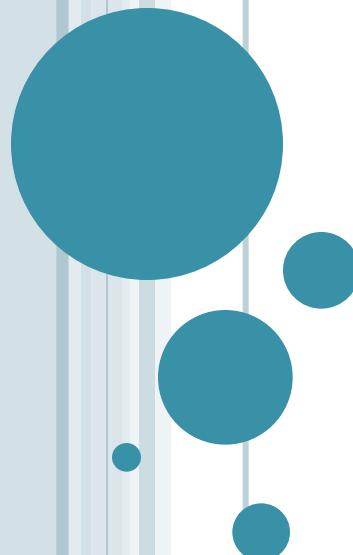


# **PRISE EN CHARGE**

## **DE LA DOULEUR PROLONGEE**

## **DU NOUVEAU-NE EN MATERNITE**



Université d'Angers,  
Ecole de Sages-femmes René ROUCHY,  
Diplôme d'état de Sage-femme,  
27 Mai 2013

**Mémoire soutenu par : TALBOT Maëlle**

**Sous la direction du docteur SAVAGNER Christophe**

# Une douleur longtemps ignorée...

La douleur des femmes est sans cesse **prévenue, évaluée et traitée**

Le nouveau-né immature perçoit la douleur => conséquences ?

Notre responsabilité de sage-femme :

Dépister la douleur prolongée du nouveau-né :  
**douleur persistante qui perturbe l'organisme.**

➤ Problématique du mémoire :

**« Quelle est la faisabilité et l'utilité clinique  
d'employer un score de douleur et d'inconfort pour le  
nouveau-né en maternité ? »**

# Outil : échelle EDIN

## Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né

VISAGE	0 : Visage détendu 1 : Grimaces passagères : froncement des sourcils, lèvres pincées, plissement du menton, tremblement du menton 2 : Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 : Crispation permanente <b>ou visage prostré, figé ou visage violacé</b>
CORPS	0 : Détendu 1 : Agitation transitoire, assez souvent calme 2 : Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 : Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres <b>ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé</b>
SOMMEIL	0 : S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 : S'endort difficilement 2 : Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 : Pas de sommeil
RELATION	0 : Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 : Appréhension passagère au moment du contact 2 : Contact difficile, cris à la moindre stimulation 3 : Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation
RÉCONFORT	0 : N'a pas besoin de réconfort 1 : Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 : Se calme difficilement 3 : Inconsolable. Suction désespérée

\*Elaborée pour le nouveau-né à terme et prématuré, utilisable jusqu'à 3 à 9 mois : score de 0 à 15, seuil de traitement 5

# Méthodologie de l'étude au CHU (1)

- Objectif principal de notre étude :

**Améliorer la prise en charge de la douleur prolongée  
du nouveau-né en maternité**

- Objectifs secondaires :

**Tester la faisabilité et l'utilité clinique de l'EDIN :**

- **en salles d'accouchement**
- **en suites de couches**

Dans le but de :

- 1) Sensibiliser les soignants
- 2) Encourager l'usage de l'EDIN en maternité
- 3) Obtenir des consensus thérapeutiques

# Méthodologie de l'étude au CHU (2)

- Population & méthode :

Terrain & durée de l'étude :

- Etude prospective menée à la maternité du CHU d'Angers,
- du 02 juillet au 05 août 2012,
- en salles de naissance puis en suites de couches.

Population étudiée : 220 nouveau-nés inclus.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"><li>- nouveau-nés entre 36 et 42 SA</li><li>- nés par voie basse ou césarienne</li><li>- séjour en suites de couches</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- hospitalisation en néonatalogie</li><li>- séjour en unité « mère-enfant »</li></ul>

# Méthodologie de l'étude au CHU (3)

Modalités pratiques du recueil de données :

**Utiliser l'EDIN** pour évaluer la douleur :

1- En salles de naissance :

à deux moments : **H0** (par la sage-femme) & **H2** (par l'auxiliaire de puériculture ou aide-soignante)

2- En suites de couches : à **J2** (par la sage-femme et/ou l'auxiliaire de puériculture et/ou la puéricultrice)

Après une **observation globale** du nouveau-né.

