

Faculté de Médecine
Ecole de Sages-Femmes

Diplôme d'Etat de Sage-femme

2015-2016

La place parentale dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né

Présenté et soutenu publiquement le 9 mai 2016

Par

Chloé MOREUX

Directeur : Laetitia DELORME

Guidant : Karine BOMPARD GRANGER - Agnès BARAILLE



Tous mes remerciements...

- *A ma famille, sans qui rien n'aurait été possible, pour avoir cru en moi et m'avoir soutenue sans relâche*
- *A ma directrice de mémoire, Laetitia DELORME, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et son investissement*
- *Vincent FOURGEAUD, Agnès BARAILLE & Karine BOMPARD-GRANGER, pour leurs relectures attentives.*
- *A toutes les sages-femmes de la région Limousin qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire*
- *A M. François DALMAY, à qui je dois les résultats de mon étude*
- *A Aurélie, nous avons commencé cette aventure ensemble, tu n'as jamais cessé d'être là, et je ne te remercierai jamais assez de m'avoir autant apporté depuis 5 ans.*
- *A Théo, un seul mot « Merci »*
- *A mes camarades de promotion pour tous les moments passés ensemble qu'ils soient bons ou qu'ils le soient moins*



Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 7 |
| 1. La prise en charge de la douleur du nouveau-né..... | 7 |
| 1.1 Le soutien parental | 7 |
| 1.2 L'allaitement maternel | 8 |
| 1.3 Méthodes médicamenteuses | 9 |
| 1.4 Autres méthodes non médicamenteuses..... | 9 |
| Première partie : Matériel et Méthode | 12 |
| 1. Type d'étude | 13 |
| 2. Elaboration du protocole | 13 |
| 2.1 Population étudiée | 13 |
| 2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion | 13 |
| 2.3 Nombre de sujets..... | 13 |
| 2.4 Outil de recueil de données | 14 |
| 2.5 Variables | 14 |
| 3. Exploitation des données | 14 |
| Deuxième partie : Résultats..... | 15 |
| 1. Taux de réponses..... | 16 |
| 2. Description de la population | 16 |
| 2.1 Sexe..... | 16 |
| 2.2 Age | 16 |
| 2.3 Nombre d'enfants au foyer de la sage-femme | 17 |
| 2.4 Année d'obtention du diplôme d'Etat..... | 17 |
| 2.5 Ancienneté professionnelle | 17 |
| 2.6 Typologie de maternité dans laquelle les sages-femmes sont salariées | 18 |
| 3. Etats des lieux des pratiques des sages-femmes du Limousin..... | 18 |
| 4. Résultats en lien avec les hypothèses | 19 |
| 4.1 Méthodes utilisées dans la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né lors d'un prélèvement sanguin planifié..... | 19 |
| 4.2 Caractéristiques communes des sages-femmes utilisant la présence parentale en première intention | 20 |
| 4.2.1 Age..... | 20 |
| 4.2.2 Nombre d'enfants au foyer de la sage-femme..... | 21 |
| 4.2.3 Année d'obtention du diplôme d'Etat..... | 21 |
| 4.2.4 Ancienneté professionnelle | 22 |
| 4.2.5 Type d'établissement dans lequel les sages-femmes sont salariées | 22 |
| 4.2.6 Participation à une formation complémentaire et spécifique sur la prise en charge de la douleur du nouveau-né | 22 |
| 4.2.7 Nombre de prélèvements sanguins effectués en moyenne par garde..... | 23 |
| 4.2.8 Autres méthodes utilisées dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né en complément de la présence parentale..... | 23 |
| Troisième partie : Discussion et Analyse des résultats | 25 |
| 1. Méthodes utilisées pour la prise en charge de la douleur lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né..... | 26 |
| 1.1 La présence parentale simple..... | 26 |
| 1.2 La succion d'une tétine ou succion non nutritive | 26 |

| | | |
|-----|---|----|
| 1.3 | L'utilisation de solutions sucrées..... | 27 |
| 1.4 | La mise au sein ou la prise d'un biberon en amont | 27 |
| 2. | Caractéristiques communes des sages-femmes utilisant la présence parentale en première intention lors d'un prélèvement sanguin planifié | 29 |
| 2.1 | Age, ancienneté professionnelle, année d'obtention du diplôme d'Etat | 29 |
| 2.2 | Participation à une formation complémentaire et spécifique | 29 |
| 2.3 | Nombre d'enfants au foyer de la sage-femme | 30 |
| 2.4 | Nombre de prélèvements sanguins effectués en moyenne, par garde | 30 |
| 2.5 | Type d'établissement | 30 |
| 3. | Les forces et faiblesses de l'étude | 31 |
| 3.1 | Les forces de l'étude | 31 |
| 3.2 | Les faiblesses de l'étude | 32 |
| 4. | Proposition d'actions | 32 |
| | Conclusion..... | 34 |
| | Références bibliographiques | 35 |
| | Annexes | 37 |



Table des illustrations

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Répartition du nombre d'enfants au foyer de la sage-femme dans la population étudiée..... | 17 |
| Figure 2 : Répartition de l'ancienneté professionnelle dans la population étudiée..... | 17 |
| Figure 3 : Répartition du type d'établissement représenté par le lieu de travail actuel des sages-femmes dans la population étudiée..... | 18 |
| Figure 4 : Fréquence de la proposition des sages-femmes du Limousin aux parents d'être présents lors d'un prélèvement sanguin effectué chez le nouveau-né..... | 19 |
| Figure 5 : Répartition du lieu de prélèvements sanguins effectués chez le nouveau-né..... | 19 |
| Figure 6 : Matériel utilisé lors de prélèvements sanguins effectués chez le nouveau-né par les sages-femmes du Limousin..... | 19 |
| Figure 7 : Réalisation du prélèvement de façon assistée ou non par les sages-femmes du Limousin..... | 19 |
| Figure 8 : Répartition du nombre d'enfants au foyer de la sage-femme dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né..... | 21 |
| Figure 9 : Répartition de l'ancienneté professionnelle dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né..... | 22 |
| Figure 10 : Répartition du type d'établissement dans lequel les sages-femmes sont salariées dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né..... | 22 |
| Figure 11 : Nombre de prélèvements sanguins effectués par garde en moyenne chez le nouveau-né dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié..... | 23 |



Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau I : Répartition des questionnaires en fonction des différents établissements inclus. | 16 |
| Tableau II : Répartition de l'âge dans la population étudiée..... | 16 |
| Tableau III : Répartition de l'année d'obtention du diplôme d'Etat dans la population étudiée | 17 |
| Tableau IV : Répartition des différentes méthodes de prise en charge de la douleur du nouveau-né utilisées lors d'un prélèvement sanguin planifié dans la population des sages-femmes étudiées | 20 |
| Tableau V : Répartition de l'âge dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né..... | 21 |
| Tableau VI : Répartition de l'année d'obtention du diplôme d'Etat dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né | 21 |
| Tableau VII : Autres méthodes de prise en charge de la douleur en fonction des « sages-femmes utilisant la présence parentale en première intention » lors d'un prélèvement sanguin planifié chez un nouveau-né. | 24 |



Introduction

Au cours de la grossesse, la future mère est préparée à un investissement psychoaffectif par un remaniement psychique décrit par Winnicott : c'est la préoccupation maternelle primaire. C'est un état psychologique d'attention permanente et d'hypervigilance qui va permettre à la mère d'ajuster son comportement à celui du bébé : ils formeront une véritable dyade. C'est par ce procédé que la mère s'éveille juste avant son bébé, de quelques secondes à quelques minutes. Il permet au nouveau-né, de développer un sentiment de confiance en soi et de sécurité qui est la base d'un attachement réussi. L'attachement est en ce sens un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. Selon Bowlby, le besoin d'attachement est un besoin primaire chez l'homme. Cet attachement se développe à partir de comportements innés : pleurs, succion, agrippement qui permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée qui est, le plus souvent, représentée une fois de plus par la mère. (1)

Néanmoins, il semblerait évident que la prise en charge de la douleur du nouveau-né par des soignants inclut la mère et au-delà les parents. C'est pourquoi, la relation soignant-parents est une véritable coopération.

La prise en charge de la douleur chez le nouveau-né, lors de prélèvements sanguins systématiques (tels que le test de dépistage des maladies rares du 3^{ème} jour) consiste, le plus souvent, en l'apport per os de solution glucosée exclusivement.

De plus, lors de la réalisation de ces actes, les enfants sont seuls, non accompagnés de leur parents malgré la programmation et la non urgence de tels bilans.

1. La prise en charge de la douleur du nouveau-né

1.1 Le soutien parental

Néanmoins, Mme Herrenschmidt S., Mme Galland F. (2) en collaboration avec l'association Sparadrapp ont décrit des attitudes générales variées des soignants envers les parents :

Certains professionnels de santé préféreront sans doute mettre consciemment de côté la question et donner le moins d'informations possible. Dans ce cas, lors du geste, si le nouveau-né manifeste sa douleur et que les parents s'en aperçoivent, ces derniers pourront développer un sentiment d'impuissance, de souffrance, de colère pouvant entraîner une perte de confiance envers le personnel soignant à court et à long terme.



