

Pourquoi l'effet antalgique de l'allaitement maternel est-il si peu utilisé par les soignants lors des soins chez les bébés ?

Audrey TOMAS

Pour l'obtention du certificat de consultant en lactation IBCLC 2013/2014

Remerciements

Je tiens à remercier les formatrices ACLP pour leur soutien à la rédaction de ce mémoire qui, malgré la distance géographique, ont été très disponibles pour m'aider : Merci Sylvie Balmer et Brigitte Fontaine.

Je veux remercier également mon cadre de service Mr Christophe Hontang pour ses nombreuses relectures.

Merci aux soignants de l'hôpital du Taaone qui m'ont accordé quelques minutes afin de répondre au questionnaire.

Merci aussi à mes collègues du service de pédiatrie de l'hôpital Taaone qui m'ont apporté leur soutien.

Merci à mes deux sœurs pour leurs relectures et Pierre pour son soutien.

Résumé

En questionnant les soignants sur les moyens antalgiques utilisés pour gérer la douleur des bébés, nous observons que l'effet antalgique de l'allaitement maternel est peu utilisé de façon optimale. A travers leurs réticences, nous avons suggéré quelques propositions afin de les aider à utiliser cette méthode naturelle si efficace. Même si les habitudes des soignants sont difficiles à changer, nous pensons que certains soignants seront intéressés d'apprendre que ce moyen non pharmacologique, naturel et à disposition des bébés n'est pas si compliqué à mettre en place.

Mots-clés : Allaitement maternel, Douleur, Freins aux changements.

Sommaire

Remerciements

Résumé.....p.1

Sommaire.....p.2

Introduction.....p.4

1) L'effet antalgique de l'allaitement maternel.....p.4

1.1) Les études mondiales.....p.4

1.2) Comment cela fonctionne-t-il ?.....p.5

1.3) Pourquoi ce sujet ?.....p.5

1.4) La problématique.....p.6

2) Matériels et méthodes.....p.6

2.1) Les personnes interrogés.....p.6

2.2) Le questionnaire.....p.7

3) Résultats.....p.7

3.1) Les profils des soignants.....p.7

3.2) Les moyens antalgiques utilisés par les soignants.....p.8

3.3) Les réticences de l'utilisation de l'effet antalgique de l'allaitement maternel pour les soignants.....p.12

3.3.1) Les réticences liées au bébé.....p.12

3.3.2) Les réticences liées aux parents.....p.12

3.3.3) Les réticences liées aux soins.....p.13

3.3.4) Les réticences liées au propre ressenti des soignants.....p.13

3.4) L'âge maximum de l'efficacité des solutions sucrées.....p.13

4) Discussion.....p.14

4.1) une méthode ancestrale.....p.14

4.2) Les habitudes des soignants.....	p.14
4.3) Les réticences des soignants.....	p.15
4.3.1) Quelques suggestions en lien avec cette technique.....	p.15
4.3.2) Quelques suggestions en lien avec l'aménagement de l'espace.....	p.16
4.3.3) Quelques suggestions en lien avec leur propre ressenti ou le ressenti des parents.....	p.17
4.4) Jusqu'à quel âge fonctionne cet effet antalgique de l'allaitement maternel ?.....	p.18
4.5) Les réticences aux changements de pratique.....	p.19
5) Nos objectifs en tant que consultante en lactation.....	p.19
Conclusion.....	p.20
Références bibliographiques.....	p.21
Annexes 1.....	p.23
Annexe 2.....	p.25

Introduction

L'allaitement maternel apporte plusieurs bienfaits pour le bébé et la maman. Un avantage moins connu est l'effet antalgique qu'il procure au bébé lors des gestes invasifs. Cet effet antalgique a été prouvé par plusieurs études, mais certains soignants l'utilisent peu ou pas du tout. Nous souhaitons étudier les réticences des soignants à réaliser les soins au bébé lors de l'allaitement. En tant que future consultante en lactation, nous désirons éclairer certains soignants sur une technique de prise en charge de la douleur grâce à l'allaitement maternel.

Dans un premier temps, nous avons voulu expliquer cet effet antalgique avec des études à l'appui. Puis nous avons rédigé un questionnaire pour les soignants afin de connaître leurs réticences à l'utilisation de cette technique. Après les résultats de cette enquête, nous proposons quelques solutions dans la partie discussion.

1) L'effet antalgique de l'allaitement maternel.

Depuis plusieurs années, la crème anesthésiante EMLA® et la solution sucrée de Glucose à 30% associée à la succion non nutritive sont utilisées pour prévenir la douleur chez les bébés de moins de quatre mois lors des gestes invasifs (glycémie capillaire, bilan sanguin...). L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (qui remplace l'AFSSAPS depuis Avril 2012) stipule que l'allaitement maternel est une alternative aussi efficace qu'une solution sucrée [1]. L'idéal est d'utiliser conjointement la crème anesthésiante EMLA® avec l'allaitement maternel.

1.1) Les études mondiales.

D'après nos recherches, de nombreuses études mondiales sont publiées afin de confirmer cet effet antalgique lié à l'allaitement maternel :

- L'étude d'un pédiatre français, le Docteur Ricardo CARBAJAL [2], parue en 2003 sur le *BMJ* (British Medical Journal), a comparé la douleur de 180 nouveau-nés lors d'une ponction veineuse : il a ainsi prouvé que l'allaitement maternel est un antalgique aussi puissant que l'administration de Glucose 30% combinée à la succion non nutritive.
- L'étude de DILLI D et al (chercheurs en Turquie) [3], parue en 2009 sur *The Journal of pediatrics* va plus loin en étudiant 150 bébés : il montre une diminution des pleurs pendant une vaccination grâce à l'allaitement maternel jusqu'aux six mois du nourrisson.

- L'étude d'un médecin Italien Luigi CODIPIETRO [4], parue en 2008 dans la revue *Pediatrics*, témoigne que l'allaitement maternel produit une analgésie supérieure à l'administration de saccharose lors d'une ponction au talon chez 101 nouveau-nés.
- L'étude d'ITURRIAGA [5], en Espagne en 2009, stipule également que l'allaitement maternel a été largement plus efficace pour diminuer la douleur provoquée par une lance au talon chez 228 nouveau-nés. Il a comparé cela avec un groupe témoin ayant une succion non nutritive placebo et une succion non nutritive avec du saccharose à 24%.
- L'étude d'Hélène DELGADO [6], sage-femme consultante en lactation I.B.C.L.C. qui en 2007, a observé 212 nouveau-nés allaités lors d'un bilan sanguin. Elle conclue que 77,8% des bébés sont très détendus lors du soin.
- L'étude de PHILIPS [7], en 2005 en Californie, prouve que la participation maternelle elle-même a un effet antalgique en comparant la douleur de 96 nouveau-nés lors d'une ponction au talon : les bébés criaient davantage s'ils étaient maintenus par un soignant malgré une sucette, ils criaient moins grâce aux bras de la maman avec une sucette, ils pleuraient encore moins grâce à l'allaitement maternel. Plus récemment, en 2013, l'étude de Marin GABRIEL MA et al. [8], parvient aux mêmes conclusions.
- L'étude d'UPADHYAY [9], en 2004 en Inde, témoigne de l'effet antalgique de 5 ml de lait maternel exprimé auprès de 81 nouveau-nés : la durée des pleurs est plus courte en comparaison avec l'administration d'un placebo lors d'une ponction veineuse.

1.2) Comment cela fonctionne-t-il ?

