



HAL
open science

Utilité d'une brochure informative sur la durée et l'intensité des douleurs périnéales en post-partum : étude randomisée

Aurore Mauny

► To cite this version:

Aurore Mauny. Utilité d'une brochure informative sur la durée et l'intensité des douleurs périnéales en post-partum : étude randomisée. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00717302

HAL Id: dumas-00717302

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717302>

Submitted on 12 Jul 2012

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

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

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Utilité d'une brochure informative sur la durée
et l'intensité des douleurs périnéales en post-
partum : Etude randomisée

Mémoire de fin d'études

Présenté par

MAUNY Aurore

Née le 21 Janvier 1989

Sous la codirection

de Madame DAVIDSON Cécile, Sage-femme

et de Madame MORIN Christine, Sage-femme Enseignante

Première année du premier cycle des études médicales 2007/2008

Promotion Ecole de Sages-femmes 2008/2012

Remerciements

Je tiens à remercier Mesdames Davidson et Morin, mes maîtres de mémoire, pour leur aide, leurs conseils et l'intérêt porté à ce travail.

Je remercie l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Bordeaux pour son écoute, merci également à Marie-Christine, secrétaire de l'école, pour son sourire et sa gentillesse.

Je remercie mes parents et ma famille pour leur soutien sans faille durant ces cinq années.

Je remercie la promotion 2012 pour ces quatre années où l'entraide et l'amitié nous ont liés. Un grand merci à Eva et Clémence d'avoir été là dans les bons et les mauvais moments.

Je remercie Camille, ma meilleure amie, et Cécile, ma colocataire, de leur patience, leurs encouragements et leur compréhension.

Enfin je remercie toutes les personnes qui m'ont aidée à trouver ma voie.

Sommaire

INTRODUCTION	7
1. PARTIE THEORIQUE	10
1.1 Les déchirures périnéales	10
1.1.1 Le périnée intact	10
1.1.2 La déchirure du 1 ^{er} degré	11
1.1.3 La déchirure du 2 ^e degré	11
1.1.4 La déchirure du 3 ^e degré	11
1.1.5 L'épisiotomie	12
1.2 La douleur	12
1.2.1 Définition	12
1.2.2 La douleur périnéale	12
1.2.3 La douleur chronique	13
1.2.4 Les échelles d'évaluation de la douleur	13
1.3 Soins du périnée et traitement de la douleur en post-partum.	15
1.3.1 Soins apportés au périnée en post-partum immédiat	15
1.3.2 Traitements de la douleur	15
2. MATERIEL ET METHODE	20
2.1 Type d'étude	20
2.2 Lieu de déroulement de l'étude	20
2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	21
2.3.1 Les critères d'inclusion	21
2.3.2 Les critères d'exclusion	21
2.4 Tirage au sort	22
2.5 Etude préliminaire	22
2.6 Protocole de l'essai clinique	22
2.6.1 Première partie de l'étude	22
2.6.2 Deuxième partie de l'étude	24
2.7 Les critères de jugement	24
2.7.1 Mesure de l'efficacité de la brochure	24
2.7.2 Les échelles d'évaluation de la douleur	24
2.7.3 Analyse de la satisfaction des patientes	26
2.8 Création de la brochure "Comment soulager les douleurs périnéales"	26
2.9 Les tests statistiques	27

3. RESULTATS	30
3.1 Description des deux groupes.....	31
3.1.1 Caractéristiques socio-démographiques	31
3.1.2 Caractéristiques obstétricales	32
3.1.3 Antécédents de douleurs périnéales.....	33
3.1.4 Le périnée au 2 ^e jour du post-partum	34
3.2 Les douleurs périnéales en post-partum	38
3.2.1 Complications périnéales après le retour à domicile	39
3.2.2 Durée des douleurs périnéales	40
3.2.3 Intensité des douleurs périnéales chez les patientes encore douloureuses	42
3.3 Les traitements dans le post-partum	44
3.3.1 Traitements utilisés dans le post-partum	44
3.3.2 Efficacité des différents traitements non médicamenteux.	46
3.4 Satisfaction des patientes.....	47
4. DISCUSSION.....	48
4.1 Utilité de la brochure sur les douleurs périnéales en post-partum.....	48
4.2 Traitements utilisés dans le post-partum.....	52
4.3 Satisfaction des patientes.....	56
4.4 A propos de l'étude	57
4.5 Propositions	58
4.5.1 Etudes complémentaires	58
4.5.2 Amélioration des pratiques professionnelles	59
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	70
ANNEXE I. PRESENTATION DE L'ETUDE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	70
ANNEXE II. RECUEIL DE DONNEES.....	73
ANNEXE III. QUESTIONNAIRE A REMPLIR AU 2EME JOUR DU POST PARTUM	74
ANNEXE IV. QUESTIONNAIRE A REMPLIR ENTRE LE 46EME ET LE 56EME JOUR DU POST PARTUM	76
ANNEXE V. ECHELLE REEDA (DAVIDSON 1974).....	79
ANNEXE VI. QUESTIONNAIRE DE LA DOULEUR DE SAINT-ANTOINE (QDSA)	80
ANNEXE VII. QUESTIONNAIRE CONCIS SUR LES DOULEURS (QCD)	81
ANNEXE VIII. BROCHURE "COMMENT SOULAGER LES DOULEURS PERINEALES"	82
ANNEXE IX. RESULTATS COMPLEMENTAIRES	83

Liste des abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BPI : Brief Pain Inventory

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EN : Echelle Numérique

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : l'Echelle Verbale Simple

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

MPQ : McGill Pain Questionnaire

NFC : Noyau Fibreux Central

NICE : National Institute for Health and Clinical Experience

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCD : Questionnaire Concis sur les Douleurs

QDSA : Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine

SFHH : Société Française d'Hygiène Hospitalière

« La douleur liée à une pathologie à un intérêt en tant que message d'alerte. Mais au-delà, qu'elle soit nociceptive ou psychogène, sa persistance est préjudiciable au processus de guérison et au mieux être de la personne »

Le livre blanc de la douleur (1)

Introduction

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à l'évaluation des systèmes de santé, reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental : *« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée »* (2)

D'après le rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) datant de 2002, les douleurs périnéales font parties des principales physiopathologies du post-partum (3). Ces douleurs sont les principales conséquences des épisiotomies, des déchirures périnéales ou vaginales, des éraillures ou des déchirures touchant les organes génitaux externes. Ces lésions périnéales concernent environ 85% des parturientes (4).

Depuis 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande une prévalence inférieure à 30% pour les épisiotomies (5). Les résultats de l'enquête périnatale de 2010 confirment cette diminution, la proportion de femmes primipares ayant subi une épisiotomie est passée de 71 % à 45 %, entre 1998 et 2010 et de 36 % à 14 % parmi les multipares (6). Ces chiffres, bien qu'en baisse, révèlent encore des taux importants d'épisiotomies réalisées en France. Ainsi un grand nombre de patientes sont potentiellement concernées par les douleurs post-natales.

La prévention des douleurs périnéales se fait, en premier lieu, par une diminution des traumatismes périnéaux lors de l'accouchement (7). La réalisation d'un surjet continu avec du fil résorbable (8) qui induit moins de douleurs et d'inconfort pour la patiente que des points séparés dans le post-partum immédiat (9), peut également participer à cette prévention.

De nombreux traitements qu'ils soient médicamenteux ou non existent afin de soulager les douleurs périnéales. Les traitements médicamenteux les plus efficaces sur les douleurs périnéales sont le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (10,11). Il s'agit du traitement recommandé par le CNGOF (12). Des traitements non

médicamenteux sont également utilisés tels que : le froid, la glace, le chaud, l'homéopathie (13–17).

Les traitements médicamenteux ont été largement étudiés dans des études d'efficacité ou de coût. Ils semblent être efficaces sur les douleurs périnéales (10,11).

L'efficacité des traitements non médicamenteux n'est montrée que par très peu d'études de faible puissance (13–17).

A notre connaissance, peu d'études ont porté sur l'analyse des conseils délivrés aux patientes pour soulager leurs douleurs périnéales.

Quelques études ont examiné la prévalence des douleurs périnéales. Elles concluent que 42 à 92% des femmes souffrent de douleurs périnéales en post-partum immédiat et 12 à 22% d'entre elles sont encore douloureuses au niveau périnéal 6 à 8 semaines après leur accouchement. Ces données sont à pondérer en fonction de la parité, du mode d'accouchement et du type de lésion périnéale (18,19). Une autre étude montre que la douleur augmente avec la gravité de la lésion. Cependant à 6 semaines, la différence de fréquence des douleurs entre les différentes lésions n'est pas significative (20).

L'enquête de périnatalité canadienne de 2007 révèle que pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement, 15,2 % (IC 95 % : 14,3-16,2) des femmes ont mentionné les douleurs aux alentours du vagin ou de l'incision de la césarienne comme étant « un gros problème » de santé postnatale (21). Il est à noter que l'intensité des douleurs n'est pas précisée dans les études retrouvées.

Une enquête de satisfaction australienne des femmes ayant accouché rapporte que la moitié des femmes interrogées souhaitent avoir plus de conseils et d'aide pour s'occuper d'elles (22).

L'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) de 2008 suggère également que des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseils et d'informations pour préparer la sortie de la maternité, une femme sur cinq déplorant des carences dans ce domaine (23).

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'utilité d'une brochure informative écrite, contenant différents traitements non médicamenteux pour soulager les douleurs périnéales, sur la durée et l'intensité des douleurs périnéales en post-partum. Avec une information plus exhaustive, la durée des douleurs périnéales diminue-t-elle ? L'intensité de ces douleurs, à deux mois du post-partum, est-elle diminuée ?

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'utilisation et l'efficacité des différents traitements proposés et la satisfaction ressentie par les patientes concernant leur prise en charge. Cet outil est-il une aide dans leur choix thérapeutique ?

En avant-propos à cette étude, nous définirons, dans une première partie, les déchirures périnéales et la douleur puis les différents soins apportés au périnée en post-partum. Le protocole de l'étude sera ensuite détaillé dans la partie matériel et méthode. Dans une troisième partie, les résultats seront décrits. Enfin, la dernière partie composée de la discussion permettra de répondre aux objectifs attendus, d'analyser le déroulement de l'étude et d'émettre des hypothèses pour améliorer les pratiques professionnelles.

1. Partie Théorique

1.1 Les déchirures périnéales

Lors de la descente du mobile fœtal dans le bassin maternel, les nombreux muscles du périnée uro-génital féminin sont distendus. Les principaux muscles sollicités sont les faisceaux de l'élévateur de l'anus (pubo-rectal, pubo-coccygien et ilio-coccygien) sur le plan musculaire profond, le transverse profond sur le plan moyen et les muscles transverse superficiel, bulbo-spongieux et ischio-caverneux sur le plan superficiel. (24)

Le Noyau Fibreux Central (NFC), situé sur la ligne médiane sous la peau est le point d'ancrage des muscles du plan superficiel. Cette zone de tissu fibro-conjonctif très résistante est particulièrement étirée pendant l'accouchement.

Au cours de l'expulsion, les forces de compression du mobile fœtal et d'étirements des efforts expulsifs maternels exposent les muscles du plancher pelvien, les tissus conjonctifs et les nerfs périphériques.

Le NFC est l'élément le moins élastique, il sera le premier avec les muscles et aponévroses adjacentes à se déchirer sous la pression du mobile fœtal. La muqueuse vaginale sera le deuxième élément capable de se déchirer. La déchirure se produit au niveau de l'hymen pour remonter vers le vagin et descendre ensuite vers la jonction cutanéomuqueuse. (25)

1.1.1 *Le périnée intact*

Un périnée qui apparaît intact, c'est-à-dire sans déchirure cutanéomuqueuse, après un accouchement peut en fait cacher des déchirures fermées. Elles peuvent concerner le noyau fibreux central, l'aponévrose moyenne, les muscles du périnée superficiel, le plan des releveurs et le fascia pelvien. Ses déchirures musculaires peuvent altérer la tonicité périnéale et être sources de dyspareunies, incontinence urinaire ou prolapsus. (25)

Des lésions nerveuses peuvent également être présentes derrière un périnée dit « intact ». Le nerf pudendal et ses divisions peuvent être allongés ou comprimés lors de

la rétroimpulsion sacrococcygienne. Ce nerf innerve les sphincters urétral et anal ainsi qu'une partie du muscle élévateur de l'anus. (24)

Il existe deux sortes de classifications des déchirures périnéales, la classification anglo-saxonne et celle retenue dans notre étude, la classification française (26) qui comprend trois stades.

1.1.2 La déchirure du 1^{er} degré

Elle intéresse la peau anovulvaire, les muscles superficiels du périnée et la muqueuse vaginale, tout en respectant le sphincter anal. Elle débute au niveau de la fourchette vulvaire et peut s'étendre vers le vagin ou en direction du sphincter anal.

Par ordre croissant de gravité, on distingue trois subdivisions (26):

- seules la peau et la muqueuse vaginale sont déchirées au niveau de la fourchette;
- le muscle bulbo-caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central du périnée sont atteints ;
- le centre tendineux du périnée est complètement rompu. Le sphincter anal est intact.

1.1.3 La déchirure du 2^e degré

Dans cette déchirure, la lésion du sphincter anal externe s'associe à une déchirure périnéale du 1^{er} degré. La rupture est latérale et s'arrête au niveau de la marge anale. L'espace pelvi-rectal est béant, on parle de périnée complet (25). Lorsqu'une épisiotomie a été pratiquée, la déchirure part à 90° de celle-ci et rejoint l'anus. Cette dernière survient lorsque l'incision du muscle élévateur de l'anus est incomplète (8).

1.1.4 La déchirure du 3^e degré

Dans cette déchirure, la paroi anale est rompue, mettant directement en communication vagin et rectum. L'anus est béant et forme avec le vagin un véritable cloaque. La cloison rectovaginale et la muqueuse anale sont rompues (25).

1.1.5 L'épisiotomie

L'épisiotomie est une incision de la vulve qui a pour point de départ la fourchette. Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF préconisent une incision médiolatérale de 4 à 6 cm à 45° vers la région ischiatique. Elle doit être réalisée lors du petit couronnement, au moment d'un effort expulsif. Elle doit sectionner le faisceau pubo-rectal de l'élévateur de l'anus protégeant ainsi le noyau fibreux central et le sphincter anal (8).

1.2 La douleur

1.2.1 Définition

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme étant une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* » (27). Cette définition fait référence aux plans national et international. Elle a été également retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (28). La dernière partie de la définition signifie que tous les types de douleurs sont ressenties comme si un tissu était lésé : le fait qu'une lésion réelle existe ou non ne modifie pas le ressenti de la douleur.

1.2.2 La douleur périnéale

Les douleurs périnéales qui font suite à l'accouchement, surtout lors d'une suture, peuvent être considérées comme des douleurs post-opératoires. Il s'agit alors d'une douleur par excès de nociception, c'est-à-dire qu'elle est due à des lésions des tissus périphériques provoquant un excès d'influx douloureux dans le système nerveux. Il y a alors une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques.

Ces douleurs peuvent avoir diverses origines : un œdème, un hématome, des éraillures situées proches du méat urinaire, une déchirure ou une suture.

1.2.3 La douleur chronique

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la douleur chronique, prise en compte dans les recommandations de 2008 (29), est un « *syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :*

- *persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois,*
- *réponse insuffisante au traitement,*
- *détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail » . (29)*

Les douleurs chroniques périnéales sont parfois dues à une erreur technique lors de la suture ou à un trouble de la cicatrisation (25).

La descente du mobile fœtal sur le périnée peut également créer un étirement du nerf pudendal (ou honteux interne) provoquant une dénervation. Il y a alors amyotrophie périnéale et les douleurs chroniques apparaissent. Il peut y avoir une répercussion sur la continence urinaire et anale (30,31).

1.2.4 Les échelles d'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est une pratique complexe, puisque celle-ci est par définition subjective. Elle est fonction de l'âge, du vécu et de la personnalité du patient. Cependant des outils d'évaluation permettent de prendre en compte ces souffrances et de mettre en œuvre les actions adaptées. Parmi celles-ci se trouvent :

- Les échelles d'intensité

Trois échelles existent : l'Echelle Verbale Simple (EVS), l'Echelle Numérique (EN) et l'Echelle Visuelle Analogique (EVA). Elles sont unidimensionnelles, rapides et faciles d'utilisation, elles permettent la répétition et donc le suivi, mais ne peuvent servir à comparer des patients entre eux. Enfin elles ne donnent pas d'information sur la

nature de la douleur mais permettent d'identifier les patients nécessitant un traitement antalgique.(32,33)

- Le questionnaire de description sensorielle et affective de la douleur

Il s'agit d'un questionnaire comportant 78 items dans sa version longue (McGill Pain Questionnaire) et 15 dans sa version française abrégée (Questionnaire Douleur de Saint-Antoine). Il évalue les dimensions sensorielles et affectives de la douleur. C'est un outil d'hétéro-évaluation. Ce questionnaire ne peut être répété à intervalle régulier, et ne permet pas d'établir un score global. (32,33)

- L'évaluation de l'impact de la douleur

Le Brief Pain Inventory (BPI) ou Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD) en français, est une échelle d'hétéro-évaluation du retentissement fonctionnel et de la qualité de vie. Simple et rapide d'utilisation, il étudie l'impact de la douleur sur le sommeil, l'humeur, l'activité, la marche, la relation aux autres et le goût de vivre.(32,33)

Pour une aide à la prise en charge de la douleur, ces échelles peuvent être complétées de « schémas corporels » qui permettent aux patients de localiser leur douleur sur un corps dessiné. Ils peuvent également indiquer la nature superficielle ou profonde de leurs souffrances.(32)

1.3 Soins du périnée et traitement de la douleur en post-partum.

1.3.1 Soins apportés au périnée en post-partum immédiat

Le CNGOF (12) recommande qu'un soin, non stérile, avec un savon antiseptique soit effectué en salle d'accouchement avant que l'accouchée ne retourne dans sa chambre. Durant le séjour en maternité, la sage-femme explique à la patiente les règles d'hygiène relatives aux soins à apporter à sa cicatrice périnéale et leurs fréquences.

