

# "Chez le nouveau-né saint, la douleur aiguë n'est pas une fatalité"

Autor(en): **Conus Schmidt, Geneviève / Enderli, Elvire**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **100 (2002)**

Heft 11

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951490>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# «Chez le nouveau-né hurlant de douleur à l'heure où la technologie atteint son apogée, n'est plus admissible. D'autant plus lorsque ce nouveau-né est en bonne santé et subit des actes invasifs pour maintenir son capital santé.»

**La vision d'un nouveau-né hurlant de douleur à l'heure où la technologie atteint son apogée, n'est plus admissible. D'autant plus lorsque ce nouveau-né est en bonne santé et subit des actes invasifs pour maintenir son capital santé.**

**Geneviève Conus Schmidt,  
Elvire Enderli  
et Rosaria Vorlet-Crisci**

**DÉRANGÉES** au plus profond de nos émotions de soignantes, nous nous sommes efforcées d'appréhender la douleur dans les soins comme un facteur intolérable et de tout mettre en œuvre pour la prévenir.

Notre volonté était de prodiguer des soins sans générer de souffrance. Dans une dynamique de qualité, ce constat nous a obligé à créer un outil de travail permettant de résoudre cette problématique.

En août 2000, une fiche technique de soins est ainsi créée afin d'offrir aux professionnelles un outil leur permettant de prévenir la douleur aiguë du nouveau né sain<sup>1</sup> séjournant dans le service de la maternité, à l'hôpital cantonal de Fribourg.

Bien que ce document semble de prime abord une «recette», il laisse une approche prépondérante à l'accompagnement global de l'individu. Nous situons ainsi le nouveau-né et ses parents au centre du soin et nous tenons compte des aspects physiques, psychiques, environnementaux et matériels.

Ce protocole est systématiquement appliqué et évalué par un score<sup>2</sup>. Il est le fruit d'une longue recherche, réflexion, analyse et consultation interdisciplinaires.

C'est ainsi qu'en avril 2001, après 8 mois d'implantation, l'idée d'une recherche germe dans nos esprits. Une proposition de collaboration entre l'école du personnel soignant et l'hôpital cantonal de Fribourg est acceptée et fait l'objet d'une convention.

Les objectifs de la recherche sont doubles:

- Mesurer le changement comportemental chez les soignants
- Diminuer les manifestations de la douleur chez le nouveau-né lors de soins invasifs à travers la mesure des scores «Douleur Aiguë du Nouveau-né» (D.A.N.)

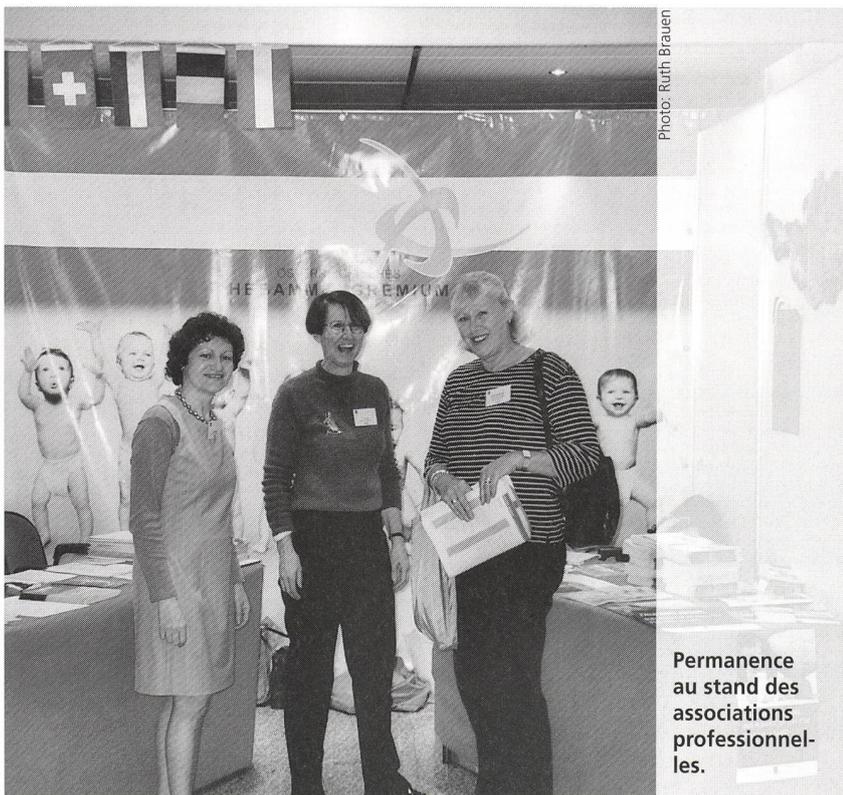
## Protocole de prévention de la douleur aiguë du nouveau-né