Tout comme le pouvoir des solutions sucrées, ce mécanisme d'action est assez mal connu. Certains suggèrent que cet effet antalgique serait lié à la sécrétion de morphine endogène [10]. Mais une étude en Suède de Marin GRADIN en 2005 [11] explique que l'administration d'un antagoniste opioïde ne diminue pas l'effet analgésique du glucose donné avant le geste invasif.

Nous voulons rappeler que cet effet antalgique de l'allaitement maternel, tout comme le protocole du glucose 30%, est optimum lorsque la maman et le bébé sont installés confortablement, que l'enfant a bien tété un minimum de deux minutes avant le soin, la tétée doit être poursuivie tout au long du geste invasif.[12]

1.3) Pourquoi ce sujet ?

Nous avons eu l'idée de ce travail de recherche suite à une analyse de nos pratiques soignantes en tant qu'infirmière-puéricultrices. Nous avons la chance de travailler dans deux services différents qui sont la consultation pédiatrique et l'hospitalisation de Pédiatrie (enfants âgés de un mois à dix-huit ans). Nous nous apercevons que lorsque nous travaillons en consultation, nous effectuons tous les gestes invasifs (les

vaccins, les glycémies capillaires ponctionnées au talon, les bilans sanguins et même parfois la pose d'un cathéter périphérique) lorsqu'ils sont en train de téter. Ainsi, l'enfant réagit peu et cela nous permet d'être efficaces en matière d'analgésie lors des soins. Par contre, lorsque nous travaillons en hospitalisation pédiatrique, nous remarquons que nous utilisons de préférence d'autres moyens antalgiques comme par exemple la succion non nutritive associée au Glucose 30% pour réaliser les gestes invasifs. Cela se produit comme un réflexe de notre part, une habitude que nous avons prise.

1.4) La problématique.

Nous nous posons plusieurs questions : Est-ce parce que l'enfant est malade que nous n'utilisons pas l'allaitement maternel comme moyen antalgique en service hospitalier? Nous sommes-nous posés la question de savoir si l'enfant est allaité ? Est-ce la disposition de la chambre ou l'installation de l'enfant qui nous empêchent de mettre l'enfant au sein pendant le soin? La présence et la disponibilité de la maman sont-elles suffisantes lors de l'hospitalisation de l'enfant pour utiliser l'allaitement maternel comme moyen antalgique ?

Cela nous permet de réfléchir sur les réticences des soignants à réaliser les soins au bébé lors de l'allaitement maternel : Est-ce par méconnaissance du sujet ? Est-ce une question de matériels ? Est-ce une crainte ?

A travers ce travail, nous espérons trouver des pistes de réponses afin d'informer au mieux les soignants. Nous souhaitons que cette méthode antalgique naturelle puisse être réalisée par le maximum de soignants. Nous espérons faire évoluer les pratiques soignantes.

2) Matériels et méthodes.

Nous avons désiré effectuer un état des lieux concernant les moyens antalgiques utilisés pour l'enfant de moins de quatre mois à travers un questionnaire (cf. Annexe 1).

2.1) Les personnes interrogés :

Nous avons décidé de rencontrer des sages-femmes, des infirmières ainsi que des puéricultrices travaillant au Centre Hospitalier du Taaone à Tahiti. Nous avons discuté avec des soignants du service de Pédiatrie qui est séparé en deux: Hospitalisation et Consultations ; du service de Néonatalogie, de la Maternité, du centre de prélèvements et aussi du service des Urgences (dans lequel il n'existe pas d'urgences pédiatriques spécifiques). Nous avons questionné seulement des soignants travaillant au CHT du Taaone pour une question pratique car c'est notre lieu d'exercice.

2.2) Le questionnaire :

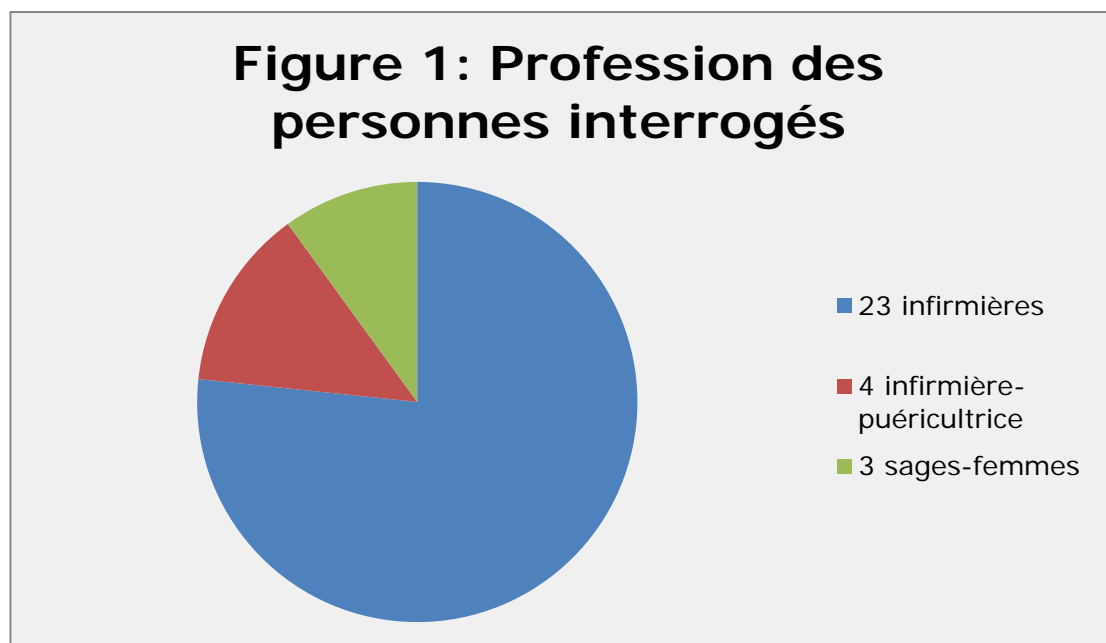
Nous avons distingué l'ancienneté du soignant en choisissant une durée de plus ou moins 5 ans d'activité pour repérer les éventuelles différences avec les jeunes recrues. Nous pensons que le soignant acquiert une certaine expertise au bout de cinq ans d'activités. Par ailleurs, en rencontrant plusieurs soignants de différents services hospitaliers, nous avons voulu connaître quels étaient leurs moyens antalgiques afin de repérer si l'allaitement maternel était utilisé. Pour les soignants qui connaissaient et utilisaient donc ce moyen antalgique, nous les avons questionnés sur les limites que pouvait comporter la mise au sein du bébé lors d'un geste invasif. Nous leur proposons un résumé de deux études (cf. Annexe 2) prouvant cette alternative naturelle. Pour finir, nous avons désiré poser une question théorique sur leur connaissance concernant l'âge maximum où les solutions sucrées à visée antalgique peuvent être utilisées.

Mais le but premier de ce questionnaire était évidemment de repérer les éventuelles réticences des soignants à utiliser cette méthode alternative naturelle, savoir ce qui les ont empêché de placer le bébé au sein lors du soin, connaître leurs arguments et leurs réticences à cette technique.

3) Résultats.

3.1) Les profils des soignants.