Les toilettes périnéales doivent être réalisées au minimum deux fois par jour et après la selle, un nettoyage au savon doux suffit. Le périnée doit ensuite être bien rincé et séché. Les protections hygiéniques doivent être changées aussi souvent que nécessaire. Lorsque la patiente se plaint de douleurs périnéales, un anti-inflammatoire ou un antalgique de niveau 2 peut être prescrit pendant 24 à 48 heures.(34)

La Société Française d'Hygiène Hospitalière (35) rappelle que c'est à la sage-femme d'évaluer les possibilités de la patiente à effectuer sa toilette et à aller se doucher. La sage-femme doit également s'assurer quotidiennement de l'état du périnée et de la cicatrice.

1.3.2 Traitements de la douleur

1.3.2.1 Les traitements médicamenteux

La prescription d'agents antalgiques fait partie d'une stratégie actuelle d'analgésie multimodale, visant à limiter l'intensité de la douleur postopératoire (36). Afin de prévenir les douleurs périnéales, l'administration d'antalgique doit être faite avant la stimulation douloureuse et à dosage efficace. L'efficacité de cette prévention est documentée sur les scores de douleur postopératoire, pour les interventions peu ou moyennement douloureuses (37).

En obstétrique, ces recommandations de l'ANAES peuvent être adaptées. Le traitement antalgique doit débiter avant la fin des effets de la péridurale ou des anesthésiques locaux utilisés lors de la suture.

Les douleurs périnéales faisant suite à un accouchement doivent être considérées comme des douleurs post opératoire attendues, leur soulagement par des antalgiques non morphiniques seuls est recommandé (37).

L'ANAES privilégie l'administration systématique avec un protocole préétabli à l'administration à la demande (36). Le CNGOF, quant à lui, recommande le paracétamol et l'ibuprofène (anti inflammatoire non stéroïdien de référence) face aux douleurs périnéales (12). Ce sont deux analgésiques non morphiniques efficaces sur les chirurgies de surface peu douloureuses.

- Le paracétamol

Il est efficace sur les douleurs d'intensité faible à moyenne (38),(39), mais sa pharmacocinétique impose une anticipation de la prescription car son délai d'action est de 30 minutes et son pic d'efficacité apparaît à 1 heure environ. Il doit être donné à posologie suffisante ($4g.j^{-1}$ per os pour l'adulte) (36). Lors de fortes douleurs, le paracétamol semble avoir une action modérée sur les douleurs périnéales, mais des études de plus grande ampleur et centrées uniquement sur les douleurs périnéales en post partum seraient nécessaires pour l'affirmer.

Le paracétamol diffuse dans le lait maternel, mais la dose maximale reçue par un bébé dont la mère a pris 1g de paracétamol est très inférieure à la dose thérapeutique unitaire qu'un pédiatre lui aurait prescrite, ce qui le rend compatible avec l'allaitement maternel (40).

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les AINS sont recommandés après une chirurgie à forte composante inflammatoire. Ils améliorent la qualité de l'analgésie, notamment à la douleur provoquée (36).

L'AINS de référence compatible avec l'allaitement maternel est l'ibuprofène, dont le passage dans le lait est quasi indétectable pour des doses de 400 mg x 4 par jour (40). L'ibuprofène 400mg présente un pic d'efficacité plus rapide et une durée d'action plus longue que le paracétamol 1000mg (11,41). Les AINS représentent un traitement antalgique efficace et supérieur au paracétamol utilisé seul dans le traitement des douleurs périnéales du post-partum. Il est de faible coût et ne présente pas d'effets indésirables (10).

Le protocole le plus répandu dans les services de suites de couches est l'association paracétamol et ibuprofène. Lorsque la douleur résiste à ces deux analgésiques non morphiniques, un antalgique morphinique tel que la codéine peut être prescrit (36).

1.3.2.2 Les traitements non médicamenteux

- Le froid

Le froid entraîne un ralentissement de la conduction nerveuse permettant un effet analgésiant. Il a également un pouvoir anti-inflammatoire par diminution de la production des médiateurs chimiques responsables de l'inflammation.

Le froid provoque une vasoconstriction qui va à l'encontre de la vasodilatation de l'inflammation et qui diminue également l'œdème.

Toutefois, le froid n'empêche pas la réparation des tissus, il ne fait que la ralentir. Ce ralentissement est largement compensé par la réduction des effets néfastes de l'œdème.

En 2001, à partir d'une revue de la littérature, Mac Auley décrit les conditions d'efficacité de la cryothérapie. Il en conclut que l'application répétée de glace par tranche de 10mn sur la blessure est plus efficace qu'une application continue. La diminution de température des muscles recherchée est de 10 à 15° ce qui est possible en 10 minutes pour les muscles, tandis que la peau ne s'abîme pas car elle retrouve rapidement sa température d'origine lors de l'arrêt du traitement (42).

En obstétrique, le froid peut être utilisé de plusieurs façons : glace, coussin thermique, brumisateur ou bain de siège.

Cependant, l'efficacité du froid dans le soulagement des douleurs périnéales a été peu étudiée, et les études retrouvées ont une faible puissance scientifique.

En 2007, East et al (43) publient une méta-analyse incluant 7 études randomisées qui comparent les traitements par le froid (glace, garniture froide ou bain de siège à l'eau froide) avec différents traitements médicamenteux ou non (bain chaud, eau d'hamamélis, hydrocortisone). Seule l'étude comparant l'application de glace ou de gel froid à l'absence de traitement conclue à une diminution de la douleur à 24 et 72h de

l'accouchement (RR 0.61, 95% CI 0.41 to 0.91) (13) . Les autres méthodes ne montrent pas de différences significatives (43).

Leventhal et al (44) ont mené en 2011 un essai randomisé évaluant l'efficacité du bloc de glace à un bloc à température ambiante et aux traitements habituels (groupe « contrôle »). Cette étude menée sur 114 primipares montre qu'après 20 minutes d'application sur le périnée, la diminution de la douleur sur l'échelle numérique est plus importante dans le groupe bloc de glace par rapport au groupe contrôle (1.6 versus 3.3, $p=0.032$) (44).

En pratique, les patientes semblent préférer l'utilisation de gel froid à la glace ou à l'absence de traitement (43,45).

Roberts et al (14) en 1986 rapportent que les bains froids sont significativement plus efficaces que les bains chauds dans le soulagement des douleurs périnéales, cependant l'échantillon n'était composé que de 40 patientes (14).

Les bains de siège sont largement utilisés dans la pratique pour réduire œdème et hémorroïdes mais ils ne font pas parties des recommandations car aucune étude d'un niveau correct n'a été menée (46).

Enfin, le brumisateur d'eau ou douchette peut permettre une diminution des sensations de brûlures lors de la miction en diluant les urines.

- Le chaud

Souvent appréciés après quelques jours, les bains de siège chauds permettent d'améliorer le flux sanguin vers le périnée. Ils s'avèrent plus efficace dans la réduction des œdèmes que les bains de sièges froids (17).

- L'homéopathie

L'homéopathie n'est pas un traitement du symptôme mais un rééquilibrage du terrain, ce qui complique les conseils pouvant être donnés en matière d'homéopathie puisque chaque patiente peut avoir besoin d'un traitement spécifique. Cependant, les douleurs des lésions périnéales étant reconnues comme des douleurs post-opératoires, certains traitements généraux peuvent être proposés (47,48).

Selon l'enquête Ipsos de juin 2010, 82% des français ont déjà utilisé des médicaments homéopathiques (49).

Bien que leur efficacité ne cesse de faire débat (50), la sécurité sociale française rembourse les traitements homéopathiques à hauteur de 30% depuis mai 2011 et l'Ordre des médecins français reconnaît l'exercice médical de l'homéopathie depuis 1997.

Le soulagement des douleurs périnéales peut être obtenu grâce à la prise de 5 granules d'Arnica Montana 9 CH deux fois par jour pendant vingt jours. L'Arnica Montana est le traitement du traumatisme physique particulièrement indiqué lors de fatigue musculaire et courbature locale ou générale (47,48).

Pour réduire un œdème, deux traitements pourront être proposés; le Belladonna 9 CH si la patiente a la sensation de soif ou l'Apis Mellifica 9 CH si ce n'est pas le cas (47,48).

En cas d'épisiotomie, le traitement se résume à 5 granules de Staphysagria 5 CH par jour pendant 15 jours pour favoriser la cicatrisation et permettre à la sensation de brûlure associée à la plaie de s'atténuer progressivement (47,48).

1.3.2.3 Autres méthodes

- Les positions :

Après l'accouchement, le périnée est une zone musculaire sensible, les positions le sollicitant peu permettront donc de diminuer les douleurs associées à une suture ou un hématome. Le coussin d'allaitement permet de trouver des positions adaptées telles que l'assise en tailleur en antéversé ou la posture à 4 pattes. C'est à la patiente d'ajuster sa position afin de diminuer ses douleurs périnéales.

- Le massage périnéal

Bien qu'aucune étude sur l'efficacité du massage périnéal, en post-partum, n'ait été faite, cette méthode est souvent préconisée par les professionnels. Le massage externe de la peau, après cicatrisation, permet de diminuer la rigidité et les adhérences de la cicatrice.

A notre connaissance, aucune étude sur l'intérêt des conseils donnés, concernant les traitements pour soulager les douleurs périnéales, lors de la sortie de la maternité n'a été réalisée.

2. Matériel et Méthode

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'utilité d'une brochure informative écrite, contenant différents traitements non médicamenteux pour soulager les douleurs périnéales, sur la durée et l'intensité des douleurs périnéales en post-partum.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'utilisation et l'efficacité des différents traitements proposés et la satisfaction ressentie par les patientes concernant leur prise en charge.

2.1 Type d'étude

Cette étude est un essai clinique d'efficacité contrôlé, randomisé et prospectif, comparant deux groupes de parturientes du 2^e au 56^e jour du post-partum : l'un (Groupe A) recevant uniquement les conseils des sages-femmes pour soulager leurs douleurs périnéales après la sortie de la maternité, et l'autre (Groupe B) recevant, en plus des conseils du service, la brochure « Comment soulager les douleurs périnéales » et des explications orales sur celle-ci.

2.2 Lieu de déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée dans les 2 unités de suites de couches d'une maternité de type 3 du 04 juillet au 04 août 2011. Cette maternité de type 3 a réalisé 4616 accouchements en 2010 et possède 3 unités de suites de couches de 24 lits chacune, soit une capacité d'accueil de 72 jeunes mamans. Cette maternité a été choisie afin de pouvoir recruter un maximum de patientes dans un même établissement, sur une période assez courte (1 mois).

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

2.3.1 Les critères d'inclusion

Les patientes incluses dans l'étude étaient toutes des femmes :

- ayant accouché par les voies naturelles avec ou sans aide instrumentale, à un terme supérieur ou égal à 37SA, d'un enfant né vivant et non hospitalisé dans les suites de couches immédiates entre le 02.07.2011 et le 02.08.2011,
- ayant été hospitalisées pour une durée supérieure à deux jours dans l'unité de suites de couches,
- ayant signé le consentement de participation à l'étude.

2.3.2 Les critères d'exclusion

Les patientes étaient exclues de l'étude si :

- elles étaient mineures,
- elles ne parlaient et ne comprenaient pas correctement le français,
- elles ne possédaient ni téléphone fixe ou portable, ni adresse mail.

Les patientes souffrant avant la grossesse des affections suivantes étaient également exclues de l'étude :

- Syndrome douloureux pelvien chronique,
- Névralgies pudendales, ilio-inguinales, ilio-hypogastriques, et génito-fémorales,
- Douleurs à composante ostéo-ligamentaire : le syndrome de la charnière dorso-lombaire et la coccygodynie,
- Le syndrome myofascial,
- Douleurs d'origine musculaire : syndrome du muscle piriforme, syndrome du muscle obturateur,
- Douleurs d'origine veineuse : les varices pelviennes.

2.4 Tirage au sort

La randomisation a été faite grâce à des enveloppes scellées par bloc de 10. Chaque enveloppe contenait 5 papiers « Groupe A » et 5 papiers « Groupe B ». Cette méthode de randomisation a été choisie afin d'équilibrer les groupes. Une nouvelle enveloppe était ouverte toutes les 10 patientes. Ainsi, une différence de 5 patientes au maximum entre les 2 groupes était attendue en fin d'étude. Le tirage au sort se faisait par l'enquêteur.

2.5 Etude préliminaire

Afin de tester le questionnaire et les différentes échelles utilisées, une première étude préliminaire s'est déroulée du 21 au 24 juin 2011. Douze patientes ont pu être recrutées et ont permis de retravailler le questionnaire pour une meilleure compréhension.

2.6 Protocole de l'essai clinique

2.6.1 Première partie de l'étude

Le recrutement des patientes s'est fait tous les matins entre 9h et 13h du 04 juillet au 04 août 2011. Après avoir vérifié dans le dossier les critères d'inclusion et d'exclusion, l'enquêteur tirait au sort le groupe dans lequel la patiente allait appartenir.

- Présentation de l'étude

L'étude était présentée à la patiente. Si elle acceptait d'y participer, elle devait signer deux formulaires de consentement, un à conserver, l'autre à remettre à l'enquêteur (*cf. Annexe I. Présentation de l'étude et formulaire de consentement*).

Le périnée était redéfini à toutes les patientes afin qu'elles ne confondent pas les douleurs périnéales avec les douleurs utérines. La définition suivante a été choisie : « Le périnée est l'ensemble des muscles qui soutiennent tous les organes

génitaux situés au niveau du bassin comme l'utérus et la vessie, il s'étend de la vulve à l'anus ».

Après ces explications, le questionnaire était rempli avec l'enquêteur (*cf. Annexe III. Questionnaire à remplir au 2ème jour du post partum*).

Ce questionnaire comprenait des renseignements généraux (caractéristiques socio-démographiques), des questions concernant la grossesse, l'accouchement, les antécédents de douleurs périnéales, les douleurs périnéales actuelles et les traitements proposés et pris en post-partum immédiat.

Notre analyse a pris en compte la présence de complications périnéales grâce à l'échelle REEDA (*cf. Annexe V. Echelle REEDA*). Cet instrument a été conçu pour mesurer le processus de guérison après une épisiotomie et/ou des lésions périnéales. L'échelle REEDA comporte 5 items notés de 0 à 3. Dans notre étude, seuls les items sans la cotation ont été utilisés. A savoir, la présence ou non d'une rougeur, d'un œdème, d'une ecchymose, d'un écoulement ou d'une désunion comme marqueur d'une complication de cicatrisation périnéale.

La présence de l'enquêteur permettait aux patientes de demander des précisions face à d'éventuelles incompréhensions et de répondre plus rapidement au questionnaire.

- Distribution de la brochure

- Groupe A

Pour les patientes du groupe A, aucune information n'était donnée par l'enquêteur concernant les méthodes pour soulager les douleurs périnéales. Elles recevaient uniquement les conseils des sages-femmes de l'unité qui n'avaient pas connaissance du contenu de la brochure.

- Groupe B

Pour les patientes du groupe B, un exemplaire de la brochure « Comment soulager les douleurs périnéales » était remis à chaque patiente une fois le questionnaire complété (*cf. Annexe VIII. Brochure "Comment soulager les douleurs périnéales"*).

Des explications sur les différentes méthodes étaient alors données et l'enquêteur pouvait répondre aux questions des patientes.

L'enquêteur devait ensuite compléter pour chaque patiente, le recueil de données à l'aide du dossier médical (*cf. Annexe II. Recueil de données*).

La durée de l'entretien était d'environ 15 minutes pour les patientes du groupe A et de 20 minutes pour les patientes du groupe B.

2.6.2 Deuxième partie de l'étude

Dans un second temps, toutes les femmes ont été recontactées par mail ou par téléphone entre 6 et 8 semaines après leur accouchement, afin de compléter un deuxième questionnaire (*cf. Annexe IV. Questionnaire à remplir entre le 46ème et le 56ème jour du post partum*). Cette deuxième partie s'est déroulée du 15 août au 29 septembre 2011.

Le questionnaire comprenait des questions sur le séjour à la maternité, le retour à domicile, l'état des lieux des douleurs le jour de l'entretien, les différents traitements utilisés pour soulager ces douleurs, la reprise des rapports sexuels et la satisfaction de la prise en charge des douleurs.

L'entretien téléphonique durait en moyenne 5 minutes.

2.7 Les critères de jugement

2.7.1 Mesure de l'efficacité de la brochure

L'efficacité de l'information écrite est évaluée grâce à :

- la durée et l'intensité (*cf. 2.7.2*) des douleurs périnéales en post-partum,
- la prise en charge par la patiente elle-même de ses douleurs : où l'information a-t-elle été trouvée ? Quels traitements ont été utilisés ? Ont-ils été efficaces ?

2.7.2 Les échelles d'évaluation de la douleur

Delavierre et al ont publié en 2010 une revue de la littérature décrivant les outils d'évaluation des douleurs pelvipérinéales chroniques et précisant leurs indications (33). A partir de cette revue, trois échelles ont été sélectionnées pour notre étude.

A l'aide de ces trois échelles, les patientes ont pu objectiver leur douleur en évaluant son intensité, son impact sur le quotidien ou encore en la qualifiant.

- L'Echelle Numérique

L'échelle numérique (EN) est utilisée pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. C'est une échelle d'autoévaluation unidimensionnelle.

Il existe plusieurs types d'échelles numériques, généralement avec une numérotation de 0 à 10 ou de 0 à 100 (51). Le patient doit attribuer un chiffre à l'intensité de sa douleur, 0 étant l'absence de douleur et 10 ou 100 la douleur maximale imaginable.

Cette échelle permet d'obtenir une mesure de la douleur à un moment précis et peut être répétée, ce qui facilite le suivi (52).