D'autres soignants préféreront tout faire pour éviter, prévenir ou soulager ces douleurs provoquées. Ils auront donc moins d'appréhension à informer les parents sur la douleur pouvant être provoquée par l'acte et les moyens utilisés pour la minimiser. Dans ce cas, dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né, parents et soignants formeront de véritables partenaires.

Les parents pourront apporter un soutien à leur enfant ; aider les professionnels lors d'un soin ou d'un examen en vérifiant le confort de leur bébé, en le rassurant par leur présence et le ton de leur voix, en le portant en peau à peau, en l'allaitant...

Ainsi, les parents apparaissent également les mieux placés pour repérer et signaler aux soignants des comportements inhabituels de leur bébé.

De plus, il a été démontré dans la même étude qu'un minimum d'information est nécessaire pour que les parents puissent s'investir dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né.

L'évaluation de la douleur chez le nouveau-né va se faire par le biais de différentes échelles. Parmi les plus utilisées nous retrouvons : la Neonatal Facial Coding System (NFCS) qui est fondée sur l'analyse des expressions faciales comme le froncement des sourcils, la contraction des paupières, l'accentuation du sillon naso-labial et l'ouverture de la bouche qui seront observées en présence de douleurs. (3)

Il existe également l'échelle de la Douleur Aiguë du Nouveau-né (DAN) qui est basée sur l'observation du visage, des mouvements et des pleurs, les réponses faciales, les mouvements des membres, l'expression vocale de la douleur. (Annexe I) (3)

1.2 L'allaitement maternel

Cette dyade mère-bébé est au centre d'une méthode de prise en charge de la douleur qui est l'allaitement maternel. Lors de ponctions au talon et de ponctions veineuses, deux études (4) (5) ont pu montrer l'effet analgésique de l'allaitement maternel chez le nouveau-né à terme. Grays et ses collaborateurs ont étudié deux groupes de nouveau-nés à terme subissant des prélèvements au talon, l'un avec allaitement maternel et l'autre sans. Les pleurs et les grimaces ont été réduits de 91 % et de 84 % respectivement, chez les enfants allaités par rapport à ceux de l'autre groupe. (4) Carbajal et ses associés (5) ont montré que l'allaitement maternel avait un effet supérieur à l'administration de glucose à 30 %. L'impact que pourrait avoir la répétition de gestes douloureux pratiqués avec un allaitement maternel chez le nouveau-né reste cependant inconnu. Une étude plus récente, datant de 2007, menée par une sage-femme Hélène Delgado (6), a été réalisée pour évaluer l'effet de l'allaitement maternel sur la douleur induite par les prélèvements sanguins veineux chez les nouveau-nés



à terme. Les résultats ont montré que 77,8 % des nouveau-nés présentaient une attitude très détendue lors de la ponction.

Pour prévenir une douleur ou pour la diminuer lorsqu'elle est présente, différents moyens peuvent intervenir, qu'ils soient médicamenteux ou non.

1.3 Méthodes médicamenteuses

Il est indispensable de distinguer l'effet analgésique d'un thérapeutique qui a pour but d'éliminer la douleur et l'effet antalgique dont l'objectif est d'atténuer celle-ci.

Le paracétamol est un antalgique qui peut être donné au nouveau-né (3), de même que la crème ou le patch EMLA ayant un effet anesthésiant. Chez le nouveau-né, l'application d'un quart à un demi-patch sur le site de ponction veineuse peut être suffisante pour procurer une analgésie. L'application doit être faite 1 h avant le geste. (3) (7)

En 2011, une étude réalisée par V. Biran (8), en double aveugle a comparé l'effet du saccharose seul à celui de l'association saccharose-crème EMLA sur la douleur, pendant une ponction veineuse chez des nouveau-nés prématurés. Il a été montré que l'association saccharose-crème EMLA a un effet sur la douleur plus important que le saccharose seul.

1.4 Autres méthodes non médicamenteuses

Il existe également des moyens de prise en charge de la douleur non médicamenteux : la prévention (regrouper et planifier les soins, privilégier les ponctions veineuses moins douloureuses que les ponctions capillaires...), les stratégies environnementales et les stratégies comportementales (3). Ces dernières prennent une place de plus en plus importantes avec les solutions sucrées, la succion non nutritive, le contact peau à peau et la stimulation multisensorielle.

Les solutions sucrées rassemblent le saccharose et le glucose. En 2013, la Cochrane Collection a réalisé une synthèse de cinquante-sept précédentes publications. Les résultats ont prouvé que le saccharose est un moyen efficace pour réduire la douleur des gestes invasifs tels que des injections ou la pose de voie veineuse chez les nouveau-nés (9). Tous les résultats des études (10) (11) (12) (13) ont prouvé que le glucose avait un effet antalgique.

Leur mécanisme d'action passe par la stimulation oro-gustative des récepteurs au goût sucré, situés sur la langue et entraînant la libération de morphine endogène. (3)



De même, une étude faite par Campos en 1994 étudiant les effets réconfortants de la succion d'une tétine après une ponction au talon chez des nouveau-nés à terme, a prouvé que la succion d'une tétine était plus réconfortante que le bercement. (14)

Il est reconnu actuellement que l'association de saccharose ou de glucose avec la succion non nutritive de type tétine est le moyen non pharmacologique le plus efficace pour lutter contre la douleur chez le nouveau-né. (10) (15) (16)

De plus, le contact en peau à peau entre le nouveau-né et sa mère a un effet analgésique comme l'a démontré l'étude de Grays et de ses collaborateurs en 2003. Les pleurs et les grimaces ont été réduits de 82 % et 65 %, respectivement, chez les enfants en peau à peau par rapport au groupe témoin. (17)

Ensuite, une étude italienne réalisée par Bellieni et ses collègues a étudié la stimulation multi sensorielle appelée « saturation sensorielle » intégrant le positionnement, le massage, le langage, un contact visuel et la senteur d'un parfum. Il a montré que cette technique analgésique avait un effet semblable au glucose oral lors de gestes douloureux mineurs. (18)

De plus, une étude menée par Gray (19) en 2012 comparait les propriétés antalgiques de la chaleur au traitement habituellement utilisé notamment le sucre et la succion. En conclusion, avant la réalisation d'une vaccination, 100% de chaleur radiante c'est-à-dire une exposition brève et limitée à la chaleur, des nouveau-nés à terme semble efficace sur le niveau de douleur ressentie.

L'emballotement consiste à envelopper le nouveau-né dans un linge de manière à diminuer ses mouvements : le tenir dans les bras, le toucher, le positionner en flexion. L'étude de Prasopkittikun et Tilokskulchai a prouvé que toutes les interventions observées étaient efficaces pour alléger les scores de douleur des nouveau-nés. (20)

L'étude menée par Bo et Callaghan a étudié les effets de la musicothérapie, de la succion non nutritive et de ces deux méthodes associées versus l'absence d'intervention sur le comportement douloureux sur des nouveau-nés en réanimation lors d'un prélèvement sanguin par ponction au talon. Les 3 interventions réduisaient leur comportement douloureux. L'effet le plus important sur le comportement douloureux des nouveau-nés fut observé par la musicothérapie associée à la succion non nutritive. (21)

Le prélèvement sanguin chez le nouveau-né fait partie des compétences des sages-femmes. Comme décrit en introduction, les parents forment un environnement rassurant pour le nouveau-né. Or parmi les diverses méthodes de prise en charge de la douleur du nouveau-né illustrées, aucune n'a évalué, ni mentionné la présence parentale.



Dès lors, une problématique s'est imposée : Quelle est la place parentale qu'accordent les sages-femmes du Limousin, dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né en maternité lors d'un prélèvement sanguin programmé ?

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer la place parentale qu'accordent les sages-femmes du Limousin, dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né dans le cadre d'un prélèvement sanguin planifié et de décrire les caractéristiques communes des sages-femmes qui l'utilisent.

Plusieurs hypothèses ont pu être formulées :

- La majorité des sages-femmes du Limousin travaillant en unité mère-enfant utilisent d'autres méthodes de prise en charge de la douleur que la présence parentale, lors de prélèvements sanguins planifiés.
- Il existe des caractéristiques communes aux sages-femmes qui mettent en avant la présence parentale dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né.



Première partie : Matériel et Méthode



1. Type d'étude

L'étude menée était multicentrique, régionale, descriptive et transversale.

2. Elaboration du protocole

2.1 Population étudiée

La population cible était constituée par les sages-femmes du Limousin.

