

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers
HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor
Syndrome de sevrage néonatal :
un nouveau regard sur la prise en charge

Revue de la littérature

Réalisé par : Crettenand Adriane

Promotion : Bachelor 20

Sous la direction de : Coquoz Emmanuelle

Sion, le 5 juillet 2023

Résumé

Contexte : Le syndrome de sevrage néonatal n'est pas un sujet beaucoup abordé en Suisse, bien que tout de même présent. Cette revue de la littérature met en évidence différentes nouvelles méthodes pour la prise en charge de ce syndrome.

But : L'objectif principal est d'identifier les nouvelles pratiques développées pour les soins des nourrissons en sevrage et de les comparer aux pratiques qui se font actuellement. Le deuxième objectif est d'évaluer les besoins que ressentent les infirmières et l'impact que cela peut avoir sur la prise en charge du nouveau-né et de sa mère.

Méthode : Afin d'identifier les études répondant au mieux à la question de recherche, diverses bases de données ont été consultées d'octobre 2022 à mars 2023 : CINHAL, PubMed et Embase. Pour identifier les études pertinentes, seules celles comprenant la posture infirmière et les outils de prise en charge, ont été incluses. Les études qui ne prenaient pas en compte la prise en charge postpartum ont été exclues.

Résultats : Six études ont finalement été sélectionnées. Il en est ressorti que les échelles d'évaluation actuelles ont un aspect trop subjectif. Cela entraîne un manque de cohérence dans la notation entre les professionnels et induit des traitements médicamenteux pas toujours nécessaires. De plus, l'unité de soins intensifs où les nourrissons en sevrage sont soignés, n'est pas bénéfique pour eux. Aussi, les éléments qui impactent la prise en charge sont, le besoin de connaissance approfondie du syndrome de sevrage et la stigmatisation envers les mères.

Mots-clés : Syndrome de sevrage néonatal, échelle d'évaluation, connaissances infirmières, score de Finnegan

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Emmanuelle Coquoz, ma directrice de ce travail de Bachelor, pour l'encadrement et le temps accordé, ainsi que le soutien et les bons conseils pour la rédaction de ce travail.

Je tiens également à remercier Madame Zita Devanthery, infirmière en pédiatrie et néonatalogie à l'hôpital de Sion, de m'avoir éclairé sur la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal dans les hôpitaux valaisans et d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7^e édition.

Sion, le 5 juillet 2023

Crettenand A.

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche	4
1.3	But de la recherche.....	4
2	Cadre théorique	5
2.1	Le syndrome de sevrage néonatal.....	5
2.1.1	Signes et symptômes à la naissance.....	6
2.2	Le rôle infirmier.....	7
2.3	Les interventions infirmières les plus probantes.....	8
2.3.1	Interventions non-médicamenteuses	9
2.3.2	Interventions médicamenteuses	10
3	Méthode.....	12
3.1	Devis de recherche.....	12
3.2	Collecte des données	12
3.3	Sélection des données	17
3.4	Considérations éthiques	18
3.5	Analyse des données	18
4	Résultats	20
4.1	Description de l'étude 1	20
4.1.1	Validité méthodologique	21
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	21
4.2	Description de l'étude 2	22
4.2.1	Validité méthodologique	23
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	24
4.3	Description de l'étude 3	24
4.3.1	Validité méthodologique	25
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	26
4.4	Description de l'étude 4	27
4.4.1	Validité méthodologique	28
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	29
4.5	Description de l'étude 5	30
4.5.1	Validité méthodologique	32

4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	32
4.6	Description de l'étude 6	33
4.6.1	Validité méthodologique	34
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	34
4.7	Synthèse des principaux résultats	35
5	Discussion des résultats.....	36
5.1	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	37
5.1.1	Études 1 à 3	38
5.1.2	Études 4 à 6	39
5.2	Limites et critiques de la revue de la littérature	40
6	Conclusions.....	41
6.1	Propositions pour la pratique	41
6.2	Propositions pour la formation	41
6.3	Propositions pour la recherche	42
7	Bibliographie.....	44
8	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Glossaires méthodologique	VIII
	Annexe IV : Traitement de substitution en Suisse	X
	Annexe V : Score de Finnegan	XI
	Annexe VI : Substances consommées par la mère	XII
	Annexe VII : Méthode Eat, Sleep, Console	XIII
	Annexe VIII : Traitements médicamenteux.....	XIV

Liste des figures

Figure 1: Grade des recommandations 17

Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs 13

Tableau 2: Equation de recherche CINAHL 14

Tableau 3 : Equation de recherche Medline (Pubmed) 15

Tableau 4 : Equation de recherche Embase 16

Tableau 5 : Liste des articles retenus..... 19

Liste des abréviations

CAS	Certificate of Advances Studies
CDT	Cadre des Domaines Théoriques
CII	Conseil International des Infirmières
DAS	Diploma of Advanced Studies
DIBQ-NAS	Determinants of Implementation Behavior Questionnaire-Neonatal Abstinence Syndrome
ESC	Eat, Sleep, Console
FNASS	Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System
HAS	Haute Autorité de Santé
HES	Hautes Écoles Spécialisées
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IBM	International Business Machines
LGBTIQ+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex and Queer
NANN	National Association of Neonatal Nurses
ONU	Organisation des Nations Unies
PEC	Plan d'Étude Cadre infirmier
REDCap	Research Electronic Data Capture
RL	Revue de la Littérature
SPC	Statistical Process Control
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSN	Syndrome de Sevrage Néonatal
USIN	Unité de Soins Intensifs Néonataux

1 Introduction

Cette revue de la littérature (RL) porte sur la prise en charge infirmière auprès des nouveau-nés lors de syndrome de sevrage néonatal (SSN). La motivation à traiter ce sujet est relative à un précédent stage.

C'est un thème très présent aux États-Unis en raison de la crise des opioïdes. En Suisse, très peu d'articles ont traité ce sujet qui pourrait être davantage développé.

Cette recherche s'orientera sur les connaissances infirmières liées au syndrome de sevrage néonatal. Plus particulièrement sur l'utilisation des diverses échelles d'évaluation du nouveau-né et l'impact sur la prise en charge au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Dans le but d'alléger le texte, le genre féminin a été utilisé pour désigner des personnes.

1.1 Problématique

Ce travail traite de la prise en charge, au sein des équipes pluriprofessionnelles, auprès de nouveau-nés lors de syndrome de sevrage néonatal. Ce syndrome est particulièrement compliqué à gérer, tant au niveau des interventions qu'au niveau émotionnel. Plusieurs études ont démontré le stress et la frustration ressentis par les infirmières lors de la prise en charge de ces nouveau-nés (Oei et al., 2023 ; Romisher et al., 2018). Il en est ressorti que les pleurs aigus et continus sont l'un des éléments les plus frustrants et qui occupent la majeure partie du temps de travail. Le fait de ne pas parvenir à calmer le nourrisson, malgré les différentes techniques habituelles (emmailloter, bercer, nourrir) est décourageant pour le personnel infirmier (Romisher et al., 2018).

C'est un sujet peu abordé mais pourtant bien présent dans les unités de néonatalogie. En effet, un bébé naît avec un syndrome de sevrage toutes les 15 minutes aux États-Unis. Cela représente 32'000 nourrissons par année. Ce taux élevé est dû à la crise des opioïdes survenue dans les années 1990 aux États-Unis. Selon le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies (2022), cette crise s'est manifestée en trois vagues. La première a eu lieu en 1990 en raison de la hausse des prescriptions médicales d'opioïdes. La deuxième a eu lieu en 2010, où la consommation et les décès liés à l'héroïne ont augmenté. D'après l'étude de Reif et al. (2016), cela est dû à un prix plus bas de l'héroïne par rapport aux opioïdes prescrits. En 2013, la troisième vague est survenue en raison du développement d'un marché de production illégale de fentanyl. Ces chiffres sont en augmentation (multipliés par dix) depuis la crise des opioïdes, survenue au début des années 2010, ainsi, de plus en plus de recherches sont menées sur ce sujet (Recto et al., 2020, p.354 ; Oei et al., 2023). D'après l'article de McCarty et al. (2019) « on estime que

55% à 94% des nourrissons nés de mères dépendantes aux opiacés présenteront des signes de SSN et que 50% à 75% d'entre eux nécessiteront un traitement » (p.772). Il n'existe que très peu d'articles ou d'études dans ce domaine en Suisse. Malgré de nombreuses recherches, seulement les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) recensent les chiffres concernant le nombre de nouveau-nés qui viennent au monde avec un SSN en Suisse : entre 10 et 20 bébés naissent chaque année avec ce syndrome, dans les cantons de Vaud et de Genève (HUG, 2014). Cependant, la consommation de drogues et d'alcool est bien présente. En effet, une étude menée dans le canton de Vaud a estimé le nombre de consommateurs (réguliers et occasionnels) selon les différents types de drogues. Elle a montré qu'il s'y trouvait en moyenne 1'343 consommateurs d'héroïne, 6'321 consommateurs de cocaïne, 2'559 consommateurs d'ecstasy, 2'497 consommateurs d'amphétamine et 68'923 consommateurs de cannabis (Zobel et al., 2017, p. 40 ; Zobel et al., 2018, p. 59-145-172 ; Zobel et al., 2020, p. 54). Aussi, une étude publiée par Addiction Suisse a montré que la consommation de cocaïne et de cannabis a augmenté durant la pandémie du COVID-19 (Granville et al., 2022, p. 40). De plus, une autre étude, développée par Addiction Suisse en 2021, montre que 15'996 personnes ont été, au moins un jour, sous traitement de substitution aux opioïdes. Parmi cette population, 71 femmes viennent du Valais et 476 du canton de Vaud (annexe IV) (Labhart et al., 2022, p. 19).

La stigmatisation et les préjugés envers les mères dépendantes à certaines substances sont présents chez les professionnels de la santé et entravent la prise en charge et la prévention de ce syndrome. La stigmatisation est divisée en deux composantes distinctes : les processus cognitifs sociaux (stéréotypes, préjugés et discrimination) et les types de stigmatisation (stigmatisation publique et auto-stigmatisation) (Recto et al., 2020, p.355). Selon l'étude de Romisher et al. (2018), quelques infirmières (15 sur 54 interrogées) trouvent les mères égoïstes en raison de leur consommation de substances durant la grossesse. D'autres sentiments ressortent, tels que, la frustration due au manque d'implication des parents et l'impression que ces derniers ne se rendent pas compte de la souffrance de leur enfant et n'expriment pas de remords (42 sur 54 interrogées). Ces sentiments sont éprouvés notamment en raison des expériences négatives liées au SSN vécues par les infirmières dans le passé.

À l'inverse, les sentiments les plus présents chez les mères sont le jugement, l'incompréhension à l'égard de leur dépendance et la sensation d'exclusion concernant les décisions (traitements, soins non pharmacologiques, visites) liées à leur bébé venant de la part des infirmières. *« C'était comme si j'étais la toxicomane et que j'étais la raison pour laquelle il était là. Je n'étais pas la bienvenue pour avoir des opinions sur la santé de mon*

filis » (Recto et al., 2020, n. Traduction libre). C'est ce que témoigne une mère sur son expérience en milieu de soins néonataux lors de l'accouchement de son fils atteint de SSN. Ces ressentis mènent à de la culpabilité, un désengagement, une diminution des visites de leur nourrisson, un désintérêt de suivre un traitement et une attitude sur la défensive de la part des mères atteintes de dépendances. Aussi, ce manque d'implication peut avoir des conséquences sur la garde de leur enfant (Chandler et al., 2020). À force de recevoir des jugements de la part des autres, la personne finit par penser que ces jugements sont vrais, ce qui mène au phénomène d'auto-stigmatisation. Un témoignage présent dans l'étude de Recto et al. (2020) démontre ce phénomène : *Tout le temps je me disais que je ne valais rien. Je ne mérite rien de tout ça. Je devrais juste m'en aller. Beaucoup de gens autour de moi ont fini par me dire que j'étais une moins que rien, que je faisais de très mauvaises choses et qu'ils n'espéraient rien de bon pour moi. Et finalement, j'ai commencé à y croire, parce que je l'ai tellement entendu* (traduction libre p.356).

Il existe très peu d'études concernant le rôle du père lors d'un SSN, bien qu'il joue également un rôle majeur dans la prise en charge de son enfant. Selon l'étude de Rockefeller et al. (2019), les pères sont impliqués dans les soins et fournissent un grand soutien aux mères de ces nouveau-nés. Il arrive parfois que le père de l'enfant ne soit pas présent, mais que ce soit le compagnon de la mère qui assume la responsabilité. Cependant, Chandler et al. (2020), soulignent le taux élevé de femmes toxicomanes subissant des violences de la part de leur conjoint. De plus, dans la plupart des cas, le père biologique ou le compagnon de la mère consomme, lui aussi, différentes substances, légales ou non.

Plusieurs études démontrent le manque de connaissances du personnel soignant envers les nouveau-nés atteints de ce syndrome et la mauvaise utilisation des échelles d'évaluation (Romisher et al., 2018 ; Recto et al., 2020). Celles-ci sont conçues principalement pour décider si le nouveau-né a besoin d'un traitement de substitution aux opioïdes ou non. La mauvaise utilisation de ces échelles amène parfois à une prise en charge médicamenteuse inutile, ce qui engendre des coûts importants et une durée d'hospitalisation plus longue (Grisham et al., 2019 ; Romisher et al., 2018).

Ce travail montre donc, de manière générale, la complexité de la prise en charge d'un nouveau-né atteint de SSN. Cette complexité demande beaucoup de connaissances et de rigueur lors de l'évaluation du nourrisson. L'évaluation est primordiale car c'est elle qui détermine si le nourrisson doit avoir recours ou non à un traitement médicamenteux. Cette revue de la littérature évalue plus spécifiquement les besoins d'actualisation des

connaissances et l'utilisation des échelles d'évaluation de la part des infirmières au sein des équipes pluriprofessionnelles.

1.2 Question de recherche

« En quoi l'utilisation d'échelles d'évaluation du syndrome de sevrage néonatal ainsi qu'une actualisation des connaissances des infirmières au sein des équipes pluridisciplinaires améliorent-elles la qualité de la prise en charge du nouveau-né et de sa mère ? »

P : Les infirmières au sein des équipes pluriprofessionnelles

I : Prise en charge du syndrome de sevrage afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du nouveau-né et de sa mère

C : La formation et les connaissances approfondies concernant l'utilisation des échelles relatives à la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal

Q : Amélioration de l'évaluation du syndrome de sevrage néonatal

I : En période postnatale

1.3 But de la recherche

Cette revue de la littérature a, pour objectif principal, d'analyser et comparer les différentes interventions infirmières ayant les meilleurs résultats sur le développement du nourrisson atteint de SSN. Le deuxième objectif est d'identifier les besoins ressentis par les infirmières pour une prise en charge optimale de ce syndrome.

2 Cadre théorique

Afin de mieux comprendre le sujet de cette revue de la littérature, il est impératif de définir les éléments principaux. Tout d'abord, le concept de syndrome de sevrage néonatal avec les différents signes, symptômes et caractéristiques. Puis, les interventions infirmières les plus probantes, avec les différents traitements médicamenteux et non médicamenteux.

2.1 Le syndrome de sevrage néonatal

En 1975, c'est le docteur Loretta Finnegan et ses collègues qui donnent le terme de syndrome d'abstinence néonatale et établissent une échelle d'évaluation. Celle-ci se nomme Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (FNASS) (Système de notation de l'abstinence néonatale Finnegan) et est présentée en annexe (annexe V). C'est l'échelle la plus utilisée pour ce syndrome (Oei et al., 2023) et sera décrite plus bas dans cette RL.

Selon l'article de revue de McCarty et al. (2019), le syndrome de sevrage néonatal est défini comme suit :

Groupe de signes et de symptômes cliniques chez un nouveau-né résultant d'une exposition in utero prolongée à des médicaments illicites ou prescrits. Le syndrome de sevrage néonatal est plus fréquent chez les nourrissons nés de femmes dépendantes des opioïdes (Fentanyl, Héroïne, Morphine) que chez les nourrissons nés de femmes dépendantes d'autres drogues ou de l'alcool (2019, p. 772).

Tout au long de la grossesse, la mère alimente son enfant par le biais du placenta. De ce fait, le fœtus reçoit tous les nutriments et l'oxygène dont il a besoin. Cependant, il absorbe également toutes les substances nocives pour son développement telles que l'alcool, les drogues ou les médicaments (Marieb et al., 2019, p. 1268). Petit à petit, il s'y habitue et devient à son tour dépendant. À la naissance, le nourrisson ne reçoit plus les drogues absorbées par sa mère. Cela engendre une libération de noradrénaline qui sera responsable des manifestations autonomes, neurologiques et gastro-intestinales, en raison de la grande quantité de récepteurs opioïdes concentrés dans ces zones (McCarty et al., 2019, p. 772). L'organisme est plus vulnérable aux drogues durant les premiers mois de grossesse en raison de la formation des organes durant la période de développement embryonnaire (Ladewig et al., 2003, p. 71).

L'augmentation du risque d'avortement spontané, la prématurité, le faible poids de naissance, les anomalies neurocomportementales et la mort subite du nourrisson sont des

conséquences de la consommation de substances durant la grossesse (McCarty et al., 2019).

Bien que la femme enceinte cesse sa consommation de substance, le traitement de substitution (Méthadone, Buprénorphine, Suboxone) entrainera également un syndrome de sevrage chez le nourrisson. Les substances consommées ne font pas référence uniquement aux drogues illégales telles que les opiacés, mais renvoient également aux substances prescrites comme les antidépresseurs ou les anxiolytiques (Joseph et al., 2020).

2.1.1 Signes et symptômes à la naissance

Les signes et symptômes de sevrage néonatal, l'intensité et la durée de ceux-ci, peuvent varier selon plusieurs facteurs. Tout d'abord, le type de substance consommée par la mère durant la période de gestation. Les médicaments du type barbituriques, hallucinogènes et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, qui sont des médicaments prescrits, mènent à des symptômes semblables aux opioïdes. Ensuite, la fréquence et la quantité de drogues prises durant la grossesse, ainsi que le métabolisme de la mère jouent également un rôle dans l'intensité des symptômes. Pour finir, le poids de naissance, le métabolisme et l'âge gestationnel du bébé sont aussi à prendre en compte lors de l'évaluation. En effet, les nouveau-nés prématurés, ayant une durée d'exposition moins longue aux substances et un manque de maturité du système nerveux central, ont un risque plus faible de développer des troubles classiques du syndrome de sevrage néonatal (McCarty et al., 2019 ; Grisham et al., 2019).

