



HAL
open science

Évaluation de la prise en charge de la douleur après un accouchement par voie basse dans le post-partum au CHU de Caen

Claire Brnak

► **To cite this version:**

Claire Brnak. Évaluation de la prise en charge de la douleur après un accouchement par voie basse dans le post-partum au CHU de Caen. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02176291

HAL Id: dumas-02176291

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02176291>

Submitted on 8 Jul 2019

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.

Université de Caen Basse-Normandie
Ecole de Sages-Femmes de Caen

*Evaluation de la prise en charge de la
douleur après un accouchement par voie
basse dans le post-partum au CHU de
Caen*

Mémoire présenté et soutenu par

Claire BRNAK

Née le 27 juin 1996

Sous la direction du Dr Anne-Sophie Lafitte

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme

Années universitaires 2015-2019

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma Directrice de mémoire le Docteur Anne-Sophie Lafitte. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre soutien.

Merci beaucoup à mon enseignante guidante, Madame Nathalie Brielle, je la remercie de m'avoir encadrée, orientée, aidée et conseillée à plusieurs reprises.

Je me dois aussi de dire merci aux patientes d'avoir pris le temps de répondre aux questionnaires et d'avoir accueilli de façon très bienveillante mon étude.

Je tiens à remercier ma famille et tout particulièrement mes parents, Philippe et Nathalie, sans lesquels je n'aurais jamais eu la possibilité de faire d'études, je vous dois tout. Merci pour votre soutien sans faille, et cela depuis toujours.

Enfin je remercie mes amies que j'aime tant, Agathe Cauvin, Agathe Heriault, Pauline Lelevé. Pour leur sincère amitié et pour tous les bons moments que nous passons ensemble depuis quelques années maintenant...

Sommaire

Abréviations

Introduction	1
I. La douleur	2
1. Définir la douleur	2
2. Evaluer la douleur chez l'adulte	3
2.1. Outils d'auto-évaluation	4
2.2. Outils d'hétéro-évaluation	5
3. Un enjeu de santé publique	6
II. La douleur dans le post-partum	6
1. Quels sont les facteurs de risque spécifiques de la douleur dans le cadre d'un accouchement par voie basse ?	6
2. Pourquoi soulager la douleur dans le post-partum ?	7
3. Quels sont les différents moyens de prendre en charge la douleur dans le post-partum ?	8
III. Les suites de naissance au Centre Hospitalier Universitaire de Caen	10
1. Présentation du service	10
2. La prescription d'antalgiques	11
3. Protocole de l'analgésie du post-partum au CHU de Caen	11
4. Protocole institutionnel sur l'administration médicamenteuse	12
5. Traçabilité et responsabilité médico-légale	14
Matériels et méthode	14
1. Problématique	14
2. Objectifs	14
3. Hypothèses	14
4. Type d'étude	14
5. Critères d'inclusion et de non-inclusion	14
6. Enquête par questionnaires	15
7. Enquête par étude de dossiers Crossway	15
8. Recueil et exploitation des données	16
Résultats	17
1. Description de la population	17

2. Les femmes et la douleur après un accouchement par voie basse	18
2.1. Echelle numérique de la douleur	18
2.2. Localisation de la douleur	19
2.3. Facteurs déclenchants une douleur	19
2.4. Facteurs soulageants une douleur	19
3. Réponses aux affirmations du questionnaire	20
4. Traçabilité	20
5. Corrélation entre dépistage pour les sages-femmes et facteurs de risques de douleur	21
Discussion	22
1. Analyse critique de la méthodologie de l'étude	22
1.1. Points forts de l'étude	22
1.2. Limites de l'étude	22
2. Prise en charge de la douleur par les sages-femmes après un accouchement par voie basse	23
3. Dépistage de la douleur par les sages-femmes	24
4. Traçabilité des antalgiques donnés en suites de naissances par les sages- femmes	26
5. Analyse comparative des résultats avec une autre étude	27
6. Moyens mis en oeuvre pour soulager la douleur des femmes	28
6.1. Antalgiques	28
6.2. Moyens non médicamenteux	29
7. Propositions d'amélioration	30
Conclusion	33
Bibliographie	
Annexes	

Abréviations

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

APD : Analgésie Péridurale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLERS : Comité Local d’Ethique de la Recherche en Santé

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Introduction

Lorsque l'on parle de douleur en obstétrique, on pense particulièrement à l'accouchement. En effet, depuis des années, les progrès médicaux sur la prise en charge de la douleur obstétricale se sont focalisés sur le travail, l'accouchement et sur la douleur post-césarienne. Cependant, les douleurs du post-partum après un accouchement par voie basse ne sont pas négligeables. Lors des suites de naissance, les douleurs peuvent parfois être intenses. En 2012, une étude australienne réalisée sur 215 femmes ayant accouché par voie basse montre que 37% d'entre elles ressentaient une douleur périnéale modérée à sévère dans les 72 heures suivant l'accouchement. (1)

La prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique. C'est une obligation morale, éthique et réglementée, relayée par la Haute Autorité de Santé (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.

Il était pour moi important de traiter ce sujet sur lequel existent très peu d'études. Le post-partum est à la fois un temps très court mais aussi très intense pour les mères et il permet de déceler déjà des fragilités. J'ai pu remarquer au cours de mes stages que les patientes, une fois l'accouchement passé, ont tendance à se focaliser sur leur bébé et à moins se préoccuper d'elles-mêmes. J'ai souvent entendu la phrase « *Si mon enfant va bien alors c'est le principal, tout va bien.* ». Pourtant il reste impératif qu'elles s'écoutent et que les soignants les entendent car une douleur ou une plainte non prise en charge peut être lourde de conséquences dans la suite de leur vie de femme ainsi que dans la relation qu'elles auront avec leur enfant.

I. La douleur

1. Définir la douleur

La douleur est un phénomène à la fois universel et totalement intime. Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur se définit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion* » (2). La douleur repose avant tout sur le ressenti du patient ce qui la rend difficile à quantifier et à qualifier. D'après la définition de l'IASP, la douleur a un caractère plutôt subjectif. De plus, elle n'est pas systématiquement liée à une lésion existante, une caractéristique qui complexifie encore son étude.

Il s'agit d'une expérience personnelle qui engage le patient dans sa totalité et qui peut être ressentie et exprimée différemment suivant ses expériences, son éducation, sa culture, ses états émotionnels, et les circonstances d'apparition. Il n'est donc pas aisé de faire la part entre la stimulation du corps biologique et la souffrance liée au vécu psychique. C'est un phénomène pluridimensionnel. Ainsi une personne qui exprime une douleur ressentie comme physique doit être considérée comme ayant mal, même si aucune lésion n'a pu être mise en évidence. (3)

Ce dernier point a marqué un tournant fondamental dans l'attitude des soignants vis-à-vis de la prise en charge des patients douloureux. L'éthique conduit à considérer qu'une personne exprimant une douleur et réclamant un soutien a véritablement mal. La mission du professionnel de santé est de déterminer les facteurs qui déclenchent cet état et de mettre en place des stratégies de traitement adaptées, préventifs ou curatifs.

On peut élargir la définition de la douleur perçue en disant qu'elle résulte à la fois de l'interaction entre le phénomène qui la génère, des capacités de l'individu à l'intégrer et de celles de l'environnement à la reconnaître, voire la traiter. Il s'agit d'un phénomène neurobiologique et psychosocial complexe. Ainsi, la douleur doit être comprise comme une expérience psychosensorielle d'un être vivant inséré dans un environnement social et culturel spécifique. (3)

Différents types de douleur sont schématiquement reconnus : la douleur aiguë, la douleur procédurale, et la douleur chronique.

▶ La douleur aiguë est liée à une atteinte tissulaire brutale (traumatisme, lésion inflammatoire, distension d'un viscère...). Elle est souvent associée à des manifestations neurovégétatives (tachycardie, sueurs, élévation de la pression artérielle) et à une anxiété (4). C'est un signal d'alarme dont la finalité est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité. Il faut la reconnaître, identifier son origine et la prendre en charge. Le traitement curatif est essentiellement une prise d'antalgiques.

▶ La douleur procédurale est la douleur induite par les soins (ponction, pansement, prise de sang, mobilisation du patient...) (5). Afin d'optimiser sa prise en charge il est nécessaire d'identifier en amont les soins potentiellement douloureux tout en mettant en place des protocoles ayant un objectif préventif (pose d'anesthésiant local avant ponction, prémédication avec un antalgique d'action rapide immédiatement avant la réalisation d'un soin douloureux...).

▶ La douleur chronique est définie par la HAS comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Une douleur est chronique qu'importe sa localisation et son intensité lorsqu'elle présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de trois mois.
- diminution significative et progressive de la qualité de vie du patient à cause de la douleur, notamment au-delà de trois mois. (6)

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur n'est plus un signal d'alarme mais devient une maladie en tant que telle, quelle que soit son origine.

2. Evaluer la douleur chez l'adulte

Au-delà de sa reconnaissance et quelle que soit son expression clinique, la prise en charge de la douleur repose d'abord sur son évaluation. Cette évaluation passe par

l'utilisation d'outils pour aider à identifier, quantifier, qualifier ou décrire la douleur. Ces outils peuvent être des échelles et/ou des questionnaires validés.

Deux modes d'évaluations se distinguent : l'auto-évaluation, où le patient est conscient et en mesure de s'évaluer lui-même et l'hétéro-évaluation lorsque le patient ne peut pas s'évaluer lui-même et c'est donc aux soignants d'évaluer sa douleur (personnes âgées, inconscients, polyhandicapés, enfant de moins de 4 ans). L'auto-évaluation est à privilégier lorsqu'elle est possible et il ne faut jamais oublier que son interprétation ne peut être qu'intra-individuelle et jamais inter-individuelle. (7)

2.1. Outils d'auto-évaluation

Dans la grande majorité des cas, c'est cette catégorie d'outils qui est utilisée en maternité. Chez l'adulte on distingue les échelles unidimensionnelles et les échelles multidimensionnelles.

- Echelles unidimensionnelles (8)

- Echelle visuelle analogique (EVA). Sur une règle de 10 cm présentant deux faces, l'une pour le patient avec noté « douleur maximale imaginable » à droite et « pas de douleur » à gauche, et l'autre avec une face pour le soignant graduée de 0 à 10, le soignant demande au patient de placer un curseur selon son ressenti entre les deux extrémités. Cela lui donne l'équivalent en chiffre sur l'autre face graduée. Cette échelle permet une multitude de réponses sans mémorisation d'un chiffre précis par le patient.

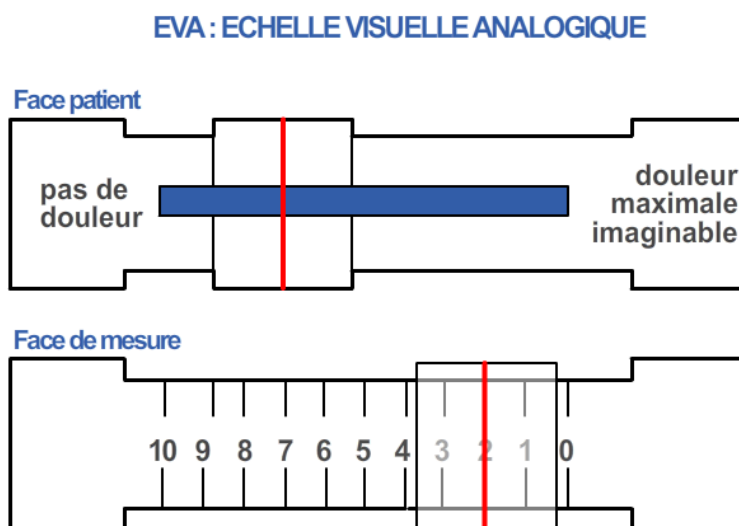


Figure 1 (9)

- Echelle numérique (EN). Elle permet au patient de donner une note de 0 à 10 à sa douleur. La question posée est « *Sur une échelle de 0 à 10, à combien situez-vous votre douleur ? Sachant qu'à 0 vous ne ressentez aucune douleur et que 10 est la pire douleur imaginable.* ». Cette échelle est simple, rapide d'utilisation, avec une bonne reproductibilité, cependant il est parfois difficile pour les patients d'imaginer la « pire douleur possible » car dans l'idée elle n'est jamais atteignable (il y aurait toujours une possibilité d'une douleur encore plus forte).