La population source était de façon exhaustive les sages-femmes du Limousin travaillant en unité mère-enfant.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Au niveau des établissements

Hôpitaux et cliniques de la région «Limousin»

- Hôpital mère enfant de Limoges : type 3
- Centre hospitalier de Guéret : type 2
- Centre hospitalier Dubois de Brive la Gaillarde : type 2
- Centre hospitalier de Tulle : type 2
- Centre hospitalier de Saint Junien : type 1
- Centre hospitalier d'Ussel : type 1
- Clinique des émailleurs à Limoges : type 1
- Clinique Saint Germain à Brive la Gaillarde : type 1

- Au niveau des sages-femmes

- Les sages-femmes ayant travaillé en unité mère-enfant au cours de la dernière année précédant l'enquête.
- Les sages-femmes ayant réalisé des prélèvements sanguins sur des nouveau-nés au cours de la dernière année précédant l'enquête.

2.3 Nombre de sujets

L'étude comportait un effectif de 141 sages-femmes qui travaillaient en unité mère-enfant et regroupant tous les hôpitaux et cliniques de la région Limousin.



2.4 Outil de recueil de données

L'outil d'enquête était un questionnaire (Annexe II) testé auprès de 10 étudiantes sages-femmes de 5^{ème} année pour en vérifier la compréhension et la cohérence.

Après accord des cadres des services de maternité de chaque hôpital ou clinique inclus, les questionnaires ont été distribués et rendus anonymes.

8 relances téléphoniques ont été effectuées de janvier 2015 à juin 2015. De plus, je me suis déplacée en personne pour les effectuer.

2.5 Variables

- Les variables quantitatives étudiées étaient :

Le sexe, l'âge, le nombre d'enfants, l'ancienneté professionnelle en années, la durée d'exercice et le nombre de prélèvements réalisés par garde en moyenne.

Ces différentes variables ont permis de décrire le profil de la population.

- Les variables qualitatives étudiées étaient :

La méthode utilisée en première intention lors d'un prélèvement sanguin planifié en unité mère enfant par les sages-femmes pour la prise en charge de la douleur du nouveau-né, leur lieu de travail actuel ainsi que le niveau d'hôpital, leur lieu de formation initiale, leur participation à une formation complémentaire et spécifique sur la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né, l'existence de protocoles concernant la prise en charge de la douleur du nouveau-né au sein du service, l'évocation de la place parentale dans les protocoles existants, le lieu de prélèvements sanguins, le matériel utilisé lors des prélèvements sanguins, la présence ou non d'un autre professionnel de santé, la proposition aux parents d'être présents lors de prélèvements sanguins planifiés chez des nouveau-nés, leur présence effective.

3. Exploitation des données

L'étude a été purement descriptive en raison des effectifs restreints. Les données ont été recueillies sur une grille de recueil établie sur un tableur Excel®.



Deuxième partie : Résultats



1. Taux de réponses

L'étude concernait 8 établissements. Parmi les 141 questionnaires distribués aux sages-femmes, 99 étaient exploitables sur 115 récupérés soit un taux de réponse de 70,21 %.

Tableau I : Répartition des questionnaires en fonction des différents établissements inclus.

| Etablissements | Effectif total | Questionnaires récupérés | Questionnaires inclus dans l'étude | Pourcentage |
|--------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|-------------|
| Clinique de Brive | 10 | 8 | 3 | 3,03% |
| Clinique des émailleurs | 20 | 13 | 11 | 11,11% |
| Hôpital de Brive | 14 | 10 | 10 | 10,10% |
| Hôpital de Guéret | 10 | 8 | 5 | 5,05% |
| Hôpital Mère-enfant de Limoges | 52 | 44 | 39 | 39,39% |
| Hôpital de Saint-Junien | 10 | 10 | 9 | 9,09% |
| Hôpital de Tulle | 14 | 11 | 11 | 11,11% |
| Hôpital d'Ussel | 11 | 11 | 11 | 11,11% |
| Total | 141 | 115 | 99 | 100,00% |

2. Description de la population

2.1 Sexe

La population se composait de 96 femmes soit 96,97 % et de 3 hommes soit 3,03 %.

2.2 Age

La majorité des sages-femmes avait entre 30 et 40 ans (39,39 %).

Tableau II : Répartition de l'âge dans la population étudiée

| Age (années) | <30 | [30-40[| [40-50[| [50-60[| >60 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------|
| Effectif (%) | 23 (23,23) | 39 (39,39) | 24 (24,24) | 13 (13,13) | 0 (0) |



2.3 Nombre d'enfants au foyer de la sage-femme

73,73 % des sages-femmes ont au moins un enfant : 38,38 % 2 enfants, 21,21 % avaient 1 enfant, 11,11 % avaient 3 enfants et 3,03 % avaient 4 enfants.

26,26 % des sages-femmes n'avaient aucun enfant.

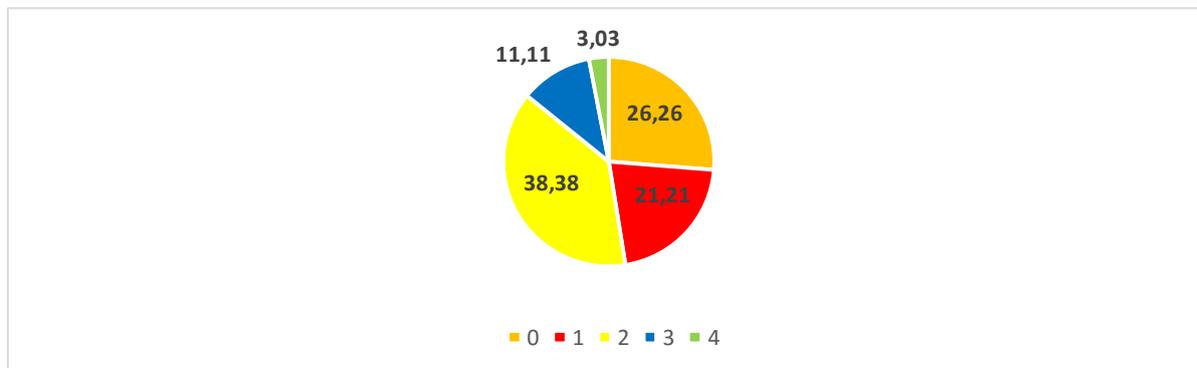


Figure 1 : Répartition du nombre d'enfants au foyer de la sage-femme dans la population étudiée

2.4 Année d'obtention du diplôme d'Etat

La majorité des sages-femmes a été diplômée entre 2000 et 2009 (34,34 %).

Tableau III : Répartition de l'année d'obtention du diplôme d'Etat dans la population étudiée

| Année d'obtention du diplôme d'état | <1980 | [1980-1990[| [1990-2000[| [2000-2010[| >2010 |
|-------------------------------------|--------|-------------|-------------|-------------|---------|
| Effectif | 2 | 15 | 26 | 34 | 22 |
| (%) | (2,02) | (15,15) | (26,26) | (34,34) | (22,22) |

2.5 Ancienneté professionnelle

44,44 % des sages-femmes avaient moins de 10 ans d'ancienneté professionnelle, 30,30 % avaient entre 11 et 20 ans d'ancienneté, 20,20 % avaient entre 21 et 30 ans et 5,05 % des sages-femmes avaient plus de 30 ans d'ancienneté professionnelle.

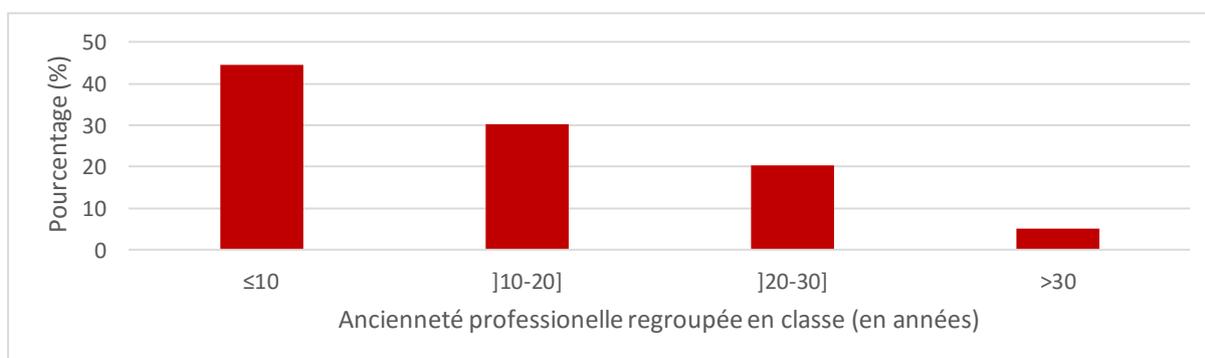


Figure 2 : Répartition de l'ancienneté professionnelle dans la population étudiée

2.6 Typologie de maternité dans laquelle les sages-femmes sont salariées

39,39 % des sages-femmes travaillaient dans une maternité de niveau 3 (N3), 34,34% des sages-femmes dans un niveau 1 (N1) et 26,26 % des sages-femmes étudiées travaillaient dans un niveau 2 (N2).

