



**HAL**  
open science

# La douleur prolongée du nouveau-né après extraction instrumentale : état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes du CHR de Metz-Thionville

Marie-Charlotte Pierrard

## ► To cite this version:

Marie-Charlotte Pierrard. La douleur prolongée du nouveau-né après extraction instrumentale : état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes du CHR de Metz-Thionville. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01774558

**HAL Id: hal-01774558**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01774558>**

Submitted on 28 Sep 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## 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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

Université de Lorraine

École de Sages-femmes de Metz

# **La douleur prolongée du nouveau-né après extraction instrumentale**

**Etat des lieux des connaissances et pratiques professionnelles  
des sages-femmes du CHR Metz-Thionville**

Mémoire présenté et soutenu par

**PIERRARD Marie-Charlotte**

Née le 06 avril 1991

Promotion 2010-2014



Université de Lorraine

École de Sages-femmes de Metz

# **La douleur prolongée du nouveau-né après extraction instrumentale**

**Etat des lieux des connaissances et pratiques professionnelles  
des sages-femmes du CHR Metz-Thionville**

Mémoire présenté et soutenu par

**PIERRARD Marie-Charlotte**

Née le 06 avril 1991

Promotion 2010-2014

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

## **REMERCIEMENTS**

A Madame Patricia Ghezzi, directrice de ce mémoire, pour son aide précieuse, sa disponibilité et son soutien tout au long de ce travail,

Aux sages-femmes formatrices, pour leurs conseils au cours de ce travail,

Aux pédiatres du CHR Metz-Thionville, pour m'avoir apporté ces connaissances et cette réflexion,

A Mesdames Céline Thinus et Laurence Perrin, pour leur investissement et leur soutien durant ce travail,

A toutes les sages-femmes ayant participé à mon enquête,

A mes proches pour leur soutien durant ces 4 années.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Première partie : Les données de la littérature</b>	<b>2</b>
<b>1. L'accouchement instrumental</b>	<b>3</b>
1.1. Généralités	3
1.2. Indications	3
1.3. Les différents types d'instruments	4
1.4. Les complications néonatales	5
<b>2. La notion de douleur</b>	<b>8</b>
2.1. Généralités	8
2.2. La physiopathologie de la douleur	10
2.3. La douleur chez le nouveau-né	12
2.4. Législation	14
2.5. Les compétences des sages-femmes	15
<b>3. L'évaluation de la douleur</b>	<b>15</b>
3.1. Définition	15
3.2. Les objectifs de l'évaluation	16
3.3. Législation	17
3.4. Les pré requis à l'évaluation	17
3.5. Les différents types d'évaluation	18
3.6. La spécificité de l'évaluation chez le nouveau-né	19
<b>4. Prise en charge de la douleur du nouveau-né</b>	<b>21</b>
4.1. Les moyens non médicamenteux	21
4.2. Les moyens médicamenteux	23
<b>Deuxième partie : l'étude</b>	<b>25</b>
<b>1. Méthodologie de l'étude</b>	<b>26</b>
1.1. Problématique	26
1.2. Hypothèses	26
1.3. Objectifs	26
1.4. Outil d'enquête	27
1.5. Limites et biais de l'étude	28

<b>2. Résultats de l'étude</b>	<b>28</b>
2.1. Généralités	28
2.2. La douleur prolongée du nouveau-né	29
2.3. L'évaluation de la douleur prolongée du nouveau-né	31
2.4. La prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né	41
<b>Troisième partie : analyse et discussion</b>	<b>49</b>
<b>1. Analyse des résultats</b>	<b>50</b>
1.1. Identification du risque de douleur prolongée du nouveau-né et prise en charge de cette douleur par différents moyens	50
1.2. L'évaluation de la douleur, un paramètre de surveillance non maîtrisé par les sages-femmes	54
1.3. La douleur évaluée de manière plus subjective qu'à l'aide d'un outil d'hétéro-évaluation et ce à cause de freins pour les professionnels	57
1.4. La parole donnée aux sages-femmes	61
1.5. Autres constats de l'étude	61
1.6. Synthèse	64
<b>2. Propositions</b>	<b>65</b>
2.1. La formation continue	65
2.2. Organisation de la prise en charge de la douleur au sein d'un service	66
2.3. Du nouveau dans la prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né au CHR Metz-Thionville	67
<b>Conclusion</b>	<b>69</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>70</b>
<b>Annexes</b>	

## ***Introduction***

La douleur du nouveau-né a longtemps été méconnue et sous estimée. Elle est aujourd'hui reconnue. Sa prise en charge est une priorité de santé publique, elle s'inscrit dans le 3<sup>e</sup> plan national de lutte contre la douleur.

De plus, ce sujet, en constante évolution, me concerne en tant que future professionnelle de santé.

En parallèle, l'extraction instrumentale représente aujourd'hui plus d'une naissance sur dix et ne cesse de se développer. Au cours de mes stages, j'ai pu constater de nombreuses complications néonatales chez les enfants nés par extraction instrumentale.

Ces situations m'ont interrogée sur la prise en charge de la douleur de ces enfants. Malgré les disparités de prise en charge, la volonté de chaque professionnel de soulager la douleur est réelle. Ces interrogations représentent le début de ce travail. Quels sont les freins à une prise en charge harmonieuse de la douleur?

Ce cheminement, enrichi par notre mission de soignant de soulager la douleur, a fait naître la problématique suivante: Comment optimiser la prise en charge et notamment l'évaluation de la douleur prolongée du nouveau-né présentant un traumatisme obstétrical suite à une extraction instrumentale ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous développerons, dans une première partie, les données actuelles de la littérature sur l'extraction instrumentale, la douleur, son évaluation et sa prise en charge. Puis, dans une deuxième partie, nous exposerons l'étude menée au CHR Metz-Thionville, qui a jalonné ce mémoire ainsi que ses résultats. Dans une troisième partie, en analysant les résultats de l'étude, nous proposerons des pistes d'améliorations à la prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né.

***Première partie :***

***Les données de la littérature***

# 1. L'accouchement instrumental

## 1.1. Généralités

### 1.1.1. Définition [1]

L'extraction instrumentale permet d'assister et de réaliser la naissance du nouveau-né à travers les voies génitales maternelles par l'intermédiaire d'un matériel spécifique.

Plusieurs situations obstétricales pendant le travail peuvent amener à pratiquer une extraction instrumentale telle qu'une dystocie mécanique ou une souffrance fœtale aiguë.

### 1.1.2. Fréquence d'utilisation [1] [2]

Selon l'AUDIPOG (association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie) de 2003, en France, 11,6% des naissances se font par voie basse avec extraction instrumentale.

Il existe des variations de fréquence en fonction des indications d'extractions instrumentales, elles même dépendantes de critères interindividuels du personnel médical présent au moment de l'accouchement.

## 1.2. Indications

### 1.2.1. Qui ? Quand ? Où ? Comment ? [2] [3]

Selon les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (collège national des gynécologues et obstétriciens français) de 2008, les principales indications d'extractions instrumentales sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal. De plus, l'extraction instrumentale est envisagée à partir de 30 minutes d'efforts expulsifs avec un rythme cardiaque fœtal (RCF) normal, dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans progression du mobile fœtal. L'extraction peut être une aide en cas de fatigue ou agitation maternelle, femmes porteuses d'une cicatrice utérine. Il n'existe pas de données pour privilégier un instrument. Le choix est fonction de la situation obstétricale et des préférences de l'obstétricien.

L'extraction est le plus souvent faite en salle de naissance, parfois au bloc opératoire si l'on craint un échec. Il est souhaitable que l'obstétricien réalise l'extraction instrumentale en présence de la sage-femme et si possible d'une 3e personne. La présence de l'anesthésiste et du pédiatre n'est pas obligatoire mais ils pourront être prévenus à la demande de l'obstétricien.

### **1.3. Les différents types d'instruments [1] [2] [3]**

#### **1.3.1. La ventouse**

La ventouse est un instrument de flexion céphalique, voire de rotation et non de traction. Il s'agit de cupules à l'intérieur desquelles est créée une dépression réglable. A leur sommet s'attache une chaînette qui permet la préhension. Le placement de la cupule doit s'effectuer le plus proche possible de l'occiput fœtal. La durée d'application de la ventouse doit être inférieure à 20 minutes et l'absence de progression du mobile fœtal après 6 contractions utérines et/ou trois lâchages doit faire renoncer.

#### **1.3.2. Le forceps**

Le forceps est un instrument de préhension, de traction, mais aussi d'orientation par rotation et de flexion de la tête fœtale : il guide le mobile fœtal. Il est composé de deux cuillères métalliques, croisées formant une pince ou non croisées solidarisées par une branche transversale. Son application doit être symétrique s'appuyant sur le malaire fœtal. L'absence de progression du mobile fœtal après 3 tractions doit faire renoncer.

#### **1.3.3. La spatule**

Les spatules sont des instruments de propulsion et d'orientation, dont le mécanisme d'action et le maniement sont différents de ceux du forceps. Elles sont composées de deux cuillères symétriques, indépendantes et non articulées. La manœuvre consiste à écarter les spatules, protégeant ainsi la tête fœtale. Elles doivent être considérées comme le prolongement des mains de l'obstétricien.

## 1.4. Les complications néonatales

Certaines complications traumatiques, souvent bénignes, peuvent être attribuées à la technique d'extraction instrumentale. D'autres complications, potentiellement plus sévères, ont une physiopathologie complexe impliquant la technique et les événements qui ont conduit à l'extraction instrumentale. [4]

La mortalité ne diffère pas entre un accouchement instrumental et un accouchement voie basse spontanée. En revanche la morbidité est augmentée lors d'une extraction instrumentale, entraînant divers traumatismes foetaux. [4]

Il existe une différence de morbidité en fonction de l'instrument et une augmentation du risque de traumatismes lors d'une utilisation séquentielle de deux instruments.

### 1.4.1.A court terme [1] [2] [5] [6]

#### •La bosse séro-sanguine

La bosse séro-sanguine est un « chignon » correspondant à la concavité de la ventouse, un hématome limité par le tissu cellulo-adipeux.

Cette effusion de sérum et de sang qui chevauche les sutures constitue une des lésions les plus fréquentes, son diagnostic est clinique et immédiat, et le pronostic est toujours favorable avec une évolution spontanée vers la guérison en moins de 4 semaines. Elle ne requiert aucun examen complémentaire ni suivi spécialisé.

Des complications peuvent exister telles que l'anémie et l'accentuation d'un ictère physiologique dans les formes importantes de bosses séro-sanguines.

#### •Le céphalématome

Le céphalématome est une collection sanguine située entre l'os et le périoste, secondaire à une rupture des veines diploïques, qui ne chevauche pas les sutures. Cet hématome est sans gravité, apparaît au deuxième ou troisième jour de vie et régresse spontanément mais lentement en quelques semaines.

Plusieurs complications sont possibles. L'ictère lié à la résorption sanguine est fréquent, mais l'anémie importante est rare.

Il peut exister une calcification de la collection sanguine avec plus ou moins déformation crânienne mais cela reste rare. L'infection de la poche sanguine est exceptionnelle. Le céphalhématome peut être associé à une fracture du crâne, et peut aussi se compliquer d'une hémorragie intracrânienne.

#### •L'excoriation du cuir chevelu et la blessure faciale

L'excoriation correspond à une abrasion voire une lacération cutanée et est consécutive à une intervention instrumentale (ventouse qui dérape par exemple). Une application prolongée ou en paramédian de la cupule de la ventouse constitue un facteur de risque d'excoriation. Ces lésions cutanées sont des portes d'entrée à l'infection et sont sources d'agitation du nouveau-né liée à la douleur. Elles sont généralement d'évolution bénigne avec un traitement adapté.

La blessure faciale est due à l'application inadéquate du forceps. Elle représente la marque des cuillères sur le visage de l'enfant. Elle est bénigne et disparaît en 24h.

#### •La paralysie faciale

La paralysie faciale provient d'une compression de la VIIème paire crânienne de nerfs à la sortie du trou stylo-mastoïdien par les cuillères du forceps. La paralysie est alors complète et homogène mais la récupération est visible en 6 semaines à 2 mois.

#### •L'hémorragie rétinienne

L'hémorragie rétinienne est le plus souvent corrélée à la longueur du travail et l'utilisation de la ventouse. Elle se résorbe spontanément en moins d'une semaine.

#### •L'hématome sous cutané diffus du cuir chevelu

Cet hématome est rare mais d'une extrême gravité. Il est secondaire à un arrachement des veines émissaires de Santorini qui déclenche un saignement.

L'hématome va se constituer de façon continue puisqu'il n'est limité par aucune barrière anatomique. L'extension est rapide, insidieuse et importante.

Il n'est pas visible extérieurement car développé entre l'aponévrose épicrotânienne et le périoste. Le cuir chevelu va se décoller dans son ensemble en masquant les structures osseuses, aboutissant en l'absence de diagnostic rapide, au décès de l'enfant.

Les signes cliniques peuvent se manifester quelques heures à quelques jours après la naissance : le périmètre crânien augmente de façon importante, un syndrome d'anémie aigue s'installe, un ictère à bilirubine libre apparaît.

### •L'hémorragie intracrânienne

L'hémorragie intracrânienne est une complication néonatale grave de l'accouchement instrumental. On trouve les hémorragies sous-durales, sous-arachnoïdiennes, intra-ventriculaires et intra-parenchymateuses qui peuvent avoir des conséquences majeures sur le nouveau-né telles que des convulsions, des hypertensions intracrâniennes, des apnées.

### •La fracture du crâne

Elle est le plus souvent linéaire concernant les os pariétaux ou parfois déprimées dites en « balle de ping-pong ». Elle est suspectée cliniquement devant l'existence d'un volumineux épanchement sanguin extra-cérébral et confirmée par radiographie. L'évolution est rapidement favorable le plus souvent spontanément, le crâne retrouvant un aspect normal à 4 mois. Le pronostic varie en fonction de l'existence de lésions associées telles que des lésions cérébro-méningées ou une anoxie périnatale.

La survenue des céphalhématomes, des hématomes sous-cutanés diffus du cuir chevelu et des hémorragies rétiniennes est plus fréquente avec la ventouse.

La fracture du crâne avec risque d'embarrure, rare, est assez spécifique de l'utilisation des forceps.

### 1.4.2.A moyen et long terme [1] [6]

L'évolution à moyen et long terme des enfants nés par voie basse instrumentale est assez mal documentée. Malgré le faible nombre d'études de qualité (étude de LJ Dierker et al [7], étude de DS Seidman et al [8]) permettant une évaluation fiable des performances cognitives des enfants nés par forceps ou ventouse par rapport à un accouchement non instrumental, il semble que le pronostic neuro cognitif soit identique à l'âge adulte pour les 3 groupes.

Les conséquences à court terme de l'extraction instrumentale sont réelles. Pouvons-nous nous poser la question de la douleur de l'enfant dans cette situation ?

## 2. La notion de douleur

### 2.1. Généralités

#### 2.1.1. Définition [9] [10] [11]

Le Larousse définit la douleur de la façon suivante : « *Sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps* ».

Depuis 1979, selon l'IASP (l'association internationale d'étude de la douleur), la douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion* ».

Cependant, pour plusieurs spécialistes dont Anand et Craig, cette définition reste inadaptée car elle néglige les situations où la douleur ne s'exprime que par des attitudes ou des modifications de comportement comme chez le nouveau-né, qui n'a pas acquis le langage et ne possède pas de repère pour reconnaître la douleur. Ils donnent donc une autre définition de la douleur, applicable au nouveau-né : " *la perception de la douleur est une qualité inhérente à la vie, présente chez tous les organismes vivants et bien qu'influencée par les expériences de la vie, ne requiert pas au départ d'expérience antérieure.*"

Aujourd'hui, la douleur est bien définie mais cela n'a pas toujours été ainsi.

### 2.1.2. Historique et reconnaissance [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18]

Tout au long de l'histoire de l'humanité, chaque société a cherché des solutions pour soulager le sort des souffrants. Mais l'histoire de la prise en charge de la douleur n'est pas continue. Elle est marquée par des ruptures, des avancées, des dénis, liés aux différentes représentations culturelles philosophiques et religieuses.

Dans les sociétés primitives, la douleur est considérée comme un mauvais esprit à l'intérieur de l'individu. Durant le Moyen-âge, il y a peu de place aux soins du corps et la douleur est valorisée par la religion. On estime que la douleur a un rôle dans le diagnostic et le pronostic des maladies. La Renaissance est une période appelée humaniste car on se préoccupe d'abord de l'homme et non plus de Dieu. Ambroise Paré est l'un des premiers à essayer de limiter la douleur lors de la chirurgie. Au siècle des Lumières, un changement dans les pensées s'opère : tout devoir de médecin est de soulager son malade. Le XIXe siècle est marqué par de nombreuses découvertes concernant l'anesthésie et l'analgésie telles que la morphine, l'aspirine, le protoxyde d'azote, l'hypnose. Au XXe siècle, Leriche est le premier à dire que la douleur, quand elle dure, finit par perdre sa fonction de signal d'alarme.

La douleur de l'adulte et de l'enfant est alors reconnue au fur et à mesure des siècles mais la reconnaissance de la douleur du nouveau-né est très récente.

En 1979, Annie Gauvain Picquard est un des premiers médecins à s'intéresser à la douleur des enfants en France. En 1987, Anand est le premier à montrer la réalité de la douleur chez le nouveau-né. La capacité du nouveau-né à ressentir la douleur n'est plus actuellement remise en question.

L'émergence de la lutte contre la douleur des nouveau-nés date de la fin des années 80, en partie avec la création de l'association ATDE (association pour le traitement de la douleur) et de Pediadol par E. Fournier Charrière, entre autres. En 1991, la première journée nationale sur la douleur des enfants intitulée « La douleur de l'enfant : quelles réponses ? » est organisée. La première Unité Douleur est créée par Daniel Annequin en 1993, et l'association Sparadrap voit le jour.

La France est le premier pays Européen à avoir mis en place un programme national de lutte contre la douleur et à pérenniser cette politique. D'ailleurs, la douleur de l'enfant est dans les priorités du 3<sup>e</sup> plan national de lutte contre la douleur.

La douleur est définie, reconnue depuis maintenant 30 ans mais quel est son mécanisme ?

## **2.2. La physiopathologie de la douleur**

### **2.2.1. Le mécanisme général [19]**

La transmission de la douleur est possible grâce à différents éléments de l'organisme, au niveau périphérique et central.

Au niveau périphérique, le message de la douleur résulte de l'excitation de nocicepteurs qui identifient une stimulation et codent le niveau d'intensité du stimulus. Ensuite quatre types de fibres nerveuses véhiculent les influx nociceptifs jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière. Le relai médullaire de l'information se fait par des synapses entre les fibres nerveuses et les neurones de la substance grise postérieure. Après avoir franchi la première synapse dans la moelle, les messages nociceptifs remontent le long des fibres post-synaptiques vers l'encéphale.

Au niveau central, différentes structures vont avoir un rôle dans le cheminement de la douleur, sa perception, ses manifestations comportementales et émotionnelles telles que la formation réticulée, le thalamus et le cortex cérébral.

Il existe des neuromodulateurs qui créent l'influx douloureux (médiators de la nociception) et d'autres qui atténuent l'intensité du message initial (substances inhibitrices telle que les endorphines).

Un autre système de protection de l'organisme contre la douleur est décrit avec la théorie du « gate control » : certaines structures de l'organisme permettent de filtrer les informations douloureuses venant de la périphérie : un nouveau stimulus appliqué sur la région douloureuse permet d'inhiber la douleur provoquée par le premier stimulus.

## 2.2.2. Différents types de douleur

### •selon leur mécanisme [20]

La douleur nociceptive survient lorsqu'il y a un excès de stimulations nociceptives à la périphérie ce qui entraîne une douleur intense liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires, thermiques et chimiques. Les mécanismes de contrôle de la douleur sont débordés. Ce type de douleur est très fréquent.

La douleur neuropathique est due à une lésion des fibres sensibles, une interruption des voies nociceptives. Elle associe souvent des sensations continues à type de brûlure et des accès à type de décharge électrique.

La douleur psychogène est causée avant tout par des facteurs psychologiques. C'est une douleur qui n'a aucune cause somatique mais qui peut entraîner des conséquences physiques.

### •selon leur durée [20] [21]

La douleur aiguë est en général très localisée, intense et transitoire. Elle est ressentie en post opératoire, lors d'actes de soin, mais aussi spontanément dans certaines affections. Chez l'enfant, elle se manifeste par des cris, pleurs, contorsions, modifications du comportement, inconsolabilité, points douloureux à la palpation.

