



# Évaluation de la prise en charge par les sages-femmes des douleurs du post-partum chez les patientes jusqu'à J1 de leur accouchement voie basse

Julie Pelletier

## ► To cite this version:

Julie Pelletier. Évaluation de la prise en charge par les sages-femmes des douleurs du post-partum chez les patientes jusqu'à J1 de leur accouchement voie basse. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01142378

**HAL Id: dumas-01142378**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01142378>**

Submitted on 15 Apr 2015

**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**   
**MEDECINE** GRENOBLE

## 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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

# Evaluation de la prise en charge par les sages-femmes des douleurs du post-partum chez les patientes jusqu'à J1 de leur accouchement voie basse

---

01/09/2014

Par Julie Pelletier

Née le 23 janvier 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

2014

## **Remerciements :**

**Je remercie les membres du jury :**

Madame le Docteur Véronique EQUY, PH en Gynécologie Obstétrique au  
CHU de Grenoble, Présidente du jury

Monsieur le Docteur François ISTASSE, Assistant Chef de Clinique en  
Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Médecin invité

Madame Nadine VASSORT, Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-  
femmes de Grenoble, Guidante

Monsieur Frédéric DUPRE, Sage-Femme de la Clinique Mutualiste des  
Eaux-Clares

**Je remercie plus particulièrement :**

Madame Sylvie CARABY, Sage-Femme Cadre dans le service d'Unité Mère  
Enfant au CHU de Grenoble, Directrice de ce mémoire :

*Pour son aide et sa réflexion sur le sujet de ce mémoire ;*

Madame Nadine VASSORT, Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-  
Femmes de Grenoble :

*Pour sa patience, son soutien, ses encouragements et sa grande  
disponibilité ;*

**Je remercie également :**

Ma famille :

*Pour leurs encouragements et soutien tout au long de ces années ;*

Mes amis :

*Pour leur disponibilité et leur soutien indéfectible.*

## **Sommaire :**

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| Abréviations .....                                                  | 1  |
| 1. Introduction.....                                                | 2  |
| 2. Matériel et Méthode.....                                         | 7  |
| 2.1. Type et Site d'étude.....                                      | 7  |
| 2.1.1. Type d'étude.....                                            | 7  |
| 2.1.2. Site d'étude.....                                            | 7  |
| 2.2. Population.....                                                | 7  |
| 2.3. Période d'étude.....                                           | 7  |
| 2.4. Recueil des données.....                                       | 7  |
| 2.5. Variables relevées.....                                        | 8  |
| 2.5.1. Variables générales.....                                     | 8  |
| 2.5.2. Critères de jugement de l'audit de pratique.....             | 8  |
| 2.5.2.1. Objectif principal.....                                    | 8  |
| 2.5.2.1.A. Dépistage de la douleur.....                             | 8  |
| 2.5.2.1.B. Evaluation de la douleur selon les bonnes pratiques..... | 9  |
| 2.5.2.2. Objectifs secondaires.....                                 | 9  |
| 2.5.2.2.A. Traçabilité dans le dossier.....                         | 9  |
| 2.5.2.2.B. Traitement de la douleur.....                            | 10 |
| 2.5.2.2.C. Explications données.....                                | 10 |
| 2.6. Traitement des données et analyse statistique.....             | 10 |
| 3. Résultats.....                                                   | 11 |
| 3.1. Données générales.....                                         | 11 |

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 3.2. Caractéristiques de la population.....                     | 11 |
| 3.2.1. Age maternel.....                                        | 11 |
| 3.2.2. Parité.....                                              | 11 |
| 3.2.3. Type d'accouchement.....                                 | 11 |
| 3.2.4. Etat périnéal.....                                       | 11 |
| 3.2.5. Type d'allaitement.....                                  | 12 |
| 3.2.6. Délai entre accouchement et examen réalisé.....          | 12 |
| 3.3. Objectif principal.....                                    | 12 |
| 3.3.1. Dépistage de la douleur.....                             | 12 |
| 3.3.2. Evaluation de la douleur selon les bonnes pratiques..... | 13 |
| 3.4. Objectifs secondaires.....                                 | 13 |
| 3.4.1. Traçabilité dans le dossier.....                         | 13 |
| 3.4.2. Traitement de la douleur.....                            | 13 |
| 3.4.3. Explications données.....                                | 15 |
| 4. Discussion.....                                              | 16 |
| 4.1. Limites de l'étude.....                                    | 16 |
| 4.1.1. Effectif.....                                            | 16 |
| 4.1.2. Biais de subjectivité.....                               | 16 |
| 4.1.3. Biais de sélection.....                                  | 16 |
| 4.2. Analyse des résultats.....                                 | 16 |
| 4.2.1. Population.....                                          | 16 |
| 4.2.2. Objectif principal.....                                  | 17 |
| 4.2.2.1. Dépistage de la douleur.....                           | 17 |



|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2.2.2. Evaluation de la douleur selon les bonnes pratiques..... | 18 |
| 4.2.3. Objectifs secondaires.....                                 | 18 |
| 4.2.3.1. Traçabilité dans le dossier.....                         | 18 |
| 4.2.3.2. Traitement de la douleur.....                            | 18 |
| 4.2.3.3. Explications données.....                                | 20 |
| 4.3. Propositions d'amélioration.....                             | 20 |
| 5. Conclusion.....                                                | 21 |
| 6. Bibliographie.....                                             | 22 |
| 7. Annexes.....                                                   | 24 |
| 8. Résumé.....                                                    | 27 |

