières n'ont pas reçu les mêmes soins prénataux que celles qui allaitent leurs enfants. En parallèle, selon Dryden et al (2009) disent que selon eux, la polyconsommation n'est pas la raison amenant certaines femmes à refuser l'allaitement mais, il s'agirait plutôt des préjugés sociaux liés à leur toxicomanie. C'est pour cela qu'ils rappellent l'importance d'encourager, de soutenir et d'aider les mères à allaiter leurs nourrissons. Oei et Lui (2007), expliquent que le taux d'allaitement est faible chez les mères toxicomanes dû aux contraintes liées à leur mode de vie.

L'allaitement entraîne des répercussions sociales auprès des familles composées de mères toxicomanes. En effet les mères qui allaitent, démontrent qu'elles sont plus susceptibles d'avoir des soins prénataux complets. Par conséquent, elles sont moins susceptibles d'être polytoxicomanes et d'être considérées comme des mères à risque de négligence envers leur enfant.

Ceci est argumenté par le fait que l'allaitement exige un dévouement, une organisation sociale adaptée et qu'il permet à la mère d'être plus apte à apaiser son enfant lors d'un sevrage que le contraire (Abdel-Latif et al., 2006). Par ailleurs, Marcellus (2002) aborde un sujet important qui concerne l'attachement entre la mère et son enfant hospitalisé. L'allaitement permet de renforcer ce lien et d'améliorer la santé de la mère et de son bébé.

Janssons et al. (2009), ont mené une recherche afin d'étudier les conséquences de l'allaitement à long terme chez les mères toxicomanes. Les résultats ont démontrés que les concentrations de méthadone dans le lait maternel et dans le plasma sont variables mais restent toujours faibles. Le taux de méthadone présent dans le plasma s'élève à 2.0ng/mL. Ces résultats confirment qu'il est peu probable que des troubles du développement soient observés chez les enfants nés de femmes sous traitement de méthadone désirant allaiter au-delà de la période néonatale.

4.2 La cohabitation

La cohabitation comprend le rooming-in ainsi qu'un nouveau concept, le Cuddler. Au travers de ces deux sous-chapitres, vous retrouverez l'inventaire de ces résultats.

4.2.1 Le rooming-in

Le rooming-in est un concept qui implique le séjour de la mère auprès de son enfant à l'hôpital. Une étude d'Abrahams et al (2007), a relevé que le rooming-in diminue significativement le besoin de sevrage pharmacologique ainsi que la durée d'hospitalisation par rapport aux enfants n'ayant pas bénéficié du rooming-in. Il diminue les vomissements et le besoin d'utiliser l'isolette. Ils abordent également les répercussions sociales ; les mères pratiquant le rooming-in ont plus de probabilités d'obtenir la garde de leurs enfants comparativement aux autres. D'après cette étude, le rooming-in facilite l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine et permet un maternage plus efficace de la part des mères qui sont systématiquement auprès de leur enfant. Un taux plus élevé de mères qui allaitent a été observé auprès des mères ayant recouru au rooming-in. D'ailleurs, Dryden en 2009 confirme cette facilité d'allaitement grâce à la cohabitation.

Pitteloud et Bellard (2007), encouragent les parents à être aussi souvent que possible auprès de leur enfant et les encouragent à le porter, le bercer et à rester en contact peau à peau avec lui. Il décrit que l'irritabilité présentée par les enfants n'est pas toujours dû au sevrage lui-même mais à un attachement fragile entre la mère et son bébé.

4.2.2 Cuddler

Le programme Cuddler décrit par Dodge et al. (2006), consiste à former des bénévoles au lavage des mains, au contrôle des signes d'infection, à l'emballage et aux besoins du développement du nourrisson. Cette formation permet à ces volontaires d'être auprès de l'enfant en absence des parents afin de porter et de caresser le bébé. Cette méthode est une des stratégies élaborée au sein d'une équipe interdisciplinaire (infirmiers, médecins, pharmaciens, assistants sociaux, cliniciens etc.) qui a pour but de déterminer les soins les plus appropriés à apporter à l'enfant atteint de syndrome de sevrage.

4.3 L'emballage

L'emballage est une technique qui vise à apporter un contenant corporel aux enfants en sevrage. En effet, il apporte un « cocon » qui leur rappelle l'endroit où ils ont vécu durant les neuf mois de la grossesse. Le contenant peut être créé par le biais de différents moyens tels que le maxi-cosi, le hamac, le coussin de positionnement ou les langes (Pitteloud, Bellard, 2007).

Pour commencer, Van Sleuwen et al. (2007), souligne que l'emballage est une stratégie efficace à appliquer auprès des enfants atteints de syndrome de sevrage néonatal. Le sevrage entraîne plusieurs conséquences néfastes dont de longues périodes d'éveil et des pleurs fréquents (D'Apolito, 1999). En lien avec ces symptômes, l'étude de Van Sleuwen et al. (2007), décrit les effets de l'emballage sur le sommeil et l'état de veille de l'enfant. En effet, des nourrissons âgés environ de 80 jours ont été emballés pendant leur sommeil et ont présenté des périodes d'éveils plus restreintes et moins de sursauts que les enfants qui ne bénéficient pas de cette technique. Elle souligne l'effet apaisant de l'emballage en diminuant les pleurs qui représentent un symptôme de sevrage très présent. Cela est d'autant plus important, compte tenu que les pleurs peuvent amener à des dommages cérébraux réels.

Différentes études utilisées dans la recherche de Van Sleuwen et al. (2007), ont indiqué que l'emmaillotage pratiqué auprès d'enfants prématurés ou ayant des atteintes neurologiques ont significativement diminuées leurs pleurs comparé aux massages standards. En parallèle, des nourrissons âgés entre 0 et 3 mois emmaillotés à fréquence de trois fois par semaine pendant trois semaines ont également diminué leurs pleurs. Cette technique est liée à une meilleure organisation neurologique, une importante réduction de l'anxiété maternelle ainsi qu'une augmentation de la satisfaction parentale. Van Sleuwen et al. (2007), ont également utilisé des études abordant l'effet des langes sur la température corporelle. Ils évoquent deux résultats différents. Une comparaison a été établie entre des enfants emmaillotés à 48 heures post partum avec des enfants ne l'étant pas. Aucune différence n'a été relevée lors de cette recherche. Cependant, une autre étude citée par Van Sleuwen et al. (2007), a démontré que l'emmaillotage pratiqué auprès de nouveau-nés de faible poids de naissance peut augmenter leur température corporelle de 0,2°C. C'est pour cela, qu'une surveillance rigoureuse doit être mise en place afin d'éviter une hyperthermie d'autant plus lorsque les enfants sont placés en isolette.

Les enfants atteints de ce syndrome présentent différents symptômes de sevrage tels que les tremblements et l'hyperactivité (D'Apolito, 1999). En lien avec ceci, les effets de l'emmaillotage sur le développement moteur des enfants ont été abordés par Van Sleuwen et al. (2007). L'étude relève une diminution de l'activité motrice ainsi que des sursauts de ces enfants. Il s'agit là de bienfaits nécessaires pour l'enfant en sevrage. Les langes démontrent une amélioration du développement neuromusculaire et une meilleure gestion de l'appareil moteur. La détresse physiologique est également moins présente chez les enfants emmaillotés. En parallèle, la fréquence cardiaque est plus basse chez ces enfants. D'autre part, les enfants emmaillotés qui ont été couché à l'intérieur d'un berceau complètement immobile sont plus aptes à réguler leur niveau d'excitation physiologique qui fait souvent partie des symptômes de sevrage.

Six articles utilisés par Van Sleuwen et al. (2007), ont évalué le risque de mort subite du nouveau-né emmailloté. Une diminution de ce risque a été démontrée. Ceci peut s'expliquer par le fait que le nourrisson emmailloté et couché, a une mobilisation réduite des membres supérieurs et inférieurs.

C'est pourquoi, il est moins probable que l'enfant puisse s'asphyxier en mobilisant la literie ou être victime d'hyperthermie.

Néanmoins, il est indispensable que le nouveau-né soit couché sur le dos. En parallèle, une autre hypothèse dit que l'emmaillotage peut être dangereux et porter atteinte à la fonction respiratoire de l'enfant s'il se coince le visage contre un oreiller ou un drap. Il est donc primordial d'évaluer si oui ou non l'enfant a les capacités de se retourner seul dans son lit.

En lien avec le risque de dysplasie des hanches, l'emmaillotage complet ou partiel du nouveau-né n'a pas de conséquences sur la propriété osseuse évaluée par l'échographie. La dysplasie des hanches est une pathologie qui ne peut être liée catégoriquement à l'emmaillotage et au sevrage néonatal car elle est fréquemment présente chez les enfants prématurés en général. Toutefois, une corrélation entre l'utilisation traditionnelle des langes et l'incidence de la dysplasie congénitale de la hanche a été relevée. Van Sleuwen et al. (2007). expliquent que lorsque la hanche et le genou de l'enfant sont forcés par les langes de manière prolongée, une subluxation voire une luxation de la tête du fémur peut être observée. L'incidence de la dysplasie des hanches est diminuée lorsque les hanches sont fléchies contrairement à lorsqu'elles sont en extension. Un emmaillotage fait de manière correct doit permettre à l'enfant de pouvoir plier et fléchir ses jambes.

Pour conclure, il est primordial d'apporter des conseils précis aux parents souhaitant pratiquer l'emmaillotage. En effet, l'enfant doit être systématiquement être couché sur le dos, en dégageant sa tête. Puis, il faut être attentif à la literie présentant un risque d'asphyxie pour le bébé et enfin, une étanchéité doit être maintenue au niveau de la poitrine, des hanches et des genoux. L'enfant en sevrage a d'autant plus besoin de cette étanchéité car il présente souvent une hypertonie et des trémulations qui l'amènent à se mobiliser fréquemment.

Aucune limite n'a été instaurée quant à la durée d'utilisation de l'emmaillotage. Le temps varie selon les cultures allant de deux ans à cinq mois.

4.4 Un environnement adapté

Ce chapitre est divisé en deux sous-chapitres. La diminution de la stimulation et la favorisation du repos avec la stratégie des sens.

4.4.1 Diminution de la stimulation et favoriser le repos

Dans tous les milieux de soin, la prise en charge infirmière doit être adaptée au rythme du patient. Cette approche est d'autant plus importante auprès des enfants atteints de syndrome de sevrage car un environnement adéquat doit être maintenu. En effet, toute stimulation doit être limitée au maximum. Il est primordial d'éviter que l'enfant soit en contact direct avec la lumière. Ceci est possible en installant des rideaux, en plaçant le berceau à l'abris de la lumière ou si possible varier son intensité. Respecter le rythme de l'enfant consiste aussi à diminuer les stimuli afin de respecter son sommeil (Pitteloud, Bellard, 2007). La diminution des dépenses énergétiques est un des buts visé lorsqu'on favorise un environnement calme (Beauman, 2005). Oei et Lui (2007), abordent également cet aspect des soins auprès du nouveau-né en sevrage. Ils soulignent que ces enfants doivent bénéficier d'un environnement calme et sombre pour éviter de perturber l'entourage du bébé. Ce cadre est également profitable pour les parents de ces enfants. Ils encouragent le rooming-in mais la mère doit aussi participer à la limitation des stimulations externes lorsqu'elle se trouve auprès du nourrisson.

4.4.2 Les stratégies des sens

Des stratégies basées sur les sens ont été développées. En effet, la musicothérapie et le contenant olfactif sont énoncés comme pouvant être un soutien à apporter aux enfants en sevrage.

La musicothérapie est une technique mise en place par une équipe interdisciplinaire dans différents hôpitaux américains. Cette équipe s'est référée aux signes et aux symptômes présentés par les enfants en sevrage pour établir un protocole de soins adaptés à ces nouveau-nés (Dodge et al 2006). Ces auteurs expliquent que la musicothérapie se pratique en jouant des berceuses dans l'isolette. Celle-ci apporte un effet apaisant. A plusieurs reprises durant la journée, ces musiques douces sont jouées. Néanmoins, le niveau sonore reste bas afin d'atteindre le but désiré et non le contraire. Pitteloud et Bellard (2007), évoquent également l'ouïe. Selon elles, les interactions avec le bébé en sevrage doivent se faire au travers d'une voix calme. Puis, elles encouragent que toute personne annonce sa présence à l'enfant et qu'elle lui explique les gestes et les manipulations futurs.

Ces mêmes auteurs, (Pitteloud, Bellard 2007), sont deux infirmières spécialisées travaillant au service de développement et de croissance. Au travers de leur article, elles ont abordé différents soins spécifiques permettant d'améliorer le confort des bébés atteint de syndrome de sevrage. Elles ont mis en place un programme composé de différentes stratégies non pharmacologiques décrivant notamment les bienfaits apportés avec un contenant olfactif. En effet, ces auteurs décrivent que la diffusion de certaines odeurs spécifiques permet de réduire le temps de récupération après une phase d'agitation de ces bébés. Elles conseillent d'ailleurs la senteur vanille, de fleurs d'oranger et l'odeur maternelle ou paternelle qui sont des senteurs douces et apaisantes.

4.5 Le lit à bascule

D'Apolito (1999), a mené une enquête afin de déterminer si l'utilisation du lit à bascule accompagné de sons intra-utérin permet de diminuer les symptômes de sevrage des enfants. Cette technique permet de favoriser l'adaptation du comportement neurologique du nourrisson en sevrage. Cette hypothèse a été fondée sur différents documents lus par D'Apolito qui explique que le lit à bascule diminue le nombre de symptômes de sevrage et qu'il améliore la qualité du sommeil. Une diminution des troubles moteurs et une meilleure organisation neuro-comportemental ont également été identifiés comme des bienfaits de cette méthode.

Cependant, après avoir analysé les résultats de sa recherche, D'Apolito (1999), a conclu qu'ils n'y a pas de corrélation avec les données citées ci-dessus. En effet, cette étude évoque que le lit à bascule peut être trop stimulant pour un enfant en sevrage. Cette affirmation a été amenée après avoir observé une augmentation des symptômes notamment des troubles du sommeil lors du 7^{ème} jour de vie de l'enfant. Malgré l'absence de différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin concernant les symptômes moteurs, les enfants bénéficiant du lit à bascule étaient plus irritables, agités et tremblants.

Oei et Lui (2007), examinent dans leur étude, la prise en charge précoce de l'enfant né de mère toxicomane. Ces auteurs ne parlent pas du lit à bascule mais du lit à eau. Ils soulignent le paradoxe de cette technique alors qu'on peut imaginer un effet contraire. Effectivement, il semble que cela aggrave les symptômes de sevrage du nouveau-né.

Toutefois, ils citent l'étude d'un autre auteur (Oro, 1988) qui a constaté que les nourrissons exposés à la méthadone et bénéficiant d'un lit à eau présentent un score de Finnegan plus bas que des nourrissons allaités sur des lits classiques. Toutefois, les enfants de mères polytoxicomanes, sont nettement plus agités et ont plus de symptômes lorsqu'ils sont couchés sur le lit à bascule (Oro, 1988, cité par Oei et Lui, 2007).

L'étude de Dodge (2006), aborde différents soins de confort à apporter à l'enfant en sevrage, inclus la chaise berçante comme étant une technique apaisante.

5. Discussion

Ce chapitre a pour but de critiquer la qualité de la méthodologie des quatorzes recherches sélectionnées pour cette revue de littérature étoffée. Puis, les résultats mis en évidence dans le chapitre précédent seront discutés et mis en lien avec les concepts et l'approche des soins du développement d'Isabelle Milette et Marie-Josée Martel. Par la suite, la réponse à la question de recherche : « *Quelles sont les stratégies infirmières non pharmacologiques prodiguées au nouveau-né atteint du syndrome de sevrage néonatal susceptibles d'atténuer sa symptomatologie ?* » sera traitée.

5.1 Méthodologie

Afin de rédiger cette revue de littérature, différentes recherches ont été lues brièvement. Ceci a permis de sélectionner les quatorze études pouvant au mieux répondre à la question de départ : neuf recherches de type quantitatif, une de type qualitatif, trois revues de littérature et un article d'un journal suisse. Une étude est rédigée en français et les treize autres sont de langue anglaise. Celles-ci ont donc été traduites. La totalité d'entre elles ont été résumées d'après une grille d'analyse d'article. Par après, chaque recherche a été évaluée selon son evidence based à l'aide d'une deuxième grille (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, cité par Nadot, 2010). Ces recherches ont obtenu 60% de la totalité des points. Les neuf recherches de devis quantitatif ce qui permettait d'évaluer et de comparer l'efficacité de leurs stratégies de soin. Les recherches quantitatives développent ainsi la population, les interventions, les comparaisons et les résultats (Nadot, s.d.). Les critères d'inclusions valident les recherches datant de moins de dix ans. Toutefois nous avons dû élargir ce critère afin d'intégrer une étude qui est pertinente pour cette revue. Les treize autres sont récentes et apportent ainsi des données actuelles et pertinentes. Ils proviennent de différents pays tels que les Etats Unis (7), le Canada (2), la Suisse (1), le Royaume Uni (3) et l'Australie (1).

La majorité des études (9) n'ont pas mentionné une approbation éthique. Ce fut également un critère qui a pénalisé les recherches lors de l'analyse selon Loiselle.

Concernant le contenu, les quatorzes études abordent des stratégies non-pharmacologiques pouvant diminuer les symptômes de sevrage du nouveau-né. Chaque étude a abordé de manière superficielle les soins non pharmacologiques, ceci a rendu difficile la recherche et la comparaison des résultats.

Puis, dans celles ayant été lues, il n'est pas décrit réellement comment ces soins agissent sur l'enfant. L'efficacité des soins est démontrée grâce aux statistiques et aux comparaisons entre différents groupes expérimentaux mais leurs effets sont peu expliqués.