La douleur chronique est une douleur qui subsiste au-delà de trois mois. C'est une douleur persistante, endurée pouvant être rencontrée en pathologie néonatale notamment chez le prématuré qui subit une hospitalisation prolongée avec des soins multiples et répétitifs. Chez l'enfant, elle se manifeste par des positions dites antalgiques, des modifications comportementales.

On parle aussi de douleur prolongée chez le nouveau-né, qui se rapporte à la douleur chronique mais où la durée de trois mois n'est pas de mise.

### 2.3. La douleur chez le nouveau-né [14] [15] [21] [22]

Des études menées par Anand [23] montrent que le système nerveux du nouveau-né, bien qu'en plein développement, est capable de transmettre, de percevoir, de répondre et de mémoriser une stimulation nociceptive. Les récepteurs cutanés apparaissent de manière précoce dans l'embryogénèse et la myélinisation des fibres nerveuses débute à partir de la 22<sup>e</sup> semaine de grossesse. A la naissance, tous les récepteurs à la douleur sont mis en place et la communauté médicale internationale reconnaît que l'on peut parler de douleur dès le terme de 5 mois et demi de grossesse.

Par contre le nouveau-né n'est pas en mesure de se défendre contre la douleur. Les systèmes inhibiteurs descendants, qui agissent comme un système analgésique endogène, sont immatures à la naissance. Plusieurs arguments plaident en faveur d'une hypersensibilité du nouveau-né à la douleur.

Plusieurs études [23] [24] ont montré que la douleur induit de nombreux changements physiologiques et comportementaux chez le nouveau-né.

Les modifications physiologiques liées à la douleur sont de l'ordre d'une augmentation de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la pression artérielle et une diminution de la saturation en oxygène. On peut également apercevoir une sudation palmaire, une diminution du tonus vagal. La libération d'hormones de stress telles que des catécholamines peut être enregistrée dans une situation de stress chez le nouveau-né.

Les modifications comportementales liées à la douleur sont généralement définies par les mimiques du nouveau-né (froncement des sourcils, paupières fermées, froncement du sillon nasolabial, ouverture des lèvres), ses mouvements (crispation, immobilité ou agitation excessive, inconsolabilité, Moro spontané) et ses cris ou pleurs.

Par ailleurs, en dehors de toute stimulation douloureuse, certains enfants ne supportent plus les soins, s'agitant à la moindre approche du soignant. Les tentatives de réconfort sont vaines et ne font qu'amplifier la réaction motrice.

Ces modifications font référence à la sémiologie évidente de la douleur du nouveau-né. Mais il existe également une sémiologie paradoxale, on parle alors d'inertie psychomotrice.

Les douleurs prolongées peuvent conduire à un état proche d'un tableau dépressif. Les nouveau-nés restent prostrés, muets, voire immobiles ; ils manquent d'expressivité et ne manifestent aucun intérêt pour le monde extérieur, leur gestuelle est pauvre et lente.

### **2.3.1. La mémoire de la douleur [15] [16]**

Dans un passé proche, nombreux cliniciens ont affirmé que les centres cérébraux de la mémoire n'étaient pas suffisamment développés en période néonatale pour que le nouveau-né en mémorise les événements. La mémorisation à moyen terme des premières expériences douloureuses est aujourd'hui prouvée.

Une étude de Taylor en 2000 a comparé, lors de leur première vaccination à 2 mois, un groupe de bébés ayant eu une naissance normale avec un groupe ayant eu une naissance traumatique, associée à l'utilisation de la ventouse ou forceps : chez ces derniers, on constate une plus forte augmentation des hormones de stress et de la durée de leurs cris.

Il semble que les douleurs répétées puissent entraîner une sensibilisation durable et un retentissement à long terme sur le développement cognitif et comportemental malgré des études discordantes.

A l'inverse, si la douleur est bien prise en charge il n'y a pas de sensibilisation, donc pas de conséquences à long terme sur la perception de la douleur.

Le nouveau-né ressent la douleur. Cette douleur et sa prise en charge sont désormais encadrées par la loi.

## 2.4. La législation [25] [26] [27]

La loi fondamentale du 04 mars 2002, loi dite « Kouchner », dans l'article L 1110-5 du Code de la Santé Publique, dit que *"Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [...]"*.

L'article L 1112-4 du Code de la Santé Publique prévoit que *"Les établissements de santé publics ou privés et les établissements sociaux et médicosociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelle que soit l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis »*.

La charte du patient hospitalisé est établie pour affirmer ses droits. Il est notamment prévu à l'article 2, que *«Au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants »*.

La charte de l'enfant hospitalisé, publiée en 1988 à Leiden, dit dans son article 5 : *« On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur »*.

Des plans nationaux de lutte contre la douleur sont mis en place en France. Il est préconisé entre autre que *"... La formation constitue un élément essentiel pour assurer l'adhésion des personnels à la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur..."*.

La priorité N°1 du 3<sup>e</sup> plan national de lutte contre la douleur est d'améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents.

Il existe des recommandations de l'ANAES (agence d'accréditation et d'évaluation en santé) et de l'HAS (haute autorité de santé) de 2010 [annexe 1] concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Dans la référence 12a, le rôle important du CLUD (comité de lutte contre la douleur) et du référent douleur est rappelé. Le CLUD a de nombreuses missions afin de susciter une « culture douleur » au sein des établissements de santé. Des référents douleur sont nommés dans les services pour mettre en œuvre ces missions.

## 2.5. Les compétences des sages-femmes [28]

Le code de déontologie de la sage-femme rappelle ses obligations en matière de prise en charge de la douleur et de formation continue dans ce domaine.

Dans la liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des nouveau-nés, on y trouve en primo-prescription les anesthésiques locaux (crème ou patches contenant une association de lidocaïne et prilocaïne) et les antalgiques (paracétamol par voie orale ou rectale).

L'article R.4127-325 dit que « *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* ».

L'article R.4127-304 du 17 juillet 2012 dit que « *La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.41536-1 et L.4153-2* ».

Toute douleur doit être prise en charge, la première étape étant l'évaluation de cette douleur.

## 3. L'évaluation de la douleur

### 3.1. Définition [29] [30] [31]

L'évaluation de la douleur est l'objectivation de la douleur d'un patient à l'aide d'un outil adapté à son âge et son état. La douleur reste un phénomène subjectif, complexe, polymorphe, multifactoriel, multidimensionnel mais l'évaluation constitue la première étape de la prise en charge du patient et un préalable indispensable avant toute démarche thérapeutique.

De nombreuses études ont montré que la compétence des soignants pour évaluer la douleur est variable et que la concordance entre les différents observateurs est mauvaise. C'est pourquoi un outil d'évaluation doit être utilisé. Une évaluation isolée n'apporte que peu de bénéfices. Elle doit être répétée afin de permettre un suivi de l'évolution de la douleur. L'évaluation de la douleur est un paramètre de surveillance au même titre que la prise de température, la surveillance du pouls ou la mesure de la tension artérielle. Tout professionnel de santé doit évaluer la douleur du patient qu'il prend en charge. Depuis les années 80, plus d'une quarantaine d'échelles d'évaluation ont vu le jour et ont été validées scientifiquement.

### **3.2. Les objectifs de l'évaluation [29]**

Selon l'HAS et l'ANAES, évaluer la douleur est nécessaire pour établir ou confirmer l'existence d'une douleur, apprécier son intensité, déterminer les moyens antalgiques nécessaires, évaluer l'efficacité du traitement institué et adapter ce traitement.

L'évaluation de la douleur à l'aide d'un outil d'hétéro évaluation présente de nombreux intérêts et avantages.

Elle permet de rendre objective la douleur et sert ainsi d'outil de communication entre les équipes. L'utilisation systématique d'un outil d'évaluation permet d'éviter les dérapages de l'interprétation. C'est une procédure structurée et reproductible par chacun qui permet d'harmoniser les pratiques dans un service.

Elle permet aussi d'établir une communication avec le patient et de montrer l'intérêt porté au soulagement de sa douleur.

Finalement, l'évaluation de la douleur a pour but d'améliorer le suivi thérapeutique, sa traçabilité dans le temps et donc d'obtenir une meilleure continuité des soins. La transcription des informations précises dans le dossier du patient rend la douleur visible. D'ailleurs, une étude de L. Franck montre qu'il y a une amélioration de la prise en charge de la douleur de l'enfant après la mise en place de l'évaluation dans un service. L'utilisation de critères communs à l'équipe facilite des prises de décisions homogènes au sein de l'équipe.

Une limite de cette méthode d'évaluation : elle ne donne pas d'indication sur l'origine de la douleur.

### 3.3. Législation [32] [27]

Selon la loi du 04 mars 2002 citée précédemment, l'évaluation de la douleur est une obligation légale. C'est une obligation déontologique et éthique des professionnels de santé, décrite dans le code de déontologie propre à chaque profession.

Dans les recommandations de l'AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) de 2009, « *il est recommandé que toute prescription d'antalgique soit accompagné d'une évaluation de la douleur au moyen d'une échelle validée, adaptée à l'âge* ».

Le CLUD de chaque établissement de santé a pour mission de veiller à la mise en application de ces recommandations. Il s'assure 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. Pour cela, il propose des protocoles adaptés à la prise en charge de la douleur.

L'évaluation de la douleur est également exigée par l'HAS car elle fait partie des critères exigibles prioritaires pour la certification.

Par ailleurs, la traçabilité des résultats dans le dossier patient est obligatoire d'après la circulaire DGS/DH N°98/586 et l'HAS [annexe 1]

### 3.4. Les pré requis à l'évaluation [22]

L'évaluation n'est pas chose facile et demande certaines capacités de la part du professionnel de santé. Lors de la journée nationale « la douleur de l'enfant : quelles réponses ? » de décembre 2012, Elisabeth Fournier Charrière, pédiatre, Barbara Tourniaire, pédiatre et Bénédicte Lombard, coordinatrice du groupe infirmier PÉDIADOL amènent une réflexion sur les capacités à mettre en œuvre pour évaluer la douleur chez l'enfant. D'après elles, l'évaluation repose sur l'expérience des professionnels ainsi que sur leurs connaissances et non pas sur leur ressenti.

Pour évaluer la douleur, il faut faire preuve d'empathie, qui est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui. On cherche à être un « soignant suffisamment bon » pour percevoir les besoins du patient. Cela demande d'être dans un certain état d'esprit.

En revanche, l'intuition doit être mise de côté pour une évaluation fiable. Ces professionnelles assurent que l'évaluation à l'aide d'un outil reste indispensable.

C'est une démarche à part entière et pas seulement le remplissage d'une grille. Il est également important d'impliquer les parents dans le processus d'évaluation.

Ces professionnels affirment que l'évaluation peut être difficile car la douleur est un phénomène complexe. Il peut être difficile pour un soignant d'accepter la douleur de l'autre, il peut « souffrir » et fuir devant cette douleur. L'évaluation peut prendre du temps mais elle est nécessaire, surtout dans le cas du nouveau-né.

Chaque professionnel de santé doit évaluer la douleur à l'aide d'un outil. Mais quels sont les différents outils à sa disposition?

### **3.5. Les différents types d'évaluation [33] [34]**

L'outil d'évaluation employé doit être adapté aux possibilités du patient. Par ailleurs un outil d'évaluation doit répondre à différents critères tels que la pertinence, la fiabilité, la facilité, la reproductibilité, la sensibilité. Cet outil doit être validé scientifiquement par des experts.

#### **3.5.1. l'autoévaluation**

Le patient évalue lui-même sa douleur sous réserve d'explications standardisées et adaptées par le professionnel. L'autoévaluation est utilisée à partir de l'âge de 5ans en général. Il existe plusieurs types d'échelles d'autoévaluation telles que l'Echelle Visuelle Anatomique (EVA), l'Echelle Numérique (EN) et l'Echelle Verbale Simple (EVS). D'autres échelles ciblent essentiellement les enfants comme par exemple l'échelle des visages utilisable à partir de 3ans.

#### **3.5.2. L'hétéro évaluation**

L'hétéro évaluation concerne des personnes en incapacité de communiquer d'origines diverses telles que le nouveau-né, le jeune enfant, l'enfant et l'adulte non communicant, la personne âgée avec troubles de la communication. La douleur est alors évaluée par un professionnel.

Cette évaluation se fait à l'aide de grilles composées de plusieurs items adaptés à l'âge et à la situation (douleur aigue, postopératoire, prolongée). Chez le jeune enfant, on peut citer quelques échelles telles que l'échelle CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale), l'échelle OPS (Objective Pain Scale), l'échelle Amiel Tison, l'échelle FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability), l'échelle DEGR (Douleur Enfant Gustave Roussy). Les échelles d'hétéro évaluation adaptées aux nouveau-nés sont décrites dans le paragraphe ci-dessous.

### **3.6. La spécificité de l'évaluation chez le nouveau-né [33] [34] [35]**

L'évaluation chez le nouveau-né est réalisée exclusivement avec des échelles d'hétéro évaluation. Chacune de ces échelles comporte des items qui questionnent les modifications physiologiques, comportementales, et contextuelles chez le nouveau-né lorsqu'il a mal. L'échelle est choisie en fonction de la situation : douleur aigue ou prolongée. L'observation ponctuelle de l'enfant sur une brève période ne donne qu'un instantané qui peut être source d'erreurs. L'interrogatoire des parents complétera les observations recueillies : qualité du sommeil, capacité de se consoler, troubles de l'alimentation.

L'échelle DAN (Douleur aigue du nouveau-né) évalue la douleur aigue et brève du nouveau-né à terme et prématuré. Elle permet d'évaluer l'efficacité des mesures préventives de la douleur lors d'un acte douloureux.

L'échelle NFCS (Néonatal Facial Coding System) évalue la douleur aigue chez le nouveau-né à terme et l'échelle PIPP (Premature Infant Pain Profile) chez le prématuré.

L'échelle EVENDOL, récemment validée aux urgences, évalue la douleur prolongée et aigue du nouveau-né et jusqu'aux 7ans de l'enfant.

#### **3.6.1.L'évaluation dans le cas de l'extraction instrumentale [annexe 2]**

L'échelle EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né) évalue la douleur prolongée et l'inconfort du nouveau-né à terme ou prématuré. C'est l'échelle de référence validée pour l'extraction instrumentale. Elle est basée sur l'observation du comportement de l'enfant durant une période de 1 à 4h précédant l'évaluation.

Cette observation se fait pendant et en dehors des soins, pendant le sommeil et l'état de veille. Plusieurs items sont à évaluer. Le premier item est le visage de l'enfant qui peut être détendu à crispé. Le deuxième item est le corps de l'enfant qui lui aussi peut être détendu à crispé. Le troisième item est le sommeil qui peut être calme à inexistant. Le quatrième item est la relation qui peut être optimale (sourire, attention de l'enfant) à inexistante. Le dernier item est le réconfort. L'enfant n'en a pas besoin ou est inconsolable en passant par différentes étapes entre les deux.

Chaque item se note de 0 à 3. Le score final de la douleur se note de 0 à 15. Une note au dessus de 5 évoque une douleur probable, une note en dessous de 5 évoque plutôt un inconfort. Une prescription d'antalgique est faite pour une note supérieure à 5. Les traitements non médicamenteux sont déjà mis en place pour une note inférieure à 5. Chaque évaluation doit être transmise dans le dossier de l'enfant.

L'évaluation doit être réitérée afin de vérifier l'efficacité du traitement. On ne trouve pas de protocole unique pour cela. Ainsi le CLUD de chaque établissement met en place ses protocoles, qui sont adaptés aux recommandations actuelles sur l'évaluation de la douleur. Ces protocoles définissent les modalités et la fréquence de l'évaluation de la douleur selon la situation ainsi que la prise en charge globale de la douleur.

#### •Le protocole au sein du CHR Metz-Thionville [annexe 3]

Depuis juillet 2011, il existe un protocole sur « la prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né en Maternité » au sein du CHR Metz-Thionville, rédigé par un groupe pluridisciplinaire et validé par le CLUD de l'établissement. Ce protocole a été diffusé par les membres du groupe de travail dans les services concernés : il est disponible dans les services de salle de naissance et suites de couches. Il est également disponible pour tous les professionnels de santé sur l'intranet, dans les documents institutionnels validés par la cellule qualité du CHR. Il précise les modalités de l'évaluation de la douleur ainsi que les moyens de prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né.

Toute évaluation de la douleur est nécessairement suivie d'une prise en charge de la douleur.

## **4. Prise en charge de la douleur du nouveau-né [15] [16] [32] [36] [37] [38] [annexe 3]**

La prise en charge de tout nouveau-né ayant été extrait à l'aide d'instrument et/ou présentant des lésions de l'extrémité céphalique doit comporter un programme efficace de prévention de la douleur et prévoir des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Ceci est prévu dans le protocole du CHR Metz-Thionville.

Il n'y a pas de hiérarchie entre les moyens pharmacologiques et les non pharmacologiques, la complémentarité est indispensable.

### **4.1. Les moyens non médicamenteux**

#### **4.1.1. La prévention**

Non spécifique à l'extraction instrumentale mais fondamentale, la prévention est l'un des moyens de prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né. On cherche au maximum à limiter les examens et prélèvements au strict nécessaire. On veille au respect du rythme du nouveau-né en regroupant les soins tels que la toilette, les examens pédiatriques et en les réalisant en phase d'éveil. On évite une période de jeun prolongé afin de limiter l'inconfort du nouveau-né et d'améliorer sa tolérance à la douleur.

#### **4.1.2. Les stratégies environnementales**

Pour réduire le stress lié au séjour en maternité, on diminuera la fréquence des visites et des manipulations de l'enfant, ainsi que le bruit et la lumière, qui sont autant de stimulations nociceptives environnementales.

#### **4.1.3. Les stratégies comportementales**

Des mesures de confort doivent être mises en place quand un facteur de risque de douleur, comme le traumatisme obstétrical, est identifié afin de prendre en charge l'inconfort du nouveau-né qui pourrait majorer la douleur.

### •le cocoon

L'installation du nouveau-né dans le berceau est importante. On l'installera confortablement dans un « cocoon » en favorisant le regroupement et une position adéquate des articulations. Le cocoon maintient le nouveau-né en position fœtale et lui procure un sentiment de sécurité.

### •le matelas d'eau

Un matelas en gélatine ou d'eau sera glissé sous la tête du nouveau-né, soulageant ainsi l'enfant couché sur le dos.

### •la manipulation

La manipulation de l'enfant doit se faire avec douceur, en soutenant la tête et le bassin et en accompagnant chaque geste par la parole. Tout geste inutile sera évité.

D'autres moyens non spécifiques au traumatisme obstétrical sont aussi performants dans la prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né et vivement recommandés.

### •le peau à peau

Le peau à peau peut être proposé aux parents dès la salle de naissance. Il est prouvé que ce contact a un effet analgésique, apaisant et sécurisant.

### •la succion non nutritive

Des effets analgésiques et réconfortants ont été rapportés pour la succion non nutritive des tétines. La succion d'une tétine diminue le temps des pleurs, réduit l'agitation et atténue l'élévation de la fréquence cardiaque.

Deux explications à ce mécanisme : la succion chez le nouveau-né est une stimulation tellement intense et agréable qu'elle pourrait bloquer la perception de la douleur, et la tétine permet une autorégulation de la perception douloureuse en donnant la possibilité au nouveau-né de réguler, par la succion, la quantité de stimulation reçue par son système nerveux.

### •**l'allaitement maternel**

Des effets analgésiques ont été rapportés pour l'allaitement maternel. Le mécanisme anti-nociceptif en jeu est complexe car différents éléments peuvent intervenir. C'est un moyen « simple », faisant participer la maman qui est actuellement recommandé dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né.

### •**la présence des parents**

La participation des parents aux soins n'a pas toujours été reconnue comme bénéfique mais aujourd'hui on sait que leur présence est un réel soutien pour leur enfant. Une information éclairée doit leur être délivrée concernant la douleur de leur enfant afin de les rassurer et de faciliter ainsi leur participation. L'évaluation de la douleur avec la grille peut être faite en leur présence. Dès lors, les parents sont sensibilisés aux signes évocateurs de la douleur et peuvent faire part de leurs observations sur un changement éventuel de comportement de l'enfant à l'équipe soignante. Ce sont des partenaires essentiels de la prise en charge.

Tous ces moyens sont également mis en œuvre pour prévenir la douleur aigüe liée aux soins tels que le prélèvement sanguin.

## **4.2. Les moyens médicamenteux**

### **4.2.1. Le paracétamol**

Lors d'un traumatisme obstétrical, le traitement pharmacologique adapté pour soulager la douleur du nouveau-né est souvent le paracétamol, antalgique de palier 1. Ce traitement est débuté dès la salle de naissance.

Les posologies recommandées du paracétamol sont de 60 mg/kg/24 h en 4 prises par voie orale sous forme de sirop; la voie intra rectale sous forme de suppositoire est discutable car l'absorption est très aléatoire. Un espacement de 4 à 6 heures entre les administrations est préconisé.