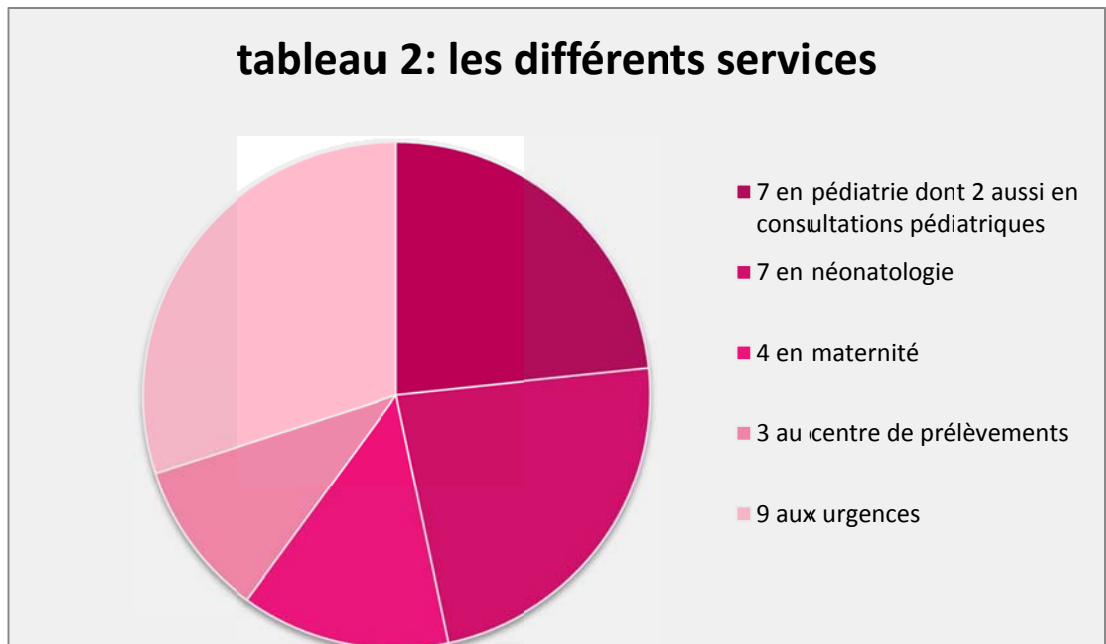
Lors de l'enquête, nous avons rencontré trente soignants de différentes professions (cf. Figure 1)



Parmi ces 30 trente soignants :

- 12 soignants avaient moins de 5 ans d'expériences professionnelles.
- 18 possédaient leur diplôme d'état depuis plus de 5 ans.

D'autre part, 14 soignants travaillaient dans des services spécifiques à l'enfant (couleur plus foncée) alors que 16 personnes travaillent dans des secteurs adultes/enfants mélangés (cf. Figure 2)



3.2) Les moyens antalgiques utilisés par les soignants :

Tous les soignants interrogés affirmaient utiliser des moyens afin de diminuer la douleur lors des soins au bébé de moins de quatre mois. Avec le tableau que nous leur avons proposé dans le questionnaire, nous voulions connaître leurs habitudes concernant leur prise en charge de la douleur chez les bébés selon les soins (cf. tableau 1)

Tableau 1 : Les moyens antalgiques utilisés et l'installation lors des différents soins :

soins		Glycémie capillaire	vaccin	Bilan sanguin	Pose cathéter périphérique
Succion + G30%		3/30	10/30	24/30	19/30
Sucette seule		6/30	2/30	5/30	5/30
G30% seul		3/30	1/30	12/30	7/30
Emla		0	10/30	16/30	14/30
Meopa		0	0	12/30	10/30
Allaitement maternel (tétée au sein)	Juste avant le soin	5/30	7/30	14/30	7/30
	Pendant le soin	5/30	9/30	15/30	5/30
	Après le soin	6/30	7/30	13/30	10/30
Allaitement maternel utilisé de façon optimale		3/30	6/30	8/30	1/30
Portage		6/30	6/30	5/30	2/30
Installation	Bébé sur le lit	10/30	4/30	17/30	16/30
	Bébé sur la table d'examen	5/30	6/30	14/30	11/30
	Bébé dans les bras	9/30	9/30	7/30	1/30

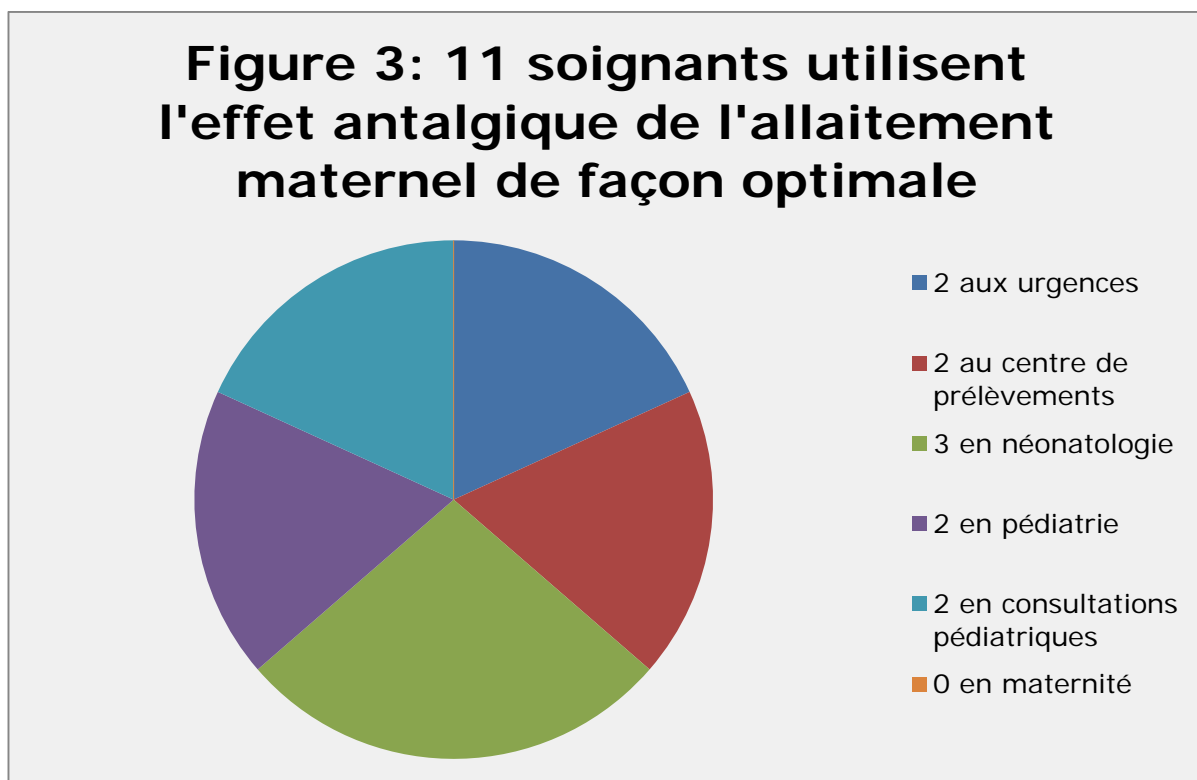
Pour présenter les prochains résultats, nous avons fait le choix de faire apparaître seulement 3 moyens antalgiques utilisés par les soignants (cf. tableau 2). Nous avons choisi la succion non nutritive associée au Glucose 30% car elle est plus efficace que la succion seule ou l'administration de Glucose 30% seul. Puis nous avons fait apparaître l'effet antalgique de l'allaitement maternel utilisé de façon optimale c'est-à-dire avant, pendant et après le geste invasif. La dernière colonne témoigne du nombre de soignants qui utilisent l'allaitement maternel comme effet antalgique mais de façon partielle c'est-à-dire soit seulement avant le geste, soit avant et pendant, soit seulement pendant, soit pendant et après, soit avant et après, soit seulement après.