L'article publié par le service de développement et de croissance du HUG : « Prise en charge d'un nouveau-né en sevrage de drogues » (Pitteloud F., Bellard A., 2007) a été inclus malgré qu'il ne soit pas un article scientifique. Ce choix a été motivé par l'énoncé des statistiques Suisse en matière de toxicomanie et qu'il développe de nombreux soins non pharmacologiques. Il aborde l'importance de l'observation clinique et ainsi le besoin de formation pour le personnel soignant travaillant en néonatalogie. Cela semble donc tout à fait en corrélation avec cette problématique.

En parallèle, deux articles ne correspondent pas aux grilles de lecture critique d'un article scientifique mais ont toutefois été intégrés ; « Initiation of nurse-developed interdisciplinary plan of care for opiate addiction in pregnant woman and their infants » (Dodge P. et al 2006) et « Management of the newborn infant affected by maternal opiates and other drugs of dependency » (Oei J., Lui K., 2007). La première a été incluse car elle semblait tout à fait pertinente puisqu'elle souligne l'importance de l'infirmière comme leadership dans un travail pluridisciplinaire. Cette étude aborde de nombreuses stratégies non-pharmacologiques et encourage l'enseignement de celles-ci auprès des parents. Elle peut ainsi appuyer d'autres articles ayant une evidence based plus élevée. La deuxième énonce plusieurs stratégies de confort (tel que l'allaitement étant identifié comme l'une des stratégies principales). Celles-ci peuvent être pratiquées auprès de l'enfant en sevrage et elle se réfère à des statistiques intéressantes en lien avec cette thématique. Les références de cet article sont de très bonnes recherches.

5.2 Discussion des résultats

Pour permettre une analyse structurée, les cinq soins cités dans le chapitre « résultats » seront repris dans la discussion. Ces cinq stratégies sont: l'alimentation, le rooming-in, l'emballage, l'environnement adapté et le lit à bascule.

Il s'avère que 85% des soins d'un service de néonatalogie, sont prodigués par l'infirmière (Peters, 1989, cité par Martel & Milette, 2006, p.143).

Les soins du développement n'ont pas pour but d'établir un protocole identique pour tous les enfants en sevrage mais bel et bien d'individualiser les soins selon les besoins de chaque enfant (Martel & Milette, *ibid*). Ceci est étroitement lié à la fonction indépendante de l'infirmière représentée par le troisième système culturel de Nadot (2002). En parallèle, Lothaire définit le rôle autonome comme : « Le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie ainsi qu'une capacité de jugement et d'initiatives pour prodiguer des soins globaux individualisés, responsables et créatifs à chaque patient » (2006, p.5). Effectivement, cela correspond étroitement à la thématique de cette revue de littérature. En effet, l'infirmière est la personne qui effectue le plus de soins à l'enfant mais il va de sa propre initiative d'utiliser des stratégies non-pharmacologiques auprès de l'enfant. Cette autonomie nous laisse le libre choix de les pratiquer ou pas. Néanmoins, cet aspect fait partie intégrante de notre profession. Nous devons rendre des prestations à l'institution, au corps médical par les actes médico-délégués, mais également à la personne soignée au travers de notre rôle autonome (Nadot, 2002). C'est pourquoi, il est de notre devoir d'analyser chaque situation et ainsi prodiguer les soins les plus adaptés à chaque enfant. Les stratégies non-pharmacologiques font partie de ces soins.

5.2.1 L'alimentation

Comme dans le chapitre « Résultats », les sous-chapitres : besoin de calories et l'allaitement sont repris afin d'être analysés et discutés.

5.2.1.1 Besoin de calories

Le besoin de calories est une notion qui a été abordée par deux recherches (Beauman, 2005, Pitteloud & Bellard, 2007). Toutefois, de nombreuses recherches soulignent les symptômes de sevrage tels que : les trémulations, l'hypertonie, les convulsions, l'hyperactivité. Tous ces symptômes figurant dans l'échelle de Finnegan (1986), entraînent une perte d'énergie considérable pour un enfant en sevrage qui naît souvent avec un faible poids de naissance. C'est pour cela que Beauman (2005), amène l'importance de diminuer les dépenses énergétiques afin de diminuer le risque d'hypoglycémie. Elle favorise l'attraction main-bouche de l'enfant qui permet l'autorégulation et ainsi de diminuer les dépenses énergétiques.

Cette technique aide le nouveau-né à retrouver son calme après une phase d'agitation et favorise l'autorégulation de ses comportements (Young, 1996, cité par Martel & Millette, 2006, p.85). Par conséquent, les soins du développement insistent sur le fait qu'il est primordial d'éviter à tous prix les surstimulations. Le besoin de calories passe tout d'abord par l'économie d'énergies qui peut être favorisée en diminuant les stimulations dont certaines seront abordées plus tard dans cette discussion.

En parallèle, le score de Finnegan évalue les difficultés du bébé en sevrage à se nourrir ainsi que ses problèmes de succion. Ceci peut laisser croire que cet enfant rencontre des difficultés à s'alimenter suffisamment de manière autonome. De plus, toujours d'après cette échelle, les symptômes comme les régurgitations, les vomissements et les diarrhées sont fréquemment présents lors de sevrage. Ils représentent ainsi de nouvelles causes de pertes caloriques. Il est donc essentiel que l'enfant puisse bénéficier d'un apport calorique (pouvant aller jusqu'à 200 calories/kg/jours selon Pitteloud et Bellard, 2007) suffisant afin de se développer et faire face à ces symptômes dans les meilleures conditions. En parallèle, l'infirmière joue un rôle primordial auprès du médecin. De par ses connaissances et son autonomie, elle peut argumenter le besoin en calories du nouveau-né atteint de syndrome de sevrage.

5.2.1.2 L'allaitement

L'allaitement est sans doute l'action non-pharmacologique la plus citée dans la totalité des recherches présentées (Jansson et al., 2009, Marcellus, 2002, 2007, Dryden et al., 2009, Oei & Lui, 2007, Abdel-Latif et al., 2006).

Toutefois, certaines contradictions sont présentes concernant le genre de consommatrices encouragées à allaiter. En effet, l'American academy of Pediatrics encourage toutes les femmes sous méthadone à allaiter. Néanmoins, elle n'aborde pas le sujet des femmes sous héroïne ou cocaïne au contraire de Dryden et al. (2009), qui favorisent l'allaitement pour toutes les femmes toxicomanes à l'exception des séropositives. Il est donc judicieux d'effectuer des recherches auprès de mères consommant d'autres drogues que la méthadone et qui souhaitent allaiter afin que le personnel soignant puisse se positionner face à leur volonté d'allaiter.

Différentes recherches relèvent que l'allaitement apporte différents bienfaits à l'enfant en sevrage (Dryden et al., 2009, Marcellus, 2002, Oei & Lui, 2007, Abdel-Latif, 2006).

Ils ont relevé une diminution de la durée d'hospitalisation, une diminution des besoins médicamenteux, des symptômes de sevrage, une plus grande probabilité en ce qui concerne la garde de l'enfant par la mère biologique et qu'il permet de renforcer le lien mère-enfant (Abdel-Latif et al., 2006, Marcellus, 2002). Il est donc recommandé de soutenir et encourager les mères sous méthadone qui désirent allaiter (Oei & Lui, 2007, Abdel-Latif, 2009). Il s'agit là du rôle autonome de l'infirmière qu'est de promouvoir la santé et dans ce cas, l'allaitement. L'allaitement est vivement recommandé pour trois raisons. Il a été prouvé par plusieurs articles, qu'il diminue les symptômes de sevrage. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela est dû essentiellement à la composition et aux propriétés du lait maternel car selon l'étude de Abdel-Latif et al. (2006), le lait maternel qu'il soit donné par le sein, le biberon ou par gavage, les bénéfices restent identiques. Deuxièmement, le lait maternel diminue le risque infectieux chez ces enfants vulnérables. Il s'adapte à l'âge du bébé, sa teneur en lipide varie et sa composition complète assouvie tous les besoins en nutriments du nourrisson ce qui est nécessaire à l'enfant en sevrage qui éprouve certaines difficultés à s'alimenter et naît fréquemment avec un faible poids de naissance. Le troisième avantage qu'apporte l'allaitement est de favoriser l'attachement entre la mère et son enfant (de Tilly & Poncioni, s.d.). Pitteloud et Bellard (2007), ont d'ailleurs évoqué que l'irritabilité de ces enfants n'est pas toujours due au sevrage mais bien souvent à un attachement fragile. La mère et l'enfant se trouvent dans une situation de crise pour différentes raisons et peuvent rencontrer des difficultés à instaurer un lien de parentalité. Il s'agit d'un processus pouvant leur demander beaucoup trop d'énergies compte tenu de leur fragilité physique et psychique. Tous ces auteurs sont unanimes sur le fait qu'il « faut » favoriser l'allaitement chez les mères toxicomanes. Pourtant, certains aspects ne doivent pas être négligés : promouvoir le sommeil, favoriser le repos, aller au rythme de l'enfant et ne pas forcer la mère à allaiter. En effet, la philosophie des soins du développement (Martel & Milette, 2006), conseille d'éviter d'interrompre le sommeil de l'enfant autant que possible, de vérifier que l'enfant soit bien réveillé et qu'il ne présente pas de signes de stress avant d'entrer en contact avec lui. Si l'on observe certains signes de stress comme les bâillements, l'extension des jambes en l'air, la protection du visage avec ses mains ou le froncement des sourcils, il est impératif d'arrêter immédiatement le soin et de favoriser un instant de repos pour respecter son rythme (ibid, 2006).

Ceci vient renforcer le fait de simplement encourager la mère à allaiter.

Il s'agit effectivement de favoriser l'allaitement tout en respectant les périodes de sommeil et de repos qui sont souvent perturbés chez l'enfant en sevrage. Cette méthode permet de regrouper les interventions, encourager les moments de repos et permettre à l'enfant de profiter de manière optimale de ces instants passés avec sa mère. Encore une fois, cela correspond au rôle autonome de l'infirmière de favoriser l'attachement et d'apporter des enseignements clairs et adaptés au patient et son entourage. Ces sujets doivent être abordés avant le retour à domicile car si elle le souhaite, la mère peut allaiter aussi longtemps qu'elle le souhaite car des études ont montré que la concentration de méthadone présente dans le lait maternel reste infime malgré les semaines d'allaitement (Janssons et al., 2009).

En parallèle des soins apportés aux nouveau-nés atteints de syndrome de sevrage, les parents doivent être intégrés au maximum dans les soins de leurs enfants. Il est connu que le côté émotionnel de la femme influence et peut perturber l'allaitement. C'est pour ces raisons qu'une attention et un accompagnement doit leur être apporté car comme les enfants, les parents se trouvent dans une situation de crise. Citée précédemment, la crise peut être définie par : « un déséquilibre psychologique chez un sujet vivant une situation difficile ou dangereuse, laquelle lui pose un problème important qu'il ne peut régler ni éviter au moyen des ressources habituelles de résolution de problèmes » (Caplan, 1964, cité par Auderset, 2010). Cette crise peut être causée par leur propre toxicomanie et leurs comportements déviants qui représentent une situation difficile et dangereuse pour leur santé. Puis, un sentiment de culpabilité et d'inquiétude face à leur enfant en sevrage qui représente un problème qu'ils ne peuvent régler ni éviter grâce à leurs ressources personnelles. D'autre part, ils seront responsables de prodiguer les soins à domicile. Nous devons donc collaborer au mieux avec les parents si nous souhaitons que l'allaitement et les autres soins se passent au mieux. Il s'agit là de notre rôle autonome de considérer les parents comme des partenaires de soin et de savoir adapter notre discours. Cette affirmation prend appui sur le troisième système culture de Nadot (2002), qui considère que l'infirmière fournit des prestations à la personne soignée en y intégrant son entourage familial et social. Notre rôle d'intermédiaire culturel ne peut se restreindre qu'à soigner le patient mais consiste à collaborer avec les parents en tenant compte de leur vie sociale étroitement liée à la toxicomanie.

De plus, leur mode de vie est souvent un obstacle pour l'allaitement qui demande une rigueur dans l'organisation sociale de la mère et un réel dévouement.

Ceci est souvent perturbé par le sentiment de « manque » de la mère et le temps passé à essayer de se procurer de la drogue.

Les résultats obtenus des recherches ont clairement mis en évidence les bienfaits de l'allaitement sur l'enfant en sevrage. Il va sans dire que grâce à la philosophie des soins du développement, une meilleure approche de l'allaitement a pu être apportée.

5.2.2 La cohabitation

Lors des prochains sous-chapitres, le lien entre le rooming-in/Cuddler et la philosophie des soins du développement sera exposée.

5.2.2.1 Le rooming-in

Le rooming-in est une stratégie pertinente à utiliser auprès des enfants atteints de syndrome de sevrage. Plusieurs auteurs encouragent la mère toxicomane à cohabiter avec son enfant (Abrahams et al., 2007, Dodge et al., 2006, Pitteloud & Bellard, 2007, Dryden et al., 2009). Les différents avantages observés sont la diminution du besoin pharmacologique, de la durée d'hospitalisation, des vomissements, du besoin d'isolette et il augmente les probabilités d'obtenir la garde de l'enfant par la mère biologique. Le rooming-in facilite l'adaptation à la vie extra-utérine, favorise un maternage plus efficace, augmente le taux d'allaitement car il a été démontré que cette cohabitation le facilite. La présence des parents est conseillée car elle favorise également le contact peau à peau avec leur enfant (Abrahams et al., 2009, Pitteloud & Bellard, 2007). Ce contact peau à peau est une stratégie (méthode kangourou) qui est encouragée dans les soins du développement car différentes études ont démontrées un besoin en oxygène diminué lorsque l'enfant est porté, une diminution du stress, une prise de poids favorisée, une diminution de la durée d'hospitalisation et une meilleure interaction entre les parents et leur enfant (Martel & Milette, 2006). Il s'agit là de nombreux aspects nécessaires chez l'enfant en sevrage qui présente une tachypnée, un faible poids de naissance et une durée d'hospitalisation souvent prolongée due au sevrage.

Néanmoins, le rooming-in doit se faire dans un environnement calme et dépourvu de stimulations excessives. En effet, si la maman cohabite avec son enfant, elle doit respecter ce cadre en évitant toutes formes de surstimulation qui peut provoquer des conséquences physiologiques, comportementales et motrices néfastes.

Toutefois, la philosophie des soins du développement consiste non seulement à réduire les surstimulations mais également à promouvoir les sens (Martel & Milette, *ibid*). En effet, lors de rooming-in, la mère peut favoriser le développement des sens de son enfant. «Une stimulation adaptée aux réelles compétences du nouveau-né entraîne une réaction positive et une ouverture qui sont considérées comme des signes d'adaptation » (*ibid*, 2006, p.59). Lors du rooming-in, les parents passent beaucoup de temps auprès de leur enfant et s'impliquent donc dans les soins qui lui sont prodigués. Brazelton et Nugent (1995), soulignent l'importance d'aider les parents à comprendre et reconnaître les signes de stress de leur bébé (cité par Martel & Milette, 2006, p.146). La manière la plus efficace est d'effectuer un enseignement adapté aux parents en y intégrant les symptômes de sevrage et de stress que leur enfant peut présenter. Cet apprentissage peut permettre aux parents d'acquérir de nouvelles compétences parentales et sans doute de favoriser l'attachement qui est souvent fragile, accentué par le sentiment de culpabilité lié à la toxicomanie et d'incapacité à apaiser son enfant (Martel & Milette, 2006). L'enseignement fait partie intégrante du rôle autonome de l'infirmier. Il permet ainsi une continuité dans les soins et favorise l'autonomie du patient et de son entourage. Tout ceci ne peut être mis en place que lorsque nous sommes face à des parents ayant envie de participer à la prise en charge de leur enfant.

5.2.2.2 Cudler

Ce programme qui consiste à former des bénévoles sur le lavage des mains, les signes d'infection, l'emballage et sur les besoins du développement du nourrisson atteint de syndrome de sevrage a été mis en place. Ces volontaires portent et caressent l'enfant lorsque les parents sont absents (Dodge et al., 2006). Cette technique peut réellement être bénéfique pour le nourrisson en sevrage car comme expliqué auparavant, les soins du développement favorisent la promotion du sens. Dans ce cas, il s'agit du toucher. Toutefois, afin de favoriser le toucher, il est indispensable de respecter certaines consignes afin d'éviter que cette promotion ne se transforme en surstimulation et devienne ainsi néfaste. Tout d'abord, toutes personnes qui souhaitent toucher l'enfant, doivent se présenter à lui d'une voix douce puis par un contact visuel (Thomas, 2000, cité par Martel & Milette, 2006, p.89). Le premier toucher se fait par un contact doux en déposant une main sur son corps par exemple. De plus, il est conseillé d'utiliser la paume de la main plutôt que le bout des doigts.

En effet, l'extrémité des doigts est vécue comme une sensation désagréable pour l'enfant et ressenti comme une surstimulation. Le fait de poser la paume de la main ou d'entourer l'enfant avec son bras, englobe l'enfant, ce qui le rapproche de la sensation que lui a procuré le liquide amniotique et la barrière utérine. Les habits lui offrent un contenant physique qu'il apprécie (Martel & Milette, 2006). Il s'agit là, de sensations qui lui sont familiales. En effet, tout acte reproduisant le contexte intra-utérin, provoque un effet apaisant et rassurant pour l'enfant en sevrage qui est souvent désorganisé par son sentiment de « manque ». C'est pour cette raison que les manipulations se font en maintenant la position fœtale (membres regroupés, nuque soutenue).