Le sirop est administré doucement, à la seringue, dans la bouche de l'enfant. Son absorption digestive est très rapide. La concentration plasmatique est maximale entre 20 et 30 minutes après l'administration. L'absorption rectale est plus lente que l'absorption orale.

C'est l'antalgique de référence en raison de sa grande marge de sécurité. Il dispose d'une AMM (autorisation de mise sur le marché) dès la naissance pour des enfants de plus de 3kg à terme, quelle que soit la voie d'administration.

Le paracétamol est efficace sur la douleur continue, légère ou modérée engendrée par un processus inflammatoire, mais inefficace sur la douleur aigüe liées à des gestes tels que le prélèvement sanguin (pour ce type de douleur, on applique de l'EMLA sur la peau avant le geste douloureux). Tout soin nécessaire se fera en adéquation avec le pic d'efficacité du traitement antalgique.

Le traitement médicamenteux est administré régulièrement et de façon systématique pendant une durée définie par les protocoles de chaque établissement et selon les résultats de l'évaluation de la douleur et son évolution.

#### **4.2.2. La solution sucrée**

Ricardo Carbajal préconise, avant les mobilisations lorsqu'elles sont nécessaires, que soit proposé du saccharose administré avec une tétine.

Plusieurs études ont confirmé la diminution des manifestations douloureuses chez les nouveau-nés lorsque des solutions sucrées concentrées sont administrées avant la réalisation des gestes nociceptifs.

Dans la pratique, l'administration de 1 à 2 ml d'une solution de saccharose à 24% ou de glucose à 30% suivie de la succion non nutritive d'une tétine peut être proposée pour des gestes douloureux légers chez des nouveau-nés à terme ou pesants plus de 2500 g. Un délai de 2 minutes entre le début de la succion sucrée et le geste douloureux doit être respecté afin d'obtenir une analgésie optimale.

L'effet synergique de la solution sucrée et de la succion est démontré et justifie leur association. Cette administration s'applique également à la prévention de la douleur aigüe liée aux soins tels que le prélèvement sanguin.

Toutes ces données de la bibliographie mettent en exergue les connaissances actuelles sur la douleur du nouveau-né dans un contexte de naissance par extraction instrumentale. Dès à présent, nous allons présenter l'étude de ce mémoire qui est une évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes sur le sujet.

***Deuxième partie :***

***L'étude***

# 1. Méthodologie de l'étude

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la douleur du nouveau-né est aujourd'hui reconnue. L'enfant né par extraction instrumentale est identifié à risque de douleur prolongée. La loi et l'éthique exigent la prise en charge de cette douleur, la première étape étant l'évaluation de celle-ci. A travers cette étude, je souhaite faire un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles sur le sujet.

## 1.1. Problématique

Dans ce mémoire, je souhaite répondre à la problématique suivante :  
« Comment optimiser la prise en charge et notamment l'évaluation de la douleur prolongée du nouveau-né présentant un traumatisme obstétrical suite à une extraction instrumentale ? »

## 1.2. Hypothèses

Les hypothèses émises sur ce sujet sont les suivantes :

- 1) Les professionnels identifient le risque de douleur prolongée du nouveau-né, prennent en charge cette douleur et ce par différents moyens.
- 2) Les professionnels ne sont pas familiarisés avec l'évaluation de la douleur comme ils le seraient avec une prise de constantes.
- 3) La douleur est évaluée de manière plus subjective qu'à l'aide d'un outil d'hétéroévaluation, notamment la grille EDIN, et ce à cause de freins pour les professionnels.

## 1.3. Objectifs

Cette étude présente plusieurs objectifs :

- 1) Repérer les pratiques professionnelles actuelles sur le sujet.
- 2) Identifier les freins ou obstacles à l'évaluation de la douleur selon les protocoles.
- 3) Repérer des solutions apportées par les sages-femmes afin d'optimiser l'évaluation de la douleur au sein des services.

## **1.4. Outil d'enquête**

Pour effectuer cette enquête, j'ai établi une grille d'entretien semi-directif, destinée aux sages-femmes. Elle interroge leurs pratiques actuelles sur la prise en charge et particulièrement sur l'évaluation de la douleur du nouveau-né dans le cas de l'extraction instrumentale.

Le protocole « prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né en maternité » présent dans chaque service du CHR Metz-Thionville constitue une des références bibliographiques sur laquelle je me suis basée pour élaborer cet entretien. [Annexe 3]

J'ai choisi l'entretien semi-directif car il a l'avantage d'instaurer une relation de confiance entre les interlocuteurs. De plus, il permet de réellement mettre en exergue les difficultés que peuvent rencontrer les sages-femmes sur le sujet de la douleur et d'aborder ensemble des pistes d'amélioration.

### **1.4.1. Terrain et durée de l'étude**

Cette enquête s'est déroulée au sein du CHR Metz-Thionville dans les maternités de Mercy à Metz et Bel Air à Thionville, de niveau 2B toutes les deux. Cette enquête a été réalisée de novembre 2013 à janvier 2014. 24 entretiens ont été effectués. Il y a un nombre égal d'entretiens dans chaque maternité mais il n'y aura pas de distinctions faites entre ces deux maternités durant l'étude.

### **1.4.2. Population et déroulement de l'étude**

Des sages-femmes des services de salle de naissance (SDN) et suites de couches (SDC) ont été interrogées. Les acronymes SDN et SDC seront utilisés tout au long de cet écrit. L'entretien s'est déroulé sur leur temps de travail et les sages-femmes ont été interviewées au hasard afin d'éviter un biais. L'étude avait été présentée dans les services par voie d'affichage avant le début des entretiens. Dans la mesure du possible, l'entretien s'est déroulé dans un endroit calme où il était enregistré si la sage-femme l'autorisait.

## 1.5. Limites et biais de l'étude

Interroger les sages-femmes durant leur temps de travail peut constituer une limite de l'étude car elles n'étaient pas totalement libres pour répondre aux questions. De plus, l'étude a été effectuée durant une période où la charge de travail pour les sages-femmes était importante.

Au sein de l'un des deux services de SDC de la maternité de Mercy travaillent des puéricultrices. Leur fonction au sein du service peut constituer un biais aux réponses des sages-femmes de ce service.

Les résultats de cette étude réalisée au CHR Metz-Thionville ne sont pas généralisables.

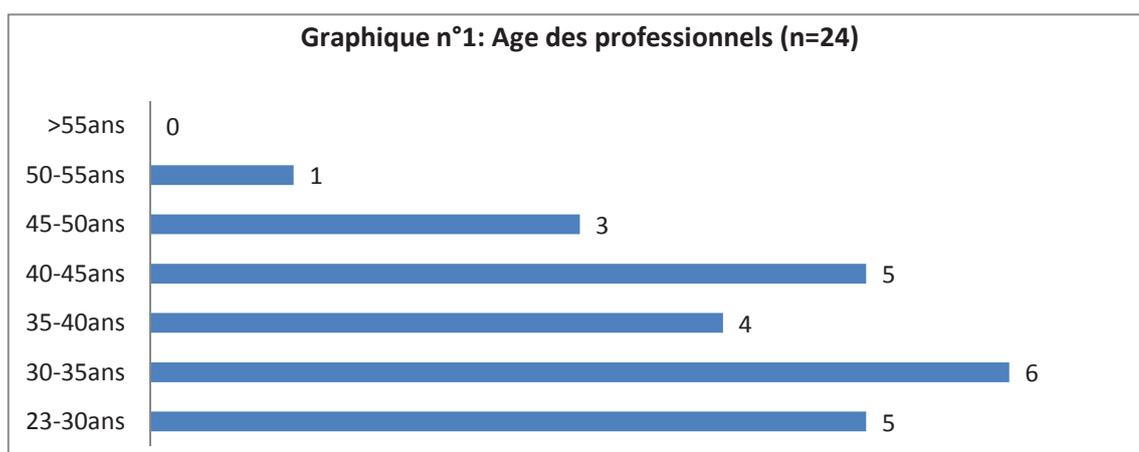
## 2. Résultats de l'étude

### 2.1. Généralités

#### 2.1.1. Population

Nous avons interrogé 24 sages-femmes : 8 travaillent en SDN et 16 travaillent en SDC. Tous les professionnels interviewés sont des femmes.

#### 2.1.2. Age



La répartition dans les différentes tranches d'âge est relativement homogène. La moyenne d'âge de ces professionnels est de 37ans.

### 2.1.3. Expériences (en SDN, en SDC)? (n=24)

Sur les 24 sages-femmes interrogées, 18 ont travaillé en SDN et SDC, 3 ont exercé uniquement en SDN, et 3 autres ont exercé uniquement en SDC.

Quelle que soit l'expérience des sages-femmes interviewées, toutes les questions de l'enquête leur ont été posées.

La phrase suivante servait d'introduction à l'enquête :

***Vous êtes sage-femme, en salle de naissance et/ou en suites de couches, face à un nouveau-né ayant eu une naissance par extraction instrumentale, présentant un traumatisme obstétrical.***

## 2.2. La douleur prolongée du nouveau-né

### 2.2.1. Prenez vous en charge cet enfant de manière spécifique au vu de sa naissance ? (n=24)

-23 sages-femmes sur 24 ont répondu « oui » à cette question.

-Une seule sage-femme donne une réponse plus nuancée: « *Oui, mais depuis peu. Jusqu'à peu on ne s'en préoccupait pas, et encore aujourd'hui, donner des antalgiques pour une bosse séro sanguine, je suis un peu surprise* ».

#### • ***D'après vous à quels risques est exposé cet enfant ?***

-Toutes les sages-femmes interrogées citent la douleur comme risque: « *risque qu'il ait mal à la tête* », « *risque de douleur liée à l'extraction instrumentale et au traumatisme* », « *risque d'être algique* », « *risque de douleur à cause d'une bosse séro sanguine ou d'un hématome* ».

-Cependant 3 sages-femmes évoquent d'autres risques avant la douleur: « *l'hémorragie cérébrale* », « *l'anémie car il y a une perte de sang* », « *les trémulations par baisse du calcium* », « *les troubles de l'alimentation et du comportement* » et 2 sages-femmes complètent la douleur par d'autres risques: « *l'hypoglycémie* », « *la bosse séro sanguine qui peut développer un ictère* ».

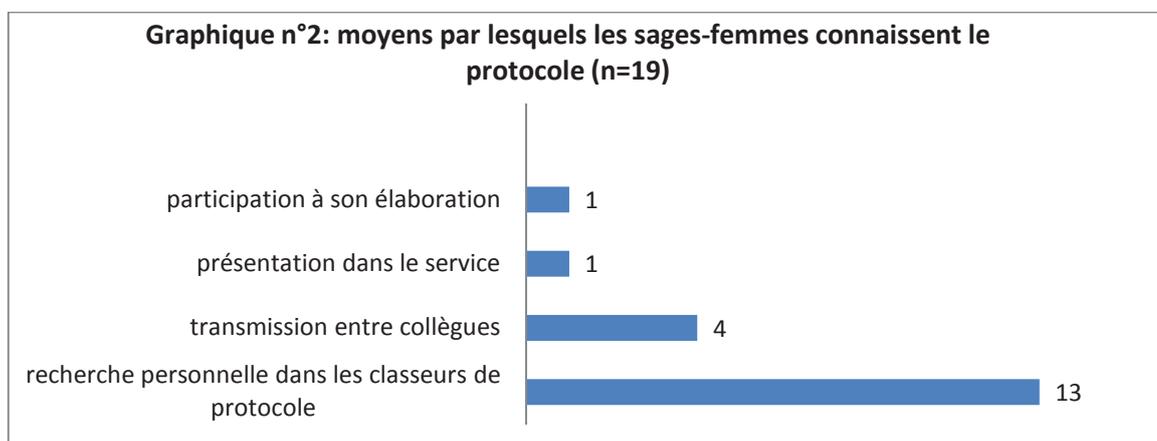
## 2.2.2. Connaissez-vous le protocole de service pour la prise en charge de la douleur de ce nouveau-né ? (n=24)

- Sur les 24 sages-femmes interrogées, 19 connaissent ce protocole.

- 5 sages-femmes disent ne pas le connaître. Parmi elles, 4 affirment « *connaître malgré tout la prise en charge de la douleur du nouveau-né* ». Elles précisent les raisons de cette méconnaissance : « *Mon poste est récent* », « *le protocole n'a pas été présenté dans le service* », « *je n'ai pas pu lire tous les protocoles* », « *je ne sais pas* ».

Pour les sages-femmes connaissant le protocole (n=19):

### • Par quels moyens le connaissez-vous ?



### • Pensez-vous qu'il est adapté ?

- 17 sages-femmes affirment que le protocole est adapté.

- 2 sages-femmes ne le trouvent pas adapté. Elles expliquent « *un aspect négatif du protocole est le fait que tout soit en systématique* », « *je ne suis pas dans la peau d'un bébé mais je ne pense pas qu'ils soient tous algiques donc ça me pose problème de donner du doliprane en systématique* »

### • Utilisez-vous ce protocole dans votre pratique quotidienne ?

- Toutes les sages-femmes qui connaissent le protocole l'utilisent. Mais 2 sages-femmes modèrent ce propos : « *je l'utilise plutôt en suites de couches* ».

## 2.3. L'évaluation de la douleur prolongée du nouveau-né

### 2.3.1. Dans ce contexte de naissance, évaluez-vous la douleur de ce nouveau-né ? (sans citer par quels moyens) (n=24)

#### • En salle de naissance

-20 sages-femmes affirment évaluer la douleur de ce nouveau-né en SDN. Parmi ces sages-femmes, une ajoute que c'est moins systématique qu'en SDC. Une autre sage-femme précise qu'elle évalue la douleur du nouveau-né lors d'accouchements difficiles même non instrumentaux.

-1 sage-femme évalue la douleur uniquement en présence de signes cliniques: « j'évalue que sur signes d'appel de l'enfant. Si l'enfant pleure beaucoup je vais être à son écoute »

-3 sages-femmes n'évaluent pas la douleur en SDN. Différentes raisons sont évoquées: « il y a une prise en charge préventive et systématique de la douleur par un antalgique », « je ne suis plus en salle de naissance mais à l'époque où j'y étais, ça ne se faisait pas »

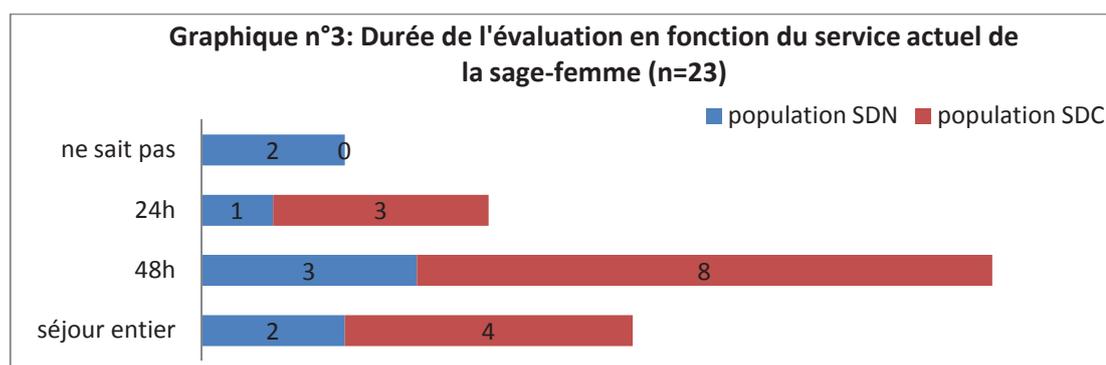
#### • En suites de couches

- Parmi les 24 professionnels, 23 assurent évaluer la douleur en SDC. Une sage-femme précise qu'elle ne le fait pas systématiquement.

-1 sage femme ne sait pas répondre car elle n'a jamais travaillé en SDC.

Pour les sages-femmes évaluant la douleur en suites de couches (n=23):

#### • Durée de l'évaluation au cours du séjour



Le protocole du CHR préconise l'évaluation de la douleur pendant tout le séjour de l'enfant. Les durées d'évaluation de la douleur de l'enfant citées varient selon les sages-femmes :

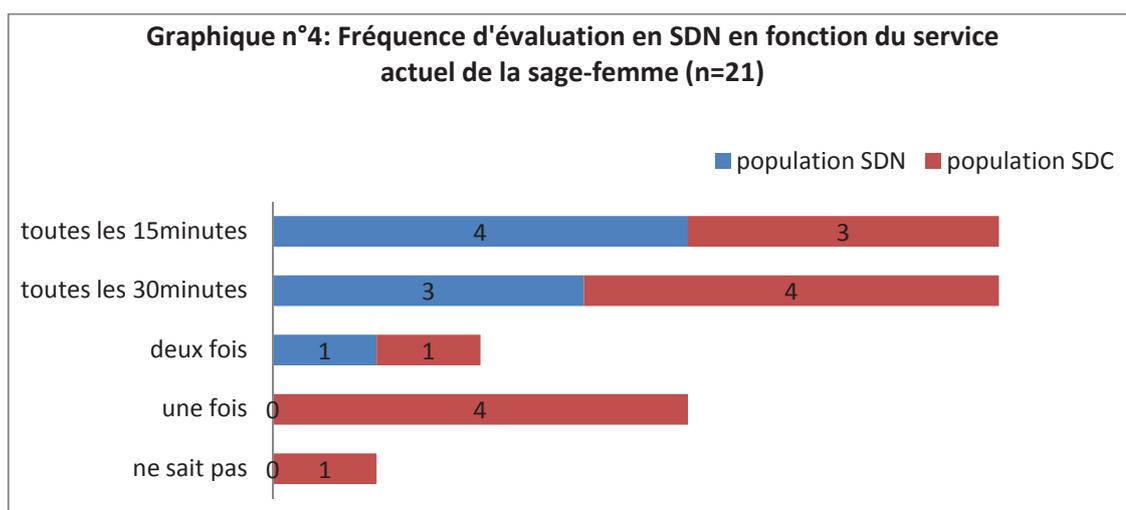
**-Durant tout le séjour pour 6 sages-femmes** « *La surveillance c'est tous les jours* ».

**-Pendant 48h pour 11 sages-femmes.** 2 sages-femmes précisent arrêter l'évaluation lorsque celle-ci montre que l'enfant n'est plus douloureux. « *J'arrête l'évaluation dès que le score de douleur est égal à zéro* ». 5 sages-femmes affirment que 48h est un maximum car au-delà une autre étiologie à la douleur doit être recherchée: « *la douleur due au traumatisme doit être soulagée à ce moment* », « *ça va mieux en général après 48h de vie* ». 2 sages-femmes disent ne pas prendre en compte les évaluations des 24 premières heures car l'enfant recevra tout de même des antalgiques en systématique durant cette période : « *l'enfant présente les critères, à cause de l'extraction instrumentale, pour entrer dans un protocole antalgique systématique* ».

**-Pendant 24h pour 4 sages-femmes.** Une sage-femme précise que les 6 premières heures sont les plus importantes.

### 2.3.2. A quelle fréquence évaluez-vous la douleur de ce nouveau-né ?

- **En salle de naissance (surveillance 2heures) (n=21)**



21 sages-femmes évaluent la douleur en SDN mais les fréquences d'évaluation citées sont hétérogènes.

**-Toutes les 15 minutes pour 7 sages-femmes** : «à chaque fois que je vais voir la mère ». Une sage-femme évalue à cette fréquence la première heure puis toutes les 30 minutes la deuxième heure. Une sage-femme précise que la première évaluation se fait durant l'examen neuro morphologique de l'enfant.

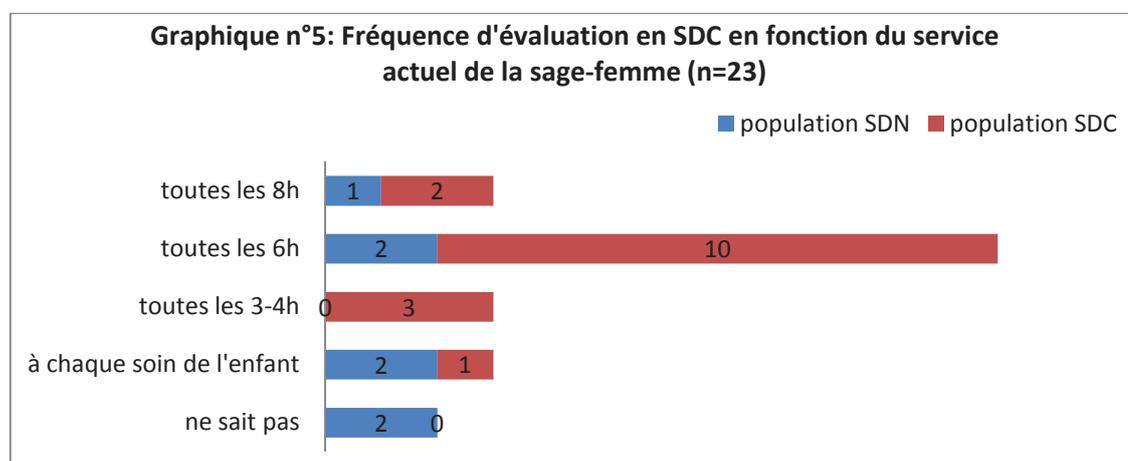
**-Toutes les 30 minutes pour 7 autres sages-femmes**: «c'est pratique on fait la surveillance de la mère et de l'enfant en même temps »

**-Deux fois durant les deux heures de surveillance pour 2 sages-femmes**. Pour une sage-femme, la première évaluation est réalisée au cours de l'examen neuro morphologique puis avant le retour en service. Pour l'autre c'est à la naissance immédiate puis avant le retour en service.

