

EFFETS DES PRODUITS PSYCHO-ACTIFS SUR LE FŒTUS ET LE NOUVEAU-NE ET PLACE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION



Claude LEJEUNE
Service de Néonatalogie
Hôpital LOUIS MOURIER – 92701 COLOMBES

**et Groupe d' Etudes Grossesse et
Addictions (G.E.G.A.)**



C. LEJEUNE St Brieuc 23.10.08



TENDANCES 2000-2005:

BEH 25 mars 2008: Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, en France

- **Tabac:** baisse légère depuis fin années 90
baisse âge 1^{ère} cigarette = 13.7 en 2000 et 13.4 en 2005
- **Alcool:** consommation globalement stable
mais augmentation +++ des ivresses alcooliques de 2003 à 2005
à 17 ans 60% ≥ 1 fois = « binge drinking »
- **Cannabis:** augmentation de 2000 à 2002 puis stagnation
à 17 ans: expérimentation = 1 sur 2
usage régulier = 1/10
usage quotidien = 1/20 - en augmentation
- **Autres illicites:** à 17 ans, 12% ont expérimenté ≥ 1 produit
augmentation cocaïne-crack, amphétamines-ecstasy,
champignons hallucinogènes,...



NN de mère abusant de substances psycho-actives: les risques ???

Le plus souvent = polyconsommations

alcool + tabac + cannabis crack + benzo ...

± comorbidités

- **Psychiatriques: environ 1/3**

- **Sociales +++**

**précarité, mode de vie chaotique, prostitution, incarcérations, ...
grande fréquence d'antécédents de maltraitance dans l'enfance**

- **Infectieuses: VHC, VIH, ...**

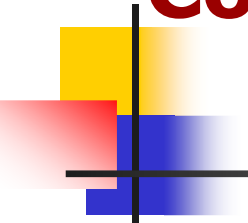
RISQUES =

- **Mauvais suivi de grossesse**

corrélé à: - précarité,

- prématurité, petit PN.

- **Troubles de l'attachement mère/enfant**



**Cohorte GEGA: 260 NN de 259 mères substituées.
Consommations associées au traitement
de substitution prescrit =**

Seules 23 femmes sur 259 (9%) ne consommaient que le traitement de substitution.

- ***Tabac = 86%***
- ***Cannabis = 33%***
- ***Alcool = 25%***
- ***Médicaments psycho-actifs (mésusage) = 22%***
- ***Héroïne = 16% Cocaïne = 9%***
- **16% des 159 femmes sous *SUBUTEX*®
*se l'injectaient.***



NN de mère abusant de substances psycho-actives: les risques ??? **PRONOSTIC A LONG TERME**

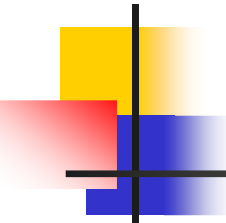
- **Séquelles invalidantes :**
= alcool +++(SAF) , ± cocaïne,
prématurité , RCIU , SFA,
VIH.
- **+++ qualité
de la relation parents-enfant
et de l'environnement familial**
« life style ... »

NN de mère abusant de substances psycho-actives: les risques ???

TABAC ET CANNABIS:

Hypoxie foétale chronique (HbCO +++)

- Baisse de fertilité.
- **Malformations = 0 ...**
- X 2 à 3 FCS, prématurité, placenta praevia, HRP, MFIU.
- RCIU / PN moins 200 g en moyenne à terme
 - 0 cigarettes / j = 8.7 % de RCIU
 - 1 à 5 / j = 14.7 %
 - > 10 / j = 18.7 %
- Mort Subite du Nourrisson : >10 cgtes / j : OR = 2.7
= exposition in utero et passive post natale.
- *Et MARKUSSEN K,... 2006* ⇨



MARKUSSEN K, ... Smoking during pregnancy and the risk for hyperkinetic disorder in offspring. Pediatrics 2005; 116: 462-7.