Habituellement, les manifestations cliniques du SSN débutent au cours des 96 heures après la naissance (Joseph et al., 2020). Le délai le plus court d'apparition des premiers signes se produit lors de consommation maternelle d'alcool ; entre trois et douze heures après la naissance. La durée des signes et symptômes varie principalement selon le type de drogue consommée, mais également selon les facteurs cités plus haut. Les manifestations cliniques liées à l'alcool peuvent être présentes durant plus de 18 mois et celles liées aux barbituriques peuvent aller jusqu'à quatre à six mois (Siu & Robinson, 2014). Un tableau récapitulatif tiré de Siu & Robinson (2014) et modifié par Beriel & Thomas (2018) se trouve en annexe (annexe VI). Celui-ci détaille les signes du SSN, leur délai d'apparition et leur durée selon les différentes substances les plus consommées.

Les nouveau-nés en sevrage se distinguent des autres par leurs pleurs aigus et inconsolables et leur nervosité. Ces signes sont décrits par les infirmières comme étant les plus compliqués à gérer, notamment en raison du temps passé à tenter de les consoler et

du sentiment d'impuissance qu'elles éprouvent après avoir essayé plusieurs des méthodes traditionnelles (emmaillotage, alimentation, faible stimulation) pour les calmer (Romisher et al., 2018). Les signes du SSN se distinguent selon trois catégories ; les manifestations autonomes, gastro-intestinales et neurologique. Les principales manifestations sont : de la fièvre, des sternutations, des bâillements, des marbrures, des vomissements, une mauvaise alimentation, des pleurs aigus, une exagération du réflexe de Moro et des convulsions (McQueen & Murphy-Oikonen, 2016).

2.2 Le rôle infirmier

Tout d'abord, le Conseil International des Infirmières (CII) (2002) définit les soins infirmiers comme suit :

Les soins infirmiers englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou en bonne santé, indépendamment du contexte. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers.

Ensuite, selon le référentiel des compétences du Plan d'Étude Cadre des soins infirmiers (PEC) (2022), il est attendu d'une infirmière, à la fin de sa formation Bachelor, de satisfaire les sept rôles infirmiers. Ceux-ci définissent les capacités nécessaires pour assurer la qualité des soins prodigués aux patients ; rôle de communicateur, collaborateur, manager, promoteur de la santé, apprenant et formateur, professionnel et expert. Les rôles les plus spécifiques en lien à la thématique de cette revue de la littérature sont ceux de communicateur, collaborateur et apprenant et formateur.

Ces deux aspects illustrent l'importance que joue la formation au sein des soins infirmiers, dans le but d'actualiser ses compétences tout au long de sa carrière. Le besoin d'adaptation des protocoles et l'impact des compétences infirmières sur la prise en charge d'un nouveau-né atteint de SSN est démontré dans cette revue de la littérature.

Les infirmières des soins intensifs néonataux possèdent des compétences et techniques très rigoureuses. Cependant, elles disent manquer de stratégies concernant le SSN et l'utilisation des différentes échelles d'évaluation. Ce manque de ressources est ressenti par les mères qui ont du mal à faire confiance au personnel soignant concernant la prise en charge de leur enfant (Romisher et al., 2018).

Selon une étude menée dans les hôpitaux canadiens, une formation sur les soins spécifiques du nourrisson atteint de SSN a été dispensée dans 53% d'unités de soins intensifs néonataux. Toutefois, l'enseignement sur les spécificités de ce syndrome serait fondamental dans toutes les USIN. Cela en raison de l'augmentation de la consommation d'opioïdes et des naissances de bébés atteints de SSN (multipliée par dix ces dix dernières années) (Oei et al., 2023, p. 4 ; Romisher et al., 2018, p. E4). Par exemple, il n'existe pas de formation concernant l'utilisation de l'échelle de Finnegan pour évaluer les symptômes du nouveau-né. De ce fait, l'interprétation est différente d'un soignant à l'autre et fausse les résultats. Cela engendre un traitement médicamenteux pas nécessaire, une durée d'hospitalisation plus longue et donc des coûts plus élevés (Verklan, 2019, p. 276).

D'autre part, le rôle propre de l'infirmière comprend la prise en charge du nouveau-né, mais également de sa mère. C'est l'équipe soignante qui peut l'orienter vers des spécialistes afin de traiter sa toxicomanie. C'est également leur rôle d'exercer des actions de prévention et de l'informer sur les divers organismes ou groupes de soutien. La création d'une relation thérapeutique est primordiale pour assurer un soutien psychologique, car ce sont des femmes qui ont un bagage émotionnel douloureux (abus sexuel, violences physiques et psychologiques) (Stocco, 2007). Cela encourage également les mères à faire confiance au personnel soignant, ce qui sera bénéfique pour la prise en charge (Nelson et al., 2013).

Les parents n'ayant que peu accès aux USIN, c'est l'infirmière qui se charge des soins de base du nouveau-né. Étant donné les symptômes, la prise en charge requiert beaucoup d'attention, notamment concernant la durée passée pour toutes les interventions non médicamenteuses. Les échelles d'évaluation sont remplies régulièrement et la mise à jour du dossier du patient demande du temps. La charge de travail étant plutôt lourde, cela laisse peu de place pour passer du temps avec le nourrisson. D'où le besoin d'endroits pour accueillir les parents ou les proches afin de créer un lien d'attachement avec le bébé (Nelson et al., 2013).

2.3 Les interventions infirmières les plus probantes

Le traitement de première intention pour apaiser les symptômes du SSN consiste à utiliser les méthodes non médicamenteuses. Les plus utilisées sont l'emballage, la réduction de tous stimuli sonores et visuels et l'alimentation à la demande (Mangat et al., 2019). Si ces méthodes sont sans résultat, le traitement de deuxième intention qui comprend l'utilisation de médicaments sera alors envisagé.

Durant toute la durée d'hospitalisation, les nouveau-nés atteints de SSN sont régulièrement évalués à l'aide de diverses échelles. Le score de Finnegan est l'échelle la plus

couramment utilisée pour évaluer si le nouveau-né est atteint du SSN et s'il a besoin d'une thérapie médicamenteuse ou non. Cette échelle comporte 31 items concernant les différents symptômes du SSN, répartis en trois catégories : les troubles du système nerveux central, les troubles du système nerveux autonome et les troubles gastro-intestinaux. L'évaluation s'effectue toutes les trois heures. Si le score obtenu est supérieur à huit sur trois évaluations consécutives, alors le nourrisson aura besoin d'un traitement de substitution (Nicholson & Waskosky, 2021). Cette méthode est complexe à utiliser et cause parfois des incohérences de scores entre les différents soignants selon leur façon d'évaluer. Cela mène à l'introduction d'une intervention médicamenteuse qui n'est pas nécessaire. De plus, l'évaluation étant faite toutes les trois heures, le nourrisson est dérangé et le score risque d'être faussé (Verklan, 2019, p. 276).

« Eat, Sleep and Console (ESC) » (manger, dormir et consoler) (annexe VII) est une nouvelle méthode d'évaluation élaborée par Grossman et al. (2018). Celle-ci évalue l'alimentation (manger au moins une once par tétée = 31g pour un nourrisson de un à deux jours et plus d'une once pour un nourrisson de trois jours ou plus), la qualité du sommeil (dormir au moins une heure sans se réveiller) et si le nourrisson est consolable ou non (consolé en moins de dix minutes). En cas de dysfonctionnement dans l'une de ces fonctions, l'introduction d'un traitement médicamenteux devra être envisagé (Casavant et al., 2021). Cette technique présente de nombreux avantages, notamment la diminution d'utilisation d'opioïdes (de 98% à 14%) et la réduction de la durée de séjour (de 22,4 à 5,9 jours). Ce modèle intègre les parents au sein de la prise en charge de leur enfant et crée une relation thérapeutique avec le personnel soignant (Parlaman et al., 2019).

2.3.1 Interventions non-médicamenteuses

La prise en charge non pharmacologique constitue le traitement de première intention. En raison des signes typiques du SSN, tels que l'augmentation du tonus musculaire ou les tremblements, le nourrisson a besoin de se sentir contenu. C'est pourquoi, l'emballage et le besoin d'être porté de façon sécuritaire sont de bons moyens non médicamenteux (Lacaze-Masmonteil & O'Flaherty, 2019). Les interventions qui soulagent le nourrisson sont, dans la majeure partie des cas, prodiguées par le personnel soignant. Cependant, l'allaitement ou le peau contre peau, méthodes qui permettent de soulager rapidement le bébé, ne peuvent souvent pas être réalisées en raison de la séparation de l'enfant et de sa mère. En effet, selon l'état de santé des nourrissons à la naissance, ceux-ci sont généralement transférés en unité de soins intensifs néonataux (USIN) où les parents ne peuvent pas séjourner avec eux. Ce service n'est pas forcément adapté à un nourrisson atteint de SSN. En effet, selon l'étude de Romisher (2018), 32 infirmières interrogées sur

54 affirment que l'USIN n'est pas adaptée pour une prise en charge optimale. La stimulation sonore, la lumière trop intense et la présence simultanée des soignants et des parents d'autres nourrissons impactent le développement du nouveau-né et accroît l'intensité des symptômes. La création d'un espace privé où la mère peut séjourner avec son nourrisson dans un endroit calme et peu stimulant est un des moyens non pharmacologiques. Cependant, ces unités ne sont pas encore suffisamment développées. Certains hôpitaux proposent des possibilités de soins à domicile si l'état de santé du nourrisson le permet. Cette approche diminue les symptômes de sevrage, mais également le montant des frais de santé. Néanmoins, très peu des hôpitaux étudiés offraient cette possibilité (34%) (Romisher et al., 2018).

Concernant l'allaitement, qui est un bon moyen de soulager les pleurs du nourrisson, les avis des infirmières divergent à ce sujet. En effet, le manque de protocoles mène à des prises en charge différentes selon le personnel présent. Certains pensent que les substances consommées par la mère sont présentes dans le lait maternel. Cependant, des études montrent que, si la mère a opté pour un traitement de substitution de type méthadone durant la grossesse, la concentration qui se trouve dans le lait maternel est très faible (de 21 à 462 ng/ml), indépendamment de la dose consommée (Wu & Carre, 2018 ; Balain & Johnson, 2014). Selon Lacaze-Masmonteil (2019) « il est démontré que la cohabitation d'un nouveau-né avec sa mère qui suit un programme d'entretien à la méthadone et qui allaite réduit le recours aux interventions pharmacologiques » (p.4).

2.3.2 Interventions médicamenteuses

Si le nourrisson ne répond pas aux traitements non pharmacologiques, il faut alors introduire une médication. C'est important qu'il se sente soulagé pour ne pas engendrer de complications telles qu'une perte de poids, de la fièvre ou des convulsions. Cependant, le traitement des signes du SSN à court terme est le seul avantage du traitement médicamenteux (Hudak et al., 2012). En effet, une fois le nourrisson soulagé par les médicaments, il va falloir le sevrer de son traitement en débutant un schéma dégressif (Lacaze-Masmonteil & O'Flaherty, 2019).

Comme mentionné plus haut dans cette revue de la littérature, l'échelle de Finnegan est utilisée pour déterminer si un nourrisson doit bénéficier d'un traitement pharmacologique. Pour le choix du médicament utilisé, celui-ci devrait être le même que la substance consommée par la mère, selon l'Académie Américaine de Pédiatrie (2012). Cependant, selon plusieurs études, il y a un manque de preuves concernant le traitement le plus efficace (Ghazanfarpour et al., 2019 ; Hudak et al., 2012 ; Lacaze-Masmonteil, 2019). De plus, selon l'étude de Wiles et al., (2015), le manque de protocole pour les traitements médicamenteux

augmente la durée du traitement et le temps d'hospitalisation. Aussi, les effets secondaires et les propriétés de chaque traitement sont à prendre en compte. Par exemple, la longue demi-vie de la méthadone permet de diminuer la fréquence d'administration de celle-ci (McQueen & Murphy-Oikonen, 2016). Un tableau récapitulatif sur les différents traitements se trouve en annexe (annexe VII). Les plus utilisés sont la morphine et la méthadone. En Amérique, le pourcentage de médecins qui utilisent un opioïde pour traiter le nourrisson atteint de SSN s'élève à 83%. Si le nouveau-né ne répond pas à ce traitement, alors le phénobarbital, un barbiturique, sera utilisé (Hudak et al., 2012).

L'article de Ghazanfarpour et al., (2019) met en avant les aspects positifs et négatifs de chaque médicament. Bien que la morphine soit largement utilisée, la méthadone, la buprénorphine et la clonidine seraient plus efficace. En effet, pour les nourrissons nés de mères sous traitement à la méthadone, la buprénorphine sublinguale diminue la durée de séjour du nourrisson de 42% par rapport à la morphine par voie orale (Lacaze-Masmonteil & O'Flaherty, 2019). De plus, il est possible d'associer plusieurs traitements à la fois en raison de la polymédication de certaines mères. Par exemple, la teinture diluée d'opium a une meilleure efficacité si elle est combinée avec du phénobarbital ou de la clonidine que si elle est utilisée seule.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Cette revue de la littérature a pour but de mettre en avant de nouvelles approches pour la prise en charge du SSN. Six études à ce sujet ont été sélectionnées, dont quatre avec un design quantitatif, une étude qualitative et une étude mixte.

Les recherches quantitatives s'inscrivent dans le paradigme* positiviste. Selon Fortin & Gagnon (2016), ce paradigme se base sur la logique, l'objectivité et la relation de cause à effet. Il s'appuie sur les faits observables et utilise un processus de collecte de données systématiques.

La recherche qualitative se réfère au paradigme interprétatif. À l'inverse du paradigme positiviste, celui-ci « rejette la notion qu'il existe une seule réalité pouvant être connue » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 28). La réalité peut être différente selon le contexte ou les personnes, c'est un paradigme qui prend en compte l'humain dans sa globalité.

Sur les six études analysées, trois sont disciplinaires infirmières, deux autres sont médicales et une est interdisciplinaire.

3.2 Collecte des données

En avril 2022, afin de s'assurer de la faisabilité de cette RL, différentes bases de données ont été consultées concernant le syndrome de sevrage néonatal. Ces recherches, ainsi que divers livres et sites internet, ont permis d'établir la problématique et la question de recherche. Une seconde recherche plus approfondie a été réalisée, d'octobre 2022 à mars 2023, afin de déterminer les six articles répondant au mieux à la question de recherche. Les bases de données utilisées étaient CINAHL, PubMed et EMBASE. Les mots-clés choisis ont été traduits en anglais à l'aide de MeSH (Medical Subject Headings) et sont détaillés dans le tableau 1. Pour enrichir la recherche, les filtres suivants ont été ajoutés ; la date de publication devait être comprise entre 2019 et 2023 et les études devaient être disciplinaires infirmières. Pour une meilleure compréhension des recherches effectuées, les informations ont été retranscrites sous forme de tableaux (tableau 2, 3 et 4) pour chacune des bases de données. Ceux-ci comportent les équations de recherches détaillées pour les différents thèmes de la question de recherche, avec le nombre d'études trouvées et le nombre d'études gardées. De plus, un diagramme de flux selon PRISMA se trouve en annexe (annexe I). Celui-ci montre les études retenues et exclues selon les différentes étapes de l'identification des références.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
Neonatal abstinence syndrome	"neonatal abstinence syndrome" "neonatal substance withdrawals"	"Neonatal Abstinence Syndrome/nursing" [Mesh] "Neonatal Abstinence Syndrome/complications" [Mesh] "Neonatal Abstinence Syndrome pathology" [Mesh]	MH "Neonatal Abstinence Syndrome" MH "Intensive Care Units, Neonatal" MH "Substance Abstinence"	'drug dependance'/exp 'withdrawal syndrome'/exp 'newborn disease'/exp
Education and knowledge of neonatal abstinence syndrome	"nurse role" "nursing knowledge" "neonatal nurse"	"Nurse's Roles" [Mesh] "Nurses, Neonatal/standars" [Mesh] "Nurses, Neonatal/education" [Mesh]	MH "Neonatal Intensive Care Nursing" MH "National Association of Neonatal Nurses" MH "Nursing Knowledge" MH "Nursing Role" MH "Neonatal Nurse Practitioners"	'nurse attitude'/exp 'neonatal nurse practitioner'/exp
Neonatal abstinence syndrome assessment scale	"nursing interventions" "neonatal assessment" "neonatal abstinence syndrome rating scale" "Finnegan scale"	"Nursing diagnosis" [Mesh] "Neonatal Nursing" [Mesh] "Intensive Care, Neonatal" [Mesh]	MH "Behavior Rating Scales" MH "Clinical Assessment Tools"	'nursing intervention classification'/exp 'newborn assessment'/exp 'newborn care'/exp

Tableau 2: Equation de recherche CINAHL

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	(MH "Neonatal Abstinence Syndrome") OR (MH "Intensive Care Units, Neonatal") OR (MH "Substance Abstinence")	17'436	
S2	TI ("neonatal abstinence syndrome" OR "neonatal substance withdrawals") OR AB ("neonatal abstinence syndrome" OR "neonatal substance withdrawals")	932	
S3	S1 OR S2	17'617	
S4	(MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Knowledge") OR (MH "National Association of Neonatal Nurses") OR (MH "Neonatal Intensive Care Nursing") OR (MH "Neonatal Nurse Practitioners")	81'065	
S5	TI ("nurse role" OR "nursing knowledge" OR "neonatal nurse") OR AB ("nurse role" OR "nursing knowledge" OR "neonatal nurse")	4'121	
S6	S4 OR S5	83'134	
S7	(MH "Clinical Assessment Tools") OR (MH "Behavior Rating Scales")	200'425	
S8	TI ("nursing interventions" OR "neonatal assessment" OR "neonatal abstinence syndrome rating scale" OR "Finnegan scale") OR AB ("nursing interventions" OR "neonatal assessment" OR "neonatal abstinence syndrome rating scale" OR "Finnegan scale")	6'720	
S9	S7 OR S8	206'889	
S10	S3 AND S6 AND S9	166	
S11	Limitation 5 ans	21	7
S12	Affiliation limitée aux infirmières	4	3