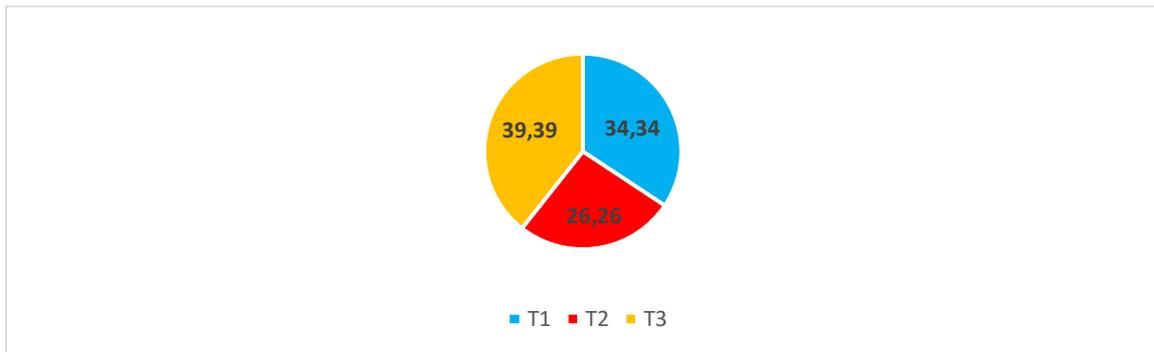


Figure 3 : Répartition du type d'établissement représenté par le lieu de travail actuel des sages-femmes dans la population étudiée

3. Etats des lieux des pratiques des sages-femmes du Limousin

L'étude a mis en évidence que la majorité des sages-femmes (69,70 %) du Limousin effectuait en moyenne, moins de 3 prélèvements sanguins chez le nouveau-né par garde. Ils sont effectués par la majorité des sages-femmes (79,80 %) en salle de soins, à l'aide d'une aiguille (81,82 %). De plus, 45,45 % des sages-femmes les ont exécutés en présence d'un ou des parents. 44,44 % de cette population ont décrit qu'elles faisaient le geste seules. 47,47 % des sages-femmes interrogées ont proposé systématiquement aux parents d'être présents lors du prélèvement sanguin chez le nouveau-né.

Parmi les sages-femmes du Limousin, 61,62 % n'ont participé à aucune formation complémentaire et spécifique concernant la prise en charge de la douleur du nouveau-né.

Seuls les hôpitaux de Saint-Junien, d'Ussel et mère-enfant de Limoges avaient un protocole concernant la prise en charge de la douleur du nouveau-né. Aucun ne mentionnait la présence parentale.

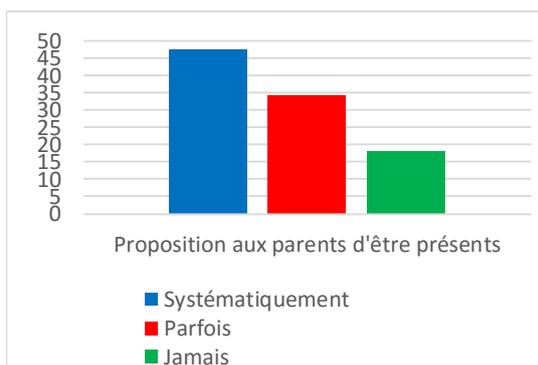


Figure 4 : Fréquence de la proposition des sages-femmes du Limousin aux parents d'être présents lors d'un prélèvement sanguin effectué chez le

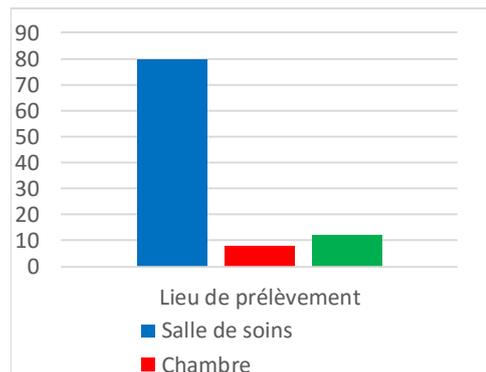


Figure 5 : Répartition du lieu de prélèvements sanguins effectués chez le nouveau-né

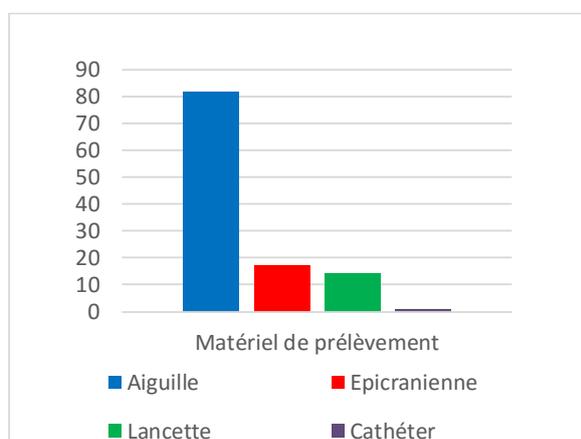


Figure 6 : Matériel utilisé lors de prélèvements sanguins effectués chez le nouveau-né par les sages-femmes du Limousin

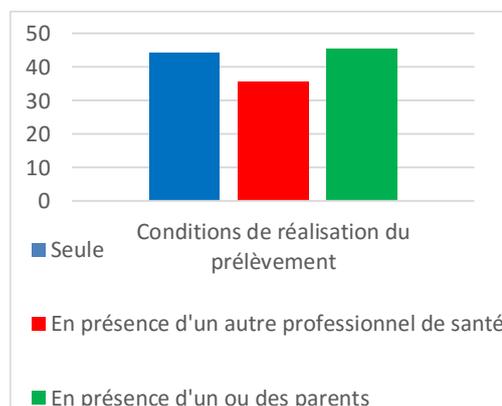


Figure 7 : Réalisation du prélèvement de façon assistée ou non par les sages-femmes du Limousin

4. Résultats en lien avec les hypothèses

4.1 Méthodes utilisées dans la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né lors d'un prélèvement sanguin planifié

Les méthodes utilisées par la majorité des sages-femmes du Limousin pour la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né, étaient en première intention : la succion d'une tétine pendant le prélèvement sanguin planifié (62,63 %), mais également la mise au sein ou la prise d'un biberon en amont (56,57 %) de même que l'utilisation d'une solution sucrée en amont du geste (56,57 %)



Tableau IV : Répartition des différentes méthodes de prise en charge de la douleur du nouveau-né utilisées lors d'un prélèvement sanguin planifié dans la population des sages-femmes étudiées

| <u>Méthode utilisée lors d'un prélèvement sanguin planifié sur un nouveau-né dans la prise en charge de la douleur</u> | <u>Nombre (Pourcentage)</u> |
|---|------------------------------------|
| Mise au sein- Prise d'un biberon en amont | 56 (56,57) |
| Mise au sein – Prise d'un biberon pendant | 16 (16,16) |
| Présence parentale simple | 38 (38,38) |
| Présence parentale dans les bras | 6 (6,06) |
| Présence parentale en peau à peau | 1 (1,01) |
| Présence parentale autre | 5 (5,05) |
| Succion d'une tétine en amont | 9 (9,09) |
| Succion d'une tétine pendant | 62 (62,63) |
| Solution sucrée en amont | 56 (56,57) |
| Solution sucrée pendant | 37 (37,37) |
| Dose de paracétamol en amont | 0 (0) |
| Dose de paracétamol pendant | 0 (0) |
| Contact peau à peau avec une personne autre que les parents en amont | 2 (2,02) |
| Contact en peau à peau avec une personne autre que les parents pendant | 4 (4,04) |
| Utilisation EMLA | 1 (1,01) |
| Autre : Paroles | 1 (1,01) |

4.2 Caractéristiques communes des sages-femmes utilisant la présence parentale en première intention

4.2.1 Age

42,22 % des sages-femmes utilisant la présence parentale en première intention avaient entre 30 et 39 ans (42,22 %).



Tableau V : Répartition de l'âge dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né

| Age (années) | <30 | [30-40[| [40-50[| [50-60[| >60 |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|-----|
| Effectif | 12 | 19 | 10 | 4 | 0 |
| (%) | (26,67) | (42,22) | (22,22) | (8,89) | (0) |

4.2.2 Nombre d'enfants au foyer de la sage-femme

Dans ce groupe de sages-femmes spécifiques, 68,99 % avait au moins un enfant :

22,22 % avaient 1 enfant, 37,78 % avaient 2 enfants, 6,67 % en avaient 3 et 2,22 % avaient 4 enfants.

31,11 % des sages-femmes utilisant la présence parentale n'avaient aucun enfant.