Tableau 2 : Comparaison de 3 moyens antalgiques utilisés par les soignants

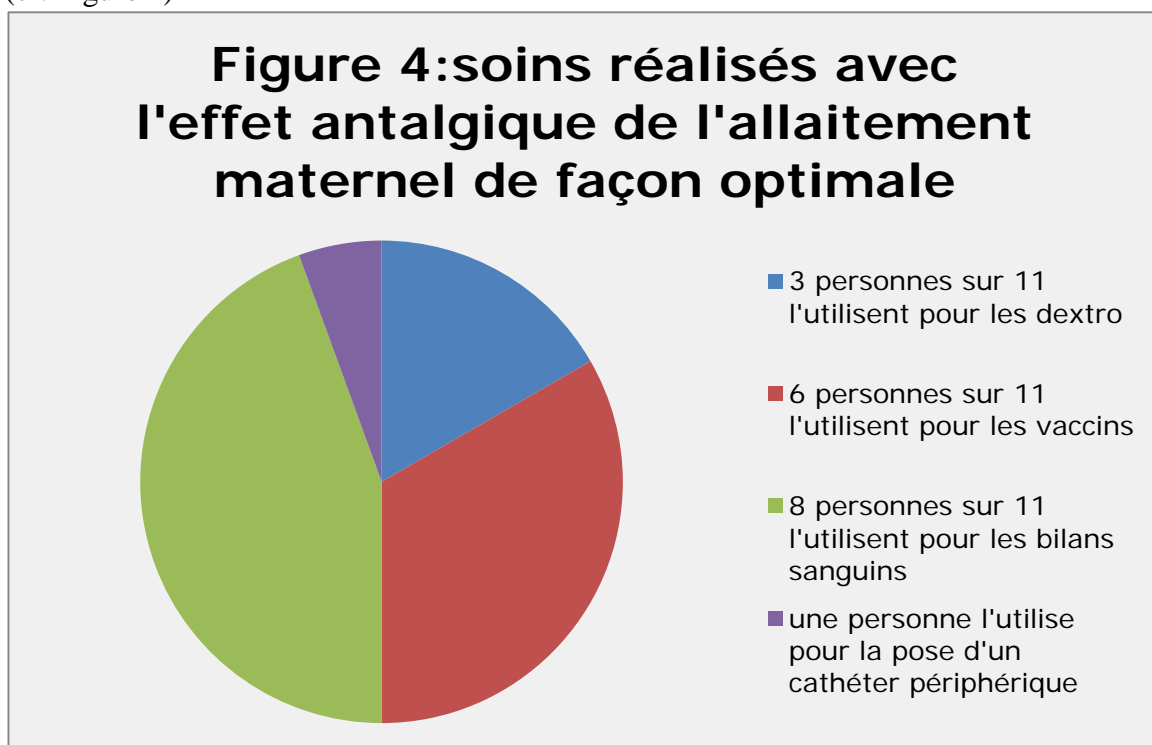
	Succion + G30%	Allaitement maternel de façon optimale.	Allaitement maternel de façon partielle.
Glycémie capillaire	3/30	3/30	4/30
Vaccin	10/30	6/30	4/30
Bilan sanguin	24/30	8/30	13/30
Pose de cathéter périphérique	19/30	1/30	13/30

Un peu plus de 36% (soit 11/30) des soignants utilisent l'allaitement maternel avant, pendant et après le soin au bébé. Ils sont répartis dans divers services (cf. Figure 3). Les autres soignants ont donc peut-être une méconnaissance de l'utilisation optimale liée à l'effet antalgique de l'allaitement maternel en l'utilisant seulement de façon partielle.

Figure 3 : Répartition des services où l'effet antalgique de l'allaitement maternel est utilisé de façon optimale



Grâce à ces résultats, nous notons que c'est lors des bilans sanguins que l'utilisation de l'effet antalgique de l'allaitement maternel de façon optimale est le plus utilisé. (cf. Figure 4)



Sur les trente soignants interrogés, vingt-quatre connaissaient l'effet antalgique de l'allaitement maternel. Parmi ces vingt-quatre soignants, trois affirmaient qu'ils l'utilisaient tout le temps, il s'agissait des trois soignants du centre de prélèvements. Les six personnes ne connaissant pas cet effet antalgique de l'allaitement maternel étaient cinq infirmiers et une sage-femme. La sage-femme concernée travaillait dans le service de Maternité, une infirmière exerçait en Néonatalogie et quatre infirmier(e)s étaient issus du service des Urgences. Parmi ces six soignants, deux avaient plus de cinq ans d'expériences professionnelles. Les six témoignaient de l'envie d'essayer cette pratique alternative.

Trois personnes expliquaient qu'elles connaissaient cet effet antalgique de l'allaitement mais qu'elles ne l'utilisaient jamais. Il s'agissait de deux infirmier(e)s et d'une sage-femme venant des urgences, de la pédiatrie et de la maternité.

Pour les autres soignants : neuf le pratiquait souvent et neuf le pratiquait parfois.

3.3) Les réticences de l'utilisation de l'effet antalgique de l'allaitement maternel pour les soignants.

Concernant les réticences des soignants à réaliser les soins au bébé lors d'une tétée au sein, vingt-cinq personnes sur trente nous ont cité divers freins, nous avons classé les résultats en quatre parties :

3.3.1) Les réticences liées au bébé :

- Neuf soignants citaient le problème de l'installation du bébé lorsque celui-ci était au sein, pour eux ce n'était pas une position optimale pour la réalisation des soins.
- Une soignante craignait que le bébé associe le plaisir de l'alimentation avec la douleur provoquée par le soin.
- Un soignant cite une situation où le bébé doit rester à jeun.
- Un soignant évoquait le fait que cette procédure était difficile à mettre en place si le bébé avait déjà mangé auparavant et qu'il refusait donc de téter le sein de sa maman au moment du soin.
- Un personnel soignant citait un cas où la maman a dû être séparée de son bébé.

3.3.2) Les réticences liées aux parents :

- Quatre soignants citaient le manque de disponibilité parfois de la maman lié au ressenti propre de la maman avec sa peur de la vue du sang par exemple.
- Le stress parental transmis était cité par deux soignants.
- Deux soignants évoquaient un frein lorsque la maman n'allaitait pas.
- Une personne pensait que si la maman avait un abcès au sein cette technique était impossible à réaliser.
- L'absence de montée laiteuse était citée par un soignant.
- Un soignant expliquait que pour l'enfant plus grand, certaines mamans craignaient que leur enfant morde leur sein lorsqu'il ressentait la douleur liée au soin.

3.3.3) Les réticences liées aux soins :

- Six personnes évoquaient la crainte que l'urgence du soin soit un frein à cette pratique.
- Trois soignants pensaient qu'il existait un problème d'hygiène avec la peur d'épandre du sang partout et un risque d'Accident d'Exposition au Sang pour le soignant.
- Une personne expliquait que cette technique pouvait s'avérer compliquée à réaliser lors d'un soin en stérile.

3.3.4) Les réticences liées au propre ressenti des soignants.

- Quatre soignants craignaient que cette pratique diminue leur dextérité ou augmente le risque d'échec.
- Trois personnes avaient peur de ne pas gérer les pleurs ou les mouvements du bébé.
- Une personne expliquait que la douleur du soin était très bien gérée grâce au Glucose 30% et qu'elle ne comprenait pas pourquoi elle agirait autrement.
- Une personne parlait de la méconnaissance des possibilités pour appréhender les soins douloureux chez les enfants.

