



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre Morlanne

***Sage-femme, faire du bien là où ça
fait mal***



*Pour une prise en charge globale de la
douleur chez le nouveau-né lors des
prélèvements sanguins*

Mémoire présenté et soutenu par

THIRIET Myriam

Née le 18 Janvier 1989

Promotion 2009-2013

Université de Lorraine, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre Morlanne

***Sage-femme, faire du bien là où ça
fait mal***



*Pour une prise en charge globale de la
douleur chez le nouveau-né lors des
prélèvements sanguins*

Mémoire présenté et soutenu par
THIRIET Myriam

Née le 18 Janvier 1989

Promotion 2009-2013

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Docteur Hubert, pédiatre, et les sages-femmes cadres enseignantes pour leur aide et leurs conseils au cours de ce mémoire.

Aux cadres sages-femmes et aux sages-femmes ayant participé à l'enquête.

Ma famille et mes amis pour leur soutien pendant toute la durée de ce travail.

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE

Remerciements	p 4
Sommaire	p 6
Préface	p 9
Introduction	p 10
 PREMIERE PARTIE	 p 12
1. Historique de la douleur	p 13
2. Qu'est ce que la douleur ?	p 13
2.1.Physiologie de la douleur	
2.1.1. La douleur dite de nociception	
2.1.2. La douleur neurogène	
2.1.3. La douleur psychogène	
2.2.Douleur chronique vs douleur aiguë	
2.2.1. La douleur chronique	
2.2.2. La douleur aiguë	
3. Les modifications dues à la douleur	p 15
3.1.Les modifications physiologiques et métaboliques	
3.2.Les modifications comportementales	
4. Les facteurs influençant les réactions à la douleur aiguë	p 17
5. Les systèmes de contrôle de l'organisme	p 17
5.1.La théorie du « gate control »	
5.2.Les endomorphines et morphines naturelles	
6. Evaluation de la douleur du nouveau-né	p 18
6.1.Les grilles d'évaluation de la douleur chronique	
6.1.1. La grille d'EDIN	
6.1.2. Autres exemples	
6.2.Les grilles d'évaluation de la douleur aiguë	
6.2.1. DAN	
6.2.2. NFCS	
6.2.3. PIPP	
7. Les antalgiques	p 22
7.1.Le paracétamol	
7.2.L'EMLA®	
7.3.Le glucose 30%	

8. Les solutions non médicamenteuses	p 24
8.1.La prévention	
8.2.La présence des parents	
8.3.Le peau à peau	
8.4.La succion non nutritive	
8.5.L’emmaillotage	
8.6.L’allaitement maternel	
8.7.L’association saccharose-succion	
9. Les prélèvements sanguins	p 26
9.1.Le prélèvement au talon	
9.2.Le prélèvement veineux	
10. Cadre législatif et compétences de la sage-femme	p 28
10.1. Cadre législatif	
10.2. Compétences de la sage-femme	

DEUXIEME PARTIE p 33

1. Méthodologie de la recherche	p 34
1.1.Problématique	
1.2.Hypothèses	
1.3.Objectifs	
1.4.Présentation de la grille	
1.5.Biais et difficultés rencontrées	
2. Résultats de l’étude	p 38
2.1.Le contexte	
2.2.Comparaisons score de douleur	

TROISIEME PARTIE p 53

1. Les résultats de l’étude	p 54
1.1.Des scores de douleur bas dans les deux maternités	
1.2.Eviter les multiples ponctions	
1.3.L’âge gestationnel	
1.4.Multiples méthodes de prise en charge de la douleur	
1.5.L’utilisation de l’allaitement maternel	
1.6.Le stade d’éveil de l’enfant	
1.7.Le sexe de l’enfant	
1.8.Le type de prélèvement	
1.9.Présence des parents ou présence d’une autre personne	
1.10. Le mode d’accouchement	
1.11. Des prélèvements réalisés sans prise en charge de la douleur	
1.12. Deux scores de douleur évalués à 3	
1.13. Synthèse	

2. Proposition d'Utilisation d'une grille de la douleur aiguë en suites de couches au quotidien	p 61
2.1.Un protocole de soin dans chaque service	
2.2.Mise en place d'une grille d'évaluation de la douleur	
2.3.Présence d'un référent douleur dans les services	
2.4.La formation continue	
3. Pour une prise en charge optimale du nouveau-né lors des prélèvements sanguins	p 65
3.1.L'association de plusieurs méthodes	
3.2.La différence entre douleur et inconfort	
3.3.Le problème des facteurs extérieurs	
3.4.Le score d'Apgar	
3.5.Le tabac	
 Conclusion	 p 70
 Bibliographie	 p 71
 Annexes	 p 76
Annexe I	p 77
Annexe II	p 78
Annexe III	p 79
Annexe IV	p 80
Annexe V	p 81
Annexe VI	p 82
Annexe VII	p 84
 Résumé	 p 88

PREFACE

"Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants" (Unesco)

Introduction

Soulager la douleur est devenu une priorité médicale, mais également une priorité politique et publique. Les médias relatent fréquemment les souffrances des adultes; qu'en est-il de celle des enfants et surtout du nouveau-né ?

La souffrance fut longtemps ignorée par l'absence de parole du nouveau-né. De récentes recherches, notamment celles réalisées auprès des enfants prématurés, ont permis aux soignants de mieux comprendre la douleur de l'enfant.

Future professionnelle de santé, je m'intéresse à ce sujet d'actualité. Les trois derniers plans de périnatalité l'ont mis en avant. La lutte contre la douleur de l'enfant doit être une priorité pour tout professionnel soignant exerçant dans les structures de santé.

Au cours de mon cursus, j'ai constaté des différences de prise en charge de la douleur pendant les soins réalisés auprès des nouveau-nés en salle de naissances, en suites de couches et en réanimation néonatale. Certaines pratiques plus efficaces que d'autres m'ont questionnée.

Quelles sont les moyens de prise en charge de la douleur aiguë du nouveau-né ? Les protocoles de soins sont-ils adaptés aux dernières recommandations ? Comment sont-ils appliqués ?

J'ai choisi d'étudier la douleur des nouveau-nés lors des prélèvements sanguins, car tous les enfants y sont confrontés lors de leur séjour en maternité.

Soin banalisé pour nous soignants, la réalité nous rappelle que la douleur est au centre de tout soin.

Afin de travailler sur ce thème, j'ai choisi la problématique suivante : lors des prélèvements sanguins du nouveau-né à terme en séjour à la maternité, de quels moyens dispose la sage-femme afin d'assurer une prise en charge globale de la douleur ?

Pour répondre à cette question, je développerai dans une première partie les données actuelles de la bibliographie concernant le sujet, puis j'expliquerai l'étude menée au sein de deux maternités dans le cadre de ce mémoire et enfin, dans une troisième partie, je tenterai de répondre à cette problématique.

PARTIE 1 :
Les données bibliographiques

1. HISTORIQUE DE LA DOULEUR

Dans les sociétés primitives, la douleur était liée au démon, aux mauvais esprits. Certes, la vision de la douleur a évolué depuis. Néanmoins, la reconnaissance de la douleur du nouveau-né n'est effective que depuis 1987, date où les travaux d'Anand(1) démontrent que les expériences douloureuses vécues par le nouveau-né (né à terme ou prématurément) peuvent modifier le comportement de l'enfant face à la douleur. A partir de 1995, les échelles d'évaluation de la douleur chez l'enfant sont mises en places dans les services.

La prise en charge de cette douleur en maternité date de cette époque.

La question du ressenti des enfants face à la douleur pose débat depuis la fin des années 1980. Grâce à de nombreuses études, et notamment celles menées par le Docteur CARBAJAL et ses collaborateurs (2) (3), on a pu comprendre le fonctionnement de la douleur chez le nouveau-né et ainsi améliorer sa prise en charge.

2. QU'EST CE QUE LA DOULEUR ?

2.1. Physiologie de la douleur (4) (5)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) et l'International Association for Study of Pain (I.A.S.P), la douleur se définit comme « *une expérience subjective sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage* ».

Ainsi, la douleur a deux composantes : une composante émotionnelle et une composante sensorielle. Elle sera différente d'un individu à un autre.

D'un point de vue embryologique, les structures neuro-anatomiques sont présentes et fonctionnelles depuis la 26^{ème} semaine de la vie fœtale. Ainsi, tout nouveau-né, prématuré ou à terme, est capable de ressentir une douleur et de la mémoriser.

La myélinisation permet la transmission des informations vers le cortex cérébral ; elle s'effectue entre la 22^{ème} et la 28^{ème} semaine de gestation. Ainsi, le fœtus comme le prématuré et le nouveau-né perçoivent la douleur, car ils possèdent les récepteurs et les systèmes de transmission de la douleur. Néanmoins, les mécanismes de contrôle de la douleur sont immatures. Ils sont donc fortement démunis face à tout type de douleur. Il est donc important de la prendre en charge et de limiter au maximum tout geste invasif non nécessaire.

Il existe trois types de mécanisme de la douleur.

2.1.1. La douleur dite de nociception

Il s'agit d'un système physiologique qui permet de détecter les stimulations susceptibles de menacer l'intégrité de l'organisme humain. La douleur agit comme un signal d'alarme. Cela détermine un ensemble d'automatismes et de comportements protecteurs, comme par exemple le réflexe de retrait (de la main lors des prélèvements veineux), la recherche d'une protection à travers le « caregiving » ou une conduite d'évitement.

2.1.2. La douleur neurogène

Il s'agit de la principale étiologie des douleurs chroniques. Elles sont liées à une lésion des nerfs périphériques ou du système nerveux central, composé de la moelle épinière et du cerveau. Ces douleurs sont causées par une atteinte du fonctionnement au niveau des voies de la douleur.

2.1.3. La douleur psychogène

Ce sont des douleurs purement psychologiques. Il n'y a pas de cause somatique. Parfois, dans certaines maladies, ces douleurs peuvent avoir des manifestations physiques. Elles sont très difficiles à diagnostiquer et à traiter.

Il est possible de différencier deux sortes de douleur chez le nouveau-né : la douleur chronique et la douleur aiguë.

2.2. Douleur chronique et douleur aiguë

2.2.1. La douleur chronique

Selon l'O.M.S, la douleur chronique est une douleur qui est permanente ou récurrente durant plus de six mois. L'I.A.S.P préfère parler de chronicité au bout de trois mois de douleur récurrente (correspondant au délai de cicatrisation habituel).

2.2.2. La douleur aiguë

Cette douleur relève d'un signal d'alarme de l'organisme envoyé au cerveau suite à une agression. Chez le nouveau-né, elle se manifeste par des cris, des pleurs immédiats. Il existe également des modifications du comportement comme dans la douleur chronique. C'est une douleur récente, transitoire mais souvent intense.

3. LES MODIFICATIONS DUES A LA DOULEUR

Le nouveau-né répond de deux façons différentes à la douleur. Celle-ci peut avoir des conséquences physiques et psychologiques. Ainsi, il existe des modifications physiologiques et métaboliques, ainsi que comportementales.

3.1. Les modifications physiologiques et métaboliques (6) (7)

Lors d'un évènement douloureux, le nouveau-né aura des modifications cardiovasculaires. La réponse la plus rapide et la plus fréquente au phénomène de douleur est une tachycardie. Il peut y avoir des troubles du rythme cardiaque, voire une hypertension dans les quelques minutes suivant le phénomène douloureux.

La douleur chez le nouveau-né entraîne une augmentation de la fréquence respiratoire et une diminution de la saturation en oxygène. Une modification des gaz

du sang peut apparaître. Ainsi, un enfant douloureux aura une PCO₂ augmentée. Les besoins en oxygène sont augmentés.

Il est possible également d'avoir une augmentation de la pression intra crânienne, ainsi qu'une hypersudation au niveau des paumes de la main. Cela est dû à l'excitation du système nerveux sympathique. C'est un fort indicateur de stress et de sur-stimulation.

On notera une augmentation des corticostéroïdes, des catécholamines, de l'hormone de croissance ainsi que du glucagon lors d'un événement douloureux chez le nouveau-né. La sécrétion d'insuline sera diminuée ayant pour conséquence un risque d'hyperglycémie.

3.2. Les modifications comportementales

Les réactions comportementales du nouveau-né face à un événement douloureux sont variées. Elles ont une place importante dans les échelles d'évaluation de la douleur. Cette dernière entraînera pleurs et cris chez l'enfant. C'est la première réaction de l'enfant.

On notera des modifications dans les mouvements du corps. Il y aura une hypertonie des membres par rapport au tronc axial et une contraction des extrémités. Les expressions faciales de l'enfant seront modifiées. On constatera des mouvements du front, des yeux, du sillon naso-labial, de la bouche et de l'oreille.

En cas de répétition du phénomène douloureux, la dimension relationnelle de l'enfant sera modifiée.

Mais en réalité, aucune de ces réactions, physiologiques ou comportementales, n'est spécifique à la douleur ressentie par l'enfant.

4. LES FACTEURS INFLUENÇANT LES REACTIONS A LA DOULEUR AIGÜE

La réponse à la douleur sera corrélée à différents facteurs.

Tout d'abord, l'âge gestationnel. Les enfants prématurés auront des réactions plus vives à la douleur du fait de leur immaturité face à la réponse à la douleur.

Ensuite, le nombre d'épisodes douloureux antérieurs influence la réponse de l'enfant. La répétition de gestes invasifs aura pour conséquence une augmentation de la sensation douloureuse chez le nouveau-né.

De plus, le délai entre deux événements douloureux a toute son importance. Plus ce délai sera long, moins l'enfant aura mal.

Enfin, le respect des phases d'éveil-sommeil permet à l'enfant de mieux gérer la douleur. Lors d'une ponction veineuse, un enfant en éveil calme (celui au cours duquel le nouveau-né « *montre le mieux ses compétences et ses capacités à percevoir et interpréter les informations venues de l'environnement, à s'en protéger dans certains cas, ainsi qu'à manifester ses besoins* ») aura un faciès plus serein qu'un enfant énervé n'ayant pas dormi depuis plusieurs heures.

5. LES SYSTEMES DE CONTROLE DE L'ORGANISME (8) (9)

5.1. La théorie du « gate control »

Les systèmes de contrôle de la douleur ont pour rôle de faciliter ou de bloquer le passage du message nerveux vers les centres supérieurs.

Certaines structures jouent le rôle de filtre et permettent à notre organisme de supporter la douleur. Sans cela, elle est insupportable. L'une de celles-ci se trouve au niveau de la moelle épinière. Cela permet de « filtrer » les informations en direction du cerveau. Concrètement, les fibres alpha et bêta (fibres sensorielles du toucher) exercent une inhibition sur les fibres delta et C (fibres nociceptives) innervant la

même région. Les fibres sensorielles sont plus myélinisées que les fibres nociceptives, elles sont donc plus rapides.

Ainsi, en réalisant un nouveau stimulus (tel qu'un frottement) au niveau d'une région douloureuse, celui-ci inhibe la douleur provoquée par le précédent stimulus.

5.2. Les endomorphines et morphines naturelles

Elles expliquent l'effet antalgique du sucre. En administrant du glucose, on limite le dolorisme de l'enfant par la production d'endomorphines.

Les endomorphines sont libérées naturellement par le système hypothalamo-hypophysaire lors d'un événement douloureux. Il s'agit d'une réponse naturelle du corps humain face à la douleur. Leur but est de générer une sensation de bien-être pour contrer la douleur. Elles jouent donc un rôle d'antalgique naturel.

Il est important de reconnaître la douleur chez l'enfant. Il est également nécessaire de l'évaluer afin de pouvoir la soulager le mieux possible.

6. EVALUATION DE LA DOULEUR DU NOUVEAU-NE (2) (10)

Il s'agit là d'une priorité chez le professionnel de santé. C'est une évaluation qui est permanente et accrue lors de gestes potentiellement douloureux.