- Echelle verbale simple (EVS) ou échelle de Keele. Elle est constituée de cinq catégories descriptives classées par ordre croissant appréciant l'intensité douloureuse. A chaque catégorie, un score est affecté. Cette échelle est simple, facilement compréhensible par les patients et a une bonne reproductibilité. En revanche le faible nombre de réponses possibles la rend moins sensible. (Annexe 1)

- Echelles multidimensionnelles

Ces échelles permettent d'évaluer les différentes composantes qualitatives et quantitatives de la douleur. Le questionnaire de Saint Antoine, élaboré par Dr Boureau, pionnier de la lutte contre la douleur, et son équipe, en est un exemple. Ce questionnaire est l'adaptation française du MC Gill Pain Questionnaire (MPQ) de Melzack. Il s'agit d'un questionnaire de 61 mots qualificatifs répartis en 17 sous-classes : 9 sensorielles, 7 affectives, 1 évaluative. Le patient sélectionne les adjectifs puis les note de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Cette échelle de douleur est très complète, elle permet de préciser les caractéristiques sensorielles et affectives de la douleur ressentie. Cependant elle ne semble pas adaptée pour être utilisée à intervalles rapprochés et nécessite de la part du patient une disponibilité et une bonne compréhension des mots (10).

2.2. Outils d'hétéro-évaluation

Les échelles d'hétéro-évaluation reposent sur l'appréciation de la douleur par une tierce personne, avec le risque de sous-estimation de l'intensité de la douleur souvent démontré (11). Pour la douleur aiguë il existe l'échelle Algoplus et pour la

douleur chronique il existe l'échelle Doloplus. Ces échelles sont adaptées pour les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbales.

3. Un enjeu de santé publique (12)

La prise en charge de la douleur est une obligation réglementée pour tout établissement de santé et pour tous les soignants. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne : « *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* » (13). La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004. On retrouve ces lois dans le Code de la Santé publique (Article R6164-3 - alinéa 4 - du Code de la Santé publique) : « *La conférence médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne : [...] : La prise en charge de la douleur* ».

Aussi en 1998, l'Etat français et plus précisément Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé, lancent le premier plan de lutte contre la douleur. Pendant 12 ans, 3 plans de lutte contre la douleur avec des objectifs différents se succèdent. (14) (15).

II. La douleur dans le post-partum

1. Quels sont les facteurs de risque spécifiques de la douleur dans le cadre d'un accouchement par voie basse ?

La quasi totalité des patientes décrivent des douleurs aiguës en post-partum immédiat (dans les 2 heures qui suivent la naissance) (16). L'étude de cohorte, présentée récemment par Landau *et al.* sur près de 2000 patientes, a analysé l'incidence des douleurs sévères au cours des 72h suivant l'accouchement. La proportion de patientes présentant des douleurs aiguës sévères, définies par une EVA >7/10, était comparable quel que soit le mode d'accouchement. Elle était de 11% après accouchement par voie basse et de 16% après césarienne (17). Après un accouchement par voie basse, la présence de lésions périnéales ne suffit

cependant pas à expliquer l'ensemble des douleurs aiguës. La douleur aiguë concerne en effet toutes les parturientes en post-partum immédiat (75% des patientes en l'absence de lésions périnéales, 95% en cas de déchirure simple ou d'épisiotomie et 100% après déchirure complexes) avec néanmoins une incidence, une intensité d'autant plus élevées et une durée d'autant plus prolongée que les lésions périnéales sont sévères. À six semaines de l'accouchement, environ 15 % des patientes ayant une lésion périnéale décrivent un symptôme douloureux persistant (18).

Des facteurs prédictifs de douleurs aiguës sévères en post-partum immédiat ont été identifiés, en particulier un syndrome douloureux avant ou pendant la grossesse, un score de somatisation élevé, une extraction instrumentale ou une déchirure périnéale complexe (19). Une seconde étude de McArthur *et al.* en 2004 identifie la gravité des lésions périnéales, la primiparité, une extraction instrumentale, une durée longue de la seconde phase de travail comme des facteurs de risques obstétricaux indépendants et prédictifs de douleurs aiguës en post-partum immédiat (18).

2. Pourquoi soulager la douleur dans le post-partum ?

Les douleurs survenant en post-partum représentent une véritable gêne à la réhabilitation (20). Les douleurs aiguës sévères, si elles sont insuffisamment traitées constituent le premier facteur de risque pour l'émergence de douleurs chroniques à distance de l'accouchement. En effet, l'étude de cohorte citée plus haut (16), a évalué également l'incidence des douleurs chroniques après l'accouchement. Deux mois après l'accouchement, 10% des patientes se plaignent de douleurs résiduelles qui pour la moitié d'entre elles sont gênantes lors de leurs activités quotidiennes. Les douleurs résiduelles décrites sont le plus souvent des douleurs pelviennes après accouchement par voie basse et des douleurs de cicatrices (périnéales). De plus, les patientes ayant eu une expérience de douleur aiguë sévère dans les 24 premières heures du post-partum présentent à six mois un risque accru de douleurs chroniques multiplié par 2,5 et un risque de syndromes dépressifs multiplié par trois comparés aux patientes ayant présenté des douleurs modérées (21). La douleur peut entraîner une diminution de la mobilité et une gêne notamment

lors de la miction (22). La douleur périnéale persistante au-delà de la période précoce du post-partum peut avoir des effets à long terme sur la sexualité, l'étude de Buhling rapporte des douleurs lors des relations sexuelles persistantes au-delà de 18 mois après l'accouchement (23).

Une étude française de N.Séjourné, montre aussi que la douleur de l'accouchement et du post-partum immédiat est corrélée à la symptomatologie dépressive et traumatique (24). De plus, l'équipe de Rajan en 1994 conclut qu'une analgésie efficace sur la douleur périnéale permet d'améliorer le taux de succès de l'allaitement (25).

3. Quels sont les différents moyens de prendre en charge la douleur dans le post-partum ?

On différencie les mesures préventives et les mesures curatives pour prendre en charge la douleur dans le post-partum (26).

- Mesures préventives

Parmi les mesures pouvant être prises lors du travail nous avons le massage périnéal. Cet acte est pratiqué avec deux doigts gantés et lubrifiés introduits dans le vagin à 3-4 cm de profondeur pendant la seconde phase du travail, afin de détendre le périnée et de prévenir les déchirures périnéales et l'épisiotomie. La sage-femme exerce une pression modérée en direction du rectum avec des mouvements latéraux, doux, lents et réguliers, une seconde dans chaque direction. Leur fréquence est adaptée à la tolérance maternelle, le massage est expliqué par la sage-femme et ce sont les patientes qui le réalisent. A 3 mois on note une diminution globale des douleurs périnéales chez les femmes dans le groupe massage (27). Durant la deuxième phase du travail, il est aussi possible d'appliquer des compresses chaudes sur le périnée. L'étude réalisée conclue que cette technique diminue significativement la douleur ressentie un jour après l'accouchement (28).

Depuis quelques temps, une politique de restriction des épisiotomies voit le jour hormis lorsqu'il existe un risque de déchirures sévères du périnée est important ou lors d'une indication fœtale. Une méta-analyse de la Cochrane a montré que de

réduire les épisiotomies entraîne moins de lésions postérieures et plus de lésions antérieures du périnée que lorsqu'elles sont pratiquées de façon systématique (29). Ce large essai randomisé rapportait moins de douleurs à la sortie pour les femmes ayant été recrutées dans le groupe de l'épisiotomie restrictive. De plus, en dehors de l'anesthésie locorégionale, deux autres méthodes anesthésiques sont disponibles avant de pratiquer l'épisiotomie : l'anesthésie locale et l'anesthésie des nerfs pudendaux. Dans l'étude de Arslan *et al.*, (en 2004, en Turquie) il a été montré une diminution significative de la douleur au moment de l'épisiotomie et de sa réfection dans le groupe sous anesthésie homolatérale des nerfs pudendaux versus infiltration périnéale (30). Une autre étude réalisée par Sillou *et al.* en 2009 (31) a montré l'intérêt de l'infiltration de Ropivacaïne lors de la suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure périnéale pour réduire les douleurs durant les 24 premières heures en post-partum.

Il est recommandé de réparer l'épisiotomie par un surjet continu, quand cela est possible, plutôt que par des points séparés (32). Kettle *et al.* montrent dans leur étude que la réfection de l'épisiotomie par un surjet réduit significativement la douleur, le risque de déhiscence, et apporte une plus grande satisfaction chez les patientes à 3 mois et à 12 mois (33).

- Mesures curatives

En première intention, comme antalgique est indiqué le Paracétamol (faible toxicité chez le nouveau-né le rendant compatible avec l'allaitement (34)) pourtant il semble avoir une efficacité limitée sur les douleurs post-épisiotomie. La patiente peut aussi prendre ponctuellement de l'Ibuprofène (35) ou de l'Acide Acétylsalicylique (36). Une étude rapporte moins de douleurs chez les femmes qui ont reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans les 24 à 48 heures après l'accouchement comparés à un placebo (37). Les AINS, administrés par voie orale ou rectale, sont significativement plus efficaces qu'un placebo ou que le Paracétamol pour le traitement des douleurs périnéales dans le post-partum (38)(39) (40). Mais ce sont les analgésiques opiacés oraux qui ont été reconnus comme les meilleurs agents antalgiques sur les douleurs aiguës (41).

Concernant les moyens non médicamenteux, il existe le traitement des douleurs périnéales par le froid. Une étude menée en 2012 par East *et al.* (42) étudie

l'application du froid pour soulager les douleurs périnéales. Ils ont comparé l'application de glace ou de gel froid sur le périnée à l'absence de traitement. Le groupe ayant bénéficié de traitement par une application de glace, rapportait une diminution de la douleur à 24 ou 72 heures suivant la naissance. Pour les autres critères, quelle que soit la méthode et la période du post-partum, aucune différence significative n'était observée en terme d'intensité de la douleur affectant la marche, ou associée à un œdème ou à un hématome. De la même manière aucune différence n'était notée quand on s'intéressait à l'allaitement. Une seconde étude plus récente de *Derya et al.* (2017) confirme que l'application de garnitures glacées sur le périnée permet de soulager la douleur périnéale et augmente le confort des femmes dans le post-partum (43). L'acupuncture est reconnue comme efficace pour traiter les engorgements et mastites (44) mais aussi pour traiter les tranchées utérines (45) et les douleurs périnéales notamment après une épisiotomie (46).

Il existe aussi les massages qui permettent de soulager la douleur au niveau du périnée, de la poitrine, du dos et des épaules mais aussi de lutter contre la constipation (47)(48)(49).

III. Les suites de naissance au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen

1. Présentation du service

La durée d'hospitalisation est en moyenne de 72 heures pour un accouchement par voie basse et de 96 heures pour une naissance par césarienne.

Durant leur séjour, les femmes ayant accouchées par voie basse et ne présentant pas de complications sont uniquement suivies par les sages-femmes. Chaque jour la sage-femme réalise une expertise obstétricale. Cet examen consiste à prévenir le risque de complications de l'accouchement. La sage-femme vérifie cliniquement des paramètres tels que la montée laiteuse, la formation de crevasses des seins, le tonus utérin et l'involution utérine, les membres inférieurs, les lochies, le périnée lorsqu'il y a eu une suture, les mictions spontanées, la reprise des gaz et du transit. Elle prend également les constantes de la patiente (pression artérielle, fréquence cardiaque, température) et évalue la douleur. Dans ce cas, elle demande à la

patiente de noter sa douleur sur l'échelle numérique. Quotidiennement la sage-femme distribue de façon systématique des antalgiques aux patientes. Elle doit aussi prendre en compte l'état psychique de la patiente et s'assurer de l'installation d'une bonne relation mère-enfant (50).

A la fin du séjour, chaque femme bénéficie d'une visite de sortie personnalisée. C'est l'occasion pour elle de poser et reposer toutes les questions qu'elle désire, de parler du retour à la maison avec l'enfant mais aussi de discuter de la contraception. A l'issue de cet entretien la sage-femme délivre à la patiente des ordonnances personnalisées.

