

VIVE LA COHABITATION

Présentation d'un programme de soins du Centre des naissances du CHUM pour permettre aux nouveau-nés qui présentent un sevrage néonatal de cohabiter avec leurs parents.

PAR Éloïse Perreault, inf., M.Sc.,
Karine-Alexandra Lavandier, T.S.,
M.Sc., et Marielle Venne, T.S.

ILLUSTRATION Geneviève Côté

Jusqu'à tout récemment, au Québec, les nouveau-nés qui présentaient un sevrage néonatal ne pouvaient profiter des bienfaits de la cohabitation avec leurs parents. Ils étaient transférés à l'unité néonatale dès la naissance et donc séparés de leurs parents, quoique ceux-ci pouvaient se rendre à leur chevet en tout temps et participer à leurs soins. Le Centre des naissances du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), un centre reconnu pour son expertise en périnatalité-toxicomanie, a mis en place un programme de soins pour permettre à ces familles de cohabiter ensemble.

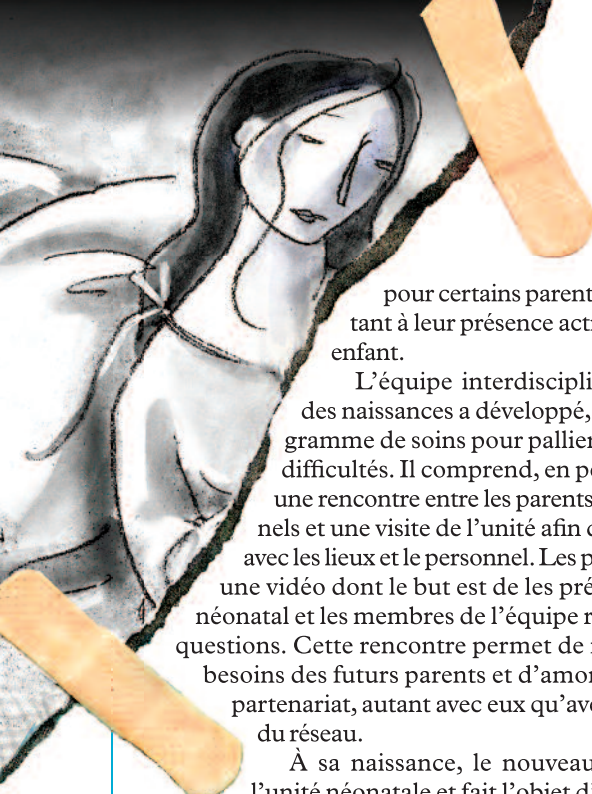
L'exposition *in utero* aux opiacés, et à la méthadone en particulier, n'est pas sans répercussion : de 55 % à 94 % des nouveau-nés exposés peuvent présenter des symptômes de sevrage, appelés syndrome de retrait néonatal (AAP, 1998). Ce syndrome est causé par l'arrêt subit, lors de la naissance, de l'exposition à la substance psychoactive. Les premiers symptômes peuvent apparaître de 24 à 48 heures après la naissance, et jusqu'à une ou deux semaines de vie (Finnegan et MacNew, 1974 ; Kandall, 1999). Selon Finnegan et MacNew, la durée du sevrage varie de six jours à huit semaines. Et certains symptômes persistent parfois jusqu'à quatre mois. Leur intensité et leur durée dépendent, entre autres, du poids et du métabolisme du bébé, de la dose d'opiacés prise par la mère et de l'âge gestationnel à la naissance.

De très nombreux symptômes peuvent se manifester sur le système nerveux central du nouveau-né (irritabilité, cris aigus, sommeil perturbé, etc.), son système nerveux autonome (diaphorèse, bâillements, hypothermie, etc.), son système gastro-intestinal (suction excessive, régurgitations, vomissements en jet, etc.) et son système respiratoire (congestion ou écoulement nasal, éternuements, etc.) (D'Apolito et McRorie, 1996 ; Finnegan et Macnew, 1974 ; Kandall, 1999). Finnegan



et ses collaborateurs (1975) ont élaboré une grille (*Neonatal Abstinence Scoring System* [NAS]) pour mesurer la souffrance du nouveau-né. Des interventions non pharmacologiques, comme la réduction des stimuli et le contact peau à peau, sont utilisées pour soulager les nouveau-nés, auxquelles s'ajoutent parfois le sirop de morphine (Beauman, 2005 ; Perreault et Chapdelaine, 2001).