3.4) L'âge maximum de l'efficacité des solutions sucrées

La dernière question du questionnaire portait sur les connaissances théoriques des soignants. Nous voulions savoir l'âge maximum d'efficacité des solutions sucrées à visée antalgique selon eux :

- Quinze soignants sur trente indiquent un âge de moins de six mois.
- Dix pensent que cela fonctionne même après six mois.
- Deux personnes pensent qu'il n'y a pas de limite d'âge.
- Trois personnes ne savent pas.

4) Discussion :

4.1) Une méthode ancestrale :

Avant de commencer à interpréter les résultats, nous voulons rappeler que les méthodes non pharmacologiques antalgiques sont loin d'être récentes. Par exemple, depuis plusieurs siècles le peuple Berbère du Haut Atlas donne du miel aux bébés afin de calmer leurs pleurs [13]. Dorénavant, nous savons que l'agitation des bébés peut aussi être soulagée par d'autres moyens tels que le portage ou le peau à peau.

Par ailleurs, le pédiatre Marc BERTSCH fait part de son expérience de jeune pédiatre qui en 1971 fut surpris par la mise au sein systématique de tous les nourrissons lors des prises de sang en Guyane [14]. Le résumé de son article explique : « *La tétée a réellement un effet analgésiant, notion connue depuis la nuit des temps par les peuples dits « primitifs » de notre planète et enfin reconnue par notre médecine moderne.* »[14]

D'après les résultats de notre questionnaire, il est intéressant de constater que tous les soignants interrogés ont compris l'intérêt de la prévention de la douleur chez les bébés. Mais l'allaitement maternel est peu utilisé pour diminuer la douleur lors des soins. Certains ignorent cet effet bénéfique (trois soignants sur trente), d'autres le connaissent mais l'utilisent peu (trois soignants l'utilisent parfois, trois ne l'utilisent jamais).

4.2) Les habitudes des soignants :

D'après le questionnaire, seulement onze soignants sur trente utilisent l'effet antalgique de l'allaitement maternel de façon optimale c'est-à-dire avant, pendant et après le soin.

En détaillant ces onze questionnaires, nous nous apercevons que l'allaitement maternel est utilisé de façon adéquate pour lutter contre la douleur seulement pour certains soins. Par exemple, dans le service des urgences, les deux soignants qui installent bébé au sein avant, pendant et après le soin, le font pour les bilans sanguins et la pose des cathéters périphériques et ne l'utilisent pas pour les glycémies capillaires. Pour les vaccins, la question ne se pose pas puisque ces soins ne sont pas réalisés aux urgences. Nous notons qu'ils n'utilisent pas l'allaitement maternel lors d'une glycémie capillaire. Ils pensent peut-être que c'est un petit geste rapide qui ne fait pas trop mal. Mais il est prouvé qu'une ponction au talon avec une lancette est plus douloureuse qu'un prélèvement veineux [15]. Peut-être qu'ils pensent que le fait de téter simultanément peut modifier la glycémie capillaire justement rechercher avec le soin. Là aussi, des textes prouvent qu'il n'en est rien [16].

Dans le service des prélèvements, les soignantes réalisent essentiellement des prises de sang. Deux soignantes sur les trois interrogées installent le bébé au sein avant, pendant et après le geste invasif.

En Néonatalogie, les soignants effectuent les quatre soins proposés dans le questionnaire. Parmi les trois soignants qui utilisent cet effet antalgique de façon optimale, aucun ne s'en sert lors de la pose d'un cathéter périphérique.

Dans les services de Pédiatrie et de Consultations pédiatriques, les soignants installent volontiers le bébé avant, pendant et après le soin lorsqu'il s'agit d'une glycémie capillaire ou d'un vaccin. Cet effet antalgique n'est pas utilisé lors d'une prise de sang ou de la pose d'un cathéter.

Concernant la pose d'un cathéter périphérique, tous services confondus, deux soignants placent le bébé au sein seulement avant le geste, il est vrai qu'ainsi l'enfant est rassasié, repu et sera plus détendu lorsque le soignant va s'approcher de lui, mais l'effet antalgique n'est pas utilisé dans son efficacité maximum. Quatre soignants installent le bébé au sein seulement après la pose d'un cathéter périphérique. Nous pensons que ces soignants veulent que l'enfant soit rassuré, réconforté après lui avoir fait mal. Dans ce cas, seul l'effet rassurant de l'allaitement est exploité et non l'effet analgésique. Nous pouvons en conclure que certains soignants pensent que l'allaitement maternel a un effet réconfortant. Mais nous voudrions les convaincre qu'il a un effet encore plus intéressant qui est celui d'amoindrir la douleur provoquée par les gestes invasifs même si nous sommes conscients qu'il s'agit d'un geste délicat à effectuer.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que parmi les onze soignants qui utilisent l'effet antalgique de l'allaitement maternel de façon optimale, sept sont issus de services propres à l'enfant (Néonatalogie, Pédiatrie et Consultations pédiatriques). La formation spécifique de la prise en charge d'un enfant sous-entend probablement une sensibilisation plus importante au sujet de la prévention de la douleur.

La grande utilisation par les soignants du Glucose 30% en comparaison avec l'allaitement maternel pour gérer la douleur des bébés est probablement liée à leurs formations initiales. Mais nous avons vu aussi que les soignants ont quelques réticences à utiliser cette technique alternative. Désormais, nous leur proposons quelques solutions.

4.3) Les réticences des soignants :

4.3.1) Quelques suggestions en lien avec cette technique :

Certaines réticences des soignants interrogés peuvent être compréhensibles lorsqu'ils n'ont jamais été confrontés à une telle situation. Pour les informer, nous imaginons un court-métrage mettant en scène un soignant en train d'effectuer une prise de sang sur un bébé en train d'être nourri au sein. La diffusion de ce document vidéo permettrait de rassurer les soignants et de leur montrer que cela fonctionne.

Un compagnonnage peut s'avérer utile pour la première fois. Tout comme un élève infirmier est accompagné d'un soignant diplômé lors de sa première prise de sang,

une personne expérimentée en la matière peut accompagner le soignant désireux d'apprendre à prélever un enfant lorsqu'il est au sein. Pour ce faire, il existe des fiches pratiques parues sur le site internet Sparadrap® [17] qui peuvent être très utiles car elles montrent bien l'installation du soignant ainsi que celle du bébé et de la maman lors d'un geste invasif pendant que le bébé tète sa maman.

Par ailleurs, cette façon de procéder peut être chronophage car cela nécessite une préparation afin d'installer confortablement la maman ainsi que le bébé. Il faut également que le soignant réfléchisse à sa propre installation pour réussir le soin. Dans le questionnaire, six soignants (travaillant aux urgences) pensent que cela est une explication pour ne pas réaliser les soins aux bébés pendant qu'il est au sein. En effet, peut-être que les premières fois où ils vont essayer cela va prendre un peu plus de temps que d'habitude mais nous sommes convaincus que petit à petit les soignants auront des repères pour s'installer plus rapidement afin d'utiliser cette méthode antalgique.

Un autre argument pour développer cette technique auprès du personnel soignant : l'allaitement maternel sous-entend le portage par la maman et donc un bébé à une température plus élevée que lorsqu'il est installé dans un berceau. Avec une température proche de celle de sa maman, son réseau veineux est dilaté et les veines sont plus faciles à repérer. Ceci n'est pas un détail quand on connaît la difficulté des prises de sang chez les bébés.