Il s'agit donc de quelques notions qui doivent être enseignées aux bénévoles afin d'obtenir le but recherché de favoriser son autorégulation et ainsi son développement. L'infirmier a comme mission d'encadrer ce personnel. Ceci correspond à son rôle autonome. Ce programme peut être d'autant plus bénéfique lorsque les parents, pris par leur toxicomanie, sont peu présent auprès de leur enfant. De plus, étant donné que ces enfants sont hospitalisés dans un service de néonatalogie où les cris et les pleurs sont constants, ces bénévoles peuvent être vus comme un agréable soutien pour les infirmiers. En effet, une étude a été menée sur les infirmières en néonatalogie qui a démontré « un environnement bruyant et surstimulant provoque chez elles un effet de fatigue, d'irritabilité et de diminution du jugement » (dePaul & Chambers, 1994, cité par Martel & Milette, 2006, p.146). Ces volontaires apportent ainsi non seulement un soutien à l'enfant mais à l'équipe infirmière aussi.

Après cette analyse, nous pouvons donc conclure que la cohabitation mise en lien avec les soins du développement permet d'apporter des bienfaits notables pour l'enfant. Cette philosophie a ainsi permis d'apporter une vision complémentaire au rooming-in.

5.2.3 L'emmaillotage

L'emmaillotage est la stratégie qui reconstitue le mieux l'environnement intra-utérin en reproduisant le « cocon » dans lequel le fœtus a grandi durant neuf mois. D'ailleurs, l'emmaillotage fait partie intégrante des soins du développement. En effet, la définition des buts de ces soins décrite dans le chapitre « Théorie », dit que :

Les soins du développement visent à favoriser un environnement physique et psychologique qui réduira l'impact de l'unité néonatale sur le nouveau-né et sa famille. On utilise plusieurs objectifs spécifiques pour atteindre ce but ultime :

(...) L'utilisation de bornes physiques par l'emmaillotement, l'utilisation de rouleaux et l'utilisation des mains afin de contenir le nouveau-né.

Les limites ainsi créées aident le nouveau-né à trouver celles de son corps.

(...) (Als, 1984a ; 1992b, cité par Martel & Milette, 2006, p.79)

D'après ce passage, nous observons que les bornes physiques amenées par l'emmaillotement est une stratégie fortement encouragée par cette philosophie. Les auteurs argumentent cela en expliquant que ce contenant corporel aide l'enfant à identifier les limites de son propre corps.

Une revue de littérature (Van Sleuwen, 2007) a repris de nombreuses recherches concernant les effets de l'emmaillotage sur les enfants en général. Tout d'abord, une diminution des pleurs est une conséquence notable car elles représentent une meilleure organisation neurologique, une réduction de l'anxiété maternelle et une satisfaction parentale nettement plus élevée. Puis, les enfants emmaillottés présentent moins de périodes d'éveil et moins de sursauts. Un lien direct peut être établi avec l'enfant en sevrage qui présente de longues périodes de pleurs, de cris stridents, des difficultés dans la transition éveil/veille et les trémulations sont fréquentes.

Il est nécessaire de souligner que les enfants confrontés fréquemment à des surstimulations, sont privés de sommeil profond et réparateur ainsi que d'une bonne quantité et qualité de sommeil. Ceci peut être mis en lien avec le sous-système veille/sommeil d'Als (1984). En effet, l'enfant prématuré ou malade présente régulièrement des stades de sommeil diffus et non différenciés. Les changements entre les états se fait de manière brusque, accompagnés de cris, de pleurs et d'une grande difficulté à se calmer. Les symptômes du sevrage néonatal décrit par Finnegan énoncent la difficulté de l'enfant à dormir d'un sommeil profond. Il est donc tout à fait en lien avec cette analyse de l'enfant malade par Als. Il s'agit là de signes cliniques d'instabilité communiqués par l'enfant confronté à des stimulations inappropriées pour son niveau de développement (Martel & Milette, 2006). Ces signes d'instabilité peuvent être liés à la situation de crise que le nouveau-né est en train de vivre.

Le sevrage pour un adulte est souvent vécu comme difficile et contraignant. Ceci nous laisse supposer le ressenti difficile par un nouveau-né qui n'a pas suffisamment de ressources personnelles pour pallier à cela. C'est pour cette raison qu'il est indispensable non seulement de favoriser une bonne qualité de sommeil en regroupant au maximum les soins mais également d'éviter d'interrompre les périodes de sommeil de l'enfant qui sont déjà perturbées par le sevrage. Cela fait partie intégrante du rôle de l'infirmière. Comme expliqué auparavant, l'enfant en sevrage ressent de grandes difficultés à gérer ces étapes de veille/sommeil.

De plus, tant que le sous-système qui s'y réfère n'est pas géré par l'enfant (transitions douces, visage détendu, sourire etc.), il lui sera d'autant plus difficile d'atteindre le sous-système de l'autorégulation qui pourrait l'aider à trouver un équilibre de manière autonome. C'est pour cela que différentes stratégies sont exposées pour aider l'enfant à retrouver le calme. La stratégie la plus utilisée est l'emmaillotage en maintenant les membres fléchis afin de replacer l'enfant en position fœtale. De plus, les soins du développement intègrent également le bain emmaillotté car il s'agit souvent d'un moment de grand stress pour l'enfant. Effectivement l'emmaillotement apporte un sentiment de sécurité nécessaire à l'enfant atteint de syndrome de sevrage.

L'augmentation de la température de l'enfant est une autre conséquence due à l'emmaillotement (Van Sleuwen et al., 2007). En effet, certains enfants nés de mères toxicomanes naissent avec un poids de naissance bas. De ce fait, le nouveau-né possède peu de réserves graisseuses pour permettre le maintien de sa température à 37°C. L'emmaillotage peut alors être bénéfique car certaines études ont démontré une augmentation de 0,2°C de la température corporelle. De plus, l'enfant malade peut perdre beaucoup d'énergies à gérer son sous-système autonome dont fait partie le maintien de la température corporelle (rythme cardiaque, pression artérielle, respiration, saturation, température etc.) (Als, 1982, cité par Martel & Milette, 2006, p.56). L'emmaillotage peut ainsi favoriser l'économie d'énergie en maintenant une température optimale pour lui. Les études nous rendent toutefois attentifs au fait qu'une surveillance rigoureuse doit être établie afin d'éviter une hyperthermie. La principale responsable de cette observation est l'infirmière qui par son rôle autonome, reste attentive à la clinique de l'enfant malade. D'autres bénéfices de l'emmaillotage repris de l'étude de Van Sleuwen et al. (2007), sont une amélioration du développement neuromusculaire et de la gestion de l'appareil moteur.

Il diminue également les sursauts et la détresse physiologique de ces enfants. Il s'agit là d'une information importante à prendre en compte car un enfant atteint de syndrome de sevrage est souvent victime de tremblements, d'hyperactivité et d'hypertonie musculaire. Ces symptômes sont représentatifs de signes de stress du sous-système moteur. Il représente le deuxième sous-système qui vise une posture utilisant la flexion et extension de manière adéquate, manœuvres main-bouche, succion etc. (Als, 1982, cité par Martel & Milette, 2006, p.71). L'ensemble de ces recommandations caractérise des comportements d'adaptation de ce sous-système moteur qui est primordial afin de favoriser l'adaptation des états de veille/sommeil discutés précédemment. L'emmaillotage agissant sur ces signes de déséquilibre peut être considéré comme une stratégie judicieuse favorisant l'intégration du sous-système moteur.

Le lien entre l'emmaillotage et la mort subite du nourrisson a été étudié. Les résultats ont démontré une diminution de ce risque dû à l'immobilité du nourrisson. Cette notion est importante à relever car les enfants en sevrage comme expliqué dans le chapitre « Concepts », sont plus susceptibles d'être victimes de mort subite du nourrisson. Il est néanmoins primordial d'évaluer si l'enfant est capable de se retourner seul car cela peut représenter un danger important. Cette évaluation se fait essentiellement par l'infirmière. Il va sans dire que l'enfant doit être couché sur le dos et que sa tête doit être dégagée. Actuellement, tous les pédiatres recommandent la position dorsale afin de prévenir le syndrome de mort subite. Il en est de même pour la Société canadienne de pédiatrie et le Gouvernement canadien. Cependant, cette recommandation est indiquée pour les enfants à terme et en bonne santé ce qui n'est pas le cas de l'enfant en sevrage. C'est pour cette raison que le positionnement indiqué par les soins du développement est pertinent (Martel & Milette, 2006). En effet, elles décrivent que l'enfant doit être dans une position physiologique pour « (...) encourager l'équilibre entre l'extension et la flexion, permettre des postures symétriques, encourager le rapprochement des membres supérieurs vers l'axe médian, ce qui contribue au contrôle des yeux, des mains et de la bouche » (Updike et al, 1986, cité par Martel & Milette, 2006, p.110).

La dysplasie des hanches est souvent observée chez les enfants prématurés et ne correspond pas à une notion propre à l'enfant en sevrage. Toutefois, il s'agit d'un risque accentué par l'emmaillotage inadéquat qui peut être pratiqué auprès des enfants en sevrage. En effet, lorsque la hanche et le genou sont maintenus en extension, une subluxation voire une luxation de la tête du fémur peut être observée.

Ceci découle d'un emmaillotage fait de manière incorrecte car cette technique doit permettre à l'enfant de pouvoir fléchir ses jambes (Van Sleuwen et al., 2007). Ceci correspond au positionnement physiologique dont les principes de base sont :

- Toujours rechercher la flexion des membres afin de reproduire la position fœtale.
- Tendre à reproduire les postures adoptées par le nouveau-né à terme.
- Eviter les positions qui mettent constamment les articulations en appui sur le matelas et qui peuvent ainsi obliger les membres inférieurs à adopter une position « en grenouille », ce qui associerait extension et rotation extrême des hanches et des genoux (...).
- Utiliser comme support des rouleaux faits de linge ou des outils de positionnement afin d'encourager l'axe orthopédique de chaque articulation. Parmi les outils qu'on trouve sur le marché, le nid de positionnement permet de développer la conscience du corps en procurant des limites physiques.
- Alternier les positions ventrales, dorsales et latérales, tout en gardant la symétrie de l'axe tête-cou-tronc. Ces variations posturales avec conservation de l'axe aident à prévenir les déformations de la boîte crânienne et à éviter le moulage de la tête (Martel & Milette, 2006, p.111).

Toutes ces recommandations favorisent le développement moteur de l'enfant. De plus, ces nouveau-nés sont hospitalisés dans un service surveillé (monitoring) ce qui diminue le risque de mort subite. Puis, lorsque l'enfant devient stable, l'équipe soignante le couche uniquement sur le dos afin qu'il s'habitue à ne dormir que dans cette position. C'est une transition qui doit se faire progressivement mais nécessaire pour rendre le retour à domicile plus facile (Martel & Milette, 2006). Comme expliqué précédemment cela peut être appliqué à n'importe quel enfant atteint de cette dysplasie des hanches mais particulièrement à l'enfant en sevrage qui selon la drogue à laquelle il a été exposé, a une incidence plus élevée concernant la mort subite du nourrisson.

Dans l'étude de Van Sleuwen et al., les résultats ont souligné que l'emmaillotage reste une méthode antalgique moins efficace que la succion de saccharose (2007). Comme expliqué auparavant, l'enfant prématuré ou malade comme ceux atteints de syndrome de sevrage sont très sensibles aux stimulations qui se manifestent par un comportement totalement désorganisé de la part de ces nouveau-nés. Les sensations douloureuses font partie de ces stimulations qui doivent être diminuées autant que possible afin que l'enfant ne se retrouve pas dans un état d'instabilité.

C'est pour cette raison que les méthodes antalgiques doivent être intégrées pour tout acte pouvant infliger de la douleur ces nouveau-nés. Les soins du développement prônent la succion de saccharose pour tout acte douloureux. Cela correspond à une substance fréquemment utilisée et ce, parce qu'elle agit en deux temps. Tout d'abord, son goût apaise l'enfant dans les dix secondes suivant l'administration. Ensuite, le saccharose favorise le relâchement d'endorphine analgésique (Johnston et al., 1999, cité par Martel & Milette, 2006, p.83). C'est pour ces raisons, que le but principal de l'emmaillotage n'est pas antalgique.

Le saccharose reste la méthode la plus efficace citée par les recherches et la théorie. L'infirmier utilise cette technique dans son rôle autonome concernant la prévention de la douleur.

Après lecture de toutes ces données, il est clairement ressorti la cohérence entre les résultats des recherches et la philosophie des soins du développement. Effectivement, les deux se rejoignent sur l'efficacité et les bienfaits de cette technique. Le lien avec le nouveau-né atteint de syndrome de sevrage a pu être apporté de manière pertinente grâce aux connaissances de la pathologie, des résultats des recherches et la théorie de soin. De plus, l'importance du positionnement sous les langes est abordée par les deux. La philosophie des soins du développement permet d'aller plus loin dans la compréhension des résultats ressortis des recherches.

5.2.4 Un environnement adapté

Au travers de ces sous-chapitres, vous trouverez la corrélation entre les résultats obtenus pour la diminution de la stimulation, la favorisation du repos et la stratégie des sens avec la théorie.

5.2.4.1 Diminution de la stimulation et favoriser le repos

De nombreux auteurs se rejoignent sur un élément essentiel de la prise en charge du nouveau-né atteint de syndrome de sevrage : la nécessité d'instaurer un environnement calme et de restreindre les stimulations au maximum (Oei & Lui, 2007, Pitteloud & Bellard, 2007, Beauman, 2005, Dodge et al., 2006). Comme cité dans le chapitre « Résultats », les stimulations peuvent être diminuées par différentes techniques :

l'installation de rideaux, placer le berceau à l'abri de la lumière, diminuer l'intensité de la lumière, respecter le rythme de l'enfant et favoriser un environnement sombre. Il s'agit là de stratégies concernant essentiellement les infirmiers du service de néonatalogie. Dans son rôle autonome, l'infirmier prend en considérations tous ces détails afin que le contexte soit le plus adapté possible au stade de développement de ces enfants. En effet, dans un service de néonatalogie, différentes stimulations telles que : des lumières vives, le bruit du monitoring, des portes, des gens etc. sont présentes. Ceci va donc non seulement entraîner des réactions de stress de la part de l'enfant mais également perturber le sommeil de celui-ci. Ces notions sont la base des soins du développement qui insistent sur la nocivité des surstimulations chez l'enfant malade ou prématuré. Ils répertorient sept sources de surstimulations : tactile, vestibulaire, olfactive, gustative, auditive, visuelle, motrice. De plus, les buts qu'ils poursuivent entre autres sont : « la création d'un environnement structuré où l'intensité de la lumière et du son est diminué, la réduction des manipulations, un regroupement des soins, des temps de répit, (...) » (Als, 1984, cité par Martel & Milette, 2006, p.79). Les résultats des recherches et cette philosophie sont tout à fait en accord en ce qui concerne le besoin d'adapter un environnement calme et de respecter les périodes de sommeil. ces sujets sont abordés dans d'autres sous-chapitres de ce travail mettant cette notion au centre de tous les soins apportés à ces enfants.

Il va sans dire que de vivre dans un milieu calme est bénéfique pour tous, tant pour l'enfant en sevrage, les parents ou pour le personnel soignant. Il est donc de la responsabilité de tous de maintenir et favoriser cet environnement. Pour ce faire, l'infirmière est responsable d'expliquer et d'enseigner comment rendre l'entourage de leur enfant plus paisible. Cela permet non seulement aux parents de se sentir intégrés dans l'hospitalisation de leur enfant mais également de responsabiliser et de considérer les parents comme des partenaires de soin. Il s'agit d'une image idéaliste qui ne peut être appliquée que si les parents s'impliquent dans cette hospitalisation et sont présents pour leur enfant.

5.2.4.2 Les stratégies des sens

Sur les quatorze articles sélectionnés, trois d'entre eux utilisent les sens comme technique pouvant diminuer ou du moins apaiser les symptômes de sevrage du nouveau-né. L'ouïe et l'odorat sont les deux sens étudiés dans ces recherches (Dodge et al., 2006, Pitteloud & Bellard, 2007).

Comme cité dans le chapitre précédent (« Résultats »), la musicothérapie est utilisée chez les enfants en sevrage pour ses effets apaisants lorsqu'elle est jouée de manière douce et basse. De plus, il est encouragé d'annoncer à ces bébés sa présence et ces gestes en maintenant un ton de voix agréable. En parallèle, Martel et Milette (2006), consacrent un chapitre de leur ouvrage à la promotion du sens de l'ouïe. Elles évoquent différentes stratégies allant dans le même sens que les trois recherches abordant ce thème. En effet, elles invitent les parents à fredonner des chansons, à parler doucement, à enregistrer leur voix etc. Toutefois, elles apportent une grande importance au comportement de l'enfant face à cette stimulation auditive. Si le nouveau-né démontre un signe de stress, donne l'impression de ne pas la tolérer, il est primordial d'arrêter immédiatement ces sons. Comme énoncé auparavant, l'enfant en sevrage est fragile et très sensible à la moindre stimulation. L'observation de la clinique reste le point d'ancrage de toutes les stratégies.

L'odorat est selon Pitteloud et Bellard (2007), une stratégie apaisante pour le nourrisson en sevrage. D'ailleurs, elles favorisent la diffusion de senteurs vanilles, de fleurs d'oranger ou alors d'utiliser un habit porté par les parents pour calmer l'enfant. L'odorat est également un sens promu par les auteurs québécoises (Martel & Milette, 2006). Pour ce faire, elles conseillent d'imbibé un tampon avec le lait maternel et le placer dans l'isolette ou près de l'enfant afin de fournir un stimulus positif (Lott, 1989, cité par Martel & Milette, 2006, p.100). La méthode kangourou permet à l'enfant de sentir directement l'odeur de la peau de sa mère ou de son père et ainsi se sentir apaisé. Puis, elles énoncent également l'utilité du foulard ou de l'habit du parent procurant une odeur familière à l'enfant. Le foulard peut d'ailleurs être utilisé pour emmailloter le bébé et ainsi combiner deux techniques qui le tranquillisent.