Tableau 3 : Equation de recherche Medline (Pubmed)

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	("Neonatal Abstinence Syndrome/complications"[Mesh] OR "Neonatal Abstinence Syndrome/nursing"[Mesh] OR "Neonatal Abstinence Syndrome/pathology"[Mesh])	166	
S2	"neonatal abstinence syndrome"[Title/Abstract] OR "neonatal substance withdrawals"[Title/Abstract]	1'285	
S3	S1 OR S2	1'374	
S4	("Nurse's Role"[Mesh]) OR "Nurses, Neonatal/education"[Mesh] OR ("Nurses, Neonatal/standards"[Mesh])	42'876	
S5	"nurse role"[Title/Abstract] OR "nursing knowledge"[Title/Abstract] OR "neonatal nurse"[Title/Abstract]	2'987	
S6	S4 OR S5	45'317	
S7	("Nursing Diagnosis"[Mesh]) OR ("Neonatal Nursing"[Mesh] OR "Intensive Care, Neonatal"[Mesh])	14'307	
S8	"nursing interventions"[Title/Abstract] OR "neonatal assessment"[Title/Abstract] OR "neonatal abstinence syndrome rating scale"[Title/Abstract] OR "Finnegan scale"[Title/Abstract]	5'287	
S9	S7 OR S8	19'238	
S10	S3 AND S6 AND S9	11	5
S11	Limitation 5 ans	1	1

Tableau 4 : Equation de recherche Embase

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	'drug dependence'/exp OR 'withdrawal syndrome'/exp OR 'newborn disease'/exp	2'294'162	
S2	'neonatal abstinence syndrome' : ab,ti OR 'neonatal substance withdrawals':ab,ti	1'663	
S3	S1 OR S2	2'294'243	
S4	'nurse attitude'/exp OR 'neonatal nurse practitioner'/exp	43'823	
S5	'nurse role': ab,ti OR 'nursing knowledge': ab,ti OR 'neonatal nurse':ab,ti	3'305	
S6	S4 OR S5	45'519	
S7	'nursing interventions classification'/exp OR 'newborn assessment'/exp OR 'newborn care'/exp	47'822	
S8	'nursing interventions' : ab,ti OR 'neonatal assessment':ab,ti OR 'neonatal abstinence syndrome rating scale':ab,ti OR 'finnegan scale':ab,ti	5'800	
S9	S7 OR S8	53'419	
S10	S3 AND S6 AND S9	309	
S11	Limitation 5 ans	25	10
S12	Affiliation limitée aux infirmières	14	5

3.3 Sélection des données

Pour restreindre le choix des études et faciliter le tri des données, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis. Les critères d'inclusion comprenaient les connaissances infirmières au sujet du syndrome de sevrage néonatal ou les différents outils mis en place pour la prise en charge. La date d'apparition devait être comprise entre 2019 et 2023 et les études devaient être écrites en français ou en anglais. Les études secondaires, telles que les méta-analyses, les méta-synthèses et les revues de la littérature font partie des critères d'exclusion de ce travail. Tous les articles ne parlant pas de la prise en charge postpartum n'ont pas été inclus à l'étude. De plus, au minimum trois études devaient être disciplinaires.

Le tableau numéro cinq répertorie les six études retenues pour la rédaction de cette RL. Celui-ci met l'accent sur les auteurs, le titre de l'article, l'année de publication, la base de données ainsi que le niveau de preuve. Ci-dessous, la gradation de la Haute Autorité de Santé (HAS) (figure 1) utilisée pour évaluer le niveau de preuve de chaque article. Cependant, celle-ci n'a pas été prise en compte pour la sélection des études.

Figure 1 : Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

3.4 Considérations éthiques

Toutes les études sélectionnées ont été approuvées par un comité d'éthique. De plus, toutes approuvent avoir respecté l'anonymat des participants.

3.5 Analyse des données

Une première lecture du titre et du résumé de chaque étude a été réalisée dans le but d'éliminer celles ne répondant pas à la question de recherche. Après suppression des doublons, 31 études ont été jugées pertinentes pour ce travail. Celles-ci ont ensuite été lues entièrement afin de mettre en avant les plus pertinentes. Six études ont alors été retenues et détaillées dans des tableaux de recension (annexe II), puis analysées dans la partie résultats ci-après.

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Grossman, M. R., Berkwitt, A. K., Osborn, R. R., Xu, Y., Esserman, D. A., Shapiro, E. D., & Bizzarro, M. J.	An Initiative to Improve the Quality of Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome	2017	Cinhal	II
2	Grossman, M. R., Lipshaw, M. J., Osborn, R. R., & Berkwitt, A. K.	A Novel Approach to Assessing Infants With Neonatal Abstinence Syndrome	2018	Cinahl	II
3	Cree, M., Jairath, P., & May, O.	A Hospital-Level Intervention to Improve Outcomes of Opioid Exposed Newborns	2019	Embase	II
4	Adrian, A., Newman, S., Mueller, M., & Phillips, S.	A Mixed-Methods Study to Investigate Barriers and Enablers to Nurses' Implementation of Nonpharmacological Interventions for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome	2020	Embase	IV
5	Shuman, C. J., Weber, A., VanAntwerp, K., & Wilson, R.	Engaging Mothers to Implement Nonpharmacological Care for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome : Perceptions of Perinatal and Pediatric Nurses	2020	Embase	IV
6	Tobin, K. B	Changing Neonatal Nurses' Perceptions of Caring for Infants Experiencing Neonatal Abstinence Syndrome and Their Mothers : An Evidenced-Based Practice Opportunity	2018	Cinhal	IV

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Grossman, M. R., Berkwitt, A. K., Osborn, R. R., Xu, Y., Esserman, D. A., Shapiro, E. D., & Bizzarro, M. J. (2017). An Initiative to Improve the Quality of Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatrics*, 139(6), e20163360.
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-3360>

C'est une étude quantitative qui s'est fixée comme objectif de diminuer de moitié la durée du séjour hospitalier des nouveau-nés atteints de SSN. Elle s'est déroulée au Yale New Haven Children's Hospital, dans le Connecticut aux États-Unis, un hôpital qui a connu, en dix ans, une augmentation de 74% de nourrissons nés de mères dépendantes à la méthadone.

Cette recherche est une recherche-action qui appartient au paradigme pragmatique. Selon Fortin (2016) « le paradigme pragmatique considère que la connaissance se développe dans l'action et qu'elle est une conséquence de la recherche et non pas une condition préalable à celle-ci » (p.247).

Durant cinq années consécutives, les chercheurs ont implémenté diverses interventions à différents moments de la recherche. Ces interventions sont les suivantes : soins non-pharmacologiques standardisés, consultation prénatale des parents, transfert de la pouponnière à l'unité patient, développement d'une nouvelle approche d'évaluation, sevrage rapide à la morphine, morphine administrée au besoin, transmission des messages aux parents, diffusion des concepts de changement à l'USIN.

Les chercheurs ont d'abord recueilli les résultats de prise en charge de 55 nourrissons traités à l'aide du FNASS et emmenés directement à l'USIN, de janvier 2008 à février 2010. Puis, ils ont comparé ces résultats aux 188 nouveau-nés au cours de la période d'intervention ainsi qu'aux 44 nourrissons du groupe post-implémentation traités à l'aide des huit nouvelles interventions. L'échantillonnage* est de type non probabiliste*. Pour être inclus à l'étude, les nouveau-nés devaient avoir atteint 35 semaines ou plus de gestation et leurs mères devaient avoir consommé de la méthadone tous les jours durant un mois ou plus avant la naissance de leur bébé. Si le nourrisson avait besoin d'une intervention chirurgicale ou d'une aide respiratoire ou s'il naissait avec des comorbidités conséquentes, il n'était pas inclus à l'étude.

Cette étude a permis de diminuer la durée de séjour de 22,4 à 5,9 jours après l'implémentation des huit interventions, soit une diminution de 74%. L'introduction d'un

traitement à la morphine est passée de 98% à 14%. À l'origine, tous les nouveau-nés (100%) atteints de SSN étaient directement soignés à l'USIN. Grâce à cette nouvelle approche, seulement 20% y ont été admis. Les autres nourrissons (80%) ont été pris en charge dans la nurserie où uniquement 6% ont reçu de la morphine. Il y a eu une augmentation de 20% à 45% de mères qui ont nourri leur bébé au lait maternel. Ces résultats ont permis de réduire les coûts moyens liés à l'hospitalisation, passant de 44'824.00 \$ à 10'289.00 \$.

4.1.1 Validité méthodologique

Afin d'inclure un maximum de nouveau-nés, tous les dossiers qui comportaient le code SSN ont été étudiés. Tous les nourrissons atteints de SSN nés durant l'étude et qui respectaient les critères d'inclusion ont donc été admis, ce qui renforce l'échantillon*. De plus, tous les patients provenaient du même hôpital et les caractéristiques des nouveau-nés et de leurs mères étaient similaires.

L'expérience et la formation des soignants peuvent avoir un impact important sur la qualité de la prise en charge. Les caractéristiques des professionnels qui soignaient les nourrissons auraient donc pu être mentionnées.

L'objectif de l'étude, qui était de réduire la durée du séjour en recourant un maximum aux méthodes non pharmacologiques, a été largement atteint. En effet, les résultats montrent une diminution de temps d'hospitalisation de 74%, ce qui est supérieur à la moitié attendue. De plus, les résultats de l'étude ont une valeur p* significative qui est inférieure à 0,001 et un résultat avec une valeur p égale à 0,01. Ceux-ci ont été analysés à l'aide du test t* pour les variables continues* et le test khi-deux* a permis d'analyser les variables catégorielles*.

L'impact des interventions a été mesuré avec des diagrammes de contrôle statistique des processus (Statistical Process Control, SPC). Comme l'expliquent les auteurs, la méthode SPC est utile pour : « analyser la variabilité de cause commune, pour produire des limites de contrôle, pour évaluer la capacité du procédé et pour identifier la variation de cause spéciale ou les incidences de variabilité statistiquement significative ($P < 0,01$) ».

Le Yale University Human Investigation Committee approuve que cette étude ne nécessite pas d'examen et affirme que les participants n'étaient pas randomisés. Les graphiques ont été soumis à l'équipe de qualité.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Habituellement, les nourrissons atteints de SSN sont soignés en unité de néonatalogie où les stimuli pouvant grandement perturber le bébé sont nombreux. De plus, la présence des

parents est moindre, ce qui diminue la possibilité de fournir des soins non pharmacologiques aux nouveau-nés. L'étude a permis de montrer qu'il était possible de prendre en charge ce type de syndrome dans les nurseries, là où sont pris en charge les bébés sans souci de santé particulier.

L'étude montre à quel point il est important d'intégrer la maman au bon rétablissement de l'enfant. En effet, étant soignés en nurserie, les nourrissons ont pu être allaités. De plus, les interventions présentées montrent l'importance de l'enseignement prénatal et de l'intégration des parents à la prise en charge.

4.2 Description de l'étude 2

Grossman, M. R., Lipshaw, M. J., Osborn, R. R., & Berkwitz, A. K. (2018). A Novel Approach to Assessing Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. <i>Hospital Pediatrics</i> , 8(1), 1-6. https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0128
--

C'est une étude quantitative qui s'est déroulée au Yale New Haven Children's Hospital, aux États-Unis, dans le Connecticut. L'étude consiste à comparer la méthode habituelle de prise en charge à l'aide du FNASS à une nouvelle approche basée sur le fonctionnement du nourrisson. Celle-ci se nomme « manger, dormir, consoler » (Eat, Sleep, Console) et, comme vu dans le cadre théorique, se définit selon les critères suivants ; manger une once par repas ou plus ou correctement se nourrir au sein, dormir plus d'une heure d'affilée et être consolé en moins de dix minutes. Si un de ces critères n'est pas respecté, les moyens non pharmacologiques sont augmentés. Dans le cas où cela ne suffit pas, un traitement à base de morphine, à raison de 0,05 mg/kg toutes les trois heures, sera débuté. Si le nourrisson est en mesure de respecter les critères ESC, le traitement de morphine sera diminué de 0,04mg par dose journalière.

De mars 2014 à août 2015, 50 nourrissons exposés aux opioïdes durant la grossesse et nés à 35 semaines ou plus dans cet hôpital ont été inclus à l'étude. Ceux qui nécessitaient une prise en charge aux soins intensifs et/ou qui avaient été exposés moins de 30 jours aux substances in utero n'étaient pas inclus.

La méthode ESC a été utilisée pour les soins des nourrissons. En parallèle, les scores FNASS ont été effectués pour la comparaison mais les réponses n'ont pas été prises en compte pour la prise en charge.

Au total, ces 50 nourrissons ont cumulé 296 jours d'hospitalisation, avec une moyenne de 5,9 jours. Grâce à la méthode ESC, 12% de nouveau-nés ont reçu de la morphine contre 62% s'ils avaient été traités avec le modèle FNASS. Au cours de ces 296 jours-patients, il

y a eu une augmentation de la dose de morphine pour 2,7% avec la méthode ESC contre 25,7% avec le FNASS. La dose a été diminuée pour 7,1% avec le modèle ESC alors que le FNASS suggérait une diminution pour 11,8%. Le score FNASS conseillait de diminuer la dose alors que celle-ci a été maintenue stable avec l'approche ESC chez 4% des nourrissons. La méthode ESC a été incluse à un projet d'amélioration de la qualité qui a été mené durant cinq ans au sein de cet hôpital. Les résultats montrent une réduction passant de 98% à 12% de nouveau-nés soignés à l'aide de moyens pharmacologiques. La durée de séjour a également diminué, en passant de 22,5 à 5,9 jours. Sur les 50 nourrissons, aucun transfert en unité de soins intensifs néonataux n'a dû être effectué et aucun évènement majeur n'a été évoqué.

4.2.1 Validité méthodologique

L'étude s'étant déroulée au sein d'une pouponnière, les résultats ne peuvent pas être généralisés à une population de nourrissons en soins intensifs néonataux. Les stimulations sonores et les possibilités de moyens non médicamenteux n'étant pas les mêmes d'une unité à l'autre. De plus, l'échantillon aurait pu être plus large afin d'être plus représentatif de la population. Cependant, celui-ci présentait des caractéristiques homogènes entre les différents participants. Les auteurs expliquent qu'une meilleure analyse de la durée de séjour aurait pu être effectuée s'il y avait eu un groupe ESC et un groupe FNASS. Contrairement à la méthode FNASS, l'approche ESC ne possède pas d'échelle de notation standardisée. De ce fait, les résultats pourraient varier selon l'évaluation de chaque prestataire de soins.

La validité de l'étude est renforcée par une valeur p significative inférieure à 0,001. Les chercheurs ont eu recours à différents tests pour analyser les données ; le test khi-deux ou le test exact de Fisher* pour les variables catégorielles et le test t pour les variables continues. Par la suite, ils ont comparé leurs résultats avec d'autres études ce qui a permis d'en ressortir des similitudes.

Plusieurs années d'observations et d'investigations ont permis la mise en œuvre de la méthode ESC. De plus, elle a été intégrée à un projet d'amélioration de la qualité qui a démontré de très bons résultats. Cette étude a également été autorisée par le comité d'investigation humaine de l'université Yale. Selon les chercheurs, il serait intéressant d'effectuer des recherches supplémentaires pour comparer les effets à long terme de chaque méthode.

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude est intéressante car, comme vu dans la problématique, le taux de femmes enceintes consommant des substances est en hausse depuis quelques années. Il est donc essentiel de développer des méthodes pour une évaluation et une prise en charge optimales.

Le score FNASS s'effectue toutes les trois heures et le soignant doit manipuler le bébé pour le noter. Il est alors dérangé ou réveillé, ce qui entrave l'évaluation. La méthode ESC démontrée dans cette étude se réfère aux fonctions de base d'un nouveau-né ; manger, dormir et être consolé lorsqu'il pleure. Si ces fonctions sont respectées, cela veut dire que le nourrisson se sent confortable. L'évaluation est rapide et se fait sans le déranger ni le réveiller. C'est une méthode qui ne nécessite que très peu d'apprentissage et dont les résultats sont très positifs. En effet, les résultats montrent une baisse significative de nourrissons traités à la morphine. Cette diminution permet de réduire la durée d'hospitalisation, ce qui réduit considérablement les coûts hospitaliers.

4.3 Description de l'étude 3

Cree, M., Jairath, P., & May, O. (2019). A Hospital-Level Intervention to Improve Outcomes of Opioid Exposed Newborns—Record details.
<https://www.embase.com/records?subaction=viewrecord&rid=14&page=2&id=L628940234>

Cette étude quantitative s'est déroulée au Wellspan Health York Hospital, à Saint George, aux États-Unis. Les chercheurs se sont demandé si la cohabitation du nourrisson avec sa mère et les moyens non médicamenteux qu'elle pouvait lui fournir influençaient la durée d'hospitalisation et le traitement pharmacologique. De ce fait, ils voulaient démontrer si l'unité de pédiatrie pouvait prendre en charge le SSN à la place de l'USIN.

L'étude comprenait deux groupes de nourrissons ayant été en contact avec des substances médicamenteuses in utero. Les deux groupes ont été recrutés à l'aide d'examen rétrospectifs des dossiers médicaux. Pour être inclus dans l'étude, les nourrissons devaient être nés à 35 semaines de gestation ou plus et avoir été exposés à la méthadone ou à la buprénorphine un mois au moins avant la naissance. Les bébés ayant des problèmes de santé nécessitant une prise en charge à l'USIN n'ont pas admis à l'étude. Les mères qui consommaient des opioïdes à courte durée d'action et/ou ne bénéficiaient pas de buprénorphine ou méthadone étaient exclues de la recherche. Si le nourrisson provenait d'un autre hôpital et transféré dans celui-ci, il n'était pas admis. Finalement, 48 nourrissons ont été inclus dans le groupe pré-intervention et 40 dans le groupe post-intervention.

Dans un premier temps, les données des nourrissons nés de janvier 2016 à juin 2017 ont été récoltées pour les comparer avec le groupe intervention. Ces nouveau-nés étaient directement emmenés à l'USIN après la naissance et évalués pour le choix du traitement. De juillet 2017 à août 2018, la cohabitation entre la mère et l'enfant a été introduite. Pour ce faire, les nourrissons sont restés à la pouponnière durant les deux à quatre premiers jours de vie, puis ont rejoint l'unité de pédiatrie. Aucun autre changement n'a été apporté à la prise en charge, l'échelle d'évaluation et les traitements sont restés les mêmes.