**-Une seule fois pour 4 sages-femmes**. Une des sages-femmes précise que c'est pendant la première heure de vie. Une autre précise que c'est une heure après l'administration du traitement.

**-Pas de réponses pour une sage-femme** : elle n'exerce plus en SDN depuis longtemps.

•**En suites de couches (n=23)**



23 sages-femmes affirment évaluer la douleur en SDC. Là encore les fréquences d'évaluations citées sont variables.

**-Toutes les 6h pour 12 sages-femmes**. 4 sages-femmes précisent que l'auxiliaire de puériculture effectue une grande partie de ces évaluations. 5 autres sages-femmes soulignent que cette fréquence correspond à celle où elles administrent l'antalgique à l'enfant.

**-Toutes les 8h pour 3 sages-femmes.** 2 sages-femmes précisent que cela correspond aux moments où elles font la surveillance de la mère en SDC.

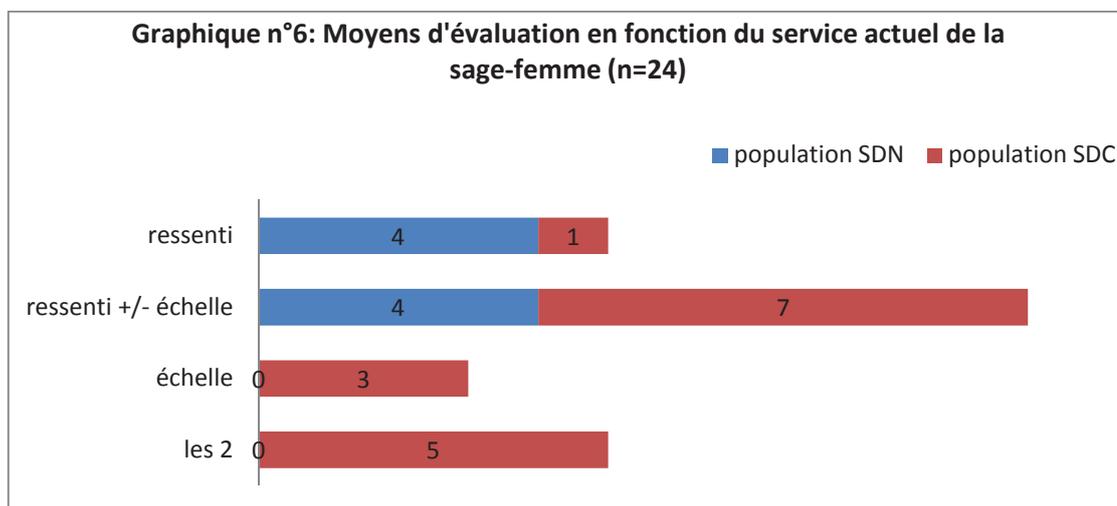
**-Toutes les 3-4h pour 3 sages-femmes.** Une sage-femme précise que cette évaluation sera essentiellement réalisée par l'auxiliaire de puériculture.

**-A chaque soin de l'enfant pour 3 sages-femmes :** «Lors d'un change, d'une aide à l'alimentation de l'enfant », « à l'occasion des tétées, des changes, des soins ».

Parmi ces 23 sages-femmes, 10 revoient leur fréquence d'évaluation à la hausse sur signes d'appels de l'enfant, de la mère ou de l'auxiliaire de puériculture : « j'évalue la douleur plus souvent si la maman m'appelle », « si l'enfant me paraît très algique je le fais plus souvent », « si la maman est inquiète », « si j'ai un signe d'appel venant de la mère ou de l'auxiliaire de puériculture », « si l'enfant pleure beaucoup ou si la mère me sollicite ».

-3 sages-femmes précisent que la première évaluation est faite dès l'admission de l'enfant.

### 2.3.3. Si vous évaluez cette douleur, par quels moyens le faites vous ? (sans citer de nom d'outil, plutôt du ressenti ou une échelle d'hétéro évaluation ?)



**-Le ressenti uniquement pour 5 sages-femmes.** Elles précisent le propos en disant que c'est de « la clinique ». Une sage-femme ajoute que c'est « son expérience ».

**-Le ressenti complété éventuellement par une échelle d'hétéro évaluation pour 11 sages-femmes.** Elles précisent qu'elles évaluent d'abord avec la clinique, et en fonction de celle-ci, mettent en place ou pas l'échelle. 1 sage-femme ajoute « *le ressenti de la maman* » et une autre « *son expérience professionnelle* ».

**-Une échelle d'hétéro évaluation pour 3 sages-femmes.**

**-Le ressenti et une échelle d'hétéro évaluation pour 5 sages-femmes.** Une sage-femme complète son évaluation avec le ressenti de la maman et son expérience personnelle.

-Une sage-femme déclare ne pas utiliser la grille EDIN dans son intégralité, elle modifie son contenu.

Pour poursuivre la réflexion, nous avons abordé, auprès des sages-femmes, les avantages et inconvénients du ressenti et d'une échelle d'hétéro évaluation. Pour clarifier les réponses obtenues, nous avons regroupé ces réponses (plusieurs réponses par sage-femme possible) et élaboré des tableaux avec les différents items cités, classés par ordre croissant. Le tableau n°1 représente les avantages et inconvénients du ressenti cités.

**Tableau n°1**

<b>Avantages</b>		<b>Inconvénients</b>	
Moyen de dépistage de la douleur	10	Aucun inconvénient	11
Outil développé par l'expérience professionnelle	6	Outil subjectif	9
Outil essentiel de la profession	4	Outil qui donne une réponse erronée	3
Moyen de diagnostic étiologique	3	Outil insuffisant	2
Outil facile et rapide	2	Outil insuffisant pour la cohérence dans une équipe	1
Outil objectif	2	Outil arbitraire	1
Unique outil utilisable	1	Outil qui ne donne pas de score	1
Outil fiable	1		

3 professionnels ne citent pas d'avantages à l'évaluation de la douleur par le ressenti.

Le tableau n°2 présente les avantages et inconvénients de l'hétéro évaluation cités. 4 sages-femmes ne citent ni avantages, ni inconvénients, 2 sages-femmes ne citent pas d'avantages, et 1 sage-femme ne cite pas d'inconvénients.

**Tableau n°2**

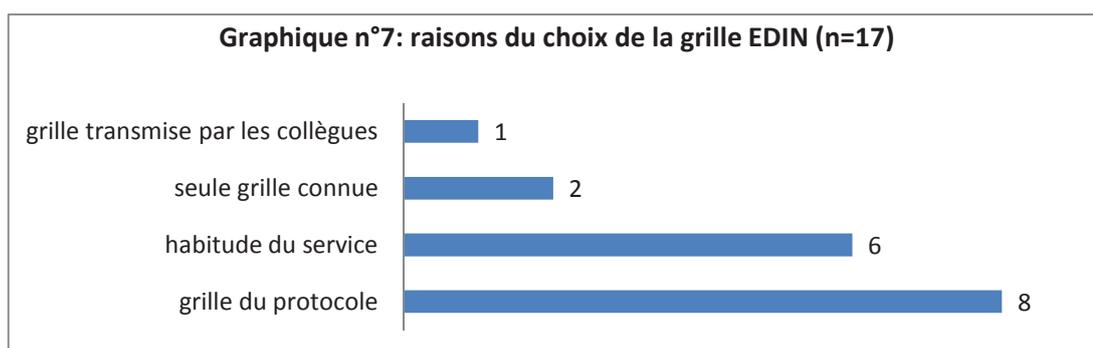
Avantages		Inconvénients	
Outil objectif	10	Aucun inconvénient	8
Outil qui donne un score	4	Outil subjectif	3
Outil permettant une cohérence dans une équipe	4	Document supplémentaire à remplir	3
Moyen de diagnostic de la douleur	3	Difficulté d'évaluation de certains items	2
Outil d'évaluation complet et suffisant	3	Outil ne donnant pas de diagnostic étiologique	2
Conduite à tenir en fonction du score	2	Douleur réduite à un score	2
Aucuns avantages	2	Outil qui donne une réponse erronée	1
Outil montrant une évolution de la douleur	1	Aspect systématique à tous les enfants	1
Traçabilité de la douleur	1		

#### 2.3.4. Si vous évaluez à l'aide d'un outil, lequel utilisez vous ? (n=19)

-Sur le panel de 19 sages-femmes, 17 citent « la grille EDIN »

-2 sages-femmes ne connaissent plus le nom de l'outil utilisé.

##### • Pourquoi ce score ?



### **Si vous n'évaluez pas à l'aide d'un outil, pourquoi ? (n=5)**

- Pas d'outil d'hétéro évaluation connu pour 3 sages-femmes
- Outil d'hétéro évaluation non maîtrisé pour 1 sage-femme
- Outil utilisé par la puéricultrice du service pour 1 sage-femme

### **2.3.5. Connaissez-vous la grille EDIN ?**

Cette question n'a été posée qu'aux 7 sages-femmes n'ayant pas cité cet outil auparavant.

-3 sages-femmes connaissent la grille EDIN lors de son évocation.

-4 sages-femmes ne la connaissent pas. Elles donnent toutes la même cause à cette méconnaissance: « *je ne l'ai jamais vue dans le service* ». Ces 4 sages-femmes travaillent actuellement en SDN.

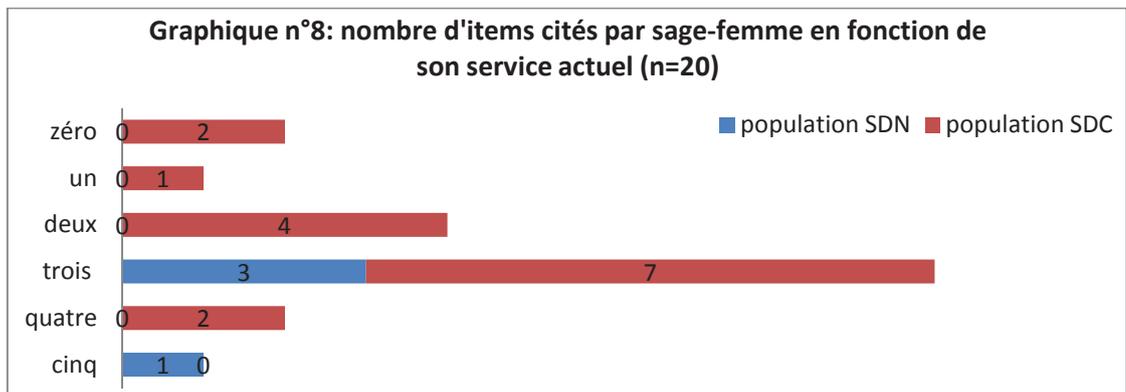
#### **•Pour les sages-femmes connaissant la grille, pensez vous qu'elle est adaptée ? (n=20)**

-17 sages-femmes affirment que cette grille EDIN est adaptée.

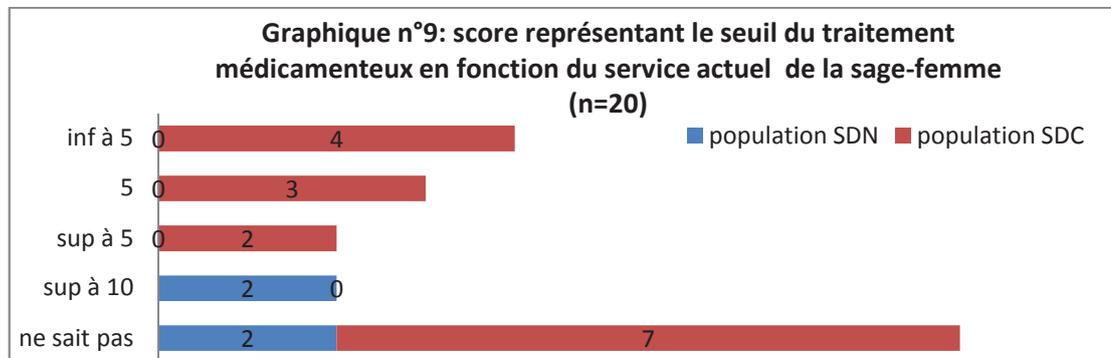
-3 sages-femmes s'accordent à dire que la grille est adaptée pour le service de SDC mais pas pour la SDN : « *je trouve qu'il y a des critères à évaluer dans la grille qui ne peuvent pas être présents dans les premières heures de vie comme le sommeil par exemple* », « *ce n'est pas adapté en salle de naissance parce qu'on ne peut pas évaluer les items sommeil ou relation en 2heures de temps. Même l'item réconfort me pose problème : je ne sais pas dire si l'enfant n'a pas besoin de réconfort* ». Ces 3 sages-femmes travaillent actuellement en SDN.

#### **•Quels sont les 5 items cotés dans la grille EDIN ?**

Les réponses à cette question sont présentées en fonction du nombre d'items corrects cités par sage-femme. Seule une sage-femme connaît tous les items.

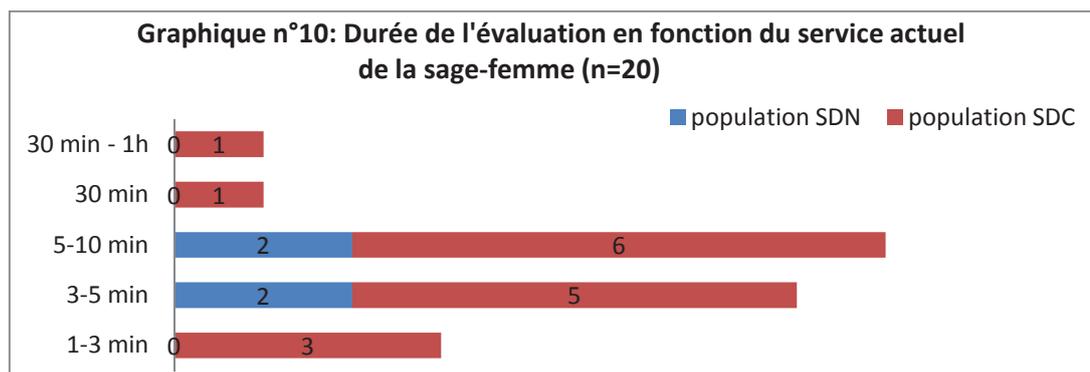


**• D'après vous, quel score de la grille EDIN représente le seuil de traitement médicamenteux ?**



-3 sages-femmes affirment que, quel que soit le score, elles n'agissent pas en fonction de celui-ci : « je me rends compte qu'en fait j'agis plus en fonction de mon ressenti que par rapport à ce score », « je me fie à la clinique, je ne vais pas utiliser le score », « je n'agis pas en fonction du score mais en fonction de la clinique que j'observe ».

**• Combien de temps prenez-vous pour faire une évaluation avec EDIN ?**



-Parmi ces sages-femmes, 6 précisent qu'elles complètent cette évaluation ponctuelle avec les observations de la mère et des auxiliaires de puériculture et une précise qu'elle observe également en dehors de ces évaluations.

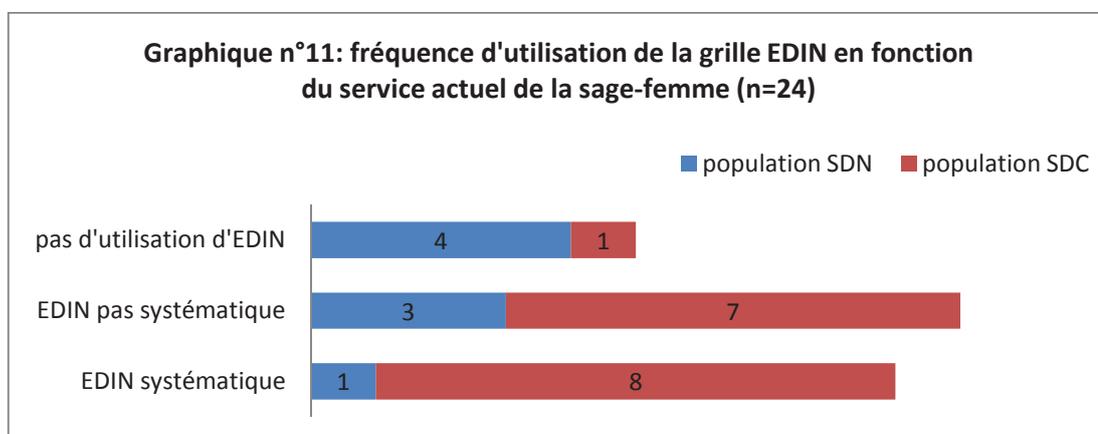
-2 sages-femmes ajoutent ce qu'elles font durant l'évaluation : « *je vais observer, je vais le porter, le regarder, essayer de le calmer* », « *j'essaye de le manipuler un peu* ».

#### •Avez-vous eu une formation sur cette grille ? (n=24)

Seules 4 sages-femmes ont bénéficié d'une formation réalisée en interne sur la douleur de l'enfant.

#### 2.3.6.A quelle fréquence ou occasion utilisez-vous la grille EDIN ?

Pour mettre en évidence l'utilisation de la grille EDIN en systématique ou non, nous avons croisé les réponses de la question 2.3.2 et les réponses à cette question.



Seules 9 sages-femmes sur 24 utilisent la grille EDIN systématiquement. Pour 10 sages-femmes, lors des 2 heures de surveillance en SDN et pendant le séjour en SDC, l'EDIN est utilisée « *si il y a un forceps avec un gros traumatisme* », « *sur signes d'appel de la mère ou si le dossier est en ma possession* », « *moins de fois que le ressenti* ». Pour certaines sages-femmes, l'EDIN est également utilisée en SDC « *plutôt par l'auxiliaire de puériculture* », « *si la clinique montre que l'enfant ne va pas bien* », « *si le premier score fait est mauvais* ».