2. La prescription d'antalgiques

La sage-femme est habilitée à prescrire les antalgiques suivants : Paracétamol, Tramadol, Néfopam, association de Paracétamol et de Codéine, association de Paracétamol et de Tramadol, Nalbuphine ampoules de 20 mg (dans le cadre d'une protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur, l'usage est limité au début du travail et à une ampoule par patiente), association de Paracétamol et de poudre d'opium (uniquement pour la prise en charge de la douleur dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse (IVG)). Elle peut aussi prescrire des AINS mais uniquement dans deux cas : l'IVG ou la prise en charge de la douleur en post-partum immédiat (51).

3. Protocole de l'analgésie du post-partum au CHU de Caen

D'après le protocole d'analgésie du post-partum mis en place au CHU de Caen (Annexe 2) : la douleur doit être évaluée systématiquement selon une échelle visuelle analogique. Les antalgiques doivent en priorité être administrés per os.

- Prise systématique pendant 48 heures en association pour une action synergique :
 - * Antalgiques Palier I pour les douleurs faibles à modérées
 - * Paracétamol : 1 gr X 4 par jour, toutes les 6-8 heures

- * Ibuprofène : 400 mg X 3 par jour, toutes les 8 heures, au moment des repas, à débiter à H2 de l'accouchement en l'absence de contre-indications
- Si insuffisance d'analgésie des antalgiques de palier I ou EN > 5 :
 - * Antalgiques Palier II : Douleurs modérées à intenses
 - * Nefopam : 20 mg par voie sublinguale sur 1 sucre X 4 par jour
 - * Tramadol : 50 à 100 mg par voie orale X 4 par jour (maximum 400 mg/jour)

4. Protocole institutionnel sur l'administration médicamenteuse (Annexe 3)

D'après ce protocole institutionnel, la sage-femme se doit de préparer les médicaments per os dans la salle de soin pour la durée de son poste de travail (12 heures). Elle prépare donc les prises du matin, du midi et du soir.

Cette préparation s'effectue après vérification de la prescription informatisée s'il y a lieu et grâce aux piluliers journaliers qui doivent être identifiés de manière univoque. Le pilulier journalier doit être distribué à la patiente dans sa chambre après contrôle de son identité. La première prise de médicament doit être effective. La traçabilité doit être immédiate dans le dossier Crossway de la patiente.

5. Traçabilité et responsabilité médico-légale

Tout médicament distribué par la sage-femme doit être prescrit, soit par elle-même s'il fait partie de la liste qu'elle peut prescrire, soit par un médecin. Lorsqu'elle prescrit, la sage-femme engage sa responsabilité professionnelle tant d'un point de vue déontologique que légal.

Dans le code de la santé publique il est stipulé que le personnel soignant doit, avant toute administration de médicaments, vérifier l'identité du malade et la prescription

médicale. Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration doivent être enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical. (52)
La traçabilité des antalgiques dans le dossier des patientes est donc une étape impérative qui engage la responsabilité de la sage-femme.

Suite à cette revue de la littérature, nous avons voulu nous interroger sur la prise en charge de la douleur dans un service de suites de naissance d'une maternité de niveau 3. Nous avons donc décidé de répondre à cette question en menant une étude quantitative prospective auprès de 100 femmes à la maternité du CHU de Caen.

Matériel et méthode

1. Problématique

Les douleurs chez les femmes ayant accouché par voie basse au CHU de Caen sont-elles correctement prises en charge par les sages-femmes ?

2. Objectifs

L'objectif principal était d'évaluer la prise en charge thérapeutique de la douleur durant le séjour du post-partum après un accouchement par voie basse au CHU de Caen.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le dépistage des douleurs en post-partum par les sages-femmes et de rechercher les facteurs associés au dépistage, puis d'apprécier la traçabilité dans les dossiers de l'évaluation de la douleur et des antalgiques donnés.

3. Hypothèses

Nous avons trois hypothèses. L'hypothèse principale était que les douleurs sont bien prises en charge durant le séjour en post-partum après un accouchement par voie basse au CHU de Caen et que les patientes en sont satisfaites. Les hypothèses secondaires étaient que les douleurs sont systématiquement dépistées par les sages-femmes mais que la traçabilité dans les dossiers n'est pas optimale.

4. Type d'étude

Nous avons réalisé au CHU de Caen une étude quantitative prospective monocentrique à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation par les patientes et ensuite une étude retrospective par analyse des dossiers médicaux des patientes.

5. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion des patientes étaient :

- patiente ayant accouché par voie basse d'un enfant vivant, au CHU de Caen, entre le 16 juillet et le 24 septembre 2018,

- patiente primipare ou multipare,
- patiente majeure.

Les critères d'exclusion étaient :

- patiente ayant accouché par césarienne,
- patiente ayant accouché d'un enfant né sans vie,
- patiente ayant son nouveau-né hospitalisé en néonatalogie,
- patiente ne parlant pas le français,
- refus de la patiente de participer à l'étude.

6. Enquête par questionnaires

Cette étude a reçu l'approbation du Comité Local d'Ethique pour la Recherche en Santé (CLERS) le 18 mars 2019. (Annexe 4)

L'enquête par questionnaires d'auto-évaluation par la patiente correspond au premier temps de l'étude. Cette étude est une étude quantitative prospective monocentrique.

Ce questionnaire a été rédigé en mai 2018, validé par la directrice de ce mémoire ainsi que par la sage-femme cadre supérieure du CHU de Caen puis testé sur 5 personnes avant sa diffusion.

Il était rempli de façon anonyme et comportait 28 questions, dont deux échelles numériques de douleurs (à J1 de l'accouchement et à la sortie) et un ensemble de 11 affirmations où les patientes devaient se dire « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas d'accord du tout ». (Annexe 5)

Après vérification du respect de tous les critères d'inclusion et d'exclusion, chaque patiente recevait en mains propres le questionnaire le matin du jour de la sortie du service de suites de naissance et disposait de la matinée pour y répondre.

Cent questionnaires ont été récupérés, ils étaient tous exploitables.

7. Enquête par étude de dossiers Crossway

L'enquête par étude de dossier correspond au second temps de l'étude. Les données ont été recueillies à partir des dossiers informatisés sur le logiciel Crossway du CHU de Caen. Nous avons étudié les dossiers des patientes afin de

mettre en relation ce qui est inscrit concernant l'EN et les réponses des patientes afin d'évaluer le dépistage de la douleur et d'apprécier la traçabilité dans les dossiers.

Les critères d'évaluation étaient :

- l'échelle numérique de douleur,
- les antalgiques prescrits,
- les antalgiques remis à la patiente.

8. Recueil et exploitation des données

Les réponses ont été retranscrites sur le logiciel Excel. Le calcul des caractères significatifs a été réalisé à partir du logiciel statistique biostaTGV.

Les tests appliqués ont été les tests de Chi² et Fischer lorsque l'effectif était inférieur à 5. Les différences ont été considérées comme significatives quand la *p-value* était inférieure à 0,05.

Les critères jugements étaient :

- pour l'hypothèse 1 (Les douleurs sont bien prises en charge durant le séjour en post-partum après un accouchement par voie basse au CHU de Caen) : nous avons calculé la différence entre l'EN le lendemain et l'EN à la sortie, si cette dernière était significative alors les douleurs étaient correctement prises en charge.
- pour l'hypothèse 2 (les douleurs sont systématiquement dépistées par les sages-femmes) : nous sommes partis du principe que si l'EN était demandée une fois par jour par patiente alors le dépistage était réalisé. De plus, nous avons cherché à savoir si les sages-femmes dépistaient davantage les femmes avec des facteurs de risques de douleurs à l'aide de test de Chi² et Fischer.
- pour l'hypothèse 3 (la traçabilité des antalgiques donnés dans les dossiers n'est pas optimale) : nous avons effectué des statistiques descriptives.

Résultats

Cent questionnaires ont été distribués et 100 ont été récupérés, soit un taux de participation de 100%.

1. Description de la population

Tableau I : Description de la population d'étude

	Notre échantillon (100 femmes)
La population	
Primipares	54 (54%)
Multipares	46 (46%)
18-24 ans	11 (11%)
25-29 ans	29 (29%)
30-34 ans	40 (40%)
35-39 ans	18 (18%)
≥ 40 ans	2 (2%)
Accouchement	
Voie basse spontanée	86 (86%)
Voie basse instrumentale	14 (14%)
Avec APD	75 (75%)
Sans APD	25 (25%)
Périnée intact	36 (36%)
Déchirure périnéale	56 (56%)
Episiotomie	8 (8%)
Durée du travail en moyenne	10 heures ± 5h
chez les primipares	14 heures ± 4h10
chez les multipares	6 heures ± 2h30
Séjour à la maternité	
Durée du séjour en moyenne	3,4 jours ± 0,9
Allaitement maternel (exclusif ou mixte)	52 (52%)
Allaitement artificiel	48 (48%)
Patiente déclarant avoir reçu uniquement du Paracétamol	11 (11%)
Patiente déclarant avoir reçu uniquement de l'Ibuprofène	1 (1%)
Patiente déclarant avoir reçu à la fois du Paracétamol et de l'Ibuprofène	74 (74%)
Patiente déclarant avoir reçu du Néfopam	1 (1%)
Patiente déclarant avoir reçu du Phloroglucinol	5 (5%)

2. Les femmes et la douleur après un accouchement par voie basse

2.1. Echelle numérique de la douleur

Tableau II : Description de l'EN des patientes

	Moyenne	Note la plus basse	Note la plus haute
EN le lendemain de l'accouchement	4,1	0	9
EN à la sortie	1,7	0	8

Cinq patientes n'ont ressenti aucune douleur, leur EN est de 0. Quatre patientes ont une EN plus élevée à la sortie qu'au lendemain de leur accouchement. Sur les 95 patientes ayant une EN > 0, quatre patientes ont le même score de douleur le lendemain de l'accouchement et le jour de la sortie. Nous avons 27 patientes avec une EN > 5 le lendemain de l'accouchement et 2 patientes avec une EN > 5 le jour de leur sortie.

Nous avons fait la différence entre l'EN à la sortie et l'EN le lendemain de l'accouchement. Si cette différence est < 0 alors l'EN est plus faible à la sortie, et si la différence est > 0 alors l'EN est plus importante à la sortie.

Nous avons pour la variable « différence entre sortie et lendemain de l'accouchement » une moyenne de -2,34, un écart-type de 1,66 et un intervalle de confiance à 95% de la moyenne [-2,67 ; -2,01]. Un test statistique n'était pas nécessaire puisque l'intervalle de confiance nous permet de conclure. Néanmoins, nous pouvons faire un test de comparaison de cette moyenne observée (-2.34) à la valeur de 0. Le test était significatif avec $p < 0.0001$.