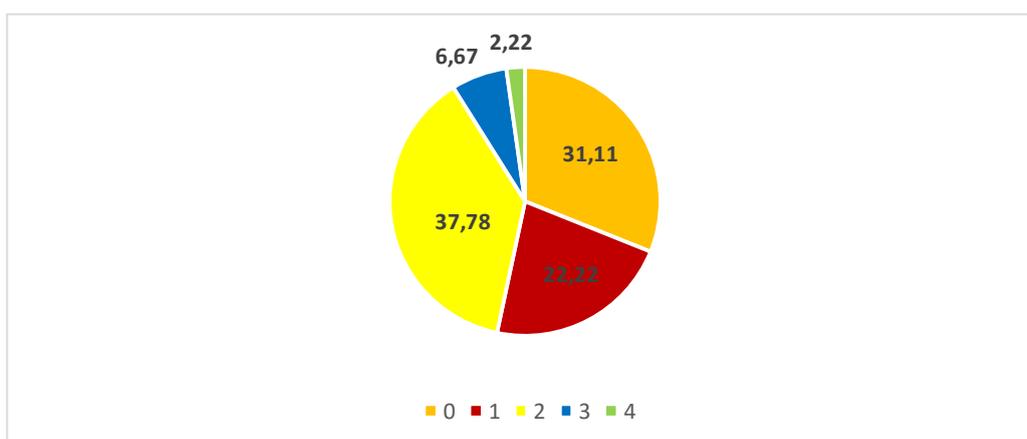


Figure 8 : Répartition du nombre d'enfants au foyer de la sage-femme dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né

4.2.3 Année d'obtention du diplôme d'Etat

Dans ce groupe, 35,55 % ont obtenu leur diplôme d'Etat entre 2000 et 2009.

Tableau VI : Répartition de l'année d'obtention du diplôme d'Etat dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né

| Année d'obtention du diplôme d'Etat | <1980 | [1980-1990[| [1990-2000[| [2000-2010[| >2010 |
|-------------------------------------|--------|-------------|-------------|-------------|---------|
| Effectif | 1 | 3 | 12 | 16 | 13 |
| (%) | (2,22) | (6,67) | (26,67) | (35,55) | (28,89) |



4.2.4 Ancienneté professionnelle

La majorité des sages-femmes (51,11 %) avait moins de 10 ans d'ancienneté professionnelle.

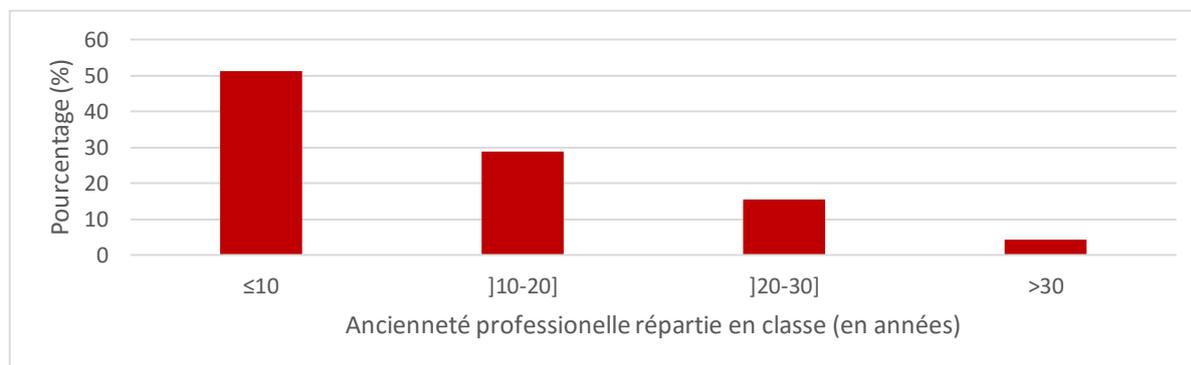


Figure 9 : Répartition de l'ancienneté professionnelle dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né

4.2.5 Type d'établissement dans lequel les sages-femmes sont salariées

57,69 % de ces sages-femmes travaillent dans un établissement de type 2 (T2), 48,72 % dans un établissement de type 3 (T3) et 32,35 % dans un établissement de type 1 (T1).

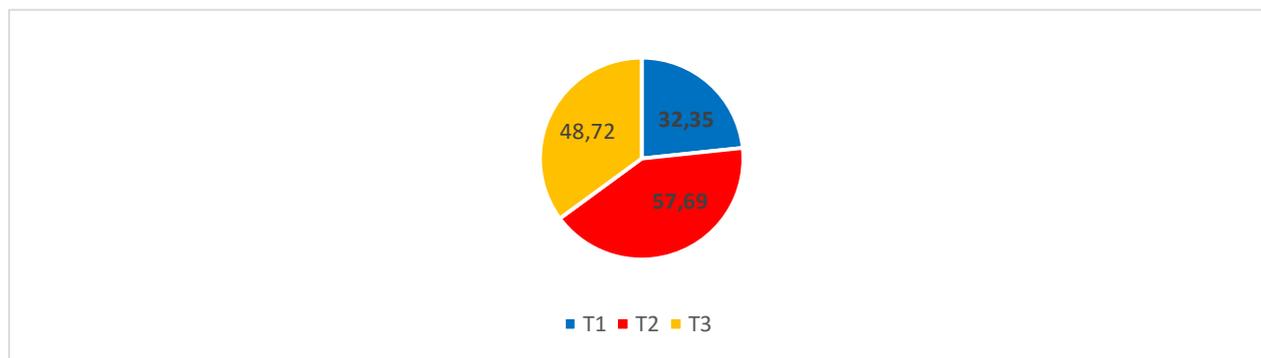


Figure 10 : Répartition du type d'établissement dans lequel les sages-femmes sont salariées dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né

4.2.6 Participation à une formation complémentaire et spécifique sur la prise en charge de la douleur du nouveau-né

Parmi les sages-femmes utilisant la présence parentale en première intention, 57,78 % n'ont participé à aucune formation complémentaire et spécifique sur le prise en charge de la douleur chez le nouveau-né contre 42,22 % ayant participé à ce type de formation.



4.2.7 Nombre de prélèvements sanguins effectués en moyenne par garde

Dans cette population spécifique, 71,11 % des sages-femmes ont effectué moins de 3 prélèvements en moyenne par garde, 26,67 % en ont effectué entre 3 et 5 et 2,22 % ont effectué ≥ 6 prélèvements en moyenne par garde chez le nouveau-né.

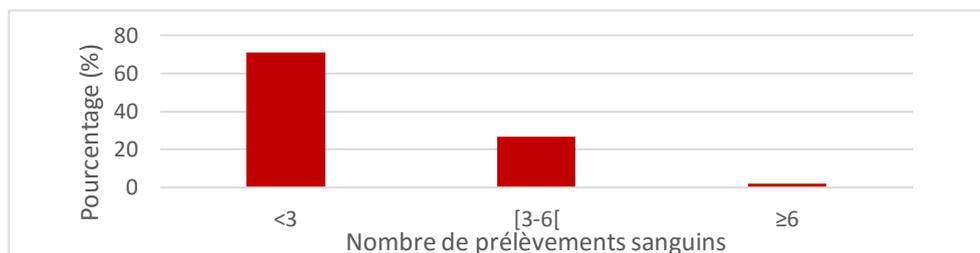


Figure 11 : Nombre de prélèvements sanguins effectués par garde en moyenne chez le nouveau-né dans la population spécifique des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié.

4.2.8 Autres méthodes utilisées dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né en complément de la présence parentale

Parmi les sages-femmes utilisant la présence parentale, 62,22 % (soit 28 sages-femmes) effectuent le geste après la mise au sein ou la prise d'un biberon et 24,44 % (soit 11 sages-femmes) l'effectuent pendant la tétée.

73,33 % administrent une solution sucrée en amont du geste et 86,67 % utilisent la succion d'une tétine pendant le prélèvement.



Tableau VII : Autres méthodes de prise en charge de la douleur en fonction des « sages-femmes utilisant la présence parentale en première intention » lors d'un prélèvement sanguin planifié chez un nouveau-né.

| Méthode utilisée lors d'un prélèvement sanguin planifié sur un nouveau-né dans la prise en charge de la douleur | Nombre (Pourcentage) |
|--|-----------------------------|
| Mise au sein- Prise d'un biberon en amont | 28 (62,22) |
| Mise au sein – Prise d'un biberon pendant | 11 (24,44) |
| Succion d'une tétine en amont | 5 (11,11) |
| Succion d'une tétine pendant | 39 (86,67) |
| Solution sucrée en amont | 33 (73,33) |
| Solution sucrée pendant | 19 (42,22) |
| Contact peau à peau avec une personne autre que les parents en amont | 1 (2,22) |
| Contact en peau à peau avec une personne autre que les parents pendant | 3 (6,67) |
| Autre : Paroles | 1 (2,22) |



Troisième partie : Discussion et Analyse des résultats



1. Méthodes utilisées pour la prise en charge de la douleur lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né

1.1 La présence parentale simple

38,38 % des sages-femmes du Limousin utilisent la présence parentale simple en première intention pour la prise en charge de la douleur du nouveau-né, au cours d'un prélèvement sanguin planifié. Ce résultat est important à prendre en compte puisqu'en effet, pendant 9 mois, au cours de la grossesse, le fœtus ressent les battements du cœur, la respiration, la voix de sa mère qui le porte mais également du père. Une relation toute particulière se met en place avant même la naissance entre les parents et leur enfant. Ainsi les parents sont les mieux placés à la naissance, pour rassurer, reconforter l'enfant.

