

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest 	RÈGLE DE SOINS		
	PRÉVENIR ET SOULAGER LA DOULEUR CHEZ LE NOUVEAU-NÉ, LE NOURRISSON ET L'ENFANT		
	En vigueur le : Février 2016	Révisé le :	Numéro : RS-6002
Installations / secteurs concernés :		Référence aux outils cliniques :	
☒ Toutes les installations du CISSSMO		☒ Ordonnance collective CISSSMO Administrer du sucrose pour prévenir et soulager la douleur chez le nouveau-né et le nourrisson ☒ Formulaire clinique CISSSMO Échelle de douleur nouveau-né / nourrisson / enfant (échelle FLACC)	

ACTIVITÉS CLINIQUES

Mettre en place des stratégies de prévention et d'évaluation de la douleur chez les nouveau-nés (prématurés ou à terme), les nourrissons et les enfants afin d'en assurer une prise en charge efficace.

INTERVENANTS CONCERNÉS ET CLIENTÈLE VISÉE

Intervenants concernés :

- Infirmières;
- Infirmières auxiliaires.

Clientèle visée :

Cette règle de soins s'applique auprès de la clientèle néonatale (nouveau-né prématuré ou à terme) et auprès de la clientèle pédiatrique.

CONTEXTE

En conformité avec l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, l'infirmière « *évalue l'état de santé d'une personne, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodigue les soins et les traitements infirmiers et médicaux* ». Parmi les activités réservées à l'infirmière reliées à la prévention et le soulagement de la douleur, l'infirmière :

- évalue la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- administre et ajuste des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- assure la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- effectue le suivi infirmier des personnes qui présentent des problèmes de santé complexes.

Également, en vertu de l'article 37 p) du Code des professions, l'infirmière auxiliaire a la responsabilité de « *contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux* ». Elle observe l'état de conscience d'une personne, surveille les signes neurologiques et administre par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

La Société Canadienne de pédiatrie¹ recommande de mettre en place les stratégies préventives suivantes :

- évaluer systématiquement la douleur;
- réduire au minimum le nombre d'interventions douloureuses;
- utiliser avec efficacité les traitements non pharmacologiques et pharmacologiques pour prévenir la douleur en cas d'interventions mineures courantes ou la douleur associée aux chirurgies et autres interventions majeures.

¹ Société canadienne de pédiatrie (2007). Document de principe. La prévention et la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né : Une mise à jour, Recondit le 1^{er} février 2011.

Impacts de l'évaluation et du soulagement inadéquat de la douleur :

À long terme, il est possible que les effets de la douleur en période néonatale touchent le développement de l'enfant au niveau émotionnel, comportemental et cognitif. Ces effets dépendent de la nature de la douleur vécue par le nouveau-né (type, intensité, durée) et des circonstances (environnement, physiologie, maladie) dans lesquelles cette douleur est vécue. La douleur en période néonatale peut donc influencer la sensibilité à la douleur jusque dans l'enfance et l'adolescence. Il est possible d'atténuer ces effets grâce à une évaluation et une prise en charge efficace de la douleur.

CONDITIONS

Selon le champ de pratique et les activités réservées :

- L'infirmière évalue la douleur du nouveau-né, du nourrisson ou de l'enfant en :
 - Utilisant l'échelle d'évaluation de la douleur FLACC;
 - Procédant à un examen physique;
 - Assurant le suivi clinique infirmier, incluant l'élaboration des directives au PTI;
 - Consignant les résultats de son évaluation et de ses interventions au dossier.
- L'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de la douleur du nouveau-né en :
 - Utilisant l'échelle d'évaluation de la douleur FLACC et en avisant l'infirmière des manifestations observées pour que cette dernière puisse compléter l'évaluation au besoin et identifier les interventions de soins appropriées;
 - Appliquant les directives de l'infirmière au PTI;
 - Consignant les notes au dossier, en lien avec les signes et symptômes de la douleur, ainsi que les traitements appliqués et la réaction du nouveau-né à ceux-ci.

De plus, l'infirmière et l'infirmière auxiliaire s'engagent à :

- Prévenir la douleur et limiter le nombre de procédures douloureuses au minimum requis;
- Utiliser des mesures de soulagement de la douleur appropriées pour toutes les procédures douloureuses;
- Collaborer avec l'équipe médicale et interdisciplinaire afin de prévenir et soulager efficacement la douleur;
- Encourager l'implication de la famille.