- **Croisement de 4 fichiers nationaux danois !!!**
= psy (consultations et hospitalisations)
+ périnatalité
+ données socio-économiques
+ N° d'identification et liens familiaux.
- **170 enfants de 2 à 8 ans (M = 5.5) ayant consulté pour**
« Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder »
- **Vs 3765 contrôles appariés (âge, sexe)**
- **Corrélation S exposition in utero au tabac & AD/HD:**
unadjusted RR = 2.9 (95% CI 2.1-4.0)
adjusted RR = 1.9 (95% CI 1.3-2.8)
après ajustement sur patho psy parents et fratrie, âge de la mère et données socio-économiques.

NN de mère abusant de substances psycho-actives: les risques ???

ALCOOL.....

= le produit psycho-actif le plus dangereux pour le fœtus + + +

■ **TERATOGENE + + +**

perturbe gravement le développement du cerveau foetal

■ **SAF ...**

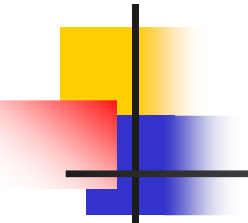
■ **et troubles du développement cognitif et comportemental pouvant être isolés et découverts tardivement.**



Zéro alcool pendant la grossesse

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut compromettre les capacités de l'enfant à l'âge de 18 ans. Il est donc recommandé de limiter la consommation de boissons alcoolisées d'éviter de boire de la bière pendant toute la grossesse. Il est préférable de boire de l'eau ou de l'eau minérale. En outre, la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur le fœtus et l'enfant à naître. L'alcool est une substance psychoactive et agit sur le développement du fœtus.





Fœtus et NN de mère abusant de substances psycho-actives: les risques ???

- **Mésusage de benzo:** aggravation SSNN et contexte social précaire.
- **Cocaïne et crack** (*et amphét. et ecstasy ?*)
= effet vaso-constricteur: HRP ++
± lésions ischémiques tissulaires fœtales (cerveau, reins, TD, membres,...)

Mais:



BAUER CR, et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. Arch Pediatr Adolesc Med 2005; 159: 824-34

Etude prospective (2 ans), multisite (4 CHU) Analyse uni et multi-variée.

**717 NN cocaïne + (≥ 1 prise pendant la gr. et méco C + et Op -)
et 7442 témoins = déni et méco C -**

- **St + de polyconso : alcool = 73% vs 31%
tabac = 82% vs 20%
cannabis = 39% vs 5%
de précarité, de MST, de séparation M/E
de mauvais suivi de grossesse: 24% vs 3%**
- **Diminution PN, TN et PCN**
- **Prématurité = 43% vs 24% (OR = 2)**
- **NN agité, hyper-vigile, hyper-excitable
= S d'imprégnation transitoire**
- **Dysmorphies = alcool (*flat filtrum*)**
- **Aucune #S pour le taux de malformations
ni de lésions cérébrales**

NN de mère abusant de substances psycho-actives: les risques ???

DEPENDANCE AUX OPIACES.

Conséquences en l'absence de substitution:

1. Pendant la grossesse:

- Mauvais suivi de grossesse

corrélé à: - précarité, pathologies psychiatriques
- mode de vie chaotique, polyconsommations
- prématurité, petit PN.

- Conséquences fœtales de l'exposition aux opiacés

= souffrance fœtale anoxique voire MFIU

= +++ épisodes de sevrage.

2. Conséquences néonatales:

- Syndrome de sevrage néonatal, de sévérité variable, imprévisible.

- Troubles de l'attachement mère/enfant

= mère très déstabilisée après l'accouchement,
réaugmentant ses consommations de produits.



Quand et comment « repérer » ou informer ces (toutes les) femmes ?

- **La question ne se pose pas pour celles qui sont adressées en maternité pour un suivi de grossesse chez une femme abusant de produits psycho-actifs et suivie par un MG, un CSST ou centre d'alcoologie du réseau.**
- **Le principal obstacle est dans la tête des professionnels de la Périnatalité**
+++ ALCOOL
mais pas seulement



Quand et comment « repérer » ou informer ces (les) femmes ?