L'évaluation de la douleur est clinique. Elle est obligatoire d'un point de vue légal depuis le 4 Mars 2002. Cette loi, dite loi « Kouchner » du code de santé publique, affirme que : *« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »*

Chez le nouveau-né en maternité, elle s'inscrit dans un projet de service.

Evaluer la douleur permet de prévenir, traiter et de la soulager. Une surveillance particulière sera mise en place chez un enfant né par forceps ou ventouse par exemple. Elle est également nécessaire lors de la réalisation des prélèvements sanguins, des vaccins... L'évaluation est un moyen essentiel pour adapter le traitement à l'enfant.

La douleur peut provoquer des modifications de comportement chez le nouveau-né. Tout changement de comportement sera à inscrire dans le dossier soin de l'enfant afin d'assurer une continuité dans son suivi médical et dans les soins.

L'évaluation de la douleur du nouveau-né est possible grâce aux différentes grilles d'évaluation. Il en existe plusieurs et chacune possède ses spécificités. Une grille d'évaluation est applicable en service si elle est validée par des comités d'experts. Elle doit être adaptée à l'âge de l'enfant.

Une grille d'évaluation de la douleur permet d'établir ou de confirmer l'existence d'une douleur, ainsi que de constater son intensité. Le traitement antalgique mis en place sera fonction du score de douleur; il sera à adapter par la suite. Certaines grilles sont spécifiques aux services de néonatalogie; d'autres peuvent être utilisées en service de suites de couches.

Parmi ces grilles, ils existent notamment :

- La grille d'évaluation de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né (EDIN). (Annexe I)
- La grille de la douleur aiguë du nouveau-né (DAN). (Annexe II)
- L'échelle Neonatal Facial Coding System (NFCS). (Annexe III)
- La grille Premature Infant Pain Profile (PIPP). (Annexe IV)

6.1. Les grilles d'évaluation de la douleur chronique

6.1.1. La grille d'EDIN (11)

Cette grille est utilisable chez le nouveau-né hospitalisé à terme (c'est-à-dire né après 37 semaines d'aménorrhées) ou prématuré. Elle est utilisée dans le cadre de douleurs chroniques ou lors de la répétition de gestes douloureux.

Elle nécessite un temps d'observation de l'enfant long (entre 4 et 8 heures). Si le score dépasse 4, un traitement antalgique est nécessaire.

Cette grille se fonde sur l'observation clinique de l'enfant ainsi que sur son comportement.

6.1.2. Autres exemples

D'autres grilles d'évaluation de la douleur existent. On peut notamment citer la grille D'Amiel-Tison qui concerne les douleurs post opératoire chez l'enfant à partir de 1 mois.

6.2. Les grilles d'évaluation de la douleur aiguë

6.2.1. DAN (2)

Cette échelle permet d'évaluer la douleur d'un nouveau-né à terme ou prématuré lors d'un geste invasif. Elle peut s'utiliser jusqu'à l'âge de trois mois. Elle cote la douleur de 0 à 10. Elle prend en compte trois dimensions de la douleur :

- l'expression faciale,
- les mouvements de l'enfant,
- l'expression vocale.

6.2.2. NFCS (Neonatal facial coding system) (12)

Cette grille d'évaluation est utilisable chez le nouveau-né à terme et chez le prématuré, afin d'évaluer une douleur aiguë provoquée par un geste invasif. Elle se base sur les expressions faciales de l'enfant. Elle s'emploie jusqu'aux 18 mois de l'enfant. Facile d'utilisation, elle comprend 4 items :

- sourcils froncés,
- paupières serrées,
- sillon naso-labial accentué,
- ouverture des lèvres.

Une réponse positive de l'enfant donne 1 point sur l'échelle. Une réponse antalgique est à envisager dès que le score est égal ou supérieur à 1.

6.2.3. PIPP (Premature infant Pain Profile) (13)

Comme son nom l'indique, cette échelle s'utilise chez l'enfant prématuré. Elle est composée de sept items:

- trois items sont basés sur le comportement de l'enfant : plissement des paupières, plissement du sillon naso-labial, froncement des sourcils,
- deux sur les changements physiologiques: saturation en oxygène minimum, fréquence cardiaque maximum,
- deux s'intéressant au contexte : âge gestationnel de l'enfant et état de veille et de sommeil.

Après avoir évalué la douleur du nouveau-né, il est important de pouvoir la soulager, chose possible avec des antalgiques et des moyens non médicamenteux.

7. LES ANTALGIQUES (14)

La douleur est un symptôme qu'il est nécessaire de traiter. La recherche de l'étiologie de la douleur ne doit en aucun cas retarder la prise en charge de celle-ci.

La prescription d'antalgiques doit être faite par un médecin ou par une sage-femme, dans la limite de leurs compétences décrites dans le code de déontologie. Dans certains services, lors de certains soins fréquents, des protocoles de prises en charge de la douleur ont été mis en place. L'administration de l'antalgique peut être réalisée par un médecin, une sage-femme, une puéricultrice ou une infirmière diplômée d'état (I.D.E). Afin d'assurer une traçabilité, l'administration d'antalgiques sera inscrite dans le dossier médical de l'enfant.

Voici une description des principaux antalgiques utilisés dans la lutte contre la douleur du nouveau-né en service de suites de couches.

7.1. Le paracétamol

Il s'agit d'un antalgique de niveau I. Son utilisation se réalise sur prescription médicale. Il peut être administré par voie orale, rectale, et intra veineuse. Son indication la plus fréquente en maternité est la prévention de la douleur du nouveau-né suite à un accouchement dystocique ou à un traumatisme. Il est administré en systématique au cours des quarante-huit premières heures de vie de l'enfant.

Les doses prescrites sont à respecter afin d'éviter tout surdosage. La dose maximale chez un enfant à terme est de 60mg par kilogramme par jour en quatre prises minimum (4x15mg).

7.2. L'EMLA®

L'EMLA® est plus particulièrement employée en services de néonatalogie et de pédiatrie. Depuis la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de juillet 2011, les sages-femmes ont le droit de prescrire et d'utiliser ce moyen thérapeutique.

L'EMLA® est un mélange de lidocaine et de prilocaine.

Le temps de pose est de 60 minutes au minimum. Il est possible de l'employer lors de la réalisation des prélèvements sanguins.

Pour les enfants à terme, de 0 à 3 mois, les bonnes pratiques conseillent d'utiliser de la pommade EMLA® en appliquant de 0,5 à 1g, c'est-à-dire une noisette sur le lieu de ponction. Il faut par avance repérer le site de ponction.

7.3. Le glucose 30%

Des études, comme celles du Dr CARBAJAL (15) (16), prouvent que l'utilisation de solutions sucrées, lors des soins douloureux réalisés chez les enfants, atténue leur douleur. Il est néanmoins nécessaire d'en connaître l'utilisation. En effet, les doses recommandées sont de 0,24 à 0,50g de G 30% chez l'enfant à terme, ce qui correspond à 2ml maximum. De plus, un délai d'attente de 2 minutes est nécessaire entre l'administration du produit et le début du soin, afin de bénéficier d'une analgésie maximale. Celle-ci aura une durée de 5 à 7 minutes environ, d'où l'importance d'organiser avant de débiter le soin.

En complémentarité des solutions médicamenteuses existantes, des méthodes non médicamenteuses peuvent être utilisées afin de prévenir et de soulager la douleur du nouveau-né.

8. LES SOLUTIONS NON MEDICAMENTEUSES

8.1. La prévention

C'est le premier moyen d'action. Elle passe par la non-systématisation des gestes. La répétition du geste est évitée en regroupant, par exemple, les prises de sang avec le prélèvement pour le dépistage des maladies métaboliques. Evidemment, toutes ces procédures sont à exécuter dans les limites de l'urgence pour la santé de l'enfant.

La douleur du geste peut être diminuée en planifiant le geste, afin d'assurer une prise en charge optimale de la douleur de l'enfant au moyen de solutions analgésiques.

8.2. La présence des parents

Cette présence lors du soin apaise l'enfant. Par leurs paroles, leurs gestes, les parents sont une source de réconfort pour le nouveau-né. Il s'agit là d'un élément familial de l'enfant.

Néanmoins, il ne faut jamais obliger un parent à assister à un soin; il faut lui proposer. Il n'est jamais facile d'entendre son enfant pleurer ou même de voir le soin.

8.3. Le peau à peau

Le bercement ou le peau à peau est une méthode simple et efficace. Elle permet de rassurer l'enfant. Le peau à peau est plus efficace si celui-ci est réalisé auprès de la mère ou du père. De manière générale, tout soin réalisé dans un endroit habituel de l'enfant et auprès de ses parents apaise celui-ci. Cela permet au soignant de réaliser son soin dans de meilleures conditions.

8.4. La succion non nutritive

La succion dite non nutritive d'une tétine a des effets antalgiques et analgésiques chez l'enfant. En effet, une étude de Field en 1984 (17) démontre qu'elle diminue les pleurs, l'agitation, et restaure un rythme cardiaque normal chez l'enfant.

Elle favorise en effet la libération d'endomorphines naturelles chez le nouveau-né, atténuant ainsi la sensation de douleur en jouant un rôle d'antalgique.

8.5. L'emmaillotage

Cette technique permet de rassurer l'enfant. En l'entourant, on lui rappelle son état fœtal antérieur. Ce moyen est très utilisé en service de néonatalogie lors des soins. Il permet également de maîtriser plus facilement l'enfant. L'emmaillotage permet de calmer l'enfant. Actuellement, elle est toujours employée par certaines cultures à travers le monde, comme en Europe de l'Est, au Népal et dans les régions de la Cordillère des Andes.

8.6. L'allaitement maternel (7)

Le lien maternel avec son enfant n'est plus à prouver. Ici encore, ce lien a toute son importance. Réaliser des prélèvements sanguins lors de l'allaitement maternel soulage le nouveau-né. Celui-ci se sent plus rassuré car la libération des endorphines, la satiété, génèrent un bien-être qui estompe la douleur. Les scores de douleur sont nettement diminués dans des études réalisées. La revue cochrane (18) a référencé onze études où l'effet antalgique de l'allaitement maternel était comparé à un placebo, une solution sucrée, au portage ou à une tétine. De nombreuses maternités utilisent cette technique afin d'améliorer la prise en charge de l'enfant. Les premiers retours d'enquêtes montrent une amélioration de la douleur du nouveau-né. La réalisation du soin dans un environnement connu, moins médical, peut diminuer le facteur de stress de l'enfant et de la mère. Les règles d'hygiène sont à respecter lors de la réalisation de ce soin, afin d'assurer un prélèvement en toute sécurité.

8.7. L'association saccharose-succion (19) (20)

Des études, principalement celles du Dr CARBAJAL (16), ont démontré l'efficacité de cette association dans la diminution du score de douleur chez l'enfant à terme et chez le prématuré. Actuellement, cette méthode non médicamenteuse de gestion de la douleur du nouveau-né est reconnue pour être la plus efficace. La libération d'endorphines naturelles est plus importante lors de l'emploi de cette méthode, par rapport à toutes les autres utilisées lors de la lutte contre la douleur du nouveau-né.

Dans le cadre de ce mémoire, le soin choisi pour évaluer les pratiques professionnelles concernant la lutte contre la douleur aigüe du nouveau-né est le prélèvement sanguin. Il existe deux techniques: le prélèvement capillaire et le prélèvement veineux.

9. LES PRELEVEMENTS SANGUINS

9.1. Le prélèvement au talon

Employée pendant de nombreuses années, cette technique était surtout utilisée lors du test pour le dépistage des maladies métaboliques et lors de la surveillance des glycémies. Pourtant, ces dernières années, des études ont montré des risques de nécrose du talon lors de la répétition du geste.

Il existe deux lieux de ponctions au niveau du talon. Ce sont les bords latéraux de celui-ci. Le reste du pied est constitué de fibres sensitives très sensibles à la douleur. Afin de pouvoir prélever la quantité nécessaire pour le test, il est nécessaire d'utiliser une languette de prélèvement adaptée au nouveau-né.

Le schéma suivant montre les zones où le prélèvement capillaire est autorisé.



soins.hug-ge.ch

9.2. Le prélèvement veineux

Le prélèvement en veineux au niveau de la main de l'enfant est actuellement la technique de référence, afin d'effectuer des bilans sanguins chez le nouveau-né au niveau d'une veine périphérique superficielle.

La technique peut paraître simple. Elle semble moins douloureuse pour l'enfant. Elle permet de prélever une plus grande quantité de sang, ce qui est utile lors de multiples examens.

Un apprentissage du soin est utile afin de le réaliser dans les meilleures conditions. En effet, il n'est pas évident de prélever chez de jeunes enfants en raison du réseau veineux fragile. De plus, l'opérateur doit être confortablement installé.

La technique en elle-même repose sur une asepsie rigoureuse, une bonne installation. L'opérateur repère par avance la meilleure veine. La main peut être réchauffée entre les mains du soignant. La présence des parents est autorisée lors du soin. Elle permet de réconforter l'enfant lors du geste. Il est cependant important d'informer les parents du déroulement du soin.

Lors du soin, la main de l'enfant sera maintenue. On réalisera un badigeon antiseptique du lieu de ponction. Puis, à l'aide d'une aiguille à épicroténienne de 20 à 25 gauges, l'opérateur réalisera la ponction. Afin d'éviter un hématome suite à la ponction, il est possible de mettre de l'hémoclar[®] (une noisette) et un pansement dans le but d'éviter l'entrée de germe.

Le choix entre ces deux techniques (prélèvement capillaire et prélèvement veineux) dépend bien évidemment des compétences de l'opérateur. Lors du prélèvement pour le dépistage des maladies métaboliques, il existe désormais une case à cocher afin de préciser la technique de ponction. En effet, des faux positifs et négatifs ont été relevés il y a quelques années. La quantité de sang absorbée par le papier buvard varie en fonction du type de ponction. Par ponction veineuse, il semble que la quantité de sang soit inférieure. Il est donc nécessaire de réaliser des calibrages différents selon la méthode afin d'assurer des résultats corrects au dépistage. La qualité de lecture et de résultat en sera améliorée.

10. CADRE LEGISLATIF ET COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME

10.1.Cadre législatif (21) (22) (23) (24) (25)

La loi française oblige les soignants à prendre en charge la douleur des patients. En ce qui concerne la douleur des enfants, ces lois sont venues plus tardivement, du fait de la méconnaissance de la physiologie de la douleur. Néanmoins, depuis quelques années, la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé est devenue une priorité nationale à travers les plans de santé.

Outre la loi de 4 mars 2002, d'autres textes affirment cette priorité.

La charte de la personne hospitalisée, exprimée dans une circulaire du 2 Mars 2006, et notamment dans son point numéro 2, déclame que : « ***Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.*** »

Cette charte réaffirme la nécessité de la prévenir et de la soulager. Cette nécessité incombe à tous les soignants en contact avec le patient.

Une charte spécifique à l'enfant hospitalisé (annexe V) a été rédigée en 1988 à Leiden. Dans le point numéro 5 est expliqué que: « ***on évitera tout examen ou***

traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur. » De plus, au point numéro 9 de cette charte, il est précisé que: « *l'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins apportés à chaque enfant.* ». Cela est applicable lors des prélèvements sanguins chez l'enfant. De nombreux audits réaffirment la nécessité de regrouper les prélèvements sanguins, avec le dépistage des maladies métaboliques par exemple, afin d'éviter de multiples ponctions à l'enfant, ainsi qu'un phénomène de mémorisation.