Le sevrage du nouveau-né est une expérience difficile pour les parents. Ils se sentent coupables de l'état de leur enfant. Ce sentiment est exacerbé lorsque du sirop de morphine doit lui être administré (Guyon *et al.*, 2002). Souvent, le développement du lien d'attachement est compromis, puisque certains parents réduisent leur présence auprès de leur enfant. Ils éprouvent de la méfiance envers le personnel hospitalier, ils redoutent les préjugés, ils craignent d'être perçus comme de mauvais parents et que leur enfant leur soit retiré à la suite d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Ces craintes constituent,



pour certains parents, un frein important à leur présence active auprès de leur enfant.

L'équipe interdisciplinaire du Centre des naissances a développé, en 2000, un programme de soins pour pallier ces nombreuses difficultés. Il comprend, en période prénatale, une rencontre entre les parents et les professionnels et une visite de l'unité afin de les familiariser avec les lieux et le personnel. Les parents visionnent une vidéo dont le but est de les préparer au sevrage néonatal et les membres de l'équipe répondent à leurs questions. Cette rencontre permet de mieux définir les besoins des futurs parents et d'amorcer un travail de partenariat, autant avec eux qu'avec les organismes du réseau.

À sa naissance, le nouveau-né est admis à l'unité néonatale et fait l'objet d'une surveillance par monitoring. Ses symptômes sont évalués systématiquement tous les deux ou quatre heures, selon son état. L'équipe s'intéresse aussi aux besoins des parents et à la formation du lien d'attachement. Le programme vise le développement du sentiment de compétence parentale et la transition d'une identité de toxicomane à une identité de parent. Une chambre d'accueil est mise à la disposition des parents afin d'encourager l'allaitement et la participation active des deux parents. Les infirmières les guident dans l'interprétation du comportement de leur enfant et dans l'observation des manifestations du sevrage. Elles soutiennent l'acquisition de leurs habiletés parentales, comme reconnaître les pleurs ou savoir le consoler, encouragent leurs initiatives et soulignent leurs succès. Le travail en réseau amorcé en période prénatale se poursuit par des rencontres avec les organismes du réseau en vue de planifier le congé.

L'expérience débutée en 2000 au CHUM a révélé qu'en raison du transfert immédiat du nouveau-né à l'unité néonatale, les parents se sentaient dépossédés de leur enfant et ressentaient une forme de stigmatisation. Ils déploraient aussi le manque d'intimité avec leur enfant et se sentaient constamment observés par les infirmières. Ces dernières constataient que l'allaitement maternel n'était pas optimal, les bébés recevant beaucoup de compléments de préparations commerciales de lait en raison des absences de la mère.

À l'hiver 2005, l'équipe interdisciplinaire a entrepris de remédier aux lacunes observées. Comment? En modifiant la prise en charge de ces familles en période périnatale. Les professionnels se sont alors inspirés de deux modèles. Le premier est l'unité de soins en berceau du CHU de Montpellier, en France, (Molénat, 2000, 2002, 2004; Montoya, 2003) qui accueille, depuis plus de dix ans, des nouveau-nés prématurés de plus de 34 semaines, ou qui présentent un retard de croissance ou un sevrage aux opiacés (Montoya, 2003). L'unité a pour but de ne pas séparer l'enfant de sa mère afin de favoriser la création du lien d'attachement (Molénat, 2000). La durée moyenne du séjour est de dix à douze jours, au cours desquels l'allaitement est encouragé.

Les symptômes de sevrage de l'enfant sont évalués une à deux fois par quart de travail, avec la participation de la mère qui devient ainsi une partenaire de soins (Molénat, 2000). La cohabitation permet à la mère de porter son bébé selon la méthode kangourou afin d'apaiser ses symptômes de sevrage. Et un médicament est administré au besoin pour soulager le bébé.

L'autre modèle est l'unité de soins combinés du BC Women's Hospital and Health Centre de Vancouver. Il s'agit de la première expérience au Canada qui combine les soins aux mères consommatrices et à leur nouveau-né (Abrahams *et al.*, 2004). Les mères cohabitent aussi avec leur enfant dès la naissance. Elles sont encouragées à le prendre et à le bercer afin de minimiser les symptômes du sevrage. L'évaluation du sevrage porte davantage sur le gain de poids et la présence de diarrhée que sur les autres symptômes (Abrahams *et al.*, 2004). Le sirop de morphine est donné au besoin et le nouveau-né demeure toujours dans la chambre avec sa mère. Dans une étude rétrospective, Abrahams *et al.* (2004) observent que les nouveau-nés exposés *in utero* à la méthadone qui ont cohabité avec leur mère requièrent moins de sirop de morphine (25 % contre 64,5 %), sont plus allaités (65,6 % contre 8 %) et moins dirigés vers les services sociaux (30 % contre 68,4 %).