Il est important de prévoir le soin déjà en début de journée. Cela permet de présenter à la maman l'acte que l'on va effectuer et de s'assurer de sa volonté de participation. Pour ce faire, il faut veiller à utiliser un vocabulaire accessible et objectif.

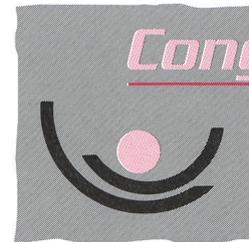
Comme le souligne Ginette Paccoud dans son ouvrage «Organiser des soins de qualité en maternité»<sup>3</sup>, il convient de rappeler que si pour l'équipe de soins les gestes techniques peuvent être accomplis mécaniquement, pour la mère et pour l'enfant, il s'agit de la première fois, de la seule première fois.

C'est donc la mission du personnel soignant de créer les conditions favorables à ce moment, afin que la maman puisse entrer en dialogue, charnel et visuel, avec son bébé, pour l'apaiser et contribuer à la prévention de la douleur.

Partant du postulat que le nouveau-né repu diminue sa réponse à la douleur, nous demandons à sa mère de nous signaler lorsque son bébé a mangé (sein ou biberon).



Permanence au stand des associations professionnelles.



# douleur aiguë

Atelier sur les violences envers les femmes enceintes: les participantes venues de Mauritanie (à l'arrière plan à droite: Petra ten Hoope, secrétaire générale de l'ICM).



Photo: Ruth Brauen

## Conditions de base

Une étude ayant démontré le rôle pacificateur du saccharose 12%, nous sommes amenés à en administrer 2 ml 2 minutes avant la ponction, si une alimentation maternelle ou artificielle n'a pu se faire. Ceci afin de pallier à l'absence de plénitude que provoque le repas du nourrisson.

Si la maman ne désire pas être présente, nous requérons l'aide d'une collègue. En effet, le second point important de notre protocole est la nécessité d'effectuer tout soin intrusif à deux: l'une pratiquant l'acte technique, tout en parlant à l'enfant et en lui expliquant les gestes effectués d'un ton adapté.

L'autre personne induit le réflexe de succion en faisant téter son doigt (recouvert d'un doigtier, si ce n'est pas la mère) au nouveau-né afin qu'il se

sente rassuré, tout en prodiguant des paroles douces et des gestes consolateurs.

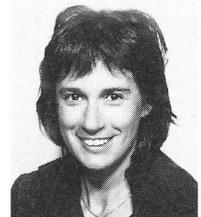
Nous serons attentifs aussi à accomplir cet acte dans l'harmonie, sans gestes brusques (pas de contention forte des membres inférieurs, pas de dorsiflexion exagérée du pied du bébé...), c'est-à-dire en veillant à ne pas casser le rythme.

Or Ginette Paccoud soulève dans son ouvrage ce goût pour la rythmicité que l'enfant montre dès sa naissance, il apprend vite à reconnaître, par des signaux olfactifs et kinesthésiques, ce qui va lui arriver. Il est donc capital d'être attentif au calme ambiant, d'offrir un lieu de soin sans stimuli (lumière vive, voix fortes, allées et venues constantes, trop forte ou faible chaleur, ...) ne pouvant qu'augmenter l'inconfort de l'enfant et le stress de la soignante.

Nous nous assurons également que le matériel de prélèvement sanguin est adapté, fonctionnel et à portée de main. Il faut être parfaitement au courant du nombre et du genre de tubes

### **Geneviève Conus Schmidt**

est sage-femme diplômée depuis 1999 et travaille à la maternité de l'hôpital cantonal de Fribourg.



### **Elvire Enderli**

est infirmière depuis 2000. Après avoir travaillé deux ans à la maternité de l'hôpital cantonal de Fribourg, elle est actuellement étudiante à l'école de sages-femmes de Lausanne.



