



HAL
open science

Prise en charge de la douleur post-césarienne : évaluation des pratiques professionnelles

Meriem Hadjerass

► **To cite this version:**

Meriem Hadjerass. Prise en charge de la douleur post-césarienne : évaluation des pratiques professionnelles. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743711

HAL Id: dumas-00743711

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743711>

Submitted on 19 Oct 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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**Prise en charge de la douleur
Post-césarienne
Évaluation des pratiques professionnelles**

Mémoire soutenu le 30 mai 2012

Par Meriem Hadjerass

Née le 11 Janvier 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage –Femme

Année 2012

Remerciements :

Je remercie les membres du Jury :

Madame le Docteur Véronique Equy, PH en Gynécologie Obstétrique, au CHU de Grenoble, Présidente du Jury ;

Madame le Docteur Katia Otu, PH en Gynécologie Obstétrique au CH de Voiron ;

Monsieur Alain Almodovar, Sage -Femme cadre au CH de valence ;

Madame Chantal Seguin, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine Vassort, Sage- femme enseignante cadre supérieur ;

Madame Nadine Vassort, Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Je remercie plus particulièrement,

Madame le Docteur Sabine Bergeret, Praticien Hospitalier en Anesthésie – Réanimation, dans le service de Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble directrice de ce mémoire :

Parce que la pertinence de sa réflexion en salle de naissance, a fait germer en moi l'idée de cette étude Je la remercie aussi pour son soutien, sa disponibilité lors de l'élaboration de ce mémoire.

Madame Nadine Vassort, Sage – Femme enseignante à l'Ecole de Sages - Femme de Grenoble :

Pour sa patience, son soutien, ses encouragements Son aide dans les moments difficiles, de la première à la dernière année.

Madame Sylvie Caraby, Sage- Femme cadre dans le service d'Unité Mère Enfant au CHU de Grenoble :

Pour son Encouragement et son aide lors du recueil de données ;

Monsieur le Docteur Daniel Anglade, Médecin Anesthésiste Réanimateur au CHU de Grenoble, président du Comité de lutte contre la Douleur de Grenoble :

Pour ses conseils et sa disponibilité ;

Je remercie également ;

Ma famille :

Pour leurs encouragements et leur soutien indéfectible ;

Mes amis :

Pour leur disponibilité, leur soutien sans faille !

Toute l'équipe enseignante de l'Ecole de Sages- Femmes de Grenoble,

J'ai pu bénéficier de l'aide précieuse de toute l'équipe.

TABLES DES MATIERES

Abréviation	1
I. Introduction.....	2
II. Matériel et Méthodes	5
II.1 Type et site d'études.....	5
II.1.1 Type d'étude	5
II.1.2 Caractéristique du centre étudié	5
II.1.3 Champ d'application.....	5
II.2 Mode de recueil	5
II.2.1 Constitution du groupe de travail	5
II.2.2 Critère d'inclusion et d'exclusion	5
II.2.3 Mode de recueil des données.....	5
II.2.4 Taille de l'échantillon.....	6
II.3 Période d'évaluation.....	6
II.4 Variable	
II.4.1 Variables générales	6
II.4.2 Critères de l'audit clinique	
II.4.2.1 L'information concernant la douleur.....	6
II.4.2.2 L'évaluation de la douleur.....	6
II.4.2.3 Surveillance des effets indésirable	7
II.4.2.4 Administration et prescription des traitements	8

III.	Résultats.....	10
III.1	Données générales	10
III.2	Caractéristiques de la population	10
III.3	L'information concernant la douleur.....	11
III.4	L'évaluation de la douleur.....	14
III.4.1	Douleur mesurée au repos.....	11
III.4.2	Douleur mesurée à la mobilisation.....	12
III.4.3	Fréquence de l'évaluation	12
III.5	Surveillance des effets indésirables	13
III.6.	Administration et prescription des traitements.....	14
III.6.1.	Administration peropératoire d'agents analgésiques.....	14
III.6.2	Conformité de la prescription	14
III.6.3	Conformité de l'administration.....	14
IV.	<i>Discussions</i>	16
IV.1.	Les limites.....	16
IV.1.1	Effectif	16
IV.1.2	La traçabilité.....	16
IV.1.3	Le nombre de critère retenu dans l'audit.....	16
IV.1.4	Biais de sélection	17
IV.1.5	Biais du référentiel.....	17

IV.2	Analyse des résultats	
	IV.2.1 L'information concernant la douleur postopératoire	
	IV.2.2 l'évaluation de la douleur	19
	IV.2.3 la surveillance des effets indésirables	20
	IV.2.4 L'administration et la prescription des traitements	
	IV.2.5. La prise en charge de 24 à 48 h	21
IV.3	Actions d'amélioration	
	IV.3.1. audit organisationnel	22
	IV.3.2 amélioration de la surveillance	23
V.	Conclusion.....	25
VI.	Références bibliographiques	26
VII.	Annexes	27
VIII.	Résumé	30

ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

PEP : Pratiques Exigibles Prioritaires

EPP : Evaluation des pratiques Professionnelles

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

HCE : Hôpital Couple Enfant

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

EI : Effets Indésirables

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EN : Echelle Numérique

UME : Unité Mère Enfant

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

SA : Semaine d'aménorrhée.

I. Introduction

La prise en charge de la douleur est une obligation morale, éthique, mais aussi réglementaire, pour les personnels médicaux et paramédicaux. La prise en charge de la douleur constitue également un droit pour tout patient, ainsi que le stipule l'article L1115-5 du code de santé publique, qui mentionne que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [1] ».