Traitement des données :

Deux groupes de nouveau-nés constitués suite à chaque évaluation :

1- **EDIN  $\geq$  5** « **groupe douloureux** »

2- **EDIN  $<$  5** « **groupe non douloureux** »

# Résultats de l'étude (1)

- En salles de naissance, à H0 :

Effectif total : 220 dossiers → 214 scores EDIN évalués (97,3%)

	Effectif n=214	Pourcentage
<b>EDIN &lt; 5</b>	<b>152</b>	<b>71</b>
<b>EDIN ≥ 5</b>	<b>51</b>	<b>23,8</b>
<b>EDIN non calculable (un item non rempli)</b>	<b>11</b>	<b>5,1</b>

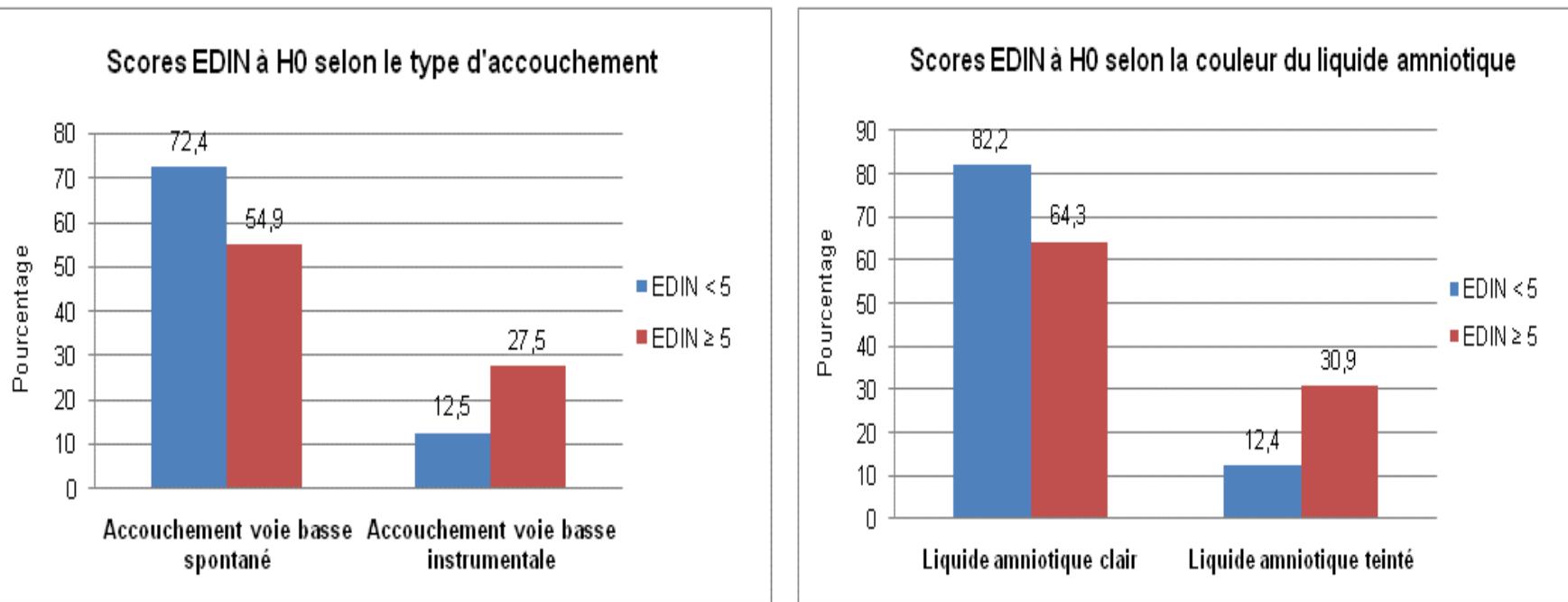
11 sages-femmes n'ont pas côté un des cinq critères de l'échelle :

- 10 items « sommeil » non remplis
- 1 item « relation » non rempli (*Résultats comparables dans l'étude de Bordin et Lassauge*)

⇒ **Problème de faisabilité :**

- Difficile d'évaluer la qualité du sommeil d'un nouveau-né
- Le temps H0 est-il trop précoce ?