Il existe donc une réelle cohérence entre les résultats des recherches et la philosophie des soins du développement. Néanmoins, l'observation du comportement du nouveau-né en sevrage reste la base de toute la prise en charge. Ceci permet d'évaluer l'efficacité de ces stratégies et d'indiquer si la promotion du sens ne se transforme pas en surstimulation néfaste. Il s'agit du rôle autonome de l'infirmier que d'observer la réaction de l'enfant et d'adapter les soins à son comportement.

5.2.5 Le lit à bascule

Le lit à bascule a longtemps été considéré comme étant bénéfique pour l'enfant en sevrage. Selon la documentation lue par d'Apolito avant d'initier sa recherche, cette technique diminue le nombre de symptômes, les troubles moteurs, améliore la qualité du sommeil et l'organisation neuro-comportemental.

Néanmoins, une fois la recherche D'apolito (1999) finit, il s'est avéré que les résultats ne correspondent pas à ses lectures. Il apparaît que le lit à bascule ou le lit à eau sont trop stimulants pour l'enfant en sevrage (D'apolito, 1999, Oei & Lui, 2007).

A contrario, un auteur (Oro, 1988) cité par Oei et Lui (2007), dit que l'enfant sous méthadone placé sur un lit à bascule présente moins de symptômes qu'un enfant allaité sur un lit standard contrairement aux bébés de mères polytoxicomanes qui sont plus agités sur le lit à bascule.

Ces résultats peuvent être analysés au travers des soins du développement. En effet, malgré que l'enfant soit placé sur un lit d'eau ou à bascule, il est impossible de retrouver l'état d'apesanteur ressenti dans le ventre de sa maman. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que ces deux techniques peuvent être ressenties comme surstimulantes, d'autant plus car, l'enfant ressent un manque de bornes physiques sur ces lits.

Toutefois, en apportant des modifications à cette technique, nous pourrions nous placer dans une posture de promotion du sens du mouvement. Par exemple, il serait intéressant d'initier une recherche où l'on place le nouveau-né emmaillotté dans un lit à bascule. Maintenir une position fléchie dans ce lit pourrait également améliorer les résultats de cette technique. La sucette ou le rassemblement main-bouche peut favoriser son calme une fois sur le lit à bascule. Ces stratégies apportent une notion de sécurité à l'enfant en sevrage perturbé par ses symptômes, et lui permettrait d'être nettement plus détendu (Martel & Miette, 2006). Il serait donc pertinent de combiner ces différentes techniques et d'évaluer leur efficacité au travers d'une étude. Cette philosophie a ainsi permis d'appuyer et d'argumenter les résultats obtenus dans la recherche D'Apolito. Ainsi, une attention particulière est à apporter à cette technique souvent utilisée dans les services de néonatalogie ayant pour but d'apaiser les symptômes de sevrage.

5.3 La réponse à la question de cette recherche

La question qui a guidé la totalité de cette revue de littérature est : « *Quelles sont les stratégies infirmières non pharmacologiques prodiguées au nouveau-né atteint du syndrome de sevrage néonatal susceptibles d'atténuer sa symptomatologie ?* ».

Les résultats recueillis après l'analyse faite à l'aide des concepts et cadres théoriques ont permis de cerner différentes de ces stratégies non pharmacologiques pouvant atténuer la symptomatologie de l'enfant atteint de syndrome de sevrage.

Ces résultats ont pu mettre en évidence la complexité de la prise en charge de ces nouveau-nés ainsi que les différents axes à prendre en considération. En effet, un soin peut très rapidement être ressenti comme surstimulant pour l'enfant en sevrage. Ceci souligne l'importance de l'observation clinique de l'enfant car chacun réagira de manière différente. Une technique peut être vécu comme apaisante pour un et surstimulante pour d'autres.

Néanmoins, les bienfaits des soins non pharmacologiques ont été démontrés. L'analyse a pu mettre en évidence ces soins permettant de répondre à la question de départ. Entre autre, l'alimentation (augmenter l'apport calorique, diminuer les dépenses énergétiques et favoriser l'allaitement), l'emballage (lorsqu'il est pratiqué de manière adéquate et que les surveillances nécessaires sont mises en place), la cohabitation (accompagné d'un enseignement aux parents), l'environnement adapté (dont une diminution des stimulations) et le lit à bascule (à réévaluer) font parti des stratégies non pharmacologiques susceptibles de diminuer les symptômes de sevrage. La philosophie de soins du développement ont permis de cerner les limites de ces stratégies et d'apporter un fil rouge dans la prise en charge d'un enfant malade comme celui en sevrage.

6. Conclusion

Dans le dernier chapitre de cette revue de littérature étoffée, vous retrouverez les perspectives apportées par cette revue pouvant être pertinentes pour la pratique infirmière. De plus, les besoins de recherches futures seront présentés. Pour terminer, une mise en évidence des limites, les points forts, les points faibles et du mot de l'auteur.

6.1 Les perspectives pour la pratique infirmière

Cette revue peut être jugée comme utile et pertinente pour la pratique infirmière. Non seulement parce qu'il s'agit d'une problématique réellement présente dans les services de néonatalogie mais également parce qu'elle apporte des pistes d'action concrètes et réalisables. Elle se centre principalement sur le rôle autonome de l'infirmière. De plus, elle pourra permettre aux infirmiers de se sentir moins démunis face aux symptômes que présentent les enfants en sevrage. En effet, les cinq stratégies relevées prioritairement peuvent être facilement intégrées dans un service de néonatalogie.

Il va sans dire que l'investissement des parents dans la prise en charge de leur enfant joue un rôle crucial. D'ailleurs, l'allaitement et la cohabitation dépendent uniquement de la volonté de la mère. Le personnel soignant ne peut qu'encourager et soutenir la mère dans ces démarches qui représente souvent un aspect précieux pour les mamans nécessitant un appui. Néanmoins, l'infirmier doit apporter un enseignement au sujet des surstimulations et du besoin de repos. D'autre part, le besoin de calories est un aspect que l'infirmier peut argumenter auprès du médecin afin d'augmenter l'apport calorique. L'emmaillotage est réellement une technique qui peut être intégré dans le quotidien d'un service de néonatalogie. L'équipe doit malgré tout connaître les bases du positionnement physiologique afin d'éviter des conséquences néfastes.

Favoriser un environnement adapté, est sans doute le moyen demandant le plus d'efforts de la part de l'équipe soignante. En effet, ce qui peut sembler un environnement calme, est souvent ressenti comme surstimulant par l'enfant en sevrage. Malgré tout, il s'agit d'une nécessité pour le nouveau-né immature ou malade.

Néanmoins, si chaque personne reste attentive au ton de sa voix, à la manière dont elle ferme les portes ainsi qu'à l'intensité de la lumière, alors nous allons vers une progression bénéfique pour ces bébés. De plus, l'infirmière devrait être capable de programmer sa journée en regroupant au maximum ses soins. Le contenant olfactif peut être simplement utilisé grâce à un diffuseur placé dans la chambre ou l'habit d'un parent peut être facilement utilisé.

Le lit à bascule reste une technique à étudier et à réévaluer. Mais un drap suspendu peut reproduire l'effet du hamac.

En parallèle, les soins du développement sont bénéfiques pour le personnel soignant qui vit dans un environnement calme. En effet, Martel et Milette (2006), citent différents auteurs dans leur ouvrage qui recommande d'éviter les environnements bruyants et surstimulants car ils augmentent la fatigue, l'irritabilité et diminuent le jugement des infirmières. « Un programme de formation, en regard des soins du développement, peut aussi améliorer : le sens de l'accomplissement personnel, la satisfaction professionnelle et la qualité des soins dispensés par les infirmières » (Oehler et al, 1991, cité par Martel & Milette, 2006, p.127).

Dans le cursus scolaire de l'infirmière Bachelor, un cours est consacré aux mères toxicomanes et au sevrage de l'enfant. Elle aborde effectivement certains soins non pharmacologiques. Cependant, pour les infirmiers travaillant dans un service de néonatalogie, une formation continue pourrait permettre au personnel de se perfectionner dans ce domaine et être capable d'offrir une prise en charge adaptée à ces enfants.

Les techniques présentées ci-dessus ne nécessitent pas de soutien financier important. Cela concerne essentiellement la modification de certaines habitudes de la part de tout le personnel soignant. Si chacun y contribue, la qualité de vie et le développement de l'enfant seront favorisés

6.2 *Le besoin de recherches futures*

Les stratégies non pharmacologiques pouvant atténuer le syndrome de sevrage néonatal, est un sujet peu étudié dans la littérature alors que de nombreuses recherches sont dédiées au traitement pharmacologique. En effet, divers aspects restent vagues et demandent des études spécifiques approfondies. Cela concerne par exemple la recommandation de l'allaitement chez les mères toxicomanes, *cudler* est un programme peu connu et peu de recherches s'y sont intéressées. Ni la théorie ni les résultats des recherches n'ont relevé une notion de temps concernant l'emballage. Reste-t-il efficace même après plusieurs mois ou années ? N'entraîne-t-il pas des conséquences à long terme ? Il serait pertinent d'entamer des recherches afin de répondre à ces questions. Une contradiction se présente face aux effets du lit à bascule. C'est pour cette raison qu'une nouvelle étude serait nécessaire afin d'avoir une notion sûre. La combinaison entre le lit à bascule et les soins du développement pourraient apporter des résultats surprenants.

6.3 *Limites, points forts et points faibles*

Au niveau méthodologique, certains articles ne correspondent pas entièrement aux grilles d'analyse de qualité. En effet, les introductions, les notions d'éthique et la théorie manquent parfois de rigueur. Malgré tout, étant donné qu'il s'agit d'articles pertinents pour ma revue de littérature, ils ont été sélectionnés et utilisés pour son élaboration. Cela concerne également une de mes recherches qui date de 1999 alors que la limite a été posée entre 2000 et 2010.

De plus, la majorité des statistiques concernent les Etats-Unis et non la Suisse. Ceci est dû au manque de recherches effectuées sur ce sujet dans notre pays. Néanmoins, la majorité des résultats sont en corrélation entre les différents pays ce qui nous laisse croire que les mêmes problématiques sont présentes en Suisse.

La première limite de ce travail est qu'il s'agit de la première revue de littérature écrite par l'auteur. Il est donc possible que des manques se fassent ressentir dans l'écriture, la structure et la méthodologie de celle-ci. De plus, une deuxième limite est le nombre restreint de recherches utilisé pour la rédaction de cette revue. Pour terminer, la qualité de certaines recherches a pu porter préjudice à la qualité de cette revue.

6.4 Le mot de l'auteur

Comme cité dans l'introduction, le choix de cette thématique a été motivé par une expérience vécue en tant que stagiaire infirmière. Au travers de ce Bachelor Thesis, j'ai pu développer des compétences en lien avec le syndrome de sevrage néonatal et cerner la complexité de sa prise en charge. En effet, dans un tel contexte, une association doit être faite entre les parents et l'équipe soignante si nous souhaitons prodiguer des soins de qualité. J'espère qu'ainsi, grâce à la lecture de cet écrit, les infirmiers se sentiront moins démunis et impuissants face aux enfants atteints de syndrome de sevrage.

Ce travail m'a également permis de m'initier à la recherche qui est un aspect de la profession qui m'intéresse tout particulièrement.

Bibliographie

Ouvrages

- ❖ Martel M-J., Milette I., (2006), *Les soins du développement, des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Québec : éditions du CHU Sainte-Justine.

Articles

- ❖ Abdel-Latif M., Pinner J., Clews S., Cooke F., Lui K., Oei J. (2006). Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics*, vol. 117 no.6, 1163-1169
- ❖ Abrahams R., Kelly A., Payne S., Thiessen P., Mackintosh J., Janssen P. (2007). Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin. *Canadian Family Physician*, 53 :1722-1730
- ❖ Beauman S. (2005). Identification and management of neonatal abstinence syndrome. *Journal of infusion nursing*, vol. 28, p.159-167
- ❖ Beck C.T, Loisel C.G, Polit D.F (2007), Chapitre 7 : Trouver de la documentation et en faire l'analyse. Méthodes de recherche en sciences infirmières. 140-157. Québec : ERPI
- ❖ Chevalley A-F., (2002), Effets de la consommation abusive ou de la dépendance aux substances actives illicites (opiacés et cocaïne) sur la femme enceinte, le fœtus et le jeune enfant. *FLASH ADDICTION*, n°5
- ❖ Chevalley A-F., (2003), Effet de la consommation abusive de marijuana (ou cannabis) et d'alcool sur la femme enceinte, le fœtus, et le jeune enfant., *FLASH ADDICTION*, n°6
- ❖ D'Apolito K., (1999). Comparison of a rocking bed and standard bed for decreasing withdrawal symptoms in drug-exposed infants. *The American journal of maternal child nursing*, vol.24, p.138-144

- ❖ Desplanques L., (2003), Femmes & addictions, *Santé Réduction des Risques Usages de Drogues*, n°29
- ❖ Dodge P., Brady M., Maguire B. (2006) Initiation of nurse-developed interdisciplinary plan of care for opiate addiction in pregnant woman and their infants, *IJCE*, vol. 21, no°2 p.21-24
- ❖ Dryden C., Young D., Hepburn M., Mactier H. (2009). Maternal methadone use in pregnancy: factors associated with the development of neonatal abstinence syndrome and implications for healthcare resources. *BJOG*, vol.116, p. 665-671
- ❖ Jansson LM, Choo R., Velez ML, Lowe R, Huestis MA (2009). Methadone maintenance and long-term lactation. *Breastfeeding medicine*, 3(1) : 34-37
- ❖ Marcellus L. (2002). Care of substance-exposed infants : the current state of practice in Canadian hospitals. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, vol. 16, p. 51-68
- ❖ Nadot, M. (2002) Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline *Perspective soignante*. 13, 29-86.
- ❖ Nair P., Schuler M., Black M., Kettinger L., Harrington D. (2002). Cumulative environmental risk in substance abusing women : early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development, *Child Abuse & Neglect*, vol. 27, p.997-1017
- ❖ Oei J., Lui K. (2007). Management of the newborn infant affected by maternal opiates and other drugs of dependency. *Journal of paediatrics and child health*, vol.43, p.9-18
- ❖ Pitteloud F., Bellard A. (2007). Prise en charge d'un nouveau-né en sevrage de drogues : Un avenir pour l'enfant, *Krankenpflege, soins infirmiers*, p.48-51
- ❖ Van Sleuwen B., Engelberts A., Boere-Boonekamp M., Kuis W., Schulpen T., L'Hoir M. (2007). Swaddling : a systematic review. *Pediatrics*, vol. 120, no. 4, p.1097-1106

- ❖ Van Woensel G., Beyra-Vanneste A-L., (2000), Maternité et toxicomanie : état des connaissances, *Revue de la Médecine Générale*, n°171
- ❖ Velez ML., Jansson LM., Schroeder J., Williams E. (2009). Prenatal methadone exposure and neonatal neurobehavioral functioning. *Pediatric research*, 66(6) :704-709
- ❖ White-Traut R., Studer T., Meleedy-Rey P., Murray P., Labovsky S., Kahn J. (2002). Pulse rate and behavioral state correlates after auditory, tactile, visual, and vestibular intervention in drug-exposed neonates. *Journal of perinatology*, vol 22 number 4, p.291-299

Polycopiés

- ❖ Auderset P-B., *Crise et intervention de crise*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de Santé de Fribourg
- ❖ Bopst L. (2000) *Syndrome de sevrage chez le nouveau-né*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé
- ❖ Krebs Poncioni N. & de Tilly M.-N., (s.d), Nutrition chez l'enfant, allaitement maternel. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé
- ❖ Nadot N., (2010), Grille de lecture critique scientifique approche quantitative. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé
- ❖ Nussbaum D., *Intervention de crise*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de Santé de Fribourg

Pages WEB

- ❖ Lothaire T. (2006). *Si l'aide soignante nous était comptée...Autonomie de l'aide soignante, quelles implications pour l'infirmière !* [Page WEB]. Accès : [Page consultée le 10 mai 2010]

- ❖ James A., (9 octobre 2009), Syndrome de sevrage néonatal [Page WEB]. Accès : <http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/ResourceCentres/PregnancyBabies/Pregnancy/ProblemswiththeBaby/Pages/Neonatal-Abstinence-Syndrome.aspx> [Page consultée le 6 juin 2011].

Annexe

Annexe A : Grilles d'analyse d'articles

Titre: Prenatal methadone exposure and neonatal neurobehavioral functioning

Auteur : Velez ML., Jansson LM., Schroeder J., Williams E.