## **Abréviations :**

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLUD : Comité de lutte contre la Douleur

CNMD : Comité National des Médecins de la Douleur

CNRD : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

CSP : Code de Santé Publique

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Hôpital Couple Enfant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

# **1. Introduction**

La prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique. Selon le CNRD (Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur) : « soulager la douleur est une obligation morale, éthique et réglementaire pour les personnels médicaux et paramédicaux ». [1] Le Code Santé Publique dans son article 1110-5 rajoute 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 ». [2]

Les différentes évaluations nationales sur la prise en charge de la douleur montrent toutes un important déficit. C'est pourquoi la lutte contre la douleur est devenue un enjeu majeur pour le système de santé français. Quatre plans nationaux successifs ont été mis en place par le ministère de la santé (1998-2000, 2002-2005, 2006-2010 et 2013-2017) accompagnés de recommandations officielles. [3 ; 4]

Depuis 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) a placé la prise en charge de la douleur dans ses indicateurs nationaux. La traçabilité de l'évaluation de la douleur pour tous les établissements de santé, que ce soit dans les secteurs d'activité de médecine chirurgie obstétrique ou dans les autres, est donc obligatoire. Cette exigence est d'autant plus importante depuis l'élaboration du manuel de certification des établissements de santé V2010. [5 ; 6]

Au sein de l'hôpital, c'est le CLUD (Comité de lutte contre la Douleur) qui définit la politique de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs devant figurer dans le projet d'établissement. Il coordonne entre les différents services, toute action visant à mieux organiser la gestion de la douleur et veille à la mise en œuvre de la politique qui a été déterminée. Il contribue à la formation professionnelle du personnel médical et soignant sur la douleur, et suscite le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur. D'abord recommandé par le Comité National des Médecins de la Douleur (CNMD) en juillet 1998, il sera inclus dans le programme de prise en charge de la douleur du Circulaire DHOS/E2 n° 2002-

266 du 30 avril 2002 relatif à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. [7 ; 8]

Pour une évaluation de la douleur claire et précise, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. L'évaluation de la douleur doit donc être quantitative mais aussi qualitative et effectuée à l'aide d'échelles uni-ou multi-dimensionnelles. Il en existe trois grands types :

- L'échelle visuelle analogique (EVA). C'est la méthode de référence à utiliser. Il s'agit d'une réglette avec une échelle comportant une ligne horizontale allant de « pas de douleur du tout » à « douleur maximale imaginable », sur laquelle le patient est invité à placer un curseur correspondant à l'intensité de la douleur qu'il ressent. Côté soignant, on pourra lire la correspondance de cette douleur avec une note de 0 à 10.
- L'échelle numérique. Elle comporte également une ligne horizontale, sur laquelle le patient note sa douleur de 0 à 10, du moins au plus intense.
- L'échelle verbale simple. La personne décrit l'intensité de sa douleur à l'aide de mots simples (pas de douleur, faible, modérée, intense). Elle est essentiellement utilisée pour les personnes âgées ou les enfants qui ont du mal à coter leur douleur.

A cette évaluation quantitative est associée une évaluation qualitative de la douleur, très importante pour une meilleure prise en charge.

Tout d'abord, il y a différents types de douleurs (aigue ou chronique). La douleur aiguë est une douleur vive, immédiate, et souvent brève. Elle est d'origine traumatique ou postopératoire, ou peut être provoquée par certains soins. La douleur chronique est une douleur qui dure plus de trois mois. C'est le plus souvent une douleur aigue qui va persister (migraine chronique, douleur liée à un cancer,...). Elles ont différentes origines (nociceptives, neuropathiques, idiopathiques, psychogènes). La douleur nociceptive est un signal d'alarme en réponse à une agression contre l'organisme (ex: brûlure). La douleur neuropathique est consécutive à une lésion nerveuse, ancienne ou récente provoquant un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. La douleur idiopathique est un syndrome douloureux dont les causes sont mal expliquées. Les examens sont normaux, mais la douleur est bien présente. Enfin, la douleur psychogène est d'origine psychologique (deuil,

dépression, traumatisme, etc.). Les douleurs sont aussi caractérisées par leurs localisations, les facteurs déclenchants, la date de leur apparition, leur évolution dans le temps, leur chronologie dans la journée, mais aussi les facteurs la soulageant.[9 ;10 ;11 ;12]

Le fait de questionner le patient permettra d'analyser les différents traitements et actions à effet antalgique déjà utilisés. Et l'identification de la douleur ainsi que son évaluation nous aidera à déterminer une attitude thérapeutique, et son efficacité sur ces douleurs.