# Résultats de l'étude (2)



Des facteurs de risque de douleur à H0 :

- L'utilisation d'instruments
- L'existence d'un liquide amniotique teinté

# Résultats de l'étude (3)

- En salles de naissance, à H2 :

Effectif total : 220 dossiers → seuls 133 scores EDIN évalués (60,4%)

- Problème d'oubli ? d'organisation ?
  - Période estivale avec recrutements ++ : temps d'adaptation au service ?
- ⇒ **Problème de faisabilité**

	Effectif n=133	Pourcentage
<b>EDIN &lt; 5</b>	<b>124</b>	<b>93,2</b>
<b>EDIN ≥ 5</b>	<b>9</b>	<b>6,8</b>

Aucun facteur de risque significativement apparu à H2

=> intérêt d'une évaluation de **tous les nouveau-nés**.

# Résultats de l'étude (4)

- En suites de couches, à J2 :

Effectif total : 220 dossiers → 203 scores EDIN évalués (92,3%)

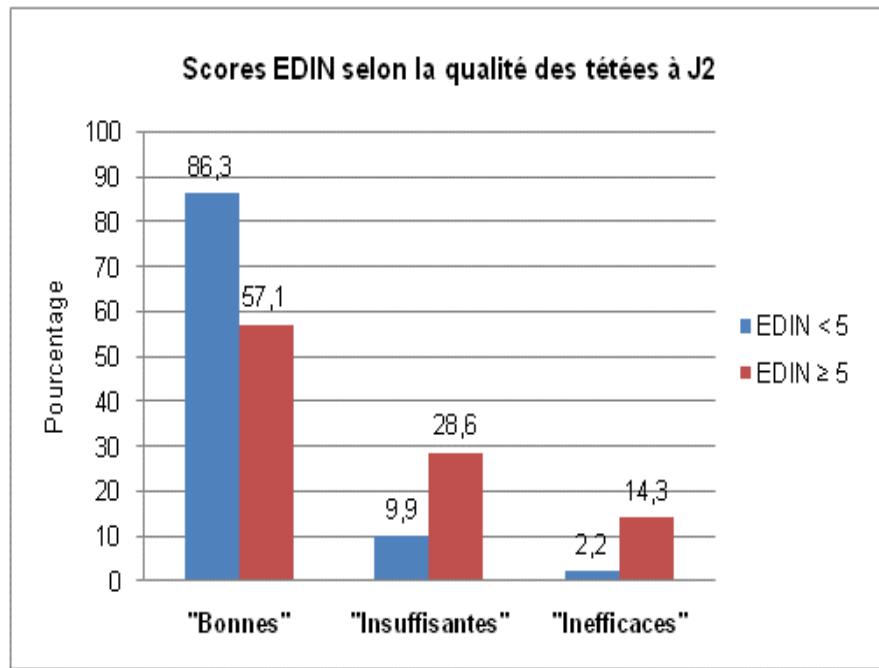
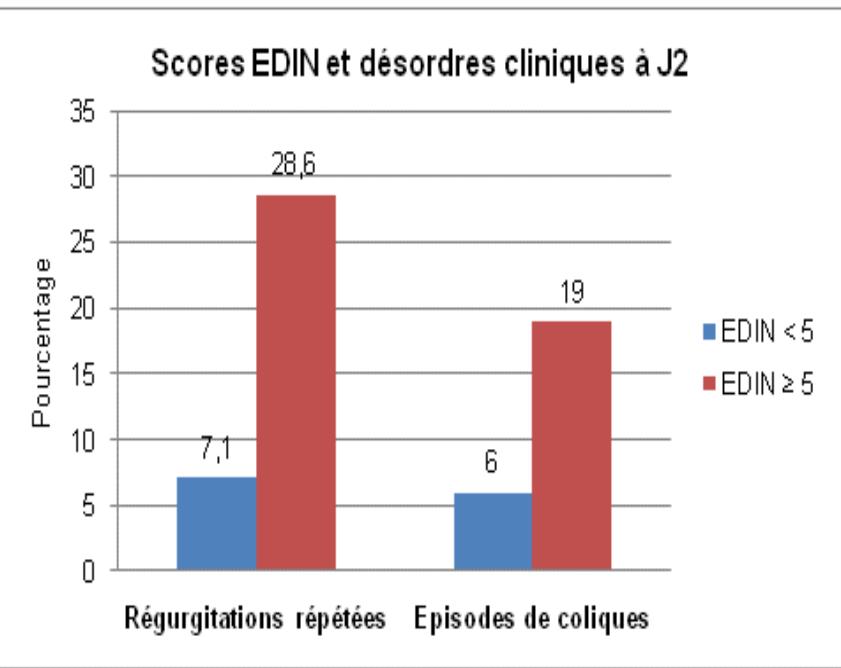
	Effectif n=203	Pourcentage
<b>EDIN &lt; 5</b>	<b>182</b>	<b>89,7</b>
<b>EDIN ≥ 5</b>	<b>21</b>	<b>10,3</b>