- Le questionnaire de description sensorielle et affective de la douleur

Le MacGill Pain Questionnaire (MPQ) est une échelle de description verbale de la douleur qui évalue de façon distincte les dimensions sensorielles et affectives de la douleur. La version française, le Questionnaire de la Douleur de Saint Antoine (QDSA), contient 58 mots qualificatifs de la douleur répartis en 16 groupes, 9 sensoriels et 7 affectifs. Le patient sélectionne les adjectifs puis les notes de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) (*cf. Annexe VI. Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine*) (53). Ce questionnaire possède des limites importantes, à savoir la difficulté de compréhension des adjectifs proposés, le temps de remplissage et l'impossibilité à la répétition à intervalles rapprochés (32).

Pour notre étude, Le QDSA a été simplifié, 3 groupes de mots qualificatifs sensoriels et 1 groupe de mots qualificatifs affectifs ont été choisis, avec les patientes de l'étude préliminaire, pour qualifier les douleurs périnéales. Les versions courtes ne sont pas actuellement validées en France donc seule la présence de tel ou tel item est à retenir.

- Le Questionnaire Concis sur les Douleurs

Le Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD) est la traduction française simplifiée du Brief Pain Inventory (BPI). Ce questionnaire est une échelle multidimensionnelle qui demande aux patients d'évaluer les conséquences de leur douleur. Il explore les principales dimensions de la douleur : l'intensité, le soulagement,

l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la qualité de vie, la détresse psychologique.

La forme courte du Questionnaire Concis sur les Douleurs étudie six dimensions de la douleur (activité générale, humeur, capacité à marcher, relation avec les autres, sommeil, goût de vivre) et pour chacune le patient évalue sa gêne de 0 (ne gêne pas) à 10 (gêne complètement) (*cf. Annexe VII. Questionnaire Concis sur les Douleurs*).

Dans notre étude la forme courte a été choisie, elle permet une évaluation très rapide tout en conservant l'exploration des différentes dimensions de la douleur mais elle n'est pas validée en France. C'est pourquoi, en l'absence de validation, chaque item doit être coté et considéré comme une information séparée, aucun score global ne peut être établi.

2.7.3 Analyse de la satisfaction des patientes

Lors du 2^e entretien, une question de satisfaction était posée aux patientes concernant la prise en charge de leurs douleurs périnéales à travers les conseils reçus (écrits et/ou oraux).

2.8 Création de la brochure “Comment soulager les douleurs périnéales”

Une brochure complète l'information délivrée oralement par le professionnel de santé et permet au patient de s'y reporter lorsque celui-ci n'est plus en face de lui.

La brochure informative « Comment soulager les douleurs périnéales » (*cf. Annexe VIII. Brochure "Comment soulager les douleurs périnéales"*) a été conçue selon le guide de la HAS « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (54).

Cette brochure est à la fois un document de prévention, d'éducation thérapeutique et de soins autoproduits.

Elle comprend quatre parties :

- une explication sur les douleurs périnéales du post-partum, leurs étiologies et leurs prévalences,
- les différents traitements non médicamenteux pour les soulager : le froid, le chaud, l'homéopathie et les massages,
- une partie « changer ses habitudes » avec des explications sur les positions qui ne sollicitent pas le périnée et l'utilisation de lubrifiant à la reprise des rapports sexuels pour éviter les dyspareunies,
- enfin une rubrique « contacts utiles » pour noter les coordonnées de leur sage-femme, leur gynécologue et les coordonnées de l'enquêteur pour toute question.

Ces documents permettent aux patients d'être acteur dans les décisions le concernant, tout en ayant eu des informations validées par le professionnel de santé. La HAS souligne également que « *le document écrit a pour objectif de satisfaire une demande d'information et de conseil des patients et des usagers. Il est destiné à compléter ou renforcer les connaissances du patient ou de l'utilisateur afin qu'il puisse mieux participer à la prise de décision le concernant* » (54).

2.9 Les tests statistiques

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Excel 2007 et traitées avec le logiciel R.

Les variables analysées sont :

- des variables quantitatives comme l'âge des patientes, le terme, le poids du bébé à la naissance, l'évaluation de la douleur périnéale,
- des variables qualitatives comme le niveau d'étude, la profession, le statut marital, la parité, le mode d'accouchement, le type de lésion périnéale, le type de suture, les antécédents de douleurs périnéales, les complications périnéales et les traitements utilisés en post-partum.

Les tests statistiques utilisés sont :

- le test de Student pour les variables quantitatives qui suivent une loi normale ou lorsque l'effectif est supérieur à 30,
- Le test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives lorsque l'effectif est inférieur à 30,
- le test du χ^2 pour les variables qualitatives lorsque les effectifs attendus sont supérieurs à 5,
- le test de Fisher pour les variables qualitatives lorsque les effectifs attendus sont inférieurs à 5.

Les tests sont réalisés selon un risque $\alpha = 5\%$ de se tromper avec une p-value égale à 0.05. Ainsi, les résultats sont significatifs lorsque $p < 0.05$.

3. Résultats

Au total, 150 femmes ont pu être incluses dans l'étude. 75 d'entre elles ont intégré le groupe A (sans brochure) et 75 autres ont intégré le groupe B (avec brochure). Au départ 154 patientes ont été recrutées mais 4 ont refusé de participer à l'étude : 2 pour cause de déménagement dans les deux mois du post-partum et 2 sans raison particulière. Au final, 127 d'entre elles ont été joignables par téléphone ou par mail, pour la deuxième partie de l'étude.

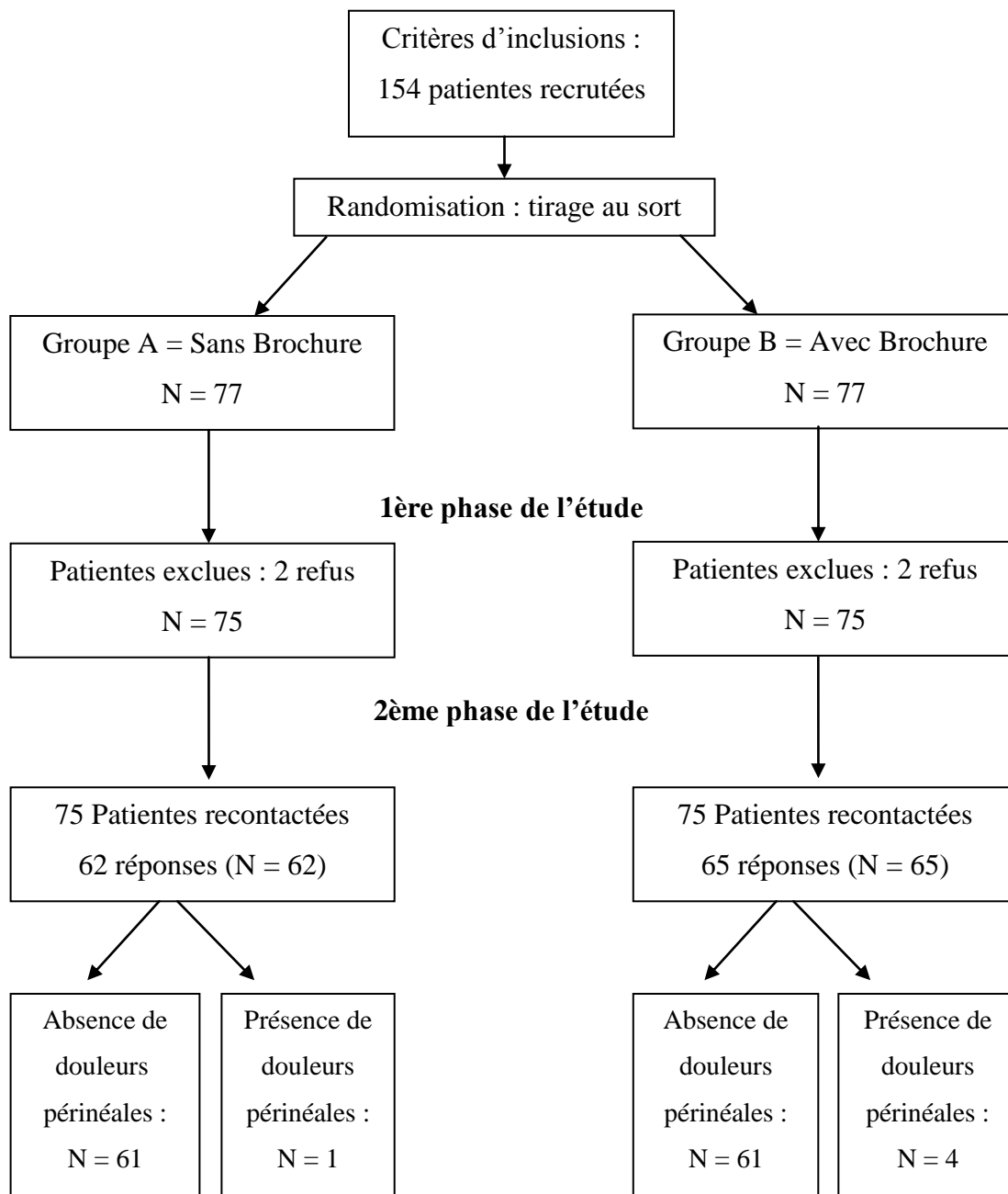


Figure 1. Représentation de la répartition des patientes dans les deux groupes

3.1 Description des deux groupes

Dans un premier temps, les deux groupes ont été comparés. Leurs caractéristiques socio-démographiques, obstétricales, leurs antécédents, leur douleur au 2^e jour du post-partum et leur prise de traitements pour soulager ces douleurs périnéales lors du séjour en maternité ont été étudiés.

3.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques

Critères	Groupe A (sans brochure) N=75	Groupe B (avec brochure) N=75	p-value
Age (années)			NS *
Moyenne ± écart type	30.4 ± 5.18	29.8 ± 5.37	
médiane [min-max]	30 [22 - 41]	29 [18 - 43]	
Statut marital			NS †
- Célibataire	3 (4%)	3 (4%)	
- En couple	30 (40%)	31 (41.3%)	
- Marié/Pacsé	42 (56%)	41 (54.7%)	
Niveau d'étude			NS †
- Non scolarisé	0 (0%)	1 (1.4%)	
- 1 ^{er} cycle	0 (0%)	2 (2.7%)	
- 2 ^e cycle	19 (25.3%)	21 (28%)	
- 3 ^e cycle	49 (65.3%)	45 (60%)	
- Non renseigné	7 (9.3%)	6 (8%)	
Profession			NS †
- Etudiant	2 (2.7%)	3 (4%)	
- Avec emploi	54 (72%)	59 (78.7%)	
- Sans emploi	19 (25.3%)	13 (17.3%)	
Préparation à la naissance			NS ‡
- Non	34 (45.3%)	33 (44%)	
- Oui	41 (54.7%)	42 (56%)	

Note: * Test Student, $p < 0.05$; † Test de Fisher, $p < 0.05$; ‡ Test Chi2, $p < 0.05$. NS: Non Significatif.

Les deux échantillons ne présentent pas de différence significative en ce qui concerne l'âge, le statut marital, le niveau d'étude, la profession et la préparation à la naissance ($p > 0.05$).

3.1.2 Caractéristiques obstétricales

Tableau 2. Caractéristiques obstétricales

Critères	Groupe A (sans brochure) N=75	Groupe B (avec brochure) N=75	p-value
Parité			NS †
- Primipare	36 (48%)	38 (50.7%)	
- 2 ^e pare	25 (33.3%)	24 (32%)	
- 3 ^e pare	10 (13.3%)	13 (17.3%)	
- 4 ^e pare	4 (5.3%)	0 (0%)	
Grossesse			NS †
- Simple	73 (97.3%)	75 (100%)	
- Gémellaire	2 (2.7%)	0 (0%)	
Terme (jours)			NS *
Moyenne ± écart type	279 ± 8	279.1 ± 9	
médiane [min-max]	[259 – 292]	[259 – 293]	
Poids nouveau-nés (g)			NS *
Moyenne ± écart type	3256.5 ± 409	3291.5 ± 465	
médiane [min-max]	[2335 – 4300]	[2100 – 4385]	
Mode d'accouchement			NS ‡
- Non instrumental	64 (85.3%)	60 (80%)	
- Instrumental	11 (14.7%)	15 (20%)	
Périnée			NS †
- Intact/éraillure(s)	28 (37.3%)	25 (33.3%)	
- 1 ^{er} degré	20 (26.7%)	26 (34.7%)	
- 2 ^e degré	1 (1.3%)	1(1.3%)	
- 3 ^e degré	0 (0%)	0 (0%)	
- Episiotomie	26 (34.7%)	23 (30.7%)	

Note: * Test Student, $p < 0.05$; † Test de Fisher, $p < 0.05$; ‡ Test Chi2, $p < 0.05$. NS: Non Significatif.

Les deux échantillons ne présentent pas de différence significative en ce qui concerne la parité, le type de grossesse, le terme lors de l'accouchement, le poids du nouveau-né, le mode d'accouchement et le type de lésion périnéale ($p > 0.05$).

Concernant le mode d'accouchement, 14.7% (n=11) des patientes du groupe A et 20% (n=15) des patientes du groupe B ont eu besoin d'une aide instrumentale (ventouse ou spatules). Il n'y a eu aucun forceps dans notre échantillon. Les deux groupes sont comparables ($p = 0.52$).

On retrouve 35% de périnéales intactes (P.I.) ou présentant des éraillures (n=53), 30.5% de déchirures du 1^{er} degré (n=46), 1% de déchirures du 2^e degré (n=2) et 32.5% d'épisiotomies (n=49) : répartis de façon non significative entre les 2 groupes (p=0.79).

Tableau 3. Suture périnéale

Critères	Groupe A (sans brochure) N=58	Groupe B (avec brochure) N=61	p-value
Suture faite par:			NS †
- Sage femme	44 (75%)	41 (67%)	
- Médecin	15 (25%)	19 (31%)	
- Non renseigné	0 (0%)	1 (2%)	
Technique de suture			NS ‡
- Surjet	8 (14%)	5 (8%)	
- Points séparés	5 (9%)	14 (23%)	
- Plans séparés	27 (46%)	23 (38%)	
- 1 fil/1 nœud	12 (21%)	10 (16%)	
- Non renseigné	6 (10%)	9 (15%)	

Note: † Test de Fisher, p<0.05; ‡ Test Chi2, p<0.05. NS: Non Significatif.

Les lésions périnéales de 119 patientes, dont 58 dans le groupe A et 61 dans le groupe B, ont nécessité la réalisation d'une suture. Les deux groupes sont comparables en termes de type de suture et de professionnel de santé l'ayant réalisée (p>0.05).

Cependant on remarque que la technique de suture de 12.5% des lésions n'a pas été consignée dans le dossier médical.

3.1.3 Antécédents de douleurs périnéales

Dans le but de n'oublier aucun facteur pouvant influencer la présence et l'intensité des douleurs périnéales en post-partum, les antécédents de douleurs périnéales présentées par les multipares de chaque groupe ont été étudiés (*cf. Annexe IX. tableau 1. Antécédents de douleurs périnéales*).

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux échantillons concernant les antécédents de douleurs périnéales (p>0.05).

Au total, 56% (n=43) des multipares ont eu une lésion périnéale à la suite d'un ou de leur dernier accouchement. Parmi les 76 multipares, 51% (n=39) se souviennent avoir

eu des douleurs périnéales en post-partum. En ce qui concerne la durée de la douleur, 31% des patientes (n=12) ont souffert de douleurs périnéales pendant plus d'un mois.

3.1.4 Le périnée au 2^e jour du post-partum

Afin de comparer les deux échantillons, nous avons étudié, au 2^e jour du post-partum, la présence de complications périnéales, nous avons évalué l'intensité des douleurs périnéales et le retentissement de ces douleurs. Puis nous nous sommes intéressés aux moyens thérapeutiques mis en place dans les unités de suites de couches pour soulager ces douleurs.

3.1.4.1 Les complications périnéales

Tableau 4. Complications périnéales au 2^e jour du post-partum (REEDA)

Critères	Groupe A (sans brochure) N=75	Groupe B (avec brochure) N=75	p-value
Complications (REEDA)			NS †
- Aucune	68 (91%)	64 (85.3%)	
- Rougeur	0 (0%)	0 (0%)	
- Œdème	6 (8%)	10 (13.3%)	
- Ecchymose	2 (3%)	4 (5.3%)	
- Ecoulement	0 (0%)	0 (0%)	
- Désunion	0 (0%)	0 (0%)	

Note : † Test de Fisher, p<0.05. NS: Non Significatif.

Les deux échantillons sont comparables en termes de complications périnéales présentées au 2^e jour du post-partum par les patientes (p=0.77).

9% (n=7) des patientes du groupe A et 14.7% (n=11) des patientes du groupe B présentaient une ou plusieurs complications de cicatrisation périnéale.

Les complications les plus fréquemment retrouvées sont l'œdème (groupe A : 8%, n=6 ; groupe B : 13.3%, n=10) et l'ecchymose (groupe A : 3%, n=2 ; groupe B : 5.3%, n=4).

Le total des pourcentages est supérieur à 100% car 1 patiente du groupe A et 3 patientes du groupe B présentaient un œdème et une ecchymose associés.

3.1.4.2 La douleur au 2^e jour du post-partum

Nous avons demandé aux patientes interrogées d'évaluer leur douleur périnéale grâce à trois échelles : l'Echelle Numérique (EN), le Questionnaire Concis sur la Douleur (QCD) et le Questionnaire de Description Sensorielle et Affective de la Douleur (QDSA).