### **Rosaria Vorlet-Crisci**

est infirmière (1983) et sage-femme (1986). Elle a été 10 ans cheffe de la clinique de gynécologie-obstétrique à la maternité de l'hôpital cantonal de Fribourg et est depuis octobre 2000 enseignante à l'école du personnel soignant de Fribourg.



<sup>1</sup> Protocole de soin disponible sur Internet, [www.eps.fr.ch](http://www.eps.fr.ch) ou [www.hopcantfr.ch](http://www.hopcantfr.ch) ou auprès des auteurs.

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> Ed Arnette, Paris, 1993

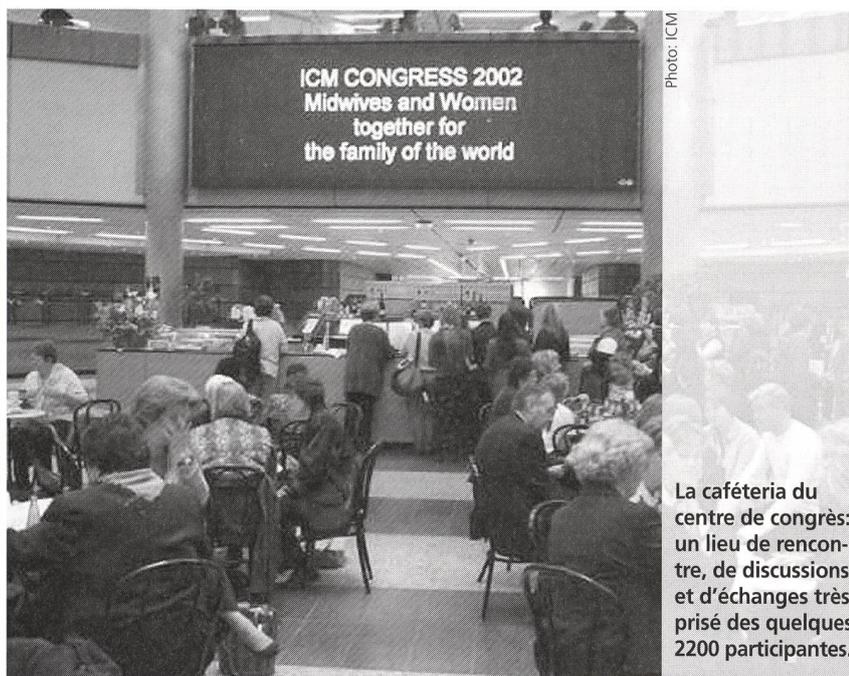


Photo: ICM

La caféteria du centre de congrès: un lieu de rencontre, de discussions et d'échanges très pris   des quelques 2200 participantes.

qu'il convient de remplir ainsi que des millilitres de sang dont doit disposer le laboratoire d'analyse, afin de ne pas prélever plus de sang qu'il n'en faut.

### Préparation du site de ponction

Nous savons qu'il faut chauffer le pied de l'enfant afin de favoriser une vasodilatation et permettre ainsi un meilleur flux sanguin. On peut le faire en trempant le pied du bébé dans une cupule d'eau chaude. La nouveauté est de ne pas chauffer uniquement le pied, mais aussi la cheville et une bonne partie du mollet du nouveau-né dans un récipient (par exemple un vieux chauffe-biberon) en positionnant le bébé verticalement, la main de la soignante accompagnant le pied afin de toujours contrôler la température de l'eau. Il s'agit d'optimiser le flux sanguin et ainsi diminuer la pression à exercer sur le pied, ce qui, rappelons-le, est la cause principale de la douleur ressentie par l'enfant. Cette position est extrêmement bien vécue par le bébé, qui se laisse aller compl  tement.

Le sens donné à cette préparation est non seulement l'obtention d'un bon résultat de laboratoire mais surtout la prévention de la douleur.

Une fois la ponction terminée, nous nous attachons à prendre du temps pour consoler l'enfant par des paroles et des gestes doux, réconfortants, apaisants; ceux-ci sont effectués par la soignante ou la maman si elle est présente.