### 2.3.7.Éprouvez-vous des difficultés à l'utilisation de cette grille (que ce soit la conception de l'outil ou tout l'environnement autour)? Si oui, lesquelles ? (n=24)

-22 sages-femmes sur 24 éprouvent des difficultés à l'utilisation de cette grille. Ces difficultés ont été regroupées selon plusieurs axes:

**-La pertinence de l'utilisation de la grille pour 4 sages-femmes :** *« je ne sais pas, si il n'y avait pas de grille, si ça modifierait quelque chose dans ma pratique », « un nouveau-né qui a mal on le sait, EDIN ou pas. La grille matérialise juste. », « Avec la clinique des fois c'est déjà une évidence si il a mal. On peut être aussi « fin » avec la clinique qu'avec la grille », « je questionne vraiment l'utilité de cette grille, on a toujours fait sans grille auparavant».*

**-Des difficultés liées à l'outil pour 6 sages-femmes :** *« certains items sont difficiles à évaluer », « c'est difficile d'évaluer le sommeil quand on fait une évaluation ponctuelle, du coup la maman doit nous aider », « certains items sont subjectifs comme le sommeil et la relation. L'item réconfort je dois le demander à la maman », « l'item relation me pose problème », « il y a trop d'items, ce n'est pas quelque chose de convivial et ciblé. Il faudrait aller à l'essentiel. Le support reste à travailler »*

#### **-Des freins liés aux soignantes :**

•**Non connaissance de la grille pour 4 sages-femmes.**

•**Manque de connaissance et sensibilisation pour 4 sages-femmes :** *« je pense qu'il y a un manque de sensibilisation », « on n'a pas été sensibilisé à cette grille, du coup je n'ai pas forcément envie de la faire », « pour ma part il y a un manque de connaissance »*

•**Manque de réflexe à son utilisation pour 1 sage-femme :** *« il y a un manque de réflexe de notre part. Pourtant on est capable de remplir un apgar en systématique... »*

### -Des contraintes logistiques :

•**Manque de temps pour 11 sages-femmes :** « *c'est encore une feuille en plus à remplir* », « *la charge de travail et le manque de temps jouent beaucoup parce que ça a un côté « encore quelque chose à remplir »* », « *manque de temps* », « *charge de travail* », « *si il ya beaucoup de travail et que tout va bien cliniquement, on ne remplira pas la grille* », « *trouver le temps de faire les choses est problématique. Dans notre service, la puéricultrice s'en charge la journée* »

•**Mauvais emplacement dans le dossier pour 2 sages-femmes :** « *j'y pense pas forcément parce que ça dépend où est rangée la grille dans le dossier. Si je ne l'ai pas sous les yeux je ne la remplis pas* », « *la grille est dans le dossier bébé et je ne l'ai pas toujours en ma possession donc c'est vraiment une contrainte pour remplir la grille* »

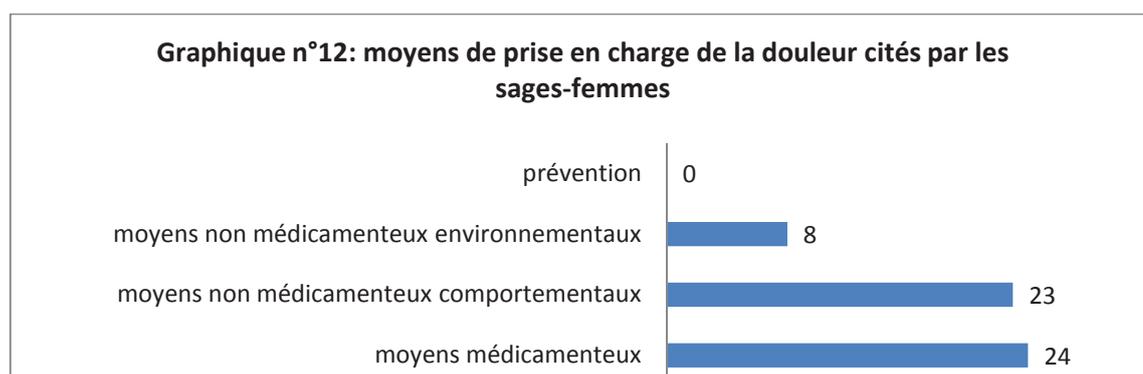
A l'inverse, 8 sages-femmes reconnaissent des points positifs: « *complète* », « *simple, détaillée* », « *exhaustive* », « *facile d'utilisation* », « *rapide à faire* », « *il y a des critères auxquels on ne pense pas spontanément donc elle est utile* »

**Votre diagnostic concernant cet enfant est posé : il est douloureux.**

## 2.4. La prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né

### 2.4.1. Quelle est votre prise en charge ? (moyens pour soulager la douleur de l'enfant) (n=24) (plusieurs réponses possibles)

Les réponses à cette question sont analysées sans tenir compte du lieu d'exercice du professionnel.



-Les moyens médicamenteux sont cités 14 fois en premier, les moyens non médicamenteux sont cités 10 fois en premier.

Les propos des professionnels complètent cet aspect chiffré et détaillent les différents moyens cités.

**-Les moyens médicamenteux** : « *le paracétamol* » est cité 24 fois, « *la solution sucrée* » est citée 3 fois.

- 17 sages-femmes énoncent, comme forme galénique, « *le suppositoire* » en SDN et « *le sirop* » en SDC. 5 sages-femmes ne citent que « *le sirop* » en SDC. 2 sages-femmes abordent uniquement « *le suppositoire* » en SDN.

- Pour « *le suppositoire* », la posologie et la durée de traitement citées sont en adéquation avec le protocole.

- Par contre, pour « *le sirop* » la posologie et la durée de traitement exactes ne sont citées que pour 15 sages-femmes sur 22. 4 sages-femmes administrent le traitement pendant 48h en systématique, une sage-femme ne connaît pas la durée de traitement. Une sage-femme n'administre jamais le traitement en systématique mais toujours en fonction de la grille EDIN. Une sage-femme administre le traitement toutes les 8h.

- D'autres points sont évoqués dans les réponses :

- La prescription initiale : 9 sages-femmes l'abordent. 5 d'entre elles commencent la prise en charge avec une prescription du pédiatre, 4 prescrivent le traitement elle-même.

- La forme galénique : 2 sages-femmes l'évoquent : « *une mauvaise absorption du suppositoire* », « *un sirop trop épais à déglutir pour ces enfants* ».

- La poursuite du traitement : 11 sages-femmes affirment que le traitement est poursuivi si besoin après les 24heures en systématique. 4 sages-femmes demandent une réévaluation du pédiatre pour poursuivre ou non le traitement en systématique après 24h.

### -Les moyens de prévention et d'action sur l'environnement

•5 sages-femmes interrogées citent la diminution des manipulations de l'enfant et 3 sages-femmes évoquent l'adaptation du bruit et de la lumière.

•Par contre, aucun moyen de prévention n'est évoqué : limiter les examens, respecter le rythme de l'enfant, diminuer les visites, éviter les périodes de jeun prolongé.

-Les moyens non médicamenteux comportementaux abordés par les professionnels sont répertoriés dans le tableau n°3

**Tableau n°3**

le matelas d'eau sous la tête	20
le cocoon/ la position fœtale dans le berceau	12
une manipulation douce de l'enfant	5
l'allaitement maternel	4
le peau à peau	3
l'emmaillotage	2
le portage	2
l'ostéopathie	1
la présence des parents	1
la succion non nutritive	1

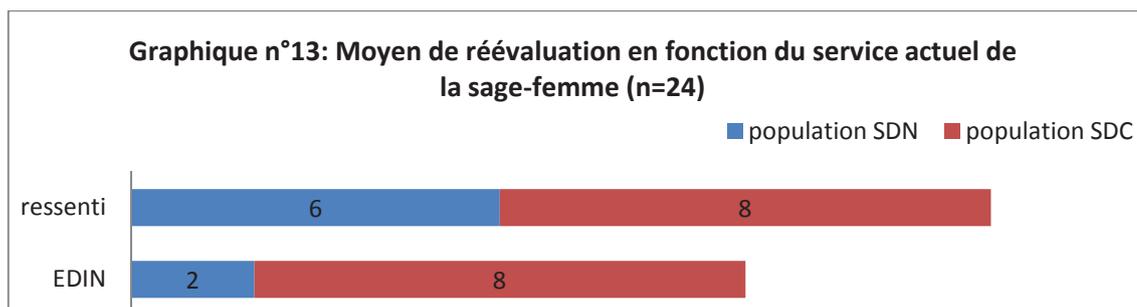
-13 sages-femmes complètent par la durée de mise en place des moyens non médicamenteux : pour 6 sages-femmes « *c'est pendant tout le séjour* », pour 2 sages-femmes « *c'est pendant 48h* », pour 2 autres sages-femmes « *c'est pendant 24h* », et pour les 3 dernières c'est « *jusqu'à que le nouveau né ne soit plus algique* ».

#### **2.4.2. Comment vérifiez-vous l'efficacité de votre prise en charge ? (n=24)**

-L'ensemble des sages-femmes évoquent « *une réévaluation de la douleur* ».

-1 sage-femme l'évoque mais ne l'applique pas systématiquement : « *Très souvent je ne réévalue pas. Ca ne nous parait pas essentiel. Du moment où on a entrepris l'action, à priori ça devrait marcher* ».

•**Par quels moyens faites vous cette réévaluation ?**



Selon les données recueillies, la réévaluation se fait :

**-Par la grille EDIN pour 10 sages-femmes:** « Je réévalue régulièrement avec la grille EDIN pour vérifier que le score diminue ».

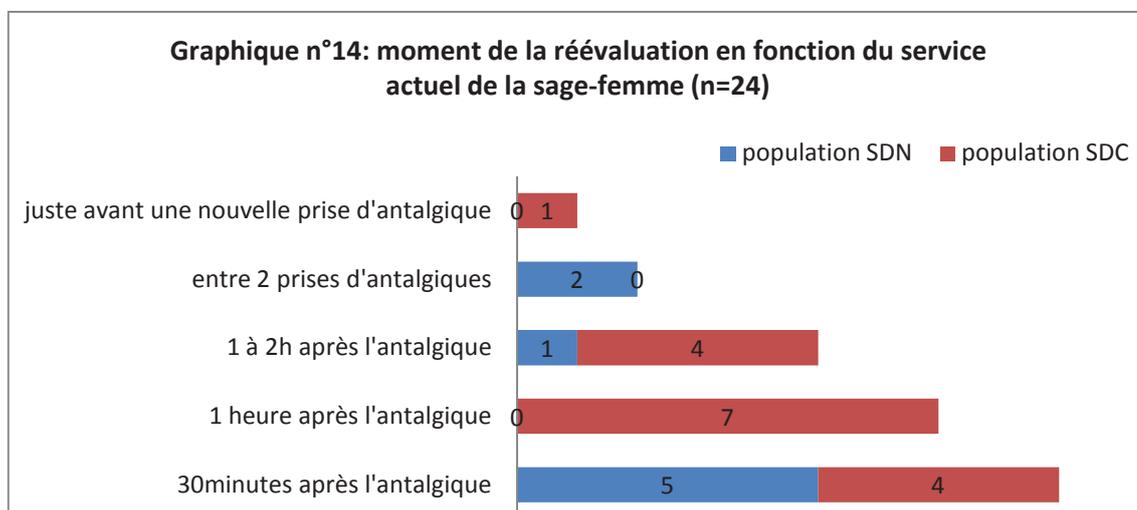
**-Par le ressenti pour 14 sages-femmes:** « Je vérifie comme ça le comportement de l'enfant », « on voit que le bébé s'apaise », « on voit que le bébé se calme, ne pleure plus donc que ça va mieux », « je vérifie si le bébé pleure encore ». Une sage-femme précise qu'elle utilisera peut être la grille EDIN si la persistance d'une douleur lui paraît anormale. Une sage-femme précise que ce n'est pas elle qui le fait «*ce sont les auxiliaires de puériculture qui réévaluent avec les parents mais sans faire de score* ».

**-Pour 4 sages-femmes, les observations de la maman sont essentielles :** « la maman me le dira car elle repère les choses », « je fais ça avec la maman »,

**-3 sages-femmes s'assurent que la maman rappelle si besoin.**

•**Combien de temps après la prise en charge médicamenteuse ?**

Cette question permet de préciser le moment de la réévaluation.



### 2.4.3. Intégrez-vous une autre catégorie professionnelle dans la prise en charge ? Si oui, comment ? (n=24)

L'ensemble des sages-femmes répond « oui » à cette question. Plusieurs catégories professionnelles sont citées :

**-Les auxiliaires de puériculture pour l'ensemble des sages-femmes.** Différentes missions leur sont attribuées.

- **Transmission de leur ressenti à la sage-femme pour 9 professionnels.** 5 sages-femmes ajoutent qu'elles vérifient ces observations par une évaluation.

- **Cotation de la grille EDIN pour 7 sages-femmes**

- **Transmission du ressenti et cotation de la grille pour 8 sages-femmes**

- Une sage-femme ajoute la prise en charge non médicamenteuse de la douleur. D'autres sages-femmes expliquent pourquoi l'auxiliaire de puériculture a ces missions : « *c'est le professionnel le plus souvent en contact avec l'enfant de par les soins donnés* »

**-La puéricultrice du service pour 4 sages-femmes.** Elles font l'évaluation de la douleur de l'enfant et le transmettent à la sage-femme.

**-Le pédiatre pour 8 sages-femmes.** Différentes missions lui sont attribuées : « *il fait l'examen de l'enfant à la naissance* », « *il examine l'enfant lorsqu'une douleur est persistante* », « *il prescrit le traitement initial* », « *il réadapte le traitement* ».

### 2.4.4. Intégrez-vous les parents dans la prise en charge ? Si oui, comment ? (n=24)

-22 sages-femmes répondent « oui » à cette question. 2 sages-femmes précisent que « *ça dépend pour quoi* » : « *pour la prise en charge oui, mais pas pour l'évaluation car ils sont dans l'affectif donc ça ne serait pas objectif* », « *Pour l'évaluation oui, mais pas pour la prise en charge médicamenteuse* ».

-3 sages-femmes répondent « non » : « *Pour eux, pleurs est égal à douleur* », « *c'est mon rôle d'évaluer la douleur de l'enfant. En plus leur jugement peut être un peu faussé car ils associent pleurs à douleur* », « *c'est une prise en charge médicale* ».

-Parmi les 22 sages-femmes qui intègrent les parents dans la prise en charge, plusieurs modalités sont évoquées:

- **explications données aux parents pour 15 sages-femmes:** sur la douleur pour 5 sages-femmes, sur l'évaluation de la douleur pour 2 sages-femmes, sur le traitement médicamenteux pour 9 sages-femmes, sur le traitement non médicamenteux pour 10 sages-femmes.

- **participation des parents pour 14 sages-femmes:** à l'évaluation de la douleur pour 9 sages-femmes, à la prise en charge non médicamenteuse de la douleur pour 10 sages-femmes.

- **3 sages-femmes répondent uniquement à la demande des parents si besoin.**

#### 2.4.5. Que pensez-vous des pratiques actuelles sur le sujet ? (n=24)

**-Les pratiques professionnelles sont adaptées et efficaces pour 11 sages-femmes :** « *les enfants ne sont plus algiques avec la prise en charge actuelle* », « *On évalue par la grille EDIN et on prend en charge donc c'est optimal* »

- Parmi ces sages-femmes, 3 affirment que la prise de conscience de la douleur est grandissante depuis quelques années et qu'il existe une évolution dans sa prise en charge : « *on s'est amélioré par rapport à ce que j'ai connu il y a quelques années. On prend en charge plus facilement et cette prise en charge est adaptée en fonction de l'évaluation de la douleur qu'on a fait* », « *on se posait moins la question de la douleur avant* ».

**-Par contre, pour 4 sages-femmes, les pratiques professionnelles ne sont pas optimales:** « *ce n'est pas rentré dans les pratiques de donner un antalgique en systématique pourtant c'est prouvé que la couverture antalgique est optimale avec une prise d'antalgique régulière* », « *ça demande une évolution de la connaissance sur la douleur du nouveau né* », « *je trouve qu'il y a quand même beaucoup d'enfants douloureux encore. Il faudrait que tout le monde réveille l'enfant pour lui donne l'antalgique* »

**-9 sages-femmes ont un avis nuancé:**

• **La prise en charge est efficace mais pas l'évaluation pour 6 sages-femmes :** « tout le monde a intégré qu'il ne faut pas attendre que le bébé pleure pour donner le doliprane. L'évaluation est moins intégrée parce que c'est arrivé après », « la prise en charge est optimale mais pas l'évaluation, on pourrait faire mieux », « la prise en charge au niveau des antalgiques est respectée mais la grille EDIN n'est pas assez connue des sages femmes », « la prise en charge est optimale car on est dans la prévention mais l'évaluation est quelque chose de moins ancrée », « on a tendance à observer régulièrement au début et après c'est zappé, souvent la nuit », « la prise en charge est efficace mais est ce que tout le monde a conscience de la douleur ? Je ne sais pas car l'évaluation de la douleur n'est pas faite en systématique ».

• **Les pratiques sont plus efficaces en SDC qu'en SDN pour une sage-femme :** « j'ai l'impression que ce n'est pas primordial en salle de naissance et que c'est mieux géré en suite de couche »

• **Une progression existe mais des axes d'améliorations subsistent pour 2 sages-femmes :** « on a progressé mais ça pourrait être amélioré »

**Si il fallait optimiser les pratiques des sages-femmes sur ce sujet, auriez vous des propositions à faire ? Si oui, lesquelles ? (n=24)**

-22 sages-femmes proposent des pistes d'améliorations :

**-sensibiliser le personnel pour 9 sages-femmes :** « à la couverture antalgique régulière », « à la douleur du nouveau-né », « à l'hétéro évaluation systématique », « à l'hétéro évaluation en salle de naissance », « au temps nécessaire à prendre pour l'évaluation »

**-former le personnel pour 13 sages-femmes :** « à la douleur du nouveau-né », « à l'évaluation de la douleur », « au protocole en place et à la grille EDIN », « il faut former les sages-femmes beaucoup plus que les auxiliaires de puériculture »

**-apporter un complément à la prise en charge actuelle pour 4 sages-femmes :** « prendre exemple sur les soins NIDCAP pour les prématurés », « éviter le systématique », « proposer l'ostéopathie et l'homéopathie », « proposer le portage en écharpe ».

**-fournir plus de matériel pour 3 sages-femmes** : « plus de cocoons », « des vrais coussins d'eau ».

**-modifier l'outil d'hétéro évaluation pour 3 sages-femmes** : « faire une cotation différente repos/ pendant le soin », « mettre en place une grille spécifique pour la salle de naissance », « faire un outil plus concis ».

**-modifier la place de l'outil dans le dossier pour 2 sages-femmes** : « il faudrait penser à une place spécifique pour la grille EDIN dans le dossier », « la grille EDIN doit être devant dans le dossier quand c'est un enfant à risque »

**-modifier la forme galénique de l'antalgique pour 2 sages-femmes** : « le sirop est trop épais et les enfants le recrachent »

Après cette analyse quantitative, la troisième partie de ce mémoire abordera l'analyse qualitative des réponses recueillis afin de répondre aux hypothèses émises.

Enfin, des pistes d'amélioration seront proposées.

***Troisième partie :***

***Analyse et discussion***

## **1. Analyse des résultats**

### **1.1. Identification du risque de douleur prolongée du nouveau-né et prise en charge de cette douleur par différents moyens.**

#### **1.1.1. Douleur et extraction instrumentale**

D'après notre étude, toutes les sages-femmes interrogées, sauf une, affirment prendre en charge de manière spécifique un enfant né par extraction instrumentale. De plus, l'ensemble des sages-femmes interviewées citent la douleur comme facteur de risque auquel est exposé un enfant qui naît par ventouse, forceps, ou spatules. Quelques unes évoquent également d'autres risques liés au traumatisme obstétrical tels que l'anémie, l'ictère.

On peut affirmer que toutes ces sages-femmes, en citant la douleur, estiment que le nouveau-né peut ressentir la douleur. De plus, la majorité de ces professionnels considèrent que le nouveau-né peut être algique dans une situation particulière telle que l'extraction instrumentale. Les sages-femmes ont à l'esprit les conséquences qui peuvent être présentes dans ce type de situation.

Nous avons vu, dans les données de la littérature, que la douleur du nouveau-né est prouvée et que les différents traumatismes obstétricaux engendrés par l'extraction instrumentale peuvent en être une cause. Les professionnels en ont conscience et la prise en charge de la douleur est conforme à la réglementation et au Code de Déontologie des sages-femmes.

#### **1.1.2. Diffusion du protocole du CHR**

D'après le recueil de données, pratiquement 4/5<sup>e</sup> des sages-femmes connaissent le protocole du CHR Metz-Thionville, qui évoque, entre autres, les moyens de prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né en maternité. Cependant une seule sage-femme affirme avoir pu bénéficier d'une présentation de ce protocole, une majorité de sages-femmes en a pris connaissance grâce à une recherche personnelle.

L'élaboration d'un protocole impose une étape de diffusion à tout soignant susceptible de le mettre en œuvre.

Une présentation du protocole au sein des services avec éventuellement un émargement de chaque sage-femme devrait être proposée. De plus, seules 4 sages-femmes ont bénéficié d'une formation. Ainsi, l'organisation d'une formation pourrait être envisagée.

### **1.1.3. Moyens de prise en charge de la douleur**

Toutes les sages-femmes connaissant le protocole l'utilisent dans leur pratique quotidienne. Ainsi lorsqu'on demande aux sages-femmes de décrire la prise en charge de la douleur d'un enfant né par extraction instrumentale, différents moyens sont cités.

- Les moyens médicamenteux sont évoqués à l'unanimité, les stratégies comportementales de prise en charge sont évoquées par 23 sages-femmes sur 24. Par contre, les stratégies environnementales ne sont citées que par 1/3 des sages-femmes et la prévention n'est citée par aucune sage-femme.

- Concernant les moyens médicamenteux, le paracétamol est cité par la totalité des sages-femmes mais la solution sucrée n'est évoquée que par 3 professionnelles. Pourtant, il est préconisé d'administrer une solution sucrée avant les mobilisations afin de diminuer les manifestations douloureuses chez l'enfant.