2.2. Localisation de la douleur

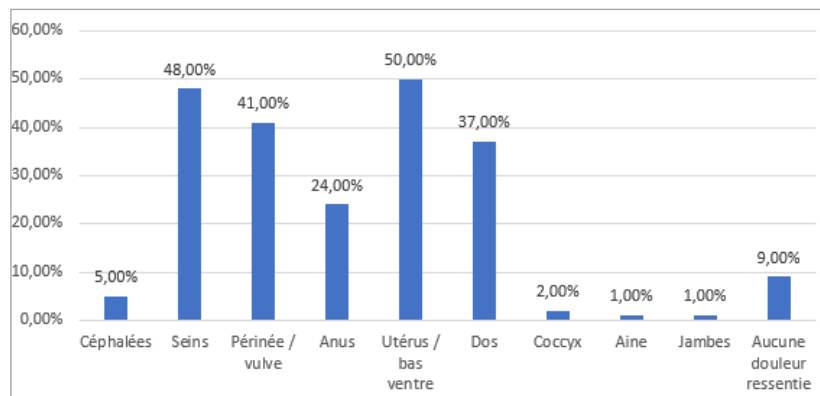


Figure 2 : Localisation de la douleur dans la population de l'étude (n=100)

2.3. Facteurs déclenchant une douleur

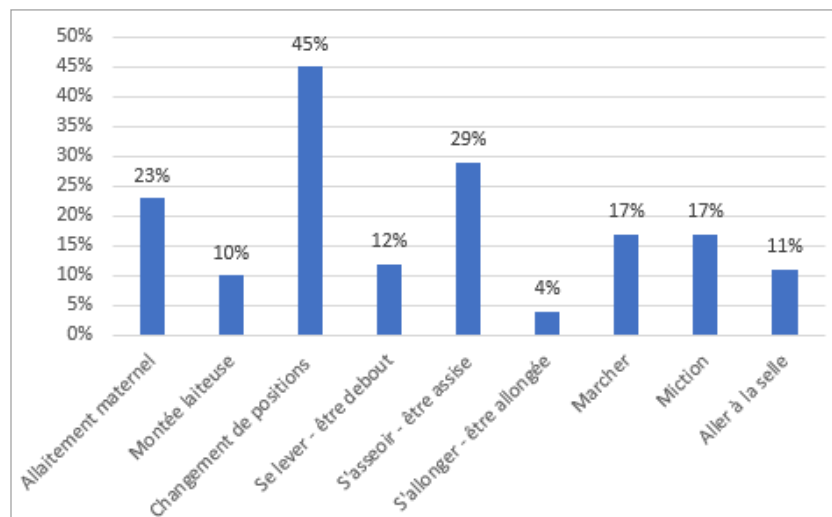


Figure 3 : Facteurs déclenchant une douleur pour la population de l'étude (n=100)

2.4. Facteurs soulageants une douleur

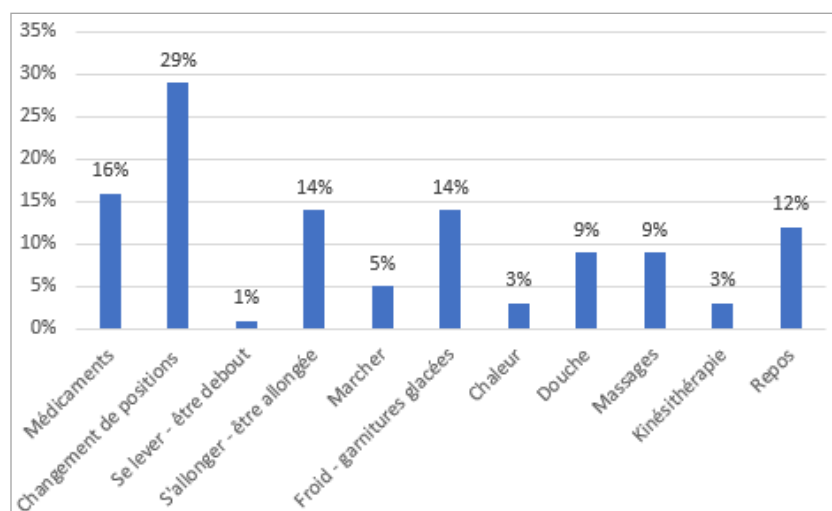


Figure 4 : Facteurs soulageants une douleur pour la population de l'étude (n=100)

3. Réponses des patientes

Tableau III : Réponses des patientes

Questions posées	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
La douleur ressentie pendant mon séjour en suites de couches m'a empêchée de prendre soin de mon enfant comme je l'aurai voulu.	8 (8%)	11 (11%)	20 (20%)	61 (61%)
La douleur ressentie pendant mon séjour en suites de couches m'a empêchée de prendre soin de moi comme je l'aurai voulu.	7 (7%)	17 (17%)	20 (20%)	56 (56%)
La douleur m'a empêchée de dormir.	4 (4%)	13 (13%)	37 (37%)	46 (46%)
La douleur m'a empêchée de marcher.	5 (5%)	23 (23%)	26 (26%)	46 (46%)
Je n'ai pas osé me plaindre de la douleur.	2 (2%)	8 (8%)	24 (24%)	66 (66%)
L'équipe soignante s'est intéressée à ma douleur.	70 (70%)	27 (27%)	3 (3%)	0 (0%)
Lorsque je me suis plainte de ma douleur j'ai été écoutée et on m'a apporté de quoi me soulager (conseils/médicaments).	82 (82%)	15 (15%)	2 (2%)	1 (1%)
Les explications données par la sage-femme concernant la prise de médicaments étaient claires.	94 (94%)	6 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
Je suis satisfaite de la façon dont ma douleur a été prise en charge dans le service de suites de couches.	76 (76%)	23 (23%)	1 (1%)	0 (0%)
Question posée	Oui, tous les jours	Oui, au moins pour un jour	Non	
J'ai eu une barquette avec des antalgiques (médicaments anti-douleurs, Paracétamol et Ibuprofène) dans ma chambre.	85 (85%)	15 (15%)	0 (0%)	
Question posée	Oui	Je n'ai pas eu de barquette	Non	
J'ai pris systématiquement les médicaments donnés dans la barquette même quand je n'avais pas de douleur.	18 (18%)	0 (0%)	82 (82%)	

Les deux patientes qui « n'ont pas osé se plaindre de leur douleur » l'ont argumenté par ces propos : « à quoi bon » et « Ce sont des douleurs habituelles. ».

4. Traçabilité

Il a été tracé dans le dossier de nos 100 patientes, sur la durée totale du séjour, 187 prises de 1g de Paracétamol, ce qui fait une moyenne de 1,87g par patiente. Il a été tracé 117 prises de 400 mg d'Ibuprofène (46,8g) , ce qui fait une moyenne de 1,17 prise par patiente (468 mg). Il a aussi été tracé 9 prises de 20 mg de Néfopam, 3 prises de 50 mg de Tramadol, 1 prise de 160 mg de Phloroglucinol.

Concernant l'EN, dans les dossiers elle a été tracé tous les jours du séjour pour 34 patientes (34%).

5. Corrélation entre dépistage pour les sages-femmes et facteurs de risques de douleur

Tableau IV : Test de corrélation entre dépistage et facteurs de risques de douleur

		Dépisté		Test statistique
		Oui (n=34)	Non (n=66)	
Mode d'accouchement	Sans aide instrumentale (n=86)	29 (33,72%)	57 (66,28%)	p=1 Test de Fischer
	Avec aide instrumentale (n=14)	5 (35,71%)	9 (64,28%)	
Etat périnéal	Intact (n=36)	14 (38,89%)	22 (61,11%)	p=0,6833 Test de Fischer
	Déchirure (n=56)	17 (30,36%)	39 (69,64%)	
	Episiotomie (n=8)	3 (37,50%)	5 (62,50%)	
Age	18-29 ans (n=39)	12 (30,77%)	27 (69,23%)	p=0,4629 Test de Chi ²
	30-34 ans (n=40)	16 (40,00%)	24 (60,00%)	
	35 ans et plus (n=20)	5 (25,00%)	15 (75,00%)	
Parité	Primipare (n=54)	19 (35,18%)	35 (64,82%)	p=0,9527 Test de Chi ²
	Multipare (n=46)	15 (32,61%)	31 (67,39%)	
Péridurale	Oui (n=75)	22 (29,33%)	53 (70,67%)	p=0,1436 Test de Chi ²
	Non (=25)	12 (48,00%)	13 (52,00%)	
Alimentation du nouveau-né	Sein, mixte inclus (n=52)	16 (30,77%)	36 (69,23%)	p=0,6180 Test de Chi ²
	Biberon (n=48)	18 (37,50%)	30 (62,50%)	

Aucun des tests réalisés n'est significatif car la p-value est à chaque fois supérieure à 0,05.

Discussion

1. Analyse critique de la méthodologie de l'étude

1.1. Points forts de l'étude

Les principaux points forts de l'étude sont, dans un premier temps, son caractère prospectif et, dans un second temps, le fait qu'il n'y ait eu qu'un unique enquêteur pour distribuer et récupérer les questionnaires en mains propres avec les patientes. Ceci a permis que 100% des questionnaires soient récupérés et exploitables. Les explications et instructions données ont donc toujours été semblables. Les questionnaires étaient remplis de façon anonyme juste avant la sortie du service et les patientes savaient qu'ils n'étaient pas lus par les sages-femmes, leur permettant probablement de se livrer sans crainte de jugement dans ce questionnaire.

Un état des lieux sur la prise en charge de la douleur après un accouchement par voie basse par les sages-femmes dans le service de suites de naissance du CHU de Caen n'avait jamais été réalisé. Les études sur la douleur après un accouchement par voie basse ne sont pas nombreuses. Ce travail de recherche est donc original et peut être exploitable par le service.

1.2. Limites de l'étude

Cette étude comporte deux limites principales.

Premièrement, l'étude a été réalisée sur une courte durée de trois mois avec par conséquent les mêmes roulements de sages-femmes. Cela n'est pas représentatif des pratiques de l'ensemble des sages-femmes du CHU mais seulement d'une partie de l'effectif global, présent en suites de naissance au moment du recueil de données.

La seconde limite de cette étude est un biais de mémorisation des patientes, lié au recours à des questionnaires. En effet, le questionnaire a été distribué le matin de la sortie de maternité de la patiente et les questions portaient sur l'ensemble du séjour en suites de naissance. Les patientes sont très occupées, avec leur nouveau-né notamment, il est possible qu'elles omettent certaines données.

2. Prise en charge de la douleur par les sages-femmes après un accouchement par voie basse

La première de nos trois hypothèses était que la douleur en post-partum était bien prise en charge par les sages-femmes, donc qu'elle diminuait au cours du séjour.

Pour la majorité des patientes de notre étude, la douleur ressentie lors du séjour en suites de naissance ne semble pas les avoir importunées. Cependant il ressort malgré tout que pour 17% d'entre-elles la douleur les a empêchées de dormir et que pour 28% d'entre-elles la douleur les a empêchées de marcher. De plus, 24% des patientes déclarent que la douleur ressentie pendant leur séjour en suites de naissance les a empêchées de prendre soin d'elles comme elles l'auraient voulu et 19% des patientes déclarent avoir aussi été gênées par la douleur pour prendre soin de leur enfant. Ces chiffres ne sont pas à négliger et montrent qu'il y a une réelle demande de la part des femmes d'être soulagées de leurs douleurs.

L'EN à la sortie est significativement différente de l'EN à J1, avec, en moyenne, une diminution de 2.34 points entre J1 et la sortie. La douleur des femmes diminue donc de façon significative durant leur séjour. Cependant l'interprétation de cette diminution de l'EN ne peut se faire sans prendre en compte l'existence d'un biais de confusion majeur qu'est le facteur temps. Ce dernier interfère évidemment avec la prise d'antalgiques dans la diminution progressive de l'EN. Il n'existe néanmoins pas d'études sur le seul sujet de l'évolution de la douleur dans le temps en post-partum immédiat, puisque cela présupposerait de ne pas avoir recours aux antalgiques, ce qui ne serait pas éthique.

Lorsque l'on demande aux femmes si elles sont satisfaites de la façon dont leur douleur a été prise en charge dans le service de suites de naissance, elles répondent de façon positive dans 99% des cas. Cette proportion de satisfaction est excellente.

Les femmes disent avoir reçu des médicaments antalgiques pour 86% d'entre elles et des dispositifs non médicamenteux pour diminuer leur douleur pour 59% d'entre elles. D'après le protocole mis en place dans le service (Annexe 2), toutes les patientes (n'ayant pas de contre-indication) doivent recevoir en alternance Paracétamol et Ibuprofène pendant 48 heures minimum. Toutes les femmes

interrogées dans notre étude déclarent avoir reçu un pilulier journalier contenant ces antalgiques : 85% l'ont eu tous les jours du séjour tandis que 15% l'ont eue au moins pour une journée. Pour que le protocole soit convenablement appliqué il faudrait que toutes les patientes aient tous les jours ce pilulier contenant les antalgiques. De plus, le protocole thérapeutique ne se retrouve pas respecté à la lettre également par les patientes puisqu'elles gèrent en autonomie leurs prises de médicaments. A l'affirmation « J'ai pris systématiquement les médicaments donnés dans la barquette même quand je n'avais pas de douleurs. », 82% des patientes répondent « Non ». Pourtant, 100% des patientes jugent « claires » les explications données par la sage-femme sur la prise de médicaments.