Les différentes évaluations nationales sur la prise en charge de la douleur montrent toutes un très important déficit dans celles-ci (livre blanc). C'est pourquoi la lutte contre la douleur est devenue un enjeu majeur du système de santé français. 3 plans nationaux successifs ont été mis en place par le ministère de la santé, accompagnés de recommandations officielles (1998-2002, 2002-2005 et 2006- 2010). Le plan 2006-2010 préconise des efforts entre autre dans «l'évaluation et la traçabilité de l'intensité de la douleur» [2]. L'organisation de la prise en charge de la douleur est désormais intégrée dans des critères d'accréditation des établissements hospitaliers [3].

Depuis 2008 la Haute Autorité de Santé (HAS) rend obligatoire la traçabilité de l'évaluation de la douleur pour tous les établissements de santé, aussi bien dans les secteurs ayant une activité médecine chirurgie obstétrique, que dans les autres. Cette obligation est renforcée par la procédure de certification V2010 [4]. En effet, la procédure V 2010 a mis l'accent sur un certain nombre de références, au nombre de 13, appelées Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP).

La prise en charge de la douleur figure parmi ces pratiques exigibles prioritaires. Cela signifie que les exigences de satisfaction de cette référence sont plus élevées que pour les autres : son taux de satisfaction doit être supérieur ou égal à 80 %. Un taux inférieur conduit la HAS à prononcer des recommandations voire à des réserves [5] à l'encontre de l'établissement de santé.

Les programmes d'EPP ont pour but une amélioration continue de la qualité des soins et du service rendus aux patients par les professionnels de santé. Ils visent à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique dans le respect des règles de déontologie [6].

L'EPP est également une obligation réglementaire, qui consiste en une analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode élaborée par la HAS, complétée par la mise en œuvre d'actions d'améliorations. Pouvoir évaluer la qualité d'une prise en charge médicale est une nécessité forte tant du point de vue des usagers que des professionnels de santé. Prouver la qualité de ces prestations est devenu une exigence réglementaire.

En ce qui concerne le CHU de Grenoble, les résultats de l'accréditation 2010 concernant la prise en charge de la douleur fait état d'un pourcentage de conformité de 76 %, ce qui est en dessous de l'objectif de 80 %.

Trois éléments d'appréciations sont considérés comme étant insuffisamment réalisés :

- une traçabilité insuffisante de la douleur (66% à Grenoble, 50% en moyenne dans les autres CHU),
- la mise en place d'éducation thérapeutique du patient douloureux,
- l'évaluation et le contrôle de l'appropriation de la prise en charge de la douleur par les responsables et les soignants.

L'amélioration de ces différents éléments passe par une série de mesures coordonnées par le CLUD. Dans ce cadre, il apparaît important de mettre en œuvre un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans chacun des pôles du CHU. En effet, il existe une hétérogénéité importante entre les différents pôles, et l'amélioration de la qualité des soins passe par une évaluation ciblée des pratiques « polaires ».

Au sein du pôle couple enfant coexiste différentes cliniques, dont celle de gynéco-obstétrique. Dans cette clinique, la prise en charge de la douleur concerne en particulier la période post opératoire des accouchements par césariennes. La prise en charge de la douleur obstétricale connaît un développement important du fait de l'amélioration des techniques d'anesthésie. Par ailleurs, la césarienne constitue l'opération la plus pratiquée chez la femme dans le monde, et concerne 20 à 25 pourcent des accouchements dans la plupart des pays développés [7].

La douleur après césarienne est considérée comme aussi intense qu'une cholécystectomie par laparotomie [8], mais de plus courte durée de 24 à 48h. Les mères sont de plus en plus sollicitées précocement pour les soins du nouveau-né, et,

dans ces conditions, une prise en charge de qualité de la douleur après césarienne s'avère primordiale. Comme pour toute douleur aiguë, il existe un risque de chronicisation de la douleur, de l'ordre de 12% [9]. Une des raisons de la chronicisation de la douleur repose sur une prise en charge initiale insuffisante.

Dans la pratique du métier de sage – femme, la prise en charge de la douleur constitue un élément indispensable. Des incohérences de prise en charge ont pu être constatées dans l'exercice de notre profession. Des référentiels de bonnes pratiques concernant la prise en charge de la douleur post - opératoire existent, c'est pourquoi nous souhaitons comparer la pratique à un référentiel validé par la HAS.

Nous avons conduit un audit clinique sur le thème de la prise en charge de la douleur post césarienne au sein de l'unité mère enfant de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) à Grenoble.

L'objectif principal est de comparer les pratiques des professionnelles de santé concernant la prise en charge de la douleur post-césarienne à un référentiel validé par la HAS. Ensuite, l'objectif secondaire est de déterminer des actions permettant d'améliorer ces pratiques.

II. Matériel et Méthodes

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, elle mesure l'écart entre la pratique observée et la pratique attendue. Les références scientifiques utilisées doivent être validées.

II.1 Type et site d'études

II.1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective.

II.1.2 Caractéristique du centre étudié

Il s'agit d'une Maternité de niveau 3, ayant pratiqué 2703 accouchements en 2011. Elle comporte 40 lits en UME. Le service est composé de 4 sages-femmes la journée et de 2 la nuit

II.1.3 Champ d'application

Notre étude a été menée à l'hôpital couple enfant

II.2 Mode de recueil.