- Concernant les stratégies comportementales, le matelas d'eau est cité par plus de  $\frac{3}{4}$  des sages-femmes, le cocon ou la position fœtale dans le berceau sont cités par la moitié des sages-femmes, la manipulation douce de l'enfant est citée par un peu plus de  $\frac{1}{5}$ <sup>e</sup> des professionnels. Tous les autres moyens ne sont cités qu'en minorité. Les trois moyens cités le plus fréquemment ci-dessus sont les trois mesures de confort spécifiques à l'extraction instrumentale. Néanmoins, d'autres moyens non spécifiques à l'extraction instrumentale sont également recommandés dans cette prise en charge de la douleur prolongée tels que le peau à peau, l'allaitement maternel,... Ils sont évoqués par moins d'une sage-femme sur 6. Pourtant ils sont utiles pour prendre en charge l'inconfort du nouveau-né qui majore la douleur. En effet, différentes études ont rapporté des effets analgésiques et sécurisants de ces soins pour l'enfant. Ce sont des stimulations agréables qui permettent de réguler la perception douloureuse. Ils peuvent remplacer un système de protection contre la douleur définie par la théorie du « gate control », immature chez le nouveau-né.

- Concernant les stratégies environnementales, deux moyens sont évoqués : la diminution des manipulations et l'adaptation du bruit et de la lumière. Par contre, la diminution de la fréquence des visites n'est pas abordée.

Nous avons vu, dans notre première partie, que la prise en charge de la douleur du nouveau-né impose une complémentarité entre prévention, moyens non médicamenteux et moyens médicamenteux. Ici, les pratiques des sages-femmes ne sont pas totalement en adéquation avec les recommandations actuelles : la prévention et les actions sur l'environnement n'ont pas la même place dans la prise en charge de la douleur que les autres moyens. Certains moyens non médicamenteux ne sont abordés que par une minorité de sages-femmes.

Néanmoins, le paracétamol, antalgique de référence dans le cas de l'extraction instrumentale, est cité par toutes les sages-femmes. De plus, les trois moyens non médicamenteux spécifiques au traumatisme obstétrical sont les plus utilisés.

Ainsi, les sages-femmes prennent en charge la douleur du nouveau-né par différents moyens. Mais une information plus approfondie sur les divers moyens de prise en charge est à proposer aux professionnels. Ce sont des moyens simples à mettre en place et qui peuvent apporter un bénéfice non négligeable à cet enfant.

#### **•Durée, posologie, forme galénique du paracétamol**

Dans le protocole du CHR Metz-Thionville, lorsqu'un facteur de risque de douleur est identifié (ventouse, forceps, céphalématome, bosse séro-sanguine, modelage, fracture de clavicule, plexus, difficultés aux épaules, torticolis, siège, hématomes, contusions, plaies), le paracétamol est prescrit en systématique durant 24h, dès la salle de naissance: ½ suppositoire soit 50mg de paracétamol est administré en salle de naissance, puis le relai par voie orale est débuté dès que possible, 15mg/kg toutes les 6 heures, administré doucement à la seringue. Au-delà de 24h de vie, le traitement est administré si besoin.

L'ensemble des sages-femmes évoquent l'utilisation du suppositoire en salle de naissance et/ou l'administration de sirop en suites de couches. La posologie et la durée d'administration du suppositoire en salle de naissance est connue par toutes les sages-femmes évoquant le suppositoire.

Par contre, la durée du sirop administré en suites de couches est inexacte pour quasiment 1/3 des sages-femmes évoquant le sirop, la posologie est inexacte pour une sage-femme. Presque la moitié des sages-femmes évoquent la poursuite du traitement au-delà de 24h si besoin.

Ici, nous constatons que les connaissances sur le traitement antalgique sont plus hétérogènes. Quelques rappels sur les modalités d'utilisation du paracétamol chez le nouveau-né paraissent indispensables.

Nous tenons à préciser qu'actuellement l'efficacité du suppositoire est controversée à cause de son absorption aléatoire. D'après le protocole, le suppositoire peut être administré en salle de naissance car nous sommes dans un contexte où l'enfant peut présenter un encombrement oropharyngé important. Ainsi l'administration de sirop peut être difficile. Mais il est important de rappeler aux professionnels que le suppositoire ne reste pas la forme galénique à privilégier.

#### •Primo-prescription du paracétamol

La sage-femme, dans le code de déontologie, a pour compétence la primo-prescription de paracétamol auprès du nouveau-né. De plus, la technique d'extraction instrumentale n'est pas une indication de présence obligatoire du pédiatre à la naissance.

Quasiment la moitié des sages-femmes évoquent cette prescription initiale du paracétamol : moins de la moitié prescrit elle-même le paracétamol, les autres souhaitant une primo-prescription du pédiatre.

Ici, il serait intéressant de rappeler aux sages-femmes leurs droits de prescription dans cette situation.

**Au vu des résultats, notre première hypothèse est affirmée : Les professionnels identifient le risque de douleur prolongée du nouveau-né, prennent en charge cette douleur et ce par différents moyens. Toutefois, des améliorations subsistent, essentiellement de l'ordre d'une information aux professionnels.**

## **1.2. L'évaluation de la douleur, un paramètre de surveillance non maîtrisé par les sages-femmes**

La prise de constante se compose de la mesure de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la saturation en oxygène et de la température. Ces constantes vitales sont mesurées systématiquement, régulièrement, selon un protocole de service, par tout professionnel de santé, lorsque l'état du patient l'impose. Les professionnels de santé sont familiarisés, dès leurs études, avec ces paramètres. Nous avons vu, dans notre première partie, que l'évaluation de la douleur est un paramètre de surveillance au même titre qu'une prise de constante. Dans notre étude, nous avons essayé de vérifier si les pratiques actuelles des sages-femmes vont dans ce sens.

### **1.2.1. L'évaluation de la douleur**

L'évaluation de la douleur est l'étape essentielle avant toute démarche thérapeutique. D'ailleurs, c'est une obligation définie, entre autres, par la loi du 04/03/02 relative aux droits des malades et par le Code de Déontologie des sages-femmes. C'est également un critère exigible prioritaire pour la certification.

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles évaluaient la douleur du nouveau-né dans un contexte de naissance par extraction instrumentale. Durant les 2 heures de surveillance en salle de naissance, plus de  $\frac{3}{4}$  des sages-femmes affirment évaluer la douleur de ce nouveau-né, et 23 sages-femmes sur 24 assurent évaluer la douleur en suites de couches.

Il y a là une réelle prise de conscience par les professionnels de cette étape indispensable qui est l'évaluation de la douleur. Ainsi, les pratiques des professionnels entrent dans le cadre fixé par la loi. Cependant, une différence existe entre la prise en charge en salle de naissance et celle réalisée en suites de couches.

### **1.2.2. Durée de l'évaluation pendant le séjour**

Le protocole du CHR Metz-Thionville préconise l'évaluation de la douleur de l'enfant pendant tout le séjour en maternité.

Ainsi, nous poursuivons notre étude en demandant aux sages-femmes, évaluant la douleur en suites de couches, la durée de cette évaluation. Presque la moitié des sages-femmes évaluent la douleur pendant 48h et pour la plupart c'est un maximum. Seulement un peu plus d'¼ des sages-femmes fait une évaluation durant tout le séjour de l'enfant. Le reste des sages-femmes évaluent pendant 24h ou ne sait pas.

Ici, les pratiques des sages-femmes ne sont pas en accord avec le protocole mais sont plutôt « soignant-dépendant » et l'évaluation est arrêtée un peu rapidement après la fin du traitement médicamenteux.

### **1.2.3. Fréquence de l'évaluation pendant le séjour**

Nous souhaitons également connaître la fréquence d'évaluation de la douleur durant le séjour de l'enfant.

- En salle de naissance, pour les sages-femmes faisant une évaluation, les réponses sont variées : 1/3 fait une évaluation toutes les 15 minutes, 1/3 toutes les 30 minutes et pratiquement le 1/3 restant évalue une à deux fois durant les deux heures. Les sages-femmes évaluent très fréquemment la douleur en salle de naissance mais les pratiques sont à nouveau hétérogènes, et pas en accord avec le protocole qui préconise une évaluation avant le transfert en suites de couches, à H+2. Cette évaluation doit être faite afin de vérifier l'efficacité du suppositoire, tout en gardant à l'esprit le débat actuel sur l'efficacité de cette forme galénique. Au vu des fréquences citées, ce lien est-il fait ?

- En suites de couches, le protocole recommande d'évaluer la douleur après chaque prise d'antalgique, soit toutes les 6 heures pendant minimum 24h. Puis à l'arrêt du traitement, l'évaluation se poursuit toutes les 8h pendant 24h puis 1 fois par jour jusqu'à la fin du séjour, afin de suivre l'évolution de la douleur sans traitement.

D'après notre recueil de données, les réponses sont diverses pour les 23 sages-femmes évaluant la douleur en suites de couches. Plus de la moitié des sages-femmes évaluent la douleur toutes les 6h et certaines d'entre elles précisent que cette fréquence correspond à celle de la prise d'antalgique. Le reste des réponses est varié : à chaque soin, toutes les 3-4h, toutes les 8h. Aucune sage-femme n'aborde cette évolution de la fréquence d'évaluation au cours du séjour telle qu'elle est décrite dans le protocole. Ceci est peut être en lien avec le fait que la plupart des sages-femmes arrêtent l'évaluation assez précocement au cours du séjour. Néanmoins, sur ces 23 sages-femmes, presque la moitié évoque une augmentation de la fréquence d'évaluation en fonction de la situation.

Nous pouvons faire la même remarque que pour l'évaluation en salle de naissance, les sages-femmes pensent à évaluer fréquemment la douleur du nouveau-né mais les pratiques restent hétérogènes. Aucune pratique n'est en parfaite adéquation avec le protocole en place.

#### **1.2.4. La réévaluation lorsqu'un traitement est en place**

Une autre question posée nous permet de préciser la vérification, par les sages-femmes, de l'efficacité de leur prise en charge. L'ensemble des sages-femmes parlent d'une réévaluation de la douleur comme moyen de vérification. Nous leur avons ensuite demandé combien de temps après la prise d'antalgique font-elles cette réévaluation. Environ 1/3 des sages-femmes réévaluent 30 minutes après la prise d'antalgique. Environ ¼ des sages-femmes réévaluent 1h après, presque ¼ des sages-femmes réévaluent 1 à 2h après. Le reste des sages-femmes évaluent entre 2 prises ou juste avant une nouvelle prise.

Le protocole recommande de faire cette réévaluation 1 à 2h après chaque prise d'antalgique. La réévaluation après une prise d'antalgique permet de vérifier l'efficacité du traitement institué, objectif décrit par l'HAS et l'ANAES. Ainsi, elle devrait se faire au moment du pic d'efficacité du traitement.

Ainsi la moitié des sages-femmes réévaluent la douleur en lien avec le pic d'efficacité du traitement mais aucune ne l'aborde dans ce sens au moment de l'enquête. A l'inverse, l'autre moitié du panel fait une réévaluation à différents moments, sans lien avec la prise médicamenteuse.

Y-a-t-il une méconnaissance du pic d'efficacité du paracétamol ? Ou n'y-a-t-il pas de lien fait entre réévaluation et pic d'efficacité du traitement ?

Au vu des résultats, les sages-femmes évaluent la douleur du nouveau-né. Néanmoins, une partie de ces pratiques n'est pas en accord avec le protocole du service et semble ne pas répondre aux objectifs de l'évaluation. De plus, la durée et la fréquence d'évaluation ne sont pas homogènes. Ainsi, au sein d'une même équipe, l'évaluation n'est pas régulière. Nous pensons qu'il serait intéressant d'informer sur ce sujet. Les objectifs et les modalités de l'évaluation doivent être abordés avec les professionnels afin d'optimiser la prise en charge de la douleur. L'harmonisation des pratiques est à rechercher car elle représente un élément de cohérence d'une équipe. Aujourd'hui, l'évaluation de la douleur du nouveau-né n'est pas un paramètre de surveillance totalement maîtrisé par les sages-femmes.

**Notre deuxième hypothèse est ainsi validée : Les professionnels ne sont pas familiarisés avec l'évaluation de la douleur comme ils le seraient avec une prise de constantes.**

### **1.3. La douleur évaluée de manière plus subjective qu'à l'aide d'un outil d'hétéro-évaluation et ce à cause de freins pour les professionnels**

Nous avons vu, dans la première partie de ce mémoire, que l'évaluation à l'aide d'un outil d'hétéro-évaluation est encadrée par la loi, et indispensable afin d'objectiver la douleur et d'éviter l'interprétation. L'évaluation ne doit pas reposer sur le ressenti ou l'intuition du professionnel, notamment devant des signes moins évocateurs de la douleur, comme l'inertie psychomotrice, décrite dans la première partie du mémoire.

#### **1.3.1. Ressenti VS outil d'hétéro-évaluation pendant le séjour**

Dans notre étude, nous avons demandé aux sages-femmes de décrire quels moyens elles utilisent pour évaluer la douleur prolongée d'un nouveau-né.

Nous avons précisé que nous voulions savoir si c'est plutôt du ressenti ou un outil d'hétéro-évaluation. Seules 3 sages-femmes ont recours systématiquement à la grille EDIN pour évaluer. A l'inverse, presque la moitié des sages-femmes affirment utiliser d'abord le ressenti puis en fonction, éventuellement une échelle d'hétéro-évaluation, ¼ utilise uniquement le ressenti en précisant que c'est de la « clinique », ¼ utilise le ressenti autant que l'échelle d'hétéro-évaluation.

Malgré les recommandations actuelles, le ressenti est plus utilisé qu'une échelle d'hétéro-évaluation.

### **1.3.2. Fréquence d'utilisation de la grille EDIN pendant le séjour**

Nous poursuivons la réflexion avec la grille EDIN, échelle d'hétéro-évaluation préconisée par le protocole dans le cas de l'extraction instrumentale. 9 sages-femmes évaluent la douleur systématiquement avec la grille EDIN, 10 évaluent la douleur que partiellement avec la grille EDIN et 5 n'évaluent pas du tout avec la grille EDIN.

Ainsi, la grille EDIN est utilisée par ¾ des sages-femmes mais seule une minorité l'utilise en systématique. Une majorité ne l'utilise que dans certaines situations et tout de même ¼ ne l'utilise pas du tout. Pourtant l'évaluation par un outil adapté est un préalable à toute démarche thérapeutique.

### **1.3.3. Moyen de réévaluation lorsqu'un traitement est en place**

Nous avons également demandé aux sages-femmes de préciser par quels moyens elles réévaluent la douleur lorsqu'un traitement est en place. Presque 2/3 des sages-femmes réévaluent par du ressenti et le reste des sages-femmes réévaluent par la grille EDIN.

Ici, le ressenti est plus utilisé que la grille EDIN.

Ainsi, les pratiques des sages-femmes ne sont pas en accord avec les recommandations actuelles sur les moyens d'évaluation. Même si la grille EDIN a déjà une place non négligeable dans les pratiques, elle n'est pas actuellement utilisée systématiquement.

**Une partie de l'hypothèse 3 est validée : la douleur est évaluée de manière plus subjective qu'à l'aide d'un outil d'hétéro-évaluation, notamment la grille EDIN.**

Nous rappelons que la grille EDIN est composée d'une association d'items qui sont des signes observables. Ainsi, une question peut se poser : qu'entendent les sages-femmes par « ressenti »? Au cours de l'étude, les termes de « clinique » et « expérience » reviennent souvent. Première hypothèse : elles ont à l'esprit un ou plusieurs critères présents dans la grille EDIN lorsqu'elles évaluent mais elles ne « matérialisent » pas cette évaluation. Ainsi elles appliquent leurs connaissances et leur expérience mais ne le rapportent pas à la grille EDIN. Ou deuxième hypothèse : c'est réellement leur intuition qui parle. Ce point serait intéressant à explorer car les informations à donner aux sages-femmes ne seront pas les mêmes selon l'hypothèse validée.

#### **1.3.4. Les freins à l'évaluation à l'aide d'un outil**

##### **•les freins à une échelle d'hétéro-évaluation**

Des études ont montré que l'évaluation de la douleur, lorsqu'il n'y a pas d'outil utilisé, est variable et peu fiable pour un même professionnel et entre professionnels. Au contraire, une échelle d'hétéro-évaluation permet de rendre objective la douleur. C'est un outil de communication avec le patient et au sein d'une équipe. Son utilisation permet une harmonie des pratiques pour une meilleure continuité des soins, mais également une traçabilité qui rend la douleur visible. L'étiologie de la douleur n'est pas indiquée par cet outil, mais, dans notre cas, ce sont justement des facteurs de risques identifiés qui ont amené à l'utilisation de cette grille.

Nous avons demandé à l'ensemble des sages-femmes de décrire avantages et inconvénients du ressenti et d'une échelle d'hétéro-évaluation.

- 1/3 des sages-femmes ne citent aucun inconvénient à une échelle d'hétéro-évaluation. Le reste des sages-femmes évoquent un outil subjectif, un document supplémentaire à remplir, un outil difficile à utiliser, un outil insuffisant. Au contraire, presque la moitié des sages-femmes évoquent un outil objectif. Elles parlent également d'un outil permettant une cohérence dans une équipe, un outil de dépistage de la douleur, un outil complet, un outil de décision.

- Presque la moitié des sages-femmes affirment que le ressenti est un outil de dépistage de la douleur, un outil où l'expérience professionnelle s'exprime, un outil essentiel, un outil de diagnostic étiologique, un outil rapide, objectif, fiable.

De plus, presque la moitié des sages-femmes ne citent aucun inconvénient au ressenti. Certaines sages-femmes estiment que c'est un outil subjectif, insuffisant, arbitraire.

Ici, il paraît essentiel de rappeler aux sages-femmes l'intérêt d'évaluer à l'aide d'une échelle d'hétéro-évaluation et d'accompagner les sages-femmes dans l'utilisation de cet outil.

### **•les freins spécifiques à la grille EDIN**

#### **-La méconnaissance de la grille EDIN**

Nous avons pu mettre en avant, au cours de cette étude, qu'1 sage-femme sur 6 ne connaît pas la grille EDIN. Parmi ces sages-femmes, certaines affirment ne pas connaître du tout d'échelle d'hétéro-évaluation.

Pour les sages-femmes affirmant connaître la grille EDIN, nous posons des questions sur son contenu et son mode d'utilisation. Seule une sage-femme connaît les 5 items composant la grille EDIN, la majorité des sages-femmes en citant 3. Seules 3 sages-femmes connaissent le score de la grille EDIN qui représente le seuil à partir duquel un traitement est à mettre en place car une douleur est diagnostiquée, en sachant qu'en dessous de ce score un inconfort est possible et il doit aussi être pris en charge. Une grande partie des sages-femmes ne sait pas répondre, et quelques sages-femmes n'en tiennent de toute façon pas compte pour agir.

Nous pouvons ici mettre en avant un frein important à l'utilisation de la grille EDIN : sa méconnaissance. D'ailleurs, au cours de notre étude, seule 1 sage-femme sur 6 assure avoir eu une formation sur cette grille.

#### **-Les difficultés liées à la grille EDIN abordées par les professionnels**

La majorité des sages-femmes éprouvent différents types de difficultés face à la grille EDIN. Pour 1 sage-femme sur 6, cette grille n'est pas forcément utile. Pour 1 sage-femme sur 4, les items sont difficiles à évaluer. 1/3 des sages-femmes affirment un manque de connaissance et/ou de sensibilisation à cette grille, et même un manque de réflexe. Des contraintes de type logistique sont abordées : Presque la moitié des sages-femmes dit manquer de temps pour effectuer cette évaluation. 2 sages-femmes pensent qu'il y a un mauvais emplacement de la grille dans le dossier.

**La deuxième partie de l'hypothèse 3 est validée : Des freins à l'évaluation de la douleur par une échelle d'hétéro-évaluation, notamment la grille EDIN, existent. Nous devons essayer d'agir au niveau de chacun de ces freins, si c'est possible, afin d'améliorer la prise en charge et l'évaluation de la douleur prolongée du nouveau-né.**

#### **1.4. La parole donnée aux sages-femmes**

Afin de répondre au mieux à notre problématique, nous avons souhaité connaître l'avis des sages-femmes sur l'ensemble des pratiques actuelles abordées.

Pour quasiment la moitié des sages-femmes les pratiques sont adaptées et efficaces. 3 sages-femmes évoquent une prise de conscience grandissante, ce que l'hypothèse 1 a également validé. Pour 1 sage-femme sur 6, les pratiques ne sont pas optimales notamment sur la prise en charge de la douleur et sa connaissance. 9 sages-femmes ont un avis plus nuancé : l'évaluation de la douleur est moins efficace que la prise en charge, des améliorations subsistent malgré une évolution. Ces points vont dans le sens des résultats énoncés auparavant. Une sage-femme affirme que les pratiques en suites de couches sont plus efficaces qu'en salle de naissance, ceci apparait également dans différentes réponses au cours de notre étude. Ce point est développé dans le paragraphe 1.5.

Ainsi la majorité des sages-femmes suggèrent des propositions d'amélioration : sensibiliser le personnel, former le personnel, modifier la prise en charge actuelle, modifier l'outil d'évaluation et sa place dans le dossier, apporter du matériel supplémentaire. Toutes ces pistes sont prises en compte, dans la mesure du possible, dans nos propositions, car elles révèlent les besoins qu'ont les sages-femmes sur le sujet.