À l'origine, tous les nourrissons (100%) atteints de NAS allaient directement à l'USIN et y passaient en moyenne 8,2 jours. Cette étude a permis une réduction à 7,5 % ($p < 0,001$) de patients soignés à l'USIN ($p < 0,001$) et une diminution de leur durée de séjour à 0,2 jours ($p < 0,001$). Une fois stables, les nourrissons étaient transférés en pédiatrie. La durée de séjour comprenant tous les nouveau-nés était de 14 jours puis a diminué à 10,1 jours ($p = 0,032$). Concernant le traitement pharmacologique, celui-ci a été introduit en moyenne à 2,52 jours de vie, chez 25 participants du groupe pré-intervention et a duré en moyenne 15,68 jours. En revanche pour le groupe post-intervention, 17 nouveau-nés ($p = 0,399$), d'en moyenne 3,29 jours de vie ($p = 0,107$), ont reçu un traitement pharmacologique durant 9,71 jours ($p = 0,023$).

La cohabitation de la mère avec son enfant est donc bénéfique pour diminuer la durée de séjour et la durée de traitement. Cependant, cela n'a que peu d'impact sur la proportion de nourrissons soignés à l'aide de moyens médicamenteux. Les chercheurs ont également montré qu'il était possible que cette population soit prise en charge en pouponnière puis en unité pédiatrique.

4.3.1 Validité méthodologique

Afin d'optimiser la prise en charge, une formation a été donnée au préalable à l'équipe soignante et médicale sur les soins du SSN. De plus, les nouveau-nés exposés aux opioïdes à courte durée d'action étaient déjà pris en charge à la pouponnière. De ce fait, l'équipe soignante avait déjà des connaissances sur les soins à fournir pour ce syndrome. Aussi, les chercheurs ont mentionné le dévouement des professionnels des différentes unités dans la prise en charge des nourrissons et l'envie d'instaurer un changement dans les pratiques actuelles.

Les échantillons ont été formés par le biais d'analyses rétrospectives des dossiers des patients. Les caractéristiques de la mère et de l'enfant ont été répertoriées à l'aide du test exact de Fisher et du test khi-deux. Les données du nourrisson à la naissance, telles que le nombre de semaines de gestation, le poids et le score d'Apgar, ont été détaillées avec le

test t pour les échantillons indépendants*. Les chercheurs ont eu recours au test t et celui de Mann-Whitney* pour évaluer les résultats entre le groupe pré-intervention et post-intervention. La version 24 des statistiques IBM (International Business Machines) SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) a été utilisée pour l'analyse des données.

Les échantillons de petite taille et la recherche limitée à un seul hôpital limitent la généralisation des résultats. De plus, les substances utilisées par les mères n'étaient pas significatives entre les deux groupes. Cependant, la méthode d'alimentation était similaire, sauf pour le lait en poudre qui était consommé par 19 nourrissons contre 13 pour le groupe post-intervention. Aussi, la période de gestation, le poids de naissance et les scores d'Apgar n'ont pas montré de variance statistiquement significative.

Les chercheurs ne mentionnent pas le score utilisé pour évaluer les nouveau-nés, ni sur quels critères ils se basaient pour instaurer le traitement pharmacologique. Ces informations pourraient, cependant, être importantes pour évaluer la pertinence des résultats. De plus, la notation du score peut varier d'un soignant à l'autre, ce qui représente une limite d'après les chercheurs. Le fait que le nourrisson soit soigné en pédiatrie, un environnement avec beaucoup moins de stimuli qu'à l'USIN peut avoir influencé les résultats. La maternité se trouvait éloignée de l'unité pédiatrique, ce qui limitait la présence constante des mères qui devaient encore être hospitalisées. Cependant, les conclusions de cette étude ont été comparées avec les résultats d'autres études qui traitent du même thème. Celles-ci étaient toutes d'accord sur les bénéfices qu'apportent la cohabitation de la mère avec son bébé.

L'étude a été agréée par le comité d'examen institutionnel de l'université de l'Alabama et celui de Wellspan Health York Hospital.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

L'étude a montré que les nourrissons atteints de NAS pouvaient être pris en charge correctement en milieu pédiatrique. La prise en charge dans ce type d'unité est bénéfique pour le rétablissement de l'enfant. En effet, ces services offrent aux bébés un environnement avec de faibles stimuli visuels et sonores. De plus, cela permettrait de libérer des lits à l'USIN, pour permettre à d'autres nouveau-nés, dont les pathologies nécessitent d'avoir recours à du matériel et des connaissances spécifiques à l'USIN, d'y être reçus.

4.4 Description de l'étude 4

Adrian, A., Newman, S., Mueller, M., & Phillips, S. (2020). A Mixed-Methods Study to Investigate Barriers and Enablers to Nurses' Implementation of Nonpharmacological Interventions for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(6).
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000794>

Cette étude met en avant les éléments qui facilitent et entravent la prise en charge non pharmacologique du SSN. Les chercheurs ont choisi une méthode mixte, se basant sur le cadre des domaines théoriques (CDT) (Theoretical Domains Framework) pour élaborer cette étude. Cette méthode mixte comprend des entretiens semi-structurés pour les données qualitatives ainsi qu'un questionnaire DIBQ-NAS (Determinants of Implementation Behavior Questionnaire-Neonatal Abstinence Syndrome) pour les éléments quantitatifs. Les résultats de ces deux moyens ont été comparés, ce qui a permis de mettre en avant les outils et les obstacles du SSN.

L'échantillon intégrait des infirmières d'une USIN de niveau deux dans un hôpital universitaire et des membres de la National Association of Neonatal Nurses (NANN). Pour être admise à l'étude, elles devaient posséder le titre d'infirmière autorisée et devaient avoir une expérience dans les soins du SSN d'au moins six mois. Les participants étaient exclus si leur expérience du SSN concernait les nouveau-nés sous ventilation mécanique. Finalement, 56 participants ont répondu au DIBQ-NAS et 15 d'entre eux ont participé aux entretiens. Les infirmières choisies pour les entrevues étaient celles qui ont répondu présentes en premier.

Les entretiens semi-structurés comprenaient huit questions ouvertes, ainsi que des questions concernant les caractéristiques démographiques des participants. Le DIBQ-NAS a été utilisé pour évaluer les déterminants du comportement selon le CDT. Concernant les entretiens, les thèmes devaient être abordés par la moitié ou plus des participants pour être considérés comme prioritaires. Cependant, les autres sujets jugés pertinents étaient également inclus.

Finalement, cinq thèmes prioritaires issus du CDT sont ressortis : connaissances, compétences, croyances sur les capacités, rôles et identités sociales/professionnelles et émotions. L'organisation ne faisait pas partie des domaines prioritaires, mais a toutefois été jugée pertinente et a été intégrée à l'étude. Concernant les trois premiers thèmes, 15 infirmières sur les 15 interrogées étaient d'accord sur l'importance de la formation des soins du SSN. En effet, seulement 26,8 % des participants étaient fortement d'accord et 32,1%

étaient d'accord concernant la formation fournie par leur lieu de travail sur les soins non pharmacologiques. Plusieurs infirmières ont souligné, lors des entretiens, le besoin d'outils pour assurer une cohérence entre tous les soignants pour la notation des nourrissons en sevrage. Néanmoins, 25% des participants au questionnaire DIBQ-NAS ont trouvé cela très facile et 53,6% ont trouvé facile d'évaluer le nouveau-né. Dans le groupe DIBQ-NAS, cela peut être dû au nombre plus élevé d'infirmières qui pratiquent depuis plus de sept ans. En effet, 12 participants des entretiens ont mis en avant le fait que l'expérience augmente les capacités et la confiance à s'occuper de ces nourrissons. L'importance des soins non pharmacologiques a également été abordée par 10 personnes lors des entretiens. En effet, selon le questionnaire DIBQ-NAS, 83,9% étaient fortement d'accord sur leur capacité à fournir des soins non médicamenteux.

Concernant le thème du rôle et de l'identité sociale/professionnelle, tous les participants (15) des entretiens étaient d'accord sur l'importance d'un bon environnement pour favoriser la participation des parents. Cependant neuf ont émis de l'inquiétude face au manque d'implication parentale. Une des raisons à ce manque de participation pourrait être, selon huit infirmières, la stigmatisation dont ils sont victimes. Elles ont également évoqué d'autres facteurs : la gestion de la toxicomanie de la mère, un habitat éloigné, d'autres enfants à charge et le travail.

Au sujet du thème émotion, le stress est le sujet le plus abordé par les 15 participants des entretiens. Celui-ci serait entre autres, causé par la frustration de ne pas parvenir à calmer le nourrisson. De plus, le temps et la charge de travail que demande ce syndrome est conséquent ce qui cause davantage de stress. Toutefois, 75% des participants du DIBQ-NAS se sentaient écoutés par la direction de l'hôpital.

Finalement, à propos de l'organisation, toutes les infirmières étaient d'accord sur le temps que demande un nourrisson atteint de SSN. Six d'entre elles ont affirmé un manque de soutien de la part de l'hôpital et 15 participants dénoncent le manque d'effectif. Pour pallier le manque de personnel, tous se sentaient soulagés par les bénévoles présents pour fournir des soins non pharmacologiques tels que l'emballage, l'alimentation ou le peau à peau. Néanmoins, 69,6% des participants du DIBQ-NAS se sentaient soutenus par la direction de l'hôpital.

4.4.1 Validité méthodologique

L'étude s'est construite en se basant sur le cadre des domaines théoriques. Selon Atkins et al. (2017), le CDT « a été initialement développé pour la recherche sur la mise en œuvre

afin d'identifier les influences sur le comportement des professionnels de la santé en lien à la mise en œuvre de recommandations fondées sur des données probantes » (p. 2).

L'échantillonnage est de type non probabiliste à participation volontaire ; de ce fait, il est plus probable que ce soient plutôt des personnes se sentant concernées qui se portent volontaires. Les résultats ne seront donc pas généralisables au reste de la population. De plus, le nombre de participants et les caractéristiques démographiques dans chaque groupe n'étaient pas égaux.

Un questionnaire DIBQ adapté pour le SSN a été élaboré pour collecter les données quantitatives. Les réponses à ce questionnaire se donnent sous la forme d'une échelle de Likert*. Il est utilisé pour évaluer les déterminants du comportement selon le CDT. Sa valeur de fiabilité de cohérence interne* est de 0,68 à 0,93. Le DIBQ-NAS a été comparé aux résultats qualitatifs des entretiens semi-structurés. Les entretiens semi-structurés ont été menés avec un guide d'entrevue conçu à l'aide des résultats d'une autre étude et d'un examen intégratif élaboré par le premier auteur (Allison Adrian). Après avoir interrogé 15 participants, la saturation des données* a été atteinte.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs étaient souvent en désaccord, probablement liés à la différence du nombre de participants de chaque groupe et au manque d'homogénéité des caractéristiques de ceux-ci.

Le logiciel REDCap (Research Electronic Data Capture) a été utilisé pour le stockage des données, puis le logiciel SPSS en version 25 s'est chargé de l'analyse.

Le comité d'examen institutionnel et le comité de recherche de la NANN ont approuvé cette étude. Après quoi, la collecte des données a pu débuter.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

L'identification des facteurs qui entravent la prise en charge pourrait permettre de mettre en place des interventions afin de combler ces lacunes. En effet, les soins aux nourrissons atteints de SSN comprennent en grande partie la collaboration interprofessionnelle. Il est également important pour les soignants de se sentir écoutés et soutenus par la direction de l'hôpital.

L'implication des parents dans les soins du nouveau-né est primordiale. D'autant plus chez les nourrissons atteints de SSN, les soins non-pharmacologiques constituent la première ligne du traitement. De ce fait, l'identification des facteurs qui influencent positivement et

négativement la prise en charge parentale peut aider à instaurer les changements nécessaires à la création d'un environnement favorable.

Les soins aux nourrissons atteints de SSN sont des interventions qui demandent beaucoup de temps. De plus, d'autres bébés doivent également être pris en charge. Cela implique le besoin d'un plus grand effectif, ce qui n'est pas toujours possible. Il est de plus conseillé que la même infirmière assure la continuité des soins pour une meilleure cohérence dans les soins et la notation du nourrisson. La présence de bénévoles pour assurer des soins non pharmacologiques pourrait donc être d'une aide cruciale.

La prise en charge de ce type de nouveau-né est une source de stress identifiée par les infirmières. De ce fait, des debriefings ou des groupes d'intervision sont bénéfiques pour décharger les émotions des soignants.

4.5 Description de l'étude 5

Shuman, C. J., Weber, A., VanAntwerp, K., & Wilson, R. (2020). Engaging Mothers to Implement Nonpharmacological Care for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome: Perceptions of Perinatal and Pediatric Nurses. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(6), 464-472. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000812>

C'est une étude qualitative qui a interrogé des infirmières d'un hôpital régional du Minnesota, aux États-Unis. Parmi les participants, neuf infirmières provenaient du centre de naissance, six de l'unité de soins intensifs néonataux et six autres de l'unité de pédiatrie. Les chercheurs étaient toutes des infirmières et leur but était d'évaluer les impressions des infirmières à l'égard de l'investissement de la mère dans la prise en charge de son bébé atteint de SSN. Différents facteurs facilitant et entravant l'implication maternelle ont également été détaillés. Pour être inclus à l'étude, les participants devaient avoir 18 ans ou plus, posséder une licence, travailler plus de 12 heures par semaine, avoir pris en charge au moins un nouveau-né atteint de SSN au cours des trois dernières années, être dans une unité d'étude et parler anglais.

Une invitation par mail a été envoyée aux infirmières travaillant dans ces trois unités et elles pouvaient décider de participer ou non à l'étude. Une fois l'échantillon formé, des entretiens par téléphone ont eu lieu, de juillet à septembre 2018, afin de recueillir les données. Les infirmières participant à l'étude ont été attribuées au hasard aux chercheurs en charge de les questionner. Ceci dans le but que chacun interroge des soignantes de chaque service. Afin de recueillir les informations nécessaires à l'étude, un guide d'entretien semi-structuré*

a été élaboré. Les entretiens téléphoniques ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot dans le but d'être analysés.

L'étude a démontré que les infirmières portaient parfois des préjugés envers les mères dépendantes aux substances. Certaines ont affirmé que cela pouvait être lié à d'autres expériences négatives du passé avec des mères qui ne se préoccupaient pas de leur enfant. Elles ont avoué avoir de la difficulté à ressentir de l'empathie en raison de leurs préjugés envers les mères. Cela mène au phénomène d'auto-stigmatisation, comme vu dans la problématique, ou à de la stigmatisation anticipée, ce qui impacte la présence de la mère. Elles ont également émis avoir un manque de connaissances concernant la toxicomanie et un besoin de formation pour comprendre ce qui a mené ces femmes à devenir dépendantes. L'enseignement maternel des soins de base du nourrisson était vu comme des tâches plutôt que des soins pour certaines infirmières. Cela diminue la création d'une relation thérapeutique et empêche la mère de s'impliquer pleinement.

Les infirmières ont décrit les mères comme semblant extrêmement fatiguées et dépassées par les événements, tant en lien avec leur bébé qu'avec leur propre traitement contre la dépendance. Les mères, craignent que ces manifestations soient perçues par le personnel soignant comme étant des signes de consommation. Des facteurs ont été reconnus par les infirmières comme rendant l'implication difficile pour ces femmes : habitat éloigné, faible revenu, moyen de transport, traitement de la dépendance. Les soignantes ont également mentionné la charge d'autres enfants à la maison et la violence ou l'absence de leur conjoint. Cela engendre une vulnérabilité importante chez les mères et entrave leur implication dans les soins.

Les infirmières étaient d'accord sur le besoin d'une meilleure éducation prénatale, car les mères se sentaient trop submergées après l'accouchement pour recevoir toutes les informations nécessaires. Elles ont également mentionné une nécessité de formation concernant les échelles d'évaluation du SSN, ce qui ramène à la question de recherche de cette revue de la littérature.

Les chercheurs ont regroupé les résultats dans cinq concepts : vulnérabilité et préjugés, soins mère-enfant : tâches vs modèles de soins, facteurs maternels influençant l'engagement, facteurs infirmiers influençant l'engagement et recommandations pour surmonter les obstacles.

4.5.1 Validité méthodologique

L'échantillon ne comprenait 21 participants du même hôpital, dont un seul homme, ce qui peut mener à des résultats non-représentatifs. De plus, les caractéristiques professionnelles des participants étaient différentes, ce qui peut influencer leurs réponses aux questions. Il aurait également été intéressant de connaître les avis selon les différentes unités de soins, car la prise en charge peut différer d'un service à l'autre. Les chercheurs ont utilisé un échantillon de commodité qui provient du type d'échantillonnage non probabiliste. Cela laisse la possibilité d'entrevoir un intérêt des participants pour l'étude ; donc leur point de vue peut ne pas être représentatif.

Les chercheurs ne se trouvaient pas dans le même État que les participants. De ce fait, les entretiens se sont déroulés par téléphone. Une étude a mentionné que la différence était minimale entre les entretiens téléphoniques et en personne (Sturges & Hanrahan, 2004).

Un guide d'entretien semi-structuré a été conçu pour recueillir au mieux les données. Celui-ci a été étudié par différents membres de l'hôpital (infirmiers chefs et médecins chefs) et testé par deux volontaires. Les chercheurs ont utilisé les méthodes comparatives constantes de Glaser et Strauss* pour l'analyse des données. Dans un premier temps, un codage par chacun des membres de l'équipe a été effectué individuellement. Puis, une mise en commun a été faite, suivie d'une discussion pour parvenir à un accord commun. Ces éléments montrent qu'il y a eu une triangulation* des chercheurs.

Cette étude est la première à évaluer les perceptions éprouvées par les infirmières quant à l'implication de la mère dans la prise en charge de son enfant. Les chercheurs ont pris en considération une autre étude qui parlait du lien mère-enfant et des facteurs pouvant faciliter et entraver celui-ci. La comparaison des résultats a permis de renforcer et confirmer les résultats obtenus dans cette étude.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude a permis de lister les différentes causes possibles au manque d'implication de la maman dans les soins de son bébé. La connaissance de ces différents facteurs pourrait permettre aux différents professionnels de la santé de mieux comprendre ces femmes, d'avoir plus d'empathie et moins de préjugés. Les chercheurs ont également pu identifier les différents besoins en matière de formation des infirmières.