II.2.1 Constitution du groupe de travail

Le projet a été dirigé par le Docteur Bergeret en 2011 (médecin anesthésiste réanimateur). Le référentiel s'appuie sur les recommandations de la HAS concernant la prise en charge de la douleur post opératoire édité en Juin 2005. Nous n'avons fait qu'un audit clinique, pas d'audit organisationnel.

II.2.2 Critère d'inclusion et d'exclusion

Toutes les patientes ayant accouché par césarienne programmé ou en urgence quel que soit le terme de la naissance. Les accouchements par voie basse ont été exclus de l'étude.

II.2.3 Mode de recueil des données

Par l'analyse de supports écrits (dossiers patients anesthésiques et obstétricaux) les dossiers sont analysés 24 h et 48h après la césarienne car nous l'avons vu la douleur post césarienne est intense de 24 à 48heures après l'incision.

II.2.4. Taille de l'échantillon

35 dossiers ont été analysés, 5 lors de la phase d'essai.

II.3 Période d'évaluation

Les 5 dossiers permettent de juger la pertinence des critères, la faisabilité du recueil la clarté et l'absence d'ambiguïté des critères : c'est une phase d'essai.

La période d'évaluation porte sur 35 accouchements par césarienne survenus à l'HCE, du 23 Octobre 2011 au 13 Décembre 2011. Les sages-femmes n'ont pas été prévenues des critères de jugements de l'audit. Chaque semaine, les dossiers de césarienne sortis étaient mis de côté afin de simplifier le recueil.

II.4 Variables

II.4.1 Variables générales

Pour chaque dossier deux variables qualitatives ont été notées :

- Type d'anesthésie : péridurale, générale, rachi anesthésie.
- Type de Césarienne : prophylactique ou en urgence.

Ainsi que 4 variables quantitatives :

- Parité
- Gestité
- Terme en semaine d'aménorrhée
- Age

II.4.2 Critères de l'audit clinique

II.4.2.1 L'information concernant la douleur.

Le dossier anesthésie porte la mention de la transmission au patient de l'information ciblée sur la prise en charge de la douleur et de son consentement éclairé au traitement proposé.

- La réponse est oui si la case « l'information est délivrée » est cochée.
- La réponse est non dans le cas contraire.
- Si la feuille d'anesthésie n'est pas retrouvée la réponse est « non applicable »

II.4.2.2 L'évaluation de la douleur

Trois réponses sont possibles :

- Oui si un chiffre d'évaluation est retrouvé dans le dossier de soins : nous n'avons pas vérifié le type d'autoévaluation utilisé
- Non : dans le cas inverse
- Non applicable : si la feuille de surveillance n'est pas retrouvée

Nous nous sommes basés sur trois critères :

- La douleur mesurée au repos.
- La douleur mesurée à la mobilisation.
- Fréquence des évaluations :

- Lors des 24 premières heures :

OUI \geq 4 évaluations

NON $<$ 4 évaluations

En effet d'après la SFAR la douleur doit être mesurée toutes les 4h après une opération, nous avons choisi ce seuil dans le but de respecter le sommeil des patientes

- 1 fois par jour de 24 à 48h après la césarienne, s'il n'y a pas eu de douleur initialement évaluée :
- 2 fois par jour de 24 à 48 h après la césarienne, afin de réévaluer une douleur initiale.

Pour chaque critère trois réponses sont possibles :

L'échelle d'auto-évaluation utilisée dans les feuilles de surveillances post opératoire est l'échelle Numérique simple. Elle ne nécessite pas de réglette, il faut demander à

la patiente : « donnez une note à votre douleur entre 0 et 10 en sachant que 0 signifie qu'il n'y a pas de douleur et 10 la plus intolérable que vous puissiez imaginer».

En utilisant cette échelle il est primordial de définir les extrêmes :

- Un score inférieur à 3 est noté 0 sur la feuille de surveillance post interventionnelle et ne nécessite pas de traitement.
- Un score entre 3 et 4.9 est noté 1 sur le dossier et correspond à une douleur légère.
- Un score entre 5 et 6.9 est noté 2 sur la feuille de surveillance et correspond à une douleur intense.
- Un score entre 7 et 10 est noté 3 sur le dossier et correspond à une douleur très intense.

Néanmoins il existe une prescription médicale informatisée sur Opium concernant l'évaluation de la douleur, l'échelle prescrite est l'EVA.

- La phase d'essai nous a permis de voir qu'il n'y avait pas de distinctions dans les dossiers entre les évaluations au repos et à la mobilisation. En l'absence de précision nous considérons que la douleur est mesurée au repos.

II.4.2.3 La surveillance des effets indésirables

La surveillance des effets indésirables des traitements est inscrite dans le dossier patient.

Les effets indésirables surveillés sont:

- Nausées et vomissements,
- Frissons,
- Prurit.

Chaque EI est noté :

- 0 s'il est absent ou minime,

- 1 s'il présent et ou imposant.

Cela nécessite l'hétéro évaluation de l'EI par la sage-femme.

La réponse est « oui » si le nombre 1 ou 0 est inscrit dans le dossier..

La réponse est « non » dans le cas inverse.

La réponse est non applicable si la feuille de surveillance n'est pas retrouvée.

II.4.2.4. L'administration et la prescription des traitements :

Les dossiers d'anesthésie font mention de l'administration pré ou peropératoire (fin d'intervention) d'agents analgésiques supposés agir en postopératoire immédiat.