La présence d'un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) au sein de tout établissement de santé a été préconisée par le 2^{ème} plan de lutte contre la douleur (2002-2005). Il est aussi vivement conseillé que chaque service dispose d'un référent douleur. Celui-ci est invité à l'élaboration des protocoles de soins spécifiques à la douleur. Ses missions (annexe VI) sont diverses et variées. Il a, par ailleurs, pour mission de « *susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.* »

Lors de ce 2^{ème} plan de lutte contre la douleur, et surtout lors du 3^{ème} portant sur les années 2006-2010, le gouvernement a émis une priorité concernant la douleur de l'enfant. Le 3^{ème} plan cherche des moyens pour « *améliorer la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, développer les formes pédiatriques d'antalgiques et mieux dépister et traiter les douleurs chroniques.* »

10.2.Compétences de la sage-femme (26) (27)

D'après le code de déontologie de la sage-femme dont la dernière publication date de juillet 2012, « *la sage-femme exerce la mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.* » (Titre premier, article 2.). De plus, elle est capable de prendre en charge et d'assurer un suivi de l'enfant, de la naissance jusqu'à la visite post natale six semaines après la naissance.

Ces compétences spécifiques sont précisées par l'article R 4127-318 :

« I. Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :[...]

d) Le nouveau-né ; »

[...]

« 2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer : [...]

f) Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né »

De plus, l'article R 4127-325 du code de déontologie exprime les devoirs de la sage-femme envers les patientes ainsi que les nouveau-nés.

« Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. »

Pour résumer, elle est là pour accueillir la dyade mère enfant. Elle doit être en mesure de dépister, diagnostiquer les signes de pathologies chez l'enfant, et également de réaliser une réanimation néonatale immédiate en attente de l'équipe pédiatrique. En secteur de suites de couches, elle suit l'évolution de l'enfant, sa prise de poids, son alimentation, et elle surveille la survenue d'ictère.

Dans ce cadre, la sage-femme peut réaliser des soins aux nouveau-nés. Elle bénéficie également d'un droit de prescription de certains médicaments, dont les dosages sont établis par des protocoles de soins.

Ainsi, la sage-femme peut réaliser des ponctions veineuses et capillaires dans le but de dépister une hypoglycémie, de surveiller la survenue d'un ictère, déterminer le groupe sanguin d'un enfant, mais également pour le dépistage des maladies métaboliques entre autres.

Afin de prévenir la douleur provoquée par ces prélèvements, la sage-femme a la possibilité de prescrire certains médicaments chez le nouveau-né. Le droit de prescription des anesthésiques locaux tels que l'EMLA[®], les antalgiques tels que le paracétamol oral ou rectal est défini par l'arrêté du 12 octobre 2011 publié au Journal officiel le 20 octobre 2011.

De plus, la sage-femme est invitée à se former et à se documenter fréquemment dans le cadre de la formation continue. Ces dispositions figurent dans la loi HPST datée du 21 Juillet 2009. Cette formation est une obligation professionnelle. Ainsi, la sage-femme ne peut méconnaître les dernières recommandations, notamment en ce qui concerne la prise de la douleur. Un diplôme universitaire sur le sujet de la douleur est ouvert aux sages-femmes. Cette formation se réalise en un an. La sage-femme peut, si elle le souhaite, être référent douleur dans le service dans lequel elle exerce et ainsi participer aux réunions du CLUD de l'établissement.

Voici un extrait de la loi HPST expliquant pourquoi les sages-femmes doivent réaliser une formation continue :

« Les objectifs de ce nouveau dispositif de développement professionnel continu, applicable à l'ensemble des professionnels de santé, sont les suivants :

- évaluation des pratiques professionnelles***
- perfectionnement des connaissances***
- amélioration de la qualité et de la sécurité des soins***
- prise en compte des priorités de santé publique***
- maîtrise médicalisée des dépenses de santé***

Le DPC constitue une obligation pour les sages-femmes (art. L.4153-1 du code de la santé publique).

L'entrée en vigueur de ce nouveau dispositif est subordonné à la publication de décrets d'application prévus par loi qui doivent notamment déterminer les modalités selon lesquelles les sages-femmes devront satisfaire à leurs obligations de DPC, les critères de qualité des actions qui leur seront proposés et l'organisation du système de DPC. »

PARTIE 2 :

L'étude

1. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1.1. Introduction

Dans le but d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles et de comprendre la façon dont la sage-femme prend en charge la douleur pouvant être provoquée par une ponction veineuse ou capillaire chez un nouveau-né, j'ai décidé de réaliser une série d'observations du soin à l'aide de la grille NFCS. Celles-ci seront complétées par les éléments du dossier médical de l'enfant. De plus, je m'intéresse également aux éléments extérieurs et à la technique de prise en charge de la douleur.

1.2. Problématique

Le but de cette étude est de répondre à la problématique de ce mémoire : «Lors des prélèvements sanguins du nouveau-né à terme en séjour à la maternité, de quels moyens dispose la sage-femme afin d'assurer une prise en charge globale de la douleur ?»

1.3. Hypothèses

Les hypothèses pouvant répondre à cette question sont les suivantes :

- La sage-femme a des connaissances initiales sur le sujet.
- La sage-femme dispose de moyens non médicamenteux.
- La sage-femme dispose également de moyens médicamenteux pour prévenir et traiter la douleur. Ceux-ci sont à adapter à l'enfant.

1.4. Objectifs

Les objectifs de ce mémoire sont :

- Attirer l'attention des professionnels de santé et en particuliers des sages-femmes sur la nécessité de :
 - Prévenir la douleur du nouveau-né lors des soins.
 - Traiter cette douleur.
- Mettre en place une grille d'évaluation de la douleur aiguë dans le dossier nouveau-né.

1.5. Présentation de la grille

Ce mémoire a été réalisé dans le but de comprendre les divers moyens de prise en charge de la douleur aiguë du nouveau-né lors des prélèvements sanguins.

L'utilisation de la grille d'observation NFCS semble justifiée. Celle-ci prend en compte la douleur aiguë de l'enfant né à terme. Elle est simple d'utilisation, peu complexe.

Elle possède quatre items : sourcils froncés, paupières serrées, sillon naso-labial accentué et ouverture des lèvres. En cas de présence d'un élément, l'item est compté un. En cas de score supérieur à 1, la prise en charge de la douleur initiale est inefficace. Elle doit être complétée par une autre méthode antalgique.

ECHELLE NFCS : Neonatal Facial Coding System

élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin invasif chez le nouveau-né
Chaque item est coté absent (0) ou présent (1) au cours de l'acte douloureux.
Score maximum de 4.

JOUR														
ACTE DE SOIN														
HEURE														
Sourcils froncés														
Paupières serrées														
Sillon naso-labial accentué														
Ouverture des lèvres														
SCORE														

Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates : facial action and cry. Pain 1987, 28 : 395-410
Grunau RVE, Craig KD, Drummond JE. Neonatal pain behaviour and perinatal events : implications for research observations. Can J Nursing Research 1989, 21 : 7-17
Grunau RVE, Oberlander T, Holsti L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonate. Pain 1998, 76 : 277-286.
Traduction *Pédiadol* 2000

Des éléments du dossier médical de l'enfant sont venus compléter la grille, en particulier le sexe de l'enfant, son âge gestationnel, le mode d'accouchement de l'enfant et la raison du soin. L'outil d'enquête dans son intégralité se trouve en annexe VII.

La population étudiée

L'étude porte sur les enfants nés à terme, chez qui un ou plusieurs prélèvements sanguins sont réalisés au cours du séjour. Tous les nouveau-nés seront inclus dans l'enquête quelle que soit la voie d'accouchement. 60 enfants nés à terme ont été observés dans l'étude. Ayant eu l'occasion d'étudier le comportement de quatre enfants prématurés (36 S.A), j'ai décidé de les inclure dans une question afin de confirmer les hypothèses.

La réalisation de l'enquête

L'enquête s'est déroulée du mois de novembre 2012 à Janvier 2013 au sein de deux maternités du CHR de Metz Thionville, l'hôpital maternité de Metz et à la maternité de Thionville. Ces deux établissements sont des centres de niveau 2B. L'étude est réalisée dans les quatre secteurs de suites de couches. Au cours de l'étude les maternités seront nommées A et B dans un souci d'anonymat.

J'ai réalisé moi-même l'ensemble des observations.

Le nouveau-né

En m'intéressant au sexe du nouveau-né ainsi qu'à son âge gestationnel, je m'interroge sur l'existence d'une différence de sensibilité à la douleur selon ces critères.

Il est important de connaître la voie d'accouchement de l'enfant afin de savoir si celui-ci ressent davantage des sensations douloureuses après une naissance plus traumatique.

Enfin, il me semble justifié de m'interroger sur le comportement de l'enfant avant le soin, afin de mieux évaluer les biais du score de douleur.

Le soin

L'environnement extérieur, comme le lieu du soin ainsi que le lieu de prélèvement chez le nouveau-né, peut apporter des éléments complémentaires et être corrélé au score de douleur.

Tous types de ponctions, capillaires ou veineuses, sont sources d'observations.

La douleur est évaluée avant, pendant et après le soin. Cette triple observation permet d'évaluer la prise en charge de la douleur.

Afin de compléter l'étude, la présence d'un ou des parents est à mentionner.

Enfin, je m'intéresse aux moyens de prise en charge qui est à corréler avec le score de douleur.

1.6. Biais et difficultés rencontrées

Soixante-quatre observations ont été réalisées, dont quatre concernent des enfants prématurés. Ceux-ci ont été exclus dans l'étude. Néanmoins, afin d'appuyer ma réflexion, j'ai décidé de présenter leurs résultats de douleur en comparaison des enfants nés à terme.

De plus, la présence d'un observateur a pu influencer la sage-femme d'une façon ou d'une autre.

Dans la maternité B, les observations se sont déroulées uniquement le matin à 7H15.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

Au cours de mon étude, 64 enfants ont été observés afin de bénéficier d'un échantillon représentatif. Dans le but d'éviter tout biais, chaque maternité comporte un nombre égal d'observations.

Tous les prélèvements ont été réalisés par les sages-femmes.

L'ensemble des prélèvements observés étaient veineux, excepté les glycémies prélevées par ponction capillaire.

2.1. Le contexte

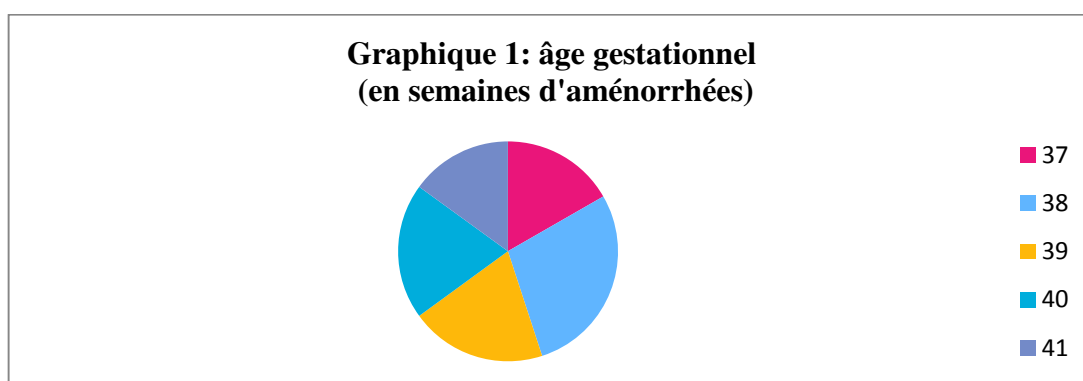
Le sexe

28 filles et 32 garçons ont été concernés par l'étude.

L'âge gestationnel

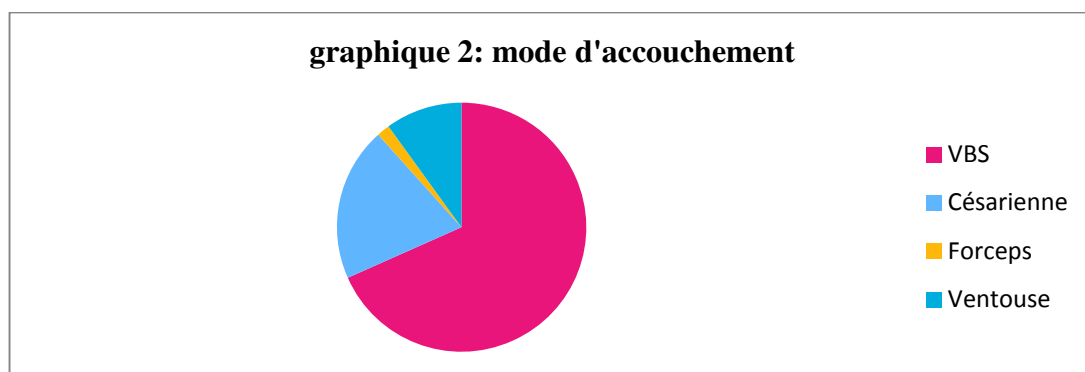
Hormis les quatre enfants nés à 36 semaines d'aménorrhées (S.A), les autres enfants étaient âgés de 37 S.A à 41 S.A.

1,7/10 étaient âgés de 37 S.A ; 2,8/10 de 38S.A ; 2/10 de 39 S.A ; 2/10 de 40 S.A et 1.5/10 de 41 S.A.



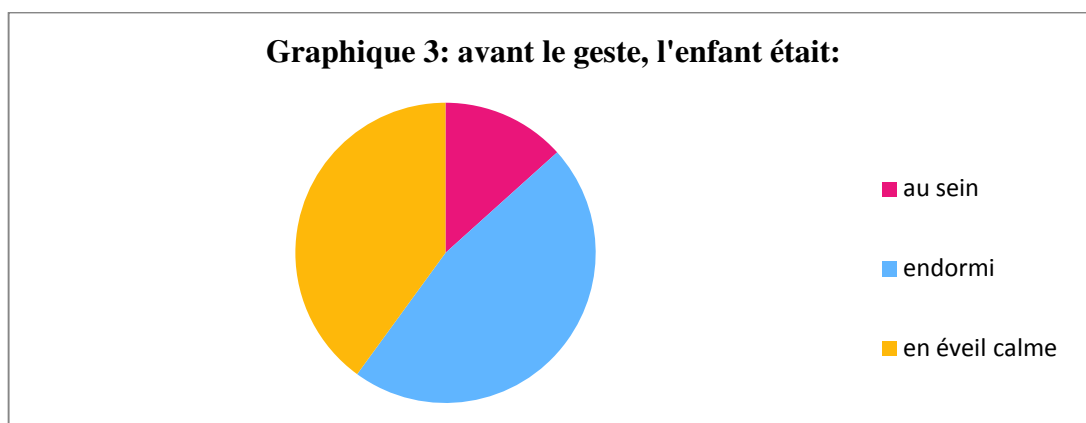
Le mode d'accouchement

Les naissances par voie basse spontanée (V.B.S) concernaient 6,8 enfants sur 10. Les nouveau-nés dont la naissance fut dystocique étaient au nombre de 3,2/10.



La situation de l'enfant avant le soin

Avant le geste, aucun des enfants n'était agité. 4/10 des nouveau-nés étaient en éveil calme, 4,7/10 étaient endormis et 1,3/10 étaient au sein.



Le lieu du soin

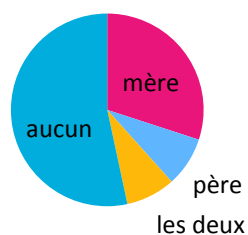
Le soin s'est déroulé 55 fois en pouponnière et 5 fois dans la chambre de la mère.

La présence des parents

Lors des observations, 18 mères étaient présentes auprès de leur enfant. A 5 reprises, le père de l'enfant était présent lors du soin et 5 couples de parents ont assisté au prélèvement. Pour 32 prélèvements, aucun des parents n'était présent.

Ainsi, dans 5,4/10 des cas, aucun des parents n'était présent.