DIRECTIVES

1. Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur vise à objectiver et à quantifier la présence de signes et symptômes associés à la douleur qui ont été dépistés puis à planifier le suivi et la gestion de la douleur.

Échelle de mesure

- Afin d'effectuer l'évaluation de la douleur, l'utilisation de l'**outil multidimensionnel FLACC (Face-Legs-Activity-Cry-Consolability)** a été retenu; il s'agit d'une échelle validée et adaptée à la clientèle néonatale et pédiatrique hospitalisée pour :
 - les nouveau-nés (prématurés ou à terme);
 - les nourrissons;
 - les enfants jusqu'à l'atteinte de la capacité d'autoévaluation de la douleur (incapacité d'utiliser l'échelle des faciès ou l'échelle visuelle analogue 0 à 10);
 - la clientèle pédiatrique (jusqu'à 18 ans) ayant un déficit cognitif.
- L'échelle FLACC, présentée à l'annexe 1, est simple à utiliser. Elle inclut 5 éléments d'observation à quantifier de 0 à 2 points par élément (score total de 0 à 10). **Un score total égal ou supérieur à 3 suggère la présence de douleur.**

Jugement clinique

- **L'utilisation du score de la douleur doit toujours être associée au jugement clinique et interprétée en fonction du contexte de la situation clinique.**
- Le professionnel en soins infirmiers doit tenir compte du fait que les nouveau-nés sont plus vulnérables à la douleur. Plusieurs d'entre eux peuvent également ne pas démontrer de réponses à la douleur. Ceci ne signifie pas, pour autant, qu'ils ne la ressentent pas. La réponse du nouveau-né à la douleur peut être diminuée ou altérée par la prématurité, une comorbidité sévère, la sédation, une atteinte neurologique ou musculosquelettique, un état d'épuisement, etc.

Fréquence de l'évaluation de la douleur :

- Systématiquement q 8 heures;
- La première évaluation doit avoir lieu idéalement :
 - nouveau-nés : suite à la naissance après la période postpartum immédiate lorsque cela est propice (ex. : durant ou après le contact peau à peau);
 - clientèle pédiatrique : dès l'admission à l'unité de pédiatrie.
- Plus fréquemment si les scores de la douleur sont élevés ou instables (à déterminer au PTI par l'infirmière);
- Avant, pendant et après toute procédure douloureuse (ponction capillaire, veineuse ou artérielle, ponction lombaire, installation d'un tube de gavage, etc.);
- Selon la condition clinique et divers éléments douloureux :
 - fracture, céphalématome, bosse sérosanguine;
 - naissance avec forceps ou ventouse;
 - suspicion ou diagnostic de NEC (entérocolite nécrosante);
 - période post-opératoire chirurgicale;
 - drain ou tube permanent causant de la douleur, surtout avec le mouvement (ex. : drain thoracique, drain péritonéal).
- Avant et après l'administration d'analgésiques;
- Au cours de la période de sevrage d'analgésiques;
- Toute autre situation clinique où il y a suspicion de douleur de la part des parents ou des professionnels en soins infirmiers. Les indicateurs qui peuvent guider le professionnel en soins infirmiers, afin d'évaluer la douleur auprès de la clientèle néonatale et pédiatrique, sont à la fois physiologiques, comportementaux et contextuels.

INDICATEURS PHYSIOLOGIQUES, COMPORTEMENTAUX ET CONTEXTUELS DE LA DOULEUR CHEZ LE NOUVEAU-NÉ, LE NOURRISSON ET L'ENFANT	
Physiologie	▪ ↑ Fréquence cardiaque (pouls), ↑ de la variabilité ▪ ↑ Fréquence respiratoire, changement rythme/amplitude et ↓ saturation en oxygène ▪ ↑ Tension artérielle ▪ ↓ Tonus vagal (bradycardie) ▪ ↑ Sudation palmaire ▪ Changement dans la coloration de la peau ▪ Nausées et vomissements ▪ Dilatation des pupilles
Comportement	▪ Expressions faciales : froncements des sourcils, yeux fermés serrés, creux du sillon nasolabial, carrure de la bouche, lèvres serrées, langue arquée, tremblements du menton ▪ Pleurs ▪ Mouvements corporels : mouvements des membres (flexion-retrait, tension) ▪ Changements de l'état de veille ou sommeil (agitation, léthargie, changements dans les habitudes, etc.) ▪ Changements d'appétit
Contexte	▪ État de développement de l'enfant selon l'âge gestationnel ▪ Répétition et expérience des procédures douloureuses ▪ Efficacité et temps de sommeil ▪ État d'éveil au moment de l'évaluation de la douleur