Année: 2009

Journal: pediatric research

Mesh Term: neonatal abstinence syndrome and Methadone

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
<p>Cette étude décrit le fonctionnement neurologique des nouveau-nés exposés avant la naissance à la méthadone en utilisant le NNNS (neurocomportementale s réseau échelle USIN) le troisième jour de vie de l'enfant. La relation entre les NNNS et plusieurs facteurs maternels sont explorés y compris les anciennes consommations de drogue de la mère. La relation entre les mesures NNNS, la gravité du syndrome de sevrage et la nécessité de la pharmacothérapie est évaluée.</p> <p>Design : devis quantitatif non expérimental. Etude longitudinale</p>	<p>77 femmes enceintes inscrites pour: suivi psychologique, traitement de substitution, soins obstétricaux et pédiatriques chez qui ont va évaluer les effets de la méthadone sur la physiologie fœtale et maternelle entre 2002 et 2007. Toutes les participantes correspondaient aux dépendants des opiacés selon les critères du DSM-IV. Analyses d'urines 1x/semaine ont été fait pour détecter des opiacés, cocaïne, benzodiazépines, barbiturique, THC, PCP et alcool.</p>	<p>-Mères principalement blanches consommant surtout de l'héroïne. 79,3% ont commencé la méthadone dans le 2^{ème} trimestre ou plus tôt. 53,3% des nourrissons ont eu besoin d'un traitement pharmacologique pour le sevrage.</p> <p>Aucune corrélation entre la dose de méthadone et l'échelle neurocomportementale de l'enfant (NNNS). Les enfants sous traitement pharmacologique : scores plus élevés pour l'excitabilité, l'excitation, l'hypertonie que les enfants sans traitement. Le poids/âge gestationnel : ne varient pas. Le nombre de jour de grossesse sous méthadone a un effet positif sur :</p>	<p>Les enfants nécessitant un traitement indiquent : incapacité ou difficulté à maintenir un équilibre interne tout en répondant aux stimulations externes. L'identification précoce et le traitement de ces symptômes ont un rôle dans la prévention des complications à long terme surtout chez les mères émotionnellement compromises (dépression, anxiété, culpabilité, insécurité). Aucune association entre la dose de méthadone prise par la mère et les scores de NNNS, mais, les résultats montrent que la variabilité et la sévérité des symptômes sous méthadone peuvent être liées à l'interaction de la méthadone et d'autres facteurs comme : le stress prénatal de la mère, la génétique, la maturation du système nerveux, le sexe du bébé etc. L'utilisation de l'échelle NNNS est capable de détecter les nouveau-nés à risque et d'instaurer une pharmacothérapie rapidement ce qui peut raccourcir le temps d'hospitalisation. Tous les nourrissons exposés aux opiacés même ceux nécessitant une pharmacothérapie n'ont pas une expression significative des</p>	<p>N'est pas mentionnée</p>	<p>Cette étude a un haut evidence based à 21pts/22. Toutefois, la notion d'éthique n'est pas présente.</p> <p>J'ai choisi d'intégrer cette étude à ma revue de littérature car elle souligne les troubles neuro-comportementaux qui nécessitent des soins spécifiques en période néonatale. Ces soins doivent être transmis aux aidants naturels. Cette étude propose la combinaison entre l'échelle de Finnegan et la NNNS car elle est plus précise dans la détection de certains symptômes neuro-comportementaux. En parallèle, elle souligne le fait que de déterminer le</p>

		<p>autorégulation, qualité du mouvement, excitation, excitabilité et l'état de stress sur l'échelle des neuro-comportements. Cause : suivi plus rapproché durant la grossesse des femmes qui sont sous méthadone plutôt que celles qui consomment des drogues illicites.</p>	<p>symptômes de sevrage mais ont des difficultés spécifiques dans certains domaines neurocomportementaux conduisant à des soins spécifiques dans la période néonatale qui doit être relayée aux aidants naturels. Le NNNS qui mesure des aspects du fonctionnement neuro-infantiles différemment de l'échelle de Finnegan. NNNS peut-être plus précis dans la détection des difficultés présentées par les enfants exposés à la polyconsommation/méthadone c'est pour ça que la combinaison des deux est le plus judicieux La détermination du répertoire des neuro-comportements du nourrisson exposé à la méthadone pourraient guider le traitement optimal de tous les nourrissons en particulier ceux nécessitant des soins non pharmacologiques.</p>		<p>répertoire des symptômes neuro-comportementaux permet de guider le traitement de tous les nourrissons en particulier ceux ne nécessitant pas de traitement pharmacologique ce qui est en lien avec ma problématique.</p>
--	--	--	---	--	---

Titre: Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development

Auteur: Nair P., Schuler M., Black M., Kettinger L., Harrington D.

Année: 2002

Journal: Child Abuse & Neglect 27

Mesh Term: Child Abuse and Home Care Services

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
Evaluer la relation entre les risques environnementaux cumulatifs et l'intervention précoce, les attitudes parentales, le potentiel de violence envers les enfants et le développement de l'enfant chez les mères toxicomanes. Comment les facteurs de risque psychosociaux accumulés au cours des 18 premiers mois de vie d'un	Ils ont étudié 161 femmes toxicomanes d'une maison d'intervention précoce, qui avait la garde de leurs enfants à 18 mois. Le groupe d'intervention a reçu des visites à domicile dans les 6 premiers mois et des visites toutes les deux semaines de 6 à 18 mois. Le stress parental et le potentiel de violence envers les enfants ont été évalués à 6 et 18 mois post-partum. Le développement mental et moteur des enfants et le langage ont été évalués à 6, 12 et 18 mois post-partum dix facteurs de risque maternels ont été évalués : la dépression	Les enfants du groupe d'intervention ont obtenu des scores significativement plus élevés au niveau du développement mental et moteur (PDI) à 6 et 18 mois et ont obtenu des scores un peu mieux de 6 à 12 mois comparatifs au groupe témoin. Par rapport aux toxicomanes les femmes de moins de cinq risques ou les femmes avec cinq ou plus de risques sont plus stressantes et a indiqué plus grande	Plus de 70% des femmes ont signalé des symptômes dépressifs et une prédominance à des événements de vie négatifs. Pendant les 18 mois d'étude : 20% avaient été incarcérés, 13% avaient été sans-abri, 23% victimes de violence et 13% avaient vécu constamment avec un partenaire. Les jeunes mères : plus de chance d'être exposés à des facteurs de risque négatif, comme : problèmes familiaux, stress ce qui augmente les conséquences sur le développement et la négligence. Le nourrisson à la naissance n'a révélé aucune différence significative entre les quatre groupes à risque ce qui indique que les enfants nés de mères à haut risque ne sont pas fondamentalement différentes de celles des mères à faible risque. Le stress des parents et le potentiel de violence envers les enfants étaient plus élevés pour les femmes avec cinq ou plusieurs risques par rapport aux femmes qui ont quatre ou moins de risques ; mentale des enfants, le moteur et le développement du langage ne sont pas liés au niveau de risque. les femmes ont plus de stress liés à la garde de leurs enfants. Les effets ont été plus forts à 18 mois que plus tôt dans la vie de	N'est pas mentionnée	L'evidence based de cette étude est de 19pts/22 et peut donc être intégré à mes recherches. Des lacunes sont présentes au niveau des notions d'éthique. Cette étude apporte peu de conséquences de cette étude sur la pratique clinique et il est peu probable que celle-ci soit utilisée dans la pratique infirmière si ce n'est l'importance d'apporter un soutien à ces parents. Toutefois, j'intègre cette recherche car elle

<p>enfant influence sur les changements dans les attitudes parentales et le développement des enfants.</p> <p>Design : Devis quantitatif étude randomisée de type longitudinale</p>	<p>maternelle, la violence domestique, la violence non-domestique, la taille de la famille, l'incarcération, les événements négatifs de la vie, des problèmes psychiatriques, les sans-abri et la gravité de l'usage de drogues. Le niveau de risque a été recodée en quatre catégories (2 ou moins, 3, 4 et 5 ou plus)</p> <p>Des analyses des mesures ont été effectuées afin d'examiner comment le niveau de risque et le groupe (intervention ou de contrôle) étaient liés au stress parental, le potentiel de violence envers les enfants et leur développement moteur et la langue au fil du temps.</p>	<p>inclination à des comportements abusifs et négligents envers leurs enfants. Au niveau du développement mental/moteur ; les score moyens du niveau moteur étaient plus élevés que le score moyen du développement mental à 18 mois alors que entre 6-12 mois les scores ne différaient pas. Les enfants avaient des scores plus élevés au niveau du langage réceptif que les scores de langage expressif.</p>	<p>l'enfant ce qui reflète les difficultés supplémentaires associés avec les jeunes enfants comparé au nourrisson. L'augmentation des risques psychosociaux peuvent être associés à une plus grande probabilité de maltraitance ou de négligence. Des risques n'étaient pas liés au développement des enfants pour les 18 premiers mois. Les enfants de mère toxicomanes à risques multiples sont plus à risque de retard mental, moteur ou de retard dans le langage. Une intervention auprès de ces mères ont démontré une amélioration dans les deux développements : mental et moteur mais pas dans le langage. Les enfants du groupe d'intervention avaient un meilleur développement moteur à 6 et 18 mois et ont très légèrement amélioré le développement mental à 6 et 12 mois. Ces résultats sont encourageants et suggèrent que dans la population à haut risque, l'intervention précoce peut être bénéfique. Cependant, des facteurs tels que la consommation de drogues en cours de grossesse et la violence domestique peut limiter l'efficacité des interventions.</p> <p>Les résultats de cette recherche confirment les effets néfastes d'une accumulation de risque au cours des 18 premiers mois de la parentalité.</p>	<p>décrit le lien entre des difficultés psycho-sociales et le risque de violence, de maltraitance ou de négligence sur leur enfant. Cela peut être des indicateurs auquel les infirmiers doivent être attentifs. Elle décrit les risques que ces enfants encourent à long terme.</p>
--	---	---	--	--

Titre: Pulse rate and behavioral state correlates after auditory, tactile, visual and vestibular intervention in drug-exposed neonates

Auteur: White-Traut R., Studer T., Meleedy-Rey P., Murray P., Labovsky S., Kahn J.

Année: 2002

Journal: Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association

Mesh Term: Neonatal abstinence syndrome and newborn

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
L'objectif de cette étude est de comparer les réponses des nouveau-né exposé aux drogues in-utéro avec les réponses des nouveau-né non exposé face à des intervention auditives, tactile, visuelle et vestibulaire (ATVV). Chez les enfants de grossesse normale, la fréquence cardiaque et le comportement sont étroitement	L'échantillon : 72 enfants non exposés et 45 enfants exposés à 24h-48h de vie avec 35 à 41 semaines de gestation. Les nourrissons ont été assignés à des groupes contrôle et d'autre au groupe expérimental de façon aléatoire. Les enfants exposés étaient divisées en 3 : cocaïne, opiacés (héroïne, méthadone), ou polyconsommation. les interventions ATVV : faites pendant 15 minutes auprès de l'enfant : à 15minutes stimulation auditive, à 10 minutes stimulation tactile par des massages, puis prise de contact visuelle pendant les périodes d'éveil de l'enfant et enfin un	Aucune différence pour les pleurs dans le groupe Les comparaisons entre groupes de contrôle des enfants non exposé /groupe expérimentales ont relevé des résultats similaires au plan comportemental. Le groupe expérimental : baisse dans le sommeil tranquille, augmentation de la vigilance au cours de l'intervention. Les nourrissons non-exposés avec ATVV avaient 19% de plus de vigilance que le groupe de contrôle. Les analyse ont montré des différences entre le temps de sommeil et le temps éveil entre les nourrissons exposés à la drogue dans le groupe contrôle et expérimental. Une tendance vers une plus grande proportion de temps passé dans des états d'éveil a été	Malgré l'exclusion des nourrissons présentant des symptômes de sevrage (nécessitant un traitement pharmacologique), des différences significatives entre les non les enfants non-exposés et les enfants nés sous drogue. Ils démontrent un changement de comportement. Les nourrissons non exposé présentaient une plus grande vigilance par rapport au groupe de nourrissons exposés aux drogues mais cela n'est pas significatif. Cette étude a constaté que le comportement des nourrissons exposé du groupe expérimental est devenu comparable à celle des nourrissons non exposé du groupe expérimental pendant les 31 minutes des interventions ATVV. Des recherches antérieures sur les enfants nés sous cocaïne qui ont reçu des stimulations tactiles ont notés moins de comportements de stress et une meilleure performance d'orientation et des capacités motrices plus matures sur la Brazelton échelle. La cocaïne inhibe la recapture de la dopamine, la sérotonine et la	L'approbation du comité d'examen institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude. Un consentement éclairé pour chaque cas a été obtenu	Cette recherche a un haut evident based de 18pts/22 et fait donc partie de ma moyenne limite. Je choisis de garder cette étude car il apporte une nouvelle notion qui dit que de parler d'une voix douce, avec un contact tactile par le massage, garder un contact visuel avec l'enfant et que le balancement (enfant emmaillotté) à court terme pourrait avoir des effets bénéfiques. D'autre part, des apports théoriques pertinents sont présentés. Cette étude aborde également des

<p>lié. Cette étude cherche à savoir si cette corrélation est retrouvée chez les nouveau-nés exposés aux drogues in-utéro. Elle cherche aussi à déterminer si l'application à court terme de l'intervention ATVV pourrait modifier le comportement de l'enfant juste après la naissance.</p> <p>Design : Devis quantitatif expérimental</p>	<p>balancement vertical avec l'enfant emmaillotté après 5 minutes. La stimulation auditive (voix douce avec des pauses intermittentes) persiste pendant toute la période d'intervention. Les observations des comportements (sommeil calme, sommeil agité, somnolent, calme, réveil actif, pleures, état indéterminé) ont été effectués et documentés chaque minute pendant toute la période de collecte de données. L'ATVV a été arrêté de façon transitoire pendant 5 secondes avant chaque observation de comportement. La fréquence cardiaque a été enregistrée en continu. Un signal fiable a été confirmé par la forme de l'onde du pouls avant le début de la collecte de données.</p>	<p>observée dans le groupe expérimental comparé au groupe de contrôle qui a un sommeil plus tranquille et moins de temps de vigilance. Les comparaisons ont montré une tendance à une plus grande période de sommeil actif pour les enfants exposés du groupe expérimental. Pendant et après l'intervention, aucune différence. Une forte corrélation entre la fréquence cardiaque et comportement du nourrisson du groupe non-exposé. Corrélation modérée entre la FC et comportement pour les deux groupes des enfants exposés. Aucune corrélation entre la FC et le comportement du nourrisson sous cocaïne. Les enfants nés sous opiacés avaient une corrélation modérée mais non significative. Seul le groupe de polyconsommation avait une corrélation significative.</p>	<p>noradrénaline au niveau des terminaisons nerveuses adrénergiques augmentant ainsi l'activité du système nerveux sympathique. De nombreuses études ont déjà conclu que l'exposition à la cocaïne perturbe le SNC et le SNA. Ces déficits structurels et neurotransmetteur peuvent aboutir à des troubles neurocomportementaux plus tard, notamment des difficultés à la régulation de l'éveil, de l'attention, des troubles de la motricité et le potentiel d'apprentissage. Les résultats de cette étude suggèrent que les fonctions végétatives et comportementales sont perturbées chez les nourrissons exposés aux drogues in utéro comme le témoigne l'absence de corrélation entre la FC et les comportements du groupe contrôle. Elle suggère que les stimulations ATVV est bénéfique à la restauration des fonctions végétatives et comportementales à court terme. Considérant que la thérapie de soutien et pharmacologique a été bien documentée dans le traitement des bébés en sevrage d'opiacés, la ATVV peut être un moyen approprié de thérapie d'amélioration de l'instabilité neurovégétative trouvée chez les nourrissons exposés à la cocaïne.</p>	<p>conséquences à long terme chez les enfants exposés aux drogues durant la grossesse.</p>
--	---	--	--	--

Titre: Methadone maintenance and long-term lactation

Auteur : Jansson LM, Choo R., Velez ML, Lowe R, Huestis MA

Année: 2009

Journal: Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine

Mesh term: methadone and breast feeding

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
<p>Le but est d'étudier la concentration de méthadone dans le plasma et le lait maternel des femmes qui allaitent leurs enfants au-delà de la période néonatale.</p> <p>Design : devis quantitatif</p>	<p>-Tous les mois 5 femmes ont fourni échantillon de lait tant qu'elles allaient. Les échantillons de plasma de la mère ont été recueillis simultanément -enregistrement dernière dose de méthadone</p> <p>- La dose maximale ingérée a été calculée</p>	<p>-Pediatric health care history a déterminé qu'aucun des nouveau-nés n'avait un important problème de santé ou de développement dans les 6 premiers mois de vie.</p> <p>-La période d'échantillonnage a été variée par le pic (1-3 heures après la prise de méthadone) de méthadone dans le lait maternel. Malgré la concentration variable de méthadone dans le lait maternel et dans le plasma, celui-ci était faible. La dose maximale ingérée a été calculée au 30^{ème} jour. Les doses ingérées à chaque période étaient faible : 1/3 par jour. La concentration de méthadone dans le plasma était de 2.0ng/mL.</p>	<p>Les résultats confirment que parmi les femmes qui allaitent au-delà de la période néonatale, les concentrations de méthadone dans le lait maternel est faible et peu susceptible d'avoir un quelconque effet négatif sur le développement de l'enfant.</p>	<p>Un consentement éclairé écrit a été obtenu pour chaque participante. La recherche a été approuvée par le conseil d'administration qui régit le contrôle des institutions locales.</p>	<p>18pts/22 désigne l'evidence based de cette étude. Toutefois, le chapitre discussion et la description du devis de recherche ne sont pas présents. L'échantillon n'était pas adéquat car il ne comprenait que 6 femmes. Cette étude manque un peu de détails.</p> <p>Cependant, j'intègre cette étude car elle apporte une notion de long terme en lien avec l'allaitement qui fait partie de mes stratégies prédominantes.</p>

Titre: Comparison of a rocking bed and standard bed for decreasing withdrawal symptoms in drug-exposed infants