Le principal obstacle est donc dans la tête des professionnels de la Périnatalité:

- **Apprendre à parler simplement avec les femmes de leurs consommations de produits psycho-actifs illicites et licites et c'est le plus souvent facile: les femmes enceintes dans un déni farouche sont finalement assez rares.**
- **Le plus tôt possible, dès la première consultation, en renseignant le dossier de grossesse**
- ***entretien du 1^{er} trimestre***
- **Avec ou sans l'aide d'auto-questionnaires regroupant des données sur le mode de vie: alimentation, consommations diverses, sport, travail, déplacements,...**
- **Avec un réseau de consultants en cas de dépendance (tabacologue, alcoolologue, addictologue,...)**

QUELLE OFFRE DE SOINS SOUHAITABLE POUR LES FEMMES ENCEINTES ABUSANT DE PRODUITS PSYCHO-ACTIFS?

- **Equipe pluridisciplinaire assurant des *soins personnalisés*.**
- **En Réseau ville-hôpital avec les CSST, les MG,...**
- **Pour: suivi précoce de grossesse, soins d'addictologie (Tt de substitution, tabacco et alcoologie,...), soutien psycho-social.**
- **Soins du NN avec et par la mère**

**PRISE EN CHARGE PAR UNE
EQUIPE PLURI-DISCIPLINAIRE
à Louis Mourier depuis 1994**

- **Obstétriciens et SF référentes**
- **Néonatalogistes : contact ante-natal +++**
- **Anesthésistes : consultation d'analgésie**
- **Equipe de l'ECIMUD avec médecins addictologues, infirmière, assistante sociale et psychologue**
- **et les Réseaux de Périnat et d'addicto**



CONSULTATION PEDIATRIQUE ANTE-NATALE

= entretien long avec la femme ou le couple sur:

- Les modalités de prise en charge du NN
- Les risques selon les produits
- **La participation active de la mère aux soins à son NN**
- Le SSNN
- La possibilité d'allaitement maternel
- La gestion des consommations en « réduction de risques »
- Ne pas diminuer la dose de méthadone ou de subutex +++
- VHC, VIH, ...
- Et modalités du retour à domicile

le néonatalogiste est l'avocat du bébé ...

Intérêt spécifique de la substitution chez les femmes enceintes:

WARD J., Role of maintenance treatment in opioid dependence. Lancet 1999 ; 353 : 221-6

- Prévention des épisodes de souffrance foétale lors des périodes de manque = **taux d'opiacés plus stables.**
- **Stabilisation, amélioration du suivi de grossesse = prévention de la prématurité, du petit PN.**
- **Prévention de la transmission verticale du VIH.**
- **Diminution des co-consommations....**
- **Amélioration du lien mère/enfant.**
- **MAIS : Pas de prévention du syndrome de sevrage néonatal.**
 - **Un peu plus tardif et prolongé sous Méthadone que sous Buprénorphine HD ou sous héroïne.**
 - **Sans aucune corrélation entre la posologie du traitement de substitution et l'intensité du syndrome de sevrage néonatal.**