#### **1.5. Autres constats de l'étude**

Au cours de cette étude, nous avons pu mettre en avant d'autres constats, qui ne faisaient pas partie de nos hypothèses de départ mais qui sont importants à développer.

### 1.5.1. Différence de pratique en fonction du service actuel de la sage-femme

Nous avons effectué un nombre égal d'entretiens dans les deux maternités afin de comparer les pratiques dans chacune de ces maternités. Aucune différence de prise en charge n'a été notable. De plus, l'âge des professionnelles interrogées n'a pas d'incidence sur les réponses. Par contre, des différences de prise en charge ont été repérées selon le service d'appartenance : salle de naissance ou suites de couches et ce quelle que soit l'expérience des sages-femmes : une majorité de sages-femmes a exercé au sein des deux services. Ces disparités concernent notamment l'évaluation de la douleur et plus précisément :

- La fréquence d'évaluation : Les sages-femmes exerçant en salle de naissance donnent, pour la plupart d'entre elles, des fréquences qui ne sont pas en adéquation avec le protocole.

- Les moyens d'évaluation : Que ce soit pour l'évaluation au cours du séjour ou la réévaluation après l'administration d'un traitement, la majorité des sages-femmes exerçant en salle de naissance utilisent plutôt le ressenti. Pour les sages-femmes en suites de couches, l'évaluation se fait par le ressenti et/ou l'échelle d'hétéro-évaluation à peu près de façon similaire.

- Les freins à la grille EDIN: Les sages-femmes qui ne connaissent pas la grille EDIN exercent toutes en salle de naissance.

Une attention particulière avec des actions d'informations ciblées devrait être pensée pour ce service et ses singularités.

Nous avons demandé à l'ensemble des sages-femmes qui connaissent la grille EDIN si, d'après elles, elle est adaptée ou non. Pour la majorité des sages-femmes, la grille est adaptée, mais pour 3 sages-femmes, exerçant toutes les 3 en salle de naissance, cette grille n'est pas adaptée au service de salle de naissance car tous les items ne peuvent être évalués en 2 heures de temps. D'ailleurs, dans les propositions faites par les sages-femmes, une demande de grille spécifique à la salle de naissance est évoquée.

Il est vrai que l'évaluation par la grille EDIN doit se faire après 1 à 4h d'observation du nouveau-né. Les items relation, réconfort et sommeil peuvent être difficiles à évaluer durant les 2 heures de surveillance en salle de naissance. L'utilisation de la grille EDIN en salle de naissance doit être repensée.

### **1.5.2. Une prise en charge pluri acteurs**

Nous avons demandé aux sages-femmes de préciser combien de temps elles consacrent à une évaluation par la grille EDIN. La majorité des sages-femmes évoquent une évaluation ponctuelle. Nous avons vu dans la littérature qu'une observation ponctuelle peut être source d'erreur. Comme nous l'avons vu et en lien avec le temps nécessaire d'observation, la participation d'autres acteurs est indispensable pour l'évaluation mais aussi pour la prise en charge de la douleur. Spontanément, les sages-femmes évoquent cette nécessaire collaboration dans les réponses aux questions ayant pour thème l'évaluation et les difficultés rencontrées. Ces données sont abordées lors de questions spécifiques autour de la participation d'autres acteurs.

#### **• La place faite à d'autres professionnels**

L'ensemble des sages-femmes affirment intégrer une autre catégorie professionnelle dans la prise en charge. La totalité des sages-femmes intègrent l'auxiliaire de puériculture, notamment de par sa place auprès des enfants. Elle a pour missions de faire les transmissions de ces observations à la sage-femme, ou d'effectuer la grille EDIN, ou les deux. La sage-femme adapte ainsi sa prise en charge en fonction de ces informations supplémentaires. Ces missions font parties des compétences définies de l'auxiliaire de puériculture. 4 sages-femmes évoquent la puéricultrice car il s'agit du service où ces puéricultrices exercent. 8 sages-femmes évoquent le pédiatre, qui intervient à la naissance puis au cours du séjour.

Nous avons vu, dans la littérature, que tout professionnel de santé est concerné par la prise en charge de la douleur. Nos constats vont dans ce sens et nous devons encourager les professionnels à continuer cette prise en charge pluridisciplinaire.

## •La place faite aux parents

Il est recommandé actuellement d'intégrer les parents dans l'ensemble de la prise en charge de la douleur de leur enfant. Nous devons les sensibiliser à la douleur car ils représentent de véritables partenaires dans la prise en charge et notamment dans l'évaluation de la douleur.

La majorité des sages-femmes déclarent intégrer les parents, et notamment la maman, dans la prise en charge. Une minorité de sages-femmes est plus réticente. Les modalités de participation des parents sont différentes selon les sages-femmes. Certaines donnent des explications sur la douleur du nouveau-né, d'autres expliquent également l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Certaines sages-femmes font participer activement les parents à l'évaluation et/ou à la prise en charge de la douleur.

Les sages-femmes prennent en compte les observations et le ressenti des parents et nous devons les encourager dans ce sens.

### 1.6. Synthèse

Le développement d'une « culture douleur » commence à se faire ressentir. Les professionnels ont pleinement conscience de la douleur prolongée du nouveau-né et entreprennent des actions d'évaluation de la douleur et de prise en charge de cette douleur. Nous devons encourager les professionnels dans ce sens. Néanmoins des points restent à améliorer car les pratiques sont encore parfois « soignant-dépendant ». Des connaissances sur les moyens de prise en charge, entre autres, sont à approfondir. Des informations sur l'évaluation de la douleur sont à transmettre afin de corriger et uniformiser les pratiques. Le protocole et la grille EDIN doivent être largement diffusés au sein des services afin d'optimiser notamment le versant évaluation de la douleur.

Au vu de tous ces éléments, nous allons maintenant proposer des pistes d'amélioration afin d'optimiser la prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né dans un contexte d'extraction instrumentale.

## 2. Propositions

### 2.1. La formation continue

La loi HPST de 2009 instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Le DPC regroupe la formation continue (FC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Ainsi, dans le cadre du DPC, une formation sur la douleur du nouveau-né est à proposer à chaque professionnel de santé. Dans cette formation devront être abordés :

- l'évaluation de la douleur : ses enjeux, ses intérêts, ses impératifs.
- les différents moyens de lutte contre la douleur et leur complémentarité.

Ces points seront élaborés à partir de notre première partie et en tenant compte des freins et des zones d'amélioration mis en évidence lors de notre enquête.

Le but est de continuer à développer cette « culture douleur », de procurer une aisance et des réflexes aux professionnels dans la prise en charge afin de lutter contre l'impression exprimée par les professionnels de « perte de temps ». Nous souhaitons harmoniser les pratiques dans un service. De plus, l'un des objectifs de cette formation serait d'emmener les professionnels vers une utilisation plus systématique de la grille EDIN au détriment de l'évaluation empirique réalisée actuellement. Cette formation est d'autant plus importante à effectuer en salle de naissance au vu des difficultés relevées dans ce service. La formation offre également, au sein de groupes de travail, l'opportunité d'un temps de réflexion sur un sujet assez difficile donc une sensibilisation des professionnels.

Cette formation peut être faite en interne. Elle peut être complétée par la participation des professionnels à la journée nationale sur la douleur des enfants, organisée chaque année. Un diplôme universitaire « douleur en périnatal » est également ouvert aux sages-femmes. La formation des soignants est un levier indispensable à l'amélioration des pratiques.

L'EPP régulière est aussi importante afin de maintenir ces bonnes pratiques, la motivation des équipes et de mettre en exergue les améliorations qui restent à effectuer.

## **2.2. Organisation de la prise en charge de la douleur au sein d'un service**

La rédaction de protocoles « douleur » est actuellement indispensable dans le cadre de l'obligation d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Chaque protocole doit être rédigé de manière à être adapté aux services concernés. Il est rédigé par un groupe pluridisciplinaire comprenant si possible un référent douleur du service concerné, et validé par le CLUD de l'établissement. Il doit être diffusé de manière optimale dans les services, notamment par l'intermédiaire du référent douleur et des cadres de santé du service, afin d'assurer l'adhésion des professionnels.

Le protocole en place au CHR Metz-Thionville depuis 2011 est disponible en version papier dans les classeurs de protocole et sur l'intranet. Néanmoins sa diffusion pourrait être optimisée. Nous proposons d'effectuer une nouvelle présentation de ce protocole à tous les professionnels de santé du service ainsi que la mise en place d'un émargement du protocole, pour s'assurer de sa connaissance par chaque nouveau professionnel. De plus, chaque protocole devrait être décliné en trois versions : longue, courte et de poche. L'algorithme décisionnel présent dans le protocole du CHR ainsi que la grille EDIN pourraient être affichés dans les salles de soins des services pour être visibles de tous et à tout moment. Eventuellement un format de poche pourrait être imaginé avec l'essentiel des informations. Dans ce même esprit de sensibilisation, le rôle du référent douleur est de diffuser au personnel les dernières connaissances sur la douleur qu'il a acquis. Ainsi, un classeur ou un fichier informatique pourrait être mis à disposition du personnel, il serait composé des dernières publications sur la douleur mais également des écrits incontournables sur la douleur. L'organisation de la prise en charge de la douleur au sein d'un service demande donc une mobilisation constante de tous les acteurs de santé.

Dans ces missions, le référent douleur doit également actualiser régulièrement les protocoles et l'organisation de la prise en charge de la douleur en fonction des connaissances actuelles mais aussi avec les besoins et demandes du personnel.

Au cours de cette étude, nous avons pu mettre en avant des éléments qui pourraient être pris en compte dans une prochaine mise à jour du protocole du CHR Metz-Thionville.

## **2.3. Du nouveau dans la prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né au CHR Metz-Thionville**

### **2.3.1. Des moyens de prise en charge supplémentaires**

Outre la demande des sages-femmes d'avoir plus de matériel tel que les cocoons et les matelas d'eau que nous devons prendre en compte, les sages-femmes proposent d'autres moyens de prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né. Par exemple, certaines sages-femmes utilisent l'emballage et le portage pour lutter contre la douleur. Ces moyens procurent un sentiment de sécurité et d'apaisement à l'enfant et vont ainsi dans le sens des autres stratégies comportementales déjà en place. Il est intéressant de pouvoir les développer en les intégrant au protocole actuel. L'ostéopathie et l'homéopathie sont également abordés par quelques sages-femmes. Il serait intéressant d'étudier les connaissances actuelles sur ces méthodes et leurs bienfaits éventuels dans le cas de la douleur prolongée du nouveau-né.

### **2.3.2. La place de la grille EDIN**

Un mauvais emplacement de la grille EDIN dans le dossier a été pointé du doigt. Nous pouvons créer, au même titre que l'apgar, une place spécifique pour la grille EDIN dans le dossier médical pédiatrique afin qu'elle soit visible et disponible lorsqu'on doit la remplir. Cet emplacement permettrait également de conférer à la douleur une place de paramètre de surveillance à part entière, comme nous l'avons évoqué dans notre première partie.

Néanmoins, la grille EDIN met en jeu une autre place aujourd'hui : sa place en salle de naissance. Nous avons constaté des difficultés à son utilisation dans ce service. Il ne faut pas remettre en jeu l'évaluation de la douleur en salle de naissance mais nous pouvons proposer une réflexion sur cet outil.

Aujourd'hui, la grille EDIN est adaptée à la douleur prolongée et à l'inconfort du nouveau-né car elle répond aux critères demandés et elle est validée par des experts pour ce type de douleur. Actuellement, il n'y a pas d'autres échelles qui répondent à tous ces critères. Nous ne pouvons pas mettre en place des grilles différentes en salle de naissance et suites de couches comme l'évoquaient une sage-femme, néanmoins de nouvelles échelles pourraient voir le jour. La prise en charge de la douleur est en perpétuelle évolution.

## ***Conclusion***

L'évaluation et la prise en charge de la douleur du nouveau-né font partie des missions attribuées aux professionnels de santé. Dans un but de soulager la douleur de l'enfant, il est essentiel que ces actions soient menées harmonieusement au sein d'un service, et selon les recommandations en vigueur.

Dans ce mémoire nous avons étudié les connaissances et les pratiques professionnelles actuelles des sages-femmes sur le sujet, dans le cas de l'extraction instrumentale.

Une « culture douleur » se développe. Les sages-femmes identifient la douleur prolongée du nouveau-né et s'engagent dans une démarche d'évaluation et de prise en charge de la douleur de ces nouveau-nés.

Néanmoins, les pratiques sont encore parfois « soignant-dépendant ». Des obstacles pour les professionnels ont été mis en exergue lors de cette étude. Il nous semble indispensable d'apporter une formation complète sur la douleur du nouveau-né aux sages-femmes. Le protocole actuellement en place se doit d'être mis en œuvre plus largement. Une sensibilisation des professionnels à l'utilisation de la grille EDIN en systématique paraît également pertinente.

L'évaluation des pratiques professionnelles régulière est un élément nécessaire, vecteur de changement et d'amélioration de nos pratiques.

La prise en charge de la douleur du nouveau-né est un sujet en constante évolution. Par exemple, des études sur d'autres traitements tels que l'homéopathie ou l'ostéopathie pourraient être engagées. Dans la même optique d'évolution, d'autres outils d'hétéro-évaluation appropriés à la douleur prolongée du nouveau-né peuvent encore être imaginés et validés...

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] *L'extraction instrumentale provoque-t-elle des lésions spécifiques en fonction de l'instrument (forceps, ventouse, spatules)*, 9p. Disponible sur <http://www.lesjta.com>, (consulté le 05/03/2013)
- [2] LANSAC J, MARRET H, OURY J.F, *Pratique de l'accouchement*, Edition Masson, 4<sup>e</sup> édition, 2006, p 407-433
- [3] *Extraction instrumentale, recommandations pour la pratique clinique*, 2008. Disponible sur <http://www.cngof.asso.fr> (consulté le 05/08/13)
- [4] BAUD O, « Complications néonatales des extractions instrumentales », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, n°37, 2008, p260-268
- [5] « Complications des accouchements assistés par ventouse », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, n°4, 2004, p304-311.
- [6] DEMONTGOLFIER I, *Traumatismes crâniens obstétricaux, quelle prise en charge pédiatrique*, 10p. Disponible sur <http://www.lesjta.com>, (consulté le 05/03/2013)
- [7] DIERKER LJ, ROSEN MG, THOMPSON K, LYNN P, « Midforceps deliveries: Long term outcome of infants », *Am J Gynecol Obstet*, 1986
- [8] SEIDMAN DS., LAOR A., GALE R., STEVENSON DK., MASHIACH S., DANON YL. *Long-term effects of vacuum and forceps deliveries*, Lancet, 1991.
- [9] Le petit Larousse illustré, édition 2005
- [10] *La douleur*, 2013. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html> (consulté le 10/08/13)
- [11] ANNEQUIN D, *T'as pas de raison d'avoir mal ! Le combat d'un médecin contre la douleur de l'enfant*, éditions de la Martinière, 2002, 203p.
- [12] REY R, *Histoire de la douleur*, éditions la découverte, collection Histoire des sciences, 1993, 414p.

- [13] GAUVAIN-PIQUARD A, MEIGNIER M, *La douleur de l'enfant*, édition Calmann-Lévy, 1993, 265p
- [14] COHEN-SALMON D, *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*, édition érès, collection Mille et un bébés, rubrique « drames et aléas de la vie des bébés », 2007, 156p.
- [15] FRESCO O, *Entendre la douleur du nouveau-né, Aux confins de l'oubli*, édition Belin, collection « Naitre, grandir, devenir », cahier n°1, 2004, 190p.
- [16] COHEN-SALMON D, *Bébé a mal*, édition érès, collection spirale, la grande aventure de Monsieur Bébé n°42, 2007, 203p.
- [17] ANNEQUIN D, *Pediadol 20ans, Faut il être triomphaliste ?*, 2013. Disponible sur <http://www.pediadol.org> (consulté le 22/01/14)
- [18] LOMBART B, *Pediadol, 20ans déjà ! Récit infirmier*, 2013. Disponible sur <http://www.pediadol.org> (consulté le 22/01/14)
- [19] SCHWOB M, *La douleur*, édition Flammarion, collection dominos, 1994, 126p.
- [20] *Les différents types de douleur*, 2009. Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org> (consulté le 03/09/13)
- [21] Réseau sécurité Naissance-Naitre ensemble Pays de la Loire, *Douleur et inconfort du nouveau né en maternité*, 2007, 14p
- [22] FOURNIER-CHARRIERE E, TOURNIAIRE B, LOMBART B, *Faut il vraiment continuer à évaluer la douleur ?*, 2012. Disponible sur <http://www.pediadol.org> (consulté le 10/08/13)
- [23] ANAND KJS, HICKEY PR, "Pain and its effects in the human neonate and fetus", *The New England Journal of Medicine*, n°21, 1987, p1321-1329.
- [24] DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, et al. « Séméiologie de la douleur chez le prématuré ». *Archives de Pédiatrie*, 1994
- [25] *La douleur de l'enfant: stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*. Disponible sur <http://www.pediadol.org> (consulté le 10/08/13)

- [26] « Prise en charge de la douleur du nouveau né en salle de naissance et dans les premiers jours de vie », *36<sup>e</sup> assises nationales des sages-femmes*, 2008, p171
- [27] *Missions des CLUD*. Disponible sur <http://www.gustaveroussy.fr>
- [28] *Les compétences des sages femmes et le code de déontologie*, Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, 2012
- [29] THIBAUT P, LOMBART B, *L'évaluation de la douleur de l'enfant*, 2006. Disponible sur <http://cnrd.fr> (consulté le 20/10/13)
- [30] WEINZOEPLFEN C, VERMION N, *Evaluation de la douleur : de la théorie à la pratique*, 2009. Disponible sur <http://irr-nancy.fr/IMG/File/EvallWV.pdf> (consulté le 20/10/13)
- [31] *Les bases de l'évaluation*, 2009. Disponible sur <http://www.pediadol.org> (consulté le 25/10/13)
- [32] AFSSAPS, *Recommandations de bonne pratique, Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant*, 2009
- [33] DEBILLON T, DESROBERT C, KUSTER A, ROZE J-C, *La douleur du nouveau-né : l'échelle d'évaluation de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)*, Société française de médecine périnatale, édition Arnette, 2002, p9-17
- [34] *Rubrique évaluation*. Disponible sur <http://www.pediadol.org> (consulté le 15/10/13)
- [35] CARBAJAL R, *Evaluation de la douleur chez le jeune enfant*, 2007. Disponible sur <http://cnrd.fr> (consulté le 20/10/13)
- [36] *Vidal recos, recommandations en pratique*, 4<sup>e</sup> édition, 2012, p640-662
- [37] CARBAJAL R, *Peau à peau, allaitement maternel, enveloppement toucher comme analgésique chez le nouveau-né*, 2004. Disponible sur <http://cnrd.fr> (consulté le 20/08/13)
- [38] CARBAJAL R, *Solutions sucrées et tétines pour soulager la douleur des gestes chez le nouveau-né*, 2004. Disponible sur <http://cnrd.fr> (consulté le 20/08/13)

# ***Annexes***

**Annexe I :**

***Extrait « Prise en charge de la  
douleur » du manuel de certification  
des établissements de santé V2010  
HAS***

## CHAPITRE 2

### PRISE EN CHARGE DU PATIENT

#### Partie 1

##### Droits et place des patients

#### Référence 12

La prise en charge de la douleur

### Critère 12.a Prise en charge de la douleur



La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Au sein d'un établissement de santé, l'organisation de la prise en charge de la douleur doit veiller à mettre en œuvre les 4 axes du programme national de lutte contre la douleur :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables ;
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé ;
- améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ;
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier les douleurs chroniques dites rebelles.

L'indicateur HAS "traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)" évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient.

Les objectifs du critère sont :

- de favoriser le développement d'une formation qui permet aux professionnels de faire face au quotidien à la douleur des patients ;
- d'inciter l'établissement à s'inscrire dans des réseaux d'échanges pour améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient ;
- de favoriser l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale en veillant notamment à :
  - repérer les patients présentant une douleur ;
  - mettre les protocoles à disposition des équipes de soins ;
  - améliorer la mise à disposition des outils d'évaluation ;
  - rendre effective l'utilisation des différents outils.

#### E1 | Prévoir

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.

#### E2 | Mettre en œuvre

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.

#### E3 | Évaluer et améliorer

Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.

La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

**Annexe II :**

***Grille EDIN***

**Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)**  
**élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré**  
**utilisable jusqu'à 6 à 9 mois**

pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs)  
non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.