Au CHUM, la dyade mère-enfant est admise à l'unité de post-partum et le père peut partager la même chambre. Durant le séjour, en plus de donner les soins habituels à la mère et au nouveau-né, l'infirmière consigne au dossier les signes de sevrage observés par elle-même ou par les parents après les avoir aidés à les reconnaître, sans toutefois utiliser la grille de Finnegan. Elle leur enseigne à donner les soins au nouveau-né et les encourage à l'allaitement et au contact peau à peau pour soulager les premiers symptômes de sevrage. Même si normalement la mère obtient son congé après 48 heures, les parents sont invités à occuper une chambre d'accueil au Centre des naissances pour le reste du séjour du nouveau-né, soit de sept à dix jours. La cohabitation, l'observation des symptômes de sevrage, l'enseignement et le soutien aux parents se poursuivent ainsi durant une plus longue période. Si les symptômes de sevrage du nouveau-né s'accroissent, on a recours à la grille de Finnegan pour faire des évaluations plus systématiques et on administre du sirop de morphine.

Un an après l'instauration du nouveau programme, les professionnels ont constaté de réels bénéfices. Par exemple, la durée de séjour est passée de 28,2 jours en 2004-2005 à 9,6 jours en 2005-2006, soit une diminution de 65 %. Un tel résultat constitue un argument humain et administratif en faveur de la cohabitation. Un seul nouveau-né a eu besoin du sirop de morphine contre sept

Suite à la page 24>>>



suite de la page 22

■■■ PÉRINATAL

l'année précédente. Il n'y a pas eu de variation significative quant aux signalements faits à la DPJ, puisqu'une diminution importante s'était produite à la suite de l'instauration du programme en 2000.

Toutes les mères, soit huit, ont allaité, comparativement à six sur neuf l'année précédente. L'allaitement a été perçu comme un acte valorisant qui diminuait leur sentiment de culpabilité, puisqu'elles disaient avoir le sentiment de contribuer ainsi au mieux-être de leur enfant. Parmi les huit mères, deux ont allaité exclusivement alors qu'aucune ne l'avait fait en 2004-2005. Et lorsque des compléments étaient requis, les mères ont eu tendance à utiliser davantage le lait maternel que les préparations commerciales. L'allaitement et l'utilisation des compléments de lait maternel permettent de diminuer l'intensité des symptômes de sevrage. En effet, la méthadone prise par la mère, présente dans le lait maternel en quantité minime, est suffisante pour atténuer l'intensité des symptômes de sevrage du nouveau-né (Abdel-Latif *et al.*, 2006). De plus, la quantité de méthadone prise par la mère étant relativement stable, le nouveau-né se sevrage graduellement en raison de son gain pondéral : le rapport quantité de méthadone et poids corporel diminue progressivement. La mère ne doit cependant pas cesser subitement l'allaitement au risque de faire vivre un sevrage à son enfant même si la quantité de méthadone est minime (Abdel-Latif *et al.*, 2006).

Aucun doute possible, la cohabitation dès la naissance normalise l'expérience de la maternité et de la paternité. La pierre angulaire de la réussite de la

prise en charge de parents consommateurs et de leur nouveau-né est le développement du lien de confiance entre les infirmières et les parents. Les infirmières doivent faire abstraction de tout préjugé et créer un partenariat avec eux. Un soutien constant de l'équipe interdisciplinaire permet de surmonter ces difficultés. La sobriété maternelle est une condition essentielle à l'allaitement et à la réussite de la cohabitation. En cas de rechute, le soutien de l'équipe interdisciplinaire prend une importance capitale.

Même sur une petite cohorte, nous avons constaté que ces familles ont bénéficié de la cohabitation. La proximité des parents et l'allaitement maternel exclusif diminuent l'inconfort du nouveau-né, réduisent l'intensité et la durée du sevrage. Les parents s'approprient plus efficacement et rapidement leur nouveau rôle tout en se sentant valorisés et égaux aux autres. Il s'agit d'un moyen concret pour faciliter l'intégration de ces familles dans la société et c'est une méthode à privilégier dans les centres hospitaliers. □

L'exposition in utero aux opiacés, et à la méthadone en particulier, n'est pas sans répercussion : de 55 % à 94 % des nouveau-nés exposés peuvent présenter des symptômes de sevrage.

NDLR – L'article et les références bibliographiques se trouvent sur le site Web de l'OIIQ.

Élaine Perreault est conseillère en soins spécialisés, systèmes d'information, au CHUM et clinicienne associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Karine-Alexandra Lavandier et Marielle Venne sont travailleuses sociales.