A ce propos nous nous rendons compte de l'importance à donner une place active à celle-ci. Dans ce sens, nous contribuons non seulement au lien mère-enfant, mais aussi à renforcer la confiance en soi de la maman et à lui démontrer ses capacités à soutenir son enfant dans des moments difficiles. Nous soulignons également que cette attitude consolatrice, ou préventive de la douleur, est transférable en d'autres occasions (visite chez le pédiatre, par exemple).

### Deux périodes de saisie

La saisie des données s'est faite du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2001, soit sur une durée de 4 mois. Le nombre de scores évalués durant cette période est de 137. Elle est comparée à la période test que nous avons menée avant l'introduction du protocole de soins, d'août 2000 à mars 2001 soit 8 mois. Le nombre de score évalué durant cette période est de 51.

Deux évaluations distinctes ont été faites. Dans un premier temps, un questionnaire individuel<sup>4</sup>   value ce qui a changé dans le comportement des professionnelles face à la douleur du nouveau-né lors de soins invasifs. Sur 26 questionnaires distribués, 17 ont pu être analysés, soit 65%.

Une échelle évaluant la douleur aigüe du nouveau-né «score de D.A.N» est l'outil de saisie permettant de mesurer le degré de douleur lié à un geste invasif (dans notre cas, le micropr  l  vement). Nous avons analysé 137 scores

sur les 167 enfants nés entre début juillet et fin octobre 2001, soit 83% de retour.

### Des soignantes convaincues

Du côté des soignantes, nous avons pu constater que pour la totalité d'entre elles, le protocole correspond à leur pratique quotidienne. Il est désormais solidement en place et a entraîné diverses modifications comportementales et réflexives quant à l'application de tout soin intrusif comme le micropr  l  vement sanguin.

Ce questionnaire a permis de dégager cinq points capitaux du changement:

- Nouvelle et meilleure approche du nouveau-né, dont la conscience de la douleur est prise en compte. Ce constat améliore sa prise en charge dans l'optique systémique de l'individu.
- Respect des parents et de leur choix pour une meilleure implication de ceux-ci. Leur besoin d'informations est en augmentation. Les réponses des professionnelles semblent diminuer leur inquiétude et les valorisent dans leur rôle parental (mise en avant de leurs compétences).
- Remise en question des actes effectués, en leur donnant un sens, qui remet en question la compétence et la pratique professionnelle.
- Sensibilité et exigence envers soi-même s'en trouvent augmentées, ainsi que la satisfaction personnelle. La soignante est reconnue dans sa démarche, il y a légitimation en même temps que diminution, voire absence de cette sensation «d'être un bourreau», de «faire mal».
- Renforcement de l'esprit d'équipe. Le soutien et la collaboration sont enrichis, il y a un partage de savoir-être et de savoir-faire qui améliore le travail d'équipe et suscite le dialogue sur une compétence et une pratique professionnelle. De plus, le fait d'être à deux lors du soin amène aussi à diminuer le stress et, en cas d'insuccès, offre une alternative immédiate.

### Les limites du protocole

Mais l'application du protocole a aussi ses limites:

- stress engendré par le regard des parents

<sup>4</sup> protocole de soins [www.epsfr.ch](http://www.epsfr.ch) ou [www.hopcantfr.ch](http://www.hopcantfr.ch)

<sup>5</sup> Idem

- sensation d'être observée et jugée par les collègues dans le respect strict du protocole
- temps augmenté pour une organisation adéquate (en relation avec la charge de travail)
- difficulté quant à la disponibilité d'une collègue si la maman n'est pas présente
- rigidité médicale quant à la négociation de certains micro-prélèvements, relevant plus d'un protocole médical que d'une observation clinique précise
- difficulté à accepter le saccharose 12%, par crainte d'associer la succion (nourriture) à la douleur.

## Résultat et analyse des scores

Les résultats concernant la présence d'une tierce personne ne sont pas interprétables significativement.

Ainsi, en présence d'une collègue, nous avons obtenu un score moyen de 2.16 (n = 66), contre 2.50 (n = 53) en présence de la maman. Bien que le score moyen soit plus élevé en présence de la maman, nous estimons important de favoriser la présence d'un des deux parents, car il est un élément rassurant dans l'environnement de l'enfant. Un autre argument est mis en lumière en terme de promotion de la santé. En effet la présence d'un parent permet à celui-ci de découvrir un « modèle » de relation lors d'une activité stressante pour l'enfant. Nous pouvons raisonnablement penser qu'en faisant parti-

ciper en toute conscience le parent à l'organisation et l'exécution du soin, celui-ci percevra la manière dont il pourra à l'avenir (visite chez le pédiatre, vaccination, chute, etc.), calmer, rassurer son enfant.