Aussi, nous pensons à certains soignants qui pourraient peut-être se trouver démunis face à la prévention de la douleur chez les bébés, notamment dans des endroits un peu reculés. Par exemple, en Polynésie Française, certaines îles sont très éloignées et les soignants disposent parfois de peu de matériels pour soigner les enfants. Grâce à cette technique, ils n'ont besoin que d'une maman disponible et d'un enfant prêt à téter.

4.3.2) Quelques suggestions en lien avec l'aménagement de l'espace :

Une réticence importante des soignants (neuf sur trente) est le problème de l'installation du bébé lors d'un geste assez délicat comme par exemple une prise de sang chez un bébé. En effet, les personnes interrogées pensent être efficaces lorsque l'enfant est allongé sur un berceau, ainsi le soignant peut donc s'asseoir à sa hauteur. Cela nous permet d'expliquer en partie nos changements de pratiques d'un service à l'autre. Lorsque nous travaillons en consultations pédiatriques, nous avons la chance d'avoir une grande salle de soins où la maman peut s'installer confortablement sur une chaise pendant que nous sommes sur un tabouret juste à côté afin d'exécuter le soin au bébé pendant qu'il tète le sein de sa maman. Par contre, lorsque nous travaillons en service d'hospitalisation pédiatrique nous sommes contraints de prélever l'enfant dans sa toute petite chambre qui contient un berceau, une chaise et une chauffeuse pour la maman. Il est donc très fréquent pour le soignant d'installer le bébé dans son berceau afin d'être à sa hauteur pour réaliser le geste invasif. Mais nous nous rendons compte qu'il suffirait de penser à asseoir la maman sur la chauffeuse, d'installer le bébé au sein puis d'utiliser la chaise pour être à la hauteur

de l'enfant. En repensant le soin, il est possible de trouver des solutions pour aménager l'espace afin d'utiliser plus souvent l'effet antalgique de l'allaitement maternel.

Par exemple, aux urgences où les salles de soins sont également très petites, il suffirait peut être d'une chaise supplémentaire pour la maman afin que le soignant puisse s'asseoir sur le tabouret pour être à l'aise lors du soin. Une autre proposition pour les soignants des urgences est d'installer la maman confortablement sur le brancard en position demi-assise afin que le soignant, assis sur son tabouret, puisse être à la hauteur du bébé en train de téter le sein de sa maman. Comme nous l'avons expliqué précédemment, le site Sparadrapp ® [17] diffuse des fiches pratiques illustrant bien l'installation optimale pour le soignant afin d'y arriver.

4.3.3) Quelques suggestions en lien avec leur propre ressenti ou le ressenti des parents :

Cette technique sous-entend que le soignant doit être à l'aise avec le regard des parents lors de la réalisation du soin à l'enfant. Dès que nous soignons un enfant, nous travaillons en étroite collaboration avec sa famille, nous prenons en charge un enfant mais également un papa et une maman qu'il faut souvent rassurer. Lorsque les parents participent aux soins avec nous en utilisant par exemple la distraction cela nous permet une prise en charge plus globale de l'enfant. La présence parentale est pour nous indispensable lors d'un soin à l'enfant pour justement rassurer au mieux leur enfant. Nous pouvons comprendre que pour certains soignants cela puisse être délicat. En effet, certains parents sont anxieux lorsque leur enfant doit subir un geste invasif et malheureusement le stress est communicatif. D'après le questionnaire, deux soignants expriment que le stress parental transmis est une de leurs réticences à réaliser les soins pendant que l'enfant tète sa maman. L'idéal serait que les soignants soient convaincus que la présence parentale lors des soins au bébé est loin d'être néfaste. Bien au contraire, en général l'enfant est justement mieux rassuré par ses proches que par des soignants inconnus. Si l'enfant est rassuré, les parents le seront tout autant, ainsi que le soignant puisque la sérénité est communicative. En plus, cette technique permet de rendre la maman fière d'aider son bébé à avoir moins mal, cela la valorise et renforce son rôle de maman.

Afin de contrecarrer les réticences des soignants liés au ressenti des parents, il est important d'informer autant les parents que les soignants. Par exemple, dans le questionnaire, un soignant explique qu'il ne réalise pas les soins pendant que l'enfant est allaité lorsqu'il est grand car les mamans ont peur que l'enfant morde le sein lorsqu'il va ressentir l'éventuelle douleur. Il est important d'avertir la maman que le fait justement d'installer son enfant au sein durant le soin va éviter que l'enfant ne réagisse puisque l'effet antalgique de l'allaitement maternel, s'il est efficacement effectué, est prouvé scientifiquement.

Un autre argument d'un soignant est la crainte que le bébé assimile le plaisir de la tétée au sein avec la douleur induite par le geste invasif. Dans un article [18], l'ancienne présidente de La Leche League, Claude-Suzanne DIDIERJEAN-

JOUVEAU se demande si ces personnes se posent la même question lorsqu'elles administrent du Glucose 30% : Est-ce que le bébé va assimiler le plaisir du goût sucré avec la douleur provoquée par le soin ? Tout d'abord, ces méthodes antalgiques, que ce soit l'allaitement maternel comme le Glucose 30%, sont justement utilisées pour atténuer voire empêcher de ressentir de la douleur, donc le bébé ne devrait pas faire de corrélation entre les deux. D'autre part, le bébé subit seulement quelques gestes invasifs durant sa petite enfance donc il n'y a pas de risque de mélanger le plaisir de téter avec le ressenti de la douleur.

Par contre, il est vrai qu'il n'est pas recommandé d'installer un bébé au sein s'il doit lui être infligé des soins invasifs répétitifs (par exemple un bébé prématuré avec une surveillance de glycémie capillaire horaire) d'autant s'il est en apprentissage pour téter efficacement le sein de sa maman. Cela fait partie d'une limite de cette technique de soins.

Par ailleurs, une soignante m'a expliqué qu'elle n'utilisait pas l'allaitement maternel comme moyen antalgique car pour elle l'association Glucose 30% et la succion non nutritive fonctionnait très bien pour les gestes invasifs. En effet, le sucre est une bonne méthode non pharmacologique pour limiter la douleur, mais malheureusement le glucose a un effet hypoglycémiant secondaire [19]. Par contre, ce problème n'existe pas avec le lait maternel. D'autre part, comme Hélène DELGADO nous l'explique dans son étude [6], il y a un risque de préférence sein /tétine lors de l'introduction d'une tétine pendant l'apprentissage de la tétée au sein. Il est bien connu d'éviter au moins les premiers jours l'utilisation d'une tétine afin de ne pas gêner la succion efficace qui est différente sur un sein. Bien entendu, certains bébés ne sont pas du tout perturbés par cela mais pour d'autres cela peut compliquer leur apprentissage.

D'autre part, le repos digestif n'est pas une contre-indication à utiliser cette technique contrairement à ce que pensent certains soignants [20]. Bien entendu, il faut s'assurer au préalable d'une absence de souffrance digestive comme par exemple une entérocolite tout comme pour le protocole du Glucose 30%. Mais un enfant à jeun peut ingérer quelques gouttes de lait maternel si un soin est nécessaire.

Pour finir, il est important de persévérer en cas d'échec. Parfois, cette technique ne fonctionne pas et il est nécessaire de comprendre pourquoi. Car c'est en réalisant le soin plusieurs fois que les soignants se mettent dans des conditions optimales et comprendront que cela fonctionne très bien.

4.4) Jusqu'à quel âge fonctionne cet effet antalgique de l'allaitement maternel ?