La présence de la mère est primordiale pour le bon rétablissement de l'enfant et pour privilégier les moyens de traitements non pharmacologiques. De ce fait, il est important de comprendre les facteurs limitant l'implication de la mère et d'agir sur ceux-ci.

L'éducation thérapeutique concernant la prise en charge de leur bébé devrait idéalement être faite en période prénatale. L'article pourrait sensibiliser les professionnels à effectuer cette éducation avant l'accouchement pour une meilleure adhésion de la mère et moins de stigmatisation des soignants.

L'étude met en évidence la demande des infirmières à avoir davantage de formation sur la toxicomanie. Cela dans le but de mieux comprendre les mères et éviter au mieux les préjugés envers elles. Elles ont également éprouvé des difficultés pour l'utilisation des scores d'évaluation du SSN. Il est primordial que les soignants se sentent à l'aise pour évaluer le nourrisson, car la décision de traitement sera basée sur ces différentes évaluations.

4.6 Description de l'étude 6

Tobin, K. B. (2018). Changing Neonatal Nurses' Perceptions of Caring for Infants Experiencing Neonatal Abstinence Syndrome and Their Mothers : An Evidenced-Based Practice Opportunity. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 18(2), 128-135.
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000476>

Cette étude a été rédigée par un infirmier du Cook Children's Medical Center, au Texas, aux États-Unis. Cette étude quantitative comportait trois objectifs. Le premier a pour but d'accroître le savoir des infirmières concernant le SSN. Le second consiste à évaluer les compétences pour favoriser le lien avec la mère. Pour le dernier objectif, il fallait identifier deux forces et deux faiblesses en lien avec la prise en charge du SSN.

Les participants provenaient tous de l'USIN. Il y a eu 206 infirmières qui ont participé à la présentation. Pour être inclus à l'étude, les soignants devaient avoir rempli les pré-tests*/post-tests* et le questionnaire post-éducatif. Après réception des différents tests, l'échantillon comprenait 175 participants.

Dans un premier temps, les participants ont assisté à une présentation de deux heures sur les soins aux nourrissons en sevrage et à leurs proches. Cette présentation comprenait l'évaluation et les soins pharmacologiques et non pharmacologiques, les sphères biopsychosociales de la dépendance et la frustration des infirmières.

Afin de répondre à l'objectif un, un pré-test/post-test anonyme de dix questions a été effectué. Le score moyen pré-test était de 87,3% et a augmenté à 96,1% pour le post-test. Cela montre que les connaissances des infirmières ont été améliorées après avoir visionné la présentation. Un questionnaire post-éducation a été rédigé pour répondre au deuxième

et au troisième objectif. Les participants devaient mentionner trois compétences pour une bonne alliance avec la mère. Les réponses ont été évaluées sur trois points, puis une moyenne a été calculée. Il y avait un taux de 2,9/3 réponses correctes, soit 96%. Il y a eu deux forces et deux faiblesses identifiées par participant. Le chercheur a ensuite noté les réponses comme étant correctes, partiellement correctes ou incorrectes et un taux de 94,3% de réponses correctes a été mentionné. Les faiblesses qui ressortaient le plus étaient les croyances et préjugés qui impactent la prise en charge et la frustration des infirmières face à la difficulté de la prise en charge. Différents points forts ont été énumérés par les soignants : la patience, la compassion envers les nourrissons et le respect. Une échelle de Likert a été utilisée pour évaluer la présentation en elle-même, ainsi que le présentateur et l'importance pour la pratique. Ces trois éléments ont été notés séparément, mais ont tous obtenu une moyenne de 4,8/5 points ce qui équivaut à 96% d'efficacité.

4.6.1 Validité méthodologique

Cette étude était le fruit d'un projet de pratique basé sur des évidences (Evidence Based Practice). L'auteur a rédigé ce travail à l'occasion de son Master en sciences infirmières et celui-ci a été approuvé par l'éducateur de l'USIN.

L'hôpital a rémunéré les infirmières qui participent à cette étude dans le but d'une formation obligatoire plus approfondie.

La comparaison des scores pré-test et post-test a été effectuée grâce au test t apparié de Wilcoxon*. L'augmentation de 8,8% entre les deux tests a une valeur p statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Le chercheur recommande que les outils d'évaluation utilisés dans cette étude soient évalués, pour en assurer la validité et la fiabilité. Il reconnaît également qu'une évaluation à long terme, en utilisant les mêmes tests, aurait pu être bénéfique pour évaluer l'implication des connaissances acquises durant l'étude. Il serait intéressant de connaître l'impression des participants après avoir mis en pratique les différents éléments appris.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

L'expertise ainsi que le comportement des soignants peuvent avoir un impact important sur la qualité de la prise en charge du nourrisson atteint de SSN et de sa mère. La guérison de celui-ci comprend, en grande partie, les soins maternels. Il est donc primordial pour les infirmières de posséder des connaissances solides, dans le but d'établir une relation thérapeutique adéquate avec elle. Des formations approfondies, au sujet du SSN et de la

dépendance, seraient nécessaires dans toutes les unités où ces nourrissons sont pris en charge.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Afin de répondre au mieux à la question de recherche, les principaux résultats ont été séparés en deux catégories : les protocoles de soins et la prise en charge infirmière.

Concernant les protocoles de soins, deux éléments ressortent : les échelles de notation et l'unité de soins. Les deux premières études montrent que l'échelle de Finnegan, utilisée dans la plupart des hôpitaux, aurait besoin d'être actualisée. La méthode ESC, présente dans les deux premières études, a permis de réduire de cinq fois le nombre de nourrissons recevant un traitement pharmacologique (Grossman et al., 2017) (Grossman et al., 2018).

La mise en place d'un environnement à faible stimulation et la présence quasi continue d'un membre de la famille ou d'un bénévole agit sur la réduction des symptômes. Cela améliore les réponses au système de notation du sevrage et diminue le recours aux moyens médicamenteux. Les trois premières études sont d'accord sur le fait que la prise en charge en maternité ou en unité pédiatrique permet d'offrir un environnement calme et la présence de la famille. Cela n'est pas le cas à l'USIN, où tous les nourrissons atteints de SSN étaient directement admis. L'étude de Grossman et al. (2017) et celle de Cree et al. (2019) ont montré que cela était possible en passant de 100% de nourrissons soignés à l'USIN à moins de 20%. Finalement, la durée de séjour a été diminuée grâce à la combinaison de la méthode ESC avec la prise en charge en unité mère-enfant.

A propos de la prise en charge infirmière, plusieurs thèmes sont abordés : la stigmatisation, la formation et la participation des parents. Les trois études sont d'accord sur la nécessité de créer une relation de confiance et d'impliquer les parents dans la prise en charge. Cependant, les études de Adrian et al. (2020) et Shuman et al. (2020) ont montré que la stigmatisation entrave cette collaboration. Ces préjugés sont dus principalement aux expériences antérieures et aux ressentis des infirmières dus à la lourde prise en charge de ce syndrome (Adrian et al., 2020) (Shuman et al., 2020). De plus, l'étude de Shuman et al. (2020) met en évidence que les infirmières ressentent le besoin d'être formées à mieux comprendre la toxicomanie et les facteurs qui y conduisent. Compte tenu du lien étroit existant entre ces trois thèmes, des formations supplémentaires pourraient diminuer la stigmatisation envers les parents et donc augmenter leur participation dans les soins de leur enfant.

5 Discussion des résultats

La question de recherche de cette RL comporte deux thèmes, les échelles de notation et les connaissances infirmières. Cependant, ces deux sujets sont complémentaires pour une bonne prise en charge. En effet, selon plusieurs études citées dans cette revue de la littérature, l'aspect très subjectif de l'échelle de notation FNASS amène à des résultats différents selon les professionnels qui évaluent le nourrisson. L'option numéro une est d'utiliser d'autres méthodes de notation du SSN. Il existe la méthode ESC, comme présentée dans cette revue, mais également d'autres méthodes comme la conduction cutanée ou le taux de cortisol salivaire et d'ocytocine (Casavant et al., 2021, p. 9). Ces approches se basent sur le niveau de confort ou de stress du nouveau-né, ce qui permet de rendre l'évaluation plus objective. L'option numéro deux est de fournir une formation basée sur le fonctionnement du FNASS. Il a été démontré que cela permet une meilleure cohérence des annotations (Casavant et al., 2021).

De plus, il existe de nombreux facteurs qui influencent la notation du nouveau-né et qui ne sont pas négligeables lors de la décision d'un traitement médicamenteux ou non. En effet, comme mentionné dans le cadre théorique (Verklan, 2019), pour effectuer le score FNASS, l'infirmière doit déranger ou réveiller le bébé. Cela va engendrer des pleurs et agiter le nourrisson, ce qui peut fausser les résultats du score. Aussi, la revue systématique de MacVicar & Kelly (2019) et celle de Wood et al. (2019), insistent sur l'aménagement d'un environnement à faible stimuli. En effet, comme présenté dans le cadre théorique (Romisher et al., 2018), celui-ci montre l'influence d'un lieu calme par rapport à l'USIN qui peut être bruyante et stressante. Les résultats sont alors à nouveau altérés car ils seront potentiellement moins élevés dans un environnement à faible stimulation. Les lieux idéaux seraient donc les nurseries ou les unités pédiatriques. De ce fait, les résultats de l'étude de Cree et al. (2019) montrent qu'il est possible de prendre en charge le SSN dans ces types de services autres que l'USIN. Cette étude a également démontré, en gardant l'échelle FNASS pour évaluer le nourrisson, que la cohabitation de la mère avec l'enfant influence l'utilisation de moyens médicamenteux. Ainsi, une unité parents-enfants pourrait associer l'environnement calme et la présence de la famille ou de bénévoles pour plus de recours aux moyens non pharmacologiques.

C'est d'ailleurs le cas en Suisse. En 2006 et 2008, le médecin et professeur, Adrien Moessinger a permis d'ouvrir deux unités d'accueil parents-enfants au sein de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) (*UNIL - Adrien Moessinger, s. d.*). De plus, en décembre 2022, une unité peau à peau a été ouverte au CHUV. Celle-ci permet aux bébés, avec un souci de santé mineur et qui ne présentent pas de problème au niveau

des fonctions vitales, de rester avec sa mère plutôt que d'être pris en charge en néonatalogie. Étant au même étage que l'unité postpartum, les soins peuvent être assurés tant pour la mère par les professionnels de l'obstétrique que pour le bébé par les soignants de la néonatalogie (*CHUV - Unité peau à peau, 2023*). Ce qui n'est pas le cas dans l'étude de Cree et al. (2019), où l'unité pédiatrique se trouve loin de la maternité. En effet, les chercheurs ont insisté sur le fait que les mères qui doivent être hospitalisées ont donc moins de contact avec leur nourrisson.

Les soins non pharmacologiques représentent la première ligne de traitement pour le SSN. Néanmoins, il est compliqué pour le personnel soignant d'accorder le temps nécessaire pour ces soins, sachant qu'il y a d'autres nourrissons à prendre en charge. C'est pourquoi l'implication de la mère est primordiale pour assurer ces moyens non médicamenteux. Par conséquent, la création d'une alliance thérapeutique entre la mère et l'infirmière est primordiale pour assurer la collaboration. Il existe cependant, des facteurs qui influencent l'implication maternelle et la création du lien thérapeutique. Par exemple, comme vu dans la problématique (Recto et al., 2020), les préjugés et le phénomène de stigmatisation envers les mères dépendantes peuvent jouer un rôle. Il peut arriver que ce ne soit pas volontaire de la part des soignants. C'est pourquoi, selon Shuman et al. (2020) et Wood et al. (2019), il y a une demande de leur part pour une formation supplémentaire concernant la toxicomanie et les facteurs qui peuvent y mener. L'étude de Shuman et al. (2020) a également mis en évidence les éléments qui peuvent mener au phénomène de stigmatisation : les expériences passées, le stress, la frustration de ne pas calmer le bébé, un sentiment de révolte envers les mères face à la détresse de l'enfant. D'autres facteurs ont été énoncés comme rendant compliquée l'implication des mères. Par exemple, leur propre traitement contre la dépendance, l'habitat éloigné, le moyen de transport, leur faible revenu, d'autres enfants à charge et l'implication paternelle (Shuman et al., 2020).

5.1 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Étant donné que la question de recherche se compose de deux sujets (les protocoles de soins et la prise en charge infirmière), les études analysées ont été sélectionnées selon l'un de ces deux sujets. Les études une à trois (Grossman et al., 2017 ; Grossman et al., 2018 ; Cree et al., 2019) se basent sur les différents protocoles, tandis que les études quatre à six (Adrian et al., 2020 ; Shuman et al., 2020 ; Tobin, 2018) s'appuient sur la prise en charge infirmière. Afin de faciliter la compréhension, cette section a donc été séparée en deux parties.

5.1.1 Études 1 à 3

Les études sélectionnées sont toutes quantitatives. Une méthode qui, selon Fortin & Gagnon (2016), « consiste à vérifier des hypothèses pour en déduire les conséquences » (p. 20). De plus, elles ont toutes les trois un niveau de preuve B2 selon la pyramide des preuves de la HAS. Cela renforce la crédibilité des études, bien qu'elles n'aient pas été sélectionnées selon ce critère. Chacune des trois études a été approuvée par un comité d'éthique.

L'un des critères d'inclusion de cette RL comprend la date de parution des études, comprise entre 2019 et 2023. Bien que les deux études de Grossman et al. soient parues en 2017 et 2018, elles ont tout de même été incluses. Cela semblait pertinent de prendre en compte les études rédigées par le médecin qui a développé la méthode ESC. De plus, les résultats apportaient une réelle plus-value à cette revue de la littérature.

La taille de l'échantillon et les caractéristiques des nourrissons sont comparables dans les trois études. Les caractéristiques des mères étaient également similaires dans les deux études de Grossman et al. (2017) & (2018), mais n'étaient pas toutes mentionnées dans l'étude de Cree et al. (2019). Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les mêmes pour les trois articles. Excepté pour celui de Grossman et al. (2018) qui incluait les nourrissons avec exposition prénatale aux opioïdes, alors que les deux autres articles incluaient ceux ayant été en contact avec de la méthadone (traitement de substitution) au moins un mois avant la naissance. Cette différence a son importance, car les symptômes du sevrage peuvent ne pas être les mêmes pour un nourrisson ayant reçu de la drogue que pour un nourrisson ayant été en contact avec un produit de substitution.

Le test t, le test khi-deux et le test exact de Fisher ont été utilisés comme méthodes d'analyse dans les trois études. Les deux études de Grossman et al. (2017) & (2018) ont estimé que la valeur p était statistiquement significative si elle était inférieure à 0,01. Alors que l'étude de Cree et al. (2019) trouvait le résultat significatif s'il était inférieur à 0,05.

Les deux études de Grossman et al. (2017) & (2018) mettent en avant les bénéfices de la méthode ESC par rapport au FNASS. Cependant, elles incluent également d'autres éléments à la prise en charge, tels que la présence maternelle et un environnement à faible stimuli. Par conséquent, il est difficile de conclure que la diminution d'utilisation de moyens médicamenteux ou la durée de séjour soient dues uniquement à la méthode ESC ou si c'est le mélange de ces trois facteurs. De ce fait, l'étude de Cree et al. (2019) est pertinente car les chercheurs ont gardé le FNASS mais ont inclus la cohabitation avec la mère et l'environnement calme. La durée de séjour, l'introduction de médicaments et la dose de

ceux-ci ont également diminué mais moins que dans les études avec la méthode ESC. Ce qui permet de conclure qu'il est possible de garder le FNASS tout en adaptant l'environnement. Néanmoins, en incluant également la méthode ESC, les résultats sont encore plus pertinents.

Étant donné que les études viennent toutes des États-Unis, il est compliqué de généraliser les résultats, en raison du léger nombre de nourrissons atteints par ce syndrome en Suisse. Cependant, avec des recherches approfondies sur la façon de développer les méthodes présentées, il serait potentiellement possible de les implémenter en Suisse. De plus, comme mentionné dans la problématique, le taux de consommateurs est élevé en Suisse. Il est donc intéressant d'être au courant des nouvelles pratiques qui existent et des bénéfiques qui en découlent.

5.1.2 Études 4 à 6

Les trois dernières études ont toutes un design différent : l'étude quatre est mixte, la cinquième est qualitative et la sixième est quantitative. Seul l'étude de Tobin (2018) ne respectait pas les critères d'inclusion concernant les dates. Elle a tout de même été incluse en raison de sa caractéristique disciplinaire et de son contenu mettant en avant la formation. Les trois études atteignent un niveau de preuve C4 selon l'échelle HAS. Cependant, les études n'ont pas été sélectionnées selon le niveau de preuve mais selon la pertinence des résultats. Les trois études ont reçu l'approbation d'un comité éthique.

Les trois études comportaient des échantillons différents les uns des autres. Les caractéristiques des participants étaient similaires dans les études d'Adrian et al. (2020) et Shuman et al. (2020) mais n'étaient pas mentionnées dans celle de Tobin (2018). Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient différents dans chaque étude et celle de Tobin (2018) ne mentionnait que le fait que tous les questionnaires devaient être remplis pour être inclus. Les études de Adrian et al. (2020) et Shuman et al. (2020) étaient d'accord sur le fait d'inclure des infirmières agréées avec une certaine expérience.

Des moyens différents ont été utilisés pour les méthodes d'analyse. L'étude de Tobin (2018) et celle d'Adrian et al. (2020) ont employé des questionnaires pour regrouper les résultats. Aussi, des entrevues en présentiel ou par téléphone se sont déroulées pour les études d'Adrian et al. (2020) et celle de Shuman et al. (2020). Toutes les études ont parlé de la formation pour la SSN et le besoin d'outils pour évaluer plus objectivement le nourrisson. Cependant, les résultats variaient entre les différents participants. L'étude d'Adrian et al. (2020) en a conclu que c'était l'expérience qui jouait fortement un rôle dans la prise en charge. En effet, si l'on se réfère aux caractéristiques des participants, la majeure partie

d'entre eux avaient plus de sept ans d'expérience dans les services où étaient soignés les nourrissons atteints de SSN.

Les trois études comportent des limites. Les quatrième et cinquième études indiquent des limites concernant leur échantillon. De plus, les deux études comportant des questionnaires ont expliqué le besoin de les élargir ou de les valider.