Il existe une prescription postopératoire détaillée horodatée et signée. Les modes d'administration et les posologies (doses unitaires, intervalles et durée) des différents antalgiques sont notés.

L'administration des traitements est conforme aux prescriptions.

Pour chaque critère trois réponses sont possibles comme précédemment.

Le programme statistique StatView est utilisé pour traiter les données recueillies. Les résultats sont chiffrés en pourcentage de conformité pour chaque critère et présentés sous forme rédactionnelle et de tableaux statistiques ou schémas.

Les critères relatifs à l'évaluation de la douleur et à la surveillance des effets indésirables sont évalués à deux moments de l'hospitalisation : lors des 24 premières heures après la chirurgie et de 24 à 48 h après la chirurgie. En effet, une douleur post -césarienne est intense de 24 à 48h après la chirurgie. De plus, après 24h les patientes sont dé perfusées et bénéficient de traitements antalgiques per os. Evaluer ces critères à ce moment nous paraissait pertinent.

III Résultats

III.1 Données générales

Du 23 Octobre 2011 au 13 Décembre 2011, 35 dossiers ont été analysés. Notre population est composée de 35 femmes ayant accouchées par césarienne à l' HCE.

III.2 Caractéristiques de la population

Age maternel

Les patientes ont un âge compris entre 17 et 44 ans. L'âge moyen est de 32 ans. L'âge a pu être relevé dans tous les dossiers.

Terme

Les patientes ont accouché entre 27 et 45 SA en moyenne. Le terme moyen est de 38 SA. Le terme a pu être relevé dans tous les dossiers.

Parité, Gestité

Il s'agit de variables quantitatives discontinues devant être décrites par la Médiane et le Centile.

Médiane pour parité est 2 (1, 5)

Médiane pour gestité est 3 (1, 6)

Type d'anesthésie :

Le type d'anesthésie a pu être relevé dans chaque dossier :

- 55% d'anesthésie péridurale : 19 patientes,
- 34 % de rachianesthésie : 12 patientes,
- 12% d'anesthésie générale : 4 patientes.

Type de césarienne

Cet item a pu être relevé pour chaque dossier :

- 75% de césarienne en urgence : 26 patientes.
- 25% de césariennes prophylactique : 9 patientes.

III.3. L'information concernant la douleur

Le dossier anesthésie porte la mention de la transmission au patient de l'information ciblée sur la prise en charge de la douleur et de son consentement éclairé au traitement proposé.

N population totale = 35 (100%)	
Oui	13 (37)
Non	22 (68)

Tableau I - Pourcentage de conformité au critère conformité de l'information délivrée

Pas de données manquantes.

III.4 L'évaluation de la douleur

III.4.1 Douleur mesurée au repos

Dans les 24 premières heures et de 24 à 48h après la césarienne

	Dans les 24 h	De 24 h à 48h
	<i>N population totale = 35 (100%)</i>	<i>N population totale = 35 (100%)</i>
Oui	27 (77)	1 (3)
Non	6 (17)	33 (95)
Non applicable	2 (6)	1 (3)

Tableau II - Pourcentage de conformité au critère « douleur mesuré au repos »

III.4.2 Douleur mesurée à la mobilisation

Dans les 24 premières heures et de 24 à 48h après la césarienne

	Dans les 24 h		De 24 h à 48h	
	<i>N population totale = 35 (100%)</i>		<i>N population totale = 35 (100%)</i>	
Oui	1	(3)		
Non	32	(91)	34	(97)
Non applicable	2	(6)	1	(3)

Tableau III- Pourcentage de conformité au critère « douleur mesuré à la mobilisation »

III.4.3 Fréquence de l'évaluation

Dans les 24 premières heures et de 24 à 48h après la césarienne

	Dans les 24 h		De 24 h à 48h	
	<i>N population totale = 35 (100%)</i>		<i>N population totale = 35 (100%)</i>	
Oui	25	(71)		
Non	7	(20)	33	(94)
Non applicable	3	(9)	2	(6)

Tableau IV - Pourcentage de conformité au critère « fréquence de l'évaluation »

III.5 Surveillance des effets indésirables

La surveillance des effets indésirables des traitements est inscrite dans le dossier patient.

Dans les 24 premières heures et de 24 à 48 h après la césarienne

	Dans les 24 h		De 24 h à 48h	
	<i>N population totale = 35 (100%)</i>		<i>N population totale = 35 (100%)</i>	
Oui	26	(76)	1	(3)
Non	7	(21)	31	(91)
Non applicable	1	(3)	2	(6)

Tableau V : Pourcentage de conformité au critère « surveillance des effets indésirables »

III.6 Administration et prescription des traitements

III.6.1 Administration peropératoire d'agents analgésiques

Critère : les dossiers d'anesthésie font mention de l'administration pré ou peropératoire (fin d'intervention) d'agents analgésiques supposés agir en postopératoire immédiat

	<i>N population totale = 35 (100%)</i>	
Oui	31	(89)
Non	4	(11)

Tableau VI- Pourcentage de conformité au critère « administration d'agents analgésiques »

III.6.2 Conformité de la prescription

Critère : il existe une prescription postopératoire détaillée horodatée et signée. Les modes d'administration et les posologies (doses unitaires, intervalles et durée) des différents antalgiques sont notés.

	N population totale = 35 (100%)	
Oui	33	(95)
Non	2	(5)

Tableau VII- Pourcentage de conformité au critère « conformité de la prescription »

III.6.3 Conformité de l'administration

Critère : L'administration des traitements est conforme aux prescriptions.