**score de 0 à 15, seuil de traitement 5**

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

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

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

**Annexe III :**

***Protocole «Prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né en Maternité » validé par le CLUD du CHR Metz-Thionville en 2011, évaluation du protocole prévue en 2014.***

***Autorisation de diffusion externe***



# Prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né en Maternité

Réf : P15SI/PT/01

Date de diffusion : juillet  
2011  
Version : 01

Date de révision :  
septembre 2013

<p><b>1. OBJET</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Améliorer la qualité de la prise en charge et le suivi de la douleur du nouveau-né, dès sa naissance et, tout au long de son parcours hospitalier.</li> <li>* Evaluer objectivement la douleur par l'utilisation d'une échelle validée : EDIN.</li> <li>* Uniformiser les pratiques et permettre une traçabilité.</li> </ul>
<p><b>2. DOMAINE D'APPLICATION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <u>Personnel concerné</u> : Pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, internes et étudiants.</li> <li>* <u>Population concernée</u> : Tout nouveau-né, dès la naissance jusqu'à la sortie à domicile.</li> </ul>
<p><b>3. DEFINITIONS/ ABBREVIATIONS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* La douleur est une expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle, associée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion.</li> <li>* La perception de la douleur est une qualité inhérente à la vie ne nécessitant pas d'expérience antérieure. Les modifications comportementales du nouveau-né représentent des équivalents de la douleur.</li> </ul> <p><b>EDIN</b> : Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né</p>
<p><b>4. DOCUMENTS RATTACHES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Plan Douleur 2006-2010</li> <li>* Code de Déontologie des médecins</li> <li>* Code de déontologie des sages-femmes</li> <li>* Décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique (<i>Livre III – Titre 1er</i>)</li> <li>* Loi du 4 mars 2002 relative aux Droits des patients</li> <li>* Circulaire du 11 février 1999 relative à l'élaboration des protocoles</li> <li>* Charte de l'enfant hospitalisé de 1988</li> <li>* Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN)</li> <li>* HAS procédures de certification des établissements de santé (<i>V 2007/Réf26 V2010/Chap2-Réf 12</i>)</li> </ul> <p>Recommandations : AFSSAPS 2009 et PEDIADOL</p> <p><b>P15SI/FO/01 : Echelle de douleur et d'inconfort du Nouveau-Né « EDIN »</b></p>
<p><b>5. MOTS CLES</b></p>	<p>Maternité – Evaluation – Prévention – Traitement</p>

	REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
NOM	Laurence PERRIN Groupe pluridisciplinaire <sup>1</sup>	Dr FELDMANN et Dr VIBERT Dr MONFORT	Dr M.NICOUE-BEGLAH Mme Y.WALLERICH
FONCTION	IDE Référent Douleur Pôle 15	Pédiatres Pharmacien	Président CLUDS Cadre supérieur sage-femme
DATE	27/06/2011	24/7/11	7/7/2011
SIGNATURE			

<sup>1</sup> Dr Miréille VIBERT ; Dr Marc FELDMANN ; Martine FISH(SF) ; Gwenaëlle KLEIN(SF) ; Christine LITAISE(SF) ; Laurence PERRIN ; Myriam SEVER-DUPONT(CSF) ; Sultan SUSLAP ; Julie WISSEN(SF)

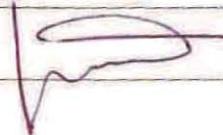
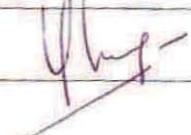


**Prise en charge de la  
douleur prolongée  
du nouveau-né en  
Maternité**

Réf : P15SI/PT/01

Date de diffusion : juillet  
2011  
Version : 01

Date de révision :  
septembre 2013

APPROBATION			
NOM	Dr. M. NICOUE-BEGLAH	M. MONTINET	Mme GLOAGUEN
FONCTION	Président du CLUD	Président de la CME	Directeur Coordonateur des soins
DATE	07/07/2011	20/9/11	9/9/2011
SIGNATURE	Cf. recto		

 <p>Centre Hospitalier Régional METZ-THIONVILLE</p>	<p><b>Prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né en Maternité</b></p>	Réf : P15SI/PT/01	Date de révision : septembre 2013
		Date de diffusion : juillet 2011 Version : 01	

## 6. PROTOCOLE

La prévention, l'évaluation, et la prise en charge de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né en maternité sont des priorités pour tous.

L'évaluation d'un état douloureux ou d'inconfort chez le nouveau-né doit être systématique dès les premières heures qui suivent sa naissance.

L'outil utilisé est l'Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN) – **P15SI/FO/01** Cette échelle est validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré et évaluée à la fois douleur prolongée et stress ou inconfort.

La cotation des différents items donne un score de 0 à 15.

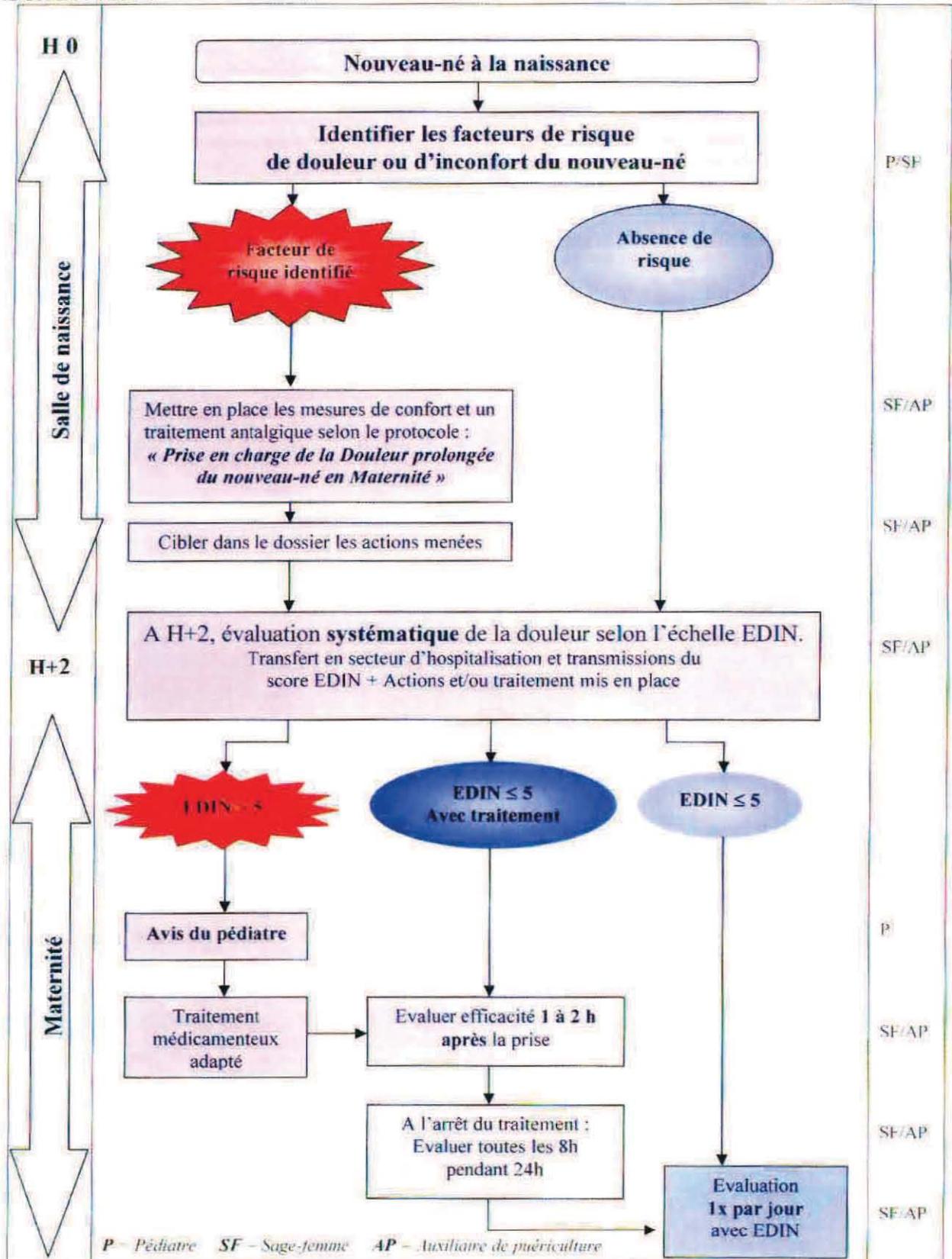
### Méthodologie :

- \* Observer l'ensemble des comportements de l'enfant durant la période de 1 à 4 heures précédant l'évaluation.
- \* Cotation des différents items (visage-corps-sommeil-relation-réconfort) :
  - avant transfert en secteur d'hospitalisation, dès la salle de naissance.
  - en milieu ou fin de poste, au moins 1 fois par jour, en maternité.
- \* Si un traitement médicamenteux est instauré, évaluation systématique 1 à 2 heures après la prise pour évaluer l'efficacité du traitement.
- \* Noter le score EDIN dans le dossier soins.

### Seuils de prescription validés pour EDIN :

- \* score égal ou supérieur à 5, la douleur est probable.
- \* score inférieur à 5, il s'agit d'un état d'inconfort.

## CONDUITE A TENIR





## Prise en charge de la douleur prolongée du nouveau-né en Maternité

Réf : P15SI/PT/01

Date de diffusion : juillet  
2011  
Version : 01

Date de révision :  
septembre 2013

### FACTEURS DE RISQUE RETENUS POUR L'APPLICATION D'UNE PRESCRIPTION ANTICIPÉE :

- \* Ventouse / Forceps.
- \* Céphalématome / Bosse sérosanguine / Modelage.
- \* Fracture de clavicule / Plexus / Difficulté aux épaules / Torticolis.
- \* Siège.
- \* Hématomes / Contusions / Plaies.

### TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :

#### Médicament proposé, formes et modes d'administration :

- \* Paracétamol forme sirop : **Une dose 1 kg = 15 mg de paracétamol.**

#### **A privilégier :**

Le sirop est administré doucement, à la seringue, dans la bouche de l'enfant.  
Se référer au tableau, **Annexe 1**, pour les correspondances.

- \* Paracétamol forme suppositoire, sécable : **½ suppo = 50 mg de paracétamol.**

**A éviter sauf en présence d'un encombrement oropharyngé important (notamment en salle de naissances)**

#### Posologies :

- \* Le paracétamol voie orale est prescrit d'emblé à dose maximale soit :  
**15 mg/kg toutes les 6 heures** (dose maximum par jour = 60 mg/kg).
- \* Pour la forme suppositoire :  
**½ suppositoire**, soit 50 mg de paracétamol (dose maximum par jour = 60 mg/kg).  
*Le relais par voie orale sera pris dès que possible (réf : AFSSAPS ; PEDIADOL).*

### CONDUITE A TENIR :

- \* Un facteur de risque est identifié : les mesures de confort et le traitement sont mis en place.
- \* Une à deux heures **après** administration, l'efficacité du traitement est évaluée par un score EDIN.
- \* Les résultats et actions mises en œuvre sont **tracés** dans le dossier patient et transmis au pédiatre.
- \* Le traitement médicamenteux, débuté en salle de naissance, est administré **régulièrement et systématiquement** durant les premières 24 heures.

### SOINS DE CONFORT DU NOUVEAU-NE :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade ... Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, ... (5°) de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes... »

Dans le cadre de son rôle propre, « l'infirmier ou infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires... » pour prévenir la douleur et l'inconfort du nouveau-né, conformément au Décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique (Art. R 4311-1 à 15).

L'état d'inconfort du nouveau-né (score EDIN inférieur à 5) peut se définir comme une situation avec un excès de stimulations neuro - sensorielles, avec ou non couchage en mauvaise position et sommeil perturbé. Or, l'inconfort diminue le seuil de tolérance et majore ainsi la douleur physique.

Les soins infirmiers sont personnalisés, basés sur une approche non pharmacologique à la recherche du confort du nouveau-né.

### Actions non pharmacologiques pour diminuer le niveau de douleur et de stress du nouveau-né :



- \* Installer le nouveau-né confortablement dans un « cocon » en favorisant le regroupement et une position adéquate des articulations. Le « cocon » maintient le bébé en position fœtale et lui procure un sentiment de sécurité. Poche à eau sous la tête si besoin (traumatisme obstétrical).

Proposer éventuellement à la mère un peau à peau en salle de naissance.

- \* Adapter le niveau lumineux et sonore pour une ambiance paisible. Pour l'enfant en incubateur (salle de naissance) : utiliser un cache, ne rien poser sur l'habitacle, fermeture et ouverture douce des portes.
- \* Manipuler le nouveau-né avec douceur, en soutenant la tête et le bassin et accompagner chaque geste par la parole.  
Limiter ces manipulations au strict nécessaire.



### Prise en charge lors des soins de base (hygiène, alimentation) :

- \* Anticiper et préparer le soin.
- \* Organiser et regrouper les soins selon la tolérance du nouveau-né, ses rythmes veille – sommeil.
- \* Inciter les parents à participer aux soins.
- \* Envelopper le bébé dans un linge pour la pesée pour lui éviter tout mouvement de panique lors d'un déséquilibre du corps.
- \* Réaliser les soins en binôme chez un nouveau-né douloureux.
- \* Apaiser le bébé après les soins douloureux.
- \* Proposer aux parents des moments de bien-être : « peau à peau » ; « toucher-massage » ; allaitement maternel ; mise au sein ponctuelle ; succion non nutritive.



Annexe 1

**Equivalences des spécialités pharmaceutiques  
paracétamol buvable en fonction du poids de l'enfant.**

**Dose par prise convertie en ml**

Antalgie		Poids de l'enfant											Dose max. / prise
Médicament	Posologie max.	1kg	1,5kg	2kg	2,5kg	3kg	3,5kg	4kg	4,5kg	5kg	5,5kg	6kg	
Dafalgan® pédiatrique 3%	15mg/kg/ prise toutes les 6h	0.5ml	0.75ml	1ml	1.25ml	1.5ml	1.75ml	2ml	2.25ml	2.5ml	2.75ml	3ml	
Dolko® 60mg/2ml													
Doliprane® 2.4% sans sucre	15mg/kg/ prise toutes les 6h	0.6ml	0.9ml	1.25ml	1.6ml	1.9ml	2.2ml	2.5ml	2.8ml	3.1ml	3.4ml	3.75ml	
Paracétamol Smithkline Beecham® 2.4%													

Dafalgan® 30mg/ml fl. 90ml : 1 graduation = 0,5ml (anciennement Efferalgan pédiatrique)	graduation max. 16kg → 8ml = 240mg paracétamol
Dolko® 30mg/ml fl. 90ml : 1 graduation = 0,25ml	graduation max. 8kg → 4ml = 120mg paracétamol
Doliprane® 24mg/ml fl. 100ml : 1 graduation = 0,625ml	graduation max. 13kg → 8,13ml = 195mg paracétamol
Paracétamol SKB® 24mg/ml fl. 100ml : 1 cuillère-mesure = 5ml	1 cuillère-mesure 5ml = 120 mg paracétamol

Références : données AMM Vidal 2011 et Thériaque

**Annexe IV :**

***Présentation et trame de l'outil  
d'enquête***

# OUTIL D'ENQUETE

## Présentation de l'entretien : (à afficher dans les services)

Je m'appelle Marie-Charlotte, je suis actuellement étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme de Metz. Je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Je réalise une étude sur l'évaluation de la douleur prolongée du nouveau-né après extraction instrumentale. Je serais présente sur les sites de Mercy et Bel Air, dans les secteurs de salle de naissance et suites de couche, de novembre à janvier afin de réaliser des entretiens auprès des sages-femmes. Je vous remercie d'avance de m'accorder un peu de votre temps.

## Trame de l'entretien :

***•Vous êtes sage-femme, en salle de naissance et/ou en suites de couches, face à un nouveau-né ayant eu une naissance par extraction instrumentale, présentant un traumatisme obstétrical.***

**1) Prenez vous en charge cet enfant de manière spécifique au vu de sa naissance ?**

NON. Pourquoi ?

OUI. D'après vous à quels risques est exposé cet enfant ?

**2) Connaissez-vous le protocole de service pour la prise en charge de la douleur de ce nouveau-né ?**

NON. Pourquoi ?

OUI. Par quels moyens le connaissez-vous ? Pensez-vous qu'il est adapté ? Utilisez-vous ce protocole dans votre pratique quotidienne?

**3) Dans ce contexte de naissance, évaluez-vous la douleur de ce nouveau-né ?**  
(sans citer par quels moyens)

NON. Pourquoi ? Quels obstacles rencontrez-vous ?

OUI

**4) A quelle fréquence évaluez-vous la douleur de ce nouveau-né ?**

**5) Si vous évaluez cette douleur, par quels moyens le faites vous ?** (sans citer de nom d'outil, plutôt du ressenti ou une échelle d'hétéro-évaluation ?)

Instinct/ ressenti. Pourquoi ? D'après vous, quels avantages et inconvénients présente cette méthode ?

Outil d'hétéro évaluation. Pourquoi ? D'après vous, quels avantages et inconvénients présente cette méthode ?

**6) Si vous évaluez à l'aide d'un outil, lequel utilisez-vous ? Pourquoi ?**

**7) Connaissez-vous la grille EDIN ?** (si non citée à la question 6)

NON. Pourquoi ?

OUI. Pensez-vous qu'elle est adaptée ? Pouvez-vous donner quelques informations d'utilisation de cette grille : Quels items sont cotés? Quel score représente le seuil de traitement médicamenteux? Combien de temps prenez-vous pour faire une évaluation ?

Avez-vous eu une formation sur cette grille ?

**8) A quelle fréquence ou occasion utilisez-vous la grille EDIN ?**

**9) Éprouvez-vous des difficultés à l'utilisation de cette grille (que ce soit la conception de l'outil ou tout l'environnement autour)? Si oui, lesquelles ?**

**•Votre diagnostic concernant cet enfant est posé : il est douloureux.**

**10) Quelle est votre prise en charge ?**

Traitement médicamenteux. Lesquels ?

Traitement non médicamenteux. Lesquels ?

**11) Comment vérifiez-vous l'efficacité de votre prise en charge ?**

Combien de temps après la prise en charge ?

**12) Intégrez-vous une autre catégorie professionnelle dans la prise en charge ?**

OUI. Laquelle ? Comment et pourquoi ?

NON. Pourquoi ?

**13) Intégrez-vous les parents dans la prise en charge ?**

OUI. Comment et pourquoi ?

NON. Pourquoi ?

**14) Que pensez-vous des pratiques actuelles sur le sujet?**

**S'il fallait optimiser les pratiques des sages-femmes sur ce sujet, auriez-vous des propositions à faire ? Si oui, lesquelles ?**

**•Identité**

**15) Quel âge avez-vous ?**

**16) Dans quels services avez-vous exercé?**

D'hier à aujourd'hui, la douleur du nouveau-né se caractérise par 30 ans de reconnaissance et d'évolution de sa prise en charge.

Ce mémoire s'intéresse à ce sujet en constante évolution dans le cas d'une naissance par extraction instrumentale, pratique développée de nos jours. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes du CHR Metz-Thionville sur le sujet.

Les résultats permettent d'affirmer qu'une « culture douleur » se développe au sein des services. Les professionnels ont conscience de leur mission de soignant de soulager la douleur. Néanmoins, les connaissances des sages-femmes sur la douleur et notamment son hétéro-évaluation sont à approfondir. Les pratiques, actuellement « soignant-dépendant », sont à harmoniser.

La formation continue des sages-femmes ainsi que l'organisation de la prise en charge de la douleur du nouveau-né au sein des services, via un protocole, sont indispensables aux bonnes pratiques.

De nombreuses avancées sur la douleur du nouveau-né sont encore possible.

**ERRATA** du mémoire présenté et soutenu par PIERRARD Marie-Charlotte : La douleur prolongée du nouveau-né après extraction instrumentale. Etat des lieux des connaissances et pratiques professionnelles des sages-femmes du CHR Metz-Thionville

P3, ligne 5 « telles », ligne 11 « elles-mêmes »

P4, ligne 7 « créée »

P7, ligne 16 « déprimée dite »

P10, ligne 20 « telles »

P15, ligne 14 « Articles L.4153-1 »

P18, ligne 18 « Echelle Visuelle Analogique »

P36, tableau n°2 « aucun avantage »

P41, ligne 4 « il y a »

P43, ligne 11 « nouveau-né », ligne 14 « ça »

P45, ligne 3 « différentes missions »

P46, ligne 25 « nouveau-né », ligne 26 « donner »

P48, ligne 12 « recueillies »

P51, ligne 29 « défini »

P56, dernière ligne « moments »

P67, ligne 14 « abordées »

P68, ligne 9 « l'évoquait »

« aiguë » au lieu de « aigue »