5.2 Limites et critiques de la revue de la littérature

L'une des principales limites est l'absence d'études suisses. En effet, les études trouvées proviennent toutes des États-Unis. La généralisation des résultats aux hôpitaux suisses est donc limitée, bien que le syndrome de sevrage néonatal reste le même partout. Le mode de vie et le système de santé ne sont pas les mêmes aux États-Unis qu'en Suisse. De plus, la forte consommation par rapport à la Suisse n'est pas représentative. En effet, selon l'Organisation des Nations Unies (ONU) (2020), l'Amérique et notamment l'Amérique du Nord, compte le plus grand nombre de consommateurs de cannabis, cocaïne, amphétamines et ecstasy. De ce fait, cela pourrait être la meilleure population pour étudier le SSN. En outre, l'Asie est le continent avec le plus de consommateurs d'opioïdes et d'opiacés. Cependant, les études provenant des pays de ce continent n'ont pas pu être sélectionnées en raison de la barrière de la langue, ce qui constitue également une limite de cette RL.

Seule l'étude de Grossman et al. (2018) inclut les nourrissons exposés aux opioïdes. Tandis que les deux autres études comprennent uniquement ceux exposés à la méthadone, le traitement de substitution. Il aurait, par ailleurs, été intéressant d'évaluer l'impact de chaque substance séparément sur le nouveau-né. Cela en raison des symptômes de sevrage qui peuvent être plus importants selon la substance prise par la mère. Il serait donc pertinent de mesurer si les méthodes évaluées dans cette RL seraient généralisables aux nourrissons nés de mères qui n'ont pas bénéficié d'un traitement de substitution.

Chez des mères qui prennent souvent de l'alcool ou des drogues simultanément avec des opiacés ou de la méthadone, on retrouve des caractéristiques similaires. C'est donc un paramètre qui peut également influencer les résultats.

Une autre limite comprend la disponibilité des études en français. En effet, la traduction n'était disponible pour aucune des études. Cela rendait parfois la compréhension compliquée.

6 Conclusions

6.1 Propositions pour la pratique

En Suisse, le SSN est moins abordé qu'aux États-Unis. Cependant, selon une infirmière en pédiatrie et néonatalogie de l'hôpital de Sion, ce syndrome est bien présent et concerne tous types de drogues. La prise en charge du nourrisson atteint de SSN dans les hôpitaux valaisans est similaire à celle des États-Unis. Cependant, en Suisse, les nouveau-nés peuvent être soignés en pédiatrie ou en néonatalogie selon le degré des symptômes ou la place disponible, comparé à la plupart des hôpitaux américains où les nourrissons sont directement admis à l'USIN. C'est pourquoi la méthode ESC pour évaluer le nouveau-né pourrait être introduite et être d'autant plus bénéfique en raison de la cohabitation mère-enfant. En effet, l'échelle de Finnegan est également le score utilisé en Suisse pour l'évaluation du nouveau-né.

Cette RL permet de se rendre compte des difficultés de la prise en charge de ce syndrome et met en avant les différents besoins ressentis par les infirmières. Bien que les résultats obtenus proviennent des hôpitaux américains, le SSN et les symptômes associés sont les mêmes en Suisse. C'est pourquoi, cette RL met en évidence l'importance de la collaboration interprofessionnelle et de la collaboration avec les parents pour soulager les soignants, notamment en raison du manque d'effectif actuel au sein des hôpitaux. De plus, à l'hôpital de Sion, l'infirmière qui s'occupe du nouveau-né en sevrage n'a que ce bébé à charge, ce qui impacte davantage ce manque de personnel. Cette RL a également montré que la collaboration avec les parents pouvait s'avérer compliquée, notamment en raison des préjugés des soignants envers les mères. Selon l'infirmière interrogée pour ce travail, le problème de stigmatisation existe également au sein des hôpitaux Suisses et rend la confiance mutuelle compliquée. De plus, la coopération parentale est également entravée en raison de nombreuses promesses non tenues de la part des parents. C'est pourquoi une formation serait bénéfique afin de comprendre davantage les raisons qui poussent ces femmes à consommer, dans le but de potentiellement améliorer la relation thérapeutique.

6.2 Propositions pour la formation

Durant la formation Bachelor, il n'existe pas d'enseignement concernant le SSN (<https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/formation-bachelor-en-soins-infirmiers-200056>). En première année, des cours sur les soins d'hygiène et de confort ainsi que sur l'adaptation du nouveau-né ont été donnés. Cependant, ceux-ci ne parlaient pas du SSN. Ils expliquaient plutôt l'évaluation des nourrissons stables et en bonne santé, les particularités de base chez cette population ainsi que les principales pathologies que peuvent rencontrer les nouveau-nés. Toutefois, des

cours sur l'importance du lien d'attachement ainsi que la protection de l'enfant ont été dispensés. En deuxième année, des cours sont donnés sur la dépendance, la physiopathologie de l'addiction et tout ce qui concerne la prévention, la promotion et la psychoéducation. Cependant, ces formations concernent l'addiction chez l'adulte et ne parlent pas du SSN. De plus, les cours de psychoéducation n'abordent pas la posture à avoir lorsque la dépendance impacte le développement d'un bébé ou d'un enfant. En effet, en prenant en considération la souffrance du nourrisson, cette posture peut être revisitée.

Tout au long de la formation, le module « professionnalisation » aide à acquérir une posture professionnelle et un raisonnement éthique adéquats. De plus, des cours sont consacrés à la prise en charge de diverses populations, en particulier les migrants ou les LGBTIQ+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex and Queer), afin de sensibiliser aux préjugés. Cependant, ce type d'enseignement axé sur les patients dépendants n'est pas abordé, bien qu'il serait pertinent en raison de la forte stigmatisation à l'égard de la toxicomanie.

Dans le cadre de la formation de Bachelor sage-femme, la posture de professionnelle est enseignée en deuxième année, dans le module intitulé « La sage-femme et son environnement – L'identité professionnelle de la sage-femme face à ses enjeux : vers un positionnement professionnel intégré ». Ce module a pour but de promouvoir des soins respectueux, prévenir les inégalités et contrecarrer les stéréotypes/préjugés/discrimination (<https://hesav.ch/formation/sage-femme/>).

Les Hautes Écoles Spécialisées (HES) permettent de suivre des formations postgrades. Il est possible d'effectuer un Certificate of Advanced Studies (CAS) ou un Diploma of Advanced Studies (DAS) « interprofessionnel en addiction » (<https://www.ecolelasource.ch/formations/postgrade/das/addictions/><https://www.ecolelasource.ch/formations/postgrade/cas/addictions/>). Ces formations offrent des connaissances au niveau des dimensions sociétales et individuelles de l'addiction. Il est également possible d'effectuer un CAS en « soins aux nouveau-nés à risque ». Celui-ci offre la possibilité d'améliorer ses compétences concernant les attitudes interprofessionnelles et l'intégration de la famille dans les soins (<https://urlzs.com/L22jZ>). De plus, il permet d'approfondir la prise en charge des nouveau-nés prématurés, ce qui est souvent le cas lors du SSN.

6.3 Propositions pour la recherche

Il serait intéressant de déterminer si, à long terme, il existe une différence dans le développement du nourrisson selon s'il a été soigné avec la méthode ESC ou le

FNASS. En effet, étant donné que les nouveau-nés traités avec la méthode FNASS ont reçu plus de traitements médicamenteux, il serait judicieux d'évaluer s'il existe une influence selon le traitement. De plus, les méthodes vues dans cette RL permettaient une cohabitation avec la mère et donc un recours à davantage de moyens non pharmacologiques. Plusieurs études ou articles utilisés dans cette RL relatent l'importance de la proximité du nourrisson avec sa mère dans le but de créer un lien d'attachement. Cela n'a pas été traité dans cette revue. Cependant, pour rejoindre la première proposition, il serait intéressant de voir l'impact que peut avoir la présence de la mère sur le développement de l'enfant.

Plusieurs études expliquent le besoin de formation exprimé par les infirmières pour comprendre ce qui mène à la toxicomanie. Il serait donc être judicieux de mettre en place cette formation et d'évaluer les ressentis des infirmières avant et après l'implémentation de ce programme. Une autre option serait d'évaluer les connaissances et les pratiques infirmières selon deux groupes : un groupe avec une formation Bachelor et un groupe avec une formation postgrade. En effet, les études utilisées dans cette RL comprenaient les infirmières de tous les niveaux de formation.

7 Bibliographie

- Adrian, A., Newman, S., Mueller, M., & Phillips, S. (2020). A Mixed-Methods Study to Investigate Barriers and Enablers to Nurses' Implementation of Nonpharmacological Interventions for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(6). <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000794>
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., Foy, R., Duncan, E. M., Colquhoun, H., Grimshaw, J. M., Lawton, R., & Michie, S. (2017). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science: IS*, 12(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
- Balain, M., & Johnson, K. (2014). Neonatal abstinence syndrome : The role of breastfeeding. *Infant journal*. https://www.infantjournal.co.uk/journal_article.html?id=6645
- Beriel, & Thomas. (2018, novembre 21). *Syndrome de sevrage néonatal* [Encyclopédie Médicale Libre pour étudiants et professionnels de santé]. MedG. <https://www.medg.fr/syndrome-de-sevrage-neonatal/>
- Casavant, S. G., Meegan, T., Fleming, M., Hussain, N., Gork, S., & Cong, X. (2021). Integrated Review of the Assessment of Newborns with Neonatal Abstinence Syndrome. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 50(5), 539-548. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.04.014>
- Chandler, A., Whittaker, A., Cunningham-Burley, S., Elliott, L., Midgley, P., & Cooper, S. (2020). Diagnosing uncertainty, producing neonatal abstinence syndrome. *Sociology of Health & Illness*, 42(S1), 35-50. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13000>
- Conseil International des Infirmière (CII). (2002). *Définitions des soins infirmiers*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/fr/politique-infirmiere/definitions>

- Cree, M., Jairath, P., & May, O. (2019). *A Hospital-Level Intervention to Improve Outcomes of Opioid Exposed Newborns—Record details*.
<https://www.embase.com/records?subaction=viewrecord&rid=14&page=2&id=L628940234>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Chenelière Éducation.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Granville, A., Udrisard, R., & Zobel, F. (2022). *Enquête Européenne en Ligne sur les Drogues : Principaux résultats de l'enquête suisse 2021* (Rapport de recherche N° 139). Addiction Suisse. <https://www.addictionsuisse.ch/publication/enquete-europeenne-en-ligne-sur-les-drogues/>
- Grisham, L. M., Stephen, M. M., Coykendall, M. R., Kane, M. F., Maurer, J. A., & Bader, M. Y. (2019). Eat, Sleep, Console Approach : A Family-Centered Model for the Treatment of Neonatal Abstinence Syndrome. *Advances in Neonatal Care (Lippincott Williams & Wilkins)*, 19(2), 138-144.
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000581>
- Grossman, M. R., Berkwitz, A. K., Osborn, R. R., Xu, Y., Esserman, D. A., Shapiro, E. D., & Bizzarro, M. J. (2017). An Initiative to Improve the Quality of Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatrics*, 139(6), e20163360.
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-3360>
- Grossman, M. R., Lipshaw, M. J., Osborn, R. R., & Berkwitz, A. K. (2018). A Novel Approach to Assessing Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Hospital Pediatrics*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0128>

- Hanko, O., Ngantchou, A., & Ewane, C. (2021). La démarche comparative de Glaser et Strauss (1967) : Un levier de création de savoirs pour le management en Afrique? *Recherches qualitatives*, 40(1), 29. <https://doi.org/10.7202/1076345ar>
- Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Hudak, M. L., Tan, R. C., THE COMMITTEE ON DRUGS, THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, Frattarelli, D. A. C., Galinkin, J. L., Green, T. P., Neville, K. A., Paul, I. M., Van Den Anker, J. N., Papile, L.-A., Baley, J. E., Bhutani, V. K., Carlo, W. A., Cummings, J., Kumar, P., Polin, R. A., Wang, K. S., & Watterberg, K. L. (2012). Neonatal Drug Withdrawal. *American Academy of Pediatrics*, 129(2), e540-e560. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3212>
- Jensen, C. L. (2014). *Improving outcomes for infants with NAS*. Clinical Advisor. <https://www.clinicaladvisor.com/home/cme-ce-features/improving-outcomes-for-infants-with-nas/>
- Joseph, R., Brady, E., Hudson, M. E., & Moran, M. M. (2020). Perinatal Substance Exposure and Long-Term Outcomes in Children : A Literature Review. *Pediatric Nursing*, 46(4), 163-173.
- Labhart, F., Monnier, E., & Maffli, E. (2022). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution—Résultats 2021 (N° 144a)*. Addiction Suisse. <https://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/opioides/opioides-graphiques/>
- Lacaze-Masmonteil, T., & O'Flaherty, P. (2019). *La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse*. Société canadienne de pédiatrie. <https://cps.ca/fr/documents/position/opioides-pendant-la-grossesse>
- Ladewig, P. W., London, M. L., Moberly, S., & Olds, S. B. (2003). *Soins infirmiers en périnatalité* (3e éd). ERPI (eds du renouveau pédagogique).

- Loiselle, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*.
<https://www.semanticscholar.org/paper/M%C3%A9thodes-de-recherche-en-sciences-infirmi%C3%A8res-%3A-et-Loiselle/2f318c78e4adf6c880caf5ce817d5ad17fe024eb>
- Mangat, A. K., Schmölzer, G. M., & Kraft, W. K. (2019). Pharmacological and non-pharmacological treatments for the Neonatal Abstinence Syndrome (NAS). *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(2), 133-141.
<https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.01.009>
- Marieb, E. N., Hoehn, K., & Dubé, S. (2019). *Anatomie et physiologie humaines* (11e éd). Pearson.
- McCarty, D. B., Peat, J. R., O'Donnell, S., Graham, E., & Malcolm, W. F. (2019). « Choose Physical Therapy » for Neonatal Abstinence Syndrome : Clinical Management for Infants Affected by the Opioid Crisis. *Physical Therapy*, 99(6), 771-785. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz039>
- McQueen, K., & Murphy-Oikonen, J. (2016). Neonatal Abstinence Syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 375(25), 2468-2479.
<https://doi.org/10.1056/NEJMr1600879>
- Minitab Statistical Software. (s. d.). *Que sont des échantillons indépendants ?* [Mtbconcept]. Consulté 4 juillet 2023, à l'adresse <https://support.minitab.com/fr-fr/minitab/21/help-and-how-to/statistics/basic-statistics/supporting-topics/tests-of-means/what-are-independent-samples/>
- Nelson, Monica, & Marie. (2013). Neonatal Abstinence Syndrome : The Nurse's Role. *International Journal of Childbirth Education*, 28(1), 38-42.
- Nicholson, S., & Waskosky, A. (2021). *The Eat, Sleep, Console Method : A Literature Review—Record details*.

<https://www.embase.com/records?subaction=viewrecord&rid=2&page=2&id=L639666404>

Oei, J. L., Blythe, S., Dicair, L., Didden, D., Preisz, A., & Lantos, J. (2023). What's in a name? The ethical implications and opportunities in diagnosing an infant with neonatal abstinence syndrome (NAS). *Addiction*, *118*(1), 4-6.

<https://doi.org/10.1111/add.16022>

Parlaman, J., Deodhar, P., Sanders, V., Jerome, J., & McDaniel, C. (2019). Improving Care for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome : A Multicenter, Community Hospital–Based Study. *Hospital Pediatrics*, *9*(8), 608-614.

<https://doi.org/10.1542/hpeds.2019-0083>

Plan d'étude cadre (PEC) soins infirmier. (2022).

https://intranet.hevs.ch/Portals/31/Formations/SO/collaborateurs/22-23/PEC_2022_Soinsinfirmiers_NM_DEF.pdf

Recto, P., McGlothen-Bell, K., McGrath, J., Brownell, E., & Cleveland, L. M. (2020). The Role of Stigma in the Nursing Care of Families Impacted by Neonatal Abstinence Syndrome. *Advances in Neonatal Care (Lippincott Williams & Wilkins)*, *20*(5), 354-363. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000778>

Reif, S., Horgan, C. M., Kreiner, P., & Nikitin, R. (2016). *Behavioral health organizations' current and future approaches to addressing the U.S. opioid crisis.*

<https://abhw.org/wp-content/uploads/2019/05/ABHW-Opiod-Paper.pdf>

Rockefeller, K., Macken, L. C., & Craig, A. (2019). Trying to Do What Is Best : A Qualitative Study of Maternal-Infant Bonding and Neonatal Abstinence Syndrome. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, *19*(5), E3-E15. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000616>

Romisher, R., Hill, D., Xiaomei Cong, & Cong, X. (2018). Neonatal Abstinence Syndrome : Exploring Nurses' Attitudes, Knowledge, and Practice. *Advances in Neonatal Care*

(Lippincott Williams & Wilkins), 18(2), E3-E11.

<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000462>

Shuman, C. J., Weber, A., VanAntwerp, K., & Wilson, R. (2020). Engaging Mothers to Implement Nonpharmacological Care for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome : Perceptions of Perinatal and Pediatric Nurses. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(6), 464-472. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000812>

Siu, A., & Robinson, C. A. (2014). Neonatal Abstinence Syndrome : Essentials for the Practitioner. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics : JPPT*, 19(3), 147-155. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-19.3.147>

Stocco, P. (2007). Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : Traitement et questions éthiques. *Psychotropes*, 13(3-4), 251-265. <https://doi.org/10.3917/psyt.133.0251>

Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing : A Research Note. *Qualitative Research*, 4(1), 107-118. <https://doi.org/10.1177/1468794104041110>

Understanding the Opioid Overdose Epidemic. (2022, octobre 7). Center for Disease Control and Prevention (CDC). <https://www.cdc.gov/opioids/basics/epidemic.html>

Verklan, M. T. (2019). Time for the Finnegan Neonatal Abstinence Syndrome Scoring Tool to Be Retired? *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(3), 276-277. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000427>

Weisstein, E. W. (s. d.). *Fisher's Exact Test* [Text]. Wolfram Research, Inc. Consulté 4 juillet 2023, à l'adresse <https://mathworld.wolfram.com/>

Wiles, J. R., Isemann, B., Mizuno, T., Tabangin, M. E., Ward, L. P., Akinbi, H., & Vinks, A. A. (2015). Pharmacokinetics of Oral Methadone in the Treatment of Neonatal Abstinence Syndrome : A Pilot Study. *The Journal of Pediatrics*, 167(6), 1214-1220.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.08.032>

Wu, D., & Carre, C. (2018). The Impact of Breastfeeding on Health Outcomes for Infants Diagnosed with Neonatal Abstinence Syndrome : A Review. *Cureus*, 10(7), e3061.