	N pop totale = 35 (100%)	
Oui	32	(94)
Non	3	(1)

Tableau IIX - Pourcentage de conformité au critère « conformité de l'administration »

IV Discussions

IV.1 Les Limites

IV.1.1 Effectif :

L'effectif de la population est faible. La HAS préconise environ 20 dossiers mais le nombre peut être adapté en fonction du secteur d'activité. Ces résultats sont donnés à titre indicatif et en aucun cas ne doivent être généralisés. Avec 35 dossiers, seules les grandes améliorations et les grandes altérations peuvent être mises en évidence. La confiance apportée à un critère est d'autant plus fiable que le nombre de dossier est important.

IV.1.2 La traçabilité

Dans une étude par analyse rétrospective des dossiers, une information objective est assurée. Le biais de déclaration inhérent au sujet interrogé ne perturbe pas les résultats. Cependant, l'information recueillie dans notre audit n'est que ce qui est écrit par les différents protagonistes intervenant dans la prise en charge du patient. Une part non négligeable de l'information est perdue concernant l'évaluation de la douleur et des effets indésirables.

Deux situations sont alors indissociables :

- Le critère n'est pas inscrit dans le dossier mais est réalisé par la sage - femme ou le médecin
- Le critère n'est pas inscrit dans le dossier et n'est pas réalisée par la sage – femme ou le médecin

IV.1.3 Le nombre de critère retenu dans l'audit

La HAS prévoit un nombre « limité » de critères d'évaluation pour constituer une grille de recueil de données. Dans notre audit de pratique, 12 sont retenus. En effet les critères relatifs à l'évaluation et à la surveillance des effets indésirables sont évalués deux fois. Dans les audits cliniques proposés par la HAS, six à sept critères sont évalués. Avec 14 critères, la grille est plus longue à renseigner, moins facile à utiliser et le traitement des données est « alourdi ». C'est un élément qui peut être un obstacle à un usage ultérieur de celle-ci.

IV.1.4 Biais de sélection :

Le tirage au sort est le moyen qui donne les meilleures garanties de similarité entre l'échantillon sondé et la population dont il est extrait [10]. Le tirage au sort sur les tables de nombres de hasard permet une répartition «au hasard » du facteur étudié. Ceci n'a pas été possible dans notre étude. Une alternative aurait été le pseudo tirage au sort qui consiste à évaluer un dossier sur deux par exemple. Mais en raison de l'emploi du temps de l'évaluateur, (étudiante sage-femme en stage) et du nombre de césariennes (50 par mois environ), nous avons choisi une autre alternative qui est l'étude de la suite chronologique de situations ou de pratiques, ou le choix d'une variante qui consiste à évaluer 5 césariennes chaque semaine pendant toute la période d'évaluation définie 7 semaines soit un total de 35 dossiers. Ce mode de sélection fait courir le risque de biais lié à l'effet période d'observation.

IV.1.5 Biais du référentiel

La HAS nous rappelle qu'un critère est un signe admis par le plus grand nombre permettant de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique évaluée. Il comporte un intitulé, un ou plusieurs éléments mesurables, une valeur cible et une instruction pour la saisie des données [11]. De plus, la sélection des critères à mesurer dans la réalité doit se limiter aux éléments représentatifs de la qualité afin que l'évaluation des pratiques s'insère dans l'activité des services sans la perturber. Enfin le référentiel utilisé doit être récent et s'appuyer sur des recommandations officielles.

Notre référentiel a été rédigé en 2005 il n'est donc pas récent.

IV.2. Analyse des résultats

IV.2.1 L'information concernant la prise en charge de la douleur post opératoire

Avec 37% de satisfaction au critère, l'objectif de 80% n'est pas atteint. La HAS pourrait donner une réserve à l'encontre de l'HCE. De plus, ce critère correspond à un niveau de recommandation A.

Cette information est délivrée lors de la consultation d'anesthésie. C'est une consultation obligatoire qui a lieu lors du huitième mois de la grossesse. Cette consultation dure 15 minutes. Elle est destinée à évaluer le type d'analgésie ou d'anesthésie qui pourra être effectué en vue de l'accouchement. Le but est aussi de délivrer une information claire et appropriée sur celles-ci.

. Délivrer une information détaillée sur la douleur post opératoire à des femmes qui n'auront probablement pas de césariennes semble inapproprié. La représentation idéale qu'elles projettent pour la naissance de leurs enfants peut rendre difficilement envisageable une césarienne. Et cette information pourrait être génératrice d'angoisse

Dans notre étude il y'avait 25 pourcent de césarienne programmée, il aurait été intéressant de vérifier si l'information concernant la douleur postopératoire était bien délivrée pour ces patientes.

.Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature traitant de l'information concernant la prise en charge de la douleur post césarienne.

IV.2.2 L'évaluation de la douleur

Avec un taux de 77% de satisfaction au critère « la douleur est évaluée au repos », le résultat est très satisfaisant, proche des 80%. Néanmoins la HAS pourrait faire une recommandation à l'encontre de l'HCE.

En effet l'équipe médicale est structurée concernant la prise en charge de la douleur. Il existe un MAR « chef de projet douleur » au sein de l'HCE. De plus les médecins anesthésistes ont fait part d'initiatives pour permettre la formation continue sur la prise en charge de la douleur.