Nous pouvons donc valider l'hypothèse que les sages-femmes prennent correctement en charge les douleurs des femmes ayant accouché par voie basse lors de leur séjour en suites de naissance au CHU de Caen et que les patientes sont satisfaites de cette prise en charge. Cependant, nous remarquons une mauvaise application du protocole antalgique par défaut d'observance des patientes. De plus, l'application de la règle institutionnelle à propos de l'utilisation quotidienne d'un pilulier pour chaque patiente contenant ses médicaments doit encore être améliorée.

3. Dépistage de la douleur par les sages-femmes

La seconde hypothèse était que les sages-femmes dépistent systématiquement les douleurs après un accouchement par voie basse en post-partum. Nous avons trouvé, d'après la traçabilité dans les dossiers, que seulement 34% des patientes étaient suffisamment dépistées, c'est à dire que l'EN avait été évaluée au moins une fois par jour auprès d'elles pendant toute la durée du séjour. Ce pourcentage n'est pas assez satisfaisant. En effet, comme dit précédemment, le dépistage de la douleur est primordial dans le domaine de la santé et fait partie des recommandations de l'HAS (12). Cependant, nous pouvons penser que le manque de traçabilité dans les dossiers des antalgiques donnés et du nombre de fois où la douleur a été évaluée ne peut suffire pour conclure ou non à un défaut de prise en charge. L'interprétation de nos données statistiques ne peut pas se faire

indépendamment de cette constatation à travers laquelle nous objectivons clairement le défaut de traçabilité.

Nous avons pu constater que seule l'échelle numérique était utilisée par les sages-femmes pour évaluer l'intensité de la douleur. En effet, aucune échelle visuelle analogique (EVA) n'est utilisée. C'est cependant l'EVA qui est recommandée par le protocole sur l'analgésie dans le post-partum au CHU de Caen (Annexe 2).

Malgré ce faible pourcentage de dépistage retrouvé dans les dossiers, 97% des patientes jugent que l'équipe soignante s'est intéressée à leurs douleurs, ce chiffre étant très satisfaisant.

Il est important de noter aussi que 10% des patientes de notre étude déclarent ne pas avoir osé se plaindre de leur douleur. Il est pourtant nécessaire que les femmes puissent s'exprimer et ne pas se sentir jugées. Les justifications données par les patientes de notre étude quand on les questionne sur la raison de cette non plainte est « *à quoi bon* » et « *ce sont des douleurs habituelles* ». Ces deux remarques semblent témoigner d'un fatalisme face à la douleur chez ces femmes mais aussi d'une habitude à se renfermer sur soi et de ne pas être écoutées.

Aussi, les test de Fischer et de Chi² réalisés mettant en relation les facteurs de risques de douleurs physiques dans le post-partum et le dépistage par les sages-femmes n'a pas montré que ces dernières dépistent davantage les femmes ayant des facteurs de risques de douleurs. Cela signifie donc que le dépistage se fait de façon homogène quelque que soient les facteurs de risques. Aucune patiente n'est négligée dans le dépistage de la douleur.

Il en ressort donc, lorsque l'on s'en tient à ce qui est tracé dans les dossiers, que les sages-femmes ne dépistent pas de façon systématique les douleurs dans le post-partum. D'autre part, elles ne ciblent pas davantage lors de leur dépistage les femmes ayant des facteurs de risques de douleurs. En revanche, les patientes de notre étude déclarent de façon quasi unanime que l'équipe soignante s'est intéressée à leurs douleurs : ceci est un point fort de la prise en charge des sages-femmes. En effet, l'intérêt du dépistage est le même pour l'ensemble des patientes. Une progression concernant la traçabilité de l'EN dans les dossiers est possible,

ainsi les déclarations des patientes et le taux de dépistage retrouvé dans les dossiers seraient concordants.

4. Traçabilité des antalgiques donnés en suites de naissance par les sages-femmes

La dernière hypothèse était que la traçabilité des antalgiques distribués en suites de naissance n'est pas optimale. Sur les 100 patientes incluses dans l'étude, 14 dossiers ne comportaient pas de prescriptions. Ce taux de 14% n'est pas satisfaisant. Pourtant la totalité des patientes de notre étude déclare avoir eu un pilulier journalier avec Paracétamol et/ou Ibuprofène dans leur chambre.

Au total, il n'a été tracé par l'intermédiaire des dossiers que très peu de prises de médicaments : 187 prises de 1g de Paracétamol, ce qui fait une moyenne de 1,87g par patiente. Il a été tracé 117 prises de 400 mg d'Ibuprofène (46,8g) , ce qui fait une moyenne de 1,17 prise par patiente (468 mg). Il a aussi été tracé 9 prises de 20 mg de Néfopam, 3 prises de 50 mg de Tramadol, 1 prise de 160 mg de Phloroglucinol.

Dans l'hypothèse où le protocole du service (Annexe 2) était respecté, il aurait du être tracé 800 prises de 1 g de Paracétamol (77% de plus que ce qui a été tracé), 600 prises de 400 mg d'Ibuprofène (80,5% de plus que ce qui a été tracé) au minimum mais aussi plusieurs prises de 20 mg de Néfopam (au minimum 27, car on note 27 patientes avec une EN > 5 le lendemain de l'accouchement et 2 patientes avec une EN > 5 le jour de leur sortie) et de 50 mg de Tramadol si l'on se fie à l'EN décrite par les patientes le lendemain de leur accouchement et à leur sortie.

Les résultats des antalgiques tracés comparés à ceux qui auraient du l'être dans l'idée où le protocole avait été respecté paraissent vraiment moindres.

De plus, lorsque l'on demande aux patientes de notre étude ce qu'elles ont reçu comme antalgiques, 11% déclarent avoir pris uniquement du Paracétamol, 1% n'avoir pris que de l'Ibuprofène et 74% avoir pris à la fois Paracétamol et Ibuprofène. Si l'on se fie aux résultats du questionnaire, 86% des patientes ont donc pris des antalgiques. L'interprétation de nos données statistiques ne peut pas

se faire indépendamment de cette constatation à travers laquelle nous objectivons clairement le défaut de traçabilité et non le défaut du respect protocolaire.

Ces chiffres vérifient notre hypothèse, la traçabilité des antalgiques prescrits n'est pas optimale.

5. Analyse comparative des résultats avec une autre étude

Un mémoire de sage-femme réalisé en 2014 par Julie Pelletier (53) dresse un état des lieux de la prise en charge par les sages-femmes des douleurs du post-partum après un accouchement par voie basse au CHU de Grenoble. La différence majeure avec notre étude est la durée : en effet, nous avons considéré le séjour entier de nos patientes en suites de naissance alors que Madame Pelletier a évalué la prise en charge de la douleur de l'accouchement à J1. De plus, sa population était de 30 patientes alors que la notre est de 100 patientes. La méthodologie utilisée diffère aussi de celle de notre étude. Elle a cherché à estimer par le biais d'observations si la douleur était dépistée et évaluée selon les bonnes pratiques mais aussi si la prise en charge antalgique des patientes était conforme aux recommandations, notamment en terme de traçabilité et de mise en place de traitement adaptée.

Il en ressort que chez 80% des patientes la douleur était correctement dépistée, soit 46% de plus qu'au CHU de Caen. Cependant, Madame Pelletier était présente aux cotés des sages-femmes lors des examens d'accouchées, elle a donc une valeur sûre de la pratique réalisée alors que le chiffre de notre étude se base sur ce qui a été tracé dans les dossiers des patientes, nos données sont donc plus difficilement exploitables.

L'étude réalisée au CHU de Grenoble montre que la traçabilité dans les dossiers était de 25%. Nous retrouvons le même résultat au CHU de Caen : la traçabilité n'est donc pas correctement effectuée dans ces deux maternités.

Malgré une méthodologie différente, les conclusions de nos études respectives sont semblables. Il en ressort que la traçabilité est très mal effectuée, et que les

protocoles antalgiques et institutionnels ne sont pas parfaitement appliqués. Dans les deux cas une amélioration des pratiques est possible.

6. Moyens mis en oeuvre pour soulager la douleur des femmes

A l'affirmation « Lorsque je me suis plainte de ma douleur, j'ai été écoutée et on m'a apporté de quoi me soulager (conseils/médicaments). », 95% des patientes ont répondu de façon positive. Ce résultat est très satisfaisant et montre ainsi l'implication des sages-femmes dans la prise en charge de la douleur. En effet, se sentir écouté est quelque chose de très important lorsque l'on ressent une douleur, et permet de modifier positivement le vécu d'une sensation ou d'un événement désagréable.

De plus, il semble primordial d'être à l'écoute des patientes, afin de mieux comprendre la douleur pour ensuite mieux la soulager.

6.1. Antalgiques

Lorsque l'on demande aux patientes de notre étude ce qu'elles ont reçu comme antalgiques, 11% déclarent avoir reçu uniquement du Paracétamol, 1% n'avoir reçu que de l'Ibuprofène et 74% avoir reçu à la fois Paracétamol et Ibuprofène. Si l'on se fie aux résultats du questionnaire, 86% des patientes ont donc pris des antalgiques. Pourtant, la totalité des patientes déclarent avoir eu un pilulier journalier avec Paracétamol et/ou Ibuprofène dans leur chambre.

Ce chiffre montre qu'une très grande majorité des femmes ont recours à des moyens médicamenteux afin de faire diminuer leurs douleurs. Cependant, il existe d'autres moyens, non médicamenteux, qui peuvent être mis en place simultanément avec les antalgiques dans le service de suites de naissance.

6.2. Moyens non médicamenteux

De nombreuses études mettent en évidence l'efficacité du pouvoir analgésique de certains moyens non médicamenteux. Quarante et un pour cent des femmes interrogées disent n'avoir reçu aucun moyen non médicamenteux pour lutter contre la douleur, ce qui est regrettable puisque ces derniers peuvent se montrer très efficaces.

Les garnitures glacées

Le pouvoir antalgique du froid et notamment à travers l'application de garnitures glacées sur le périnée a été décrit, comme nous l'avons vu, en 2012 par une étude menée par East *et al.* (42) puis à nouveau en 2017 par Derya *et al.* (43). C'est une technique nécessitant peu de moyens, pouvant facilement se mettre en place. Sur notre échantillon, les garnitures glacées ont été utilisées par 21% des patientes, ce qui semble peu alors que l'on compte 64% de femmes ayant eu une déchirure périnéale ou une épisiotomie. De plus, le fait d'avoir un périnée intact n'exclut pas les douleurs périnéales. Les garnitures glacées pourraient donc être davantage utilisées par l'ensemble de nos patientes.

L'acupuncture

L'acupuncture, démontrée comme utile pour soigner les engorgements et mastites (44), mais aussi pour soulager les tranchées utérines (45) ainsi que les douleurs périnéales notamment après une épisiotomie (46), n'a été utilisée seulement que par 14% des patientes de notre étude. Ce faible pourcentage peut s'expliquer par le fait que peu de sages-femmes sont formées à l'acupuncture au CHU de Caen.

Les massages

Les massages sont reconnus comme efficaces pour lutter contre la douleur périnéale, des seins, du dos et des épaules mais aussi pour lutter contre la constipation (47)(48)(49). Ce sont des gestes simples, s'apprenant facilement, pouvant être effectués par la sage-femme mais aussi par la patiente elle-même ou son conjoint. Ils ne nécessitent aucun matériel particulier et peuvent être effectués à tout moment de la journée. Pourtant seulement 7% des patientes disent avoir utilisé cette méthode pour lutter contre la douleur ressentie dans le post-partum. Ce

chiffre étant très faible, il paraît intéressant de sensibiliser les sages-femmes aux bienfaits du massage et de les former.

Les conseils posturaux

Lorsque les patientes ressentent des douleurs, les sages-femmes peuvent leur proposer des conseils concernant leur posture. Suivant la localisation de la zone douloureuse décrite par la patiente, il peut lui être suggéré de plutôt se tourner sur un côté, de se tenir plus ou moins assise sur le lit, de mettre un coussin sous ses genoux... Les conseils posturaux sont extrêmement variés et peuvent aussi concerner l'allaitement maternel : en effet, lorsqu'une crevasse est en train de se former sur le sein de la maman, il est nécessaire de changer de position pour allaiter.

Des conseils concernant la posture des femmes ont été reçus par 13% des patientes interrogées. Ce chiffre est faible, cependant ce moyen est extrêmement facile à mettre en place.