La présence des parents dans la prise en charge de la douleur n'est peut être pas un réel moyen antalgique mais plutôt une méthode de reconfort pour le nouveau-né. Les véritables gestes antalgiques restent la succion, qu'elle soit nutritive ou non, et la solution sucrée. C'est pourquoi la présence parentale peut être utilisée en complément de ces moyens.

De plus, au cours de l'enquête, les sages-femmes étaient interrogées sur la proposition de la présence parentale au moment des prélèvements chez le nouveau-né et de justifier en cas de non proposition systématique. Leurs réponses montraient que 47,47 % d'entre elles le faisaient systématiquement, ce qui est un résultat satisfaisant. Cependant certaines sages-femmes ont montré un rejet du sujet traité en manifestant une incompréhension et une incohérence du sujet. Pour elles, les parents n'ont pas d'influence sur la douleur du nouveau-né et n'ont pas leur place lors de prélèvements sanguins.

Or, la qualité du lien sensoriel établi entre une mère et son enfant est cruciale pour le bien être du nouveau-né. Cette relation doit se développer le plus précocement possible dès la naissance, il convient donc pour les soignants de tout mettre en oeuvre pour la favoriser.

De nos jours, les patientes souhaitent souvent des méthodes plus naturelles, comme en salle de naissance avec le développement des salles «naturelles», avec un accompagnement moins médicalisé. Alors pourquoi ne pas débiter la prise en charge de la douleur du nouveau-né par la présence reconfortante des parents ?

1.2 La succion d'une tétine ou succion non nutritive

Les sages-femmes du Limousin travaillant en unité mère-enfant utilisent à 62,63 % la succion d'une tétine pendant le prélèvement sanguin.



Ce résultat est satisfaisant mais devrait être amélioré puisqu'une étude menée par Carbajal et ses collaborateurs (10) lors de la réalisation de ponctions veineuses chez des nouveau-nés à terme, a prouvé l'effet antalgique de la succion d'une tétine au cours de ce geste.

De plus l'effet de cette méthode était comparable à l'administration d'une solution sucrée en amont du geste.

1.3 L'utilisation de solutions sucrées

La synthèse des différentes publications de la Cochrane collection de 2013 (9) a montré que le saccharose était un moyen efficace pour réduire la douleur du nouveau-né. De même les études de Carbajal (10) (12), de Skogsdal (11) et de Gradin (13) ont prouvé que le glucose avait un effet antalgique.

Or, seulement 56,57 % des sages-femmes du Limousin utilisent des solutions sucrées en amont d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né, ce qui peut paraître insuffisant tandis que l'efficacité de cette méthode a été prouvée.

Est-ce un problème de connaissances des sages-femmes ou l'organisation en amont du prélèvement qui constitue selon elles un frein à son utilisation ?

De plus, Biran (8) a réalisé une étude qui a conclu que l'association saccharose-crème EMLA avait un effet sur la douleur plus important que le saccharose seul. Néanmoins, les sages-femmes du Limousin ne sont que 1,01 % à utiliser la crème EMLA lors d'un prélèvement sanguin chez le nouveau-né.

On pourrait alors se demander pourquoi ne pas utiliser l'association d'une solution sucrée avec la crème EMLA ? De plus, l'étude se base sur des prélèvements sanguins planifiés, en dehors de l'urgence, donc il serait possible d'utiliser la crème EMLA qui nécessite une pose 1 h avant le geste. Cependant, elle provoque une vasoconstriction, et les veines sont moins visibles, ce qui est un facteur réducteur quant à son utilisation. En outre, c'est un moyen antalgique onéreux, l'aspect économique est donc à prendre en compte. Cette méthode pourrait cependant être réservée à des situations particulières telles que des bilans répétés.

1.4 La mise au sein ou la prise d'un biberon en amont

56,57 % des sages-femmes du Limousin effectuent les prélèvements sanguins planifiés chez le nouveau-né après la mise au sein ou la prise d'un biberon.



Ce taux peut paraître également peu satisfaisant alors que H. Delgado (6) a réalisé une étude qui a montré que la majorité des nouveau-nés ayant une mise au sein en amont du geste avait une attitude plus détendue au cours de la ponction veineuse du fait que lors d'une tétée, la succion stimule des récepteurs oro-gustatifs entraînant une libération de morphine endogène. Grays et ses associés (4) ont prouvé qu'un nouveau-né allaité au cours d'un prélèvement sanguin avait un score de douleur diminué par rapport à un nouveau-né non allaité. La mise au sein ou la prise d'un biberon se fait en peau à peau ou du moins contre la mère. De plus, la succion entraîne une libération de morphine endogène et ainsi une douleur atténuée. Il s'agit donc d'un procédé relativement efficace.

On peut constater que seulement 16,16 % des sages-femmes du Limousin effectuent le prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né pendant une mise au sein ou la prise d'un biberon. Ce pourcentage peu élevé peut s'expliquer par le fait que si l'enfant est au sein ou prend un biberon pendant le geste, certaines sages-femmes peuvent penser que le prélèvement doit s'effectuer obligatoirement en chambre. Ainsi, pour elles, la chambre n'est pas un lieu pour effectuer ce soin. De nombreuses remarques décrites par les sages-femmes prouvent que la chambre n'est pas, selon elles, adaptée pour un soin. Elles évoquent notamment un manque d'organisation car le matériel n'est pas à disposition, des difficultés du fait de la position que la sage-femme doit prendre pour effectuer le geste, une luminosité qui n'est pas optimale, une concentration qui n'est pas idéale car les visites peuvent rentrer dans la chambre de façon imprévue. Le fait d'effectuer une ponction veineuse en chambre peut entraîner chez le soignant, plus d'appréhension, plus de stress puisque les parents sont obligatoirement présents.

Cette méthode pourrait toutefois s'effectuer en salle de soins accompagnée de la mère. Mais ce moyen pourrait entraîner également des difficultés d'un point de vue ergonomique. Il est vrai qu'effectuer une ponction veineuse chez le nouveau-né lors de la tétée (au sein ou au biberon) requiert une bonne dextérité.

Les sages-femmes du Limousin prennent en considération la douleur du nouveau-né en mettant en place des méthodes de prise en charge pour atténuer celle-ci au cours de prélèvements sanguins planifiés. La majorité des méthodes utilisées sont des moyens antalgiques prouvés par des études. Ainsi, l'hypothèse de départ selon laquelle les sages-femmes du Limousin utilisent, en première intention, d'autres méthodes de prise en charge de la douleur que la présence parentale, lors de prélèvements sanguins planifiés a été validée.



2. Caractéristiques communes des sages-femmes utilisant la présence parentale en première intention lors d'un prélèvement sanguin planifié

2.1 Age, ancienneté professionnelle, année d'obtention du diplôme d'Etat

Les sages-femmes utilisant la présence parentale avaient entre 30 et 39 ans (42,22 %), obtenu leur diplôme d'Etat entre 2000 et 2009 (35,55 %), et une ancienneté professionnelle de moins de 10 ans (51,11 %).

En France, à la fin des années 1990, l'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes malades devient un axe prioritaire dans la politique de santé. Des plans de lutte contre la douleur sont alors mis en place. Dans cet objectif, le Comité de Lutte contre la Douleur a été créé (CLUD). Un CLUD est obligatoire dans les établissements publics de santé et devient une sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement. (22)

Le CLUD a pour mission d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine.

Depuis la fin des années 1980, on sait que le nouveau-né ressent la douleur ; son système nerveux, en plein développement est capable de percevoir des stimulations douloureuses.

On peut alors penser que la mise en place des CLUD et la découverte récente de la douleur du nouveau-né ont permis la sensibilisation des sages-femmes notamment par des cours pendant les études de sages-femmes mais également par des formations à l'hôpital une fois diplômées. Ces éléments peuvent expliquer le profil des sages-femmes utilisant la présence parentale dégagé par l'étude.

2.2 Participation à une formation complémentaire et spécifique

Paradoxalement, 57,78 % des sages-femmes utilisant la présence parentale n'ont participé à aucune formation complémentaire et spécifique. On aurait pu penser qu'il existait une relation entre la participation des sages-femmes à une formation complémentaire sur la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né depuis moins de 10 ans et la présence parentale.

J'ai moi-même participé à une formation concernant la prise en charge de la douleur du nouveau-né dans le cadre du développement professionnel continu à l'hôpital mère-enfant de Limoges en mai 2015. J'ai pu constater qu'aucune sage-femme n'était présente ; de plus la notion de la présence des parents au cours d'un geste invasif n'a pas été abordée.