Tableau 5. Evaluation de la douleur périnéale au 2^e jour du post-partum

Echelle de la douleur	Groupe A (sans brochure) N=75	Groupe B (avec brochure) N=75	p-value
EN			NS*
Moyenne ± écart type [min-max]	2.37 ± 2.1 [0 - 7]	2.87 ± 2.3 [0 - 8]	
QCD			
- Humeur	0.72	1.03	NS*
- Marche	2.16	2.58	NS*
- Activité	2.55	3.04	NS*
- Relation aux autres	0.5	0.4	NS*
- Sommeil	0.76	1.19	NS*
- Goût de vivre	0.28	0.43	NS*
QDSA			
A.			
- Battements	2 (2.7%)	7 (9.3%)	NS †
- Pulsations	5 (6.7%)	4 (5.3%)	NS †
- Élançements	25 (33.3%)	18 (24%)	NS †
- En éclairs	0 (0%)	3 (4%)	NS †
- Décharges	5 (6.7%)	6 (8%)	NS ‡
- Marteau	6 (8%)	4 (5.3%)	NS †
B.			
- Irradiantes	4 (5.33%)	4 (5.33%)	NS †
- Brûlures	14 (18.7%)	21 (28%)	NS ‡
C.			
- Picotements	19 (25.33%)	28 (37.33%)	NS ‡
- Fourmillements	2 (2.7%)	0 (0%)	NS †
- Démangeaisons	2 (2.7%)	3 (4%)	NS †
D.			
- Gênantes	45 (60%)	42 (56%)	NS ‡
- Exaspérantes	1 (1.3%)	1 (1.3%)	NS †
- Pénibles	4 (5.3%)	12 (16%)	NS ‡
- Insupportables	1 (1.3%)	3 (4%)	NS †

Note: *Test Student, p<0.05; † Test de Fisher, p<0.05; ‡ Test Chi2, p<0.05. NS: Non Significatif.

Le total des pourcentages n'est pas égal à 100% car chaque patiente pouvait choisir un ou plusieurs items du QDSA pour décrire sa douleur.

La comparaison des échantillons présentée ci-dessus montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les patientes des deux groupes ($p > 0.05$).

Le QCD révèle que les douleurs périnéales gênent principalement la marche (groupe A : QCD=2.16 ; groupe B : QCD=2.58 ; $p=0.95$) et l'activité (groupe A : QCD=2.55 ; groupe B : QCD=3.04 ; $p=0.28$).

Sur l'ensemble des patientes de l'étude, 29% ($n=43$) ont qualifié leurs douleurs périnéales d'élançements, 23% ($n=35$) de brûlures et 31% ($n=47$) de picotements.

Pour 58% ($n=87$) des patientes ces douleurs sont gênantes.

12 patientes du groupe B (16%) contre seulement 4 patientes du groupe A (5.3%) considéraient leurs douleurs périnéales comme pénibles ($p=0.06$).

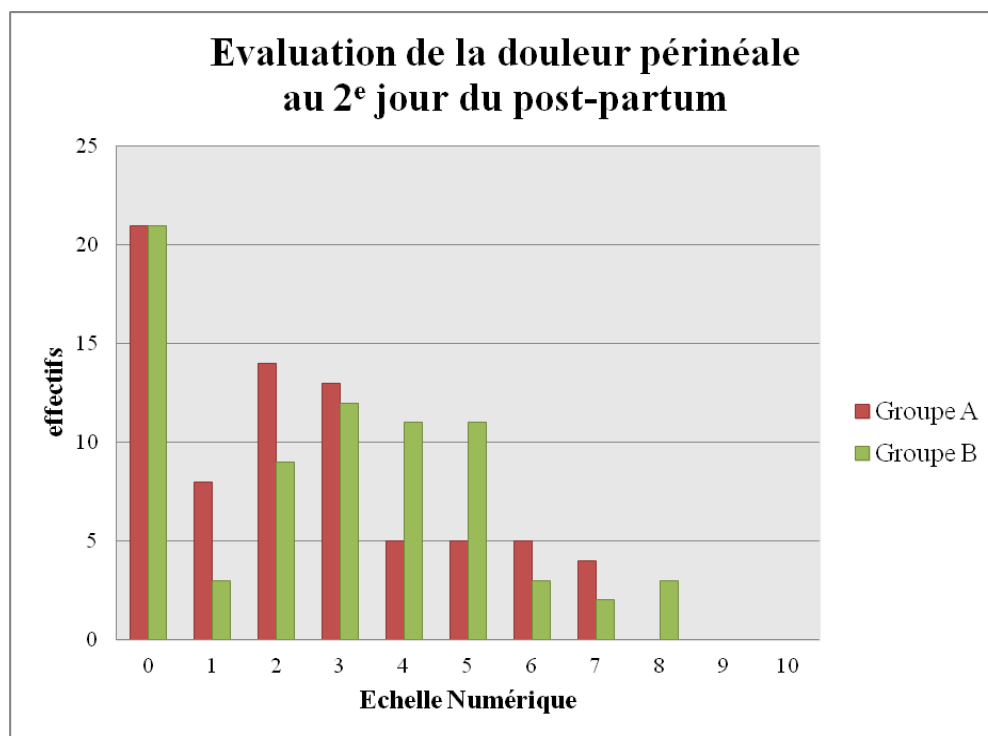


Figure 2. Distribution de la douleur périnéale évaluée par l'Echelle Numérique (EN).

La distribution de la douleur (Figure 2) nous révèle que 45% ($n=34$) des patientes du groupe B et 30% ($n=23$) des patientes du groupe A évaluaient leurs douleurs périnéales entre 3 et 5 sur 10 au 2^e jour du post-partum.

Pour terminer la comparaison des deux échantillons, les traitements médicamenteux et non médicamenteux, proposés et utilisés, lors du séjour en maternité, ont été étudiés.

3.1.4.3 Les traitements médicamenteux

Des traitements médicamenteux ont été proposés à 95% des patientes (n=142) ; parmi elles, 78% (n=117) les ont réellement pris (*cf. Annexe IX. Tableau 2. Les traitements médicamenteux*).

Les antalgiques ont été les médicaments les plus utilisés par les patientes des deux groupes (groupe A : 91%, n=53 ; groupe B : 98% n=58). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été utilisés par 81% (n=47) des patientes du groupe A et 54% (n=32) des patientes du groupe B. Les résultats ne sont pas significatifs (p=0.09).

Lors de l'évaluation de la douleur, sur l'ensemble des deux groupes, 57% des patientes (n=86) interrogées avaient pris un traitement depuis moins de 4 heures.

Le total des pourcentages des traitements pris est supérieur à 100% car plusieurs traitements pouvaient être utilisés par les patientes.

En ce qui concerne l'efficacité des traitements médicamenteux, 63% des patientes (n=74) les ont considérés efficaces, 32% (n=38) partiellement efficaces et 4% (n=5) inefficaces.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant la proposition par l'équipe médicale, la prise de traitements médicamenteux, le type de traitement et leur efficacité (p>0.05).

3.1.4.4 Les traitements non médicamenteux

Nous nous sommes intéressés à la proposition par l'équipe soignante et à la mise en place de traitements non médicamenteux pour soulager les douleurs périnéales lors de l'hospitalisation (*cf. Annexe IX. Tableau 3. Les traitements non médicamenteux*).

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la proposition de traitement non médicamenteux (p=1), leur type (p=0.15) et leur efficacité (p=0.36).

Peu de patientes ont été sensibilisées à l'existence des traitements non médicamenteux lors de leur hospitalisation (groupe A : 20%, n=15 ; groupe B 21.3%, n=16 ; p=1).

Les traitements les plus utilisés par les deux groupes sont le sérum hypertonique (groupe A : 40%, n=6 ; groupe B : 87.5%, n=14) et la glace (groupe A : 26.7%, n=4 ; groupe B : 25%, n=4). Le total des pourcentages est parfois supérieur à 100% car 1 patiente du groupe A et 3 patientes du groupe B ont utilisé à la fois le sérum hypertonique et la glace.

Lorsque le traitement a été réalisé, 92% des patientes (n=22) l'ont trouvé efficace et 8% (n=2) partiellement efficace. Aucune patiente n'a considéré les traitements non médicamenteux comme inefficaces.

3.2 Les douleurs périnéales en post-partum

Nous rappelons que les patientes du groupe A ont reçu les conseils oraux des sages-femmes en ce qui concerne la gestion des douleurs périnéales à domicile tandis que les patientes du groupe B ont reçu la brochure « Comment soulager les douleurs périnéales » en complément des conseils oraux.

127 patientes ont pu être recontactées pour la deuxième partie de l'étude, 62 dans le groupe A et 65 dans le groupe B.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le jour du post-partum auquel les patientes ont été recontactées (groupe A : 52.3 jours (\pm 4.3) [41 - 56] ; groupe B : 52.4 jours (\pm 4.4) [42 - 56] ; p=0.9).

Nous avons évalué l'utilité de la brochure à travers la durée des douleurs périnéales en post-partum et l'intensité de celles-ci chez les patientes encore douloureuses 6 à 8 semaines après leur accouchement..

En préambule à ces résultats, nous avons fait un point sur les éventuelles complications périnéales apparues après la sortie de la maternité.

3.2.1 Complications périnéales après le retour à domicile

Tableau 6. Les complications périnéales après le retour à domicile (REEDA)

Critères	Groupe A (sans brochure) N=62	Groupe B (avec brochure) N=65	p-value
Complications périnéales (REEDA)			NS †
- Aucune	52 (84%)	48 (74%)	
- Rougeur	1 (1.6%)	1 (1.5%)	
- Œdème	5 (8%)	7 (10.5%)	
- Ecchymose	2 (3.2%)	3 (4.5%)	
- Ecoulement	0 (0%)	0 (0%)	
- Désunion	3 (4.8%)	5 (7.5%)	
- Infection	1 (1.6%)	0 (0%)	
- Suture douloureuse	0 (0%)	3 (4.5%)	
- Induration	0 (0%)	1 (1.5%)	

Note: † Test de Fisher, $p < 0.05$. NS: Non Significatif.

Les patientes du groupe A ont présenté moins de complications (16%) que les patientes du groupe B (26%). Le total des pourcentages est supérieur à 100% car certaines patientes ont eu plusieurs complications.

Sur l'ensemble des patientes, les principales complications sont l'œdème (9.5%, n=12) et la désunion (6.5%, n=8).

Les résultats ne sont pas significatifs en ce qui concerne la présence de complications périnéales depuis la sortie de la maternité ($p=0.55$).

3.2.2 Durée des douleurs périnéales

L'utilité de la brochure est en partie évaluée par la durée des douleurs périnéales en post-partum.

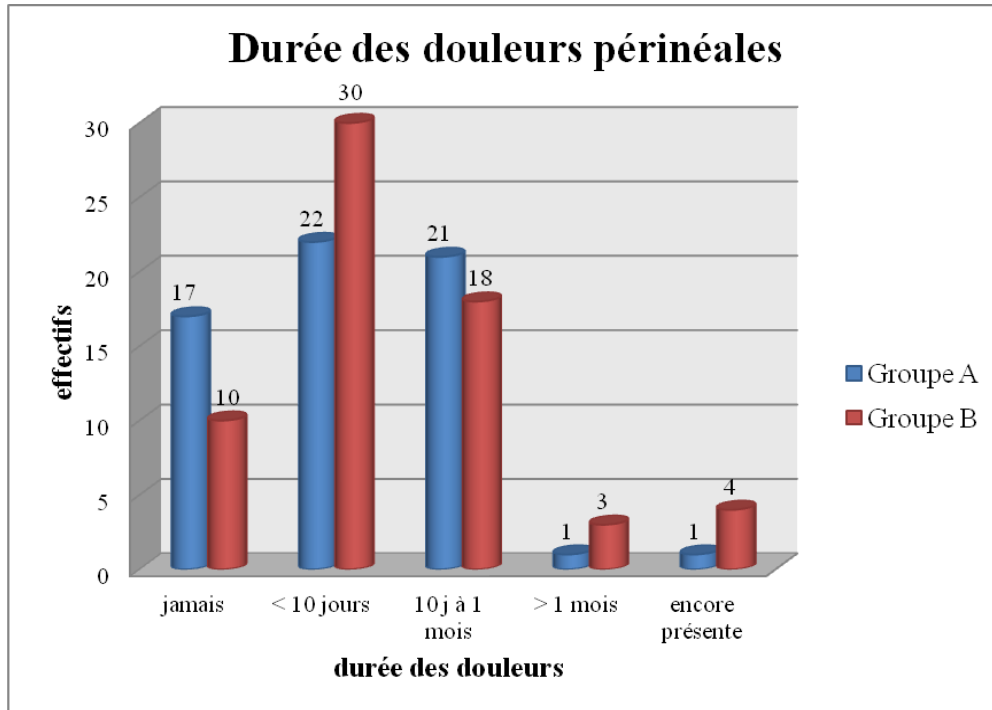


Figure 3. Durée des douleurs périnéales

Note: Test de Fisher, $p < 0.05$; Test Chi2, $p < 0.05$.

27.5% (n=17) des patientes du groupe A et 15.5% (n=10) des patientes du groupe B ont répondu n'avoir jamais eu de douleurs périnéales à la suite de leur accouchement ($p=0.15$).

Pour 35.5% (n=22) des patientes du groupe A et 46% (n=30) des patientes du groupe B, ces douleurs ont duré moins de 10 jours ($p=0.3$). Elles ont duré entre 10 jours et 1 mois pour 34 % (n=21) des patientes du groupe A et 28% (n=18) des patientes du groupe B ($p=0.6$). 1.5% (n=1) des patientes du groupe A et 4.5% (n=3) des patientes du groupe B ont ressenti des douleurs pendant plus d'un mois ($p=0.7$).

Enfin, pour 1.5% (n=1) des patientes du groupe A et 6% (n=4) des patientes du groupe B, des douleurs périnéales étaient encore présentes 6 à 8 semaines après leur accouchement ($p=0.4$).

En ce qui concerne la durée des douleurs périnéales (Figure 3), les résultats ne sont pas significatifs ($p=0,22$).

La durée des douleurs périnéales, en fonction du type de lésion périnéale et du groupe auquel les patientes appartenaient, est étudiée ci-dessous.

Tableau 7. Durée des douleurs périnéales en fonction du type de lésion.

Critères	Groupe A (sans brochure) N=62	Groupe B (avec brochure) N=65	p-value
Périnée intact (P.I.) / éraillures	(N=23)	(N=21)	NS †
- Jamais	10 (43%)	6 (29%)	
- < 10j	11 (48%)	10 (48%)	
- 10j – 1 mois	2 (9%)	3 (14%)	
- > 1 mois	0 (0%)	0 (0%)	
- Encore douloureuse	0 (0%)	2 (9%)	
1^{er} degré	(N=16)	(N=23)	NS †
- Jamais	5 (31%)	3 (13%)	
- < 10j	3 (19%)	10 (43%)	
- 10j – 1 mois	7 (44%)	8 (34%)	
- > 1 mois	0 (0%)	1 (5%)	
- Encore douloureuse	1 (6%)	1 (5%)	
2^e degré	(N=1)	(N=1)	NS †
- 10j – 1 mois	1 (100%)	1 (100%)	
Épisiotomie	(N=22)	(N=20)	NS †
- Jamais	2 (9%)	1 (5%)	
- < 10j	8 (36%)	10 (50%)	
- 10j – 1 mois	11 (50%)	6 (30%)	
- > 1 mois	1 (5%)	2 (10%)	
- Encore douloureuse	0 (0%)	1 (5%)	

Note : † Test de Fisher $p < 0.05$. NS: Non Significatif.

19% (n=3) des patientes du groupe A et 43% (n=10) des patientes du groupe B porteuses d'une déchirure du 1^{er} degré à la suite de leur accouchement ont souffert de douleurs périnéales pendant moins de 10 jours. 44% (n=7) dans le groupe A et 34% (n=8) dans le groupe B de ces mêmes patientes ont présenté des douleurs entre 10 jours et 1 mois. Ces résultats ne sont pas significatifs (p=0.33).

36% (n=8) des patientes du groupe A et 50% (n=10) des patientes du groupe B ayant eu une épisiotomie lors de leur accouchement ont souffert de douleurs périnéales

pendant moins de 10 jours. Et 50% (n=11) dans le groupe A et 30% (n=6) dans le groupe B de ces mêmes patientes ont présenté des douleurs pendant 10 jours à 1 mois. Ces résultats ne sont pas significatifs (p=0.67).

3.2.3 Intensité des douleurs périnéales chez les patientes encore douloureuses

L'évaluation de l'utilité de la brochure est également faite grâce à l'évaluation de l'intensité des douleurs périnéales chez les patientes encore douloureuses 2 mois après leur accouchement. Ces douleurs concernent 1 patiente dans le groupe A (sans brochure) et 4 dans le groupe B (avec brochure).

Tableau 8. Les patientes encore douloureuses

Critères	Groupe A N=1	Groupe B N=4	p-value
Parité			NS †
- Primipare	1	3	
- 2 ^e pare	0	1	
Lésion périnéale			NS †
- P.I. ou éraillure	0	2	
- 1 ^{er} degré	1	1	
- Episiotomie	0	1	
EN			
- J2			NS §
Moyenne ± écart type [min-max]	6	5.75 (± 2.2) [3 – 8]	
- Post-partum			NS §
Moyenne ± écart type [min-max]	0	4 (± 1.8) [2 – 6]	
QCD			
- Humeur	0	3.25	NS §
- Marche	0	2.5	NS §
- Activité	3	1.75	NS §
- Relation aux autres	0	1.75	NS §
- Sommeil	0	0.75	NS §
- Goût de vivre	0	0.75	NS §
QDSA			NS †
- Gênantes	0	2	
- Pénibles	1	2	

Note: † Test de Fisher, p<0.05; § Test de Mann Whitney, p<0.05. NS: Non Significatif.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la valeur donnée à la douleur sur l'EN, les items du QCD et du QDSA, le type de lésion périnéale et la parité ($p>0.05$).

La patiente du groupe A qui décrivait des douleurs périnéales, 6 à 8 semaines après son accouchement, ne présentait pas de douleur permanente (EN=0) mais a coté sa douleur à 3 sur l'échelle du QCD lors de l'activité. Les 4 patientes du groupe B présentaient des douleurs permanentes (EN=2-6) qui avaient plus d'impact sur leur humeur (QCD=3.25) et leur marche (QCD=2.5).