La réponse à cette question est difficile car plusieurs aspects entrent en compte. Il est évident, grâce aux différentes études mondiales, que cet effet antalgique peut s'avérer efficace jusqu'aux six mois de l'enfant. Cela peut aider aussi un enfant plus

grand. En effet, le portage et la réassurance maternelle jouent un rôle sur l'appréhension du soin et donc sur la douleur. Mais d'autres moyens antalgiques devront aussi être utilisés comme la crème anesthésiante Emla® afin d'être efficace.

4.5) Les réticences aux changements de pratique :

Comme l'explique très bien Mariella LANDAIS, puéricultrice consultante en lactation IBCLC et formatrice en allaitement, il n'est pas évident d'amener les équipes à un changement de pratique. Dans son article paru sur le site internet Co-Naître [21], elle met en avant que les formations en allaitement maternel sont parfois mal perçues par les soignants lorsque par exemple les apports théoriques semblent imposés des nouvelles pratiques soignantes. Mme LANDAIS se demande s'il s'agit d'un formateur maladroit dans sa façon d'exposer ses connaissances ou bien s'il s'agit de stagiaires figés dans leurs prérequis et la peur du changement ? C'est une question bien intéressante car il n'est jamais aisé de proposer de nouvelles techniques soignantes lorsqu'il en existe déjà quelques-unes qui fonctionnent également très bien. Nous voulons juste informer les soignants, leur montrer que des alternatives naturelles sont possibles pour lutter contre la douleur lors des gestes invasifs chez les bébés. Comme nous l'avons vu précédemment, ces méthodes non pharmacologiques sont loin d'être récentes et pourtant peu de soignants l'utilisent de nos jours.

5) Nos objectifs en tant que consultante en lactation.

Ce travail nous a montré que les soignants sont prêts à en connaître davantage sur cette technique. C'est pour cela que nous comptons diffuser un maximum ces résultats afin d'informer au mieux les soignants et les parents que la douleur de l'enfant peut aussi être évité grâce à l'allaitement maternel. Des soignants avertis pourront eux-mêmes former les nouvelles recrues. En lisant ce travail, les personnes ayant participé au questionnaire pourront s'aider des diverses suggestions pour améliorer leur pratique soignante. Il pourrait être intéressant de diffuser également ces informations aux instituts de formations des infirmières et des sages-femmes. Ainsi, les étudiants pourraient mettre en pratique cet enseignement dès leurs premiers stages. A l'hôpital du Taaone, il existe également une formation spécifique à la douleur de l'enfant. Cette formation est obligatoire pour toutes les nouvelles recrues du pôle Mère/Enfant et ouverte à tous les soignants intéressés travaillant au CHPF. Cette formation a lieu deux fois par an. Il serait intéressant d'y intégrer un petit chapitre concernant cette technique d'analgésie naturelle.

D'autre part, il pourrait être intéressant de retrouver les trente soignants du questionnaire quelques mois plus tard. Nous voudrions leur demander s'ils ont modifié leurs pratiques soignantes concernant ce sujet. Cela nous permettrait de

repérer si une sensibilisation sur ce sujet permet aux soignants d'adhérer à cette pratique. Certains de nos collègues ont confirmé cette hypothèse, quelques-uns viennent parfois nous faire un petit compte rendu de leur expérience lors de la réalisation d'un soin au sein depuis qu'ils connaissent le sujet de notre mémoire. Concernant notre pratique professionnelle, nous observons un changement depuis le début de la rédaction de ce travail de recherche. Lorsque nous travaillons du côté Hospitalisation pédiatrique, nous essayons de réaliser les soins aux bébés pendant qu'ils tètent et cela se passe plutôt bien !

Nous voudrions aussi réaliser une réunion d'information auprès des soignants de notre service pédiatrique afin de répondre aux éventuelles questions sur cette technique de soins.

Comme nous l'avons exposé plus haut, nous espérons que notre projet de court-métrage montrant un soin au sein sera atteint avant la fin d'année 2014. Certains soignants de notre service se sont portés volontaires pour nous aider à le réaliser ce qui montre aussi une dynamique intéressante portée par ce projet.

D'autre part, nous voudrions contacter les rédacteurs de la revue « *Les dossiers de l'allaitement* » pour savoir s'ils sont intéressés pour diffuser notre travail dans leurs brochures trimestrielles. Cette revue de La Leche League est proposée aux professionnels de la santé, elle expose des nouvelles études en lien avec l'allaitement maternel. Ainsi, notre travail pourrait avoir une répercussion plus importante que sur le seul territoire Polynésien.

Conclusion :

Même si on ne sait pas l'expliquer, cet effet antalgique de l'allaitement maternel est prouvé. Pourtant, quelques soignants ont des réticences que nous avons détaillées. Ce travail de recherche nous a appris que les soignants connaissaient très bien cet effet antalgique de l'allaitement maternel (24 soignants sur 30) mais il est assez peu réalisé ou parfois utilisé seulement de façon partielle. Notre rôle en tant que consultante en lactation est d'informer un maximum de soignants sur cette technique pourtant simple et si efficace. Par ailleurs, en ce contexte économique difficile, cette alternative non coûteuse est intéressante. Nous sommes convaincus que cette méthode naturelle est à privilégier lorsqu'on prend en charge un enfant. Pour finir, nous réalisons qu'il s'agit de repenser le soin avant tout, de se positionner en tant que professionnels travaillant en étroite collaboration avec les parents où la maman est au centre du soin en aidant son bébé à avoir moins mal.

Références bibliographiques

- [1] AFSSAPS Recommandations de bonnes pratiques. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aigüe et chronique chez l'enfant. Juin 2009.
- [2] Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in the neonates. Randomised controlled. *Trial BMJ* 2003; 326(7379):13.
- [3] Dilli D et al, Interventions to reduce pain during vaccination in infancy, *The Journal of pediatrics* 2009; 154(3): 385-90.
- [4] Codipietro L, Ceccarelli M, Alberto Ponzzone A. Breastfeeding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2008; 122(3):e716–21.
- [5] Saitua Iturriaga G, Aguirre Unceta-Barrenechea A, Suarez Zarate K, et al. [Analgesic effect of breastfeeding when taking blood by heel-prick in newborns]. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71(4): 310-3.
- [6] Delgado H. Effet analgésique de l'allaitement maternel. 16èmes journées La douleur de l'enfant, quelles réponses ? [En ligne] 2009 Décembre [Consulté le 27/04/2014]. Consultable à l'URL: http://pediadol.org/IMG/pdf/U2009_HD.pdf
- [7] Phillips RM, CJ Chantry, Gallagher MP. Analgesic effects of breast-feeding or pacifier use with maternal holding in term infants. *Ambul Pediatr* 2005 ; 5(6): 359-64.
- [8] Marín Gabriel MÁ, del Rey Hurtado de Mendoza B, Jiménez Figueroa L, Medina V, Iglesias Fernández B, Vázquez Rodríguez M, et al. Analgesia with breastfeeding in addition to skin-to-skin contact during heel prick. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2013 Novembre; 98(6):F499-503.
- [9] Upadhyay A, Aggarwal R, Narayan S, Joshi M, Paul VK, Deorari AK . Analgesic effect of expressed breast milk in procedural pain in term neonates: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Acta Paediatr.* 2004 Avril.; 93(4):518-22.
- [10] *Pediadol*. Modalités d'utilisation des solutions sucrées à visée antalgique chez le nourrisson de moins de 4 mois. La douleur de l'enfant. [En ligne]. 2013 Mai. [Consulté le 02/05/2014]. Consultable à l'URL : http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Protocole_Sucre.pdf
- [11] Gradin M, Schollin J. The Role of Endogenous Opioids in Mediating Pain Reduction by Orally Administered Glucose Among Newborns. *Pediatrics* [en ligne]. 2005 Avril [Consulté le 02/05/2014. 115: [4 pages]. Consultable à l'URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/4/1004.abstract>