Par exemple, une journée zéro douleur a été instaurée en décembre 2010 : tous les professionnels de santé y étaient invités (médicaux et paramédicaux, étudiants). Des conférences étaient projetées, des ateliers sous formes de parcours douleurs étaient

proposés aux participants. La participation des sages-femmes a été faible. En effet, le service d'UME étant chargé, leur absence le temps d'un atelier n'était pas réalisable.

A l'issue de cette journée, des réglottes EVA ont été distribuées au service de l'UME. Or l'autoévaluation décrite dans les feuilles de surveillances postopératoires se fait par échelle numérique. Il y'a une double incohérence dans la prise en charge de la douleur, par non alignement entre l'outil (réglotte) et le support de surveillance postopératoire qui est une échelle numérique. Mais également par non alignement entre la prescription médicale (EVA) et le support écrit. Le logiciel opium permet de noter la dispensation de l'évaluation de la douleur par EVA. Dans l'Unité Mère Enfant le support écrit est préféré au détriment du support informatique. Notons également que nous n'avons pas vérifié le type d'échelle inscrite par les sages-femmes, il n'est pas sûr que l'inscription respecte les indications du support écrit.

Enfin il existe au sein de l'HCE des protocoles écrits et informatisés, élaborés selon des référentiels de bonnes pratiques cliniques concernant la prise en charge de la douleur.

Concernant l'évaluation à la mobilisation, nous avons évoqué notre approximation initiale. Le chiffre d'autoévaluation relevé a été considéré comme évalué

« au repos ». Or certaines femmes peuvent ne pas avoir ressenti de douleur au repos mais donnent à la sage-femme une évaluation correspondant à une douleur ressentie à la mobilisation.

Dans un dossier analysé, une évaluation de la douleur à la mobilisation a été tracée. Une sage-femme a écrit en mot d'hospitalisation (support écrit) :

- « EVA à 7 à la mobilisation : pansement de plus en plus taché ».

Cette observation clinique inscrite en mot d'hospitalisation sur une page blanche démontre les limites de la feuille de surveillance postopératoire concernant la douleur ressentie à la mobilisation. Les sages-femmes n'ont certainement pas tous les moyens pour décrire la situation clinique.

La douleur doit être évaluée plusieurs fois par jour. Avec 71%, le résultat est encourageant mais les 80% ne sont pas atteints. Rappelons que l'effectif de nuit est réduit par deux. Il semble donc plus difficile d'établir une surveillance régulière la nuit. Cependant rien ne prouve que les données manquantes sont des données de nuit, il

s'agit d'une hypothèse. Les résultats de l'étude ne nous informe pas sur la répartition des évaluations de la douleur lors des 24 premières heures. En effet lors des 24 premières heures, un moment semble particulièrement important à évaluer : il s'agit du premier lever qui a lieu à la douzième heure en moyenne. Connaitre la répartition des évaluations permettrait de déterminer si la douleur à bien été évaluée avant de proposer un premier lever à une patiente. Cela permettrait de prévenir une allodynie postopératoire, qui se définit comme une douleur postopératoire provoquée par un stimulus qui n'aurait pas été douloureux en pré opératoire. Il existe des critères stricts pour diagnostiquer une allodynie postopératoire, nécessitant des moyens qui ne sont pas à disposition du service (algomètre). Mais des signes indirects existent reposant sur l'observation clinique :

- Niveau douloureux lors de la mobilisation à la marche,
- Consommation en antalgiques.

Le premier lever constitue une mobilisation à la marche, l'évaluation de la douleur à ce moment est donc nécessaire pour prévenir une allodynie post opératoire, avec comme risque une chronicisation de la douleur [13].

IV.2.3 La surveillance des effets indésirables

Avec un taux de 76% lors des 24 premières heures, le résultat est satisfaisant mais l'objectif de 80% n'est pas atteint. On peut expliquer ce résultat par la connaissance des sages-femmes sur les effets indésirables des traitements, ainsi que par la précision des feuilles de surveillances post interventionnelles pour permettre une bonne évaluation clinique (cf. matériels et méthode). De plus, un protocole de service existe pour prendre en charge les nausées vomissements. L'approche multimodale de l'analgésie postopératoire tend à réduire l'administration de morphine avec, par conséquent, une réduction importante des effets indésirables.

IV.2.4 L'administration et la prescription des traitements.

Il s'agit du point fort relevé dans l'étude : 95% de prescription horodatée signée avec précision des modes d'administration et des posologies, et 94% d'administration conforme aux prescriptions, 89% d'administration d'agents analgésiques agissant en peropératoire.

La systématisation de l'outil informatique permet d'expliquer la performance de l'HCE dans ce domaine. En effet, le logiciel utilisé est Opium ; les protocoles de prise en

charge des patients, incluant la prescription médicamenteuse sont réactualisés et la dispensation médicamenteuse est tracée par la sage-femme dans le dossier écrit.

Après chaque césarienne, le MAR responsable de la patiente crée la prescription sur Opium en respectant les éventuelles contre-indications médicales. La prescription est réactualisée en fonction d'évènements cliniques particuliers nécessitant une réadaptation du traitement.

Les prescriptions informatiques sont ensuite imprimées par la sage-femme et rangées dans le dossier de soins. La dispensation médicamenteuse pourrait être tracée par informatique.

IV.2.5 La prise en charge de 24 à 48h.