Selon l'OMS, il y a différentes manières de traiter une douleur. La première utilisée est le traitement médicamenteux dans lequel on retrouve 3 niveaux d'antalgiques. [13]

- Le niveau 1 est constitué des antalgiques non morphiniques (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens). Ils sont utilisés pour les douleurs d'intensité faible à modérée (définie par une EVA de 1 à 4).
- Le niveau 2 regroupe les opioïdes faibles (codéine par exemple). Ils sont utilisés pour les douleurs d'intensité modérée à sévère (EVA de 4 à 7), ou lorsque les antalgiques de niveau 1 n'ont pas été efficaces pour soulager la douleur.
- Enfin, le niveau 3 est constitué des opioïdes forts (morphine par exemple). Ces médicaments sont utilisés pour les douleurs intenses (EVA > 7), ou lorsque les antalgiques de niveau 2 n'ont pas été efficaces pour soulager la douleur.

D'autres méthodes non-médicamenteuses peuvent aussi permettre de soulager la douleur: les traitements physiques qui comprennent la kinésithérapie, les massages, la physiothérapie (application de chaud, de froid, ou de courant électrique), la rééducation posturale et gestuelle, ou encore l'hypnose.

Afin que la prise en charge de la douleur selon son évolution se déroule pour le mieux, la transmission d'une information claire et précise aux autres intervenants dans la prise en charge de ces douleurs est importante. Mais la traçabilité de l'information dans le dossier de soins du patient l'est encore plus. En effet, selon la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à l'amélioration du système de santé, le dossier du patient assure la traçabilité

de toutes les actions effectuées. C'est un outil de communication, de coordination et d'information avec les patients et entre les acteurs de soins, qui permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il constitue un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue est fondamental. L'HAS a rendu cette traçabilité obligatoire depuis 2008. [14 ; 15]

La douleur en maternité est omniprésente que ce soit en cours de travail, durant l'accouchement mais aussi en post-partum. La douleur, lors du travail et de l'accouchement est réelle, considérée par les soignants et beaucoup de techniques sont disponibles pour améliorer sa prise en charge. Cependant, tout ne s'arrête pas à l'accouchement et, lors du séjour en suite de couche, les femmes peuvent à nouveau y être confrontées. Dans notre quotidien, nous sommes principalement confrontés à des douleurs aiguës d'origine nociceptive : une douleur vive, immédiate, et souvent brève d'origine traumatique ou postopératoire. Ce sont des douleurs de différentes intensités et touchant différents centres corporels tels que le périnée, l'utérus, les seins, le dos... car ces douleurs peuvent devenir chroniques. Cependant, il existe, comme pour toute douleur aiguë, un risque de chronicisation de la douleur résultant le plus souvent d'une mauvaise prise en charge. Ceci est donc à prendre en compte. [16 ; 17 ; 18]

Elles doivent être prises en charge convenablement tel qu'indiqué ci-dessus d'un point de vue éthique et législatif, mais aussi afin de privilégier un lien mère-enfant précoce. Selon Winnicott, il existe trois fonctions maternelles indispensables au développement harmonieux de l'enfant qui sont l'« object presenting » (présentation de l'objet au bon moment), le « holding » (le fait de tenir, de contenir) et le « handling » (la manipulation physique par les soins). La douleur du post-partum pouvant entraver la mobilité et donc limiter les soins et modifier les comportements notamment au niveau de l'irritabilité maternelle, une évaluation de la douleur bien réalisée est donc fondamentale pour une meilleure prise en charge de la patiente durant cette période. Elle permettra à celle-ci d'assurer pleinement son rôle de mère, de tisser un meilleur lien mère-enfant et de garantir un bon développement de celui-ci. [19]

Lors de nombreux stages effectués lors de mes études j'ai pu observer que la douleur en post-partum était réelle. Cependant, sa prise en charge était différente suivant les établissements mais aussi suivant le personnel soignant d'un même établissement. Je me suis donc demandée quelles étaient les pratiques réelles de prises en charge de la douleur au sein de l'hôpital et si celles-ci étaient conformes à l'énoncé ci-dessus.

L'objectif principal est d'estimer si la douleur est dépistée et évaluée correctement par les sages-femmes en observant plusieurs paramètres (taux d'évaluation de la douleur, échelle utilisée, localisation, facteurs déclenchants, facteurs soulageants). Les objectifs secondaires chercheront à déterminer la manière dont la prise en charge de celle-ci est faite : la traçabilité dans le dossier est-elle réalisée ? Le traitement est-il donné de manière adaptée à la douleur ?

## **2. Matériel et Méthode**

### **2.1. Type et Site d'étude**

#### **2.1.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de type transversale.

#### **2.1.2. Site d'étude**

L'étude a été effectuée au CHU de Grenoble dans le service de suite de couche de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) possédant une maternité de niveau 3.

### **2.2. Population**

Ont été incluses toutes les patientes ayant accouchées par voie basse et hospitalisées dans le service de suite de couche de l'HCE.

Ont été exclues de l'étude les patientes ayant eu une césarienne, ayant accouché de jumeaux, refusant de participer à l'étude, ne parlant pas français.

Les situations observées concernaient des accouchées entre H0 et H36 de leur accouchement.

### **2.3. Période d'étude**

La phase d'essai a été réalisée le 6 juillet 2013.