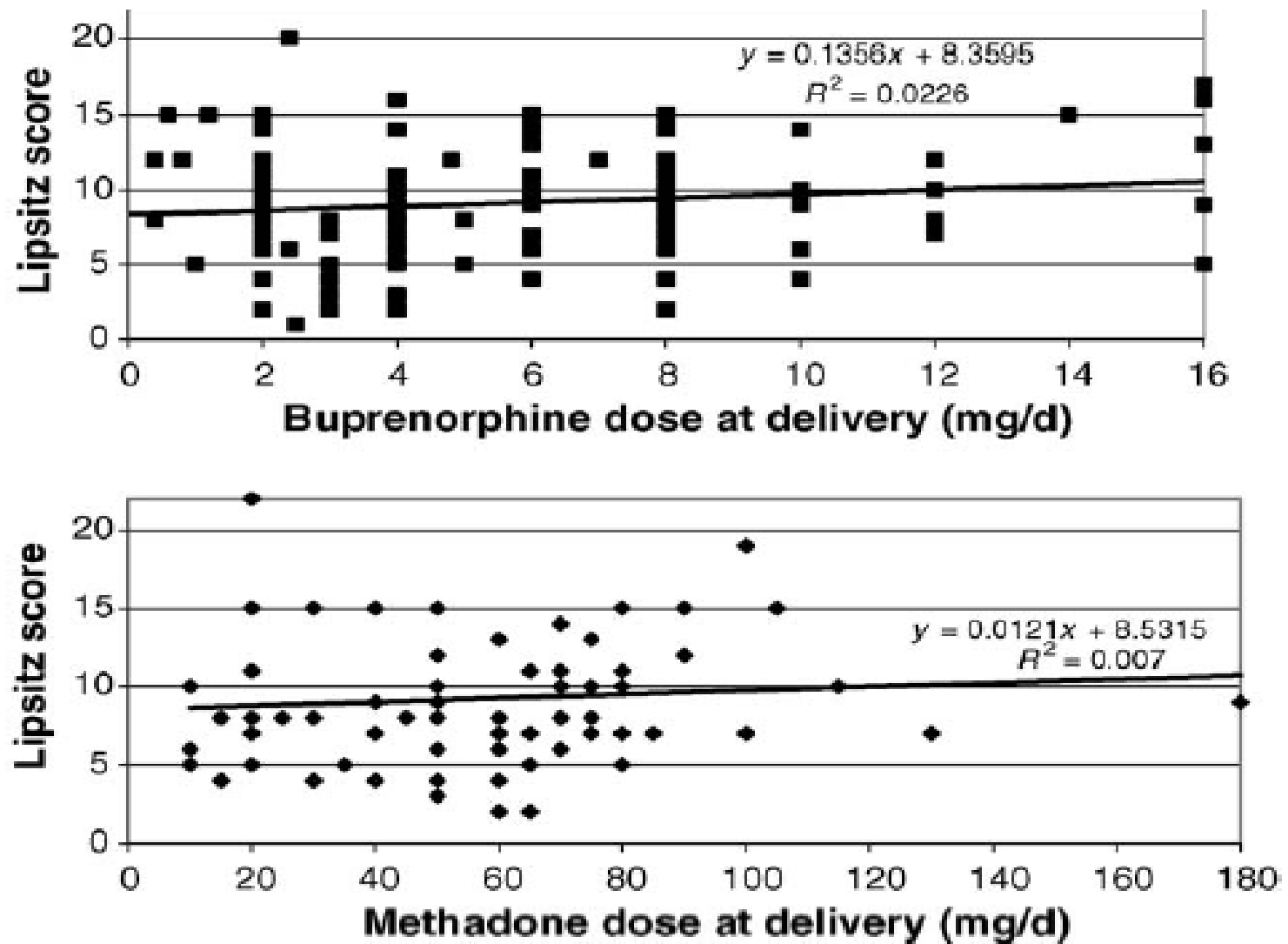
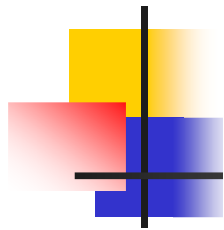


Fig. 1. Maximum Lipsitz score according to the buprenorphine or methadone dose at delivery.



PRISE EN CHARGE GLOBALE d'femme enceinte, ayant par ailleurs des facteurs de risque

- **Le traitement de substitution doit être intégré dans la prise en charge globale médico-psycho-sociale chaleureuse d 'une grossesse à risques**
 - par une équipe pluri-disciplinaire assurant un suivi personnalisé,
 - en réseau ville-hôpital.
- **Avec des discours homogènes.**
- **Avec comme objectif affiché de favoriser le lien parents/enfant.**
- **Cette prise en charge globale doit se poursuivre après la grossesse.**



Quel produit de substitution ? **Méthadone ou Buprénorphine HD ?** **Quelle posologie?: cohorte GEGA**

*LEJEUNE C, SIMMAT-DURAND L, et al. Drug Alcohol Depend 2006; 82: 250-7.
260 NN de mères substituées: 38% sous MTD et 62% sous BHD:*

- **Aucune différence significative entre les 2 médicaments pour les conséquences périnatales:**
 - *le choix peut donc être fait sur d'autres critères;*
 - *aucune raison objective de modifier un traitement de substitution à la découverte d'une grossesse.*
- **Posologie faible = augmentation de la consommation d'autres produits et risque d'aggravation du syndrome de sevrage néonatal.** Pour une même posologie, le taux plasmatique des femmes enceintes est plus bas en fin de grossesse:
 - augmentation des doses +++**
 - et surtout ne pas baisser**

Posologie du traitement de substitution et SSNN.