Graphique 4: présence des parents



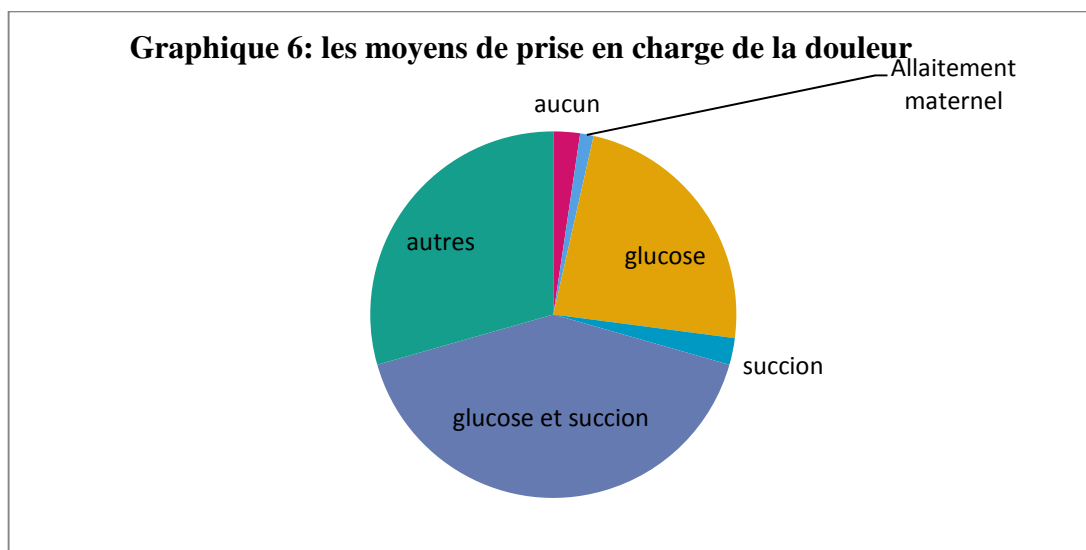
Néanmoins, ces constatations sont à nuancer. En effet, dans la maternité B, aucun des parents n'était présent lors du soin.

Dans la maternité A, 6/10 des mères et 1,7/10 des pères étaient présents. 1,7/10 des deux parents assistaient au prélèvement et 0,6/10 des parents étaient absents lors du soin.

Graphique 5: présence des parents à la maternité A



Les moyens de prise en charge de la douleur du nouveau-né



Divers moyens de prise en charge ont été utilisés par les sages-femmes au cours de l'enquête.

Le glucose seul a été donné lors de 20 prélèvements tandis que la succion seule a été utilisée 2 fois. L'association glucose-succion a été employée à 35 reprises.

Un seul prélèvement a été réalisé lors d'une mise au sein. Dans 25 observations, une autre méthode a été utilisée en plus du glucose ou de la succion.

2 prélèvements ont été observés sans qu'aucun moyen de prise en charge de la douleur ne soit instauré.

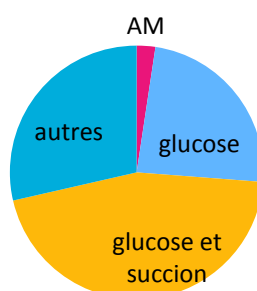
D'autres moyens de prise en charge ont été employés par les sages-femmes, tels que le chant, la parole, la présence d'une autre personne.

Des différences de prise en charge de la douleur du nouveau-né sont constatées selon les maternités.

Ainsi, dans la maternité A, lors des prélèvements, le glucose seul a été utilisé à 10 reprises, l'association glucose-succion 19 fois et l'allaitement maternel (A.M) une fois.

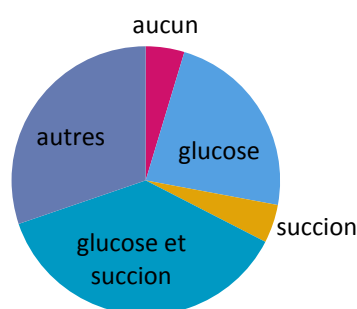
D'autres moyens de prise en charge ont été employés dans 12 cas.

Graphique 7: les moyens de prise en charge de la douleur dans la maternité A.



Dans la maternité B, Les sages-femmes ont employé à 10 reprises le glucose seul, la succion seule 2 fois et l'association glucose-succion 16 fois. D'autres méthodes de prise en charge ont été utilisées à 13 reprises. Lors de deux observations, aucun moyen de prise en charge de la douleur n'a été donné.

Graphique 8: les moyens de prise en charge de la douleur dans la maternité B.



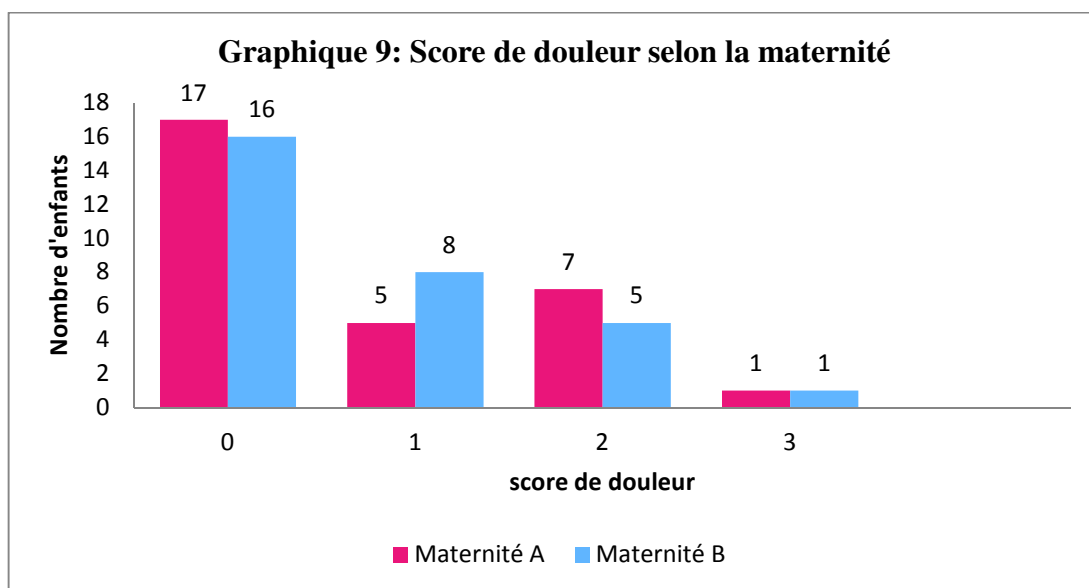
Les types de prélèvements

57 observations ont été réalisées lors d'un prélèvement veineux et 3 lors d'un prélèvement capillaire. Ces derniers ne concernent que des glycémies.

2.2. Comparaisons score de douleur

Lors des observations réalisées, aucun des enfants ne présente de score supérieur à 3.

Le score de douleur aiguë du nouveau-né selon la maternité



Afin de mieux comprendre les différences de douleur selon les critères étudiés, les résultats sont présentés séparément selon les maternités.

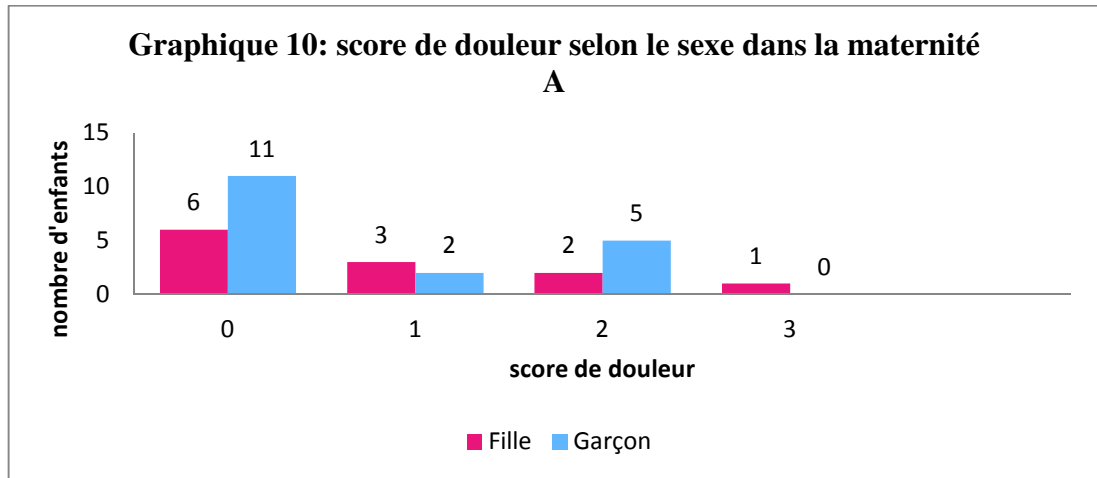
Différence de douleur selon le sexe de l'enfant

En moyenne, 5,7/10 des filles et 5,3/10 des garçons ont un score de douleur évalué à 0. Une fille avait un score de douleur coté à 3 dans la maternité A de même qu'un garçon dans la maternité B.

Le score de douleur moyen est de 0,64 pour les filles et de 0,72 pour les garçons.

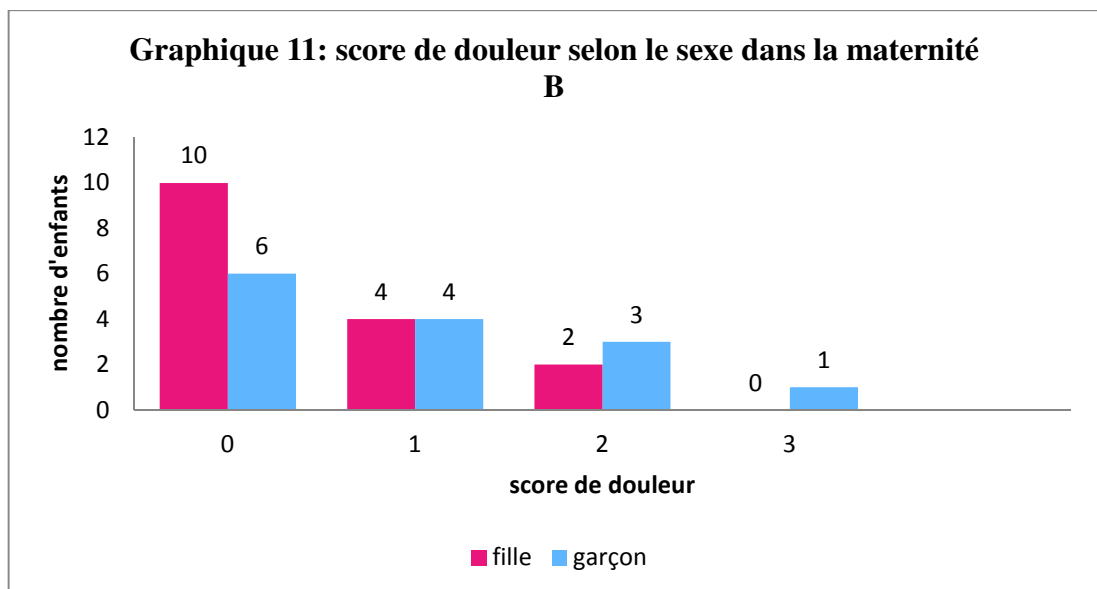
- Maternité A

Dans la maternité A, le score moyen de douleur est de 0,83 pour les filles et de 0,66 pour les garçons.



- Maternité B

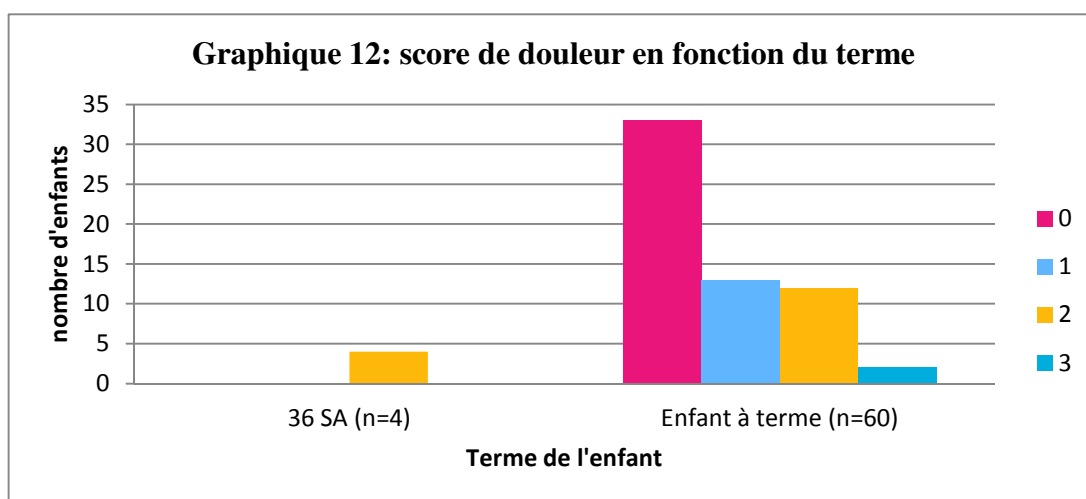
Dans la maternité B, le score de douleur moyen pour les filles est de 0,5 et pour les garçons, il est de 0,78.



Différence de douleur selon l'âge gestationnel

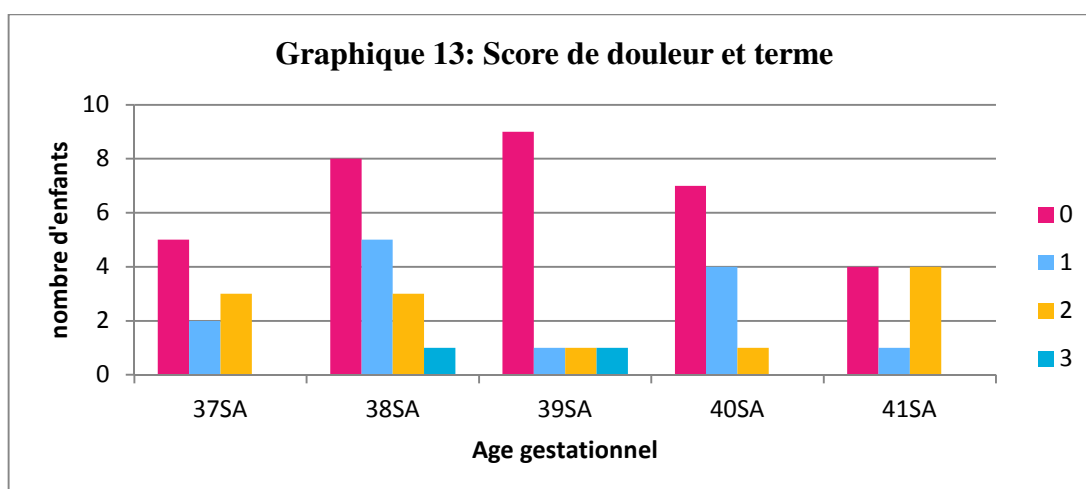
Ce graphique présente les scores de douleur selon le terme de l'enfant.

Ainsi, les quatre nouveau-nés prématurés (nés à 36 S.A) ont tous un score de douleur évalué à 2 lors des prélèvements.