Auteur: K. D'Apolito

Année: 1999

Journal: The American journal of maternal child nursing

Mesh Term: beds and neonatal abstinence syndrome

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
<p>Déterminer si l'utilisation d'un lit mécanique à bascule (avec simulation des sons intra-utérin maternelle) diminuerait les symptômes de sevrage et de promouvoir l'adaptation du comportement neurologique chez les nourrissons touchés par la drogue consommée par leurs mères.</p> <p>Design : Devis quantitatif expérimentaux par essai clinique randomisé.</p>	<p>Il s'agit d'un protocole de mesures expérimentales avec des groupes de contrôle avec des enfants randomisés à un lit standard ou d'un lit à bascule. L'échantillon était composé de 14 nourrissons nés à terme qui ont été exposés avant la naissance à la méthadone ainsi que d'autres drogues illicites. Les nourrissons exposés à l'éthanol, l'héroïne, la marijuana et des cigarettes ont également été inclus. Les enfants exposés à la cocaïne en fin de grossesse ont été exclus parce que les hyper irritabilités signalées chez ces enfants peuvent être due à des effets toxiques du médicament plutôt que les symptômes de sevrage. Des échantillons d'urines ont été prélevés chez les mères</p>	<p>Environ 60 à 90% des enfants exposés aux drogues présentent des symptômes de sevrage in utero. ces symptômes sont : de longues périodes d'éveil, l'irritabilité, des tremblements, hyperactivité, difficultés à s'alimenter et des pleurs fréquents. Plusieurs interventions en soins infirmiers ont été rapportées pour soutenir le fonctionnement neurologique. Ces interventions comprennent les langes fournissant un environnement calme et permettant à l'enfant de sucer une sucette pendant l'état de veille. Aucune différence significative entre les groupes liés aux conditions environnementales. Pas de différences significatives</p>	<p>Sur la base de la documentation examinée, on s'attendait à ce que les enfants recevant un traitement avec le lit à bascule et les sons intra-utérins provoque : une diminution du nombre total de signe de sevrage, l'amélioration du sommeil, des troubles moteurs et une meilleure organisation neuro-comportemental. Cependant, ces résultats n'ont pas été observés. Les résultats de l'étude suggèrent que le lit à bascule peut être trop stimulant pour les bébés, exposé au sevrage de la méthadone ou de polyconsommation. Cela a été démontré par une augmentation des symptômes de retrait au 7^{ème} jour de vie chez les nourrissons du groupe</p>	<p>N'est pas mentionnée</p>	<p>L'evidence based de cette étude est de 19pts/22 et selon mes limites elle peut donc être intégrée à ma revue de littérature. Une des limites majeures de l'étude est la taille de l'échantillon qui est constitué de 14 nourrissons. D'autre part, le paragraphe discussion n'est pas précisément noté mais une discussion des résultats est toutefois présente sous le chapitre implications cliniques. Cependant, cette étude est pertinente pour mon travail quel il évalue l'efficacité du lit à bascule comme stratégie non-pharmacologique.</p>

	<p>pour déterminer les médicaments de l'exposition. Les échantillons de méconium ont été recueillis auprès des nourrissons et testés pour la présence de cocaïne. Le lit à bascule a été utilisé pour imiter l'environnement intra-utérin. Une stimulation auditive est basé sur des enregistrements réels de sons intra-utérins le score de Finnegan a été enregistré toutes les 3h par les infirmiers. Le Brazelton neonatal behavioral assessment scale (BNBAS) a été utilisé pour mesurer la capacité d'adaptation du nourrisson. L'outil d'évaluation de la petite enfance décrivant les conditions environnementales a été également utilisé. Tous les nourrissons ont été traités avec de la morphine orale basée sur un protocole de traitement.</p>	<p>entre : poids de naissance, âge gestationnel, ou indice d'Apgar. Tous le méconium était négatif à la cocaïne et pas de différences entre les dosages de méthadone selon les mamans au moment de l'accouchement. Les nourrissons dans le groupe expérimental avaient une augmentation dans le nombre total moyen de symptômes de sevrage par rapport au groupe témoin. Le 7^{ème} jour des troubles du sommeil était plus présent chez le groupe expérimental. Pas de différence entre les groupes pour les symptômes moteurs.</p>	<p>expérimental ainsi que l'augmentation des troubles du sommeil. Aucune différence significative n'a été observée pour les symptômes moteurs sur le 3^{ème}, 5^{ème} et 7^{ème} jour mais toutefois le groupe expérimental était légèrement plus élevé. Une augmentation des scores moteurs avec une augmentation des perturbations du sommeil peuvent avoir un effet cumulatif négatif. Les nourrissons du groupe expérimental ont été plus irritables, agités et tremblants pendant l'examen BNBAS.</p>		
--	--	--	--	--	--

Titre: Care of substance-exposed infants: the current state of practice in Canadian hospitals

Auteur: Marcellus L.

Année: 2002

Journal: The Journal of perinatal & neonatal nursing.

Mesh Term: Infant care and neonatal abstinence syndrome

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
<p>Cette étude est conçue pour « référencier » ou décrire les soins infirmiers et les pratiques médicales en matière de soins de l'enfant ayant été exposé à une substance durant la grossesse.à travers le Canada (154 hôpitaux)</p> <p>Design : devis quantitatifs non expérimental de type étude descriptive</p>	<p>Des enquêtes ont été envoyées dont 137 réponses valides. Ces enquêtes ont été envoyées au directeur des soins infirmiers responsable des services pédiatriques avec une demande pour que le questionnaire soit rempli par la personne ayant le plus de connaissance et d'expérience liée au sujet.</p>	<p>64% ont indiqué que la toxicomanie périnatale est un problème dans leurs communautés. 1404 enfants par année ont été enregistrés comme ayant été exposé. 51% des établissements ayant répondu ont indiqué que les protocoles sont en cours d'utilisation pour guider les soins infirmiers et médicaux face aux nourrissons exposés. 90% des établissements ont un espace réservé pour les nourrissons exposé avec un environnement plus à l'abri des stimulations auditives, des lumières ainsi que la présence d'une couveuse.</p>	<p>L'objectif du traitement doit être d'assurer le confort de la mère et du nourrisson pour soulager les symptômes, améliorer l'alimentation, prévenir les crises et réduire les hospitalisations inutiles. Améliorer l'interaction mère-enfant et réduire l'incidence de la mortalité infantile et leur développement anormal doit faire partie du traitement.</p> <p>Le traitement ne doit pas seulement viser à contrôler les symptômes de sevrage mais aussi permettre au nouveau-né de s'adapter au monde extra-utérin. Le traitement pharmacologique est justifiée si les mesures conservatrices comme l'emballotement et la diminution des stimulations de l'environnement ne suffisent pas.</p> <p>Idéalement la meilleure façon d'identifier l'usage de drogues maternelles par le biais d'un entretien par un professionnel de soins d'une relation de confiance. L'allaitement présente de nombreux avantages y compris l'optimisation de la santé de la mère et du bébé et de renforcer le lien entre mère/enfant. La qualité des soins quotidiens et le suivi des enfants seront touchés par la disponibilité d'une formation pour les professionnels. Les professionnels de santé manquent souvent de formation et d'expérience dans le travail avec les femmes toxicomanes et les stratégies d'intervention efficaces.</p>	<p>La notion de confidentialité a été assurée. La participation est volontaire et un consentement éclairé a été fait.</p>	<p>L'evidence based de cette étude est de 21pts/22 et correspond à mes limites. Les hypothèses ne sont pas clairement formulées. Il semble judicieuse de l'intégrer à ma revue de littérature car elle aborde l'importance de former les infirmières afin de leur enseigner les stratégies efficaces et la prise en charge auprès de la mère toxicomane. Elle souligne que notre rôle est de permettre au nouveau-né de s'adapter au monde extra-utérin. Elle dit également que le traitement pharmacologique est nécessaire mais seulement après avoir mis en place des stratégies non-pharmacologiques.</p>

Titre: Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin

Auteur: Abrahams R., Kelly A., Payne S., Thiessen P., Mackintosh J., Janssen P.

Année: 2007

Journal: Canadian Family Physician – Le Médecin de famille canadien

Mesh Term : neonatal syndrome abstinence and methadone

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
<p>Evaluer les effets de la cohabitation de la mère avec son nouveau-né à l'hôpital sur l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage néonatal chez les nouveaux-nés exposés aux opiacés et sur la proportion des mères qui conservent la garde de leur bébé.</p> <p>Design : Devis quantitatif étude de cohorte rétrospective</p>	<p>32 femmes de Vancouver avaient consommé de l'héroïne ou de la méthadone durant la grossesse entre octobre 2001 et décembre 2002. Elles s'identifiaient en tant que consommatrices. Une offre pluridisciplinaire : soins prénataux, soins médicaux, logements et services financier et sociaux. Les soins incluent l'enseignement afin que la mère sache s'occuper et identifier les symptômes de son enfant. Les groupes de comparaison étaient une cohorte historique de 38 femmes et une cohorte concomitante de 36 femmes traitées dans un hôpital communautaire (Surrey) du voisinage. Les bébés ont été suivis jusqu'à leur sortie définitive de l'hôpital</p>	<p>Les femmes dans les 3 cohortes étaient dans la même tranche d'âge. Plus de 88% des femmes dans tous les groupes ont déclaré avoir utilisé de l'héroïne (20% des deux groupes BCWH et 50% du groupe Surrey signalent l'utilisation de la méthadone avant l'hospitalisation.) le nombre moyen de visites prénatales était de 5 pour le groupe Surrey contre 8.8 et 12.2 pour les groupes BCWH. Plus de femmes ont allaité dans le groupe d'étude (62.5%) comparé aux deux autres groupes (7.9% et 11.1% à Surrey).</p>	<p>La cohabitation entre la mère et son nouveau-né diminue significativement le besoin de traitement pour le syndrome de sevrage par rapport au groupe traditionnel. Cette cohabitation est associée aussi à un séjour hospitalier plus court pour le nouveau-né par rapports aux 2 autres groupes de comparaison. Les bébés ayant partagé la chambre avec leur mère avaient une probabilité significativement plus élevée de quitter l'hôpital sous la garde de leur mère en comparaison de la cohorte traditionnelle. La cohabitation pourrait faciliter la transition du nouveau-né exposé aux opiacés vers la vie extra-utérine et promouvoir un maternage plus efficace. La cohabitation est associée à une diminution de l'utilisation de la morphine, de la durée du traitement de la morphine, des vomissements, l'admission dans une isolette et la durée du séjour à l'hôpital</p>	<p>Avant de commencer cette étude, un certificat d'approbation éthique a été obtenu par : University of British Columbia Clinical Ethics Board.</p>	<p>L'evidence based de cette étude est 22pts/22 et rempli donc tous les critères d'un bon article. J'intègre donc cette étude à ma revue car elle aborde le sujet d'une stratégie non pharmacologique qui peut diminuer les symptômes de sevrage. Elle est claire sur les bienfaits du rooming-in sur l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, à la diminution de l'hospitalisation et augmente la probabilité d'être sous la garde de sa mère après la sortie de l'hôpital.</p>

Titre: Initiation of nurse-developed interdisciplinary plan of care for opiate addiction in pregnant woman and their infants

Auteur : Dodge P., Brady M., Maguire B.

Année: 2006

Journal: IJCE: International Journal of Childbirth Education

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
Un comité de qualité interdisciplinaire tente de déterminer comment fournir des soins appropriés aux femmes enceintes du moment où elle arrive pour la première fois à l'hôpital, pendant la grossesse, l'accouchement, l'accouchement, post-hospitalier et les soins pédiatrique. Les soins auprès des femmes toxicomanes enceintes et leurs enfants sont complexes et nécessitent des connaissances et	Les membres de l'équipe hospitalière représente les infirmières, infirmières praticiennes, les professeurs médecins, les médecins résidents, les pharmaciens, les assistants sociaux, personnel de la néonatalogie, les pédiatres, les cliniciens en lien avec la toxicomanie, les psychiatres Trois infirmières chef ont formé cette équipe interdisciplinaire de qualité pour répondre aux soins des femmes enceintes toxicomanes et leurs enfants. L'équipe a réussi à normaliser les traitements pour le syndrome de sevrage néonatal, la formation du patient et du personnel ainsi que la mise en place d'un modèle de soin pour	Un des premiers changements après la mise en place du protocole a été de modifier le traitement médicamenteux des nourrissons en sevrage face à l'utilisation de la morphine. Environ 60%-80% des nourrissons exposés, développement des symptômes de sevrage. L'échelle de finnegan a été enseigné aux mères afin d'avoir une surveillance plus rapprochée du nourrisson et ainsi évaluer le traitement pharmacologique. La morphine a été choisi comme la thérapie de drogue de choix parce qu'il ne contient aucun additif ou la teneur en alcool a une demi-vie courte. Le traitement est individualisé et les nourrissons sont progressivement sevrés en fonction de leur évaluation clinique. En parallèle, il est important de fournir un environnement adéquat pour la famille et l'enfant. Les nourrissons ont besoin que les stimulations externes soient limitées. La cohabitation avec la mère est encouragée mais toujours dans un environnement avec peu de bruit et de lumière. La famille donne beaucoup de	Le soin apporté aux mères et aux nourrissons dont les vies sont touchées par la toxicomanie nécessite des efforts coordonnés d'une équipe de soins variés. Les infirmières dans cet établissement a identifiés les aspects des multiples domaines cliniques responsables des soins obstétricaux et pédiatriques. Les infirmières reconnaissent l'ampleur du problème et chacun a des compétences dans l'entrée en relation, des soins cliniques, de négociation, d'organisation et de	N'est pas mentionnée	J'ai décidé d'intégrer cette étude car elle souligne l'importance d'un travail en équipe pluridisciplinaire mais que le leadership reste l'infirmière car elles ont les compétences et les connaissances nécessaires pour rassembles les gens et améliorer les soins cliniques. Cette étude dit également qu'il faut enseigner l'échelle de finnegan aux mamans pour évaluer le traitement le plus précisément possible. Chaque traitement est individualisé. Elle exprime l'importance de fournir un environnement adéquat et cite différents stratégies non-pharmacologiques : diminution des stimulations, cohabitation avec la mère, diminution du bruit, musicothérapie, bénévolé qui apporte un

<p>des compétences cliniques pour minimiser les complications aggravées par l'abus de substances, de tabagisme etc.</p> <p>Design : Devis qualitatif</p>	<p>toute la ville. L'initiative de l'équipe interdisciplinaire a été d'améliorer les soins du nouveau-né en sevrage. Ils se réfèrent aux signes et aux symptômes de sevrage qui surviennent chez les nourrissons qui ont été exposés et ont développé une dépendance. Par le partage de l'expertise avec la néonatalogie, les pédiatres, les pharmaciens, les infirmières, les travailleurs sociaux et les spécialistes du développement, un protocole standard a été établi afin d'avoir une ligne directrice pour la gestion de ces symptômes. Ce protocole a été utilisé dans tous les hôpitaux de la région afin d'avoir un plan de soins qui favorise le lien mère-enfant tout en fournissant un environnement sûr qui répond aux besoins du développement de l'enfant.</p>	<p>soins donc le personnel doit apporter des informations sous forme d'enseignement, de modélisation de leur rôle et instaurer une relation de confiance avec le personnel. Il faut leur enseigner comment prendre soin de leurs enfants, différentes techniques non pharmacologiques spécifiques pour diminuer les symptômes de sevrage. La formation aux parents est faite de manière verbale et écrite sur leur rôle de parent avec un enfant atteint de syndrome de sevrage. La musicothérapie et Cuddler sont deux initiatives mise en place pour soutenir les parents et le développement du nourrisson. La musicothérapie instaurée dans l'isolette calme le bébé. Plusieurs fois pendant la journée les berceuses sont jouées doucement pour l'effet calmant. Le programme Cuddler inclut une dizaine de volontaires dont la responsabilité est de tenir et caresser les bébés lorsque les parents ne sont pas disponibles. Les bénévoles reçoivent une formation sur le lavage des mains, le contrôle des signes d'infection, l'emballotement et sur les besoins du développement du nourrissons. La chaise berçante, les techniques apaisante et un environnement non-stimulant, les bébés, les familles, les infirmières et les bénévoles bénéficient tous de ce nouveau modèle de soins.</p>	<p>leadership. Les infirmières sont les leaders naturels de cette équipe multidisciplinaire et ont les compétences et les connaissances nécessaires pour rassembler les gens, faire face aux problèmes et apporter des changements essentiels pour améliorer les soins cliniques.</p>	<p>contact physique permanent au nourrisson lorsque les parents sont absents. L'importance d'enseigner ces techniques aux parents est primordiale. Cette étude me semble judicieuse pour ma revue de littérature car elle apporte des notions non-pharmacologiques pertinentes. Toutefois, elle ne correspond pas aux critères d'une recherche scientifique.</p>
---	--	--	---	--

Titre : Prise en charge d'un nouveau-né en sevrage de drogues : Un avenir pour l'enfant

Auteur : Pitteloud F., Bellard A.