- **Posologie faible = augmentation de la consommation d'autres produits et risque d'aggravation du SSNN.**
- **Ces femmes doivent être le mieux équilibrées que possible pendant la période vulnérable du post-partum,**
- **pour qu'elles puissent participer aux soins de leur nouveau-né, avec ou sans SSNN, et être valorisées dans leur fonction parentale, pour une mise en place harmonieuse du lien mère/enfant.**

CES FEMMES PEUVENT-ELLES ALLAITER ?

- **CI absolue = VIH (la seule pour le GEGA).**
- **VHC + : pas de CI même si PCR +.**
- **Méthadone, subutex = très faible passage dans le lait de mère, sans aucun effet sur le NN.**
- **Alcool: pic de concentration à + 20 mn
taux nul < + 3h** (*CHIEN YC, ... Alcohol 2005; 37: 143-50*).
- **Tabac: patch +++ ou pas moins de 2h avant la tétée.**
- **Cannabis, cocaïne ?????**

CONSEQUENCES PERINATALES DES ADDICTIONS:

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DE LA MERE ET DU NOUVEAU NE



est-ce efficace ?



C. LEJEUNE St Briec 23.10.08



RESEAUX NORD 92 : CONDUITES ADDICTIVES

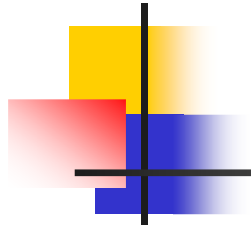
DEUX RESEAUX QUI COLLABORENT:

- Réseau Périnatal de Santé Nord 92
 - Réseau ARÈS 92 (SIDA , TOXICOMANIE , PRECARITE)
-
- **Prise en charge multidisciplinaire et en Réseaux des femmes enceintes abusant de substances psycho-actives, accès à la substitution, soutien psycho-social pendant et après la grossesse.**
 - **Depuis 1994.**

Comparaison de 2 cohortes historiques avant et après mise en place du dispositif dans le nord des Hauts de Seine

	cohorte 1 1988-93	cohorte 2 1995-97
N	59 NN de 51 mères toxico	20 NN de 19 m. substituées
Père + Grossesse suivie	23%	75 %
Prématurité	<u>34 %</u>	<u>10 %</u>
RCIU	46 %	40 %
Sortis avec leur mère	<u>63 %</u>	<u>100 %</u>
Avec leur mère aux dernières nouvelles	<u>30 %</u>	<u>95 %</u>

COHORTE GEGA:




ELSEVIER

Drug and Alcohol Dependence 82 (2006) 250–257

DEPENDENCE

www.elsevier.com/locate/drug

Prospective multicenter observational study of 260 infants
born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or
high-dose buprenorphine substitution

Claude Lejeune^{a,*}, Laurence Simmat-Durand^b, Laurent Gourarier^c, Sandrine Aubisson^b
the Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA)¹



**ETUDE MULTICENTRIQUE PROSPECTIVE
DE 260 NOUVEAU-NES DE 259 MERES SUBSTITUEES PAR
LA METHADONE OU LA BUPRENORPHINE HAUT-DOSAGE**
Drug and Alcohol Dependence 2006; 82: 250-7.