- [12] Lombard B, Thibault P. Utilisation d'une solution sucrée à 30% associée à la succion et utilisation de l'allaitement maternel pour l'analgésie des gestes douloureux chez l'enfant de moins de 3 mois. CNRD [en ligne] 2004 Septembre [Consulté le 27/04/2014]. Consultable à l'URL : <http://cnrd.fr/Utilisation-d-une-solution-sucree.html>.
- [13] Yematarzes S., Khadijlaprodij B. Histoire des femmes berbères. Alger : Tamachao, 1980 : 27.
- [14] Bertsch M. La prise en charge de la douleur en période néonatale. L'expérience d'un pédiatre en outre-mer. In : Spirale n°42 Dossier bébé a mal. Paris: Erès; 2007. p. 146-50.
- [15] Shah V, Ohlsson A. Venipuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2004 ;(4):CD001452.
- [16] Dreyfus M, d'Ercole C. Douleur et inconfort du nouveau-né en maternité: évaluation et traitements, moyens non pharmacologiques. 41 ème journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale. 2011 Octobre. Grenoble.Springer. 2011. P.58.
- [17] Galland F, Herrenschmidt S. Comment s'installer lors d'un soin : 21 fiches numériques avec des photos. Sparadrapp [En ligne] 2013 Mai [Consulté le 27/04/2014]. Consultable à l'URL : <http://sparadrapp.org/Catalogue/Tout-le-catalogue/Comment-s-installer-lors-d-un-soin-21-fiches-numeriques-avec-des-photos-Ref.N01>
- [18] Didierjean-Jouveau C. Au sein même pas mal... ! In: Spirale n°42 Dossier bébé a mal. Paris : Erès ; 2007. p. 141-45.
- [19] La Leche League. Hypoglycémie chez le nouveau-né. In : La Leche League, dir : L'art de l'allaitement maternel. First ; 2009.p.240.
- [20] Savagner C, Gourrier E. Analgésie par le sucre lors des soins invasifs chez le nouveau-né Etat actuel des connaissances. 10^{ème} journée La douleur de l'enfant, quelles réponses ? [En ligne] 2002 Décembre [Consulté le 02/05/2014]. Consultable à l'URL : <http://www.pediadol.org/analgesie-par-le-sucre-lors-des.html>
- [21] Landais M. Spirale n°27. « La formation, levier de changement ? »Septembre 2003. Editions Erès.

Annexe 1

Questionnaire

- ❖ Date :

 - ❖ Prénom :

 - ❖ Sexe :
 - Féminin
 - Masculin

 - ❖ Profession :
 - Infirmier(e)
 - Infirmier(e) puéricultrice
 - Sage-femme

 - ❖ Ancienneté D.E. :
 - Moins de 5 ans
 - Plus de 5 ans

 - ❖ Service :
 - Pédiatrie
 - Consultations pédiatriques
 - Maternité
 - Néonatalogie
 - Centre de prélèvements
 - Urgences

 - ❖ Est-ce que tu utilises des moyens pour diminuer la douleur lors des soins au bébé de moins de 4 mois ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, lesquels : CF Tableau

Soins		Glycémie capillaire	Vaccin	Bilan sang	Pose KTP	Autres
Sucette + G30%						
Sucette seule						
G30% seul						
Emla						
Meopa						
AM (tétée au sein)	Juste avant le soin					
	Durant le soin					
	Après le soin					
Portage						
Autres						
Installation	Bébé sur le lit					
	Bébé sur la table d'examen					
	Bébé dans les bras					

- Y-a-t-il des freins selon toi ?

➤ Si Non,

- Puis-je te montrer 2 études qui prouvent l'efficacité de l'AM ?
- As-tu envie d'essayer ?
- Y-a-t-il des freins selon toi ?

❖ Dernière question : d'après toi jusqu'à quel âge fonctionnent les solutions sucrées à visée antalgique ?

Annexe 2

Études à faire lire lors du questionnaire aux soignants

Première étude concernant la douleur provoquée par une ponction veineuse:

Il s'agit de l'étude de *Ricardo Carbajal*¹, publiée en 2003, c'est un pédiatre qui travaille à l'hôpital Armand Trousseau à Paris.

Il a voulu comparer l'effet antalgique de l'allaitement maternel lors d'une prise de sang au nouveau-né, avec l'effet antalgique déjà bien connu de l'administration de Glucose 30% associée à la succion non nutritive.

Il a étudié 180 nourrissons âgés de plus d'un jour dans une maternité. Il a créé 4 groupes de 45 bébés:

Groupe 1: Allaitement maternel

Groupe 2: Portage dans les bras de sa maman, sans être allaité.

Groupe 3: Administration d'un placebo avec 1 ml d'eau stérile.

Groupe 4: Administration de G30% plus succion non nutritive.

Il a réalisé des enregistrements vidéo afin d'évaluer au mieux la douleur subie par les bébés. Il a utilisé 2 échelles de la douleur:

Echelle DAN: Douleur Aigüe du Nouveau-né, avec un score maximum de 10 et des items comme les réponses faciales, les mouvements des membres et l'expression vocale de la douleur.

Echelle PIPP: Premature Infant Pain Profile, utilisée pour les douleurs aigües ou brèves, avec un score maximum de 21 et des items comme l'âge, l'état comportemental, la fréquence cardiaque, la saturation en oxygène et les réactions faciales.

Voici les résultats de cette étude:

Avec l'**échelle DAN** :

Groupe 1: 1/10

Groupe 2: 10/10

Groupe 3: 10/10

Groupe 4: 3/10

Avec l'**échelle PIPP**:

Groupe 1: 4.5/21

Groupe 2: 13/21

Groupe 3: 12/21

Groupe 4: 4/21

En conclusion, on peut en déduire que l'allaitement maternel est aussi puissant que l'administration de G30% associée à la succion non nutritive lors d'une ponction veineuse au nouveau-né.

Par ailleurs, l'allaitement maternel est une excellente alternative naturelle pour réduire la douleur provoquée par les soins.

¹ Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *Bmj* 2003; 326(7379):13.

Deuxième étude concernant la douleur provoquée lors d'une ponction au talon avec une lancette:

C'est l'étude de *Luigi Codipietro*², médecin italien, qui en 2007 a voulu comparer l'effet antalgique de l'allaitement maternel avec celui d'une solution de saccharose lors d'une ponction au talon pour un dépistage néonatal (Guthrie)

Il a observé 101 nouveau-nés à terme et a réalisé 2 groupes:

Groupe 1: Allaitement maternel

Groupe 2: Administration de 1 ml de saccharose à 25%

Il a utilisé l'**échelle PIPP** et a eu comme résultats:

Groupe 1: 3/21

Groupe 2: 8.5/21

La conclusion est que l'allaitement maternel produit une analgésie supérieure à l'administration de saccharose lors d'une ponction au talon chez le nouveau-né.

² Codipietro L, Ceccarelli M, Alberto Ponzone A. Breastfeeding or Oral Sucrose Solution in Term Neonates Receiving Heel Lance: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics* 2008; 122:e716-e721