Ainsi, la soignante ménage un espace où le parent reprend ses pleins pouvoirs, il devient partenaire, acteur auprès de son enfant. Nous pouvons sans autre affirmer, selon les théories développées par des spécialistes tel que Brazelton, Spitz, Zasso ou Dolto, que ce comportement professionnel contribue à favoriser l'établissement du lien entre

l'enfant et sa mère. Celle-ci se sent mise en confiance dans ses capacités à reconforter son bébé, son estime de soi est valorisée. Il est important d'explicitement clairement ce point au parent pour qu'il puisse en prendre pleinement conscience.

## Application de la fiche technique de soins

Nous pouvons dire que l'application de la fiche technique de soins influence notablement la douleur du nouveau-né (score moyen de 2.17, contre 4.22 en cas de non-application).

Ce qui nous étonne est le pourcentage élevé, près de 19%, de non-application (*graphique 1*).

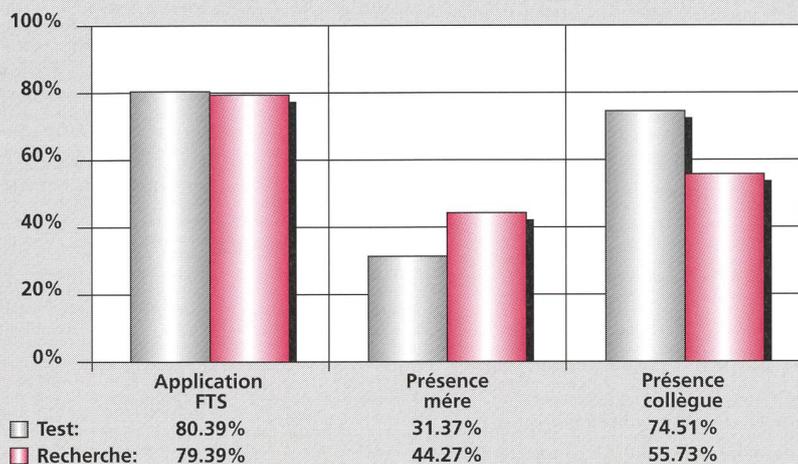
Les hypothèses émises sont de deux ordres: problématique des prélèvements effectués la nuit (organisation moins aisée, moins de personnel...) et passage de l'information sur l'utilisation du protocole et le remplissage des échelles d'évaluation du score DAN (oubli surtout en début de recherche (15 fois en juillet, 8 fois en août))

Bien qu'hypothétique, nous avons vérifié la problématique de l'effectif de nuit. Les superviseurs confirment que la plupart du temps, c'est une difficulté d'organiser le soin avec une collègue lorsqu'il y a surcharge de travail, de nuit comme de jour.

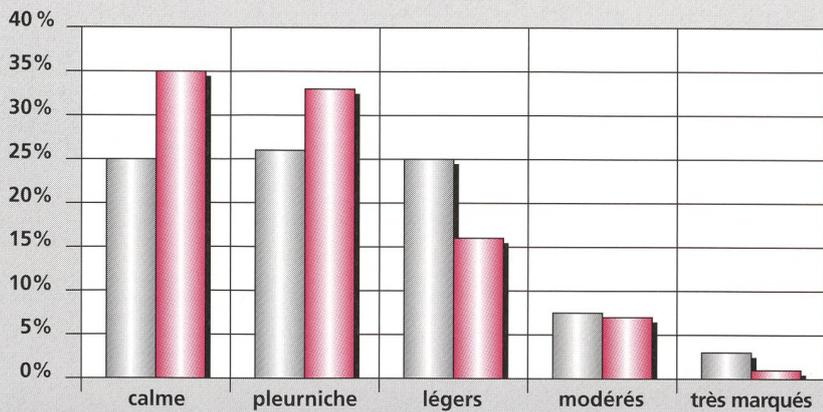
Nous avons également analysé la provenance de ces « oublis ». Nous remarquons que le nouveau personnel, ainsi que l'aide extérieure au service, baisse la qualité de la prestation. Les