=> Bonne faisabilité de l'évaluation à J2

Suivi des nouveau-nés sur plusieurs jours en suites de couches

→ Fiabilité++ de l'évaluation.

# Résultats de l'étude (5)



Des facteurs de risque de douleur à J2 :

- La survenue de régurgitations répétées
- Des épisodes de coliques (résultats à la limite de la significativité)
- Des tétées « insuffisantes » ou « inefficaces »

# Bilan de l'étude

⇒ Utilité clinique pour tous les nouveau-nés

Ageorges a montré que la douleur était mieux évaluée avec un dépistage systématique mis en place (41,3% d'évaluation EDIN versus 0%).

- Problème de faisabilité à H0 et H2

⇒ Evaluation EDIN préférable à H1 ?(plus aisé d'évaluer le sommeil ?)  
⇒ Evaluation EDIN à H2 préférable par la sage-femme ? (continuité avec la 1<sup>ère</sup> évaluation nécessaire ?)

- Bonne faisabilité à J2

⇒ Evaluation EDIN à J2 à conserver

# Propositions d'avenir

- 1) **Optimiser la prévention** de la douleur prolongée en maternité
  - « peau à peau »
  - « soins de développement »
- 2) **Instaurer une évaluation systématique** de la douleur prolongée en maternité : selon le schéma H1, J1 et J2.
- 3) Tendre à une délivrance d'antalgiques médicamenteux **adaptée et tracée**
- 4) Inclure la douleur du nouveau-né **dans le dossier de soins** :

Evaluation de la douleur prolongée du nouveau-né :**Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN) :**

		Date Heure	H1	J1	J2
<b>VISAGE</b>	<b>0</b> Visage détendu <b>1</b> Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton <b>2</b> Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées <b>3</b> Crispation permanente <b>ou</b> visage prostré, figé <b>ou</b> visage violacé				
<b>CORPS</b>	<b>0</b> Détendu <b>1</b> Agitation transitoire, assez souvent calme <b>2</b> Agitation fréquente mais retour au calme possible <b>3</b> Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres <b>ou</b> motricité très pauvre et limitée, avec corps figé				
<b>SOMMEIL</b>	<b>0</b> S'endort facilement, sommeil prolongé, calme <b>1</b> S'endort difficilement <b>2</b> Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité <b>3</b> Pas de sommeil				
<b>RELATION</b>	<b>0</b> Sourire aux angles, sourire-réponse, attentif à l'écoute <b>1</b> Apréhension passagère au moment du contact <b>2</b> Contact difficile, cri à la moindre stimulation <b>3</b> Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation				
<b>RECONFORT</b>	<b>0</b> N'a pas besoin de réconfort <b>1</b> Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la sucction <b>2</b> Se calme difficilement <b>3</b> Inconsolable. Sucction désespérée				
<b>SCORE TOTAL</b>					
<b>OBSERVATIONS</b>					

DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA, DEHAN M. Sémiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994, 1, 1085-1092.

DEBILLON T., ZUPAN V., RAVAULT N., MAGNY J.F., DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Dis Child Neonatal Ed 2001, 85 : F36-F41.