Evaluer les critères concernant l'évaluation de la douleur et la surveillance des effets indésirables à deux moments de l'hospitalisation ne représente pas un consensus pour l'ensemble des professionnels. Les différents essais randomisés publiés dans la littérature se sont certes intéressés à la douleur post césarienne de 0 à 48h après la chirurgie, mais la majorité de ces études s'intéresse aux EVA et aux EI à 24h [14]

Les pourcentages de conformité pour l'évaluation de la douleur et la surveillance des effets indésirables sont très largement inférieurs aux objectifs. Plusieurs explications peuvent être apportées.

Dans le service, après les 24 premières heures de prise en charge seule une feuille de surveillance commune à toutes les accouchées (voie basse et voie haute) est utilisée. Cette feuille est peu précise pour la prise en charge de la douleur, l'échelle d'évaluation de la douleur n'est pas précisée. Si l'outil informatique était utilisé pour la surveillance de l'analgésie post opératoire ce « point faible » pourrait être amélioré. Concernant la surveillance des effets indésirables après 24h, on peut se poser la question de la pertinence de continuer une telle surveillance. En effet, l'étude de cousins MJ, Mather LE montre que les effets indésirables les plus graves ont principalement été observés entre 6 et 18h après une césarienne [15]. Il aurait été intéressant de noter la dernière évaluation d'effets indésirables inscrite sur le dossier afin de déterminer la nécessité de réévaluer après 24h.

IV.3. Actions d'amélioration

Après avoir comparé les pratiques aux recommandations officielles, voici quelques actions qui pourraient être envisagées afin d'améliorer les pratiques.

IV.3.1 Audit organisationnel :

La démarche d'une évaluation de pratiques professionnelles consiste non seulement à établir des objectifs portant sur les dossiers mais aussi des objectifs de qualité portant sur la structure. C'est pourquoi il serait intéressant de réaliser un audit organisationnel en complément de l'audit clinique.

Cela permettrait d'identifier les points à améliorer au niveau de la structure de soins

Nous proposons une actualisation annuelle des protocoles de prise en charge de la douleur. Ainsi qu'une équipe structurée autour de la prise en charge de la douleur post opératoire. La création d'un poste de sage- femme expert douleur nous paraît intéressant pour permettre la transmission des bonnes pratiques à l'ensemble des sages-femmes de l'hôpital. Notre expertise clinique doit se renouveler continuellement, la formation continue est donc indispensable à notre pratique. Nous proposons donc chaque année une ou plusieurs sessions d'information organisées au sein des équipes soignantes. Il est aussi important de s'assurer de la satisfaction des patientes concernant la prise en charge de la douleur postopératoire. Pour y parvenir des questionnaires de satisfaction devraient être effectués chaque année. Nous devons aussi vérifier l'existence d'un support informationnel individualisé concernant la prise en charge de la douleur post opératoire.

IV.3.2 Amélioration de la surveillance

L'item douleur devrait être amélioré pour l'ensemble des accouchées voie basse et haute. Une évaluation initiale devrait être effectuée par EVA. La localisation de la douleur doit être précisée ainsi qu'une distinction entre évaluation au repos et à la mobilisation.

Nous proposons de supprimer la surveillance clinique par support écrit. L'utilisation de l'outil informatique devrait être généralisée à l'ensemble des accouchements voie basse et voie haute. Le logiciel opium permet de tracer tous les soins effectués, qu'ils s'agissent de dispensation médicamenteuse, d'évaluation de la douleur, de retrait d'agrafes etc. . . Pour y parvenir des ordinateurs portables devraient être mis à disposition du service pour les sages- femmes.

Six mois après avoir modifié le fonctionnement du service, il serait intéressant de refaire un audit clinique avec les mêmes critères.

V. Conclusion

Notre étude traitait de la prise en charge de la douleur post césarienne.

L'objectif principal était de comparer les pratiques des professionnelles de santé concernant la prise en charge de la douleur post -césarienne à un référentiel validé par la Haute Autorité de santé. L'objectif secondaire était de déterminer des actions permettant d'améliorer les pratiques.

Notre étude a relevé que l'information concernant la prise en charge de la douleur postopératoire est insuffisamment délivrée (trente-sept pour cent). L'évaluation de la douleur était réalisée sans distinction entre évaluation au repos et à la mobilisation. De plus la douleur n'était quasiment pas évaluée vingt-quatre heures après l'opération (inférieur à cinq pour cent). La surveillance des effets indésirable est satisfaisante dans les vingt-quatre premières heures (soixante-seize pourcent) mais insuffisante après vingt-quatre heures (moins de cinq pourcent) La prescription et l'administration des traitements se révèlent comme le point fort de l'HCE, en effet quatre-vingt-neuf pour cent des dossiers font mention de l'administration d'agents analgésiques supposés agir en post opératoire. L'administration des traitements est conforme aux prescriptions dans quatre-vingt-quatorze pour cent des dossiers. La prescription est horodatée et signée dans quatre-vingt-quinze pour cent des dossiers.

Une prise en charge inadaptée de la douleur post opératoire peut entraîner des conséquences graves avec un risque de chronicisation de la douleur. Les sages-femmes sont au centre de cette prise en charge. Afin d'améliorer la qualité des soins, le support papier doit être supprimé au profit de l'outil informatique. Une distinction entre évaluation de la douleur au repos et à la mobilisation doit apparaître.

VI Références bibliographiques

1. code de santé publique.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des

Malades et à la qualité du système de santé ; Article L 1110-5. <http://www.sante-sport.gouv.fr>

2. Ministère de la santé et des solidarités

2006. « Plan d'amélioration de la prise en

charge de la douleur 2006-2010 » (3 mars). <http://www.sante-sports.gouv.fr>.