Graphique 1: Gestion du soin<sup>6</sup>

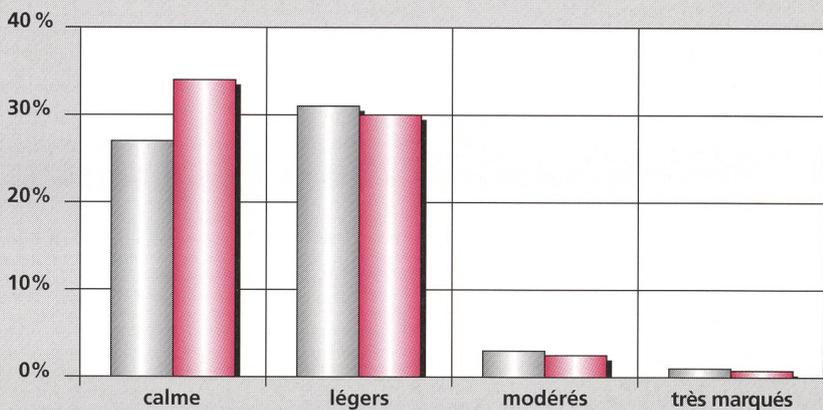


<sup>6</sup> NB: La période test (implantation du PPDAN) s'étend d'août 2000 à avril 2001 (8 mois – 51 scores). La période de recherche (mesure du changement) s'étend de juillet à octobre 2001 (4 mois – 138 scores évalués).



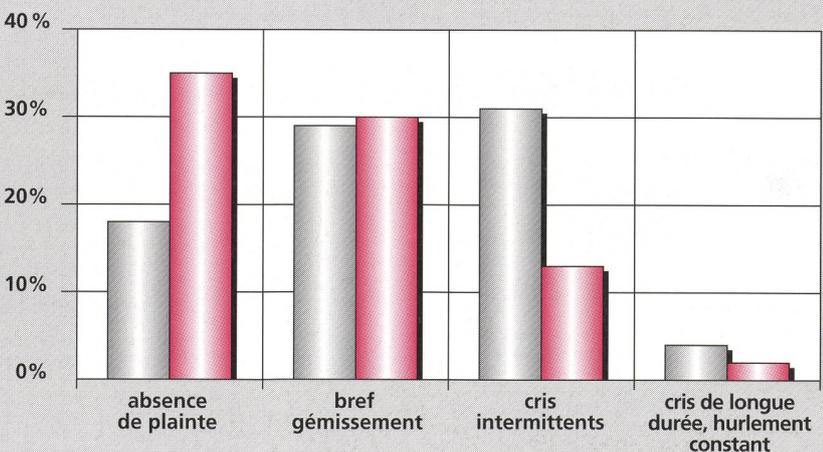
### Résultats: réponse faciale

Evalue si l'enfant reste calme, pleurniche et mesure l'intensité des signes suivants: contraction des paupières (légers), froncement des sourcils (modérés) ou accentuation des sillons naso-labiaux (très marqués).



### Résultats: mouvement des membres

Evalue si le nouveau-né reste calme, a des mouvements doux. Ce critère mesure l'intensité des signes suivants, pédalage, écartement desorteils (légers), membres inférieurs raidés et surélevés (modérés), agitation des bras, réaction de retrait (très marqués).



### Résultats: expression vocale

Ce critère mesure: absence de plainte, bref gémissement, cris intermittents, cris de longue durée, hurlement constant.

scores de ce type de population sont en moyenne plus élevés.

Le changement le plus notable reste l'organisation générale du soin.

En effet, la participation d'une collègue ou d'un des parents, tout comme la relation établie avec le nouveau-né, est le fait marquant de cette nouvelle pratique professionnelle.

### Quantité de sang prélevé

Bien que cela soit prévisible, les chiffres démontrent que plus il y a de prélèvements, plus les scores sont élevés. Ce n'est pas tant le fait de piquer un enfant qui fait mal mais bien le temps de prélèvement qui influence directement le temps de pression sur le pied de l'enfant. C'est là une problématique qu'il s'agira d'étudier afin d'en atténuer les conséquences chez le nouveau-né.

