

# IMPACT D'UNE MÉTHODE ASSOCIANT TÉTINE – POSITION LATÉRALE – HUMIDIFICATION SUR LA RÉPONSE AU STRESS ET À LA DOULEUR CHEZ LE NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ AU COURS DU CHANGEMENT DE MOUSTACHE DE SONDE GASTRIQUE

**B. Marchand, N. Renault, N. Thomas, A. Buil, P. D'Athis, C. Danan, G. Dassieu**  
Réanimation néonatale, Centre hospitalier intercommunal de Créteil

Dans notre unité, le changement de moustache de sonde gastrique est un soin fréquent, nécessaire mais douloureux. Cette fréquence de réalisation a justifié que l'on s'interroge sur l'adéquation entre ce soin prodigué, nécessaire à l'enfant, et sa capacité à le vivre avec le moins de stress et de douleur possible.

Dans cette perspective, les soins de développement nous ont ouvert un champ de réflexion intéressant.

En réanimation néonatale, bien au-delà des soins techniques et pour éviter que nos tout petits ne se sentent abandonnés dans un monde trop grand de sensations désagréables, nous devons de leur rappeler le plus possible cette intimité profonde, cette intimité du ventre qui respecte leur sens et qui favorise ainsi l'éclosion, le développement et l'épanouissement de leurs capacités. Respecter ses sens, c'est entre autres respecter son sens tactile. Ainsi la peau ne doit pas être simplement agressée mais devenir aussi une surface de contacts, d'échanges, de stimulations positives qui permettront à l'enfant un développement harmonieux de son corps et de son comportement. Quant à la bouche, qui est une des zones les plus sensibles de la peau, elle ne doit pas être seulement un lieu de passage des sondes, un lieu de soins, mais plutôt devenir un lieu où l'on guette et favorise le suçotement, un lieu de plaisir et de sécurisation, un lieu aussi de maturation et d'apprentissage.

C'est à partir de ce constat que l'équipe de réanimation néonatale a choisi de travailler sur un soin récurrent et douloureux qui est le changement de moustache effectué auparavant sans précaution particulière.

## **OBJECTIF**

L'objectif de cette étude a été de montrer qu'une méthode associant tétine, position latérale et humidification pouvait permettre de diminuer le stress et la douleur au cours d'un changement de moustache de sonde gastrique.

## **MATÉRIEL**

Il s'agit d'une méthode prospective, randomisée et unicentrique, sur une période de trois mois (de mai à juillet 2004) dans le service de réanimation néonatale du Centre hospitalier intercommunal de Créteil.

Cette étude a eu pour but de comparer deux procédures de soins utilisables lors du changement de moustache de sonde gastrique chez le prématuré de 27 à 31 semaines, entre J3 et J5, quel que soit son mode ventilatoire.

Toute pathologie neurologique, tout traitement sédatif ou toute intervention qualifiée de préventive contre la douleur ou l'agitation (participation des parents ou d'un tiers pendant le soin, canadou...) excluait l'enfant de l'étude.

Pour chaque procédure de soin, l'observation a été filmée et visualisée par quatre membres de l'étude.

Cette observation comportait 3 séquences :

- avant le soin, qui est la donnée de base. L'enfant est dans son incubateur, au repos ou éveillé, l'infirmière lui prend simplement la température ;
- pendant le soin ;
- après le soin pendant 30 secondes.

Pour chaque séquence, un score de douleur et de stress a été établi.

Parallèlement à cette observation, un enregistrement des constantes physiologiques a été effectué pendant toute la durée du soin.

## **PROCÉDURE**

Les deux procédures utilisées sont :

### **LA MÉTHODE TLH**

Cette méthode utilise deux techniques de soutien comportemental préconisées dans les soins de développement, à savoir la tétine dont les effets analgésiques et réconfortants ont été reconnus dans différents articles, et la position latérale avec soutien tête-dos-fesses qui permet de préserver la position naturelle du bébé en flexion et qui favorise ainsi la stabilisation motrice et le rassemblement corporel.

A ces deux techniques, nous avons ajouté l'humidification préalable du sparadrapp, qui nous paraissait nécessaire pour un décollement plus aisé.

### **LA MÉTHODE STANDARD**

Cette méthode fait suite à des observations menées, au préalable, au sein de notre unité. Elle est donc le reflet de nos pratiques. Le soin est réalisé sur un enfant installé en position dorsale, sans tétine et sans humidification préalable du sparadrapp.

Les deux procédures sont réalisées dans les mêmes conditions environnementales (sonores et lumineuses).