Pour les enfants nés à terme, les scores moyens de douleur sont :

- Pour les 37 S.A : 0,8
- Pour les 38 S.A : 0,82
- Pour les 39 S.A : 0,5
- Pour les 40 S.A : 0,5
- Pour les 41 S.A : 1



Douleur et type de prélèvement

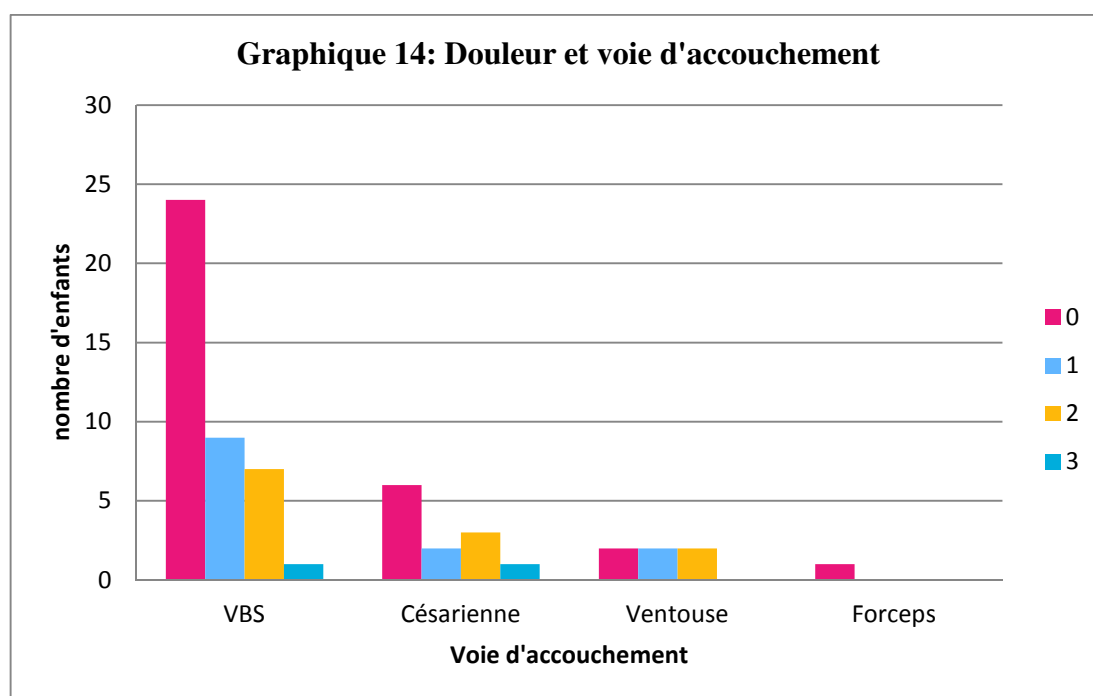
Les trois prélèvements capillaires observés dans les deux maternités ont eu un score de douleur de 0.

Score de douleur et voie d'accouchement

Dans la maternité A, aucun enfant n'est né par forceps.

Les scores de douleur lors des prélèvements réalisés au cours de l'enquête étaient de :

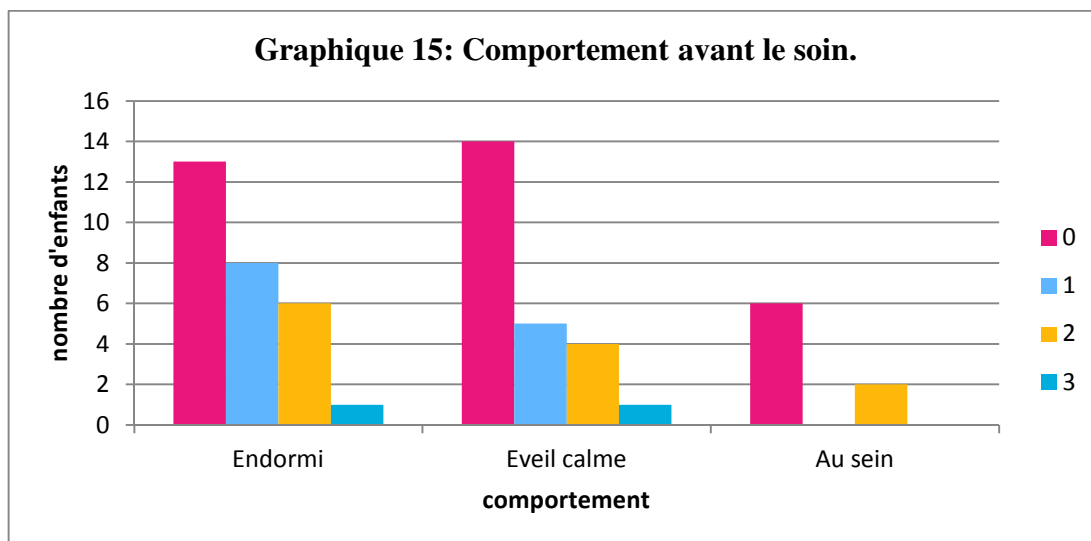
- Pour les enfants nés par voie basse spontanée (V.B.S) : 0,63
- Pour les enfants nés par césarienne : 0,91
- Pour les enfants nés par ventouse : 1
- Une seule observation a été réalisée chez un enfant né par forceps. Son score de douleur était de 0.



Score de douleur et stade d'éveil

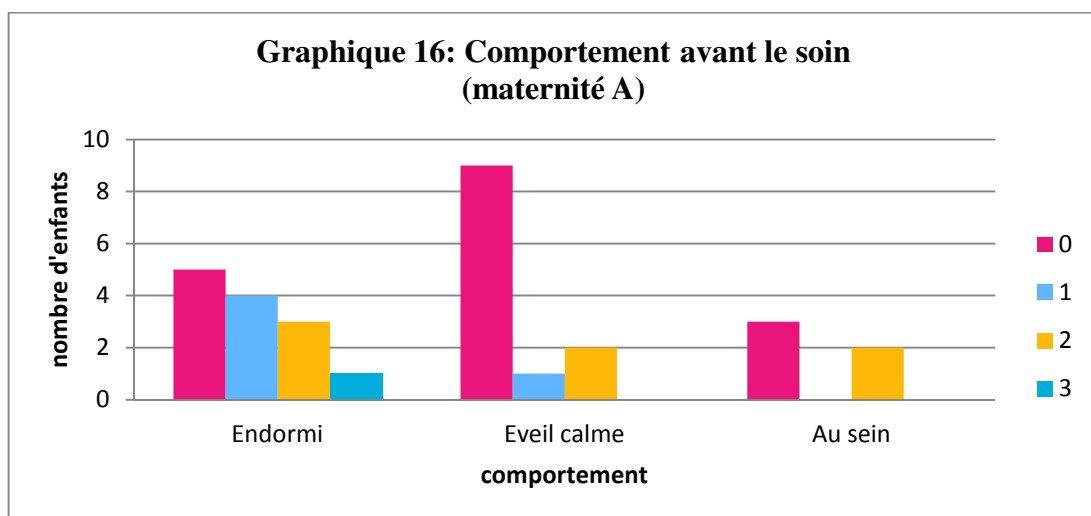
Les enfants endormis avant le geste avaient un score de douleur de 0,82 en moyenne, tandis que ceux en éveil calme avaient 0,66.

Sur les 8 enfants alimentés au sein avant le soin, 6 d'entre eux ont obtenu un score de douleur évalué à 0, les 2 autres enfants ont eu un score à 2. Ceci représente un score de douleur moyen de 0,5.



Dans le but de mieux cerner les différences de prises en charge dans les maternités A et B, j'ai choisi de présenter également leurs résultats séparément.

- Maternité A



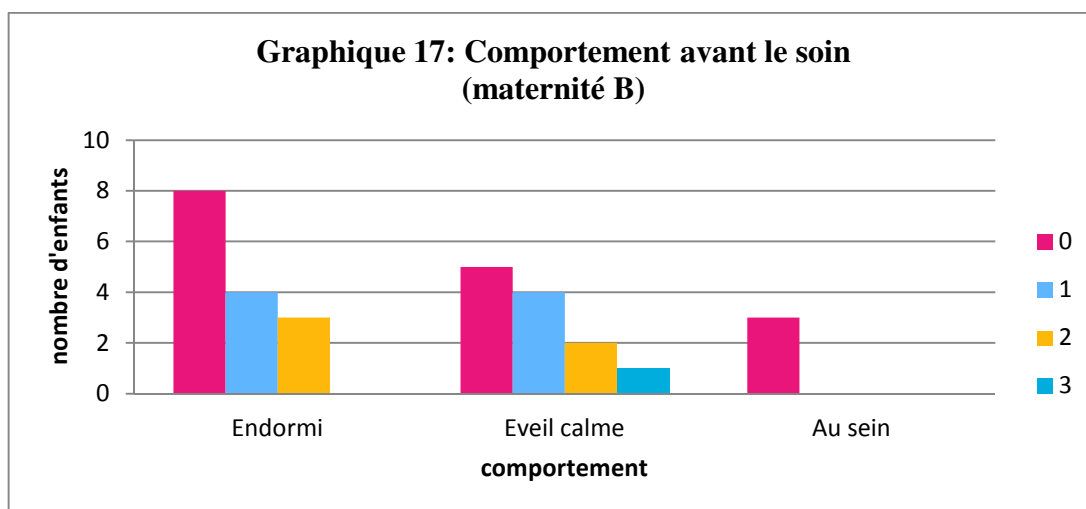
Dans la maternité A, les enfants endormis avant le soin avaient un score de douleur de 1 en moyenne, alors que ceux en éveil calme avaient un score de 0,41 en moyenne.

5 enfants étaient au sein avant le geste, 3 d'entre eux ont obtenu un score de douleur évalué à 0, les autres ont obtenu un score de 2. Ceci nous donne une moyenne de 0,8.

- Maternité B

Lors des observations réalisées à la maternité B, 3 enfants étaient au sein avant le geste et tous ont obtenu un score de douleur de 0.

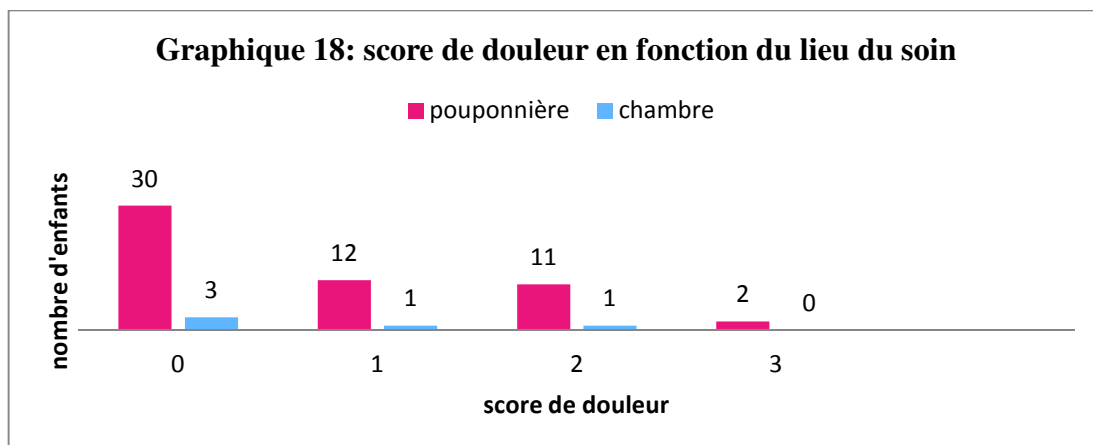
En ce qui concerne les enfants en éveil calme, le score de douleur moyen était de 0,91, les enfants endormis, ce score était de 0,66.



Score de douleur et lieu du soin

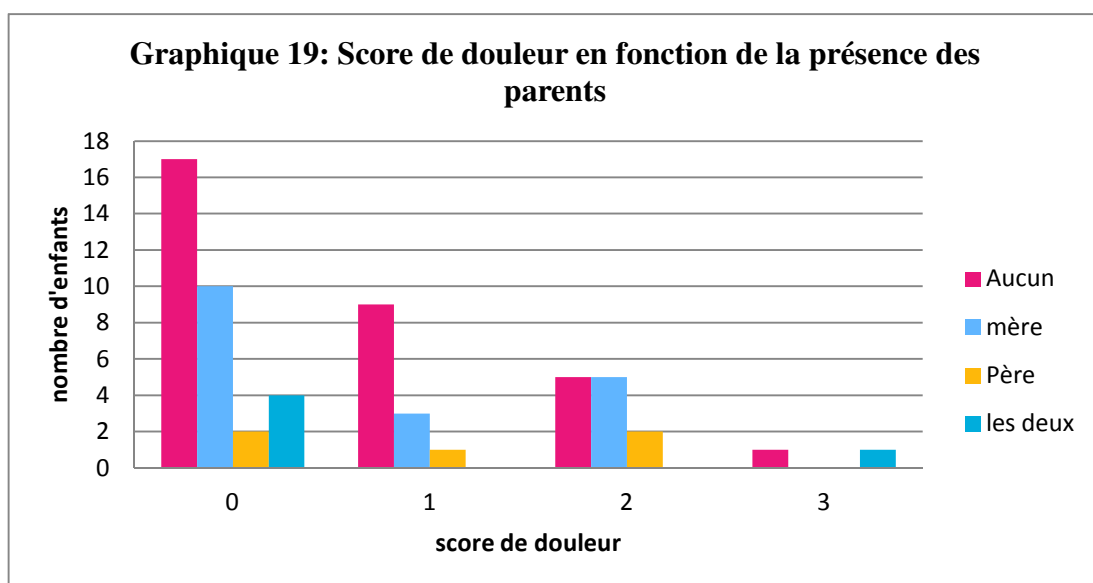
Sur les 55 observations réalisées en pouponnière, 30 ont obtenu un score de 0.

Sur les 5 observations réalisées dans la chambre, 3 ont obtenu un score de 0.



Score de douleur en fonction de la présence des parents

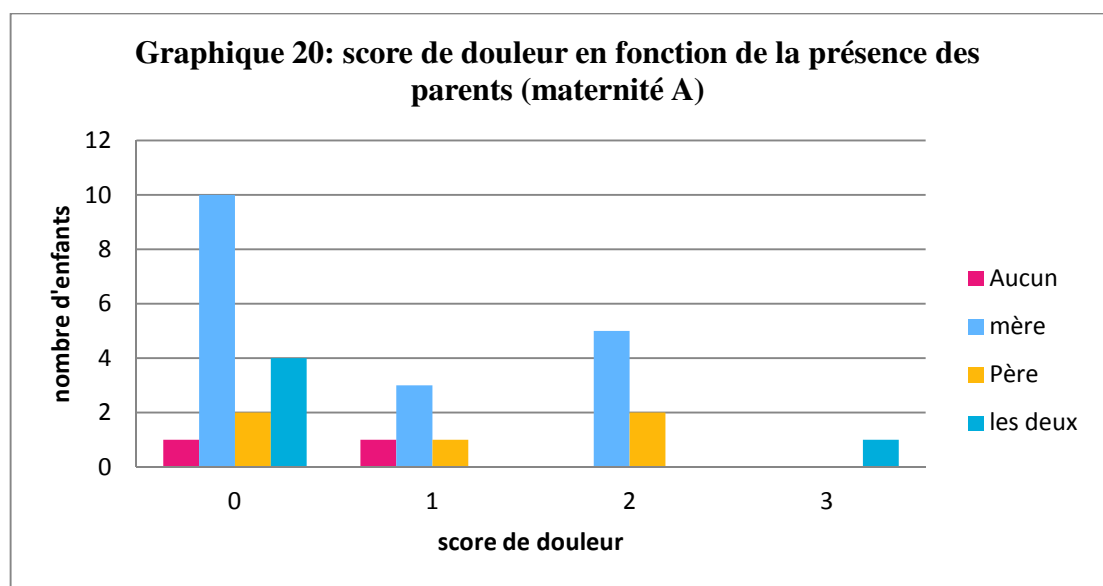
Lors de cette étude, les enfants dont la mère était présente lors du prélèvement ont émis un score de douleur moyen de 0,72. Lorsque le père seul était présent ce score était de 1 en moyenne. En cas de présence des deux parents, le score de douleur moyen était de 0,2. Sur les 32 prélèvements réalisés en l'absence des parents du nouveau-né, ce score était de 0,69.



- Maternité A

Lors des observations réalisées dans la maternité A, En cas de présence de leur mère, les enfants ont émis un score de douleur moyen de 0,72 et de 1 en cas de présence de leur père. Si les deux parents étaient présents, ce score était de 0,2. Néanmoins, on constate la présence d'un score de douleur évalué à 3 chez un nouveau-né malgré la présence de ses deux parents lors du soin.

Lors de deux prélèvements, aucun des parents n'a souhaité assister au soin. Le score de douleur moyen dans cette situation a été de 0,5.



- Maternité B

Dans la maternité B, aucun parent n'était présent aux prélèvements lors des observations.

Ainsi, sur les trente enfants participant à l'enquête, 16 nouveau-nés avaient un score de douleur de 0 au cours du soin, 8 avaient un score de 1, 5 ont émis un score à 2 et un score de douleur noté à 3 a pu être observé.