Une patiente faisant partie du groupe B n'a pas utilisé la brochure qu'elle avait reçue. Il est intéressant de comparer les patientes ayant utilisé la brochure avec celles ne l'ayant pas utilisée, afin de déterminer si la brochure a une influence sur l'intensité de la douleur en post-partum et sur les traitements utilisés.

Tableau 9. Douleur et utilisation de la brochure

Critères	Brochure utilisée (N=3)	Brochure non utilisée (N=2)	p-value
EN			NS §
- J2			
Moyenne ± écart type [min-max]	7 (±1) [6 - 8]	5 (±2) [3 - 7]	
- Post-partum			
Moyenne ± écart type [min-max]	3.7 (±2) [2 - 6]	2.5 (±2.5) [0 - 5]	
Traitement pris			NS †
- Oui	3	0	
- Non	0	2	
Traitement utilisé			NS †
- Médicaments	2	0	
- Glace	1	0	
- Chaud	1	0	
- Positions	1	0	

Note: †Test de Fisher, $p<0.05$; § Test de Mann Whitney, $p<0.05$. NS: Non Significatif.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p>0.05$). La moyenne de la valeur donnée à l'EN par les patientes n'ayant pas utilisé la brochure est de 2.5 tandis qu'elle est de 3.7 pour les patientes ayant utilisé la brochure ($p=0.125$).

Les patientes n'ayant pas utilisé la brochure n'ont pas pris de traitement contrairement aux 3 autres qui ont toutes eu recours à un moyen thérapeutique pour soulager leurs douleurs périnéales ; les médicaments, la glace, le chaud et les positions ont été utilisés (p=0.1).

3.3 Les traitements dans le post-partum

Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'évaluer l'utilisation et l'efficacité des différents traitements non médicamenteux proposés dans la brochure. Les deux tableaux ci-dessous exposent les résultats obtenus.

3.3.1 Traitements utilisés dans le post-partum

Tableau 10. Les traitements dans le post-partum

Critères	Groupe A (sans brochure) N=62	Groupe B (avec brochure) N=65	p-value
Traitements utilisés			NS ‡
- Non	31 (50%)	22 (34%)	
- Oui	31 (50%)	43 (66%)	
Traitements	(N=31)	(N=43)	NS ‡
- Médicamenteux	28 (90%)	32 (74%)	
- Non médicamenteux	10 (32%)	21 (49%)	
Traitement non médicamenteux utilisés			
- Froid	1 (3%)	6 (14%)	NS †
- Glace	2 (6.5%)	3 (7%)	NS †
- Chaud	0 (0%)	3 (7%)	NS †
- Homéopathie	4 (13%)	4 (9.5%)	NS †
- Positions	2 (6.5%)	9 (21%)	NS †
- Massage	0 (0%)	4 (9.5%)	NS †
Connaissance des traitements par			< 0.05 †
- Brochure	0 (0%)	13 (30%)	
- Conseils oraux	31 (100%)	23 (53.5%)	
- Les deux	0 (0%)	7 (16.5%)	

Note: † Test de Fisher, p<0.05; ‡ Test Chi2, p<0.05. NS: Non Significatif.

Les résultats ne sont pas significatifs en ce qui concerne l'utilisation de traitements, le traitement pris et l'efficacité de ces derniers ($p > 0.05$).

Cependant, 66% des patientes du groupe B ($n=43$) contre 50% des patientes du groupe A ($n=31$) ont utilisé des traitements pour soulager leurs douleurs périnéales ($p=0.096$).

Sur l'ensemble des patientes ayant utilisé des traitements, 49% ($n=21$) des patientes du groupe B et 32% ($n=10$) des patientes du groupe A ont fait usage de traitements non médicamenteux pour soulager leurs douleurs périnéales ($p=0.27$).

Dans les traitements utilisés, les médicaments (antalgique et/ou anti inflammatoire non stéroïdien) ont été cités par 90.5% ($n=28$) des patientes du groupe A contre 74.5% ($n=32$) des patientes du groupe B ($p=0.15$).

Les méthodes non médicamenteuses les plus utilisées par les deux groupes sont : le froid (groupe A : 3%, $n=1$; groupe B : 14%, $n=6$; $p=0.23$), l'homéopathie (groupe A : 13% $n=4$; groupe B : 9.5% $n=4$; $p=0.71$) et les positions (groupe A : 6.5% $n=2$; groupe B : 21% $n=9$; $p=0.1$).

Le total des pourcentages est supérieur à 100% car plusieurs traitements pouvaient être utilisés par les patientes.

A la question « Comment avez-vous eu connaissance de ces traitements ? », 100% des patientes du groupe A ($n=31$) et 53.5% des patientes du groupe B ($n=23$) ont répondu que c'était grâce aux conseils oraux donnés à la maternité. Dans le groupe B, 30% ($n=13$) ont cité la lecture de la brochure et 16.5% ($n=7$) ont utilisé la brochure et les conseils oraux. Ces résultats sont significatifs ($p < 0.05$).

3.3.2 Efficacité des différents traitements non médicamenteux.

Parmi les patientes ayant reçu la brochure et traité leurs douleurs périnéales, 49% (n=21) d'entre elles ont utilisé un ou plusieurs traitements non médicamenteux. Nous nous sommes intéressés à l'efficacité de ces différentes méthodes non médicamenteuses (figure 4).

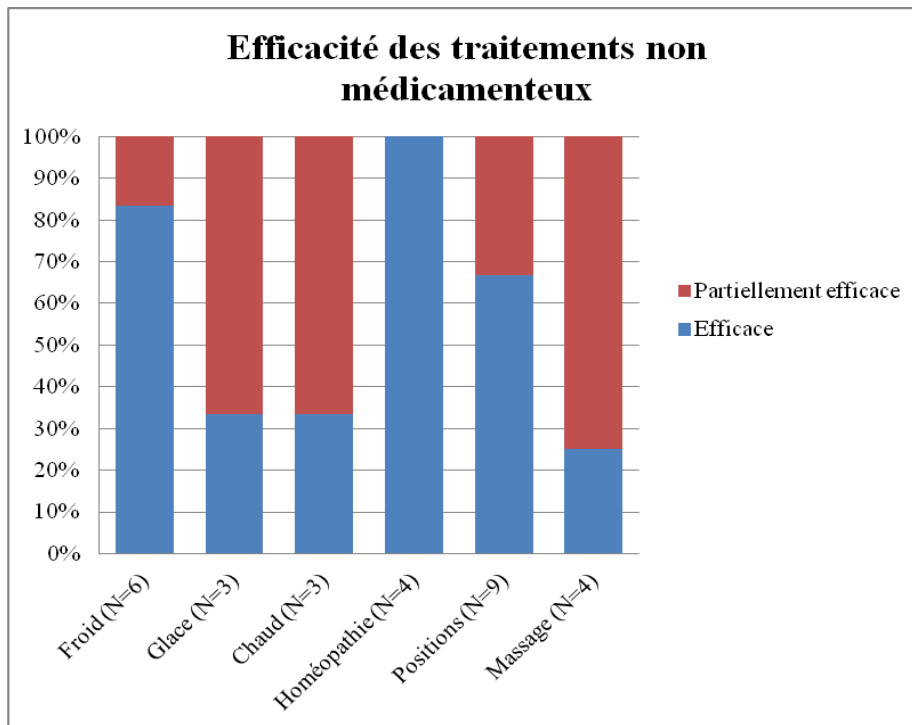


Figure 4. Efficacité des différents traitements non médicamenteux

Le froid a été efficace pour 84% (n=5) et partiellement efficace pour 16% (n=1) des patientes l'ayant utilisé.

La glace et le chaud se sont révélés tout deux efficaces pour 33% (n=1) et partiellement efficaces pour 67% (n=2) des patientes les ayant utilisés.

L'homéopathie a été reconnue comme efficace par 100% (n=4) des patientes.

L'utilisation de positions antalgiques s'est révélée efficace pour 67% (n=6) et partiellement efficace pour 33% (n=3) des patientes.

Le massage périnéal pratiqué par 4 patientes a été efficace pour 25% (n=1) et partiellement efficace pour 75% (n=3) d'entre elles.

Aucune patiente n'a considéré les méthodes non médicamenteuses comme inefficaces.

3.4 Satisfaction des patientes

Nous avons demandé aux patientes d'émettre un avis sur la qualité de la prise en charge de leurs douleurs périnéales par une question ouverte « Comment qualifieriez-vous la prise en charge de vos douleurs périnéales ? » (conseils reçus à la maternité, traitements à la maison).

Tableau 11. Satisfaction de la prise en charge

Critères	Groupe A (sans brochure) (N=62)	Groupe B (avec brochure) (N=65)	p-value
Insuffisante	2 (3%)	3 (5%)	NS †
Passable	17 (27%)	10 (15%)	
Bonne	32 (52%)	36 (55%)	
Excellente	11 (18%)	16 (25%)	

Note: † Test de Fisher, $p < 0.05$. NS: Non Significatif.

3% (n=2) des patientes du groupe A et 5% (n=3) des patientes du groupe B ont trouvé la prise en charge « insuffisante ». 15% (n=10) l'ont trouvée « passable » contre 27% (n=17) dans le groupe A.

55% (n=36) des patientes du groupe B et 52% (n=32) des patientes du groupe A l'ont qualifiée de « bonne ».

Enfin 25 (n=16) des patientes du groupe B l'ont considérée « excellente » contre 18% (n=11) des patientes du groupe A.

Cependant ces résultats ne sont pas significatifs ($p=0.29$).

4. Discussion

Bien que de faible puissance, cette étude est, à notre connaissance, la première étude randomisée évaluant l'intérêt d'une plaquette d'information écrite sur les douleurs périnéales dans le post partum en France.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact d'une brochure sur la durée et l'intensité des douleurs périnéales en post-partum.

Nous avons deux objectifs secondaires :

- l'évaluation des différents traitements proposés dans la brochure.
- l'évaluation de la satisfaction des patientes quant à leur prise en charge.

Pour répondre à ces questions deux groupes équilibrés de 75 patientes ont été recrutés au 2^e jour du post-partum. Lors du 2^e questionnaire, entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, 62 patientes du groupe A et 65 du groupe B ont pu être recontactées.

L'étude a pu être randomisée ce qui a permis d'obtenir deux groupes parfaitement comparables statistiquement. Un seul enquêteur s'est occupé de toutes les patientes lors des deux phases de l'étude. La brochure informative a été bien accueillie, les méthodes proposées ont été comprises et facilement réalisables.

D'un point de vue éthique, cette étude ne nous a pas semblée délétère pour la patiente ne recevant pas la brochure puisque classiquement seule l'information orale est donnée.

4.1 Utilité de la brochure sur les douleurs périnéales en post-partum

Nous avons comparé, entre les deux groupes, la durée des douleurs périnéales en post-partum et leur intensité chez les patientes encore douloureuses 6 à 8 semaines après l'accouchement, afin de montrer l'intérêt de la distribution d'une brochure pendant le séjour en maternité.

Nous revenons tout d'abord sur la durée des douleurs périnéales.

L'utilisation de la brochure apparaît utile dans la diminution de la durée des douleurs périnéales. Les patientes possédant la brochure ont été soulagées plus rapidement (douleur inférieure à 10 jours : groupe B : 46%, n=30 ; groupe A : 35.5%, n=22 ; p=0.3). A l'inverse, les patientes sans la brochure sont plus nombreuses à avoir ressenti des douleurs entre 10 jours et 1 mois (groupe A : 34%, n=21 ; groupe B : 28%, n=18 ; p=0.6).

Au-delà de 1 mois, les patientes possédant la brochure sont plus nombreuses que celles ne la possédant pas à avoir souffert de douleurs périnéales (groupe A : 1.5%, n=1 ; groupe B : 4.5%, n=3 ; p=0.7.). Elles sont également plus nombreuses 2 mois après leur accouchement (groupe A : 1.5%, n=1 ; groupe B : 6%, n=4 ; p=0.4).

Cependant, les résultats décrits ci-dessus ne nous permettent pas de conclure car ils ne sont pas significatifs (p=0.22).

Dans notre étude, bien que les deux échantillons soient statistiquement comparables (p>0.05), les patientes du groupe B ont décrit au 2^e jour du post-partum des douleurs périnéales plus intenses (EN=2.87) que celles des patientes du groupe A (EN=2.37) (p=0.21). De plus, ces douleurs ont été qualifiées de « pénibles » par 12 patientes (16%) du groupe B contre seulement 4 patientes (5.3%) du groupe A (p=0.06). Enfin, les patientes possédant la brochure ont présenté plus de complications périnéales dans le post-partum (groupe A : 16% n=10 ; groupe B : 26%, n=17 ; p=0.55), or ces complications sont en parti à l'origine de douleurs périnéales. Ces données peuvent avoir influencé les résultats de notre étude.

En 2003, l'étude de MacArthur (4), menée auprès de 444 patientes, montre que l'incidence des douleurs varie selon la lésion périnéale. Les patientes ayant un périnée intact sont 75% à ressentir des douleurs au 1^{er} jour et 38% au 7^e jour. Ces chiffres augmentent avec la gravité de la lésion, pour atteindre 95% (J1) et 60% (J7) pour des déchirures de 1^{er} et 2^e degré, 97% (J1) et 71% (J7) pour des épisiotomies et 100% (J1) et 91% (J7) pour des déchirures de 3^e et 4^e degré. Cependant, à 6 semaines la différence de fréquence des douleurs n'est pas significative entre ces groupes.

Notre étude tend vers la même conclusion. Lors du 2^e entretien, entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, parmi les 5 patientes souffrant de douleurs périnéales on recense 2 périnées intacts ou porteurs d'éraillures, 2 déchirures du 1^{er} degré et 1 épisiotomie. La différence de fréquence des douleurs entre les lésions n'est pas significative ($p=0.45$, $p=0.5$, $p=1$). Notre étude ne recense que 2 déchirures du 2^e degré et aucune déchirure du 3^e degré. Il aurait été intéressant de recruter un plus grand nombre de patientes porteuses de ces déchirures afin de pouvoir étudier l'incidence des douleurs à 6 semaines du post-partum.

De plus, on peut se demander si le fait d'avoir eu plus d'informations sur l'existence de ces douleurs et la possibilité de les soulager n'a pas fait prendre conscience, à plus de femmes, de leur présence.

Une étude épidémiologique anglaise de Glazener et al (18), citée dans le rapport de la HAS (3), réalisée en post-partum immédiat et suivant 1116 femmes, montre que 42% des femmes souffrent de douleurs périnéales en post-partum immédiat et 22 % 8 semaines après leur accouchement.

En 2008, une étude d'Andrews et al (19) menée en Angleterre et portant sur 254 patientes, montre que 92% d'entre elles sont douloureuses le 1^{er} jour suivant l'accouchement et 12% le sont encore à 7 semaines du post-partum.

Ces résultats diffèrent donc des tendances retrouvées dans notre étude dans laquelle la prévalence générale des douleurs périnéales entre 6 et 8 semaines après l'accouchement n'atteint que 4% ($n=5$). Cette différence peut s'expliquer par une amélioration de la prise en charge de la douleur depuis 1997 (18) et par les différences de pratiques entre deux pays européens, notamment au moment de l'accouchement (20).

Enfin, la brochure semble être plus utile aux patientes ayant une déchirure du 1^{er} degré ou une épisiotomie. En effet, pour ces deux types de lésion un plus grand nombre de patientes possédant l'information écrite est soulagé en moins de dix jours. Ces résultats peuvent soulever la question suivante : la brochure doit-elle être distribuée à toutes les patientes ou seulement à celles ayant une lésion périnéale ?

Sur les 5 patientes douloureuses 6 à 8 semaines après leur accouchement, 2 ont eu un périnée dit « intact » à la suite de l'accouchement. De plus, dans la rubrique « remarque » du questionnaire n°2, 3 patientes ont écrit avoir été complètement indolores lors de leur séjour à la maternité mais une fois rentrées au domicile, des douleurs sont apparues. L'une d'entre elle écrit *« je vous remercie de m'avoir informée de la possible survenue de ces douleurs car lorsqu'elles sont apparues je me suis au début demandée ce que c'était puis je me suis souvenue de votre brochure et j'ai pu me soigner rapidement »*. Même s'il ne s'agit là que d'un seul témoignage, il montre bien l'intérêt de la remise de cette brochure à toutes les patientes.

Intéressons nous à présent à l'intensité des douleurs périnéales chez les patientes encore douloureuses 6 à 8 semaines après leur accouchement.

L'analyse des résultats ne nous permet pas de conclure en faveur de l'utilisation de la brochure, car la différence entre les deux groupes n'est pas significative ($p=0.4$).

Dans le groupe A, la patiente décrivant des douleurs périnéales persistantes, ne ressentait aucune douleur au moment de l'entretien (EN=0), elle chiffrait cependant à 3 sur l'échelle du QCD la gêne engendrée par ces douleurs lors de l'activité.

Dans le groupe B, les 4 patientes encore douloureuses évaluaient leurs douleurs, au moment de l'entretien à 4 en moyenne. Ces douleurs interféraient principalement sur leur humeur (QCD=3.25) et leur marche (QCD=2.5).

Parmi les 5 patientes, 3 considéraient ces douleurs comme pénibles et 2 comme gênantes. Deux patientes n'ont pris aucun traitement, l'une appartenant au groupe sans la brochure et l'autre n'ayant pas utilisé la brochure.

Mais rappelons que les patientes du groupe possédant la brochure, présentaient des douleurs périnéales plus intenses et qualifiées de « pénibles » par un plus grand nombre d'entre elles ($p=0.06$). Ce qui peut expliquer les différences entre les deux groupes après 6 à 8 semaines de post-partum.