- **La cohorte du GROUPE D'ETUDES GROSSESSE ET ADDICTIONS (GEGA):**
- **du 1er octobre 1998 au 30 septembre 1999 (financement par l'OFDT)**
- **259 FEMMES et 260 NOUVEAU-NES**
- **de 35 centres volontaires très motivés**
- **210 variables par dossier inclus**
- ***Méthadone : 38 %***
- ***Buprénorphine haut-dosage : 62 %***

Analyse faite par :

- **Claude LEJEUNE**
Néonatalogie
Hôpital LOUIS MOURIER - COLOMBES
- **Laurence SIMMAT-DURAND** CESAMES (CNRS)
et Département des Sciences Sociales Paris V Sorbonne
- **Laurent GOURARIER**
Centre Monte Cristo Hôpital Européen G. Pompidou – Paris



Cohorte GEGA : RESULTATS

- **Bon suivi de grossesse = 66 %**
- **≥ 3 échographies = 79 %**
- **Péridurale = 62 %**
- **Apgar moyen M5 = 9.9**
- **AG moyen = 38.6 SA**
- **PN moyen = 2822 g**
- **Prématurité = 12.6 % < x2 taux national
enquête INSERM 1998
*littérature = 30-40%***
- **RCIU = 34 %**



COHORTE GEGA

Qualité du lien parents/NN

- **92 % lien mère/NN satisfaisant**
excellent 54 % + bon 38 %
59 % pères très présents
- **96 % sortis avec leur mère**
61% avec leurs père et mère
- **11=4 % placés**
- **Aucun décès**

Séparations mère-enfant: corrélations significatives avec logement précaire:

déficit +++ de structures
d'accueil et de soutien
mère/enfant.

- **La précarité est beaucoup plus liée aux séparations que les consommations de produits.**



CONCLUSION

- La grossesse est un **moment privilégié** pour mettre en place ou renforcer un **soutien pluri-disciplinaire et en réseau**, à long terme, qui améliore le pronostic périnatal (+++ prématurité) et qui peut améliorer la qualité de vie de l'enfant et de ses parents.
- Le traitement de substitution n'est qu'un élément de cette prise en charge; le plus important est un **changement de regard, plus humain et chaleureux, envers ces familles.**
- **La participation active de la mère aux soins de nursing améliore clairement l'évolution du SSNN et diminue le recours au traitement médicamenteux; elle améliore aussi l'adhésion de beaucoup de mères aux soins qui leur sont proposés pour elles.**



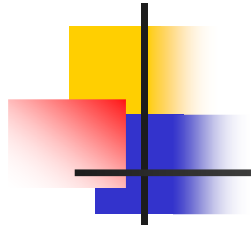


DU « Périnatalité et Addictions »

- **Organisé par le GEGA**
- **A la Faculté Xavier Bichat – Université Paris 7 Denis Diderot**
- **1^{ère} année en cours**
- **Inscriptions 2009 faites**
- **Pré-inscriptions 2010 à envoyer à:**

claude.lejeune@lmr.aphp.fr
- **L'objectif** de cette formation est d'améliorer les compétences de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes abusant de substances psycho-actives et de leurs enfants et de valoriser le travail multidisciplinaire et en réseau, pour favoriser la prévention des complications périnatales et améliorer le pronostic de ces femmes, de leurs enfants et des familles.
- **Public concerné** : public pluri-professionnel très large :
Médecins obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, psychiatres, addictologues. Sage-femmes. Pharmaciens. Infirmières et puéricultrices, assistantes sociales, psychologues, éducateurs spécialisés, sociologues, magistrats, policiers ,...

= professionnels des champs médical, social et judiciaire concernés par la consommation de substances psycho-actives pendant la grossesse et ses conséquences.



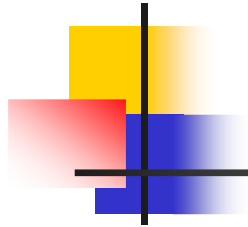


SAYAL K, ... Pediatrics 2007;119: e426-34.
**Dans le cadre d'une grande étude
épidémiologique prospective anglaise, en zone
urbaine et rurale.**

**20 mois – consommation d'alcool au 1^{er} trimestre
4038 femmes enceintes abstinentes
et 3626 < 1 V/sem**

**.....augmentation S score SDQ
à 4 et 6 ans en analyse multivariée
surtout chez les filles**

- Strengths and Difficulties Questionnaire = par parents et instit.***
- hyperactivité et troubles de l'attention***
 - troubles des conduites***
 - troubles émotionnels***
 - difficultés de relations avec les pairs.***