La période de l'étude s'est étendue du 6 au 30 juillet 2013.

### **2.4. Recueil des données**

J'ai personnellement recueillie les données lors de l'examen clinique quotidien de la patiente par la sage-femme grâce à une fiche d'observation.

Celle-ci a été mise au point puis corrigée à l'issue de la phase d'essai du 6 juillet 2013.

Lors du recueil, il a été expliqué à la sage-femme que l'observation clinique portait sur l'ensemble de l'examen quotidien d'une patiente jusqu'à J1 d'un



accouchement voie basse. Afin de limiter les biais de subjectivité de la sage-femme et de ne pas interférer avec la prise en charge, les paramètres observés n'ont pas été précisés.

## **2.5. Variables relevées**

### **2.5.1. Variables générales**

Concernant la population étudiée, nous avons relevé dans le dossier plusieurs variables générales:

- L'âge
- La parité
- Le type d'accouchement : eutocique, dystocique avec utilisation de ventouse, ou dystocique avec utilisation de forceps
- L'état périnéal : périnée intact, déchirure ou épisiotomie
- L'allaitement : maternel ou artificiel
- Le délai entre l'accouchement et le recueil des données

### **2.5.2. Critères de jugement de l'audit de pratique**

#### **2.5.2.1. Objectif principal**

##### **2.5.2.1.A. Dépistage de la douleur**

Nous avons comptabilisé le nombre d'évaluation de la douleur et la technique utilisée lors de l'examen réalisé par la sage-femme.

Quatre réponses étaient possibles :

- Non recherchée
- Echelle verbale
- Echelle numérique
- Echelle visuelle

### 2.5.2.1.B.Evaluation de la douleur selon les bonnes pratiques

Rappelons que d'après les bonnes pratiques, la quantification d'une douleur ne suffit pas. S'il y a douleur, il faut aussi la caractériser par sa localisation, les facteurs déclenchants et soulageants.

Nous avons donc noté les résultats des évaluations numériques lorsqu'elles étaient réalisées par la sage-femme. Lorsque l'évaluation de la douleur n'était pas réalisée ou seule une échelle verbale était utilisée, j'ai interrogé la patiente personnellement, en absence de la sage-femme, afin de mettre un chiffre sur sa douleur.

La localisation de la douleur a été relevée selon différentes réponses :

- Seins
- Périnée
- Tranchées
- Dorsalgie
- Autres

Les facteurs déclenchants puis les facteurs soulageants la douleur ont été relevés si la question a été posée à la patiente par la sage-femme.

### 2.5.2.2.Objectifs secondaires

#### 2.5.2.2.A. Traçabilité dans le dossier

La traçabilité dans le dossier est obligatoire. La douleur est notée par un chiffre.

Une case spécifique y est dédiée dans le dossier de l'HCE.

Pour ce critère, deux réponses étaient disponibles :

- Oui : l'évaluation réalisée a été notée dans le dossier.
- Non : l'évaluation réalisée n'a pas été notée dans le dossier.

#### 2.5.2.2.B. Traitement de la douleur

D'après les bonnes pratiques, les antalgiques donnés doivent être adaptés à la douleur évaluée. Ils sont donc donnés si douleur et en fonction du résultat de celle-ci.

Un protocole est disponible à l'HCE.

Pour les EVA>0, du paracétamol 1g est donné selon la posologie : 1g 4x/jr

Si EVA  $\geq$  3, du diclofénac est donné en plus selon la posologie : 50mg 3x/jr

Le traitement peut être médicamenteux mais aussi non médicamenteux, adapté à la localisation de la douleur.

Une explication sur la douleur et son traitement doit être effectuée.

Le type de traitement médicamenteux a été relevé : paracétamol, AINS

Le type de traitement non médicamenteux a été relevé si donné à la patiente : glace ou douche froide pour le périnée, positionnement lors des tétées ou lanoline si douleur localisée au sein,...

#### 2.5.2.2.C. Explications données

Le nombre d'explication donnée sur la douleur et son traitement a été relevé.

### 2.6. Traitement des données et analyse statistique

Le traitement des données et l'analyse statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel.

Nous avons réalisé une analyse descriptive des données. Les variables qualitatives ont été décrites par leur nombre et les proportions. Les variables quantitatives par la moyenne et la médiane.

### **3. Résultats**

#### **3.1. Données générales**

Nous avons réalisé 34 observations au total (dont 4 pour l'essai de la grille de recueil de données).

Le nombre d'observations analysées est donc de 30.

#### **3.2. Caractéristiques de la population**

##### **3.2.1. Age maternel**

Dans notre population, les patientes sont âgées de 17 à 37 ans.

La moyenne d'âge est de 27.9 ans

##### **3.2.2. Parité**

La parité des patientes de notre population oscille entre 1 et 4.

La médiane est de 2.

##### **3.2.3. Type d'accouchement**

Dans la population étudiée, on observe :

- 63.3% d'accouchements eutociques : 19 patientes sur 30

- 36.7% d'accouchements dystociques dont :

  - 13.3% de ventouses : 4 patientes

  - 30% de forceps : 9 patientes

2 patientes ayant eu ventouse et forceps.