Le nombre de tubes est à mettre en lien direct avec:

- Les ordres médicaux, la négociation selon la clinique de l'enfant.
- Les performances technologiques qui, nous l'espérons, permettront un jour de prélever le moins de sang possible, voir même de supprimer les ponctions... Un rêve!

### Substance pacificatrice

Dans la phase test, 39 enfants ont reçu du lait maternel, 18 du saccharose 12% et aucun du lait artificiel. Dans la phase de recherche, ils ont été 102 à recevoir du lait maternel, 11 du saccharose et 8 du lait artificiel.

Notre intention ici, au-delà du type de substance pacificatrice, est de voir si l'enfant repu a une meilleure résistance au geste invasif. Les enfants repus sont dans la moyenne du score de la recherche<sup>7</sup>.

D'autres recherches scientifiques<sup>8</sup> ont prouvé que le saccharose 12% est une substance ayant un effet pacificateur plus élevé que toutes les autres substances. Une production d'endorphine serait à l'origine de la résistance à la douleur. Les signes vitaux tels que tension artérielle, pulsation, respiration, sont moins élevés, tout comme la consommation en oxygène.

### Le mode de prélèvement influence-t-il le score?

Dans la pratique, la ponction veineuse est moins douloureuse que le micro-prélèvement; ce qui ne ressort pas de l'analyse du score car trop peu de

ponction en veineux ont été effectuées: 6 (soit 3,65% du total) en tout durant la période de recherche. Cela est dû à une exigence médicale du maintien du capital veineux (en cas d'hospitalisation en néonatalogie), mais aussi du fait que peu de soignantes savent piquer en veineux.

La voie veineuse est privilégiée lorsqu'il y a beaucoup de tubes, car le microprélèvement nécessite une pression sur le pied du bébé qui à la longue est plus douloureuse.

## Négociation du prélèvement avec le pédiatre

Pour évaluer ce critère, nous avons déduit tous les prélèvements liés au test de Guthrie (examen non négociable) du total des saisies. Ainsi, sur les 137 prélèvements, 67 auraient pu se négocier selon la clinique de l'enfant.

Cependant, sur les 11 fois où la soignante a estimé que la remise en question de l'examen était pertinente, à chaque fois le pédiatre a maintenu le prélèvement. Il est aussi frappant de constater que sur 67 possibilités de négociation, il n'y a eu que 11 essais.

Les hypothèses en regard de la globalité de la recherche sont:

- au début de la recherche, il était possible d'entrer en négociation. Mais il y a eu un changement d'attitude médicale au cours de la recherche, dû à une remise en question mal vécue de l'ordre médical.
- si les pédiatres ont été partie prenante lors de l'introduction du protocole (période test), ils n'ont pas été informés de la recherche proprement dite; nous pensions peut-être à tort que les pédiatres étaient acquis à cette cause de facto.

C'est un point faible de notre démarche. En effet, la prescription influence directement la douleur du nouveau-né.

## Comparaison des résultats, avant et après la recherche

Ces résultats (voir page ci-contre) prouvent le bien fondé d'une démarche de sensibilisation des professionnelles.

<sup>7</sup> <b>Lait maternel:</b> n = 102	extrêmes:	0-10
score moyen: 2,61	nombre moyen de tubes	1,57
<b>Saccharose:</b> n = 11	extrêmes:	0-6
score moyen: 2,63	nombre moyen de tubes	2
<b>Lait artificiel:</b> n = 8	extrêmes:	0-6
score moyen: 2,25	nombre moyen de tubes	1,60
Score moyen d'un enfant repu: 2,49,		
sur une moyenne générale de 2,58.		

<sup>8</sup> Prof. Bucher, Dr Fauchère HUZ juin 2000. Prévention de la douleur aiguë du nouveau-né sain.

Les représentantes du Liban et du Bénin, lors de l'assemblée des déléguées.