Aucune étude sur l'intensité des douleurs périnéales 2 mois après l'accouchement n'a été retrouvée. Grâce à l'Echelle Numérique (EN), nous observons une diminution de la douleur pour les 5 patientes encore douloureuses. Dans le groupe n'ayant pas utilisé la brochure, la valeur passe entre le 2^e jour du post-partum et 2 mois après l'accouchement, de 5 à 2.5 tandis que pour les patientes ayant utilisé la brochure, elle passe de 7 à 3.7.

L'utilisation des traitements non médicamenteux proposés dans la brochure n'a pas significativement diminué l'intensité de la douleur périnéale à long terme ($p=0.125$).

A partir de ces résultats, nous pouvons nous demander si au-delà d'1 mois les traitements non médicamenteux proposés dans la brochure sont réellement efficaces sur les douleurs périnéales. Les limites des traitements non médicamenteux apparaissent peut-être ici.

Le taux d'amélioration des douleurs des patientes ayant utilisé la brochure est de 52% et celui des patientes ne l'ayant pas reçu est de 50%. On considère comme significatif un taux d'amélioration de 30 à 34% si la douleur initiale est cotée supérieure ou égale à 4 (55,56). Ces deux taux étant comparables ($p=0.9$), l'amélioration des douleurs ne peut pas être uniquement justifiée par la possession de la brochure.

4.2 Traitements utilisés dans le post-partum

Afin de répondre à notre 1^{er} objectif secondaire, nous discuterons des méthodes thérapeutiques utilisées selon les groupes puis l'efficacité des traitements non médicamenteux proposés dans la brochure.

Lors du séjour en maternité, 20% ($n=15$) des patientes ne recevant pas la brochure et 21.3% ($n=16$) des patientes la recevant ont été sensibilisées à l'existence des traitements non médicamenteux. Les principaux traitements qui ont été utilisés sont le sérum hypertonique (utilisé dans le post-partum immédiat pour faire régresser rapidement l'œdème) et la glace.

Les patientes en possession de l'information écrite sont plus nombreuses à avoir fait usage de traitements pour soulager leurs douleurs périnéales (groupe A : 50%, $n=31$; groupe B : 66%, $n=43$; $p=0.096$).

Les traitements utilisés sont directement liés à la source d'information. Toutes les patientes du groupe A ont eu recours aux traitements conseillés à l'oral, tandis que dans le groupe B, un tiers de l'échantillon a utilisé uniquement la brochure, la moitié les conseils oraux et le reste a pris en compte les deux informations. Cette différence entre les deux groupes est significative ($p<0.05$). Aucune patiente n'a répondu avoir eu recours aux

conseils d'une amie, à internet ou autre. Il n'y a donc, à priori, pas de facteurs extérieurs qui auraient pu influencer leur choix thérapeutique.

L'utilisation de traitements médicamenteux serait moins fréquente lorsque l'information écrite complète l'information orale car 90.5% (n=28) des patientes sans la brochure ont utilisé des médicaments contre 74.5% (n=32) des patientes la possédant. Cette différence n'est cependant pas significative (p=0.15).

La brochure proposait des traitements non médicamenteux et 49% (n=21) des patientes la possédant les ont utilisés. 32% (n=10) des patientes n'ayant pas reçu la brochure ont également eu recours à des traitements non médicamenteux conseillés oralement. Les résultats ne sont pas significatifs (p=0.27). Les méthodes non médicamenteuses les plus utilisées par les deux groupes sont le froid (groupe A : 14%, n=6 ; groupe B : 3%, n=1 ; p=0.23), l'homéopathie (groupe A : 13% n=4 ; groupe B : 9.5% n=4 ; p=0.71) et les positions (groupe A : 6.5% n=2 ; groupe B : 21% n=9 ; p=0.1).

Nous avons demandé aux patientes ayant utilisé les traitements non médicamenteux s'ils s'étaient avérés efficaces, partiellement efficaces ou inefficaces dans la diminution de leurs douleurs périnéales. Le critère de jugement de l'efficacité des traitements est subjectif. Il s'agit d'un avis demandé aux patientes ayant reçu la brochure et non d'une réalité validée grâce à une échelle sur la cicatrisation ou la diminution de la douleur périnéale. Cette subjectivité constitue un biais pour nos résultats.

- Le froid

L'application de froid a été réalisée par 6 patientes. Les résultats montrent que cette méthode a été efficace pour 84% (n=5) et partiellement efficace pour 16% (n=1) des patientes. Aucune patiente n'a considéré cette méthode inefficace.

Punasundri et al (15) publient en 2006 une étude comparant l'efficacité des médicaments à celle du froid sur les douleurs périnéales. En plus de résultats significatifs en faveur du froid sur la durée des douleurs, 97.5% des patientes ont été satisfaites de cette méthode.

Bien que notre échantillon ne soit constitué que de 6 patientes, les résultats de notre étude tendent vers ceux de Punasundri et al concernant l'efficacité sur les douleurs selon le ressenti des patientes.

- La glace

Jugée par 3 patientes, cette méthode se révèle efficace à 33% (n=1) et partiellement efficace à 67% (n=2).

Stenn M. et al (45) publient en 2000 une étude comparant l'efficacité de la glace et du froid (sous forme de gel) en post-partum immédiat. Les résultats montrent que le froid s'avère plus efficace dans la diminution de la douleur ($p=0.25$) et dans la satisfaction des patientes ($p<0.0005$) par rapport à la glace, évalués 5 jours après le début du traitement.

Dans notre étude l'efficacité du froid (84%) est supérieure à celle de la glace (33%), ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude présentée ci-dessus.

- Le chaud

Les bains chauds, utilisés par 3 patientes sont efficaces pour 33% (n=1) et partiellement efficaces pour 67% (n=2) des patientes.

Roberts et al, en 1986, rapportent que les bains froids sont significativement plus efficaces que les bains chauds dans le soulagement des douleurs périnéales. Cependant l'échantillon n'est que de 40 patientes (14). Bien que nos échantillons soient plus petits, la même tendance apparaît dans nos résultats.

- L'homéopathie

Cette méthode a été reconnue efficace par 100% (n=4) des patientes ayant utilisé le traitement proposé par la brochure.

Aucune étude sur l'efficacité de l'homéopathie sur les douleurs périnéales n'a été retrouvée dans la littérature. Pourtant, considérées comme des douleurs post-opératoires celles-ci peuvent être traitées par homéopathie.

En 1998, Ernst publie une revue de la littérature sur l'efficacité de l'Arnica Montana (57) regroupant 8 essais cliniques. Les essais n'étant pas assez rigoureux, cette

recherche ne permet pas d'affirmer l'efficacité de l'Arnica par rapport à un traitement placebo.

Depuis, 2 études ont été menées, l'une évaluant l'efficacité de l'Arnica dans la prévention de la douleur post-opératoire (58) et l'autre étudiant les effets de l'Arnica sur les douleurs musculaires (59). Elles concluent toutes 2 que l'Arnica homéopathique ne présente pas d'avantage sur le placebo pour réduire les douleurs.

Bien que nos résultats soient différents des deux études précédemment citées, nous ne pouvons pas conclure car nous n'avons pas comparé l'homéopathie avec un traitement placebo.

- Les positions

L'utilisation de positions antalgiques s'est révélée efficace pour 67% (n=6) et partiellement efficace pour 33% (n=3) des patientes. 21% des patientes ayant reçu la brochure ont répondu avoir utilisé cette méthode simple et qui semble logique pour soulager leurs douleurs périnéales. Cependant aucune étude n'a été retrouvée sur l'efficacité des positions dans le post-partum sur la diminution des douleurs périnéales.

- Le massage périnéal

Les massages périnéaux utilisés par 4 patientes ont été efficaces pour 25% (n=1) et partiellement efficaces pour 75% (n=3) d'entre elles. Ces 4 patientes ont utilisé de l'huile de calendula. Bien que préconisés par de nombreux professionnels afin d'éviter les adhérences et assouplir la cicatrice, il ne semblerait pas que les massages de cicatrice soient efficaces sur la durée des douleurs. Cette conclusion est reprise par la revue de littérature de Shin TM (60) sur le rôle du massage dans la cicatrisation. Aucune étude sur le massage périnéal en post-partum n'a été retrouvée.

4.3 Satisfaction des patientes

En santé, la satisfaction est un indicateur de la qualité des soins. C'est pour cette raison que l'évaluation de la satisfaction des patientes est devenue une obligation réglementaire depuis l'Ordonnance du 24 Avril 1996.

Dans notre étude, les patientes ayant reçu l'information écrite sont globalement plus satisfaites de leur prise en charge que les patientes ayant reçu uniquement les informations orales. 80% (n=52) des patientes du groupe B ont considéré leur prise en charge comme bonne ou excellente contre 70% (n=43) dans le groupe A.

A l'inverse, cette prise en charge s'est avérée insuffisante ou passable pour 20% (n=13) des patientes du groupe B et 30% (n=19) des patientes du groupe A. Les résultats de l'étude ne nous permettent pas, encore une fois, de conclure car ils ne sont pas significatifs ($p=0.29$).

Selon l'enquête de la DRESS en 2008 (23), 16 à 22 % des usagères de maternités sont « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des informations et des conseils médicaux prodigués concernant les soins de suites de couches conséquents à une lésion périnéale (23).

Les résultats retrouvés dans notre étude sont différents, la satisfaction des patientes ayant reçu la brochure se rapproche de l'enquête de la DRESS mais on compte 30% de patientes insatisfaites parmi celles n'ayant pas reçu la brochure.

L'existence de patientes insatisfaites explique l'intérêt soulevé par la HAS dans l'élaboration de documents d'information écrits pour compléter les informations orales (54).

4.4 A propos de l'étude

Lors de la phase d'étude préliminaire, les questionnaires étaient distribués aux patientes qui avaient la journée pour les remplir (l'enquêteur devant les récupérer le lendemain). Il s'est avéré, à la lecture des questionnaires, que beaucoup de patientes ne les remplissaient pas entièrement, ne comprenaient pas toutes les questions et parfois ne l'avaient pas complété le jour même. Cela rendait les résultats inexploitable.

Pour l'étude finale, il a donc été décidé que, l'enquêteur remplirait le questionnaire avec la patiente. Cette décision a influencé la période de recrutement puisqu'il ne lui était impossible de recruter durant plus d'un mois sur la période estivale. Mais elle a également permis d'éviter un biais, à savoir le nombre d'enquêteurs et le risque d'informations différentes. En effet, le temps prévu pour chaque patiente passant de 10 à 20 minutes, il était impossible de solliciter l'équipe soignante dans le recrutement des patientes.

154 patientes ont pu être recrutées, ce qui représente un échantillon insuffisant pour faire ressortir des résultats significatifs. De plus, les critères d'exclusion ne permettent pas à cet échantillon d'être représentatif de la population française. En effet, les patientes ne parlant pas français et ne possédant ni téléphone, ni adresse mail ont été exclues de l'étude, ainsi cette catégorie socio-économique n'est pas représentée dans notre étude.

Aucune patiente n'a dû être exclues à cause d'une affection pelvipérinéale présente avant la grossesse. Ces affections entraînent des douleurs pelvipérinéales qui ne sont pas liées à l'accouchement et qui pouvaient donc biaiser l'évaluation de la douleur (61).

Enfin l'enquête périnatale indique que 45% des primipares et 14% des multipares ont subi une épisiotomie en 2010 (6). Dans nos échantillons cela représenterait 21 patientes dans le groupe A et 22 patientes dans le groupe B. Or nous avons 26 patientes dans le groupe A et 23 patientes dans le groupe B ayant subi une épisiotomie. Cette différence n'est pas significative ($p=0.8$) ce qui signifie qu'en terme de patientes ayant subi une épisiotomie nos deux groupes sont comparables à la population française.

Face aux critères d'exclusions et au nombre de patientes composant notre étude, les conclusions ne seront pas généralisables à la population française.

La randomisation par tirage au sort, dans des enveloppes scellées par bloc de 10, a permis d'équilibrer les groupes. Les équipes soignantes ont bien voulu ne pas lire la brochure distribuée aux patientes du groupe B afin de ne pas changer leurs conseils et donc éviter d'influencer les résultats.

Les plus grandes difficultés sont apparues lors de la deuxième partie de l'étude. En effet, la période de rappel s'est déroulée lors de la fin des vacances scolaires estivales et de la rentrée. De ce fait, il a été difficile de joindre toutes les patientes. Cependant 127 d'entre elles ont pu être recontactées soit par mail, soit par téléphone, ce qui représente 15% (n=23) de patientes perdues de vue. Le fait que ce soit la même personne qui les recontacte 2 mois après leur accouchement leur a permis de répondre sans aucune gêne aux questions même lorsque celles-ci étaient très personnelles.

4.5 Propositions

4.5.1 Etudes complémentaires

Une autre étude recrutant un plus grand nombre de patientes permettrait de confirmer ou d'infirmer les tendances retrouvées dans notre étude en rendant les résultats significatifs.

Afin d'améliorer la brochure, des études sur l'efficacité des traitements non médicamenteux sur les douleurs périnéales, avec de plus grands échantillons, sont nécessaires.

Dans son guide « Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (54), la HAS conseille : « *La participation des patients et usagers (...) à toutes les phases de la conception des documents écrits qui leur sont destinés* ». Devant un manque de temps et de moyen, ces étapes dans l'élaboration d'un document écrit non pu être respectées.

De même, « *le test de la compréhension et de la présentation d'un document écrit d'information* », présenté en Annexe VI de ce guide (54), devrait faire l'objet d'une étude.

En effet, nous avons étudié l'impact de la brochure sans demander aux patientes leur point de vue sur la présentation, le contenu et l'esthétique de la brochure.

Enfin, lors de la 2^e partie de l'étude, nous souhaitions aborder le sujet de l'intérêt de la rééducation dans la diminution des douleurs périnéales. Cependant très peu de patientes avaient déjà commencé leurs séances. La rééducation périnéale peut avoir une action antalgique en particulier lorsque la douleur est cicatricielle. La contraction des muscles périnéaux augmente la vascularisation de cette zone, assouplissant et tonifiant les muscles qui ont été lésés, ce qui facilite la cicatrisation. Un des objectifs à atteindre en fin de rééducation périnéale d'après l'ANAES est d'obtenir un périnée indolore (3).

Cette piste de réflexion pour une étude à venir semble intéressante et complémentaire afin de déterminer si les douleurs supérieures à 2 mois peuvent être traitées par la rééducation.

Enfin, il serait intéressant de connaître le devenir de ces douleurs périnéales à long terme. Les douleurs persistantes après 6 à 8 semaines de post-partum peuvent-elles être traitées ou deviennent-elles des douleurs chroniques ?

4.5.2 Amélioration des pratiques professionnelles

L'hypothèse de départ de notre étude était l'utilité d'un document d'information écrit, référençant des méthodes non médicamenteuses permettant le soulagement des douleurs périnéales dans le post-partum, en complément de l'information orale.

Au final, l'utilisation des traitements proposés n'a pas influencé sur les douleurs à long terme mais semble diminuer la durée des douleurs inférieures à un mois. De ce fait, l'information doit être délivrée le plus tôt possible afin que les patientes puissent agir rapidement sur leurs douleurs. Cette information doit commencer dès le début de l'hospitalisation en suites de couches.

En France, les recommandations préconisent la proposition de traitements médicamenteux afin de soulager les douleurs périnéales (34).

En Grande-Bretagne, le National Institute for Health and Clinical Experience (NICE) préconise dans son guide pour les soins du post-partum (62), une communication accrue entre le professionnel de santé et la patiente au sujet de sa cicatrice périnéale. Le professionnel doit demander aux patientes si elles ont des inquiétudes au sujet du processus de guérison et si elles ont une douleur, une gêne, un picotement ou un inconfort au niveau du périnée. Enfin, les recommandations sont d'informer les femmes sur l'existence de la thérapie par le froid (glace, gel froid) comme méthode efficace de soulagement de la douleur. Si l'analgésie orale est nécessaire, le paracétamol est utilisé en première intention. On ne passera à un autre antalgique ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien que lorsque le paracétamol et la thérapie par le froid s'avéreront inefficaces. Cependant, lors de la prise en charge des épisiotomies, le professionnel doit proposer à la patiente un suppositoire d'anti-inflammatoire non stéroïdien à la fin de la réfection de la lésion périnéale. (62)

Ces pratiques professionnelles européennes différentes peuvent apporter une réflexion bénéfique dans l'amélioration de nos pratiques. Il semble important de proposer aux patientes des alternatives aux thérapeutiques médicamenteuses.

Le guide de la HAS permettant l'élaboration d'un document écrit d'information (54) a été créé à la suite des recommandations professionnelles datant de 2000 « Information des patients. Recommandations destinées aux médecins » (63) qui souligne que l'information écrite est un complément possible à l'information orale.

L'information écrite peut aider le patient à comprendre le but et le déroulement des soins qui lui sont proposés. Elle contribue également à la participation active aux soins lorsqu'elle est utilisée dans une démarche d'éducation pour la santé.

En Grande Bretagne, les recommandations de bonne pratique soulignent l'importance de délivrer un document écrit en complément des conseils oraux donnés aux patients. De plus, ces documents sont disponibles dans toutes les langues afin que toutes les patientes puissent recevoir une information complète. (62)

Le nombre de conseils donnés lors de la sortie de la maternité est très important. Les jeunes mères alors complètement centrées sur leur bébé, semblent écouter les conseils qui leur sont donnés mais les décisions qu'elles prennent changent après le retour à

domicile. Elles sont moins réceptives aux conseils qui leur sont adressés comme le soulignent, par exemple, les études concernant l'information sur la contraception (64).

Enfin il semble important de rappeler aux femmes, lors des conseils de sorties, l'existence et la durée physiologique de ces douleurs périnéales afin d'éviter à celles-ci de penser que ces douleurs sont normales lorsqu'elles persistent. Pour les patientes les plus douloureuses lors de la sortie de la maternité, un travail en réseau avec une sage-femme libérale doit être mis en place.