## **CRITÈRES À ANALYSER**

A chaque temps de l'observation, l'évaluation de la douleur s'est faite avec la grille DAN (échelle de douleur aiguë du nouveau-né, Docteur Carbajal, 1997) qui propose trois items comportementaux (motricité faciale, mouvements du corps, expression vocale de la douleur) avec 4 ou 5 possibilités de réponses, l'évaluation du stress, quant à elle, s'est faite grâce à l'APIB qui est une échelle non standardisée tirée des travaux du Docteur Als et qui nous a permis de coter 18 signes de stress en trois catégories : physiologiques, moteur, attention et interaction.

## **POPULATION**

L'étude a donc inclus 23 prématurés se répartissant en 11 bébés THL (dont 1 exclu pour absence de score) et 12 standards. Les deux groupes sont comparables pour le sexe et le terme, par contre les bébés THL sont de plus petits poids de naissance. Les conditions d'évaluation sont standards pour les deux groupes évalués.

## **RÉSULTATS**

Avant le soin, les scores ne sont pas significativement différents.

Pendant le soin, le score de douleur est plus bas dans la méthode TLH que dans la méthode standard ( $1,5 \pm 2,3$  vs  $6,8 \pm 2,4$  ;  $p < 0,002$ ). Il en va de même pour le stress ( $2,2 \pm 1,5$  vs  $6,3 \pm 1,3$  ;  $p < 0,002$ ).

Après les soins, le score de douleur, dans la méthode TLH, reste plus bas que dans la méthode standard ( $0,0 \pm 0,0$  vs  $2,5 \pm 2,1$  ;  $p < 0,001$ ) de même pour le stress ( $0,3 \pm 0,5$  vs  $3,4 \pm 1,6$  ;  $p < 0,001$ ).

Pour la méthode standard, le changement de moustache apparaît comme douloureux et un certain nombre de signes de stress sont présents. La méthode TLH semble permettre une diminution des signes de stress et de douleur et permet un retour plus rapide de l'enfant vers un état d'équilibre.

	<b>TLH (n = 11)</b>	<b>Standard (n = 12)</b>	<b>Test médiane</b>
Score de douleur (DS)			
Avant soin	0,888 (1,69)	1,80 (3,04)	ns
Pendant	1,50 (2,27)	6,83 (2,36)	$p = 0,002$
Après	0,00 (0,00)	2,50 (2,11)	$p = 3.10^{-5}$
Score de stress (DS)			
Avant soin	2,22 (1,85)	3,30 (2,58)	ns
Pendant	2,20 (1,47)	6,25 (1,28)	$p = 0,002$
Après	0,30 (0,483)	3,41 (1,62)	$p = 10^{-4}$

## **CONCLUSION**

La portée de ces conclusions reste toutefois limitée, du fait du faible échantillonnage.

Néanmoins les résultats mis en évidence sont particulièrement significatifs : 1,50 *versus* 6,83 pour le score de douleur (échelle DAN) pendant le soin. Ce travail nous encourage à poursuivre ce type de prise en charge pour l'ensemble des soins réalisés auprès des enfants de notre unité de soins. Ce type d'étude peut permettre de convaincre les soignants de modifier leurs habitudes de soins.

Car au-delà des résultats, pour nous déjà très prometteurs, cette démarche d'observation nous a permis de prendre le temps de regarder ce que nos tout petits avaient à nous dire et ainsi remettre en question nos procédures devenues des procédures de routine.

Quelle satisfaction de constater qu'avec de petites stratégies, utilisables par tous et qui ne demandent pas plus de temps, nous pouvions considérablement améliorer la qualité de vie de nos tout petits.

Le changement de comportement face à ce soin n'a pas été à ce jour évalué mais l'enveloppement en position latérale et la tétine, au cours d'un soin douloureux, semble de plus en plus faire partie de nos pratiques et de notre quotidien.

## **POUR EN SAVOIR PLUS**

Charpak N., de Calume Z., Hamel A. *La Méthode Kangourou*. ESF, Paris, 1996.

Cukier Hemeury F. Importance de l'adaptation des prématurés pour leur évolution. *Progrès en néonatalogie* 1987 ; 7, 250-257.

Debillon T., Bureau V., Savagner C., Zupan-Simunek V., Carbajal R. Pain management in French neonatal intensive care units. *Acta Paediatr* 2002 ; 91 : 822-826.

Druon C. *A l'écoute du bébé prématuré*. Aubier, Paris, 1996.

Kleberg A., Westrup B. *et al.* Indications of improved cognitive development at one year of age among infants born very prematurely who received care based on the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Early Hum Dev* 2002 ; 68 (2) : 83-91.

Robison L.D. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003 ; 32 (3) : 379-86.

Sizun J., Ratynski N. *et al.* Evaluation of the medical impact of developmental care. *Arch Paediatr* 2002 ; 9 Suppl 2 : 109s-111s.

Sizun J., Westrup B. Early developmental care for preterm neonates : a call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004 ; 89 (5) : F384-8.