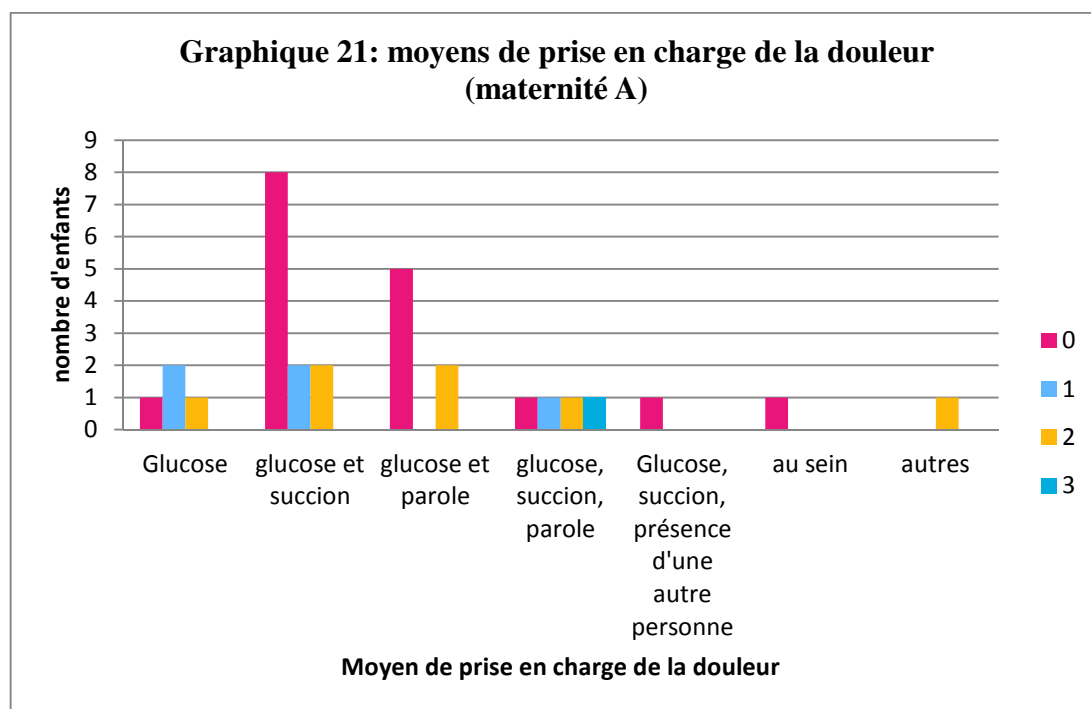
Moyens de prise en charge de la douleur aiguë du nouveau-né

Divers moyens de prise en charge de la douleur ont été mis en place par les sages-femmes lors des observations.

- Maternité A

Les sages-femmes de la maternité A ont plus volontiers utilisé l'association glucose-succion afin de prévenir la douleur du nouveau-né. Ce moyen a été employé à 12 reprises sur les 30 prélèvements observés, 8 de ces prélèvements cas ont obtenu un score de 0.

1 prélèvement a été réalisé alors que l'enfant était au sein. Son score de douleur était de 0.



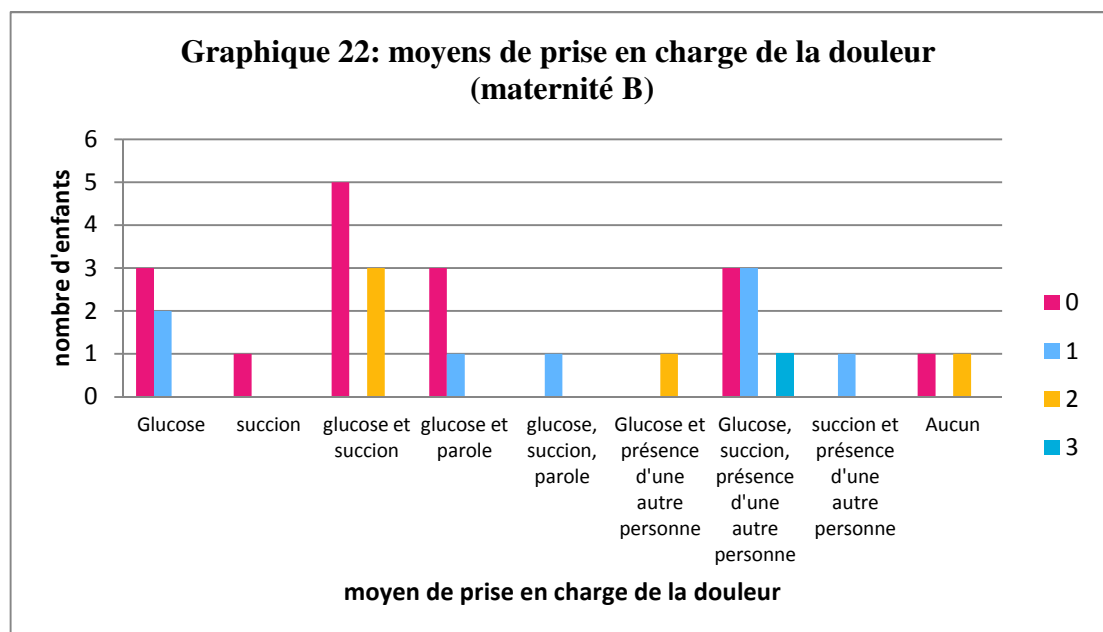
- Maternité B

Les moyens de prise en charge de la douleur sont plus variés dans la maternité B. 8 techniques différentes ont été employées dans cette maternité et 7 dans la maternité A.

L'association glucose-succion a été utilisée 8 fois seule et 8 fois ajoutée d'un autre élément de prise en charge de la douleur.

Lors de deux prélèvements, aucun moyen de prise en charge de la douleur n'a été constaté. Les scores de douleur sont de 0 et 2.

Une autre personne que la sage-femme était présente à 9 reprises sur les 30 prélèvements.



L'ensemble des données recueillies va permettre, dans la troisième partie de ce mémoire, de discuter des différents moyens de prise en charge de la douleur par les sages-femmes actuellement.

PARTIE 3 :
Analyse des données et discussion sur le
sujet

1. LES RESULTATS DE L'ETUDE

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire permet de comprendre la prise en charge de la douleur aiguë chez le nouveau-né en suites de couches par les sages-femmes. Dans cette troisième partie, je vous propose une réponse aux hypothèses posées et d'expliquer pourquoi il semble justifié d'utiliser une grille d'évaluation de la douleur aiguë lors des prélèvements sanguins.

Suite à l'enquête, plusieurs constatations sont à préciser.

1.1. Des scores de douleur bas dans les deux maternités

La moyenne des scores de douleur dans les deux maternités est de 0.71. Elle est de 0.73 en maternité A et de 0.70 en maternité B. Ainsi, ces moyennes reflètent une bonne prise en charge globale de la douleur. Toutefois, les deux maternités utilisent des moyens différents. Deux de ces enfants ont émis un score de douleur coté à trois, malgré une prise en charge adaptée de la douleur.

1.2. Eviter les multiples ponctions

Les études antérieures recommandent de regrouper les prélèvements sanguins chez le nouveau-né et d'éviter tout geste inutile. J'ai également observé ceci lors de mon travail d'enquête. En effet, l'équipe médicale (sages-femmes et pédiatres) applique dans la limite du possible ces recommandations. Ils regroupent, par exemple, le dépistage des maladies métaboliques réalisées en général au 3^{ème} jour de vie de l'enfant avec le bilan sanguin demandé par le pédiatre. De même, les glycémies sont réalisées le plus possible par prélèvement veineux en association avec d'autres examens.

Le but étant d'éviter la répétition du phénomène douloureux et donc d'une mémorisation délétère de la douleur.

1.3. L'âge gestationnel

Au départ, l'étude portait son intérêt sur les enfants nés à terme. Néanmoins, au cours de mon travail d'enquête, j'ai assisté à des ponctions chez quatre nouveau-nés âgés de 36 semaines d'aménorrhées. Ces enfants, présents en secteur de suites de couches auprès de leur mère, sont également pris en charge par la sage-femme. Bien qu'ils soient exclus des résultats finaux de l'enquête, j'ai voulu les inclure dans un graphique dans le but de confirmer qu'ils sont plus sensibles à la douleur. Ils ont donc besoin d'une prise en charge plus spécifique de la part de la sage-femme. Les résultats montrent chez ces quatre enfants un score de douleur de 2.

Parmi les enfants à terme, les nouveau-nés de 39 S.A et de 40 S.A ont un score de douleur moyen de 0.5. En règle générale, ils ont un score plus faible que les autres enfants et notamment ceux de 37 S.A, 38 S.A et de 41 S.A. Ces derniers sont donc plus sensibles à la douleur.

1.4. Multiples méthodes de prise en charge de la douleur

Un protocole de soin concernant la réalisation des ponctions est présent dans les maternités.

Ainsi, l'association glucose-succion seule est employée à 20 reprises lors des prélèvements. Cette technique reste donc une méthode de choix dans la prévention de la douleur.

Malgré cela, on constate l'emploi de 8 méthodes différentes dans la maternité B et 7 dans la maternité A. Les sages-femmes utilisent donc volontiers différentes techniques afin de diminuer la douleur du nouveau-né. Les moyens utilisés en parallèle du glucose et de la succion sont non médicamenteux. Les sages-femmes privilégient ainsi la parole et la présence d'une autre personne en complément du glucose et de la succion.

1.5. L'utilisation de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel, comme méthode de prise en charge de la douleur, a été observé une seule fois lors des 64 prélèvements. Le score de douleur de ce nouveau-né était de 0. Grâce à la libération des endorphines naturelles, l'enfant est dans un état d'apaisement. Cette méthode demande d'attendre qu'il soit au sein et de respecter son cycle d'éveil. De plus, elle nécessite de la part de la sage-femme d'organiser le prélèvement au cours de sa journée de travail en fonction du nouveau-né. Lorsque les prélèvements sont à réaliser en urgence, il est donc difficile d'attendre la prochaine tétée. Le dépistage des maladies métaboliques est à réaliser au 3^{ème} jour de vie de l'enfant, mais celui-ci peut être différé au 4^{ème} jour permettant ainsi d'attendre la prochaine tétée.

1.6. Le stade d'éveil de l'enfant

Lors de l'enquête, les enfants nourris au sein avant le soin ont obtenu des scores de douleur plus faibles. Ceci peut s'expliquer par la libération des endorphines mettant l'enfant dans un état de bien être. Ce serait donc le meilleur moment pour réaliser le prélèvement. Sur les 60 enfants observés pendant l'enquête, seuls 8 d'entre eux étaient au sein avant le geste.

Concernant les enfants endormis ou en éveil calme, ces derniers ont un score de douleur moyen de 0.66, alors que les premiers atteignent un score de 0.82. Ainsi, l'enfant en éveil calme paraît moins dérangé par le geste et a donc une réaction plus apaisée par rapport à la douleur.

1.7. Le sexe de l'enfant

Le score de douleur moyen chez les filles est de 0.64, ceux des garçons est de 0.72. On constate peu de différence selon le sexe de l'enfant. Cela est en corrélation avec les diverses études réalisées sur le sujet. La douleur n'est pas influencée par le sexe de l'enfant.

1.8. Le type de prélèvement

Actuellement, les ponctions capillaires sont très peu employées excepté lors des glycémies. Cette technique a été employée à 3 reprises par les sages-femmes lors de l'enquête et uniquement dans le cas de surveillance des glycémies. Les scores de douleur sont tous de 0. Néanmoins, leur faible présence ne permet pas de conclure de l'influence du type de ponction sur la douleur dans cette étude.

Les recommandations actuelles préconisent néanmoins l'utilisation des prélèvements veineux moins douloureux que les ponctions capillaires dans la pratique.

1.9. Présence des parents ou présence d'une autre personne

Les résultats de la maternité B semblent surprenants compte tenu de l'absence de tous les parents lors des prélèvements. Pourtant, on observe des scores de douleur comparables à ceux de la maternité A.

La présence d'une tierce personne auprès de l'enfant et de la sage-femme lors du soin est à prendre en compte. Cette personne pouvant être une autre sage-femme ou une auxiliaire de puériculture. Cette présence supplémentaire « remplace » en quelque sorte la présence des parents auprès de l'enfant. Au cours des 30 prélèvements observés dans la maternité B, 9 ont été réalisés avec la participation d'une autre personne. Lors des observations dans la maternité A, 28 parents (mère seule, père seul ou les deux parents) étaient présents.

En présence des deux parents, la moyenne de douleur est de 0.2. Ce score se révèle être le plus bas de tous. Il est néanmoins à nuancer car seuls cinq couples parentaux ont assisté aux prélèvements. Cependant, ce faible score nous indique l'importance des deux parents auprès de l'enfant lors d'un soin. Ceux-ci peuvent alterner leur présence auprès de leur enfant. A deux, les parents peuvent également se soutenir mutuellement. Il n'est, en effet, jamais facile d'assister à des soins pratiqués à son propre enfant. Toute une part émotionnelle rentre ici en compte.

1.10.Le mode d'accouchement

Les enfants nés par voie basse ont un score de douleur moyen de 0.63; ceux nés par césarienne ont un score de 0.91. Ceux nés par ventouse atteignent un score de 1. La moyenne de douleur aigüe lors de ces accouchements dystociques est de 0.95.

L'enfant né par forceps a été exclu de cette moyenne, car il est peu représentatif.

Il existe donc, dans cette étude, une relation entre score de douleur et mode d'accouchement. Les enfants ayant eu un accouchement dystocique montrent des scores de douleur plus élevés. Ils sont plus sensibles à la douleur durant plusieurs jours après la naissance. Lors des deux premiers jours, les enfants nés par forceps ou ventouse bénéficient d'une surveillance particulière et reçoivent des doses de paracétamol afin de soulager la douleur. Les nouveau-nés observés pendant l'étude n'avaient pas reçus de paracétamol au cours des quatre heures précédant le prélèvement. Le score de douleur n'était donc pas influencé.

1.11.Des prélèvements réalisés sans prise en charge de la douleur

Au cours de deux prélèvements réalisés dans la maternité B, aucun moyen de prévention de la douleur lors du soin n'a été utilisé par la sage-femme. Les deux enfants ont émis, pour le premier, un score de douleur évalué à 2 et pour l'autre, un score à 0. Les deux enfants étaient auparavant en éveil calme. Le prélèvement veineux a été réalisé dans le cadre du dépistage des maladies métaboliques.

1.12. Deux scores de douleur évalués à 3

Deux enfants ont manifesté des scores de douleur, lors du soin, évalués à 3 sur 4. Ces enfants ont bénéficié d'une prise en charge adaptée de la douleur par la sage-femme.

Un des enfants est né dans la maternité A, l'autre dans la maternité B.

L'enfant né dans la maternité A est une fille née par voie basse spontanée à 39 S.A. Elle était endormie avant le soin, ces deux parents étaient présents lors du prélèvement qui a été réalisé en pouponnière. L'association glucose-succion ainsi que la parole ont été employées lors du soin par la sage-femme.

L'autre enfant né dans la maternité B est un garçon, né à 38 S.A par césarienne. Celui-ci était en éveil calme avant le soin. La sage-femme a utilisé l'association glucose-succion lors du prélèvement et une auxiliaire de puériculture était présente auprès de l'enfant lors du soin.

Ces deux enfants n'ont manifestement pas de point commun et aucun élément de la grille d'observation n'explique des scores de douleur aussi élevés chez eux.

On peut donc s'interroger de l'influence d'autres facteurs sur la douleur aiguë du nouveau-né.

1.13. Synthèse

Les hypothèses de ce mémoire sont :

- La sage-femme a des connaissances initiales sur le sujet.
- La sage-femme dispose de moyens non médicamenteux.
- La sage-femme dispose également de moyens médicamenteux pour prévenir et traiter la douleur. Ceux-ci sont à adapter à l'enfant.

Ces hypothèses sont, pour la plupart, vérifiées.