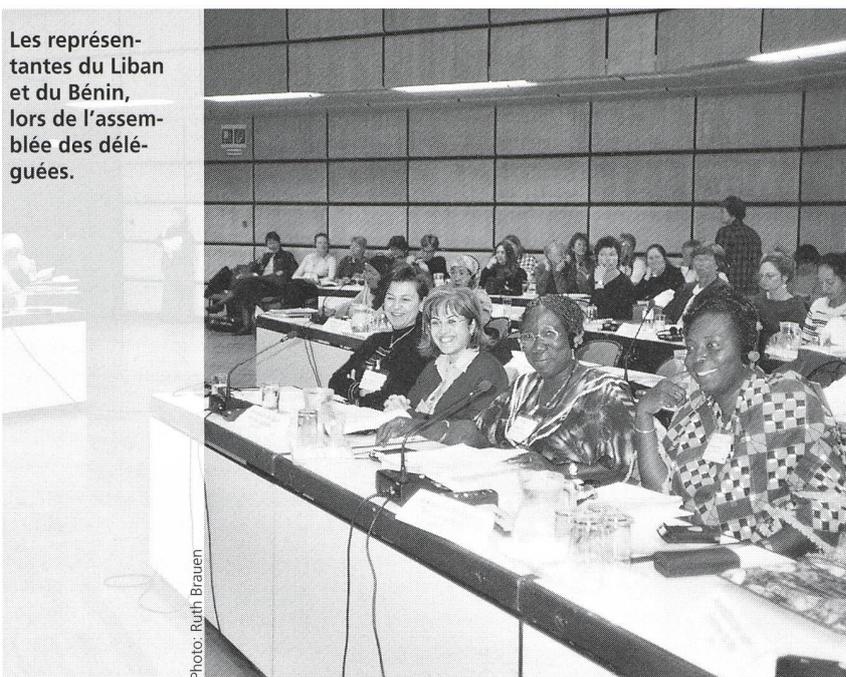


Photo: Ruth Brauen

En effet, le renforcement par une recherche a permis d'inscrire définitivement le changement. L'évolution des chiffres illustre la maîtrise de la douleur du nouveau-né lors de soins invasifs.

L'échelle DAN évalue selon trois critères (face, membres, voix) la réaction de l'enfant à la douleur. 0 étant l'absence de réaction et 10 une douleur maximale. Voici dans les graphiques ci-contre la comparaison entre la phase test en gris (n = 51) et la période de recherche en rose (n = 137).

Dans l'ensemble, nous avons obtenu 30% de scores à 0, c'est-à-dire des enfants n'ayant manifesté aucun signe de douleur lors du micro-prélèvement, et 37% de score entre 1 et 3, c'est-à-dire des enfants facilement consolables. Contre 26% de scores entre 4 et 6 et 7% de scores entre 7 et 10.

Pour chacun des critères étudiés, nous observons une appréciation positive de la qualité des soins, avec une diminution des symptômes de la douleur chez le nouveau-né. Ces trois graphiques montrent une évolution positive des scores.

## Conclusions et perspectives

Nous pouvons affirmer que les deux objectifs de départ sont atteints. Nous avons obtenu une diminution des manifestations de la douleur chez le nouveau-né lors de soins invasifs (scores DAN passant de 3.24 (sur 10) dans la phase test, à 2.58 dans la phase de recherche). Et un changement comporte-

mental chez les soignants. Le soignant peut participer de manière concrète à la promotion de la qualité des soins, mais également à la prévention et à la promotion de la santé.

Comme chaque recherche, celle-ci n'est pas aboutie. Il reste des interrogations qui ne demandent qu'à trouver réponse, des pistes qui ne demandent qu'à être découvertes. Il faudrait par exemple:

- Développer la négociation entre soignant et pédiatre dans le domaine de la clinique et de l'indication des examens.
  - Rester vigilantes dans ce domaine en constante évolution qu'est la technologie médicale et en particulier celle du laboratoire. Puisse-t-on un jour n'avoir plus besoin de «piquer» pour «analyser».
  - Développer la notion d'intervision au sein même de l'équipe soignante.
  - Dans une dimension d'anticipation et de gestion de l'organisation, évaluer la pertinence des ressources (expertise) en lien avec la charge de travail.
- Le regard critique que le professionnel porte sur sa pratique quotidienne a permis de maintenir un processus de qualité dans la prise en charge des nouveau-nés. L'objectif «humanitaire», contenu dans l'expression «prendre soin de...», est atteint à l'heure où la technologie trouve ses limites. Par cette recherche appliquée, un pas a été franchi pour la survie de cet être totalement dépendant qui n'est responsable ni de l'organisation de notre temps, ni de nos émotions. ◀