L'homéopathie

Dix-huit pour cent des patientes de notre étude disent avoir eu recours à de l'homéopathie afin d'empêcher la montée laiteuse. Les sages-femmes du CHU de Caen font les ordonnances et délivrent les tubes de granules.

Cependant, il existe en ce moment une polémique internationale à propos de l'homéopathie et sur son efficacité. En effet, le rapport du National Health and Medical Research Council, une agence de santé australienne, publié en 2015, a passé au crible 255 études sur l'homéopathie et conclut qu'il n'existe aucune preuve de son efficacité. (54)

7. Proposition d'amélioration

Le point majeur à améliorer est la traçabilité des antalgiques distribués et la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans les dossiers informatisés des patientes. Il semble impératif de prendre conscience de l'importance de la traçabilité et du respect par les sages-femmes du Code de la Santé publique.

Les sages-femmes ont à leur disposition des ordinateurs portables. Il arrive que ces derniers connaissent des anomalies de fonctionnement informatique, ou simplement une anormale lenteur de fonctionnement. Cela rend la réalisation complète de la traçabilité de la totalité des actes véritablement chronophage pour les équipes. De plus, le chariot avec l'ordinateur est plutôt lourd et encombrant c'est pourquoi il est souvent laissé dans le couloir. Les constantes et données recueillies en chambre sont finalement notées de façon manuscrites ou mémorisées puis retranscrites *a posteriori* sur le logiciel. Afin d'éviter à la sage-femme cette répétition d'actions, nous pourrions imaginer le recours à une tablette tactile qui serait directement reliée aux dossiers informatisés des patientes. Ainsi, elles pourraient remplir en temps réel les constantes de la patiente, l'évaluation de sa douleur et les médicaments distribués. Le temps anciennement dépensé dans le couloir à remplir les dossiers avec l'ordinateur, mais aussi avec les collègues ou visiteurs qui interrompent les sages-femmes dans leur travail, serait désormais du temps supplémentaire à passer dans la chambre de la patiente, auprès d'elle.

Malgré cette complexité matérielle et en attendant de développer de nouveaux moyens pour faciliter leur travail, il reste nécessaire que les sages-femmes s'astreignent à remplir correctement tous les dossiers des patientes et encore plus lorsque cela concerne la distribution des antalgiques. De plus, il est aussi important de respecter le protocole institutionnel avec la mise en place systématique d'un pilulier journalier dans chaque chambre durant la totalité du séjour.

Le second point semblant perfectible est l'utilisation des moyens antalgiques non médicamenteux. Ces moyens, jugés comme efficaces par plusieurs études, sont pour la plupart faciles à mettre en place et ne demandent pas de moyens matériels considérables. C'est pourquoi il pourrait être intéressant de sensibiliser les sages-femmes à leur emploi.

Ce qui ressort principalement de notre étude est tout de même la très grande satisfaction des patientes ayant accouché par voie basse en ce qui concerne la prise en charge de la douleur dans la période du post-partum. Nous remarquons que les sages-femmes font un très bon travail de prise en charge des douleurs après un accouchement par voie basse dans le service de suites de naissance au CHU de Caen. En effet, le manque de traçabilité dans les dossiers des antalgiques

donnés et de l'évaluation de la douleur ne suffit pas pour conclure à un défaut de prise en charge : la mauvaise traçabilité ne permet pas de mettre en doute les actions entreprises par les sages-femmes pour prendre en charge efficacement les douleurs des patientes.

Pour approfondir la problématique de la traçabilité, il pourrait être très intéressant de réaliser une étude comparative entre la pratique réelle des sages-femmes et ce qu'elles tracent dans les dossiers.

Conclusion

La prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique. C'est aussi une priorité en maternité : en effet, une douleur non prise en charge après un accouchement est à risque de chronicisation ou de dépression du post-partum.

Le dépistage de la douleur, son évaluation ainsi que la traçabilité des antalgiques distribués sont indispensables à une prise en charge de qualité.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer la prise en charge thérapeutique de la douleur durant le séjour du post-partum après un accouchement par voie basse au CHU de Caen, et secondairement d'évaluer le dépistage des douleurs en post-partum par les sages-femmes puis d'apprécier la traçabilité dans les dossiers de la douleur et des antalgiques donnés.

Il ressort de notre étude une très grande satisfaction de la part des patientes de la maternité du CHU de Caen ayant accouché par voie basse en ce qui concerne la prise en charge de la douleur dans la période du post-partum. Les patientes déclarent en majorité que l'équipe soignante s'est intéressée à leurs douleurs. Cependant la traçabilité dans les dossiers médicaux n'est pas satisfaisante, autant pour les antalgiques distribués que pour l'évaluation de la douleur. Le protocole institutionnel sur l'administration des médicaments pourrait aussi être davantage respecté.

Une amélioration est possible. En effet, il semble impératif de prendre conscience de l'importance de la traçabilité et des responsabilités qu'elle engage afin de mieux remplir les dossiers médicaux des patientes.

Bibliographie

- (1) East C.E. et al. Perineal pain following childbirth : prevalence, effects on post natal recovery and analgesia usage. Midwifery. 2012 Fev;28(1)93-7.
- (2) International Association for the Study of Pain (page consultée le 1er octobre 2018). [en ligne]. <http://www.iasp-pain.org/index.aspx>
- (3) Bergstrom, G., Jensen, I. B., Bodin, L., Linton, S. J., Nygren, A. L. et Carlsson, S. G. Reliability and factor structure of the multidimensional pain inventory. Swedish Language Version (MPI-S) 1998. Pain, 75(1), 101-110.
- (4) Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (page consultée le 1er octobre 2018). La douleur aiguë [en ligne]. <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-aigue>
- (5) Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (page consultée le 1er octobre 2018). La douleur procédurale [en ligne]. <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-procedurale>
- (6) Haute Autorité de Santé (page consultée le 1er octobre 2018). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf
- (7) ANAES. Services des recommandations et références professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
- (8) Vin X. Evaluation de la douleur. (page consultée le 2 octobre 2018) Urgences et douleur. 2007, chapitre 54 [en ligne]. <http://www.intercludvendee.fr/Urgences&smur/Evaluation-douleur-aux-urgences.pdf>
- (9) Smartfiches (page consultée le 2 octobre 2018). EVA [en ligne]. <https://smartfiches.fr>
- (10) Kiné Services (page consultée le 2 octobre 2018). Saint Antoine [en ligne]. http://www.kine-services.com/kine-services/bilans/doul_stantoine.htm
- (11) SFAR. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Reanim 1998 ; 17 : 445-70.

(12) F. Clère. Dix ans d'organisation de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. Fev 2009; 10 : S48-S50.

(13) Article L.1110-5 du code de la santé publique de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005.

(14) Ministère de l'emploi et de la solidarité (page consultée le 2 octobre 2018). Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-2005.pdf

(15) A. Serrie. Plan douleur 2006-2010. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. Avril 2006; 7 : 61-62.

(16) Eisenach JC, Pan P, Smiley RM, et al (2013) Resolution of pain after childbirth. *Anesthesiology* 118:143–51

(17) Landau R, Lh P, Houle TT, et al. Predictive factors for acute pain after vaginal and caesarian delivery. *Anesthesiology suppl* 2007 106:A27

(18) McArthur AJ, McArthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004 191:1199–204

(19) Persistent pain after cesarean section and vaginal birth: a cohort study *Int J Obstet Anesth*, 2010, 19 4-9

(20) Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey 2008. *Birth* 35:16–24

(21) Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, et al. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 2008, 140:87–94

(22) D.S. Kapoor, R. Thakar, A.H. Sultan. Combined urinary and faecal incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 16 (4) 2005, 321-328

(23) K.J. Buhling, S. Schmidt, J.N. Robinson, C. Klapp, G. Siebert, J.W. Dudenhausen. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 124 (1) 2006, 42-46

- (24) N.Séjourné, M. De la Hammanaide. Etude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2018 Sept, Vol 46(9): 658-663
- (25) L. Rajan The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding. *Midwifery*, 10 (2) 1994, 87-103
- (26) Morin C, Leymarie M.C. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. *La Revue Sage-Femme*. 2013 Dec;12(6):263-268
- (27) M.M. Beckmann, O.M. Stock. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*, 4 2013, p. CD005123
- (28) H.G. Dahlen, C.S. Homer, M. Cooke, A.M. Upton, R. Nunn, B. Brodrick. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 34 (4) 2007, pp. 282-290
- (29) G. Carroli, J. Belizan. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* (2) 2000, p. CD000081
- (30) M. Arslan, G. Yazici, U. Dilek. Pudendal nerve block for pain relief in episiotomy repair. *Int J Gynaecol Obstet*, 87 (2) 2004, 151-152
- (31) S. Sillou, M. Carbonnel, S. N'Doko, G. Dhonneur, M. Uzan, C. Poncelet. Douleur périnéale du post-partum : intérêt de l'infiltration locale de Ropivacaïne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2009 Oct;38(6):510-515
- (32) C. Kettle, R.K. Hills, P. Jones, L. Darby, R. Gray, R. Johanson. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359 (9325) 2002, 2217-2223
- (33) C. Kettle, R.K. Hills, K.M. Ismail. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* 2012
- (34) Centre de référence sur les agents tératogènes (page consultée le 10 octobre 2018). Paracétamol - Grossesse et allaitement [en ligne] <https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=paracétamol>

- (35) Centre de référence sur les agents tératogènes (page consultée le 10 octobre 2018). Ibuprofène - Grossesse et allaitement [en ligne] <https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=ibuprofene>
- (36) Centre de référence sur les agents tératogènes (page consultée le 10 octobre 2018). Aspirine = Acide acétylsalicylique - Grossesse et allaitement [en ligne] <https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=aspirine>
- (37) H. Hedayati, J. Parsons, C.A. Crowther. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* (2) 2005, p. CD004223. E.A. Peter, P.A. Janssen, C.S. Grange, M.J. Douglas
- (38) E.G. Simon, M. Laffon. Soins maternels après accouchement voie basse et pose en charge des complications du post-partum immédiat : recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Dec 2015. Vol 44, Issue 10. 1101-1110
- (39) J.A. Searles, D.W. Pring. Effective analgesia following perineal injury during childbirth: a placebo controlled trial of prophylactic rectal diclofenac. *Br J Obstet Gynaecol*, 105 (6) 1998, 627-631
- (40) S. Behotas, A. Chauvin, J. Castiel, A. Martin, F. Boureau, J. Barrat, et al. Analgesic effect of ibuprofen in pain after episiotomy. *Ann Fr Anesth Reanim*, 11 (1) 1992, 22-26
- (41) Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 165 (9) 2001, 1203-1209
- (42) C.E. East, L. Begg, N.E. Henshall, P. Marchant, K. Wallace. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012
- (43) Derya K, Senol Ph.D. The effects of cold application to the perineum on pain relief after vaginal birth. *Asian nursing research*. 2017 Dec;11(4):276-282
- (44) Dr Christian REMPP, Dr Annick Bigler. La pratique de l'acupuncture en obstétrique. La Tisserande, 1992, réédition 2008.
- (45) Clinical research on acupoint catgut implantation in the prevention and treatment of postpartum pain of uterine contraction with qi and blood deficiency. (page consultée le 8 octobre 2018) [en ligne] www.ncbi.nlm.gov/pubmed/24673051

- (46) Wristankle acupuncture as perineal pain relief after mediolateral episiotomy : a pilot study. (page consulté le 8 octobre 2018) [en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21381963>
- (47) Osborne, Carole. Pre- and Perinatal Massage Therapy: A Comprehensive Guide to Prenatal, Labor, and Postpartum Practice, 2nd Edition, Wolters Klower; 2012
- (48) Lippincott, Williams & Wilkins. Research: Massage Benefits Postpartum Women, Nov 2011
- (49) Tiffany Field. Massage therapy research review. Complementary therapies in clinical practice, 2016 Aug; 24:19-31.
- (50) M.V. Sénat. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique - Texte court. La Revue sage-femme. Vol 15-1. 02/2016, 30-40.
- (51) Ordre des sages-femmes (page consultée le 10 octobre 2018). Le droit de prescription des sages-femmes [en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
- (52) Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique
- (53) 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. [Mémoire de sage-femme] Grenoble, école de sage-femme; 2014.
- (54) National Health and Medical Research Council (page consultée le 4 mars 2019) Publications concernant l'homéopathie [en ligne] <https://nhmrc.gov.au/about-us/publications/homeopathy>

Annexes

Annexe 1 : Echelle verbale simple

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?	
0	<i>Pas de douleur</i>
1	<i>Faible</i>
2	<i>Modérée</i>
3	<i>Intense</i>
4	<i>Extrêmement intense</i>

Échelle Verbale Simple (E.V.S.) en 5 points .