Prise en charge du NN à la naissance

- Le + souvent « standard » selon l'AG, le PN, les signes d'hypoxie per partum, un contexte infectieux,...
- SSNN immédiatement néonatal = rare
- **Narcan = contrindication +++ si exposition chronique in utero aux opiacés ... SSNN suraigu**
- **Pb surdose de benzo en pre-partum pouvant entraîner une apnée primaire**
Tt = intubation, V°A + anexate (10 µg/kg IVD puis 10 µg/kg/heure)
- **Examen clinique complet : dysmorphie, malformations, ± ETF, écho rénale, écho cardio (alcool, cocaïne) ...**



SYNDROME DE SEVRAGE DES NN DE MERES TOXICOMANES

- **= CONSEQUENCE DU SEVRAGE BRUTAL A LA
NAISSANCE D 'UNE INTOXICATION
CHRONIQUE IN UTERO PAR :**
 - +++ OPIACES**
 - et BENZO**
 - et fortes consommations d'autres produits
psychotropes dont alcool et tabac**
 - +++ POLYCONSOMMATIONS**
- **individuellement imprévisible.**

TABLEAU CLINIQUE - 1

- **DEBUT** : héroïne = 85 % avant H48,
- **DUREE** moyenne = 9 jours pour l'héroïne.
- **Cohorte GEGA** :
 - Début SSNN: méthadone = en moyenne H 45
subutex® = en moyenne H 37.5 *NS*
 - Score maximum = MTD à H80
Sx à H66 ($p = 0.066$)
 - score de Lipsitz >9 : MTD = 30% - Sx = 32% *NS*
 - durée moyenne de Tt = MTD 18j / Sx 16j *NS*

Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution

Claude Lejeune^{a,*}, Laurence Simmat-Durand^b, Laurent Gourarier^c, Sandrine Aubisson^b
the Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA)¹

Table 5

Characteristics of the neonatal abstinence syndrome (NAS)

Characteristic	MTD (<i>n</i> = 101)	HDB (<i>n</i> = 159)	Total (<i>n</i> = 260)	<i>P</i>
Lipsitz score >9 (%)	30	32	31	NS
Mean age of NAS onset (h)	45	37.5	40	NS
Mean maximum Lipsitz score	9.13	9.17	9.15	NS
Mean age at maximum score (h)	80	66	72	0.066
NAS treated (%)	49	52	51	NS
Mean duration of treatment (day)	18	16	17	NS
Newborns transferred to neonatology				
All causes (%)	34	36.5	35	NS
Mean duration of stay (day)	28	23	24	NS
Mean age at recovery of birth weight (day)	13	10	11	0.001

MTD, methadone; BHD, high-dose buprenorphine; NS, non-significant.

TABLEAU CLINIQUE - 2

- **SYMPTOMES : score de LIPSITZ (ou FINNEGAN)
moins sévère chez les prématurés**
 - **neuro : trémulations , agitation , hyper-réactivité
lésions cutanées de frottement , cris aigus ,
troubles du sommeil
myoclonies - convulsions vraies rares.**
 - **digestifs : troubles de la succion , vomissements ,
diarrhée
mauvaise courbe de poids.**
 - **respiratoires : tachypnée irrégulière , apnées
rhinorrhée , éternuements, bâillements.**

Score de LIPSITZ:

SIGNES	SCORE			
	0	1	2	3
Trémulations : Activité musculaire des membres	Absentes Normale	Légèrement augmentées par des stimulations ou par le jeûne	Augmentation modérée ou forte au repos, calmée par l'alimentation ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos ± mouvements de type convulsifs
Irritabilité cris excessifs	0	Légère augmentation	Augmentation modérée ou forte par des stimulations ou par le jeûne	Forte augmentation même au repos
Réflexes	Normaux	Accentués	Très accentués	
Tonus musculaire	Normal	Hypertonie	Rigidité	
Selles	Normales	Liquides, en jet mais de fréquence normale	Liquides, en jet et > 8/j	
Lésions cutanées	0	Rougeurs genoux, coudes	Erosions	
FR/mn	< 55	55 - 75	> 75	
Eternuements répétés	Non	Oui		
Baillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