<https://doi.org/10.7759/cureus.3061>

Zobel, F., Esseiva, P., Udrisard, R., Locicero, S., & Samitca, S. (2017). *Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud. Partie 1 : Les opioïdes.*

[https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rapport_MARST
UP_1.pdf](https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rapport_MARST_UP_1.pdf)

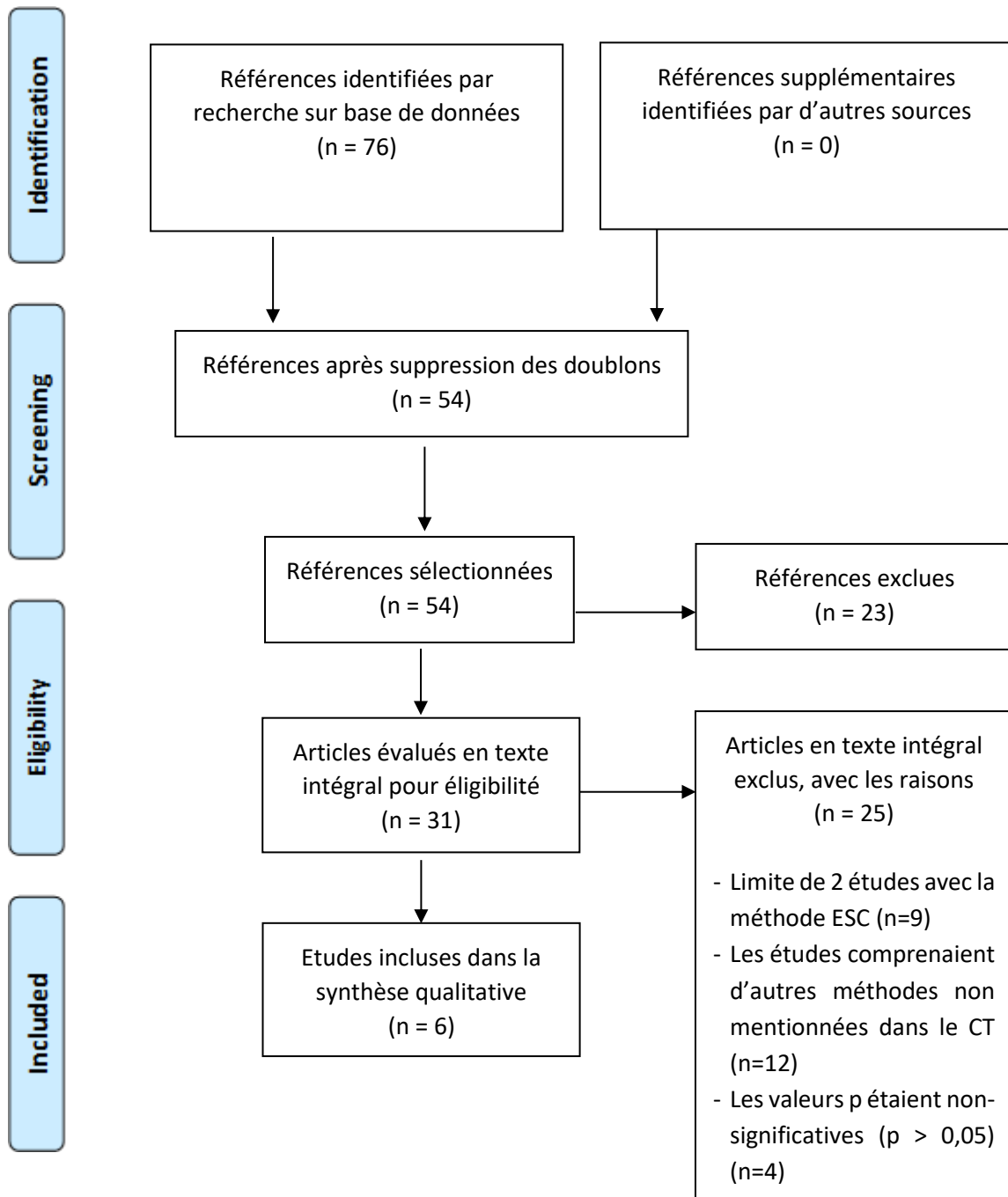
Zobel, F., Esseiva, P., Udrisard, R., Locicero, S., & Samitca, S. (2018). *Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud. Partie 2 Cocaïne et autres stimulants 2018.*

Zobel, F., Esseiva, P., Udrisard, R., & Samitca, S. (2020). *Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud. Partie 3 Les cannabinoïdes.*

[https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rapport-
Marstup-3_Cannabinoïdes_2020.pdf](https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rapport-Marstup-3_Cannabinoïdes_2020.pdf)

8 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Adapté de Gedda, 2015, p. 43)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Grossman, M. R., Berkwitz, A. K., Osborn, R. R., Xu, Y., Esserman, D. A., Shapiro, E. D., & Bizzarro, M. J. (2017). An Initiative to Improve the Quality of Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatrics*, 139(6), e20163360. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3360>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif	287 nourrissons	Réduire la durée de séjour de 50% pour les nourrissons atteints de SSN en concentrant les interventions non pharmacologiques	Syndrome d'abstinence néonatal	Projet d'amélioration de la qualité de mars 2010 à juin 2016	Variables continues : les valeurs P sont rapportées à partir de test t par paires	La durée de séjour a diminué de 22,4 jours dans la période pré-intervention à 5,9 jours dans la période post-intervention (diminution de 74%) (P<0,001)
Niveau de preuve	Echantillonnage Non probabiliste		Unité de soins intensifs néonataux	C'est une recherche d'action	Variables catégorielles : à partir de tests X ² ou de tests exacts de Fisher	La proportion de nourrissons traités à la morphine a diminué de 98% à 14% (P<0,001)
Niveau II	Critère(s) d'inclusion Nourrissons atteints de syndrome de sevrage néonatal (SSN)	Question(s) de recherche Des interventions non pharmacologiques combinées à des évaluations axées sur le bien-être fonctionnel des nourrissons atteints de SSN, comparées au score Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (FNASS) réduisent-elles la durée de séjour	Système de notation de l'abstinence néonatale de Finnegan (FNASS)	Comparaison des prises en charge par le biais du FNASS au cours de la période pré-intervention et par le biais des 8 interventions proposées	Le Statistical Process Contro (SPCI) a été utilisé pour évaluer l'impact des interventions	Le coût moyen d'hospitalisation a diminué de 44'824.00 \$ à 10'289.00 \$ (P<0,001)
Paradigme	Paradigme positiviste	Hypothèse(s) Réduire la durée de séjour de 50% pour les nourrissons atteints de NAS		Les 8 interventions n'ont pas été introduites au même moment	SPC utilise des méthodes statistiques pour analyser la variabilité des causes communes, pour produire des limites de contrôle pour évaluer la capacité du procédé et pour identifier la variation de cause spéciale ou les incidences de variabilité statistiquement significative (p<0,01)	La proportion de nourrissons nourris au lait maternel est passée de 20% à 45% (P=0,01)
	Critère(s) d'exclusion Nourrissons avec des comorbidités importantes	Variables Pas mentionnées		Ethique Le Yale University Human Investigation Committee a déterminé que ce projet était exempté d'examen	Logiciels Les analyses ont été effectuées en utilisant SAS version 9.3	La proportion de nourrissons admis directement à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) a diminué de 100% à 20% (P<0,001)
	Nourrissons avec nécessité d'une intervention chirurgicale ou d'une assistance respiratoire			Aucune intervention ne comportait une comparaison de thérapies et les sujets n'étaient pas randomisés	Les graphiques SPC ont été développés à l'aide de Microsoft Excel	Conclusions L'utilisation de cette méthode a entraîné une diminution bien au-delà de l'objectif d'une réduction de 50%
				Tous les graphiques ont été consultés par des membres de l'équipe de qualité et aucune information personnelle sur la santé n'a été partagée	Limites de l'étude L'étude a évolué sur 5 ans ce qui implique des changements dans l'institution	Il n'y a pas d'estimation du temps qu'un parent a passé avec le nourrisson Il n'y a pas connaissance s'il y eu une réadmission dans un autre hôpital

Grossman, M. R., Lipshaw, M. J., Osborn, R. R., & Berkwitz, A. K. (2018). A Novel Approach to Assessing Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Hospital Pediatrics*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0128>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif	50 nourrissons exposés aux opioïdes admis de mars 2014 à août 2015 dans l'unité d'hospitalisation du Yale New Haven Children's Hospital	Décrire une nouvelle approche et la comparer à l'utilisation du FNASS	Syndrome de sevrage néonatal Eat Sleep Consol Système de notation de l'abstinence néonatale de Finnegan (FNASS)	Utilisation des dossiers médicaux pour confirmer les critères d'inclusion Comparaison rétrospective Utilisation de la méthode ESC pour tous les patients admis dans l'unité En parallèle, le score de Finnegan a été effectué mais sans l'utiliser pour guider la prise en charge	Les variables catégorielles ont été analysées avec le test X^2 ou Fisher Les variables continues ont été analysées avec le test t	La méthode ESC a entraîné l'utilisation de morphine pour 6 nourrissons par rapport à 31 nourrissons en utilisant le FNASS ($P < 0.001$) La morphine a été initiée ou augmentée pendant 8 jours/patients avec la méthode ESC comparée à 76 jours/patients avec le FNASS ($P < 0.001$) Il y a eu 2 patients chez qui la dose de morphine a été maintenue stable avec la méthode ESC alors que la méthode FNASS recommandait une diminution de la dose
Niveau de preuve Niveau II	Echantillonnage Non probabiliste	Question(s) de recherche -		Ethique Autorisée par le comité d'investigation humaine de l'université Yale	Logiciels Microsoft Excel version 14.4.5 pour les analyses statistiques	Conclusions Les nourrissons pris en charge avec la méthode ESC ont été traités avec de la morphine moins souvent qu'avec la méthode FNASS. L'approche ESC a aussi permis de diminuer la durée d'hospitalisation.
Paradigme Positivist	Critère(s) d'inclusion Nourrissons nés à ≥ 35 semaines de gestation avec exposition prénatale aux opioïdes Nourrissons admis de mars 2014 à août 2015 Critère(s) d'exclusion Le nourrisson présente d'autres conditions médicales nécessitant la prise en charge en unité de soins intensifs néonataux Nourrisson avec exposition prénatale aux opioïdes < 30 jours	Hypothèse(s) La méthode Eat, Sleep, Console (ESC) pourrait orienter plus de morphinothérapie que la méthode FNASS La méthode ESC pourrait orienter moins de morphinothérapie que la méthode FNASS Variables -				Limites de l'étude Les patients n'ont pas été répartis entre un groupe FNASS et un groupe ESC ce qui empêche l'évaluation exacte de la durée de séjour pour chacune des méthodes L'ESC n'utilise pas d'outils de notation, il peut y avoir une variabilité dans l'évaluation entre les utilisateurs

Cree, M., Jairath, P., & May, O. (2019). A Hospital-Level Intervention to Improve Outcomes of Opioid Exposed Newborns—Record details.

<https://www.embase.com/records?subaction=viewrecord&rid=14&page=2&id=L628940234>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif	48 nourrissons pour la période pré mise en œuvre 40 nourrissons pour la période post mise en œuvre	Déterminer si des stratégies non pharmacologiques (cohabitation) pour les soins du SSN réduiraient la durée du séjour et le traitement pharmacologique	Durée de séjour Syndrome de sevrage néonatal Rooming-in	Examen rétrospectif des dossiers pour la période pré mise en œuvre de janvier 2016 à juin 2017 et celle de post mise en œuvre de juillet 2017 à août 2018	Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs à 0,05 Test T pour échantillon indépendant Test de Mann-Whitney Test exact de Fisher Test de khi-deux de Pearson	<u>Admission à l'USIN</u> : 100% à 7,5% (p<0,001) <u>Durée de séjour à l'USIN</u> : 8,2 jours à 0,2 jours (p<0,001) <u>Durée totale de séjour</u> : 14 jours à 10,1 jours (p=0,032) <u>Traitement pharmacologique</u> : 25 nouveau-nés à 17 (p=0,399) <u>Durée de traitement pharmacologique</u> : 15,68 jours à 9,71 (p=0,023)
Niveau de preuve II	Echantillonnage Non probabiliste	Apprendre comment la cohabitation peut aider à réduire le traitement pharmacologique du SSN		Ethique Le comité d'examen institutionnel de l'Université de l'Alabama et celui du Wellspan Health York Hospital ont approuvé ce projet		<u>Traitement pharmacologique</u> : 25 nouveau-nés à 17 (p=0,399) <u>Durée de traitement pharmacologique</u> : 15,68 jours à 9,71 (p=0,023)
Paradigme Positiviste	Critère(s) d'inclusion Nouveau-nés de ≥35 semaines Exposition in utero à la méthadone ou à la buprénorphine au moins un mois avant l'accouchement Critère(s) d'exclusion Les nouveau-nés exposés à des opioïdes à courte durée d'action et/ou dont les mères ne recevaient pas de buprénorphine ou de méthadone Comorbidités nécessitant une admission à l'USIN Nourrissons nés dans un hôpital extérieur et transférés	Montrer que le SSN peut être pris en charge dans un service de pédiatrie hospitalisé par rapport à l'USIN Question(s) de recherche - Hypothèse(s) - Variables -			Logiciels Version 24 des statistiques IBM (International Business Machines) SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)	Conclusions Les nourrissons à risque de SSN sans comorbidité peuvent être surveillés dans la pouponnière ou l'unité pédiatrique Limites de l'étude Étude monocentrique Échantillon trop petit Usage maternel de tabac et drogue illicite n'ont pas été inclus Interprétation du score SSN Pédiatrie loin de la maternité = moins de temps avec la mère

Adrian, A., Newman, S., Mueller, M., & Phillips, S. (2020). A Mixed-Methods Study to Investigate Barriers and Enablers to Nurses' Implementation of Nonpharmacological Interventions for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(6). <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000794>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Mixte	15 infirmières ont participé aux entretiens 56 infirmières ont répondu au DIBQ-NAS (Determinants of Implementation Behavior Questionnaire)	Examiner les obstacles et facilitateurs à la mise en œuvre d'interventions non pharmacologiques pour les nourrissons atteints de SSN	Durée de séjour Syndrome d'abstinence néonatale Sevrage néonatal Interventions non pharmacologiques	Les données qualitatives recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés Les données quantitatives recueillies à l'aide d'un questionnaire sur les déterminants du comportement de mise en œuvre adapté pour le SSN (DIBQ-NAS) → valeur de fiabilité de cohérence interne : 0,68 à 0,93	Les résultats des entretiens et des DIBQ-NAS ont été fusionnés dans le cadre d'un examen conjoint pour comparer et mettre en contraste les thèmes selon les domaines TDF (Theoretical Domains Framework) L'analyse de fréquence a été faite en comptant le nombre de participants qui ont contribué à chaque thème afin d'établir les obstacles et facilitateurs prioritaires	6 domaines TDF prioritaires : Connaissances, compétences, croyances sur les capacités : 15/15 = importance formation, 12/15 = expérience, 10/15 = soins non pharmacologiques → DIBQ : 57,1% = manque de formation, 78,6% estiment qu'il est facile d'évaluer le nouveau-né Rôle et identité sociale/professionnelle : 15/15 = environnement accueillant, 9/15 = inquiétude et obstacles face au manque de participation des parents, 8/15 = stigmatisation, 9/15 = perception stigmatisation par les parents et obstacles Organisation : 15/15 = temps, 6/15 = manque de soutien, 15/15 = manque de personnel Émotion : 15/15 = stress
Niveau de preuve IV	Echantillonnage Non probabiliste	Question(s) de recherche -	Interventions infirmières Cadre des domaines théoriques	Ethique Approbation du comité d'examen institutionnel et du comité de recherche de la National Association of Neonatal Nurses	Logiciels Les données du DIBQ-NAS et les enquêtes démographiques ont été stockées dans REDcap et exportées vers SPSSv25 (Statistical Package for the Social Sciences version 25) pour l'analyse	Conclusions La formation et l'expérience favorisent la prise en charge du SSN, alors que la stigmatisation constitue un obstacle. Les infirmières doivent créer un environnement favorable à l'intégration des parents aux soins
Paradigme Interprétatif	Critère(s) d'inclusion Être agréé en tant qu'infirmière autorisée dans leur état Au moins 6 mois d'expérience dans le SSN Critère(s) d'exclusion Expérience du SSN concernant des nourrissons se sevrant des opioïdes car le nourrisson est souvent sous ventilation mécanique	Hypothèse(s) - Variables -				Limites de l'étude Échantillon trop petit Échantillonnage de volontaire DIBQ-NAS devrait être plus élargi