Vin X. Evaluation de la douleur. Urgences et douleur. Échelle Verbale Simple. [en ligne] 2007, page 503, chapitre 54 (article consulté le 2 octobre 2018). Disponibilité sur internet : <http://www.intercludvendee.fr/Urgences&smur/Evaluation-douleur-aux-urgences.pdf>

Annexe 2 : Protocole d'analgésie du post-partum au CHU de Caen

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-012
	ANALGESIE DU POST-PARTUM	Version 01 du 27/11/2012
		page 1/3
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \Gynécologie Obstétrique		

1. OBJET

Prise en charge médicale de la douleur au cours du post-partum, notamment après une césarienne

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

Domaine d'application : les pôles Femme-Enfant et Anesthésie-Réanimation

Personnel concerné : les médecins et les sages-femmes

3. RESPONSABILITES

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

Lors de la fermeture de la césarienne : faire systématiquement une infiltration pariétale sous-aponévrotique par la Ropivacaine (Naropéine®)

- **Quel que soit le mode d'anesthésie (AG ou ALR)** car bénéfices démontrés de l'anesthésie multimodale sur les douleurs postopératoires immédiates
- **Idéalement par la pose d'un cathéter d'analgésie péricatrical :** Ropivacaine 2 mg/ml (cf. technique de pose)
- **ou par une infiltration unique :** Ropivacaine 7,5 mg/ml (1 ampoule de 20 ml), infiltrer 5 ml au niveau de chaque nœud du surjet sur l'aponévrose et le reste le long de la suture)

Prise en charge de la douleur basée sur une évaluation systématique de son intensité selon une échelle visuelle analogique : EVA de 0 à 10

Informers les pédiatres de tout traitement pris par la patiente, topiques y compris

Administration per os +++ : efficacité de la voie orale superposable à la voie IV et ceci à moindre risque, (Sauf vomissements ...)

1. **Prise systématique pendant 48 heures en association (action synergique) :**


➤ **Antalgiques Palier I :** douleurs faibles à modérées

- **Paracétamol :** 1gr X 4 par jour, toutes les 6-8 heures
Contre-indications : pathologies hépatiques
- **Ibuprofène :** 400 mg X 3 par jour, toutes les 8 heures, au moment des repas,
À débiter à H+2 de l'accouchement, en l'absence de contre-indications

2. **Si insuffisance d'analgésie des antalgiques de palier I ou EN > 5 :**

➤ **Antalgiques Palier II :** Douleurs modérées à intenses

- **Nefopam (Acupan®) :** 20 mg par voie sublinguale sur 1 sucre X 4 par jour
- **Tramadol (Contramal® ou Topalgic®) :** 50 à 100 mg par voie orale X 4 par jour (maximum 400 mg/jour)

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-012
	ANALGESIE DU POST-PARTUM	Version 01 du 27/11/2012
		page 2/3
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT /Gynécologie Obstétrique		

3. Antalgiques Indiqués après césarienne sous anesthésie générale ou si échec palier II :

➤ **Antalgiques Palier III :** Douleurs très intenses, Arrêt Tramadol, relais par :

- **Oxycodone à libération immédiate** (Oxynorm® ou Oxynormo®) : 5 mg toutes les 6 heures si besoin
- **Traitement des nausées vomissements liés aux morphiniques après accord du médecin ARE** (éliminer 1 syndrome occlusif) : **Ondansetron** 4 mg IVL (maximum X 3 par jour)

5. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : technique de pose du cathéter pariétal de Ropivacaine

6. HISTORIQUE DU DOCUMENT

Dernière version	Objet de la révision
01 - 27/11/2012	création du document sous format électronique
Historique des révisions	


Groupe de lecture: Dr G Beucher (rédacteur), Dr P Dolley, Dr T Simonet (ARE), Dr S Arzalier (ARE), Pr M Dreyfus,

7. EVALUATION

Néant

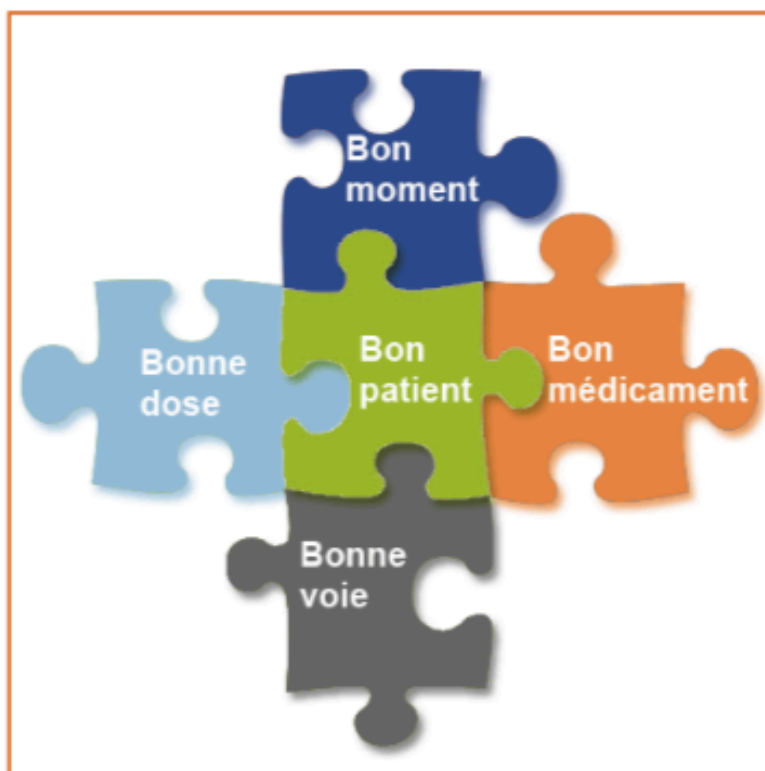
CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
Therese SIMONET GROSSET Anesthésiste - CHU/POLE REANIMATIONS ANESTHESIE SAMU- SMUR/Anesthésie 26/11/2012 15:37:44	Michel DREYFUS Chef de Service - CHU 26/11/2012 16:05:05	Lara VINAUGER Directeur - CHU/DIRECTION QUALITE EVALUATION ET AFFAIRES JURIDIQUES 27/11/2012 09:33:57


Annexe 3 : Protocole institutionnel sur l'administration médicamenteuse

	MANUEL, GUIDE, CONSIGNES	BIOPHAR-MU-001
	GUIDE : PREPARATION ET ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PER OS	Version 03 du 03/08/2018
		page 1/6
Entité émettrice : POLE BIOLOGIE - PHARMACIE		

Pourquoi ce guide?

Le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle des 5 B :
Administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, au Bon patient.



	MANUEL, GUIDE, CONSIGNES	BIOPHAR-MU-001
	GUIDE : PREPARATION ET ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PER OS	Version 03 du 03/08/2018 page 2/6

Entité émettrice : POLE BIOLOGIE - PHARMACIE

Champs d'application : l'ensemble des services de soins

Exclusions : SANTE MENTALE, USLD, EPHAD. Procédures disponibles dans la GED :

« PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE A LA RPA EHPAD USLD », référence : EHPAD-PR-005

« PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE EN PSYCHIATRIE ADULTE », référence : Phar-PR-031

ETAPE 1 - LA PREPARATION DES MEDICAMENTS PER OS

Qui ? IDE ou Sage-Femme

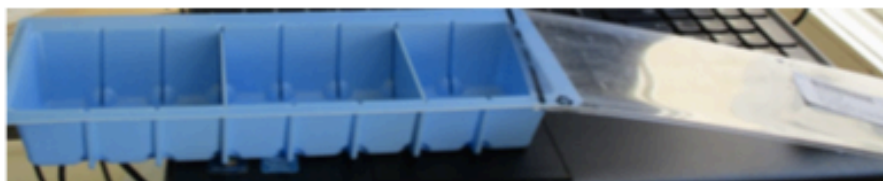
Quoi ? Préparation des médicaments Per-os

Où ? Dans la salle de soins

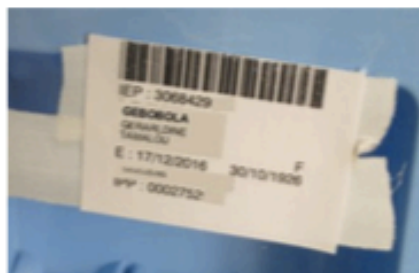
Quand ? La préparation peut être réalisée pour la durée du poste de travail du professionnel (exemple : pour le poste du matin, la préparation peut être réalisée pour la prise de matin et du midi).


Avec quoi ?

- La prescription informatisée dans CROSSWAY (USV2) ou papier pour les unités de réanimation
- Les piluliers journaliers qui doivent impérativement être identifiés de manière univoque avec :



- Les étiquettes nominatives/IPP au bon séjour du patient.
- Du sparadrap pour placer les étiquettes dessus



	MANUEL, GUIDE, CONSIGNES	BIOPHAR-MU-001
	GUIDE : PREPARATION ET ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PER OS	Version 03 du 03/08/2018 page 3/6
Entité émettrice : POLE BIOLOGIE - PHARMACIE		

Comment ?

Le contrôle préalable à la préparation doit permettre de vérifier sur l'ordonnance les points suivants :

- Identification du prescripteur : nom, adresse, qualité, RPPS
- Identification du patient : nom, prénom, âge, sexe, taille/poids si nécessaire
- Médicament(s) : dénomination, forme, posologie et mode d'emploi, c'est-à-dire la quantité prescrite ou la durée de traitement
- Mention telle que « à renouveler » ou « à ne pas renouveler »
- Date et heure de prescription



Points de Vigilance :


N°1 - La salle de soins doit être fermée

N°2 - La préparation et l'administration des médicaments sont réalisées par la même personne



N°3 - La préparation des piluliers comprend la maîtrise des points suivants :

- Plan de travail (chariot ou plan de travail) nettoyé et désinfecté à l'aide d'un détergent-désinfectant avant et après chaque utilisation.
- Hygiène des mains avec du SHA
- Prélèvement des médicaments patient par patient
- Vérification de la péremption des médicaments
- Répartition des doses dans le pilulier selon les heures de prise correspondant aux horaires du poste de travail du professionnel concerné
- Pour les médicaments en conditionnement multi-doses, ces derniers ne doivent pas être préparés à l'avance mais administrés extemporanément. A cet effet le produit médicamenteux multi-dose peut être entreposé dans le tiroir du chariot de soins pendant la distribution collective des médicaments.
- Ne pas déconditionner les blisters quand présentation individuelle du médicament

	MANUEL, GUIDE, CONSIGNES	BIOPHAR-MU-001
	GUIDE : PREPARATION ET ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PER OS	Version 03 du 03/08/2018 page 4/6
Entité émettrice : POLE BIOLOGIE - PHARMACIE		

ETAPE 2- L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

Qui ? IDE ou Sage-Femme

Point de vigilance : la préparation et l'administration des médicaments sont réalisées par la même personne.

Quoi ? Administration des médicaments Per-os

Où ? Dans la chambre du patient

Quand ? Au moment indiqué sur la prescription

Avec quoi ?

- La prescription
- Le pilulier journalier (ne rendre accessible que le compartiment correspondant à la prise)

Comment ?

La phase d'administration comporte trois étapes consécutives pour chaque patient :

- Distribution au patient
- Contrôle de l'identité du patient et de la prise effective du médicament du patient par le soignant
- Traçabilité immédiate dans le dossier patient

Lorsque l'administration de fait à distance de la préparation, en cas de situation exceptionnelle, l'IDE qui administre DOIT contrôler le contenu du pilulier médicament par médicament (nom, dose, date de péremption).

Distribution au patient :

Cet acte implique une hygiène des mains (friction à l'aide du SHA avant et après contact avec le patient ou son environnement proche).