3. agence national d'accréditation et d'évaluation en santé

2004." Prise en charge du patient en soins de courte durée". Manuel d'accréditation, partie 2, chapitre 3 référence 32 (septembre)

4. Haute Autorité de santé.

2009. "Manuel de certification des établissements de santé V2010. Chapitre 2, partie 1, référence 12, critère 12a (juin)

5. Haute Autorité de santé.

2011" Fiche descriptive de l'indicateur: Traçabilité de l'évaluation de la Douleur". Indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Médicaux Chirurgicaux obstétriques: outils nécessaires au recueil des indicateurs.

6. Haute Autorité de Santé.

Guide méthodologique: Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

7. Wyniecki A, Tecszy M , Benhamou D

.La Césarienne : une intervention qui doit maintenant bénéficier du concept de réhabilitation précoce postopératoire

Le praticien en Anesthésie Réanimation, Volume 14, Issue 6, Decembre 2010, pages 375-382

8. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation,

Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'enfant et l'adulte

Conférence de Consensus

Mise en ligne le 18 Janvier 2009 et modifié le 27 Janvier 2010

9. Joëlle Berger, Francis Bonnet

Chronicisation des Douleurs après Chirurgie

Douleur Evaluations – Diagnostic – Traitement (2009)¹⁰, S58-S62

.

10. Agence National D'accréditation des Etablissements de Santé

Evaluation des pratiques professionnelles dans les Etablissements de Santé

Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration

Service d'évaluation des pratiques

Juin 2003

11. Agence National D'accréditation des Etablissements de Santé

L'audit Clinique

Base méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles

Avril 1999.

12. HAS

Référentiel de Pratiques Professionnelles

Prise en charge de la Douleur postopératoire

Juin 2005

13. Chauvin.M

Hyperalgésie périopératoire : Réalités cliniques et thérapeutiques

Le Praticien en anesthésie et réanimation (2009) 13, 11-14

14. Kanazi G.E., Aouad M.T., Abdallah F.W., Khatib M.I., Adham A.M., Harfoush D.W., et al. The analgesic efficacy of subarachnoid morphine in comparison with ultrasound-guided transversus abdominis plane block after cesarean delivery: A randomized controlled trial

Anesth Analg, 2010, 111, 475-481

15. Cousins MJ, Mather LE. Intrathécal and epidural administration of opioids. *Anesthesiology* 1984; 61: 276-310

NOM :
INTERVENTION :

PRENOM :

ANESTHESISTE :

DATE :

Feuille de surveillance après Injection de

de morphine
 de sufenta

raché-anesthésie

HEURE																					
Fréquence																					
Respiratoire																					
Poids																					
T.A.																					
Sédation																					
Douleur																					
Prurit																					
Nausées																					
PRODAFALGAN																					
PROFENID																					

Surveillance toutes les 1 h pendant 6 h puis toutes les Pours, T.A., 1 h pendant 6 h puis toutes les 4 heures

Sédation/4 h
 0 facilement éveillable
 1 se réveille à stimulation forte
 2 marionne à 1 stimulation forte
 3 somnolente ++ confus
 4 coma

Douleur : 4h
 0 absence
 1 légère
 2 forte
 3 incontrôlable

Conduite à tenir :
 - FR ≤ 8 et ou sédation ≥ 2
 Faire NARCAN 1 ampoule IV/D
 Appel anesthésiste BIP-108

- FR ≤ 10 et ou sédation ≥ 2
 Appel anesthésiste BIP-108
 Nausées : PRIM/PERAN 1 ampoule IV/L
 Vomissements : HALDOL 0,5 mg/ml
 5 à 15 gouttes x 3/24 h per os
 Prurit : ATIRAX 50 mg toutes les 12 h

VIII Résumé

Introduction : La prise en charge de la douleur est une obligation morale éthique et réglementaire. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la prise en charge de la douleur comme étant une pratique exigible prioritaire. L'amélioration de la prise en charge de la douleur postopératoire passe par des mesures. Les programmes d'EPP ont pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux usagers.

Objectifs : l'objectif principal est de comparer la prise en charge de la douleur post césarienne au référentiel de la HAS. L'objectif secondaire est de déterminer les actions permettant d'améliorer la pratique.

Matériels et méthodes : Audit clinique réalisé par recueil rétrospectif de trente -cinq dossiers en mono centrique, sur la maternité de l'HCE dans l'unité mère enfant, du vingt -trois octobre deux mille onze au treize décembre deux mille onze.

Résultats: L'information concernant la prise en charge de la douleur postopératoire n'est pas suffisamment délivrée (trente -sept pour cent). L'évaluation de la douleur n'est quasiment pas réalisée vingt -quatre heures après une césarienne (inférieur à cinq pour cent). L'évaluation de la douleur est réalisée sans distinction entre évaluation au repos et à la mobilisation. La surveillance des effets indésirables est satisfaisante vingt -quatre heures après une césarienne mais avec soixante -seize pour cent l'objectif de quatre vint pourcent n'est pas atteint, la surveillance des effets indésirables est insuffisante après vingt -quatre heures. L'administration et la prescription des traitements sont les points forts relevés dans l'étude (supérieur à80 pourcent).

Conclusion : Une prise en charge insuffisante de la douleur post opératoire peut avoir des conséquences graves. Il serait important de supprimer le support écrit au profit de l'informatique, et de faire une distinction entre évaluation au repos et à la mobilisation

MOTS CLES : douleur, césarienne, évaluation, audit,