Conclusion

Cette étude a été réalisée dans le but d'améliorer les conseils donnés en maternité concernant la prise en charge des douleurs périnéales une fois l'hospitalisation terminée.

Les résultats de cette étude ne montrent pas de différence significative entre les conseils écrits et oraux dans la durée et l'intensité des douleurs périnéales en post-partum.

Cependant les résultats tendent dans l'ensemble à montrer un effet positif de la remise de la brochure sur la durée des douleurs périnéales de moins d'1 mois, sur l'utilisation de traitements pour les soulager et sur la satisfaction des patientes.

En effet, les patientes en possession de l'information écrite, sont plus nombreuses à s'occuper de leurs douleurs périnéales et à essayer différentes méthodes non médicamenteuses, à la place ou en complément des traitements médicamenteux, pour les soulager.

Au-delà d'1 mois après l'accouchement, l'information écrite en complément de l'information orale ne semble pas influencer la durée et l'intensité des douleurs périnéales. Dans notre étude, la prévalence des ces douleurs, à 2 mois du post-partum, est inférieure aux prévalences retrouvées dans la littérature, mais notre étude est de plus faible puissance.

Les conseils donnés lors de la sortie de la maternité sont primordiaux. Plus les patientes seront informées des alternatives existantes, plus elles pourront s'occuper d'elles, de leur douleur et améliorer leur guérison et leur quotidien. L'existence de traitements non médicamenteux doit être transmise aux patientes. Outre les contre-indications que peuvent avoir certaines patientes à certains médicaments, les méthodes non médicamenteuses semblent répondre à l'heure actuelle à une réelle demande de la part des patientes, comme le montre l'essor des médecines douces et parallèles. Cependant, des études doivent être faites pour montrer l'efficacité de ces méthodes afin de baser nos pratiques sur des réalités scientifiques.

De ce fait et dans le cadre de la loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé demandant aux professionnels de santé d'informer chaque personne soignée, l'élaboration de documents écrits en différentes langues, en complément des conseils oraux, à donner aux jeunes mères avant la sortie de la maternité semble indispensable.

La sage-femme, interlocuteur privilégié dans cette étape de la vie d'une femme qu'est le post-partum, doit être à l'origine de ce travail d'information. La communication, élément essentiel de son métier doit permettre de dépister les situations à risque. Les douleurs périnéales sont reconnues comme interférant dans le développement de la relation mère-enfant, et dans le bien-être de la femme (65). La qualité de vie des femmes sera améliorée par la prise en considération de leurs besoins, et l'apport de conseils et de solutions thérapeutiques. Dans ce rôle, la sage-femme peut espérer accompagner plus globalement les femmes dans leur devenir mère.

Bibliographie

1. Etats généraux de la douleur. Le livre blanc de la douleur. 2005.
2. Code de la Santé Publique, Loi 2002-303 Article L1110-5 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Mars 2002 . Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685748&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120107>
3. HAS rééducation dans le cadre du post-partum. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/post_partum_rap.pdf
4. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth* 26(1):11-7. 1999.
5. CNGOF, Faruel-Fosse H., Venditelli F. Recommandations pour la pratique clinique: L'épisiotomie, Peut-on réduire le taux des épisiotomies ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006 févr;35(S1):68–76.
6. DRESS. La situation périnatale en France en 2010: Etudes et Résultats [Internet]. 2010. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>
7. Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery*. 2005 juin;21(2):154–60.
8. CNGOF, Verspyck E., Sentilhes L., Roman H.,Sergent F., Marpeau L. Recommandations pour la pratique clinique: L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006 févr;35(S1):40–51.
9. Kettle C, Hills RK, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Systematic Review* . 2007 oct;4.
10. Ramanah R, Gay C, Terzibachian J, Gabelle C, Cossa S, Bouvard M, Knoepffler F. Intérêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les douleurs périnéales du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004 janv;33(1):67.

11. Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2001 oct;165(9):1203–9.
12. CNGOF, Faruel-Fosse H. Recommandations pour la pratique clinique: L'épisiotomie, Soins apportés à l'épisiotomie en suites de couches. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006 févr;35(S1):52–8.
13. Steen M et al. Ice packs and cooling gel pads versus no localised treatment for relief of perineal pain: a randomised controlled trial. *Royal College of Midwives*. 2007 mars;5(1).
14. Ramler D, Roberts J. A comparison of cold and warm sitz baths for relief of postpartum perineal pain. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*. 1986 nov;15(6):471–4.
15. Punasundri d/o Thangaraju , Choo Bin Moey. Perineal Cold Pads Versus Oral Analgesics in the Relief of Postpartum Perineal Wound Pain. *SGH PROCEEDINGS*. 2006;15(1).
16. Nam HK, Park YS. A study on comparisons of ice bag and heat lamp for the relief of perineal discomfort. *Kanho Hakhoe Chi*. 1991 avr;21(1).
17. Lafoy J, Geden EA. Postepisiotomy pain: warm versus cold sitz bath. *JOGNN*. 1989 sept;18(5):399–403.
18. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997 mars;104(3):330–5.
19. Andrews V, Thakar R, Sultan A, Jones P. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008 avr;137(2):152–6.
20. Macarthur A, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004 oct;191(4):1199–204.
21. Agence de la Santé Publique au Canada. Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité : Ce que disent les mères.. 2007. Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>

22. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British Journal of Obstetric and Gynecology*. 1998 févr;105(2):156–61.
23. DRESS. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. 2008. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>
24. Barot S., Tardif D. Déchirures obstétricales anciennes. Elsevier Masson SAS. 2010;Gynécologie (200-A-10).
25. Parant O., Reme JM., Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Elsevier Masson SAS. 1999;Obstétrique (5-078-A-10).
26. Merger R, Levy J, Melchior J. Complications traumatiques de l'accouchement. Paris: Masson; 1989.
27. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. International Association for the Study of Pain. 1994. Disponible sur : <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>
28. Kaplun A. Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. WHO Regional Publications. 1992;44:141–226.
29. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. 2008. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf
30. Sultan A., Johanson R., Carter J.E. Occult anal sphincter trauma following randomized forceps and vacuum delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1998;61(2):113–9.
31. Sultan A., Kamm M., Hudson C., Thomas J. Anal-Sphincter Disruption during Vaginal Delivery. *New England Journal of Medicine*. 1993;(329):1905–11.
32. ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
33. Delavierre D., Rigaud J., Sibert L., Labat JJ. Évaluation des douleurs pelvipérinéales chroniques. *Progrès en Urologie*. 2010 nov;20(12):865–71.

34. Horovitz J., Coatleven F., Roux D., Vendenbossche F. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). Elsevier Masson SAS. 2011;Obstétrique (5-110-A-10).
35. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. 2008. Disponible sur : <http://www.scribd.com/doc/8540292/Guide-pour-la-surveillance-et-la-prevention-des-infections-nosocomiales-en-maternite>
36. ANAES. Prise en charge de la douleur post opératoire chez l'adulte et l'enfant. 1997. Disponible sur : <http://www.sfar.org/article/21/prise-en-charge-de-la-douleur-post-operatoire-chez-l-adulte-et-l-enfant-cc-1997>
37. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire. 2002. Disponible sur : <http://www.sfar.org/article/56/attitude-pratique-pour-la-prise-en-charge-de-la-douleur-postoperatoire>
38. Chou D, Abalos E, Gyte GM. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. Cochrane Database Systematic Review. 2010.
39. Skovlund E, Fyllingen G, Landre H, Nesheim BI. Comparison of postpartum pain treatments using a sequential trial design. I. Paracetamol versus placebo. European Journal of Clinical Pharmacology. 1991;40(4):343–7.
40. Spielvogel C. Les antalgiques utilisables pendant la grossesse et l'allaitement. 2004 déc;Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/Les-antalgiques-utilisables.html>
41. Schachtel BP, Thoden WR, Baybutt RI. Ibuprofen and acetaminophen in the relief of postpartum episiotomy pain. Journal Clinical Pharmacology. 1989 juin;29(6):550–3.
42. Mac Auley DC. Ice therapy: how good is the evidence? Internal Journal of Sports Medicine. 2011 juill;22(5):379–84.
43. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. Cochrane Reviews. 2007
44. Leventhal LC, de Oliveira SM, Nobre MR, da Silva FM. Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. Journal of Midwifery and Womens Health. 2011 avr;56(2):141–6.

45. Steen M, Cooper K, Marchant P, Griffiths-Jones M, Walker J. A randomised controlled trial to compare the effectiveness of ice-packs and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery*. 16(1):48–55.
46. De Parades V, Bauer P, Parisot C, Atienza P. Traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 2000 déc;24(12):121–2.
47. Dr Horvilleur A. *Guide familial de l'homéopathie*. Hachette. 2011.
48. Dr Horvilleur A. *L'homéopathie pour ma grossesse. Testez*. 2009.
49. *Etude patients Ipsos. Les Français et les médicaments homéopathiques*. 2010.
50. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? *The Lancet*. 2005 sept;366(9487).
51. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? *Pain*. 1994 sept;58(3):387–92.
52. Jensen MP, Turner LR, Turner JA, Romano JM. The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain*. 1996 sept;67(1):35–40.
53. Bourreau F., Luu M., Doubrere J.F., Gay C. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*. 1984;39:119–39.
54. HAS. *Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique*. 2008. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf
55. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*. 2001 nov;94(2):149–58.
56. Farrar JT, Pritchett YL, Robinson M, Prakash A, Chappell A. The clinical importance of changes in the 0 to 10 numeric rating scale for worst, least, and average pain intensity: analyses of data from clinical trials of duloxetine in pain disorders. *Journal of Pain*. 2010 févr;11(2):109–18.
57. Ernst E., Pittler MH. Efficacy of Homeopathic Arnica: A Systematic Review of Placebo-Controlled Clinical Trials. 1998 nov;133:1187–90.
58. Stevinson C, Devaraj VS, Fountain-Barber A, Hawkins S, Ernst E. Homeopathic arnica for prevention of pain and bruising: randomized placebo-controlled trial in hand surgery. *JRSM*. 2003 févr;96(2):60–5.

59. Adkison JD, Bauer DW, Chang T. The effect of topical arnica on muscle pain. *Ann Pharmacother.* 2010 Aout;44(10):1579–84.
60. Shin TM. The Role of Massage in Scar Management: A Literature review. *Dermatology and Surgery.*
61. Delavierre D., Rigaud J., Sibert L., Labat JJ. Définitions, classifications et lexique des douleurs pelvipérinéales chroniques. *Progrès en Urologie.* 2010 nov;20(12):853–64.
62. McCandlish R., Adams C., Barry C., Byrom S., DeMott K. Routine postnatal care of women and their babies. National Institute for Health and Clinical Experience (NICE). 2006 juill;37:48.
63. ANAES. Informations des patients - Recommandations destinées aux médecins. 2000. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infopat.pdf>
64. Yaprak Engin-Üstün, Yusuf Üstün, Feray Çetin, M. Mutlu Meydanlî, Ayoe Kafkaslî, Bülent Sezgin. Effect of postpartum counseling on postpartum contraceptive use. *Archives of Gynecology and Obstétric.* 2007;275:429–32.
65. Greenshields W., Hulme H. The perineum in childbirth : a survey of women's experiences and midwifery practices. National Childbirth Trust. 1993.

Annexes

Annexe I. Présentation de l'étude et formulaire de consentement

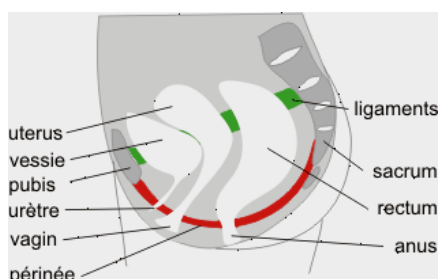
Etude sur les douleurs périnéales en post-partum

Bonjour Madame,

Je m'appelle Aurore Mauny, je suis étudiante sage-femme. Dans le cadre de mon mémoire, je mets en place une étude sur la prise en charge des douleurs périnéales après un accouchement voie basse. L'objectif est de comparer l'efficacité de deux prises en charges différentes. Cependant, dans les 2 groupes votre douleur sera prise en charge à la maternité, de la même manière par le professionnel de santé.

Afin de ne pas confondre avec les douleurs utérines, voici la définition et la localisation du périnée.

Le périnée est l'ensemble des muscles qui soutiennent tous les organes génitaux situés au niveau du bassin comme l'utérus et la vessie, il s'étend de la vulve à l'anus.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

En signant le formulaire de consentement ci-dessous, vous acceptez de participer à cette étude. Il vous sera demandé de remplir un questionnaire (qui ne prendra que 5 min) puis de tirer au sort votre groupe.

Titre de la recherche : Mémoire de fin d'études de Sage - Femme. Promouvoir l'autonomie dans la prise en charge des douleurs périnéales du post-partum à domicile : comparaison de l'efficacité de deux prises en charges.

Étudiante Sage - Femme: MAUNY Aurore

Directeur de recherche: DAVIDSON Cécile

Promoteur de la recherche : CHU BORDEAUX

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette étude est la comparaison de l'efficacité de deux prises en charges des douleurs périnéales.

2. Participation à la recherche

La participation à la recherche consiste à remplir un questionnaire de renseignements ce jour, et recevoir des informations pour le traitement des douleurs périnéales.

De plus, Je vous demanderai de me laisser vos coordonnées au bas du consentement pour me permettre de vous recontacter dans 6 à 8 semaines. Un court entretien téléphonique sera réalisé afin de vous questionner sur votre état médical et d'évaluer l'importance, l'intensité et l'impact de ces douleurs.

3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées par la suite.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances et à l'amélioration du traitement des douleurs périnéales en nous permettant de comparer l'efficacité de deux prises en charges.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans aucun préjudice, sur simple avis verbal et sans devoir justifier ma décision.

J'ai pris connaissance que cette recherche a reçu l'avis favorable du Professeur Horovitz et du Professeur Dallay, ainsi que de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Bordeaux.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à mon égard. Je conserve tous les droits garantis par la loi.

Les résultats globaux de la recherche me seront communiqués directement, si je le souhaite, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, j'accepte librement et volontairement :

- de participer à l'étude sur les douleurs périnéales en post-partum |__| oui |__| non
- d'être recontacté dans un délai de 6 à 8 semaines |__| oui |__| non

Mes coordonnées : Adresse :

N° téléphone fixe/portable :

Adresse mail :

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a proposé de participer à cette recherche, n° téléphone : 06.40.14.10.87. Mail : a_mauny@hotmail.com

Fait à _____ le _____

Signature du patient/sujet :

Signature de l'investigateur

COUPON A CONSERVER PAR L'INVESTIGATEUR

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans aucun préjudice, sur simple avis verbal et sans devoir justifier ma décision.

J'ai pris connaissance que cette recherche a reçu l'avis favorable du Professeur Horovitz et du Professeur Dallay, ainsi que de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Bordeaux.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à mon égard. Je conserve tous les droits garantis par la loi.

Les résultats globaux de la recherche me seront communiqués directement, si je le souhaite, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, j'accepte librement et volontairement :

- de participer à l'étude sur les douleurs périnéales en post-partum oui non
- d'être recontacté dans un délai de 6 à 8 semaines oui non

Mes coordonnées : Adresse :
N° téléphone fixe/portable :
Adresse mail :

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a proposé de participer à cette recherche, n° téléphone : 06.40.14.10.87. Mail : a_mauny@hotmail.com

Fait à _____ le _____

Signature du patient/sujet :

Signature de l'investigateur

Annexe II. Recueil de données

Date d'aujourd'hui / / 2011

N° accouchement :

Aile d'hospitalisation :

Renseignements Généraux

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Antécédents

ATCD médicaux :

ATCD chirurgicaux :

ATCD Obstétricaux :

Gestité :

Parité :

Nombre d'AVB :

Nombre de Césarienne :

ATCD de lésion(s) périnéale(s) : 1.OUI 0.NON

Si oui précisez le(s) type(s) :

Pour cet accouchement :

Terme à l'accouchement : SA

Grossesse : 1.Simple 2.Multiple

Présentation : 1.Céphalique 2.Podalique

Aide instrumentale : 0.Aucune 1.Ventouse
2. Forceps 3.Spatules

Lésion périnéale :

0. Périnée Intact 1.Eraillure(s) 2.Déchirure Simple
3. Déchirure complète 4.Episiotomie 5.Déchirure complète compliquée

Autre :

Suture :

Type : 1.Plans séparés 2.1fil/1 nœud 3.Autre :

Réalisée par : 1.Sage-femme 2.Docteur

Complication(s) (inspection de la lésion périnéale à J2) :

0. Aucune 1.Rougeur 2.Œdème
3. Ecchymose 4.Ecoulement 5.Désunion

Annexe III. Questionnaire à remplir au 2ème jour du post partum

Merci d'entourez la bonne réponse ou d'écrire « je ne sais pas »

Renseignements Généraux

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Statut marital : 0.Célibataire 1.En couple 2.Maritale

Niveau d'étude : 0.Non scolarisé, primaire 1. 1^{er} cycle (brevet des collèges)

2. 2^{ème} cycle (BEP, CAP, Baccalauréat) 3. > au Baccalauréat

Profession : 1. Etudiante 2.Avec un emploi 3. Chômage 4. Autre :

Concernant votre grossesse

Avez-vous suivi une préparation à la naissance : 1.OUI 0.NON

Si oui, de quel type :

1. Classique 2.Sophrologie 3.Haptonomie 4.Hypnose

5. Autre (précisez) :

Concernant votre accouchement

Avez-vous eu une déchirure ou épisiotomie ? 1. OUI 0.NON

Quel est le poids de naissance de votre bébé ? grammes

Quel est son mode d'alimentation ? 1. Lait Maternel 2.Lait Artificiel (biberon)

Concernant les douleurs périnéales

Aviez vous des douleurs périnéales avant l'accouchement : 1.OUI 0.NON

Si OUI, depuis quand ? 1. Avant la grossesse 2. Le 1^{er} Trimestre

3. Le 2^{ème} Trimestre 4. Le 3^{ème} trimestre

Est-ce votre premier accouchement ? 0. OUI 1.NON

Si NON, aviez vous eu des douleurs périnéales à la suite de vos précédents accouchements?