2. Prise en charge de la douleur :

Objectifs :

- L'objectif des interventions contre la douleur est de **maintenir un score total inférieur à 3, à l'échelle d'évaluation FLACC**;
- Les interventions utilisées pour soulager la douleur doivent être utilisées de manière complémentaire et agir aussi au niveau environnemental et comportemental, en ajoutant la médication au besoin.

Stratégies de soulagement :

- La **première stratégie** à utiliser est la réduction du nombre et de la fréquence des interventions douloureuses :
 - Diminuer le nombre d'interventions en regroupant les interventions médicales et les autres procédures de soins;
 - Anticiper les besoins d'analyses sanguines afin d'en diminuer la fréquence, si possible (ex. : test de Guthrie, bilirubinémie ou glycémie faites en même temps).
- Les procédures suivantes doivent **obligatoirement** faire l'objet d'une méthode de soulagement de la douleur appropriée :

• Suction nasopharyngée, endotrachéale	• Retrait de sutures
• Installation d'un tube de gavage	• Installation de drain
• Ponction capillaire, veineuse ou artérielle	• Intubation
• Injections sous-cutanées ou intramusculaires (ex. : vaccin)	• Ponction lombaire
• Installation de voies veineuses périphériques ou centrales	• Ponction vésicale
• Cathétérisme vésical ou installation d'une sonde vésicale	• Examen ophtalmique
• Réfection de pansement	• Période post-opératoire
• Retrait de diachylon	
• Toute autre procédure qui peut causer douleur et inconfort	

Méthodes de soulagement :

- Interventions environnementales :

Celles-ci peuvent être employées en tout temps, avec ou sans présence de douleur. Elles doivent faire partie intégrante de la pratique des soins afin de favoriser le confort et diminuer le stress.

 - Réduction de la surstimulation (bruit, lumière, touchers fréquents, odeurs, etc.);
 - Positionnement et alternance des positions;
 - Regroupement des soins;
 - Respect du sommeil;
 - Instauration de périodes de repos entre les procédures;
 - Instauration de cycles jour/nuit.
- Interventions comportementales :

Ces interventions peuvent être utilisées à chaque procédure douloureuse en synergie avec les autres interventions.

 - Allaitement;
 - Peau à peau (méthode kangourou);
 - Sucrose avec succion non nutritive (suce d'amusement);
 - Suction non nutritive;
 - Enveloppement avec les mains;
 - Enveloppement avec les langes (emmaillotement);
 - Stimulation sensorielle douce et agréable (contact visuel, parler, chanter, bercer, massage).

▪ Précautions :

Afin de minimiser la douleur liée aux procédures, il est également judicieux de :

- Respecter une période de repos avant et après la procédure;
- Utiliser les diachylons de façon minimale;
- Enduire les cathéters de gel lubrifiant avant l'insertion;
- Humidifier les diachylons avant le retrait.

▪ Allaitement, contact peau à peau et administration de sucrose :

- L'allaitement demeure la méthode à privilégier pour le soulagement de la douleur légère.
- En second lieu, l'administration de lait maternel et le contact peau à peau (méthode kangourou) doivent être envisagés.
- En dernier lieu, l'administration de sucrose pour soulager ou prévenir la douleur légère (jusqu'à l'âge de 3 mois) doit être utilisée; se référer à l'ordonnance collective en vigueur.