On peut alors se demander si les 42,22 % de sages-femmes qui ont bénéficié de ce type de formation ont été sensibilisées à l'intérêt de la présence parentale à cette occasion ou par d'autres sources.

2.3 Nombre d'enfants au foyer de la sage-femme

L'étude montre que 68,89 % des sages-femmes utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né ont au moins un enfant. Il est possible que les autoréférences de la sage-femme soient prégnantes. S'identifiant à la mère, elle se comporte comme elle aimerait que la personne agisse avec leur propre enfant. De plus, leur expérience maternelle favorise peut être leur plus grande implication des parents dans la mesure où elles savent qu'un parent a souvent la bonne attitude et les mots justes pour consoler son enfant.

2.4 Nombre de prélèvements sanguins effectués en moyenne, par garde

71,11 % des sages-femmes qui utilisent la présence parentale effectuent moins de 3 prélèvements en moyenne par garde. On aurait pu penser que ces sages-femmes avaient un nombre supérieur (> 6) de prélèvements à leur actif ce qui augmenterait leur maîtrise du geste et donc leur enclin à favoriser la présence des parents.

En effet, le prélèvement sanguin du nouveau-né n'est pas toujours aisé et nécessite une certaine expertise souvent en lien avec le nombre de prélèvements réalisés.

En outre, la présence parentale peut augmenter le stress lié à la difficulté de la ponction.

Il est possible, en revanche, que le temps nécessaire à la préparation, aux explications du geste aux parents, à l'adaptation de la professionnelle aux attentes des parents, explique que ce ne sont pas les professionnelles qui réalisent le plus grand nombre de prélèvements qui favorisent la présence parentale, le facteur temps nécessaire étant réducteur dans ce cas.

2.5 Type d'établissement

On s'intéresse au pourcentage de sages-femmes utilisant la présence parentale par rapport au nombre de sages-femmes inclus dans l'étude pour chaque type d'établissement.

On peut constater que 57,69 % des sages-femmes utilisant la présence parentale travaillent dans une maternité de type 2.



Ce résultat peut être expliqué par le fait qu'une maternité de type 2 a une activité moindre par rapport à un établissement de type 3, on peut donc penser que la sage-femme a plus de temps pour expliquer et mettre en avant la place des parents. De plus, une maternité de type 2 a moins de pathologie, plus de physiologie et donc plus d'utilisation de méthodes dites « naturelles » c'est-à-dire débiter la prise en charge de la douleur du nouveau-né par la présence parentale lors du prélèvement sanguin.

En conclusion, le profil de la sage-femme utilisant la présence parentale lors d'un prélèvement sanguin planifié pour la prise en charge de la douleur du nouveau-né.

- Un âge entre 30 et 39 ans
- Une obtention du diplôme d'Etat entre 2000 et 2009
- Moins de 10 ans d'ancienneté professionnelle
- Qui a au moins un enfant
- Qui travaille dans une maternité de niveau 2

3. Les forces et faiblesses de l'étude

3.1 Les forces de l'étude

L'étude réalise un état des lieux sur les pratiques des sages-femmes dans le Limousin concernant la prise en charge de la douleur du nouveau-né et plus particulièrement la place des parents

De nombreuses études ont été faites sur la prise en charge de la douleur du nouveau-né avec notamment les différentes méthodes qu'elles soient médicamenteuses ou non mais aucune ne mentionnait la présence parentale ; c'est donc un sujet innovant.

Un taux de réponse de 70,21 % a été obtenu avec le regroupement de tous les hôpitaux et cliniques du Limousin c'est pourquoi on peut conclure que l'étude est représentative de la région Limousin. L'importance de ce pourcentage peut s'expliquer par le fait que le sujet n'ayant jamais été traité auparavant, a présenté un intérêt et a éveillé la curiosité auprès des sages-femmes.

De plus, les deux hypothèses de départ ont été validées.



3.2 Les faiblesses de l'étude

Bien que le taux de réponses était satisfaisant, les 30 % de non retour en lien avec un manque de retour de questionnaires exploitables ont pu biaiser l'étude.

L'effectif insuffisant de cette population a entraîné un manque de puissance de l'étude, une impossibilité de réaliser des tests statistiques, d'où une analyse descriptive uniquement.

Les sages-femmes étudiées se limitaient à la région Limousin, ce qui de ce fait a entraîné un biais de sélection.

Un effet de soumission de groupe a pu être observé c'est-à-dire qu'une sage-femme a pu être influencée par les réponses des autres sages-femmes si elles en ont discuté.

L'étude a pu mettre en évidence un biais méthodologique dû à des questions ouvertes qui ont conduit à une non réponse ou au choix d'une autre réponse pour ne pas avoir à justifier celle-ci.

Le questionnaire aurait pu être amélioré notamment en rajoutant un item pour questionner les sages-femmes sur l'endroit où était effectué le prélèvement sanguin sur le nouveau-né (talon, main...).

Mais aussi, l'item concernant la participation à une formation complémentaire et spécifique aurait pu être modifié en demandant aux sages-femmes qui avaient participé à ce type de formation si au cours de cette dernière, la présence des parents avait été abordée.

De plus, l'item «méthode utilisée en première intention pour la prise en charge de la douleur» a été mal compris par l'ensemble des sages-femmes ayant répondu au questionnaire, puisqu'en demandant en première intention, la réponse attendue était la méthode privilégiée et non l'ensemble des méthodes utilisées par les sages-femmes.

4. Proposition d'actions

Au terme de ce travail, des éléments d'action peuvent être mis en place pour améliorer la présence parentale dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né.

Tout d'abord, l'action prioritaire est la diffusion des résultats de cette étude auprès des équipes de maternité de la région Limousin afin de permettre une prise de conscience de la part des sages-femmes du rôle initial des parents : le réconfort.

Ainsi, grâce à la réalisation de la précédente étape, la place majeure des parents dans la prise en charge de la douleur pourra être abordée et développée, lors des formations proposées aux professionnels dans le cadre du développement professionnel continu.



Il peut être pertinent de proposer des groupes de travail au sein des équipes pour permettre aux sages-femmes de s'interroger sur leur pratique. De plus, ces ateliers pourraient être le cadre idéal pour élaborer des protocoles pour les hôpitaux qui n'en ont pas ou parfaire et actualiser ceux qui existent déjà.

En outre, l'étude a permis de faire un état des lieux des pratiques des sages-femmes du Limousin concernant la prise en charge de la douleur du nouveau-né et plus particulièrement la présence parentale au cours des prélèvements sanguins planifiés.

Il serait intéressant d'étendre cette étude sur toute la France, afin de comparer les différentes pratiques, notamment par une étude exposée - non exposée mais également pour obtenir une population plus importante et de ce fait, pour pouvoir effectuer des tests statistiques et pas uniquement une étude descriptive.



Conclusion

La prise en charge de la douleur chez le nouveau-né, lors de prélèvements sanguins systématiques consiste, le plus souvent, en l'apport per os de solution glucosée exclusivement.

De plus, lors de la réalisation de ces actes, les enfants sont seuls, non accompagnés de leurs parents malgré la programmation de tels bilans.

Ainsi, les objectifs de l'étude étaient d'évaluer la place parentale qu'accordent les sages-femmes du Limousin dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né dans le cadre d'un prélèvement sanguin planifié et de décrire les caractéristiques communes aux sages-femmes qui l'utilisent.

La majorité des sages-femmes du Limousin prennent en considération la douleur chez le nouveau-né en utilisant des méthodes dont leur efficacité a été prouvée par des nombreuses études.

Cependant peu d'entre elles (38,38 %), ont recours à la présence parentale, qui constitue la méthode de réconfort de première intention pour le nouveau-né.

De plus, un profil type de sage-femme utilisant la présence parentale a pu être dégagé.

Les actions envisagées pour améliorer le pourcentage de sages-femmes utilisant la présence parentale peuvent être, tout d'abord, la diffusion des résultats de ce travail au sein des équipes de maternités du Limousin. De plus, lors des formations concernant la prise en charge de la douleur du nouveau-né, la mise en avant de la place majeure des parents pour le réconfort du nouveau-né devrait être abordée et développée. La mise en place de groupes de travail au sein des équipes permettrait aux sages-femmes de discuter leurs pratiques mais également de prendre conscience de la nécessité de la présence des parents au cours d'un prélèvement sanguin chez le nouveau-né.

L'étude a concerné un effectif de 99 sages-femmes du Limousin mais elle pourrait être élargie à d'autres régions voire sur toute la France afin d'obtenir une parfaite représentation des pratiques des sages-femmes en termes de prise en charge de la douleur du nouveau-né.