1. OUI 0.NON

Si OUI, précisez la durée : 1. < 10 jours 2. 10j à 1 mois 3.> 1 mois

Concernant les douleurs périnéales aujourd'hui

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit, selon vous l'importance de votre douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Au moment présent (J2) :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Douleur maximale imaginable

Tournez SVP 

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit, selon vous, le mieux les conséquences de votre douleur.

Humeur

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Capacité à marcher

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Pendant l'activité (soins aux bébés par exemple)

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Relation avec les autres

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Sommeil

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Goût de vivre

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

Comment qualifieriez-vous vos douleurs? (plusieurs réponses sont possibles)

Battement	Pulsations	Elancements	En Eclairs
Décharge électrique		Coups de marteau	
Irradiante	Brûlure		
Picotement	Fourmillement	Démangeaisons	

Ces douleurs sont-elles?

Génantes	Exaspérantes	Pénibles	Insupportables
----------	--------------	----------	----------------

Traitements pris:

Vous a-t-on proposé un traitement antalgique dès votre arrivée en suites de couches ?

1. OUI 0. NON

Prenez vous un traitement? 1. OUI 0.NON

Si OUI, Prenez vous du : 1.Paracétamol (Doliprane®) 2.Ibuprofène, Brufen®
3.Autre (précisez) :

Votre dernière prise de médicament remonte à :

0. moins de 4h 1.entre 4 et 6h 2.plus de 6h

Votre prise des traitements est ?

0. systématique 1.seulement si je suis douloureuse

Les traitements vous soulagent ils ?

1. OUI 0.NON 2.Partiellement

Une ou plusieurs autres méthodes pour apaiser vos douleurs, vous ont elles été proposé ?

1. OUI 0.NON

Si OUI, précisez la(les) méthode(s) utilisée(s) :

Vous a (ont)-t-elle(s) soulagée(s) ? 1. OUI 0.NON 2.Partiellement

Annexe IV. Questionnaire à remplir entre le 46ème et le 56ème jour du post partum

Merci d'écrire ou de colorez en rouge la bonne réponse ou d'écrire « je ne sais pas ».

Renseignements Généraux

Nom : Prénom :

Date : / / 2011

Nombre de Jours depuis l'accouchement : j

Votre accouchement

Avez-vous eu une lésion périnéale lors de l'accouchement ? OUI NON

Quel type de lésion périnéale avez-vous eu (déchirure, épisiotomie, éraillures...)?

.....

Votre séjour à la maternité

Combien de jours êtes vous restée à la maternité ? (date de sortie)

Avez-vous été ré hospitalisée depuis votre sortie ? Pour quel motif ?

A ce jour

Allaitement :

Comment alimentez-vous votre bébé ? Au sein Au biberon les deux

Si vous avez cessé l'allaitement pouvez vous dire pourquoi ?

Périnée :

Il y a-t-il eu des complications de cicatrisation au niveau du périnée ?

Aucune Œdème Ecchymose

Ecoulement Désunion Rougeur Autre :

Pendant combien de temps après votre accouchement avez-vous eu mal au niveau du périnée ?

Jamais < 10 jours 10j à 1 mois >1 mois encore douloureuse

Depuis votre accouchement, avez-vous consulté un professionnel de santé au sujet de vos douleurs périnéales ? OUI NON

De qui s'agissait-il ? (Sage femme, gynécologue...)

Quel(s) traitement(s) avez-vous utilisé pour soulager les douleurs périnéales ? (Plusieurs réponses possibles)

Paracétamol	Ibuprofène	Paracétamol + Ibuprofène	
Froid	Glace	Chaud	
Homéopathie	Ostéopathie	Positions	Autre :

Comment avez-vous eu connaissance de ces traitements ?

Documentation écrite Conseils oraux Internet Ami(e) Autre :

Ce(s) traitement(s) vous a (ont)-t-il(s) semblé efficace ?

OUI NON Partiellement

Indiquez en rouge le pourcentage qui correspond le mieux à l'importance du soulagement de votre douleur depuis l'accouchement. 0 % correspond à « pas de soulagement », 100 % correspond au « soulagement maximal »

0% 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Si vous n'avez plus mal au niveau du périnée, aller directement partie D page 3.

Si vous avez toujours mal:

Colorez en rouge la note de 0 à 10 qui décrit, selon vous l'importance de votre douleur.

La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Au moment présent:

Pas de douleur **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Douleur maximale imaginable

Colorez en rouge la note de 0 à 10 qui décrit, selon vous, le mieux les conséquences de votre douleur au quotidien

Humeur

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Capacité à marcher

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Pendant l'activité (soins aux bébés par exemple)

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Relation avec les autres

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Sommeil

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Goût de vivre

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Comment qualifieriez-vous vos douleurs (plusieurs réponses sont possibles) ?:

Battement	Pulsations	Elancements	En Eclairs
Décharge électrique		Coups de marteau	
Irradiante	Brûlure		
Picotement	Fourmillement	Démangeaisons	

Ces douleurs sont-elles ?

Gênantes	Exaspérantes	Pénibles	Insupportables
----------	--------------	----------	----------------

Relations sexuelles

<u>Avez-vous repris les rapports sexuels ?</u>	OUI	NON
<u>Si oui, combien de jours après l'accouchement :</u>	jours	
<u>Existe-t-il des douleurs lors des rapports (dyspareunies) ?</u>	OUI	NON
<u>Etaient-elles présentes avant la grossesse ?</u>	OUI	NON
<u>Utilisez-vous des lubrifiants ?</u>	OUI	NON

Rééducation Périnéale :

<u>Avez-vous commencé la rééducation périnéale ?</u>	OUI	NON
--	-----	-----

Combien de séances avez-vous faites ?

Permet-elle une diminution de vos douleurs (si vous en aviez)?

OUI	NON	Partiellement
-----	-----	---------------

Satisfaction

Comment qualifieriez-vous la prise en charge de vos douleurs périnéales ?

Insuffisante	Passable	Bonne	Excellente
--------------	----------	-------	------------

Merci de me faire part de vos remarques éventuelles :

.....
.....
.....

Annexe V. Echelle REEDA (Davidson 1974)

POINTS	REDNESS	EDEMA	ECCHYMOSIS	DISCHARGE	APPROXIMATION
0	None	None	None	None	Closed
1	Within 0.25 cm of incision Bilaterally	Less than 1 cm from incision	Within 0.25 cm bilaterally or 0.5 cm unilaterally	Serum	Skin separation 3 mm or less
2	Within 0.5 cm of incision bilaterally	1-2 cm from incision	0.25 -1 cm bilaterally or 0.5 -2 cm bilaterally	Sero-sanguineous	Skin and subcutaneous fat separation Beyond 0.5 cm of incision bilaterally
3	Beyond 0.5 cm of incision bilaterally	Greater than 2 cm from incision	Greater than 1 cm bilaterally or 2 cm unilaterally	Bloody, purulent	Skin, subcutaneous fat, and fascial separation
Score					
Total					

Annexe VI. Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA)

*Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général.
Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :*

	0	<i>absent / pas du tout</i>			
	1	<i>faible / un peu</i>			
	2	<i>modéré / moyennement</i>			
	3	<i>fort / beaucoup</i>			
	4	<i>extrêmement fort / extrêmement</i>			

A	<input type="checkbox"/>	Battements	H	<input type="checkbox"/>	Picotements
	<input type="checkbox"/>	Pulsations		<input type="checkbox"/>	Fourmillements
	<input type="checkbox"/>	Élancements		<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
	<input type="checkbox"/>	En éclairs		<input type="checkbox"/>	Engourdissement
	<input type="checkbox"/>	Décharges électriques		<input type="checkbox"/>	Lourdeur
	<input type="checkbox"/>	Coups de marteau		<input type="checkbox"/>	Sourde
B	<input type="checkbox"/>	Rayonnante	J	<input type="checkbox"/>	Fatigante
	<input type="checkbox"/>	Irradiation		<input type="checkbox"/>	Épuisante
				<input type="checkbox"/>	Éreintante
C	<input type="checkbox"/>	Piqûre	K	<input type="checkbox"/>	Nauséuse
	<input type="checkbox"/>	Coupure		<input type="checkbox"/>	Suffocante
	<input type="checkbox"/>	Pénétrante		<input type="checkbox"/>	Syncopale
	<input type="checkbox"/>	Transperçante			
	<input type="checkbox"/>	Coup de poignard			
D	<input type="checkbox"/>	Pincement		<input type="checkbox"/>	Oppressante
	<input type="checkbox"/>	Serrement		<input type="checkbox"/>	Angoissante
	<input type="checkbox"/>	Compression			
	<input type="checkbox"/>	Écrasement	M	<input type="checkbox"/>	Harcelante
	<input type="checkbox"/>	En étau		<input type="checkbox"/>	Obsédante
	<input type="checkbox"/>	Broiement		<input type="checkbox"/>	Cruelle
				<input type="checkbox"/>	Torturante
E	<input type="checkbox"/>	Tiraillement		<input type="checkbox"/>	Suppliciante
	<input type="checkbox"/>	Étirement			
	<input type="checkbox"/>	Distension	N	<input type="checkbox"/>	Gênante
	<input type="checkbox"/>	Déchirure		<input type="checkbox"/>	Désagréable
	<input type="checkbox"/>	Torsion		<input type="checkbox"/>	Pénible
	<input type="checkbox"/>	Arrachement		<input type="checkbox"/>	Insupportable
F	<input type="checkbox"/>	Chaleur	O	<input type="checkbox"/>	Énervante
	<input type="checkbox"/>	Brûlure		<input type="checkbox"/>	Exaspérante
				<input type="checkbox"/>	Horripilante
G	<input type="checkbox"/>	Froid	P	<input type="checkbox"/>	Déprimante
	<input type="checkbox"/>	Glace		<input type="checkbox"/>	Suicidaire

TOTAL					UU
--------------	--	--	--	--	-----------

Référence :

Bourreau F., Luu M., Doubrere J.F., Gay C. – Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 1984,39, 119-139.

Annexe VII. Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD)

Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur gêne votre :

Humeur

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Capacité à marcher

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Activité générale

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Relation avec les autres

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Sommeil

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Goût de vivre

Ne gêne pas **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** *Gêne complètement*

Référence:

ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.

Annexe VIII. Brochure "Comment soulager les douleurs périnéales"

Changer ses habitudes

Les positions

Trouver une position qui ne sollicite pas ou très peu le périnée, par exemple:

- ◆ S'asseoir en tailleur, en surélevant le bassin grâce au coussin d'allaitement,
- ◆ Adopter pendant quelques minutes la posture à quatre pattes. Cette position permet aussi de soulager hématome, hémorroïdes et cicatrice.

Le lubrifiant

À la reprise des rapports sexuels, des douleurs (dyspareunies) peuvent apparaître.

L'utilisation de lubrifiants à base d'acide hyaluronique favorise l'hydratation et diminue ainsi ces douleurs liées aux sécheresses vaginales.

Consultez votre sage-femme ou votre gynécologue si les douleurs persistent.

Cette brochure vient en complément des informations orales reçues à la maternité.

Contacts utiles

Votre sage-femme libérale

M.

Tél:

Votre gynécologue

Dr.

Tél:

Maternité

Numéro du service où vous avez été hospitalisée:

Si vous avez une question, contactez moi:

Melle MAUNY Aurore
1 rue Metivier, 2nd étage
33000 Bordeaux

Téléphone fixe : 05.35.31.76.80.
Portable: 06.40.14.10.87.
mail: a_mauny@hotmail.com

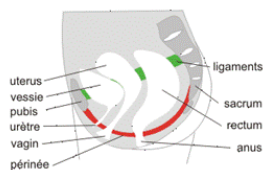
Ne pas jeter sur la voie publique.

Comment soulager les douleurs périnéales

Projet de fin d'étude d'Aurore Mauny,
étudiante sage-femme de l'école de Bordeaux
Université Victor Segalen Bordeaux II

Les douleurs périnéales

Le **périnée** est l'ensemble des muscles (en rouge) qui soutiennent tous les organes situés au niveau du bassin. Il s'étend de la vulve à l'anus.



Les douleurs périnéales qui font suite à l'accouchement peuvent être considérées comme des douleurs post-opératoires.

Ces douleurs peuvent avoir diverses origines: un œdème, un hématome, des éraillures proches du méat urinaire, une déchirure ou une suture.

Des études ont conclu que 10 à 20% des patientes ressentent encore des douleurs 1 mois après leur accouchement.

Cette brochure a donc pour but de diminuer le taux et l'intensité de ces douleurs, en vous permettant de les soulager facilement vous-mêmes et sans attendre.

Les différents traitements

Le froid

Commencer par essayer le froid, anesthésiant, il permet de supporter la douleur des premiers jours.

La **glace** : placer un bloc réfrigérant (garnitures mouillées ou coussin thermique placés au congélateur) sur votre périnée pendant 10 minutes, afin de réduire la douleur et les gonflements. Attention à ne pas mettre directement la glace en contact avec le périnée. Renouveler aussi souvent que nécessaire.

Les **bains de siège**: s'asseoir dans un bain tiède, puis ajouter progressivement des glaçons dans l'eau. Rester environ 20 minutes dans le bain, jusqu'à trois à quatre fois par jour. Ces bains sont utiles pour réduire le gonflement et le malaise.

Le **brumisateuse** d'eau ou douchette : afin de diluer les urines et diminuer les sensations de brûlures, asperger le périnée lors de la miction.

Le chaud

Lorsque le froid n'est pas supporté, ou après diminution des douleurs.

Les **bains de siège** chauds permettent de favoriser la cicatrisation en améliorant la circulation sanguine vers le périnée.

Les différents traitements

L'homéopathie

Douleurs périnéales

5 granules d'ARNICA MONTANA 9 CH deux fois par jour pendant 20 jours.

Réduire un œdème

- s'il est accompagné de soif: BELLADONA 9CH
- s'il n'est pas accompagné de soif: APIS 9CH

5 granules en une première prise, puis 3 granules toutes les heures, le premier jour et 4 à 5 fois par jour, le jour suivant. Si l'œdème ne diminue pas rapidement, consulter un homéopathe pour changer de traitement.

En cas d'épisiotomie

Pour favoriser la cicatrisation:

STAPHYSAGRIA 5 CH, 5 granules par jour pendant 15 jours.

Les massages

Après cicatrisation, faire des massages 1 à 2 fois par jour de la cicatrice pour l'assouplir, avec une crème ou huile de massage intime jusqu'à amélioration.

Annexe IX. Résultats complémentaires

Tableau 1. Antécédents de douleurs périnéales.

Critères	Groupe A	Groupe B	p- value
Antécédent de lésion périnéale	(N = 39)	(N = 37)	NS ‡
- Oui	21 (54%)	22 (60%)	
- Non	18 (46%)	15 (40%)	
Type de lésion	(N = 21)	(N = 22)	NS †
- Déchirure	6 (28.5%)	9 (41%)	
- Episiotomie	13 (62%)	12 (54.5%)	
- Non renseigné	2 (9.5%)	1 (4.5%)	
Antécédent de douleur périnéale	(N = 39)	(N = 37)	NS ‡
- Oui	22 (56%)	17 (46%)	
- Non	17 (44%)	20 (54%)	
Durée de la douleur	(N = 22)	(N = 17)	NS †
- < 10 j	9 (41%)	4 (24%)	
- 10 j à 1 mois	7 (32%)	7 (41%)	
- > 1 mois	6 (27%)	6 (35%)	

Note: † Test de Fisher, p<0.05; ‡ Test Chi2, p<0.05. NS: Non Significatif.

Tableau 2. Les traitements médicamenteux

Critères	Groupe A	Groupe B	p-value
Traitement proposé	(N = 75)	(N = 75)	NS †
- Oui	71 (95%)	71 (95%)	
- Non	4 (5%)	4 (5%)	
Prise Traitement			
- Oui	58 (77%)	59 (79%)	NS ‡
- Non	17 (23%)	16 (21%)	
Traitement	(N = 58)	(N = 59)	NS †
- Antalgique	53 (91%)	58 (98%)	
- A.I.N.S.	47 (81%)	32 (54%)	
Dernière prise			
- <4h	40 (69%)	46 (78%)	NS †
- à 6h	5 (8.6%)	2 (3.4%)	
- >6h	13 (22.4%)	11 (18.6%)	
Prise			
- Systématique	31 (53.5%)	28 (47.5%)	NS ‡
- Si douleur	27 (46.5%)	31 (52.5%)	
Efficacité			
- Oui	38 (66%)	36 (61%)	NS †
- Non	3 (5%)	2 (3%)	
- Partielle	17 (29%)	21 (36%)	

Note: † Test de Fisher, p<0.05; ‡ Test Chi2, p<0.05. NS: Non Significatif.

Tableau 3. Les traitements non médicamenteux

Critères	Groupe A	Groupe B	p-value
Traitement proposé	(N = 75)	(N = 75)	NS ‡
- Oui	15 (20%)	16 (21.3%)	
- Non	60 (80%)	59 (78.7%)	
Type de méthode	(N = 15)	(N = 16)	NS †
- Sérum hypertonique	6 (40%)	14 (87.5%)	
- Glace	4 (26.7%)	4 (25%)	
- Positions	2 (13.3%)	0 (0%)	
- Douchette	1 (6.7%)	0 (0%)	
- Non renseigné	3 (20%)	1 (6.25%)	
Efficacité			NS †
- Oui	9 (60%)	13 (81.25%)	
- Non	0 (0%)	0 (0%)	
- Partielle	1 (6.7%)	1 (6.25%)	
- Traitement non fait	5 (33.3%)	2 (12.5%)	

Note: † Test de Fisher, $p < 0.05$; ‡ Test Chi2, $p < 0.05$. NS: Non Significatif.