L'IDE se présente au chevet du patient avec le pilulier journalier identifié conformément aux bonnes pratiques décrites en étape 1.

Dans le cas où le prescripteur trace dans le dossier patient que celui-ci est autonome vis-à-vis de son traitement, ce dernier est autorisé à s'administrer seul le traitement qui lui a été distribué. Dans le plan de soins, la mention « gestion par le patient » apparaît.

Points de vigilance :

- Le contrôle de la prescription avant de l'administration est obligatoire.
- Le patient est informé sur son traitement.



	MANUEL, GUIDE, CONSIGNES	BIOPHAR-MU-001
	GUIDE : PREPARATION ET ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PER OS	Version 03 du 03/08/2018
Entité émettrice : POLE BIOLOGIE - PHARMACIE		page 5/6

Contrôle de la prise du médicament du patient

Le professionnel de santé contrôle l'identité du patient par une interrogation ouverte et/ou la lecture du bracelet d'identification et interroge le patient sur ses allergies médicamenteuses sous forme de question ouverte.

Il s'assure ensuite de la prise effective du traitement par le patient.

Le professionnel (IDE, AS, Auxiliaire de puériculture, sage-femme) aide à la prise si le patient n'est pas en capacité de prendre seul ses médicaments. L'aide à la prise peut être effectuée par l'AS ou l'Auxiliaire de puériculture que si le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni apprentissage particulier, et à la condition que celle-ci se fasse en collaboration et sous la responsabilité de l'IDE ou sage-femme.

Traçabilité dans le dossier patient

La traçabilité de l'administration doit être effectuée **immédiatement** après le contrôle de la prise effective.


Points de Vigilance :

N°1 – La traçabilité de l'administration du médicament doit comprendre :

- Tous les médicaments administrés y compris ceux ayant fait l'objet d'une prescription conditionnelle ou de protocoles thérapeutiques ;
- Pour chaque médicament, les items suivants :
 - Dénomination commune
 - Date et heure d'administration
 - Nom de l'IDE
 - Numéro de lots pour certains médicaments
 - Pour les patients jugés médicalement autonomes pour la prise, la mention « Gestion par le patient » ou le sigle correspondant dans CROSSWAY est indiqué en commentaire de l'administration.

N°2 - En cas de non-administration d'un médicament prescrit de façon systématique, une justification doit être obligatoirement mentionnée.

N°3 - En cas d'administration prescrite de façon conditionnelle, la condition justifiant l'administration doit être précisée lorsqu'elle n'est pas formalisée dans le suivi des constantes.

	MANUEL, GUIDE, CONSIGNES	BIOPHAR-MU-001
	GUIDE : PREPARATION ET ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PER OS	
	Version 03 du 03/08/2018	
page 6/6		
Entité émettrice : POLE BIOLOGIE - PHARMACIE		

Référentiels :

- ✓ HAS, Sécurisation et auto-évaluation de l'administration des médicaments, préparation extemporanée, mai 2013
- ✓ HAS, fiche 1D, points critiques : préparation ou reconstitution extemporanée
- ✓ HAS, fiche 1E, points critiques : administration proprement dite
- ✓ Code de la Santé Publique, section 1 : actes professionnels, article R4311-5

En cas de difficultés d'application du présent guide, vous pouvez faire remonter vos observations au Dr Saint Lorant, responsable assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse par mail : saintlorant-g@chu-caen.fr

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
Nom(s), Fonction(s), Date(s), Visa(s): Guillaume SAINT LORANT Pharmacien - CHU/POLE BIOLOGIE - PHARMACIE/Pharmacie 03/08/2018 11:28:21	Nom(s), Fonction(s), Date(s), Visa(s): Jean Francois DOGUET Directeur - CHU/DIRECTION DES SOINS (DDS) 03/08/2018 14:27:51	Nom(s), Fonction(s), Date(s), Visa(s): Benoit CAMIADE (par Caroline SAINT) Directeur - CHU/DIRECTION QUALITE ET DROITS DES USAGERS 03/08/2018 14:28:51

Annexe 4 : Avis du CLERS



C.L.E.R.S

Comité Local d’Ethique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie

Caen, le 18 Mars 2019

Adresse pour toute
correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire MOUTEL

Vice-Président :

Pr Achille AOUBA

Membres

Nathalie Brielle
Aurore Catherine
Claude Françoise
Véronique Gauthier
François Girault
Guillaume Grandazzi
Sonia Guillouet
Xavier Humbert
Rémy Morello
Philippe Ravasse
Fanny Rogue
Bertille Suzat

Objet : Avis favorable

Chère collègue,

Réponse du questionnaire	
ID de la réponse	70
Date de lancement	2018-12-11 18:04:38
Avis du CLERS	FAVORABLE
Demandeur [Nom]	Brnak
Demandeur [Prénom]	Claire
Demandeur [e-mail]	
Titre de l'étude	Evaluation de la prise en charge de la douleur après un accouchement par voie basse dans le post-partum au CHU de Caen

Cordialement

Le Président du CLERS

Rappels : Nous vous rappelons que votre traitement de données doit être en conformité avec le Règlement Européen du 27 avril 2016 (UE-2016/679) relatif à la protection des données des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les participants doivent avoir été informé et pouvoir s'opposer à l'utilisation de leurs données de santé pour ce travail de recherche.

En aucun cas vous n'êtes autorisé à sortir du CHU des données médicales nominatives, que ce soit par mail, via un circuit non sécurisé ou par transfert sur une clé USB. Le traitement et l'utilisation de ces données engagent votre responsabilité.

Annexe 5 : Questionnaire de l'étude

Partie complétée à l'aide du dossier médical :

Accouchement : sans aide instrumentale / ventouse / forceps / spatules

Périnée : intact / déchirure / épisiotomie

Durée du travail :

Partie à compléter par la patiente :

Quel âge avez-vous ? 18 - 24 ans 25-29 ans 30-34 ans 35-39 ans 40 ans et +

Combien de fois avez-vous accouché ?

Allaitez-vous votre enfant au sein ou au biberon ?

Aviez-vous déjà une douleur avant votre accouchement ? Oui Non

Si oui, était t'elle chronique ou aiguë ? (chronique = depuis plus de 3 mois, aiguë = atteinte brutale et nouvelle)

A quel endroit ?

Où se situe votre douleur depuis votre accouchement ? (plusieurs choix possibles)

- maux de tête
- seins
- périnée / vulve
- utérus
- dos
- je ne ressens aucune douleur
- autres :

.....
.....

Avez-vous bénéficié d'une analgésie péridurale ? si oui, a-t'elle soulagé la douleur lors du travail ?

.....

Avez-vous eu des facteurs qui déclenchaient votre douleur ? (par exemple des actions, des mouvements ...) si oui, pouvez-vous les décrire ?

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

Avez-vous eu des facteurs qui soulageaient votre douleur ? (par exemple des actions, des mouvements ...) si oui, pouvez-vous les décrire ?

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

Avez-vous reçus des traitements :

- médicamenteux ? si oui, lesquels ?

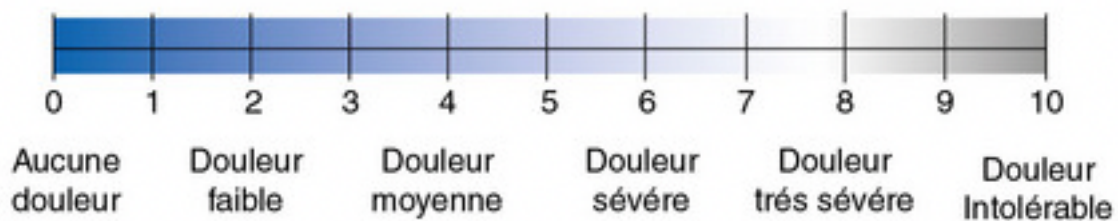
.....
.....

- autres que médicamenteux ? si oui, lesquels ? (plusieurs choix possibles)

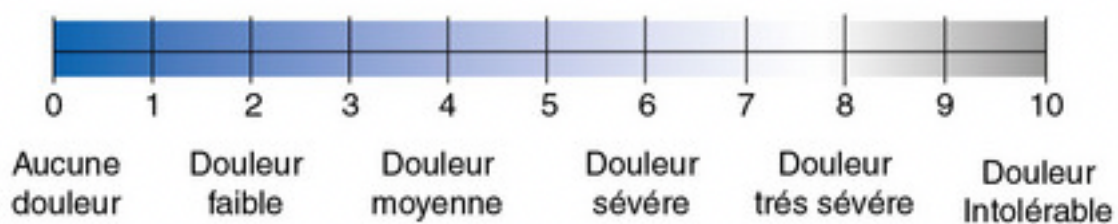
- conseils posturaux
- garnitures glacées
- acupuncture
- massages
- homéopathie
- autres :

.....
.....

Si vous deviez évaluer votre douleur le lendemain de votre accouchement sur une échelle de 0 à 10, à combien la noteriez-vous sachant qu'à 0 il n'y a aucune douleur ressentie et à 10 la douleur ressentie est la pire douleur imaginable ?



Si vous deviez évaluer votre douleur à la sortie du séjour en maternité sur une échelle de 0 à 10, à combien la noteriez-vous sachant qu'à 0 il n'y a aucune douleur ressentie et à 10 la douleur ressentie est la pire douleur imaginable ?



Pour chaque affirmation, cochez votre ressenti :

La douleur ressentie pendant mon séjour en suites de couches m'a empêchée de prendre soin de mon enfant comme je l'aurais voulu.

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

La douleur ressentie pendant mon séjour en suites de couches m'a empêchée de prendre soin de moi comme je l'aurais voulu.

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

La douleur m'a empêchée de dormir.

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

La douleur m'a empêchée de marcher.

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

L'équipe soignante s'est intéressée à ma douleur.

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

Je n'ai pas osé me plaindre de ma douleur.

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

Si oui, pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

Lorsque je me suis plainte de ma douleur j'ai été écouté et on m'a apportée de quoi me soulager (conseils / médicaments).

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

J'ai eu une barquette avec des antalgiques (médicaments anti-douleurs, Paracétamol et Ibuprofène) dans ma chambre.



Ibuprofène



Paracétamol

- Oui, tous les jours
- Oui, au moins pour un jour
- Non

Les explications données par la sage-femme concernant la prise de médicaments étaient claires.

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

J'ai pris systématiquement les médicaments donnés dans la barquette même quand je n'avais pas de douleur.

- Oui
- Non
- Je n'ai pas eu de barquette

Je suis satisfaite de la façon dont ma douleur a été prise en charge dans le service de suites de couches.

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

Merci pour le temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire.

Résumé

Afin d'évaluer la prise en charge de la douleur en suites de naissance dans une maternité de niveau 3, nous avons réalisé au CHU de Caen une étude quantitative prospective à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation distribués à 100 patientes ayant accouché par voie basse puis une étude retrospective sur leurs dossiers médicaux.

99% des patientes déclarent être satisfaites de la prise en charge de leur douleur dans le post-partum. 86% des patientes déclarent avoir reçu des antalgiques alors qu'il a été tracé très peu de prises de médicaments. 97% des patientes déclarent que l'équipe soignante s'est intéressée à leur douleur alors que l'EN n'a été tracé que pour 34% d'entre elles.

La traçabilité des antalgiques et de l'évaluation de la douleur dans les dossiers est à améliorer.

Titre : Evaluation de la prise en charge de la douleur après un accouchement par voie basse dans le post-partum au CHU de Caen

Mots-clés : douleur, post-partum, accouchement par voie basse, satisfaction, dépistage, traçabilité.

We wanted to evaluate pain management in the postpartum period.

We've done a quantitative cohort study at the maternity of Caen with self-assessment questionnaires, then we've done a retrospective study with an analysis of their medical records. Study patients were women who delivered vaginally.

99% of study patients were satisfied with the pain management at the maternity. 86% of patients indicated that they received pain killers whereas only a few of medications were recorded in their medical history. 97% of patients said that the nursing staff took interest in their pain but only a few of pain scales were recorded in their medical records.

The traceability of records still needs to be improved.

Title : Pain management assessment after vaginal delivery in the postpartum period at Caen University Hospital

Keywords : pain, postpartum, vaginal delivery, satisfaction, screening, traceability.