Shuman, C. J., Weber, A., VanAntwerp, K., & Wilson, R. (2020). Engaging Mothers to Implement Nonpharmacological Care for Infants With Neonatal Abstinence Syndrome : Perceptions of Perinatal and Pediatric Nurses. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(6), 464-472. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000812>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	9 infirmières d'un centre de naissance familial	Décrire les perceptions des infirmières concernant l'implication des mères dans les soins des nourrissons atteint de SSN	Syndrome de sevrage néonatal	Un modèle descriptif qualitatif pour obtenir les perceptions des infirmières	Entretiens téléphoniques transcrits mot à mot	5 grands thèmes ressortent :
Niveau de preuve IV	6 d'une unité de soins intensifs néonataux 6 d'une unité pédiatrique → = 21 infirmières	Décrire les facilitateurs et les obstacles à la promotion de l'implication maternelle dans les soins de leurs nourrissons	Stigmatisation	Entretiens téléphoniques	Méthodes d'analyse comparatives constante de Glaser et Strauss	1. <u>Vulnérabilité et préjugés</u> : préjugés des infirmières = vulnérabilité des mères, mères dépassées, manque de connaissances des infirmières perçues par les mères 2. <u>Soins mère-enfant - tâche vs modèle de soins</u> : infirmières qui considèrent les soins à la mère et à l'enfant comme des tâches considèrent l'éducation à la mère comme une tâche plutôt qu'une occasion d'améliorer les soins de la mère à l'enfant 3. <u>Facteurs maternels affectant l'engagement</u> : socio-économique, autres enfants, leur traitement contre la toxicomanie, éducation, soutien, culpabilité, pas d'implication, stigmatisation anticipée 4. <u>Facteurs infirmiers affectant l'engagement</u> : manque d'empathie, stigmatisation, manque de formation 5. <u>Recommandations et exemple pour surmonter les obstacles</u> : éducation prénatale pour les mères, formation des infirmières
Paradigme Interprétatif	Non probabiliste	Question(s) de recherche - Hypothèse(s) - Variables -		Données recueillies à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré élaboré pour cette étude	Codage initial individuel, puis comparé en équipe	Conclusions Il y a un besoin de formation des infirmières sur la toxicomanie, la stigmatisation et le système de notation du nourrisson pour améliorer l'implication de la mère dans les soins aux nourrissons. De nombreux facteurs empêchent la mère d'être présente pour son bébé.
	Critère(s) d'inclusion ≥ 18 ans Avoir une licence d'infirmière autorisée Travailler ≥ 12H/semaine Faire partie du personnel d'une unité d'étude S'être occupée d'au moins un nourrisson atteint de SSN au cours des 3 dernières années Parler anglais			Ethique Approbation éthique obtenue auprès du comité d'examen institutionnel de l'investigateur principal	Logiciels -	Limites de l'étude Infirmières proviennent du même hôpital donc résultats peuvent ne pas être généralisables Échantillon de commodité donc possible que les infirmières qui se sont portées volontaires soient passionnées et donc que leur pdv ne soit pas représentatif de la population générale
	Critère(s) d'exclusion -					

Tobin, K. B. (2018). Changing Neonatal Nurses' Perceptions of Caring for Infants Experiencing Neonatal Abstinence Syndrome and Their Mothers: An Evidenced-Based Practice Opportunity. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 18(2), 128-135. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000476>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif	175 infirmières de l'USIN	Augmenter les connaissances des infirmières de l'USIN sur le SSN et améliorer leurs interactions avec les mères atteintes de dépendances	Syndrome d'abstinence néonatale	Recherche documentaire afin de recueillir des informations sur le besoin de formation concernant le SSN	Utilisation du test t apparié de Wilcoxon pour comparer les scores post-tests avec les scores pré-tests	Le score moyen pré-test était de 87,3% contre un score moyen post-test de 96,1% (cette augmentation est un changement statistiquement significatif ($p < 0,001$))
Niveau de preuve	Echantillonnage Probabiliste	Identifier au moins 2 forces et 2 faiblesses personnelles lors de la prise en charge d'un nourrisson atteint de SSN	Unité de soins intensifs néonataux (USIN)	Présentation de 2H basée sur la prise en charge des nourrissons atteints de SSN et leur famille		Le score moyen pour le questionnaire post-éducatif était de 2,9/3 (=96%) réponses correctes
Niveau IV	Critère(s) d'inclusion Les 3 questionnaires devaient être remplis pour être inclus à l'étude		Infirmière en USIN	Un pré-test/post-test anonyme pour évaluer les connaissances sur le SSN ainsi qu'un questionnaire post-éducation pour évaluer les compétences pour interagir avec une mère dépendante et une évaluation de la présentation avec une échelle de Likert	Logiciels Les pré-tests/post-tests et les questionnaires post-éducatifs ont été notés avec la saisie des données dans une feuille de calcul Excel pour la transformation des données	L'évaluation de la présentation à l'aide de l'échelle de Likert a obtenu 4,8/5 (=96%) d'efficacité
Paradigme	Critère(s) d'exclusion -	Question(s) de recherche -	Formation en soins infirmiers			Conclusions Il existe un besoin éducatif pour les infirmières afin d'améliorer leurs connaissances et compétences pour la prise en charge d'un nourrisson atteint de SSN et de sa mère
Positiviste		Hypothèse(s) Grâce à des évaluations et l'élargissement de la présentation éducative à l'équipe multidisciplinaire, nous pouvons améliorer la prise en charge des nourrissons atteints de SSN et de leur mère	Abus de substance	Ethique Ce projet a été approuvé par le Human Subjects in Research Committee		Limites de l'étude Le besoin d'évaluer la validité et la fiabilité des outils d'évaluation développés pour cette présentation Il n'y a pas de suivi à long terme concernant la mise en place des connaissances acquises
		Variables -				

Annexe III : Glossaires méthodologique

Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus principalement de l'ouvrage de Fortin & Gagnon (2016). Les autres références utilisées sont citées après la définition du mot.

Cohérence interne : Degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure (p. 498)

Échantillon : Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p. 499)

Échantillons indépendants : Échantillons sélectionnés aléatoirement de sorte que leurs observations ne dépendent pas des valeurs d'autres observations (Minitab Statistical Software, s. d.).

Échantillonnage : Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p. 499).

Échantillonnage non probabiliste : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p. 499).

Échelle de Likert : Échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (p.500).

Entretien semi-structuré (ou semi-dirigée) : Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant (p. 500).

Méthode comparative constante de Glaser et Strauss : Sert à générer de la théorie à partir des données. La tâche de l'analyste ne consiste pas à mieux connaître la situation concrète des gens qui y sont engagés. L'analyse comparative peut être utilisée pour comparer des unités sociales de toutes les tailles (Hanko et al., 2021, p. 35).

Paradigme : Conception du monde, système de représentation de valeurs et de norme qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (p.502).

Post-test : Collecte des données après une intervention (Loiselle, 2007, p. 185).

Pré-test : Collecte de données effectuée avant l'intervention (Loiselle, 2007, p. 185).

Saturation des données : Moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude (p. 504).

Test exact de Fisher : Test statistique utilisé pour déterminer s'il existe des associations non aléatoires entre deux variables catégorielles (Weisstein, s. d.).

Test de Mann-Whitney : Test non-paramétrique utilisé pour déterminer s'il existe une relation entre deux groupes quand une variable est dichotomique et que l'autre variable est à l'échelle ordinale (p.429).

Test khi-deux : Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives (p. 504).

Test t : Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (p. 504).

Test t apparié de Wilcoxon : Test non-paramétrique servant à déterminer s'il existe une relation entre deux mesures corrélées de la même variable dans laquelle l'échelle de mesure est au moins à l'échelle ordinale (p. 430).

Triangulation : Stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène (p. 505).

Valeur p : Le seuil de signification est une valeur numérique qui renvoie au niveau alpha (α) ou à la valeur de p. Ces valeurs se définissent par la probabilité de rejeter l'hypothèse nulle quand celle-ci est vraie. Dans la plupart des recherches, le seuil de signification est établi à 0,05 (p. 435).

Variable catégorielle (ou qualitative) : Variable dont les modalités sont des catégories sans ordre de grandeur, comme « masculin » et « féminin » pour la variable sexe (p. 505).

Variable continue : Variable dont les modalités ont des valeurs numériques pouvant prendre n'importe quelle valeur sur un continuum (p. 386).

Annexe IV : Traitement de substitution en Suisse

Tableau 6 : Nombre de personnes en traitement de substitution, par sexe et canton (2021)

Tableau 2 : Nombre de personnes en traitement de substitution, par sexe et canton (2021)

Canton	Hommes	Femmes	Sexe non connu	Total
Total *	11'543	4294	159	15'996
AG	506	213	0	719
AI	2	0	0	2
AR	95	33	0	128
BE	1'865	714	0	2'579
BL	297	106	0	403
BS	655	279	0	934
FR	428	105	0	533
GE	902	302	0	1'204
GL	45	12	0	57
GR	218	64	0	282
JU	91	41	0	132
LU	568	205	0	773
NE	443	177	0	620
NW	24	8	0	32
OW	30	10	0	40
SG	618	189	0	807
SH	72	24	0	96
SO	454	175	0	629
SZ	52	26	0	78
TG	288	99	0	387
TI	685	221	0	906
UR	8	2	0	10
VD	1'135	476	0	1'611
VS	304	71	0	375
ZG	51	21	2	74
ZH	1'890	785	157	2'832
Doublons intercantonaux	-183	-64	0	-247

Note : * Total sans doublons intercantonaux.

(Tiré de Labart et al., 2022)

Annexe V : Score de Finnegan

Figure 2 : Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (FNASS)

NEONATAL ABSTINENCE SCORING SYSTEM

Modified Finnegan Neonatal Abstinence Score Sheet ¹¹												
System	Signs and Symptoms	Score	AM				PM				Comments	
Central Nervous System Disturbances	Excessive high-pitched (or other) cry <5 mins	2										
	Continuous high-pitched (or other) cry >5 mins	3										
	Sleeps <1 hour after feeding	3										
	Sleeps <2 hours after feeding	2										
	Sleeps <3 hours after feeding	1										
	Hyperactive Moro reflex	2										
	Markedly hyperactive Moro reflex	3										
	Mild tremors when disturbed	1										
	Moderate-severe tremors when disturbed	2										
	Mild tremors when undisturbed	3										
	Moderate-severe tremors when undisturbed	4										
	Increased muscle tone	1										
	Excoriation (chin, knees, elbow, toes, nose)	1										
	Myoclonic jerks (twitching/jerking of limbs)	3										
Generalized convulsions	5											
Metabolic/Vasomotor/ Respiratory Disturbances	Sweating	1										
	Hyperthermia 98.96-100.94° F	1										
	Hyperthermia >101.12° F	2										
	Frequent yawning (>3-4 times/scoring interval)	1										
	Mottling	1										
	Nasal stuffiness	1										
	Sneezing (>3-4 times/scoring interval)	1										
	Nasal flaring	2										
	Respiratory rate >60/min	1										
	Respiratory rate >60/min with retractions	2										
Gastrointestinal Disturbances	Excessive sucking	1										
	Poor feeding (infrequent/uncoordinated suck)	2										
	Regurgitation (≥2 times during/post feeding)	2										
	Projectile vomiting	3										
	Loose stools (curds/seedy appearance)	2										
	Watery stools (water ring on diaper around stool)	3										
	Total Score											
	Date/Time											
Initials of Scorer												

Adapted from Finnegan LP. In: Nelson N, editor. Current therapy in neonatal-perinatal medicine. 2ed. Ontario: BC Decker;1990.

(Jensen, 2014)

Annexe VI : Substances consommées par la mère

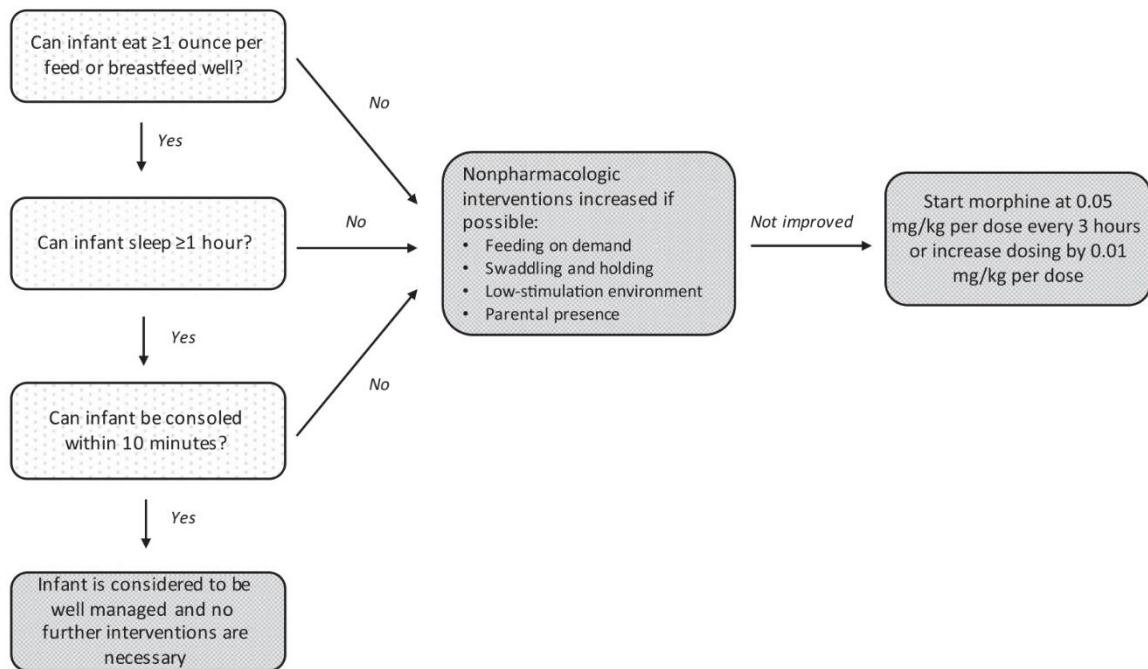
Tableau 7 : Caractéristiques des substances consommées par les mères sur les nourrissons

SUBSTANCES	SYMPTÔMES	DÉLAI D'APPARITION	DURÉE DES SYMPTÔMES
Opioides	<p>Neuro : Tremblements, irritabilité, cris aigus, hyperréactivité, hypertonicité, exagération du réflexe de Moro, hyperréflexie, convulsions, augmentation du bâillement et des éternuements</p> <p>Gastro : Alimentation insuffisante, vomissements, diarrhée, déshydratation, gain pondéral insuffisant</p> <p>Système autonome : Fièvre, Instabilité de la température, transpiration, congestion nasale, marbrures</p>	<p>Héroïne : 24 heures</p> <p>Méthadone : 48 h à 4 j</p> <p>Buprénorphine : 12-48 heures</p>	-
Alcool	Hyperactivité, Pleurs incessants, émoussement du réflexe de succion, tremblements, convulsions, troubles du sommeil, hyperphagie, diaphorèse	3-12 heures	18 mois
Barbituriques	Irritabilité, tremblements intenses, hyperacousie, pleurs excessifs, instabilité vasomotrice, diarrhée, agitation, augmentation du tonus, hyperphagie, vomissement, troubles du sommeil	1-14 jours	4-6 mois
Cocaïne	Irritabilité, hyperactivité, tremblements, exagération du réflexe de succion, cris aigus	48-72 heures	jusqu'à 7 jours
Nicotine	Excitabilité, hypertonie, Cris aigus, diarrhée	24-48 heures	jusqu'à 5 jours (10-27 jours selon certaines sources)
SSRIs	Pleurs, irritabilité, tremblements, faible succion, difficultés alimentaires, hypertonie, tachypnée, trouble du sommeil, hypoglycémie, convulsions	quelques heures à quelques jours	1 à 4 semaines

(Tiré de Siu & Robinson, 2014, modifié par Beriel & Thomas, 2018)

Annexe VII : Méthode Eat, Sleep, Console

Figure 3 : Schéma à suivre selon la méthode ESC



(Tiré de Grossman et al., 2018)

Annexe VIII : Traitements médicamenteux

Tableau 8 : Traitement pour le nourrisson atteint de SSN

Médicament	Mécanisme d'action	Dose	Commentaires
Morphine	Agoniste naturel des récepteurs mu	Si le score est ≥ 8 lors de 3 évaluations consécutives (ou ≥ 12 lors de 2 évaluations consécutives), commencer par 0,32 mg/kg/jour par voie orale, divisée toutes les 4 à 6 heures. Si le score demeure ≥ 8 lors de 3 évaluations consécutives (ou ≥ 12 lors de 2 évaluations consécutives), augmenter de 0,16 mg/kg/jour toutes les 4 à 6 heures, jusqu'à concurrence de 1,0 mg/kg/jour. La plupart des protocoles de dégression réduisent la dose de 10 % par rapport à la dose quotidienne totale toutes les 48 à 72 heures, en fonction des scores de syndrome d'abstinence néonatale. http://pcmh.on.ca/ClinicalPracticeGuidelines/NeonatalAbstinenceSyndrome.aspx	Généralement utilisée en première ligne au Canada. Ne contient pas d'alcool. Courte demi-vie (9 h). Lorsque les scores de syndrome d'abstinence néonatale sont stables (< 8) pendant 48 à 72 heures, envisager le sevrage.
Méthadone	Agoniste synthétique entier des récepteurs mu; antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate	0,05 à 0,1 mg/kg/dose par voie orale toutes les 6 à 12 heures. Augmenter de 0,05 mg/kg toutes les 48 heures. Dose maximale de 1 mg/kg/jour.	Longue demi-vie (26 heures). Utilisée dans de nombreux pays en première ligne (au lieu de la morphine) lorsque la mère prend de la méthadone. Offerte au Canada, mais exige une autorisation de délivrance ou de prescription particulière. Contient 8 % d'alcool.
Phénobarbital	Agoniste des récepteurs de l'acide gamma amino-butyrrique	Peut être utilisé en plus de la morphine, surtout en présence d'une polytoxicomanie. Dose de charge : 10 mg/kg par voie orale toutes les 12 heures, pour un total de 3 doses. Dose d'entretien : 5 mg/kg/jour par voie orale. Sevrer de 10 % à 20 % tous les jours ou tous les deux jours une fois les symptômes contrôlés.	Longue demi-vie (45 à 100 heures). Exige un monitoring des taux sanguins. Peut aggraver les symptômes gastro-intestinaux. Effet sédatif. Contient 15 % d'alcool.
Clonidine	Agoniste des récepteurs alpha-2 adrénergiques	Autre possibilité thérapeutique en combinaison avec la morphine. Particulièrement efficace en présence de symptômes autonomes de syndrome d'abstinence néonatale. Commencer par 0,5 mcg/kg par voie orale, divisée toutes les 4 à 6 heures. Sevrer de 25 % de la dose quotidienne totale tous les deux jours (toutes les 4 à 6 heures pendant 48 heures, puis toutes les 8 heures pendant 48 heures, puis toutes les 12 heures pendant 48 heures, puis au coucher, puis arrêt de la médication).	Possibilité d'utiliser une préparation sans alcool. Longue demi-vie (44 à 72 heures). L'arrêt abrupt peut provoquer une augmentation rapide de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Un sevrage graduel est donc recommandé.
Buprénorphine	Agoniste semi-synthétique partiel des récepteurs mu, antagoniste des récepteurs kappa	4 à 5 mcg/kg/dose par voie sublinguale toutes les 8 heures. Dose maximale de 60 mcg/kg/jour.	Demi-vie (24 à 60 heures). Administration sublinguale d'une dilution de solution de buprénorphine dans l'éthanol et le sucrose. Contient 30 % d'alcool.

(Tiré de Lacaze-Masmonteil & O'Flaherty, 201