▪ Médication analgésique :

- La médication est indiquée avant une procédure induisant des douleurs modérées à sévères et pour les douleurs prolongées. Lors de procédures invasives, se référer au médecin traitant ou aux protocoles, s'il y a lieu. Lors de l'utilisation d'un analgésique opiacé ou un médicament ayant un effet dépressif sur le système nerveux central, appliquer la surveillance requise selon les outils cliniques en vigueur.
- Une crème analgésique topique (sur ordonnance), peut être appliquée avant une ponction veineuse. Il est à noter que l'utilisation de ce type de crème est inefficace pour les ponctions capillaires.

Implication de la famille :

La douleur chez le nouveau-né, le nourrisson ou l'enfant est une source de détresse importante pour les parents. Ceux-ci s'attendent à une prévention et à un soulagement efficace de la douleur de leur enfant.

Il est important d'explorer et de répondre aux inquiétudes des parents face à la douleur, ses conséquences et son traitement.

- Inquiétude face à l'impact de la douleur sur la santé du nouveau-né, du nourrisson ou de l'enfant et des effets à long terme;
- Peur que le nouveau-né, le nourrisson ou l'enfant ne développe une dépendance aux analgésiques. Il faut savoir que les analgésiques qui sont donnés pour traiter la douleur n'engendrent pas de dépendance.

Les parents veulent des informations justes et honnêtes en ce qui concerne la douleur que peut ressentir leur enfant. Il est important de ne pas minimiser cette douleur (ex. : « Il ne s'en rappellera pas le jour de ses noces. »).

Les parents souhaitent s'impliquer pour soulager la douleur de leur enfant. Les professionnels en soins infirmiers doivent les soutenir afin que ceux-ci puissent interpréter les signes de douleur de leur enfant, s'impliquer dans le soulagement de la douleur de leur enfant et en suivre l'évolution.

3. Documentation au dossier

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire doivent documenter au dossier les éléments suivants :

- L'état général du nouveau-né, du nourrisson ou de l'enfant;
- Les résultats obtenus avec l'échelle FLACC;
- Les signes vitaux s'il y a lieu;
- La nature des procédures douloureuses et leur durée;
- Les méthodes de soulagement de la douleur non pharmacologiques utilisées;
- L'administration d'un médicament selon la voie d'administration : nom, posologie, dosage, voie d'administration, si utilisée (inscrire au FADM);
- Les réactions aux différentes méthodes de soulagement choisies ou suite à l'administration du médicament;
- La surveillance post-administration de médicament, s'il y a lieu;
- La présence des effets secondaires;
- La réévaluation régulière de la douleur avec l'échelle FLACC;
- Le niveau d'implication des parents lors de la gestion de la douleur de l'enfant;
- Les interventions d'éducation et de soutien des parents face à la gestion de la douleur de l'enfant.

Pour l'infirmière, aux éléments mentionnés ci-haut, s'ajoutent ceux-ci :

- Les résultats de l'examen physique;
- Les décisions cliniques infirmières en lien avec l'évaluation ou le soulagement de la douleur;
- Le suivi clinique effectué ainsi que l'élaboration du PTI;
- Les objectifs de soins poursuivis au niveau de la gestion de la douleur suite aux discussions avec l'équipe médicale ou interdisciplinaire et les objectifs de soins.

SOURCES / RÉFÉRENCES

American Academy of Pediatrics (AAP) & Canadian Pediatric Society (CPS). (2007). Policy Statement. Prevention and Management of Pain in the Neonate. *Advances in Neonatal Care*, 7(3), 151-160.

Anand, KJS (2012) *Assesment of neonatal pain* (litterature review), document consulté sur le site www.uptodate.com.

Anand. KJS (2014) *Prevention and treatment of neonatal pain* (litterature review), document consulté sur le site, www.uptodate.com.

Centre national de ressources de lutte contre la douleur (2013) *Évaluation de la douleur chez le nouveau-né : généralités*, document consulté sur le site www.pediadol.org.

CNRD – Centre national de Ressources de lutte contre la douleur (2007), *Évaluation de la douleur chez le jeune enfant*.

CHU Ste-Justine(2009), *Guide pour la gestion de la douleur chez le nouveau-né*, publication du CHU Sainte-Justine.

CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel (2014) Règle de soins R-11 : *Dépister et évaluer la douleur*. Publication interne.

FLACC (Face legs Activity Cry Consolability), document consulté sur le site www.pediadol.org.