##### **3.2.4. Etat périnéal**

On constate :

- 30% de périnées intacts : 9 patientes sur 30

- 36.6% de déchirures : 11 patientes

-33.3% d'épisiotomies : 10 patientes

### **3.2.5. Type d'allaitement**

Il y a dans notre population :

-63.3% d'allaitement maternel

-36.6% d'allaitement artificiel

### **3.2.6. Délai entre accouchement et examen réalisé**

L'examen a été réalisé :

-2 à 12h post-accouchement : 16.6% (5 patientes)

-12 à 18h post-accouchement :33.3% (10)

-18 à 24h post-accouchement : 16.6% (5)

-24 à 36h post-accouchement : 33.3% (10)

## **3.3. Objectif principal**

### **3.3.1. Dépistage de la douleur**

Pour 30 examens réalisés, il y a eu :

- 6 douleurs non recherchées (20%)

- 19 évaluations verbales (63.3%)

- 5 évaluations numériques (16.6%)

- 0 évaluation visuelle (0%)

### **3.3.2. Evaluation de la douleur selon les bonnes pratiques**

La bonne pratique veut que nous demandions à la patiente des renseignements sur la douleur si elle est présente. Notamment sa localisation, et les facteurs déclenchants ou soulageants celle-ci.

|                            | population EVA>0 N=19 (%) |                       |
|----------------------------|---------------------------|-----------------------|
|                            | questionnement            | pas de questionnement |
| Localisation de la douleur | 18 (94,7)                 | 1 (5,3)               |
| facteurs déclenchants      | 4 (21)                    | 15 (79)               |
| facteurs soulageants       | 0 (0)                     | 19 (100)              |

Tableau I. taux de localisation, facteurs déclenchants et facteurs soulageants de la douleur demandés si EVA>0.

## **3.4. Objectifs secondaires**

### **3.4.1. Traçabilité dans le dossier**

Sur les 24 évaluations de la douleur :

-6 ont été notées dans le dossier (25%)

-18 ne sont pas notées dans le dossier (75%)

Sur les 6 évaluations notées, 4 provenaient d'échelles numériques, 2 d'échelles verbales.

### **3.4.2. Traitement de la douleur**

Un traitement doit être donné s'il y a douleur. Et en fonction du résultat obtenu, l'antalgique sera différent.

|                                  | Population totale N = 30 (%) |                     |                        |                     |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
|                                  | Pas de traitement            | Antalgique palier 1 |                        | Antalgique palier 2 |
|                                  |                              | Doliprane           | Doliprane et voltarène |                     |
| Pas d'évaluation douleur<br>N=6  | 2 (33.3)                     | 4 (66.6)            | 0 (0)                  | 0 (0)               |
| EVA=0<br>N=4                     | 0 (0)                        | 4 (100)             | 0 (0)                  | 0 (0)               |
| 1≤EVA≤2<br>Intensité faible N=9  | 0 (0)                        | 7(77,7)             | 2 (22,2)               | 0 (0)               |
| 3≤EVA≤4<br>Intensité modérée N=9 | 0 (0)                        | 2 (22,2)            | 7 (77,7)               | 0 (0)               |
| EVA≥5<br>Forte intensité N=2     | 0 (0)                        | 1 (50)              | 1 (50)                 | 0 (0)               |

Tableau II. Traitement donné en fonction du résultat de l'évaluation de la douleur

Au niveau des traitements non médicamenteux et symptomatique, on a pu observer que sur les 18 localisations de douleur demandées, 9 traitements non médicamenteux adaptés à cette localisation ont été donnés, recommandés et expliqués.

### **3.4.3. Explications données**

Des explications concernant la douleur et son traitement doivent être données.

Pour une EVA cotée supérieure à 0 (N=20), on retrouve 20 explications données, adaptées (100%)



## **4. Discussion**

### **4.1. Limites de l'étude**

#### **4.1.1. Effectif**

L'effectif de la population est faible. Ceci est suffisant pour un audit de pratique. Cependant, les résultats trouvés sont indicatifs et ne doivent pas être généralisés. Avec 30 observations, seules les gros problèmes ou les grandes améliorations peuvent être mis en évidence.

#### **4.1.2. Biais de subjectivité**

Un biais de subjectivité peut se présenter car la sage-femme se sachant observée prend certainement la patiente un peu mieux en charge même si elle ne sait pas sur quels paramètres Nous nous sommes focalisés.

L'étude ne pouvant avoir lieu sans la présence d'un observateur, ce biais a été limité au maximum en restant très vague et en expliquant à la sage-femme que l'observation clinique portait sur l'ensemble de l'examen quotidien d'une patiente jusqu'à J1 d'un accouchement voie basse, sans en dire d'avantage. Les paramètres relevés n'ont pas été précisés.

Le biais de subjectivité est donc présent mais minimum.

#### **4.1.3. Biais de sélection**

Bien que l'étude se soit déroulée sur plusieurs jours et ayant observé différents examens avec différentes sages-femmes, le nombre de sages-femmes observées pour cet examen reste minime comparé au grand nombre de sages-femmes de l'HCE. D'après les premiers résultats observés, la prise en charge est apparemment différente entre chaque sage-femme. La sélection, de ce fait, d'une partie des sages-femmes en poste à l'HCE, constitue donc un biais de sélection.