En effet, la sage-femme possède des connaissances initiales sur la douleur du nouveau-né et sa prise en charge. Celles-ci vont lui permettre de prévenir la douleur de celui-ci à travers l'emploi de l'association glucose-succion. De même, par ses connaissances sur le comportement de l'enfant, sur sa physiologie, sur l'analyse de la situation du jour de l'enfant, la sage-femme s'adapte au nouveau-né afin d'en assurer une prise en charge globale. Elle possède également des connaissances essentielles sur les antalgiques administrables à l'enfant. De plus, en s'informant régulièrement sur les dernières recommandations, la sage-femme peut les appliquer au cours de sa pratique professionnelle. C'est notamment le cas lors de l'utilisation du prélèvement en mode veineux, qui est depuis quelques années préféré à celui en mode capillaire, plus douloureux pour l'enfant et pouvant provoquer des nécroses.

En utilisant des méthodes antalgiques telles que la succion non nutritive, la parole, le chant, la présence d'une personne ou des parents, la sage-femme utilise des moyens non médicamenteux afin de prévenir et de soulager la douleur du nouveau-né.

Concernant les moyens médicamenteux, mise à part l'utilisation du paracétamol en présence d'un enfant algique suite à un accouchement traumatique ou le glucose 30% dans la lutte contre la douleur lors des soins, la sage-femme utilise peu ces moyens. Par exemple, l'EMLA[®] n'a jamais été utilisée lors des observations réalisées. Cet anesthésiant peut être appliqué chez le nouveau-né dans le cadre des prélèvements sanguins. Néanmoins, il nécessite du temps, et également de prévoir le soin. De plus, il est important de respecter les dosages prescrits. La visibilité des veines est altérée, ce qui rend difficile le geste de prélèvement. L'ensemble de ces critères peut rendre difficile l'utilisation de l'EMLA[®] au quotidien dans les services de suites de couches lors des prélèvements sanguins.

En réalisant ce mémoire, j'ai poursuivi plusieurs objectifs. Je souhaite notamment attirer l'attention des professionnels de santé sur la nécessité de prévenir et de traiter la douleur lors d'un soin, en particulier lors des prélèvements sanguins.

De plus, pour permettre une meilleure prise en charge de la douleur aiguë du nouveau-né en maternité, je me permets de proposer la mise en place d'une grille d'évaluation dans les dossiers soins de l'enfant.

2. PROPOSITION D'UTILISATION D'UNE GRILLE DE LA DOULEUR AIGÜE EN SUITES DE COUCHES AU QUOTIDIEN

Ces dernières années, les réformes, les plans de périnatalité et les plans de lutte contre la douleur mis en place par les institutions de notre pays ont permis de mettre en avant l'importance d'une prise en charge des enfants en réanimation néonatale, en salles de naissances, en suites de couches et en pédiatrie. Grâce à cela, les professionnels de santé ont été sensibilisés par ce problème. Ainsi, des protocoles de service sont élaborés afin d'assurer les soins nécessaires à l'enfant en toute sécurité et dans le respect de sa physiologie, de son rythme d'éveil-sommeil et de sa relation avec ses parents.

2.1. Un protocole de soin dans chaque service

Un protocole de soin concernant les prélèvements sanguins chez le nouveau-né a été réalisé au sein des services de suites de couches. Celui-ci préconise d'associer le glucose et la succion comme méthode antalgique. Ce type de protocole est à généraliser dans l'ensemble des services de maternité afin d'assurer la meilleure prise en charge possible du nouveau-né. Ainsi, chaque professionnel de santé dispose d'un texte de référence pour le soin.

2.2. Mise en place d'une grille d'évaluation de la douleur

Une grille d'évaluation de la douleur chronique (la grille EDIN) est mise en place depuis quelques mois dans les deux maternités étudiées. Cette dernière est employée afin de surveiller et de prévenir la douleur chez les nouveau-nés à risque que sont les enfants nés par ventouse ou forceps ainsi que les enfants ayant un traumatisme comme une fracture de la clavicule.

Sensibilisée par ce travail de fin d'étude, je préconise de mettre en place une grille d'évaluation de la douleur aiguë. Cette grille pourra être utilisée lors des gestes potentiellement douloureux pour l'enfant. C'est notamment le cas des prélèvements. Il est important de notifier dans le dossier soin de l'enfant l'antalgique ou la méthode de prise en charge de la douleur utilisée afin de prévenir sa douleur. Cela permet d'assurer une traçabilité de l'acte et une transmission écrite des soins.

L'échelle NFCS ou la grille de DAN sont simples d'utilisation et bénéficient d'une validation nationale. Elles peuvent être employées afin d'évaluer la douleur du nouveau-né à terme, et également celle de l'enfant prématuré, dont la sage-femme prendrait la charge en suites de couches.

Voici un exemple de la grille proposée:

ECHELLE NFCS : Neonatal Facial Coding System

élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin invasif chez le nouveau-né
Chaque item est coté absent (0) ou présent (1) au cours de l'acte douloureux.
Score maximum de 4.

JOUR											
ACTE DE SOIN											
HEURE											
Sourcils froncés											
Paupières serrées											
Sillon naso-labial accentué											
Ouverture des lèvres											
SCORE											

Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates : facial action and cry. Pain 1987, 28 : 395-410
Grunau RVE, Craig KD, Drummond JE. Neonatal pain behaviour and perinatal events : implications for research observations. Can J Nursing Research 1989, 21 : 7-17
Grunau RVE, Oberlander T, Holsti L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonate. Pain 1998, 76 : 277-286.

Traduction Pédiaadol 2000

L'antalgique la méthode employés afin de soulager la douleur est à annoter dans le dossier soin du nouveau-né.

Néanmoins, cette évaluation peut sembler inutile pour chaque enfant, principalement ceux n'ayant aucun facteur de risque. De plus, ceci créerait une perte de temps au vu de l'avis de certains professionnels.

Toujours dans le but de mettre en place une grille d'évaluation de la douleur aiguë, la présence d'un référent douleur dans les services de suites de couches me paraît justifiée.

2.3. Présence d'un référent douleur dans les services

La présence d'un référent douleur dans les services et sa participation aux réunions du CLUD permet à l'ensemble du personnel de bénéficier des dernières informations concernant la douleur et d'élaborer un projet de service.

Il est l'acteur principal autour duquel un projet de service sur la douleur est élaboré. C'est une personne ressource pour l'ensemble du service. Il transmet ses connaissances à l'ensemble du service en réalisant des comptes-rendus détaillés des réunions, des colloques auxquels il participe dans le cadre de sa mission.

De plus, grâce à ses connaissances et à ses contacts sur le sujet, il dynamise le service, en renouvelant par exemple régulièrement les protocoles de soins. Ce professionnel de santé collabore avec les référents douleur d'autres services et apporte à ses collègues des connaissances et de nouvelles pratiques sur le sujet. Il permet également une démarche de réflexion autour du thème de la douleur auprès de ses collègues, en les interrogeant régulièrement sur leurs demandes, leurs besoins dans le domaine.

Son action doit s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue. En systématisant le protocole et en le réactualisant régulièrement, il renforce cette volonté du service d'améliorer ses pratiques. En partageant ses connaissances au plus grand nombre, il pérennise son action au profit des patients et du personnel.

Dans ce but, je propose la création d'une formation destinée aux professionnels de santé sur les autres moyens de prise en charge de la douleur au quotidien.

2.4. La formation continue

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est une obligation légale dans la pratique de la sage-femme. Celle-ci doit participer régulièrement à des formations afin de compléter ses connaissances. Dans le cadre du DPC, la sage-femme continue de se former et peut obtenir un diplôme universitaire, sur la douleur par exemple.

Au cours de mon étude, certaines sages-femmes ont manifesté de l'intérêt pour la découverte d'autres méthodes de prise en charge. Il est intéressant d'envisager, dans un projet de service, de mettre en place une formation aux soins de nursing, dirigée plus particulièrement vers l'emmaillotage. Cette formation peut être couplée avec celle des massages pour les bébés déjà proposée dans certaines maternités. Afin de mettre les connaissances et les compétences de chacun au service de tous, un professionnel de santé travaillant en néonatalogie peut animer cette formation. En effet, cette technique est d'avantage employée dans les services de réanimation néonatale. Les prématurés sont apaisés par l'emmaillotage. Les éléments extérieurs sont davantage pris en compte qu'en suites de couches du fait de leurs impacts particuliers sur le prématuré.

3. POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DU NOUVEAU-NE LORS DES PRELEVEMENTS SANGUINS.

3.1. L'association de plusieurs méthodes

Cette association entre glucose-succion et les autres méthodes médicamenteuses permet d'atténuer considérablement les douleurs de l'enfant. Ce n'est donc pas l'utilisation d'une seule et unique méthode qui est importante. Une prise en charge adaptée à l'enfant et à la personne réalisant le geste permet une atténuation de la douleur. Le professionnel de santé est, de par sa pratique, plus familier à l'emploi de certaines techniques. L'important est de rester ouvert aux autres techniques existantes et de se tenir informé des nouvelles méthodes de prise en charge de la douleur.

Parler à l'enfant permet de le rassurer, de le « canaliser » lors du soin. En expliquant par des mots simples le geste, l'enfant se concentre sur la voix douce, il est attentif aux paroles de la sage-femme. Lors de l'étude, une sage-femme a également utilisé le chant afin de calmer un enfant.

Néanmoins, certaines techniques de prévention de la douleur du nouveau-né n'ont pas été observées au cours de l'enquête.

Ainsi, l'emmaillotage fréquemment employé dans les services de réanimation néonatale n'a pas été employé au cours de l'enquête. Lors d'échanges avec les sages-femmes des services de suites de couches, la plupart d'entre elles n'envisageaient pas la pratique de cette méthode pour diverses raisons. Elles pensaient que cette pratique ne concernait que les prématurés. Pourtant, l'emmaillotage rappelle à l'enfant le cocon maternel et apaise ses tensions. Il se sent plus en sécurité dans un espace limité. Un sentiment de bien être l'envahit et il devient plus réceptif, plus calme lors des soins.

Il n'existe donc pas de méthode « parfaite » pour prévenir et soulager l'enfant mais plutôt un ensemble de méthodes applicables. Malgré cela, des éléments

perturbent la prise en charge de la douleur du nouveau-né. C'est le cas de l'inconfort et des facteurs extérieurs.

3.2. La différence entre douleur et inconfort

Cette différence entre les deux est difficile à déterminer. L'inconfort, c'est « *le caractère désagréable, incommode d'un état dans lequel se trouve quelqu'un* » (Larousse). La douleur quant à elle est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage.* » (O.M.S).

La position de la main de la sage-femme placée en garrot autour de celle de l'enfant et la réaction de l'enfant qui s'ensuit est relatif à de l'inconfort, de même que la pression réalisée afin de recueillir le sang dans les tubes de prélèvement.

La réaction douloureuse est due à la recherche de la veine lors de la ponction.

Afin d'éviter un biais dans mon analyse, lors de mes observations, j'ai attendu quelques instants après l'introduction de l'aiguille avant d'évaluer la douleur. Mais cette différence entre douleur et inconfort reste difficile à évaluer et donc à analyser.

3.3. Le problème des facteurs extérieurs

Les facteurs extérieurs, tels que le score d'Apgar, la dépendance maternelle à une drogue, à l'alcool ou au tabac influence la douleur ressentie par l'enfant au cours des soins. Le score de Finnegan utilisé en maternité permet de diagnostiquer le syndrome de sevrage chez l'enfant d'une mère toxicomane. Il montre une forte sensibilité des enfants en syndrome de sevrage aux facteurs environnementaux et aux stimuli. Ces influences extérieures peuvent mettre en défaut la prise en charge de la douleur. Le seuil de tolérance de l'enfant est abaissé. Il est donc moins patient, et plus sensible aux gestes douloureux d'où des scores de douleur plus élevés.

3.4. Le score d'Apgar

Le score d'Apgar évalue l'adaptation extra-utérine de l'enfant à la naissance dans les premières minutes. Il est un facteur important dans la prise en charge immédiate de l'enfant et dans son pronostic à long terme. Il comprend cinq items qui sont : la coloration, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, le tonus et la réactivité.

	0	1	2
Coloration	tronc bleu ou pâle	tronc rose extrémités bleues	tronc et extrémités roses
Respiration*	aucune	superficielle	cri vigoureux
Tonus	flasque	moyen	vigoureux
Réactivité**	aucune	faible	vive
Fréquence cardiaque	0	< 100	> 100

* Respiration: évaluer les enfants ventilés avec un trait (-).

** Réactivité = motricité spontanée, cri, éternuement, toux.

J'ai choisi volontairement de ne pas exclure les enfants ayant un score d'Apgar bas. Mon mémoire s'intéresse à tous les enfants à terme pris en charge par la sage-femme au cours de leur séjour en maternité. Ce facteur influence la douleur chez les enfants ayant un score d'Apgar faible à la naissance. Ils paraissent plus réceptifs à la douleur et leur limite de douleur est abaissée. La sage-femme doit prendre en compte cet élément dans sa prise en charge lors du soin.

3.5. Le tabac

Au départ de mon étude, l'influence du tabac sur le score de la douleur aiguë ne paraissait pas fondamentale. Pourtant, à l'examen de certains résultats élevés de mon enquête, j'ai recherché un lien de causalité possible entre les nouveau-nés.

En approfondissant mon enquête, notamment avec le dossier médical de l'enfant, j'ai remarqué que ces enfants avaient une mère fumeuse. Par la suite, en présence d'un score au moins égal à deux, j'ai précisé sur ma feuille d'observation si la mère consommait du tabac ou pas.

Il est scientifiquement reconnu que fumer pendant la grossesse engendre des conséquences néfastes chez le fœtus et chez le nouveau-né.

Le tabac est responsable de restriction de croissance intra-utérine, de prématurité et de troubles du comportement chez le nouveau-né. Par comparaison avec les enfants nés de mère non fumeuse, ils sont plus plaintifs, excitables. Leur tolérance face aux stimulations, notamment à la douleur, est abaissée. Ils sont également plus réceptifs aux éléments de l'environnement comme la lumière, le bruit, l'anxiété des personnes les entourant.

C'est ainsi que, pour les deux enfants ayant un score de 3, le seul point commun retrouvé est une mère ayant une dépendance au tabac. Parmi les 14 enfants ayant un score de douleur égale au moins à 2, 10 d'entre eux avaient une mère fumeuse pendant la grossesse. Le tabac a donc une forte influence sur la douleur du nouveau-né.

La nicotine, présente dans le tabac, va stimuler la production de sérotonine et de dopamine au niveau de l'hypophyse. Leurs taux seront plus élevés dans l'organisme du nouveau-né ayant une mère fumeuse. Ils satureront les récepteurs naturels des endorphines, ne permettant pas à l'enfant d'être soulagé lors d'un phénomène douloureux tel qu'un prélèvement sanguin. Malgré une prise en charge adaptée de la douleur à l'aide du glucose, les récepteurs étant complètement saturés, le nouveau-né ne peut être soulagé.

Pour conclure cette analyse, je remarque que, malgré des prises en charge adaptées de la part des professionnels, la douleur du nouveau-né lors des soins ne peut pas être totalement prévenue ou soulagée. En effet, de nombreux facteurs extérieurs influencent celle-ci - comme le tabac - et sont indépendants de la prise en charge de la sage-femme.

Cependant, cette dernière doit toujours veiller à prévenir et à soulager la douleur du nouveau-né.

Conclusion

La douleur du nouveau-né doit être une priorité pour chaque professionnel de santé. Les dernières réformes gouvernementales l'ont bien prise en compte et la pratique en service, à travers des projets de soins, montre une envie de les appliquer.

La prise en charge de la douleur lors des prélèvements sanguins est adaptée. Les sages-femmes ont pour volonté d'appliquer les protocoles de soins mis en place. Elles utilisent des moyens divers, à la fois médicamenteux et non médicamenteux, afin d'assurer une prise en soin holistique du nouveau-né.