**Courbe de douleur :**

Seuil de traitement : 5

**Solutions :**

- 1- Adapter d'avantage l'environnement du nouveau-né
- 2- Accroître le bien-être (corporel et affectif) du nouveau-né
- 3- Administration de PARACETAMOL per os 0,6 ml/kg      (*DOLIPRANE® pédiatrique 2,4% : 1ml=24mg*)

J0 : ..... (*Nb doses avec horaires*).....

J1 : .....

J2 : .....

J3 : .....

# PROPOSITION DE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PROLONGÉE DU NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE

## 1) Prévenir la douleur ou l'inconfort dès la naissance :

- **Stratégies comportementales :**
- Peau à peau systématique dès l'accouchement (si l'état de la mère et l'enfant le permet)  
En position sécuritaire ++, réflexe de foussement favorisé
- Séchage doux avec un linge chaud (réalisé sur la mère)
- Regroupement corporel favorisé au repos et à chaque manipulation :  
Positionner le nouveau-né en quadriflexion avec mains portées au visage et pieds joints afin de favoriser la succion et le grasping (y compris pour la pesée, l'examen clinique...)
  
- **Stratégies environnementales :**
- Réduire la lumière dans la salle d'accouchement : Eteindre les lumières de la salle pour la naissance et n'utiliser que la lumière du scialytique dans les suites de la naissance
- Eviter toute stimulation sonore inutile

## 2) Evaluation de la douleur et de l'inconfort via l'EDIN à H1 :

- Si score < 5 : Poursuivre la prévention
- **Si score  $\geq 5$  :**
  - 1- Chercher la cause
  - 2- Accroître les stratégies comportementales et environnementales
  - 3- Réévaluation à H2 (*uniquement si score à H1  $\geq 5$* ) :
- Si score < 5 : Poursuivre la prévention
- **Si score demeure  $\geq 5$  :**
  - 4- PARACETAMOL per os 0,6 ml/kg (*DOLIPRANE® pédiatrique 2,4% : 1ml=24mg*)
  - 5- Réévaluation 6 heures après l'administration de PARACETAMOL :
- **Si score demeure  $\geq 5$  :**
  - 6- Appel pédiatre  $\pm$  PARACETAMOL per os jusqu'à 4 prises par 24 heures  
(ou autre thérapeutique jugée adaptée)
  - 7- Réévaluation 6 heures après l'action.

# PROPOSITION DE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PROLONGÉE DU NOUVEAU-NÉ EN SUITES DE COUCHES

## 1) Prévenir la douleur ou l'inconfort en suites de couches :

- **Stratégies comportementales :**
- Regroupement corporel favorisé au repos et à chaque manipulation :  
Technique d'enveloppement, positions en flexion, soutien postural (avec matériel adapté)
- Offrir des stimulations sensorielles apaisantes : parole, toucher, massage, bercement
- Favoriser le rapprochement mère-enfant : peau à peau accru, usage de berceaux cododo, succion non nutritive au doigt
  
- **Stratégies environnementales :**
- Regrouper les soins, diminuer les manipulations et le nombre d'interventions des soignants++
- Diminuer le bruit lié au personnel et aux visiteurs++
- Réduire les stimulations lumineuses inappropriées
- Respecter le cycle « veille-sommeil » du nouveau-né autant que possible.



## 2) Evaluation de la douleur et de l'inconfort via l'EDIN à J1 :

- Si score < 5 : Poursuivre la prévention
- **Si score  $\geq 5$  :**
  - 1- Chercher la cause
  - 2- Accroître les stratégies comportementales et environnementales
  - 3- Réévaluation par l'équipe suivante (*uniquement si score à J1  $\geq 5$* ) :
- Si score < 5 : Poursuivre la prévention
- **Si score demeure  $\geq 5$  :**
  - 4- Appel pédiatre  $\pm$  PARACETAMOL per os 0,6 ml/kg ou autre thérapeutique jugée adaptée
  - 5- Réévaluation 6 heures après l'action :
- **Si score demeure  $\geq 5$  :**
  - 6- Deuxième avis pédiatre : Réévaluation de la douleur et décision thérapeutique

## 3) Evaluation de la douleur et de l'inconfort via l'EDIN à J2 :

- Même démarche que pour l'évaluation à J1.