Année : 2007

Journal : Krankenpflege, soins infirmiers

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
Afin de diminuer le sentiment d'impuissances des infirmières spécialisées dans le service de développement et la croissance du HUG, elles ont tenté de mettre en place un programme de soins spécifiques afin d'optimiser la prise en soins et le confort des bébés atteint de syndrome de sevrage. Un protocole validé par l'institution est en cours de réalisation.	A l'aide d'une vignette clinique, elles décrivent les différents aspects de la prise en soins d'un nouveau-né en sevrage de drogues. Ce sera également pour eux l'occasion de partager leur expérience de ces situations.	En suisse près de 30'000 personnes présenteraient une dépendance aux opiacés ou à la cocaïne. A Genève, on estime environ 3000 personnes toxicodépendantes dont 1500 sont en traitement de substitution par la méthadone. Dans cette population, beaucoup de femmes sont en âge d'avoir des enfants et depuis quelques années les soignants sont régulièrement confrontés au problème du sevrage de drogue chez le nouveau-né. La prise en charge infirmière consiste à : éviter les « dystimulation » en adaptant les soins au rythme du bébé, protéger l'enfant de la lumière (rideau, berceau, variateur de lumière), favoriser et respecter le sommeil de l'enfant, fractionner les repas et augmenter si nécessaire les apports jusqu'à 200cc/kg/jour, emmailloter l'enfant afin de donner un contenant corporel. Utiliser d'autre contenants corporels tels que le maxi-cosi, le hamac, matelas contenant, coussin de positionnement afin de créer un « cocon », favoriser les interactions	Une des difficultés est de rester empathique face à des mères qui ont consommé des drogues durant leur grossesse. L'une des manières de dépasser ces contre-attitudes est de tout mettre en œuvre pour aider ces parents à cheminer vers leur bébé. Une visite du service en prénatal diminue l'angoisse de la séparation. Cela fait partie du rôle d'accompagnant dans la prise en soins de manière à éviter qu'ils ne se sentent dépossédés de leur rôle de parents. Chaque situation comprend deux infirmières référentes. Un colloque social en équipe pluridisciplinaire (pédiatre, infirmières, assistante sociale, pédopsychiatre) est organisé toutes les deux semaines afin de faire le point et partager leur vécu face à ces situations de soin. La différence entre un sevrage chez un adulte et celui chez est enfant est que le nourrisson ne peut pas exprimer sa souffrance liée au manque par la parole. L'observation clinique reste	N'est pas mentionnée	J'intègre cet article à ma revue de littérature car elle décrit différentes stratégies non-pharmacologiques atténuant la symptomatologie des nouveau-nés atteint de syndrome de sevrage. Ceci est tout à fait en lien avec mon thème. Il apporte également des statistiques suisses en lien avec la toxicomanie et les traitements de méthadone. Il souligne l'importance d'un travail pluridisciplinaire et de l'observation clinique qui est le seul moyen d'évaluation de l'état du nourrisson. Il décrit également le sentiment d'impuissance souvent ressenti par l'équipe

		<p>verbales douces, tout en lui annonçant notre présence dans la chambre et en lui expliquant nos gestes, maintenir le calme dans la chambre, lui offrir un contenant olfactif qui lui permettra de diminuer le temps de récupération après une phase d'agitation : odeurs douces telles que senteur vanille, fleurs d'oranger et de tissus imprégné de l'odeur maternelle/paternelle, offrir à l'enfant une chambre individuelle dans la mesure du possible, encourager la présence des parents et favoriser contact peau à peau avec les parents, le porter et le bercer, permettre aux parents de développer leurs compétences dans la prise en soin de leur bébé. Il semble qu l'intensité des symptômes soient corrélés avec la gravité de la toxicomanie de la mère. D'autre part, les bébés exposés à la méthadone ont généralement un sevrage plus aigu et plus prolongé que ceux dont la mère a consommé d'autres opiacés. Lors de sevrage plusieurs systèmes du corps humain sont touchés : neurologique, digestif, respiratoire ainsi que le système nerveux autonome. Grâce à l'échelle de Finnegan qui est complétée toutes les 4 heures de manières à adapter le traitement médicamenteux.</p>	<p>donc le seul moyen pour les soignants d'évaluer l'intensité des signes de sevrage. L'irritabilité peut perdurer plusieurs mois après le sevrage physique. Cette irritabilité n'est d'ailleurs pas forcément liée au sevrage lui-même mais peut être le signe d'une relation instable, d'un attachement fragile. Les mères savent que l'équipe soignante va évaluer sa capacité à prendre en charge son enfant ce qui rend difficile l'établissement d'une relation de confiance. Il est essentiel d'anticiper une relation mère-enfant difficile. En lien avec les soignants, ils ressentent le sentiment d'impuissance devant le mal-être de ces bébés. Face à ces difficultés, ils ont eu droit à suivre une formation spécialisée en cours d'emploi. Des rencontres bimensuelles avec une pédopsychiatre sont organisées avec l'équipe infirmière. L'équipe cadre a également mis en place une formation aux soins relationnels animée par une infirmière spécialisée en psychothérapie et approche systémique. Il est capital que chaque soignante puisse exprimer ses émotions.</p>		<p>soignante face à ces situations. Cet article me semble donc tout a fait en accord avec mon thème.</p>
--	--	--	---	--	--

Titre : Identification and management of neonatal abstinence syndrome

Auteur : Beauman S.

Année: 2005

Journal: Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society

Mesh Term: Infant Care and neonatal abstinence syndrome

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
Cet article discute des méthodes pouvant apporté un soutien aux parents et aborde la question de la gestion de la douleur. Il se concentre également sur l'abus de drogues pendant la grossesse, les symptômes de sevrage de façon à reconnaître un enfant présentant ces symptômes. Ils disposent également d'outils de notation et des options de traitement. L'incidence de l'abus de drogues pendant la	Les infirmières qui travaillent avec ces enfants doivent être prêts à identifier les facteurs de risque dans chaque cas, d'identifier les signes très subtil de l'abus de drogues, de développer des rapports avec le patient et de prendre une occasion unique d'intervenir si un problème est identifier. Les perfusions intraveineuses, la gestion de la douleur présente un défi pour les infirmières. Cet article discute des méthodes pouvant	Les abus de drogues chez les nourrissons provoquent : prématurité, broncho-aspiration à l'accouchement, retard de croissance, hémorragie cérébrale lors de l'accouchement. Souvent, la mère toxicomane n'avoue pas sa consommation ou ne dit pas toute la vérité. La mère doit être informée que le dépistage des drogues n'est pas à fin punitifs mais nécessaire pour apporter les meilleurs soins à la mère et à l'enfant pendant la grossesse et après l'accouchement. La méthadone entraîne plus de symptômes et plus longtemps que l'héroïne mais le suivi sous méthadone permet d'éviter le risque de complication liés à l'hépatite C/HIV etc. que sous héroïne. La prise en charge passe d'abord par la reconnaissance des symptômes car le retrait brutal de la substance chez l'enfant peut provoquer des effets dévastateurs chez le nourrisson. Petits repas fréquents sont conseillés : aide à la tolérance à la nourriture, apporter suffisamment de calories (hypertonie), succion désorganisé donc compléter par le gavage. La congestion nasale est donc un confort au niveau des voies respiratoire doit être apporté. Certaines perfusions seront nécessaires pour éviter l'hypoglycémie et hypocalcémie. Important de réduire les dépenses énergétiques. Certaines recherches disent que les enfants exposées ne répondent pas aussi bien au saccharose comme	Le syndrome de sevrage néonatal présente des défis uniques à l'infirmière dans sa prise en charge. Ces enfants sont souvent exposés à des multiples substances ce qui aggrave le sevrage et l'effet des drogues sur leur santé. Le sevrage peut être contrôlé de manière objective par l'utilisation d'outils de notation. Plusieurs outils sont présentés dans cet article ainsi que des soins infirmiers et des médicaments qui sont utilisés dans la pratique lors de syndrome de sevrage. L'infirmière travaille auprès de l'enfant en sevrage mais	N'est pas mentionnée	Je souhaite intégrer cet article à ma revue de littérature car elle discute des différences entre l'exposition à l'héroïne ou à la méthadone. Et souligne les conséquences dévastatrices que le sevrage peut avoir sur l'enfant. Différentes stratégies non-pharmacologiques sont abordés sont en lien avec ma problématique. Il aborde également les effets de l'exposition de drogues intra utérines sur du long terme.

grossesse est un facteur important dans la compréhension du syndrome de sevrage néonatal. Design : Revue de littérature	apporter un soutien pour ces enfants et aborde la question de la gestion de la douleur.	méthode antalgique que les enfants non-exposé. Il est important donc de développer d'autres méthodes pour palier à leurs douleurs. Le sevrage provoque souvent des diarrhées : changement fréquente des couches et hydratation de la peau. La dépense énergétique doit être diminuée en fournissant un environnement calme avec une surface de couchage douce et en décubitus ventral doit être évité pour diminuer le risque de mort subite du nourrisson. A long terme : retards dans la parole, modifications des états de veilles prolongées troubles de la motricité, hyperactivité et déficit de l'attention. L'outil développé par Finnegan pour mesurer ces symptômes est encore l'un des plus complets et largement utilisé. Avec cet outil, les symptômes sont divisés en neurologie, l'état du nourrisson, les voies respiratoires et les symptômes gastro-intestinaux. Objectif primaire : encourager la mère à participer à un programme de désintoxication. La consommation augmente le risque de mortalité infantile. Plus tôt la mère entre dans un programme meilleures sont les chances d'un nourrisson à trouver une issue positive à long terme. Plusieurs études ont montré que le milieu familial actuel a plus d'impact sur l'enfant que l'exposition au médicament prénatal. Des études de suivi ont constaté des retards dans la parole, au niveau du langage et la modification des états de veille prolongée chez les nourrissons exposés aux drogues in utero. En outre, les troubles de la motricité et le comportement de jeu, un mauvais contrôle d'état de veille et des troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention se présentent souvent dans l'enfance.	également auprès de familles qui peuvent être problématiques. Les infirmières ne doivent pas sous-estimer l'impact de ses actes et de ses attitudes envers la sphère familiale qui peuvent avoir des répercussions sur la santé et le bien-être de l'enfant.		
---	---	--	--	--	--

Titre: Maternal methadone use in Pregnancy: factors associated with the development of neonatal abstinence syndrome and implications for healthcare resources.

Auteur: Dryden C., Young D., Hepburn M., Mactier H.

Année: 2009

Journal: BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology

Mesh Term: breast Feeding and neonatal abstinence syndrome

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
<p>Le but est d'étudier les facteurs associés à l'apparition du syndrome de sevrage néonatal et d'évaluer les implications pour les ressources de soins de santé pour les nourrissons nés de femmes toxicomanes.</p> <p>Design : devis quantitatif étude de cohorte rétrospective à partir du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2006.</p>	<p>Après la naissance, les femmes sont prises en charge dans un service ou elles sont entourées de sages-femmes. Les nourrissons sont allaités par leur mère sauf contre-indication spécifique (séropositif). Les soins des nourrissons sont guidés par un protocole local, y compris une version modifiée de l'outil de Lipsitz qui est un examen rapide pour évaluer le traitement pharmacologique surtout si le nourrisson se nourrit mal ou est difficile à consoler. La morphine est le 1^{er} traitement</p>	<p>Les données représentent 437 enfants et 440 mères car le restant n'a pas été retrouvé. La dose moyenne de méthadone consommée : 50mg. Il n'y avait aucune association entre la dose de méthadone et l'utilisation d'antidépresseurs (18,2% des femmes ont des antécédents de dépression dont les 2/3 étaient sous anti-dépresseurs.) 80% des femmes ont avoué consommer des drogues illicites pendant leur grossesse. Les plus utilisés sont : benzodiazépine, héroïne, cannabis et cocaïne. L'âge gestationnel était de 38 semaines. Le poids moyen était de 2.700kg, 7 enfants avaient des anomalies congénitales importantes. 2 enfants n'ont pas survécu à l'accouchement. Un enfant est décédé subitement au domicile après 25 jours de vit. L'allaitement a été entrepris pour 27,7% des nourrissons et 19 autres nourrissons ont reçu tout de même reçu du lait maternel. 11,3% allaitaient encore à la sortie de</p>	<p>Dans un récent sondage, seulement 55% des unités de néonatalogie avaient une politique écrite pour la gestion des symptômes de sevrage. Deux études ont relevés des taux plus bas de symptômes de sevrage chez les nouveau-nés prématurés par rapport aux enfants nés à terme ce qui suppose être due à l'immaturité du développement ou de réduction de l'exposition intra-utérin. Ils ont également signalés des niveaux plus élevés de l'irritabilité chez les nourrissons prématurés exposés à la cocaïne in utero. l'allaitement maternel apaise l'agitation des nourrissons et les médicaments pris par la mère sont excrétés en quantités variables dans le lait maternel. L'impression des chercheurs est que la majorité de ces mères qui ont choisis de ne pas allaiter l'ont fait en raison</p>	<p>Les données ont été rendues anonymes avant l'analyse. Le comité d'éthique a approuvé cette étude rétrospective anonyme.</p>	<p>L'evidence based de cette étude est de 19pts/22pts et est au dessus de ma limite. Toutefois, les concepts ne sont pas décrits et les limites de l'étude ne sont pas présentées. Il manque également les travaux de recherches à venir. Cependant, je garde cette étude car elle m'apporte différentes notions en lien avec l'allaitement et le rooming-in qui est une stratégie développée dans ma revue de littérature.</p>

	<p>recommandé. Cette étude comprend des enfants nés de mères toxicomanes arrivées à l'hôpital Princess Royal au cours de la période de 3 ans à partir du 1^{er} janvier 04 au 31 décembre 06. Les mères ont été identifiées à l'admission dans le service de maternité. L'exhaustivité des données a été assurée. Les symptômes ont été définis comme signes de retrait qui avaient été jugé comme suffisamment grave pour nécessiter un traitement pharmacologique.</p>	<p>l'hôpital. 45,5% des enfants ont reçu un traitement pharmacologique. La durée de traitement par morphine varie de 1 à 44 jours, 83% des enfants qui ont eu besoin de phénobarbital avaient été exposés à des drogues multiples. 48,4% ont été admis dans une unité néonatale où la durée du séjour varie de 1 à 108 jours. Les raisons d'entrée : prématurité (15,8%), la détresse respiratoire (12,6%) et une variété de raisons sociales (13%), 40% pour la poursuite du traitement pour les symptômes de sevrage. La durée du séjour à l'hôpital était plus longue pour les enfants nés de mère consommant de multiples drogues par rapport aux mères uniquement sous méthadone. Les enfants nés de mères abusant de drogues, ont représenté 2,9% des naissances à l'hôpital mais ont occupé 18,2% de l'unité de néonatalogie des jours totaux pour leur période d'hospitalisation. Presque toutes les femmes ont été prises en charge par un assistant social avant la sortie. 15% des enfants ont été remis aux membres de la famille. 51,1% des mères ne se sont pas présentés à 2 reprises ou plus aux consultations externes qui ont été offerts à 182 enfants.</p>	<p>des préjugés sociaux et non pas à cause de leur polyconsommation. A l'exception du petit groupe de femmes séropositives pour le VIH, toutes les mères toxicomanes doivent être encouragées à allaiter, le rooming-in permet de faciliter ce processus. Un séjour prolongé est important pour observer les signes de sevrage, soutenir l'allaitement ainsi que les parents, cela facilite également l'évaluation globale du travail social avant d'organiser une sortie. Le développement des symptômes de sevrage est lié à la dose de méthadone prescrite pendant la grossesse mais qui peut être améliorée par l'allaitement. Les femmes enceintes toxicomanes devraient être maintenues sur la plus faible dose de méthadone compatible avec la stabilité de la mère puis encouragées/aidées à allaiter leur nourrissons. Les nourrissons nés de femmes toxicomanes sont extrêmement vulnérables et dépendent fortement des ressources de santé.</p>	
--	--	--	--	--

Titre: Management of the newborn infant affected by maternal opiates and other drugs of dependency

Auteur : Oei J., Lui K.

Année: 2007

Journal: Journal of paediatrics and child health

Mesh Term: neonatal nursing and neonatal abstinence syndrome

But, Design	Discussion	Ethique	Critères
<p>Cet article examine la prise en charge précoce de l'enfant et la mère pour la détection et le suivi médicamenteux pour le sevrage ainsi que les aspects infectieux, psychosociaux, les préoccupations pratiques qui entourent ces questions sont discutées.</p> <p>Design : Revue de littérature</p>	<p>Les Etats-Unis ont estimé que près de 7000 bébés naissent chaque année de mère sous héroïne ou méthadone et Arlettaz a indiquée que 7,5/1000 naissances vivantes ont été le résultat de grossesses touchées par la méthadone en Suisse. La gravité, la fréquence et la durée du syndrome de sevrage varient considérablement selon les types et les quantités de drogues à laquelle l'enfant a été exposé. Que se soit ou non la quantité de médicaments pris par la femme enceinte qui affecte la gravité des symptômes, il est toujours difficile d'évaluer de manière quantitative la consommation de drogues car cette information dépendant de la volonté de la mère à être sincère ou pas. La méthadone est toutefois la plus quantifiable car elle est donnée dans des centres de traitement. Toutefois il a été reconnu que les femmes sous méthadone augmentent leur consommation de méthadone pendant la grossesse pour empêcher des symptômes de sevrage ou de rechute. Fulroth a constaté que seulement environ 1/3 des nourrissons exposés à la cocaïne a montré des signes de sevrage comparé aux mères sous méthadone ou autre opiacés. 6% des nourrissons ont besoin d'un traitement. Smith a constaté que de 134 nourrissons exposés à métamphétamines, 49% présentaient des symptômes de sevrage mais seulement 4% avaient besoin d'un traitement pharmacologique. Certains hôpitaux ou les soignants essaye d'éviter les médicaments grâce à des thérapies de soutien comme les langes parce que les nourrissons mis sous traitements médicamenteux ont présentés dans certains rapports des périodes d'hospitalisation prolongées. Doberczak a constaté que le sevrage des enfants nés à terme a été plus sévère que celui des prématurés probablement en raison de différences dans la maturation du système nerveux central. La valeur de dépistage des drogues dépend de la confiance que le personnel soignant ont installé et en se basant sur l'histoire de vie que raconte la mère. Les nourrissons exposés aux drogues durant la</p>	<p>N'est pas mentionnée</p>	<p>Des lacunes sont relevées au niveau de l'introduction. Toutefois, j'ai choisi de l'intégrer à ma revue de littérature car elle reprend différentes stratégies non-pharmacologiques qui pourrait appuyer celles de mes autres articles avec un evidence based plus élevé. Par ailleurs elle relève différentes statistiques pertinentes en lien avec ma thématique (nombre de grossesses en Suisse touchée par la méthadone). Il souligne également que selon Fulroth que seul 1/3 des nourrissons sous cocaïne ont des SSN et 6% ont besoin d'un traitement pharmacologique ce qui considère que les 94% peuvent être soulagé par le traitement non-pharmacologique. En parallèle il confirme les bienfaits de l'allaitement qui fait partie de mes stratégies prioritaires. Il aborde le sujet des effets à long terme de l'exposition intra-utérine. Les références de cet article sont des</p>

	<p>grossesse et qui présentent des signes de sevrage à la naissance devraient tout d'abord bénéficier de soins non-pharmacologiques avant d'instaurer un traitement médicamenteux. Ces enfants doivent bénéficier de soins infirmiers dans un environnement calme et sombre avec une perturbation minimale de l'environnement. L'emmaillotage peut aider ainsi qu'une position sur le ventre diminue les symptômes. Toutefois il ne devrait pas être pratiqué afin d'éviter le risque de mort subite du nourrisson. Le lit d'eau semble avoir un effet contraire sur la gravité des symptômes. Oro a constaté que les nourrissons exposés à la méthadone mis sur des lits à eau ont des scores de sevrage plus bas que des nourrissons allaités sur des lits classiques. Toutefois, les enfants ayant été exposés à une polyconsommation ont été plus agité et une augmentation des symptômes lorsqu'ils étaient sur un lit à bascule. Lorsque l'enfant est sous traitement pharmacologique, aucune étude à évaluer la vitesse à laquelle les médicaments devrait être sevrés mais dépendant des installations disponibles de l'établissement et le score de Finnegan. La méthadone et les autres drogues sont certainement excrétées en quantité infimes dans le lait maternel. Le taux d'allaitement dans la population toxicomane est incertain mais probablement plus faible que la population générale en raison des contraintes liées au mode de vie. Jansson (2004) a conclu que la quantité de drogue présente dans le lait maternel est infime et les avantages sont considérablement plus importants. Important d'apporter un grand soutien dans l'aide à la lactation. Une étude a démontré que les nourrissons qui ont été nourris au lait maternel ont des scores de Finnegan plus bas que les enfants nourris au lait maternisé. La cocaïne en raison de ses propriétés vasoconstrictrices, provoque une augmentation du taux de retard de croissance intra-utérin, prématurité, accidents au niveau du placenta et de mort-nés. Les enfants exposés aux opiacés juste avant la naissance peuvent avoir une profonde dépression respiratoire et ont besoin d'une assistance respiratoire. A long terme les bébés sous méthadone ont un risque presque 10 fois plus élevés de développer un strabisme par rapport à un groupe témoin d'enfants. Il est important de profiter de la grossesse pour permettre une stabilisation de la consommation de la mère qui est susceptibles à des changements positifs grâce au meilleur encadrement social et médical possible.</p>		<p>auteurs reconnu et qui ont fait d'excellentes recherches.</p>
--	--	--	--

Titre: Swaddling: a systematic review

Auteur: Van Sleuwen B., Engelberts A., Boere-Boonekamp M., Kuis W., Schulpen T., L'Hoir M.