### **4.2. Analyse des résultats**

#### **4.2.1. Population**

L'âge varie entre 17 et 37 ans. La parité oscille entre 1 et 4.

Notre population contient des femmes ayant accouchées eutociquement mais aussi dystociquement avec ventouse et/ou forceps. Il y a environ un tiers de périnée intact, de déchirure périnéale et d'épisiotomie. Nous observons des allaitements maternels et artificiels. Les délais d'examen après accouchement sont très différents. Chaque groupe étudié contient au minimum 16% de la population observée.

D'après les résultats obtenus, nous avons donc une population très variée et pouvant correspondre éventuellement à la population source. Ceci nous permet donc de limiter des biais liés au recrutement des patientes.

## **4.2.2. Objectif principal**

### **4.2.2.1. Dépistage de la douleur**

L'intensité de la douleur est évaluée pour 19 patientes soit 80%. Le seuil de 80% de dépistage minimum recommandé par l'HAS est donc rempli.

Nous avons pu constater que 63.3% des échelles utilisées pour évaluer l'intensité de la douleur étaient l'échelle verbale, que 16.6% utilisées étaient l'échelle numérique et qu'aucune échelle visuelle analogique n'avait été utilisée.

C'est cependant l'échelle visuelle analogique qui est recommandée pour des personnes en capacité de s'exprimer et de se représenter leur douleur. Ce qui est le cas de nos patientes. L'échelle numérique devant être utilisée en second et l'échelle verbale en dernier recours, les résultats constatés ne sont clairement pas satisfaisants.

Car si nous voulant une prise en charge correcte, la douleur doit être évaluée avec nos meilleurs moyens.

Dans nos résultats 6 évaluations de la douleur ne sont pas recherchées soit pour 20% des patientes observées. Du point de vue du CSP et CNRD, ceci est clairement insuffisant car personne ne doit avoir mal sans pouvoir l'exprimer.

#### **4.2.2.2. Evaluation de la douleur selon les bonnes pratiques**

On retrouve 94.7% de localisation de la douleur si celle-ci est présente, ce qui est très satisfaisant.

Par contre, seulement 21% des facteurs déclenchants de la douleur sont demandés et aucun des facteurs de soulagement possible trouvé par la patiente ne l'a été. Et ceci est totalement insuffisant car nous nous privons de moyens permettant de mieux prendre en charge la douleur.

### **4.2.3. Objectifs secondaires**

#### **4.2.3.1. Traçabilité dans le dossier**

Nous constatons grâce à cette étude que la traçabilité de la douleur est de 25% malgré une case spécifique dédiée à cela dans le dossier. Ceci est très insatisfaisant car, d'une part, celle-ci est obligatoire et d'autre part, le fait de ne pas noter dans le dossier ne nous permettra pas de suivre l'évolution de la douleur et donc d'adapter le traitement correctement. Ceci est donc délétère à la bonne prise en charge de la douleur et ne répond pas aux bonnes pratiques.

On peut se demander pourquoi cette traçabilité n'est pas réalisée correctement. Et une des réponses possibles est que la douleur dans le dossier est notée numériquement. Hors, nous avons observé que les évaluations utilisées sont majoritairement évaluations verbales et non numériques ou visuelles analogiques comme elle devrait l'être. La cotation est donc difficile à effectuer et donc non transcrite par la sage-femme.

#### **4.2.3.2. Traitement de la douleur**

Rappelons que le traitement doit être donné seulement si douleur et adapté en fonction de l'intensité de celle-ci.

Nous observons tout d'abord que dans 66.6% des cas où la douleur n'est pas demandée, un traitement antalgique est de toute manière mis en place. La douleur n'étant pas estimée, nous ne devons pas instaurer un traitement. Ceci induit une surmédicalisation de la patiente mais aussi une automédication par cette même patiente de ses traitements antalgiques, ce qui n'est pas une solution.

Nous remarquons aussi que même si l'intensité de la douleur est nulle, un traitement par paracétamol est instauré. Ceci va à l'encontre de l'OMS mais aussi du protocole de service qui stipule qu'un traitement sera donné si  $EVA > 0$ . Alors pourquoi ce traitement est-il donné ? D'après les observations réalisées sur place et les explications données par les sages-femmes au moment de l'examen, ceci permettrait de rendre les femmes plus autonomes pour gérer leur douleur. Le traitement peut aussi être donné pour éviter l'attente trop longue entre le commencement de sa douleur et l'arrivée de la sage-femme lui amenant l'antalgique. Il faut tout de même faire attention à une automédication par la patiente et éviter que cela entraîne une surmédicalisation. Les antalgiques ne doivent pas être prescrits en préventif ou seulement dans les cas de soin programmé et que l'on sait être potentiellement douloureux. En post-partum immédiat, du fait du haut risque de survenu de douleur la prise de paracétamol dans les premières 24h est justifiée. L'arrêt de la prescription se fera au terme de deux évaluations successives négatives souvent accompagnée d'une mise à disposition dans un premier temps comme cela est réalisé dans notre étude. L'arrêt total de prescriptions se fera dans une étape ultérieure d'évaluation négative. Une évaluation rigoureuse et systématique de la douleur permet seule une prescription conforme aux recommandations et protocole de service. [20]

L'analyse du coût de ces traitements non réellement justifiés pourrait être prise en compte au niveau des économies de santé.