[FLACC Scale](#) (Extracted from *The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children*, by S Merkel and others, 1997, *Pediatric Nurse* 23(3), p. 293–297.

RNAO (2002) *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation et prise en charge de la douleur*.

Société canadienne de la douleur (2005), *Normes d'Agrément sur l'évaluation et le traitement de la douleur : Passons à l'action !*, p. 17.

Société Canadienne de Pédiatrie. (2007). *Document de principe. La prévention et la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né : Une mise à jour*, Reconduit le 1er février 2011.

Stevens B, Yamanda J, Lee GY, Ohlsson A. (2013). *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. Cochrane Database Systemic Review, 1 : CD001069.

ANNULATION D'OUTILS CLINIQUES EXISTANTS

En date de l'entrée en vigueur mentionnée, cette règle de soins vient annuler les outils cliniques suivants :

Installations :	Annulation :
Hôpital du Suroît	Règle de soins : Prévention et gestion de la douleur chez le nouveau-né RS 1200-14-003

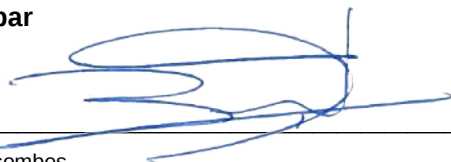
PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION**Rédigé par**

Mélanie Guérin, infirmière soutien clinique, pavillon de naissance	Janvier 2016
Louise Leduc, conseillère clinicienne cadre en soins infirmiers (version originale au Suroît)	Juillet 2014

Personnes consultées

Dr Marc Maya, chef médical en pédiatrie, Hôpital Anna-Laberge	Octobre 2015
Isabelle Allaire, chef de service Médecine 1 ^{er} Ouest, Hôpital Anna-Laberge	Janvier 2016
Julie Bédard, chef de service Médecine 3 ^e B, Hôpital du Suroît	Janvier 2016
Céline Jodar, conseillère-cadre au développement de la pratique professionnelle, DSIEU	Décembre 2015
Marie-Hélène Faille, conseillère-cadre au développement des outils cliniques, DSIEU	Janvier 2016

Dr Guy Lanctôt, chef du service de pédiatrie (version originale au Suroît)	Octobre 2014
Gina Boulanger, chef des programmes Centre mère-enfant (version originale au Suroît)	Octobre 2014

PROCESSUS D'APPROBATION**Approuvé par**


Philippe Besombes
Directeur des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire

1^{er} mars 2016

Date

ANNEXE 1

ÉCHELLE FLACC POUR ÉVALUER LA DOULEUR NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE (FLACC : Face-Legs-Activity-Cry-Consolability)

Cette échelle a été retenue pour évaluer la douleur chez la clientèle néonatale et pédiatrique hospitalisée :

- les nouveau-nés (prématurés ou à terme);
- les nourrissons,
- les enfants jusqu'à l'atteinte de la capacité d'autoévaluation de la douleur (incapacité d'utiliser l'échelle des faciès ou l'échelle visuelle analogue 0 à 10);
- la clientèle pédiatrique (jusqu'à 18 ans) ayant un déficit cognitif.

L'échelle inclut 5 éléments d'observation à quantifier de 0 à 2 points par élément (score total de 0 à 10). **Un score total égal ou supérieur à 3 suggère la présence de douleur.**

CRITÈRES		POINTAGE
Visage	0 Pas d'expression particulière ni sourire; 1 Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé; 2 Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton.	
Jambes	0 Position habituelle ou détendue; 1 Gêné, agité, tendu; 2 Coups de pieds ou jambes recroquevillées.	
Activité	0 Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement; 1 Se tortille, se balance d'avant en arrière, se retourne constamment, tendu; 2 Arc-bouté, figé ou sursaute.	
Cris/Pleurs	0 Pas de cris ou pleurs (éveillé ou endormi); 1 Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle; 2 Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes.	
Consolation	0 Content, détendu; 1 Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Se laisse distraire; 2 Difficile à consoler ou à réconforter.	
SCORE TOTAL (/10) :		

L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire doit documenter au dossier le score total obtenu à l'échelle dans ses notes d'observations ou au formulaire clinique intitulé «Échelle de douleur nouveau-né / nourrisson / enfant (échelle FLACC)».