Références

- Abdel-Latif, M.E., J. Pinner, S. Clews, F. Cooke, K. Lui et J. Oei. « Effect of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers », *Pediatrics*, vol. 117, n° 6, juin 2006, p. 1163-1169.
- Abrahams, R., A. Kelly, S. Payne, P. Thiessen et J. Mackintosh. « Outcomes of a rooming-in program for women maintained on methadone » (conférence), Montréal, Service d'appui pour la méthadone–Colloque annuel de formation interdisciplinaire continue, 2004.
- American Academy of Pediatrics (AAP). « Neonatal drug withdrawal. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs », *Pediatrics*, vol. 101, n° 6, juin 1998, p. 1079-1088.
- Beumann, S.S. « Identification and management of neonatal abstinence syndrome », *Journal of Infusion Nursing*, vol. 28, n° 3, mai/juin 2005, p. 159-167.
- D'Apolito, K.C. et T.I. McRorie. « Pharmacologic management of neonatal abstinence syndrome », *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, vol. 9, n° 4, mars 1996, p. 70-80.
- Finnegan, L.P. et B.A. MacNew. « Care of the addicted infant », *American Journal of Nursing*, vol. 74, n° 4, avril 1974, p. 685-693.
- Finnegan, L.P., J.F. Connaughton, R.E. Kron et J.P. Emich. « Neonatal abstinence syndrome: assessment and management », *Addictive Diseases*, vol. 2, n° 1-2, 1975, p. 141-158.
- Guyon, L., M. De Koninck, P. Morissette, M. Ostoj et A. Marsh. « Toxicomanie et maternité : un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille "recréée" », *Drogues, santé et société*, vol. 1, n° 1, 2002. [En ligne : www.erudit.org/revue/dss/2002/v1/n1/000417ar.html]
- Kandall, S.R. « Treatment strategies for drug-exposed neonates », *Clinics in Perinatology*, vol. 26, n° 1, mars 1999, p. 231-243.
- Molénat. (communication personnelle), 2000, 2002 et 2004.
- Montoya. (communication personnelle), 2003.
- Perreault, E. et F. Chapdelaine. « La consommation de méthadone chez la femme enceinte : Le sevrage du nouveau-né », *L'Avant-Garde*, vol. 2, n° 2, 2001, p. 11-12.
- Santé Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, Ottawa, Santé Canada, 2000. [En ligne : www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1_f.html]

Symptômes du syndrome de retrait néonatal selon leur source

Système nerveux central	Système nerveux autonome	Système gastro-intestinal	Système respiratoire
<u>Irritabilité</u>	<u>Diaphorèse</u>	<u>Succion excessive</u>	<u>Congestion nasale</u>
<u>Sensibilité accrue aux stimuli</u>	<u>Bâillements</u>	<u>S'alimente mal</u>	<u>Éternuements</u>
<u>Cris aigus</u>	<u>Hyperthermie</u>	<u>Régurgitations</u>	<u>Écoulement nasal</u>
<u>Sommeil perturbé</u>	<u>Larmoie ment</u>	<u>Vomissements en jet</u>	<u>Battement des ailes du nez</u>
<u>Hyper tonicité /</u>	<u>Hoquet</u>	<u>Selles molles</u>	<u>Respiration > 60/min</u>
<u>Réflexes augmentés</u>		<u>Selles liquides</u>	<u>Tirage</u>
<u>Excoriations</u>			
<u>Trémulations</u>			
<u>Convulsions</u>			

De «La consommation de méthadone chez la femme enceinte : Le sevrage du nouveau-né.» de E. Perreault et F. Chapdelaine , 2001, *L'Avant-Garde*, 2(2), p. 11.

Comparatif 2004-2005 et 2005-2006

	2004-2005 unité néonatale	2005-2006 avec cohabitation
Nombre de nouveau-nés	9	8
Quantité moyenne de méthadone consommée par la mère	50 mg ¹	58 mg
Autre substance consommée		
Cocaïne	2	-
Héroïne	1	-
Présence d'un conjoint	7	7
Durée moyenne de séjour	28,2 jours	9,6 jours
Sirop de morphine	7	1
Allaitement maternel	6	8
Allaitement exclusif	0	2
Prise de complément de lait maternel	1	2
Prise de complément de préparation commerciale	5 ²	3 ³
Arrêt de l'allaitement en cours d'hospitalisation	2	1 ⁴
Signalement DPJ	2	1
¹ Une patiente ne prenait pas de méthadone mais de l'héroïne ² Deux nouveau-nés ont reçu exclusivement des compléments de préparation commerciale et trois ont reçu des compléments de lait maternel et de préparation commerciale ³ Un nouveau-né a reçu exclusivement des compléments de préparation commerciale et deux ont reçu des compléments de lait maternel et de préparation commerciale ⁴ Mère porteuse d'hépatite C avec saignement de gèrçures		