Pour des intensités de douleur supérieures à 0, des antalgiques sont toujours donnés, ce qui est conforme aux bonnes pratiques. Cependant, ils ne sont pas toujours adaptés à l'EVA de la patiente.

Selon l'OMS, les antalgiques de palier 1 sont donnés pour une EVA de 1 à 4 ou d'intensité faible. C'est le cas pour 100% des observations réalisées. Ce qui est très satisfaisant. Pour les  $EVA \geq 5$ , l'OMS recommande l'utilisation d'antalgique de palier 2 : dans notre population et dans 100% des cas, il n'y a que des antalgiques de palier 1 donnés.

De plus, le protocole de service n'est pas tout à fait respecté. En effet, on note 22.2% de paracétamol et diclofénac donné alors que l'EVA se trouve entre 1 et

2. Et 22.2% de patientes ayant seulement du paracétamol tandis que leur EVA était supérieure ou égale à 3.

Ce non-respect des recommandations et protocole pourrait être expliqué par le fait que la cotation par chiffre de la douleur ne soit pas réalisée systématiquement et que l'échelle verbale, principalement utilisée par les sages-femmes dans cette étude, ne soit pas assez précise pour correspondre au protocole.

#### **4.2.3.3. Explications données**

On obtient un résultat de 100% d'explications données et adaptées par rapport à la douleur chez la patiente et à son traitement antalgique médicamenteux avec plus ou moins de traitement non médicamenteux. C'est un résultat qui montre que les patientes sont bien informées et peuvent se prendre en charge.

### **4.3. Propositions d'amélioration**

Afin d'améliorer l'évaluation de la douleur selon les bonnes pratiques, il faudrait que l'évaluation de la douleur soit faite en systématique et avec une échelle visuelle analogique permettant une meilleure cotation possible de la douleur. Une solution pourrait être de disposer une réglette EVA sur chaque chariot de soins des sages-femmes permettant ainsi l'utilisation de l'échelle visuelle analogique. Les dossiers papiers étant amené à disparaître l'évaluation de la douleur devrait pouvoir faire partie du dossier informatique et la case rendue obligatoire. La localisation, les facteurs déclenchants et soulageants pourraient faire partie de la zone consacrée à la douleur dans le dossier informatique qui sera bientôt créé.

Ce dossier informatique avec une EVA notée obligatoire et l'utilisation systématique d'une évaluation permettant de chiffrer la douleur pourra certainement améliorer la traçabilité mais aussi la mise en place et l'adaptation d'un traitement. La prise en charge se fera alors au mieux et en fonction des bonnes pratiques.

Une présentation des résultats de notre travail pourra également être proposée dans le service afin de sensibiliser les sages-femmes à améliorer encore l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

## **5. Conclusion**

Le dépistage et l'évaluation de la douleur sont indispensables à une prise en charge de qualité, y compris en postpartum. Nos objectifs d'analyse de pratique sont atteints, mais cependant la généralisation de nos résultats requière prudence compte tenu des biais de notre étude.

Nous avons montré qu'au sein de l'HCE de Grenoble, le dépistage répond aux exigences de conformité de l'HAS. L'évaluation précise et l'utilisation de l'échelle verbale plutôt que l'échelle visuelle analogique ou numérique altère la qualité de dépistage. Au-delà de ce dépistage, les professionnels doivent être sensibilisés à la recherche des éléments précis tels que les facteurs déclenchants ou soulageants de cette douleur.

La traçabilité des informations recueillies est trop insuffisante.

La mise en place de traitement est quant à elle non conforme aux recommandations et au protocole de service, induisant sans doute des coûts inutiles.

La numérisation du dossier de suivi de post-partum pourrait prendre en compte les résultats de notre travail afin d'aider les professionnels à l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

## 6. Bibliographie

[1] <http://www.cnrd.fr/>

[2] Article L.1110-5 du Code de Santé Publique, version en vigueur du 23 Avril 2005

[3] L'action des pouvoirs publics - 15 octobre 2012 – différents plans de lutte contre la douleur. <http://www.sante.gouv.fr/l-action-des-pouvoirs-publics>

[4] Avis du 17.09.13 sur le projet de programme national douleur(2013-2017) - Conférence nationale de santé.  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_proj\\_prog\\_douleur\\_1709\\_env\\_av\\_26\\_0913\\_rel\\_jol.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_26_0913_rel_jol.pdf)

[5] Manuel de certification des établissements de santé V2010 :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)

[6] HAS- Indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en MCO - Campagne 2010. Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. Novembre 2011

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ipaqss\\_rapport\\_mco\\_2011.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ipaqss_rapport_mco_2011.pdf)

[7] Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (CLUD) dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier - COLLEGE NATIONAL DES MEDECINS DE LA DOULEUR - Juin 1998