Néanmoins, des améliorations restent à faire. L'intégration d'une grille d'évaluation de la douleur aiguë dans le dossier soin de l'enfant est à généraliser. De plus, la présence d'un référent douleur au sein de tous les services est à institutionnaliser et à perpétuer. Sa présence doit dynamiser l'ensemble de l'équipe afin d'encourager des projets de service et de sensibiliser chaque professionnel à la douleur de l'enfant.

Des formations interservices permettent d'assurer une transmission des compétences entre les divers professionnels, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Une formation sur l'emballage en est un exemple.

Malgré cela, des éléments extérieurs perturbent la prise en charge de la douleur par les sages-femmes. C'est notamment le cas du tabac dont l'effet néfaste agit sur la douleur du nouveau-né en inhibant l'effet antalgique du glucose. Son action a pu être constatée au cours de l'étude, mais n'a pas pu être généralisée à l'ensemble des prélèvements observés.

Il serait intéressant d'étudier cette action du tabac à une plus grande échelle et de savoir combien de temps il influe sur la douleur de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

(1) **ANAND, K.J. AND P.R. HICKEY,**

Pain and its effects in the human neonate and fetus.

N Engl J Med, 1987.

(2) **CARBAJAL, R, PAUPE, A, HOENN, E, et al.**

DAN: Une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau né.

Archives pédiatriques, 1997,4 p623/628

(3) **CARBAJAL, R.**

Analgésie par le sucre et les tétines chez le nouveau-né.

SOINS Pédiatrie/Puéricultrice, 1999 p 22/23

(4) **GALL, O.**

Service d'Anesthésie Réanimation et Unité d'Analgésie

Hôpital Trousseau

Physiologie de la nociception chez le nouveau-né et le jeune enfant.

Article paru sur le site du Centre National de lutte contre la douleur en Avril 2005

(5) **MANN, C.**

Centre anti-douleur, CHU Montpellier

Neuro-physiologie de la douleur.

Cours de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, Janvier 2007

(6) **BONIAKOWSKI J.**

Prise en charge non médicamenteuse de la douleur lors des prélèvements sanguins chez le nouveau-né à terme.

Nancy 2005 129p

(7) **LECLERC V.**

La douleur du nouveau-né: allaiter pour soulager.

Metz 2006 63p

(8) ANNEQUIN, D., DONNADIEU, S., BOUREAU, F., et al.

Les douleurs induites

Paris : bibliothèque inter universitaire de Paris, 2005,193p

(9) SCHOWB, M.

La douleur.

Paris, Dominos, 1994, 126p

(10) THIEBAULT, P

Prendre en charge la douleur du nouveau-né.

SOINS Pédiatrie/Puériculture, 2004,216, p7

(11) DEBILLON, T., ZUPAN, V., RAVAUULT, FN., MAGNY, JF., DEHAN, M.

Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged in preterm infants

Arch did child neonatal, 2001

(12) GRUNAU, R.V., C.C. JOHNSTON, AND K.D. CRAIG.

Neonatal facial and cry responses to invasive and non-invasive procedures.

Pain, 1990. 42(3): p. 295-305

(13) STEVENS B. JOHNSTON C. PETRYSHEN P. TADDIO A.

A Premature Infant Pain Profile development and initial validation

Clin J Pain 1996

(14) AFSSAPS

Recommandations de bonne pratique

Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant.

Juin 2009 modifiée en Janvier 2011.

15 LOMBART, B., CARBAJAL, R., ANNEQUIN, D.

Modalités d'utilisation du saccharose 30% à visée antalgique chez le nourrisson de moins de 3 mois.

Protocole du groupe hospitalier Armand TROUSSEAU, La Roche Guyon, décembre 2005

(16) CARBAJAL, R., et al.

Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates.

Bmj, 1999.

(17) FIELD, T., GOLDSON, E.

Pacifying effects of nonnutritive sucking on term and preterm neonates during heelstick procedures.

Pediatrics, 1984

(18) SHAH, P.S., ALIWALAS, L.L., SHAH, V.

Breastfeeding or breast milk for procedural in neonates

Cochrane database syst Rev article du 19 juillet 2006

(19) LOMBART, B., THIBAUT, P.

Utilisation d'une solution sucrée à 30% associée à la succion et utilisation de l'allaitement maternel pour l'analésie des gestes douloureux chez l'enfant de moins de 3mois.

SOINS Pédiatrie/Puériculture, 2005,223, p45-46

(20) BLASS, E.M. AND WATT, L.B.

Suckling- and sucrose-induced analgesia in human newborns.

Pain, 1999. p. 611-23.

(21) Haute Autorité de Santé.

Manuel de certification des établissements de santé

Version 2010

(22) Haut Conseil de la santé publique

Objectifs de santé publique

Evaluation des objectifs de la loi du 09 Aout 2004

Collection Avis et Rapports Avril 2010

(23) Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Juin 2009

(24) Ministère de la Santé et des Solidarités

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

(2006-2010)

(25) CNRD

Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements publics et privés.

Juin 2004 Collège national des médecins de la douleur.

(26) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES.

Code de déontologie des sages-femmes

Paris, 2012,

(27) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES.

Référentiel métier et compétences des sages-femmes.

Novembre 2012

Mémoires de sages-femmes consultés.

AMBROISE, G.

Douleur du nouveau-né en maternité.

Metz 2004 62p

ZILIONI, C.

De la douleur à la douceur Place de la sage-femme dans la prévention de la douleur iatrogène chez le nouveau-né.

Metz 1999 42p

Sites internet

Pédiadol

ANNEQUIN, D., LOMBART, B., TOURNIAIRE, B., et al.

<http://pediadol.org/>

Dernière consultation le 25 Février 2013

Association SPARADRAP

Direction générale de la santé, fondation Johnson et Johnson

www.Sparadrap.org

Dernière consultation le 25 Février 2013

Le centre national des ressources de lutte contre la douleur

Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapés

www.cnrdr.fr

Dernière consultation le 25 Février 2013

Association SPARADRAP

Direction générale de la santé, fondation Johnson et Johnson

www.Sparadrap.org

Photo de couverture: archive personnelle.

ANNEXES

ANNEXE I

Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)

		Date								
		Heure								
ITEM	Score :									
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 ou visage prostré, figé ou visage violacé									
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 ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé									
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, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation									
RECONFORT	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									
OBSERVATIONS										

T.Debillon et al. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Archives de Pédiatrie ; 1994, 1 : 1085-92.
 Cette échelle évalue un état douloureux prolongé (lié à une pathologie ou en post-opératoire ou à la répétition fréquente de gestes invasifs).
 Elle n'est pas adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.
 Elle s'emploie pour le nouveau-né à terme ou prématuré et pour le tout jeune nourrisson jusque vers 6 mois.

ANNEXE II

ECHELLE DAN : Echelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né
 élaborée pour mesurer la douleur d'un geste invasif chez le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 3 mois score de 0 à 10

JOUR, HEURE			
	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
REPONSES FACIALES			
0 : calme 1 : Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux : 2 : - légers, intermittents avec retour au calme 3 : - modérés 4 : - très marqués, permanents			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
0 : calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait : 1 : - légers, intermittents avec retour au calme 2 : - modérés 3 : - très marqués, permanents			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
0 : absence de plainte 1 : gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet 2 : cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents 3 : cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants			

CARBAJAL R., PAUPE A., HOENN E., LENCLEN R., OLIVIER MARTIN M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. *Arch Pediatr* 1997, 4 : 623-628.

ANNEXE III

ECHELLE NFCS : Neonatal Facial Coding System

élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin invasif chez le nouveau-né
Chaque item est coté absent (0) ou présent (1) au cours de l'acte douloureux.
Score maximum de 4.

JOUR												
ACTE DE SOIN												
HEURE												
Sourcils froncés												
Paupières serrées												
Sillon naso-labial accentué												
Ouverture des lèvres												
SCORE												

Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates : facial action and cry. Pain 1987, 28 : 395-410
 Grunau RVE, Craig KD, Drummond JE. Neonatal pain behaviour and perinatal events : implications for research observations. Can J Nursing Research 1989, 21 : 7-17
 Grunau RVE, Oberlander T, Holsti L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonate. Pain 1998, 76 : 277-286.

Traduction Pediadol 2000

ANNEXE IV

Echelle PIPP : *Premature Infant Pain Profile* élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin invasif chez le nouveau-né prématuré score minimum de 0 à 6, score maximum à 21

Observer l'enfant avant l'événement (15 secondes) et pendant l'événement (30 secondes)

JOUR									
HEURE									
AGE GESTIONNEL									
0 : 36 semaines et plus									
1 : 32-35 semaines, 6 jours									
2 : 28-31 semaines, 6 jours									
3 : moins de 28 semaines									
ETAT DE VEILLE ET SOMMEIL									
0 : actif et éveillé, yeux ouverts, motricité faciale									
1 : calme et éveillé, yeux ouverts, pas de motricité faciale									
2 : actif et endormi, yeux fermés, motricité faciale présente									
3 : calme et endormi, yeux fermés, pas de motricité faciale									
FREQUENCE CARDIAQUE MAXIMUM									
0 : augmentation de 0 à 4 battements par minute									
1 : augmentation de 5 à 14 battements par minute									
2 : augmentation de 15 à 24 battements par minute									
3 : augmentation de plus de 24 battements par minute									
SATURATION EN OXYGENE MINIMUM									
0 : diminution de 0 à 2,4 %									
1 : diminution de 2,5 à 4,9 %									
2 : diminution de 5 à 7,4 %									
3 : diminution de plus de 7,5 %									
FRONCEMENT DES SOURCILS									
0 : aucun, 0 à 9 % du temps									
1 : minime, 10 à 39 % du temps									
2 : modéré, 40 à 69 % du temps									
3 : maximal, 70 % du temps ou plus									
PLISSEMENT DES PAUPIERES									
0 : aucun, 0 à 9 % du temps									
1 : minime, 10 à 39 % du temps									
2 : modéré, 40 à 69 % du temps									
3 : maximal, 70 % du temps ou plus									
PLISSEMENT DU SILLON NASO LABIAL									
0 : aucun, 0 à 9 % du temps									
1 : minime, 10 à 39 % du temps									
2 : modéré, 40 à 69 % du temps									
3 : maximal, 70 % du temps ou plus									

STEVENS B., JOHNSTON C., PETRYSHEN P., TADDIO A. *Premature infant pain profile : development and initial validation. Clin J Pain* 1996; 12: 13-22.

BALLANTYNE M., STEVENS B., MCALLISTER M., DIONNE K., JACK A. *Validation of the premature infant profile in the clinical setting. Clin J Pain* 1999; 15: 297-303.

Traduction Pédiadol 2000

ANNEXE V



Charte de l'enfant hospitalisé



L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.



On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.



On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.



L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.



L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.



L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

ANNEXE VI

Les missions des CLUD

Les responsabilités du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) sont :

- de proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation locale ; elles doivent figurer dans le projet d'établissement ;
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur quels qu'en soient le type, l'origine, et le contexte ;
- d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement ;
- de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

En pratique, les CLUD coordonnent les actions, recueillent les informations cliniques et les besoins de l'établissement, afin de proposer une stratégie cohérente et adaptée devant aboutir à la prise en compte effective de toutes les douleurs.

Ils suscitent et animent au sein et à l'extérieur de l'établissement une véritable "culture douleur". Ils mettent en œuvre un ou plusieurs projets d'action, en se fondant sur des standards reconnus (protocoles, recommandations, outils d'évaluation...), de façon à ce que la prise en charge de la douleur devienne une attitude systématique.

Ils s'assurent de la qualité de l'évaluation de la douleur en organisant l'acquisition et la généralisation de l'utilisation des instruments de mesure de l'intensité de la douleur, la formation des personnels à leur utilisation et la mention des résultats de l'évaluation dans les dossiers de soins et/ou sur les pancartes.

Ils veillent à la diffusion et à la mise en application locale des travaux validés par la **Haute Autorité de santé** en ce domaine.

Ils proposent des protocoles adaptés à la prévention des douleurs liées aux actes diagnostiques et thérapeutiques potentiellement douloureux.

Ils animent la réflexion en faveur d'une meilleure prise en charge de la douleur en fonction des pathologies traitées par l'établissement.

Ils veillent à une utilisation rationnelle des moyens thérapeutiques médicamenteux et non médicamenteux au sein de l'établissement.

Enfin les CLUD peuvent proposer toute recommandation, ou exprimer des avis à la demande de la direction, sur les acquisitions d'équipements ou de matériels susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la prise en charge des douleurs.

Ils participent à l'information des patients : diffusion de brochures mentionnant les modalités de prise en charge de la douleur chronique dans l'établissement ; enquêtes sur la satisfaction des patients en matière de douleur notamment aux urgences, en période postopératoire.

Ils réunissent la documentation disponible sur les programmes d'assurance qualité en matière de douleur et en assurent la promotion et la mise en route au sein de l'établissement.

Dès maintenant les modalités de suivi des actions menées doivent être définies par le CLUD à partir d'objectifs clairement exposés par lui et qui comportent :

- l'identification des problèmes dans l'hôpital et la détermination des priorités d'action ;
- la mise en place de moyens permettant l'évaluation de l'intensité des douleurs et de leurs conséquences ;
- la mise en place de protocoles permettant de lutter contre toutes les douleurs ;
- l'évaluation des actions de prévention.

ANNEXE VII

Mesdames, Messieurs, cadres sages-femmes et sages-femmes, je suis actuellement étudiante sage-femme en 4^{ème} année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude concernant l'évaluation de la prise en charge de la douleur du nouveau-né. Dans ce but, je vous sollicite. J'ai réalisé, à l'aide de mon directeur de mémoire, une grille d'évaluation de la douleur du nouveau-né ainsi que des questions. Je serai présente sur les sites de Metz et de Thionville en service de suites de couches lors des deux prochains mois lors des prélèvements sanguins chez le nouveau-né à terme. Il s'agit pour moi d'évaluer la prise en charge de la douleur du nouveau-né. En aucun cas, je n'interviendrai lors du soin. Je reste à votre disposition pour toute question.

Merci pour votre participation.

Myriam THIRIET ESF4

Brow bulge
(sourcils froncés)

Eye squeeze
(paupières serrées)

Naso-labial furrow
(sillon naso-labial accentué)

Open lips
(bouche ouverte)

Chaque item est coté absent (0) ou présent (1) au cours de l'acte douloureux.
Score maximum de 4.

[illegible]

Grunau RVE, Oberlander T, Holsti L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonate. *Pain* 1998; 76 : 277-286.

Le nouveau-né

Sexe et âge gestationnel : F G 37SA 38SA 39SA 40SA
41SA

Mode d'accouchement : Voie basse spontanée césarienne forceps
ventouse

Avant le geste, l'enfant est : au sein endormi en éveil calme énervé
autre

Le soin.

Qui réalise le soin ?:

Raison du soin :

Lieu du soin :

Présence des parents : mère père les deux
aucun

Moyen de prise en charge de la douleur utilisé :

Aucun

Le peau à peau

Allaitement maternel

Glucose

Succion

Emmaillotage

Emla

Paracétamol

Autres

RESUME

Actuellement, la sage-femme assure une prise en charge globale de la douleur aiguë du nouveau-né. Elle utilise à la fois des moyens médicamenteux ou non. L'état des lieux réalisé au sein de deux maternités l'a prouvé.

La sage-femme est la personne au centre de cette prise en charge. Par son professionnalisme, elle prévient, observe, dépiste, évalue, soulage, explique, accompagne la douleur du nouveau-né. Elle transmet ses connaissances à ses collègues et assure ainsi sa continuité.

La place d'un référent douleur en service est au centre de la prise en charge globale du nouveau-né.

Mais des éléments extérieurs perturbent cette prise en charge comme le tabac.

Dynamiser

Observer

Unesco

Légal

Evaluer

Universel

Réfèrent