Références bibliographiques

1. Orliaguet. La psychologie de la grossesse et du post-partum. Ecole de sage-femme de Limoges ; 2013.
2. Association sparadrap, Galland F., Herrenschmidt S. Informer les parents sur les douleurs provoquées chez le jeune enfant [Internet]. [Cité 9 sept 2014]. Disponible sur : <<http://www.cairn.info/revue-spirale-2007-2-page-120.htm>>
3. Thon S. La douleur du nouveau-né. Ecole de sage-femme de Limoges ; 2013.
4. Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*. Apr 2002 ; 109(4):590-3.
5. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ*. 4 Jan 2003 ; 326(7379):13.
6. Delgado H. Effet analgésique de l'allaitement maternel ; 2007.
7. Gourrier E. utilisation de l'EMLA chez le nouveau-né [Internet]. Centre national de ressources de lutte contre la douleur. 2004 [cité 29 mai 2014]. Disponible sur : <<http://www.cnrd.fr/Utilisation-de-l-EMLA-R-chez-le.html>>
8. Biran V, Gourrier E, Cimerman P, Walter-Nicolet E, Mitanchez D, Carbajal R. Analgesic Effects of EMLA Cream and Oral Sucrose During Venipuncture in Preterm Infants. *Pediatrics*. 1 Jul 2011 ; 128(1):e63-70.
9. Stevens B, Yamada J, Lee GY, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 ; 1:CD001069.
10. Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, Olivier-Martin M. Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. *BMJ*. 27 Nov 1999 ; 319(7222):1393-7.
11. Skogsdal Y, Eriksson M, Schollin J. Analgesia in newborns given oral glucose. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. Feb 1997 ; 86(2):217-20.
12. Carbajal R, Lenclen R, Gajdos V, Jugie M, Paupe A. Crossover trial of analgesic efficacy of glucose and pacifier in very preterm neonates during subcutaneous injections. *Pediatrics*. Aug 2002 ; 110(2 Pt 1):389-93.
13. Gradin M, Eriksson M, Holmqvist G, Holstein A, Schollin J. Pain reduction at venipuncture in newborns: oral glucose compared with local anesthetic cream. *Pediatrics*. Dec 2002 ; 110(6):1053-7.
14. Campos RG. Rocking and pacifiers: two comforting interventions for heelstick pain. *Res Nurs Health*. Oct 1994 ; 17(5):321-31.



15. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 ; (1):CD001069.
16. Cignacco E, Hamers JPH, Stoffel L, van Lingen RA, Gessler P, McDougall J, et al. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *Eur J Pain Lond Engl.* Feb 2007 ; 11(2):139-52.
17. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics.* Jan 2000 ; 105(1):e14.
18. Bellieni CV, Bagnoli F, Perrone S, Nenci A, Cordelli DM, Fusi M, et al. Effect of multisensory stimulation on analgesia in term neonates: a randomized controlled trial. *Pediatr Res.* Apr 2002 ; 51(4):460-3.
19. Gray L, Lang CW, Porges SW. Warmth is analgesic in healthy newborns. *Pain.* Mayi 2012 ; 153(5):960-6.
20. Annequin D. *La douleur chez l'enfant* (2e ed.). Lavoisier. Sep 2011 ; 179 p.
21. Soothing pain-elicited distress in Chinese neonates. - PubMed [Internet]. [Cité 17 sept 2015]. Disponible sur: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10742370>>
22. Cadre législatif douleur - Douleur - Institut Upsa de la Douleur [Internet]. [Cité 1 mars 2016]. Disponible sur : <<http://www.institut-upsa-douleur.org/pro/cadre-legislatif>>



Annexes

| | |
|--|----|
| Annexe I : L'échelle de la douleur aigüe du nouveau-né (1) | 38 |
| Annexe II : Questionnaire permettant la réalisation de mon étude | 39 |



Annexe I : L'échelle de la douleur aigüe du nouveau-né (1)

| REPONSES FACIALES | Score |
|---|-------|
| Calme | 0 |
| Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux | 1 |
| Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : Contraction des paupières, froncement des sourcils, ou accentuation des sillons naso-labiaux : | |
| Légers, intermittents avec retour au calme | 2 |
| Modérés | 3 |
| Très marqués, permanents | 4 |
| MOUVEMENTS DES MEMBRES | |
| Calmes ou mouvements doux | 0 |
| Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait. | |
| Légers, intermittents avec retour au calme | 1 |
| Modérés | 2 |
| Très marqués, permanents | 3 |
| EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR | |
| Absence de plainte | 0 |
| Gémit brièvement. Pour l'enfant intubé, semble inquiet | 1 |
| Cris intermittents. Pour l'enfant intubé, mimique de cris intermittents | 2 |
| Cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé, mimique de cris constants | 3 |
| TOTAL | |



Annexe II : Questionnaire permettant la réalisation de mon étude

Bonjour,

Je suis Chloé MOREUX, étudiante sage-femme en 4^{ème} année.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études sur la prise en charge de la douleur du nouveau-né lors d'un prélèvement sanguin planifié en Limousin, j'aurais besoin de votre participation à un questionnaire. Ce dernier est anonyme.

Je vous remercie d'avance pour le moment que vous m'accorderez. Vous pourrez ensuite placer ce questionnaire dans la pochette prévue à cet effet.

Cordialement.

1/ Etes-vous :

- Un homme
- Une femme

2/ Quel âge avez-vous ?

3/ Combien d'enfant(s) avez-vous ?

4/ En quelle année avez-vous obtenu le diplôme d'Etat de Sage-femme ?

5/ Depuis combien d'années exercez-vous ce métier ?

6/ Quel est le lieu où vous avez effectué votre formation initiale ?

7/ Dans quel hôpital ou clinique exercez-vous actuellement ?

8/ De quel type s'agit-il ?

- Type 1
- Type 2
- Type 3



9/ Avez-vous travaillé en unité mère-enfant au cours de la dernière année ?

- Oui
- Non

10/ Avez-vous effectué des prélèvements sanguins, en dehors d'un contexte d'urgence, sur des nouveau-nés, au cours de la dernière année ?

- Oui
- Non, passez directement au remplissage des questions 17 et 18

11/ Combien de prélèvements sanguins sur des nouveau-nés effectuez-vous par garde en moyenne ?

- < 3
- [3 – 6 [
- ≥ 6

12/ Dans le cadre d'un prélèvement sanguin planifié, qu'utilisez-vous en première intention pour la prise en charge de la douleur du nouveau-né ?

- La mise au sein ou la prise d'un biberon
 - En amont
 - Pendant
 - Après

- La présence parentale
 - Présence simple
 - Dans les bras
 - En peau à peau
 - Autre

- La succion d'une tétine
 - En amont
 - Pendant



- Après

- Une solution sucrée per os
 - En amont
 - Pendant
 - Après

- Une dose de paracétamol
 - En amont
 - Pendant
 - Après

- Un contact peau à peau avec une personne autre que les parents
 - En amont
 - Pendant
 - Après

- Une utilisation d'EMLA®

- Autre :

13/ Effectuez-vous les prélèvements :

- Dans la chambre
- En salle de soins

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

14/ Effectuez-vous les prélèvements :

- Seule
- En présence d'un autre professionnel de santé
- En présence d'un ou des parents

15/ Quel matériel utilisez-vous le plus souvent ?

- Cathéter
- Aiguilles
- Lancettes
- Epicrânienne

16/ Depuis 10 ans, avez-vous participé à au moins une formation complémentaire et spécifique sur la prise en charge de la douleur du nouveau-né ?

- Oui
- Non

17/ Au sein de l'établissement où vous travaillez, existe-il un protocole concernant la prise en charge de la douleur du nouveau-né lors d'un prélèvement sanguin planifié ?

- Oui
- Non

18/ S'il existe un protocole comme décrit précédemment, évoque-t-il la présence parentale ?

- Oui
- Non



19/ Lors d'un prélèvement sanguin planifié chez le nouveau-né, proposez-vous aux parents d'être présents ?

- Systématiquement
- Parfois
- Jamais

20/ Si vous ne proposez pas systématiquement aux parents d'être présents, merci d'argumenter

.....

.....

.....

.....

.....

Je vous remercie du temps consacré à mon étude.



La place parentale dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né

43 pages

Mémoire de fin d'études – Ecole de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire 2015-2016

RESUME :

Malgré la connaissance depuis les années 1980 de la douleur du nouveau-né et du rôle réconfortant des parents, leur présence au cours d'un prélèvement sanguin chez celui-ci reste insuffisante dans la prise en charge de sa douleur.

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer la présence parentale dans la prise en charge de la douleur du nouveau-né, et de décrire les caractéristiques communes aux sages-femmes qui l'utilisent.

L'étude réalisée était descriptive, transversale, multicentrique par le biais d'un questionnaire distribué aux sages-femmes.

Parmi les méthodes de prise en charge de la douleur du nouveau-né, seules 38,38 % des sages-femmes du Limousin ont recours à la présence parentale.

De plus, un profil de sages-femmes utilisant la présence parentale a pu être dégagé...

MOTS-CLES :

Douleur du nouveau-né ; Prise en charge ; Présence parentale