<http://www.cnrd.fr/Recommandations-relatives-a-l.html>

[8] Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. Bulletin officiel n°2002-21 CLUD

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212062.htm>

[9] <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/rea/anesthesie/65/lecon65.htm#>



- [10] <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Vos-dossiers-sante/Douleur/>
- [11] [http://www.againstpain.org/pdf/Dlrs\\_2.pdf](http://www.againstpain.org/pdf/Dlrs_2.pdf)
- [12] Échelles d'évaluation de la douleur chez les adultes coopérants, Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques – OMÉDIT, Date de rédaction Janvier 2006 Date de validation Septembre 2006
- [http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Echelle%20evaluation%20douleur\\_Adulte.pdf](http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Echelle%20evaluation%20douleur_Adulte.pdf)
- [13] Traitement médicamenteux de la douleur : [http://www.ifits.fr/IMG/pdf/DU\\_soins\\_infirmier\\_DOULEUR\\_4\\_traitements\\_Mo\\_de\\_de\\_compatibilite\\_.pdf](http://www.ifits.fr/IMG/pdf/DU_soins_infirmier_DOULEUR_4_traitements_Mo_de_de_compatibilite_.pdf)
- [14] HAS – dossier du patient [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_438115/fr/dossier-du-patient](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient)
- [15] Fiche descriptive de l'indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/fiche\\_descriptive\\_trd\\_030608.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/fiche_descriptive_trd_030608.pdf)
- [16] Branchet L, La douleur périnéale dans le post-partum immédiat: vers une optimisation de la prise en charge, 2005
- [17] Normand M, Evaluation des douleurs du post-partum: enquête réalisée à la Maternité A. Pinard de Nancy, 2001
- [18] Joëlle Berger, Francis Bonnet. Chronicisation des douleurs après chirurgie- douleur évaluation- diagnostic- traitement. 2009
- [19] [http://www.la-psychologie.com/relation\\_parent\\_nourrisson.htm](http://www.la-psychologie.com/relation_parent_nourrisson.htm)
- [20] Société Française d'Anesthésie et de réanimation - Prise en charge de la douleur post opératoire - Conférence de consensus – mise à jour le 27 janvier 2010

7. Annexes

| Patientes | Age | Parité | Accouchement |    |    | PI | Périnée |        | Heures après accouchement |         |          |          | Allt |       | évaluation utilisée |     |          |                |
|-----------|-----|--------|--------------|----|----|----|---------|--------|---------------------------|---------|----------|----------|------|-------|---------------------|-----|----------|----------------|
|           |     |        | eutocique    | VE | FO |    | déch    | épisio | 0 à 6h                    | 6 à 12h | 12 à 18h | 18 à 24h | Mat  | Artif | verbale             | num | visuelle | estimée par SF |
| 1         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 2         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 3         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 4         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 5         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 6         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 7         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 8         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 9         |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 10        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 11        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 12        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 13        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 14        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 15        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 16        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 17        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 18        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 19        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 20        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 21        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 22        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 23        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 24        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 25        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 26        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 27        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 28        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 29        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |
| 30        |     |        |              |    |    |    |         |        |                           |         |          |          |      |       |                     |     |          |                |





## **8. Résumé**

Introduction : La prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique. C'est une obligation morale, éthique et réglementaire relayée par la HAS et les différents plans nationaux du ministère de la santé. L'amélioration constante de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur est de ce fait une priorité en maternité.

Objectifs : L'objectif principal est d'estimer si la douleur est dépistée et évaluée selon les bonnes pratiques par les sages-femmes suivant plusieurs paramètres (taux d'évaluation de la douleur, échelle utilisée, localisation, facteurs déclenchants, facteurs soulageants). Les objectifs secondaires chercheront à déterminer si la prise en charge de celle-ci est réalisée conformément aux recommandations: la traçabilité, mise en place de traitement adapté.

Matériel et méthode : Un audit de pratique à la recherche des critères énoncés ci-dessus a été réalisé pour les patientes jusqu'à J1 de leur accouchement voie basse au sein de l'Unité Mère-Enfant de l'HCE à Grenoble, du 6 au 30 juillet 2013.

Résultats et Discussion: Au sein de l'HCE de Grenoble, le dépistage répond aux exigences de conformité de l'HAS. L'évaluation précise et l'utilisation de l'échelle verbale plutôt que l'échelle visuelle analogique ou numérique altère la qualité de ce dépistage. Au-delà de ce dépistage, les professionnels doivent être sensibilisés à la recherche des éléments précis tels que les facteurs déclenchants ou soulageants de cette douleur qui sont insuffisamment relevés. La traçabilité des informations recueillies est trop insuffisante. La mise en place de traitement est quant à elle non conforme aux recommandations et au protocole de service, induisant sans doute des coûts inutiles.

Conclusion : Une prise en charge de la douleur insuffisante pouvant avoir de graves conséquences, la bonne évaluation de celle-ci est nécessaire. La numérisation du dossier de suivi de post-partum pourrait prendre en compte les résultats de notre travail afin d'aider les professionnelles à l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Mots clés : douleur, dépistage, évaluation, traçabilité, traitement