TRAITEMENT DU SSNN

toujours: +++ NURSING

- Au mieux en chambre « kangourou ».
- Diminution des stimuli visuels, auditifs,...
- Berçage, câlins , peau à peau ... **MERE +++**
- **Allaitement maternel +++ :**
- Ces mères bien équilibrées par une substitution et bien préparées par une prise en charge médico-psycho-sociale pendant la grossesse participent beaucoup mieux et très efficacement aux soins de nursing de leur nouveau-né; valorisées dans leurs compétences parentales, elles adhèrent ensuite encore mieux au programme thérapeutique qui leur est proposé pour elles même.
- **SOUTIEN PSYCHO-SOCIAL PROLONGE.**

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX:

= score > 8-10 et/ou troubles digestifs intenses

OSBORN DA, ... Cochrane 2003: +++ solutés de morphine

- Elixir parégorique : **NON**
(+ac.benzoïque, alcool, camphre).
- **MORPHINE PO** :
(le chlorhydrate de morphine 10ml = 10mg n'existe plus)
Sulfate de morphine = **ORAMORPH® 5ml = 10mg**
(10mg = 7.5mg de morphine-base)
 - 0.5 mg de sulfate de M/kg/j en 4 à 6 prises,
éventuellement augmenté à 0.75 - 1 mg/kg/j
 - posologie progressivement diminuée par paliers de
2-4 j.
- **Ou teinture d'opium,...**



TRAITEMENT MEDICAMENTEUX: autres médicaments.

- ***Gardéнал*** : 20 mg/kg IV puis 4-5 mg/kg/j PO
 - troubles neuro sévères, convulsions vraies
 - SSNN prolongés sous chlorhydrate de morphine?
 - autres SSNN ≠ opiacés ?

- ***Largactil*** 0.5 mg/kg/6H
= troubles digestifs sévères ?
un essai en cours (Montpellier).

- ***VALIUM*** = **NON**: élimination très lente
aggrave les troubles de succion



Prise en charge pédiatrique du NN et sortie à domicile

Elles se préparent le plus tôt possible pendant la grossesse, au sein de l'équipe pluridisciplinaire

**= réunions de synthèse avec sage femme et obstétricien(ne)
pédiatre
équipe de liaison d'addictologie
psychologue
assistante sociale
équipes de secteur ++PMI
réseaux périnatalité, addictions**

Pour:

- **Analyser les vulnérabilités psycho-sociales: mode de vie, ressources, logement, soutiens familiaux et/ou amicaux,...**
- **Et élaborer, avec le couple ou la femme, un dispositif de soutien si nécessaire**

Avec comme objectif affiché de favoriser le lien parents/enfant.

Modalités de sortie de maternité ou de néonatalogie: 1

- **A domicile: bébé + mère ± père**
 - **domicile personnel**
 - **ou hébergement familial ou amical**
 - **ou structures avec encadrement:
appartements thérapeutiques ou chambres d'hôtel
de CSST,... ± père ???**
 - **ou ????? 115 hébergement d'urgence ...**

**Ressources = PMI, TISF, SF libérales, MG, ...
HAD
Réseaux Périnatal et/ou d'addicto
CSST
ou AEMO judiciaire.**



Modalités de sortie de maternité ou de néonatalogie: 2

- **En centre résidentiel mère-enfant**
"moyen séjour" mère/enfant, pre et/ou post natal
très encadrée

Si il existe et si il a de la place....

**Pour évaluer et favoriser la fonction parentale et
essayer d'améliorer le contexte social, en vue
d'une sortie à domicile ou d'un placement
"consenti" avec maintien du lien.**

Modalités de sortie de maternité ou de néonatalogie: 3

Placement en structure ASE (pouponnière ou famille d'accueil) après :

- Rarement, accouchement sous X ou consentement à l'adoption.
- Signalement judiciaire et OPP ++ avec maintien du lien familial, ou pas, selon les décisions du Juge pour enfants

= pathologie psychiatrique grave non maîtrisée,
extrême

précarité, SDF...

mère disparue après l'accouchement...