Année : 2007

Journal: Pediatrics: official journal of the american academy of pediatrics

Mesh Term: Infant Care and crying

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
<p>Dans cette revue, toutes les études connues en lien avec l'emballotage ont été inclus. La plupart des études ont été descriptives et non randomisé, non contrôlées ou comparatives. Les dernières années, de nombreux rapports ont été publiés sur les effets des langes cette étude a donc pour but de procéder à un examen systématique sur les effets des langes sur le nouveau-né.</p> <p>Devis : revue de littérature</p>	<p>Stratégies de recherche : recherche électroniques ont été menées sur PubMed, PsycINFO, EMBASE, Cochrane library, Blackwell Synergy. Des recherches manuelles des listes de référence ont également été utilisées. Ces documents ont été publiés par essais contrôlés randomisé qui évalue l'intervention de l'emballotage. Toutes les études sur les langes qui concernent l'étaient de veille et d'éveil, de contrôle de la</p>	<p>Effets sur le sommeil et état de veille : l'emballotage calme et favorise le sommeil. Lipton et al ont décrit une augmentation du temps de sommeil, diminution de l'activité motrice, les sursauts sont diminués et la fréquence cardiaque est diminuée par rapport aux nourrissons non emballotés. Il n'y avait pas de diminution de la capacité à répondre à la stimulation. Navajo montre qu'en étant emballoté dans un berceau complètement immobile, l'enfant régule mieux le niveau d'excitation physiologique. Plusieurs études ont démontré que les enfants emballotés et couchés favorisent une meilleure efficacité du sommeil avec moins de réveils que les nourrissons qui ne sont pas emballotés. Contrôle de la température : aucune différence entre un enfant emballoté et un enfant non-emballoté Une autre étude a montré que chez les enfants à faible poids de naissance, cela peut augmenter de 0,2°C avec les langes. Il faut rester prudent pour éviter l'hyperthermie. Développement moteur : Toutes les différentes techniques restreignent le mouvement du corps et des</p>	<p>Les effets bénéfiques suivants ont été identifiés : les nourrissons âgés d'environ 80 jours qui sont emballotés pendant leur sommeil présentent moins de sursauts, moins de réveils. Les bébés prématurés montrent une amélioration du développement neuromusculaire lorsqu'ils sont emballotés. une meilleure gestion de l'appareil moteur et diminue la détresse physiologique. Chez les nourrissons qui avaient de faibles poids à la naissance et qui étaient en isolette, la température était plus élevée lorsqu'ils étaient emballotés. L'emballotage diminue de façon considérable les pleurs des bébés ayant des dommages cérébraux. Les langes est moins immédiatement efficace que la sucette. L'emballotage n'a pas d'influence sur l'allaitement. Avant d'introduire cette méthode, les éventuels effets</p>	<p>N'est pas mentionnée</p>	<p>L'evidence based de cette revue est de 17pts/22 elle atteint donc la moyenne de qualité. J'ai choisi cette revue car malgré qu'elle aborde le sujet de l'emballotage en générale et permet d'aborder les effets bénéfiques et les risques que cette stratégie engendre. Elle aborde également le sujet des nouveau-nés atteint de syndrome de sevrage. Cette étude développe tous les aspects qui sont en lien</p>

	température, développement moteur, de la mort subite du nourrisson, des infections des voies respiratoires, du développement osseux, de la dysplasie des hanches, du contrôle de la douleur, de leur effet sur les pleurs, sur l'allaitement et la perte de poids néonatal sont inclus dans cette revue. La durée moyenne d'emmaillotage dans les différentes cultures a été décrite en 5 articles.	membres. Certaines études ont montrées que les langes pourraient avoir un effet positif sur le développement neuromusculaire et certaines ont montrés que les prématurés emmaillotés ont une meilleure organisation moteur. Mort subite du nourrisson (MSN) : Une grande étude en Nouvelle Zélande et une étude de cohorte ont démontré que ça réduit le risque de MSN. Les nourrissons emmailloté en position couchée ont un risque plus faible dû à l'immobilisation des bras et des jambes ce qui évite à l'enfant de mettre quelque chose qui pourrait le surchauffé et l'asphyxié. TOUJOURS les coucher sur le dos. Deux auteurs ont une hypothèse : l'emmaillotage porte atteinte à la fonction respiratoire de l'enfant. Cela pourrait arriver si l'enfant pousse son visage dans un matelas ou contre un oreiller. Rachitisme dysplasie des hanches : l'emmaillotage complet ou partiel dès la naissance n'a pas influé sur l'incidence du rachitisme ou des propriétés osseuse. L'incidence de la dysplasie congénitale de la hanche est fortement corrélée avec l'utilisation traditionnelle des langes. Lorsque la hanche et le genou sont forcés de manière prolongée : risque de subluxation voire une luxation de la tête fémorale. Lorsque les hanches sont maintenues en position fléchie, l'incidence de la dysplasie des hanches est plus faible par rapport aux enfants ou leurs jambes sont maintenues en extension. La dysplasie	néfastes doivent être abordés. Des études ont relevé les potentiels effets indésirables : Il existe des preuves irréfutables sur le risque des langes sur le développement de la dysplasie des hanches et des genoux car ils ne peuvent pas se fléchir librement. Toutefois, d'autres études sont nécessaires pour valider cette hypothèse. Il y a eu des indications de risque d'hyperthermie. Il y a un risque de mort subite du nouveau-né seulement lorsque l'emmaillotage est fait sur un enfant couché sur le ventre ou s'il est en mesure de se retourner seul. Certains éléments existent sur le risque accru en carence de vitamine D et des infections respiratoires. Toutefois il n'y a aucune indication que la carence en vitamine D conduit au rachitisme. Les nourrissons emmailloté qui sont brièvement séparés de leurs mères après la naissance ou qui sont placés dans l'isolette affiche une perte de poids avec une récupération tardive. L'importance doit être attirée au fait que lors de l'emmaillotage, l'enfant doit être sur le dos, les		avec l'emmaillotage et ils sont argumentés par différentes sources ce qui améliore la qualité de l'information.
--	---	---	--	--	---

		<p>des hanches peut être favorisée par les langes surtout lorsque les jambes ne sont pas libres de plier et fléchir. Effets sur la maîtrise de la douleur : La sucette et les langes peuvent apaiser l'enfant. Le fait d'emballoter est moins immédiatement efficace que la sucette. Effets sur les pleurs : Le fait d'emballoter les nourrissons prématurés ou avec une atteinte neurologique (syndrome sevrage) diminue significativement les pleurs par rapport aux simples massages. Les nourrissons âgés entre 0-3 mois ont été emballoté (l'arrière de la tête recouverte) avec un minimum de retenue au niveau des hanches sur une période de 3 semaines 3x/j prenant au moins 30min à chaque fois. L'emballotage a été associé avec une diminution significative au niveau des pleurs. Cela a été associé à une meilleure organisation neurologique, une importante réduction de l'anxiété maternelle et une augmentation de la satisfaction des parents. L'emballotage peut être utilisé comme une stratégie efficace pour soutenir les enfants atteints de syndrome de sevrage néonatal. Effets sur l'allaitement maternel et le poids : Un essai randomisé en Russie n'a démontré aucune différence. Début et durée de l'emballotage : varie selon les différentes cultures allant de 2 ans pour les indiens, 12 semaines, 1 année en Turquie, 35 jours pour la Chine et 5 mois en Mongolie.</p>	<p>jambes et les hanches peuvent bouger. Il y a beaucoup de différences sur la technique de l'emballotage, il est utilisé par de nombreuses cultures. Lorsqu'il n'est pas utilisé correctement, les langes peuvent être dangereux et accroître le risque de dysplasie des hanches et de mort subite du nouveau-né ainsi que d'hyperthermie. Des conseils doivent être apporté afin que ce soit fait en toute sécurité : couché sur le dos, la tête doit être libre, attention avec la literie, maintenir une certaine étanchéité au niveau de la poitrine des hanches et des genoux.</p>	
--	--	---	--	--

Titre: Effects of Breast Milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers

Auteur : Abdel-Latif M., Pinner J., Clews S., Cooke F., Lui K., Oei J.

Année: 2006

Journal: Pediatrics: official journal of the American academy of pediatrics

Mesh Term: breastfeeding AND neonatal syndrome abstinence

But, Design	Méthode	Résultats	Discussion	Ethique	Critères
<p>Le but de cette recherche est d'évaluer les effets du lait maternel sur la gravité et l'issue des symptômes de sevrage.</p> <p>Design : Devis quantitatif, étude rétrospective de cohorte</p>	<p>Mères admises dans leur unité entre 1998 et 2004. Un total de 190 cas a été examiné. Toutes les mères sont encouragées à allaiter, à tirer leur lait ou pour le gavage sauf si contre-indication (HIV ou intoxication maternelle). Les nourrissons ont été classés selon le type de lait consommé par le nourrisson sur le 5^{ème} jour de vie. Les enfants pouvant avoir moins de 2 repas par jour avec du lait maternel (insuffisance du lait maternel) ont été classés dans le groupe de « formule » tandis que les autres sont classés dans le groupe « lait maternel ». le 5^{ème} jour de vie a été choisi comme point de repère pour identifier le type d'alimentation. Il y a un total de 105 nourrissons dans le groupe « formule » (33</p>	<p>Seuls 2 enfants avaient une toxicologie de l'urine qui était incompatible avec les données décrites par la mère concernant sa consommation. La majorité des mères étaient dépendantes aux opiacés et étaient maintenues à la méthadone. Les enfants nourris au lait maternisé sont plus susceptibles d'être d'un milieu socialement défavorisé. Ils étaient souvent d'origine autochtone, les jeunes et les chômeurs. Ces mères ont également eu moins de visites prénatales que les mères qui allaitaient au sein. Il y avait plus de nouveau-né prématuré dans le groupe « formule » mais sinon les paramètres de croissance étaient identiques. La durée moyenne d'hospitalisation était</p>	<p>Jusqu'en 2001 l'american academy of Pediatrics recommandait l'allaitement maternel pour les mères qui consommaient <20mg de méthadone par jours. Depuis 2001 la méthadone est considérée comme compatible avec l'allaitement. Dans cette institution les doses de méthadone sont dictées par les besoins de la femme. Cette étude qui est à grande échelle permet de démontrer que le lait maternel améliore significativement la sévérité des symptômes de sevrage. Les nourrissons nourris au lait maternel ont réduit leurs symptômes, retardé l'apparition du manque, diminuer les besoins en médicament et écourté leur hospitalisation. L'influence de drogues non identifiées sur ces résultats ne peut pas être écartée parce l'institution repose sur la divulgation volontaire de la mère comme principal indicateur de la consommation. Les enfants nourris au sein mais exposés à une polyconsommation de leur mère avaient de moins bons scores que les enfants exposés à une seule drogue au cours des</p>	<p>N'est pas mentionnée</p>	<p>L'evidence based de cette étude est 18/22pts et peut donc être intégrée à ma revue de littérature. Elle n'a pas défini les concepts, les théories et n'aborde pas les sujets éthiques. Les limites et les travaux à venir ne sont pas présents dans cette recherche. J'ai choisi de l'intégrer car elle aborde les effets de l'allaitement chez les nouveau-nés atteints de syndrome de sevrage qui est tout à fait en lien avec ma problématique.</p>

	<p>avaient exclusivement du lait artificiel) et 85 enfants (58 allaités et 27 par biberons ou gavage) du groupe « lait maternel ». la durée médiane de l'allaitement était de 44 jours. Chaque enfant ayant été exposés à des drogues in utéro sont suivie par l'échelle de Finnegan. La notation a été commencée avant la première tétée et a été réalisée avant chaque tétée pour la durée de l'hospitalisation. Les langes, la nourriture fréquente, et un environnement calme a été mis en place pour chacun. Un traitement pharmacologique a été commencé si l'échelle de Finnegan marquait plus de 8pts. La morphine a été introduite à dose de 0,5mg/kg par jour en 4 doses et augmenté/diminué de 10% tous les 2-3 jours pour maintenir un score moyen de >8pts. Le phénobarbital a été donné aux enfants exposés à de multiples drogues. La sortie se faisait lorsque les symptômes étaient stabilisés et s'il n'y avait pas de conséquences sociales.</p>	<p>d'environ 5 jours de plus pour le groupe « formule » que le groupe « lait maternel ». Le score de Finnegan pour les 9 premiers jours de vie a été considérablement plus faible chez les nourrissons au lait maternel. Les scores de Finnegan pour le groupe « formule » ont été constamment plus élevés dans les sous-groupes des prématurés, de ceux exposés à la polyconsommation, à la méthadone aux opiacés ou à la méthadone. Il n'y avait pas de différence dans les scores entre les enfants allaités, ceux qui buvaient le lait maternel au biberon ou qui le recevait par gavage. Les enfants sous lait maternel étaient moins susceptibles d'exiger un traitement pharmacologique (52,9% et 79%). La dose maximale de morphine était considérablement plus faible dans le groupe de lait maternel. 7% des enfants nourris au lait maternel et 18% du groupe « formule » ont eu recours au</p>	<p>9 premiers jours que le groupe « formule ». L'échelle de Finnegan a été utilisée pour surveiller les symptômes des sevrages qui est pertinent uniquement pour le sevrage des opiacés, aucun système fiable n'a été trouvé pour l'évaluation des drogues non-opiacés telles que la cocaïne, le cannabis, les amphétamines etc. Cela amène une limite dans cette étude. Le nombre de prématurés le plus élevé était dans le groupe « formule ». Cela reflète les soins prénataux les plus pauvres ainsi que l'indication des conséquences de la prématurité : souvent nourris au lait maternisé parce que leurs mères ont des difficultés à fournir suffisamment de lait. Les prématurés ont moins de symptômes de sevrage grave que les nourrissons nés à terme en raison de l'immaturité des systèmes et la diminution de l'exposition total in utéro. En raison de l'augmentation du nombre de nouveau-nés prématurés dans le groupe « formule » on aurait pu s'attendre à un score de Finnegan inférieur mais l'inverse a été constaté dans cette étude. Seule 1 seule mère a été découragée d'allaiter car elle était séropositive. La méthode d'alimentation dans les autres cas est entièrement due au choix de la mère. Ces résultats démontrent que les mères qui allaitent sont plus susceptibles d'avoir des soins prénataux complets, moins susceptibles</p>	
--	--	--	---	--

		<p>phénobarbital en + de la morphine. La durée totale du traitement a été environ 20 jours de moins dans le groupe « lait maternel ».</p>	<p>d'être polytoxicomanes et plus susceptibles d'être moins notifiées comme des parents à risque face au service de la protection des enfants. Ils pourraient par conséquent être plus capables de calmer et apaiser un nourrisson atteint de syndrome de sevrage. L'allaitement exige également un dévouement et un engagement donc serait choisi par des femmes socialement bien adaptés et conscientes des effets bénéfiques de l'allaitement. Toutefois, si une mère de ce service décide d'arrêter l'allaitement et que l'enfant est à risque de sevrage, la recommandation est qu'elle fasse le sevrage du lait maternel sur au moins une semaine. Il est surprenant qu'une différence ait été trouvée sur la durée de l'hospitalisation entre les 2 groupes. Conformément aux lignes directrices du ministère de la santé de New South Wales qui encourage l'hospitalisation pour > de 7 jours et les différences dans la durée d'hospitalisation peut avoir influencé cette politique. Ce service repose sur le sevrage en ambulatoire il est évidemment important d'être sûr que les mères ou tuteurs de l'enfant sont fiables dans l'administration du médicament.</p>	
--	--	---	---	--