HAL
open science

Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales

Laurent Urion

To cite this version:

Laurent Urion. Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales. Sciences du Vivant [q-bio]. 2002. hal-01739104

HAL Id: hal-01739104

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01739104v1

Submitted on 20 Mar 2018

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 LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Double 158763

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
2002

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 12

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée
par

Laurent URION

le 21 mars 2002

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR APRES LESIONS PERINEALES OBSTETRICALES

18 MARS 2002

Examinateurs de la thèse :

Mme M.C. Laxenaire	Professeur	Présidente
Mr F. Guillemin	Professeur	Juge
Mr H. Bouaziz	Professeur	Juge
Melle F. Bayoumeu	Docteur en Médecine	Juge
Melle B. Fontaine	Docteur en Médecine	Juge

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1
D 007 209355 0

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1er Cycle :	**Mme le Docteur Chantal KOHLER**
du 2ème Cycle :	**Mme le Professeur Michèle KESSLER**
du 3ème Cycle :	**Mr le Professeur Jacques POUREL**
de la Vie Facultaire :	**Mr le Professeur Philippe HARTEMANN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Georges GRIGNON – Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – François STREIFF – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur François PLENAT
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT
Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM
Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : ***(Biologie cellulaire)***

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS

Professeur Hervé BOUAZIZ

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET
Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT
Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

-

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL
Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Paul VERT – Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET
Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE
Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIEWSKI – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Mickaël KRAMER

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marie-Nathalie SARDA
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Damien LOEUILLE

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Michèle BAUMANN

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE
Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

======

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE,

Madame le Professeur Laxenaire
Professeur d'Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.
Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement. Nous avons pu apprécier votre rigueur et votre dynamisme.
Nous avons particulièrement apprécié l'intérêt que vous portez à la qualité de la formation des internes en anesthésie-réanimation de Nancy.
Puissiez vous trouver dans ce travail l'expression de notre grande admiration et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Guillemin

Professeur d'Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Nous vous remercions sincèrement de l'intérêt que vous nous portez en acceptant de juger ce travail.

Veuillez trouvez ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Bouaziz
Professeur d'Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale

Nous vous sommes profondément reconnaissant de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.
Nous avons apprécié pendant ces années la qualité de votre enseignement.
Nous vous assurons de toute notre admiration et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Mademoiselle le Docteur Bayoumeu
Praticien Hospitalier au Département d'Anesthésie-Réanimation chirurgicale de la Maternité Régionale de Nancy

Nous vous remercions sincèrement de l'honneur que vous nous faites en jugeant ce travail.
Vous nous avez confié le sujet de cette thèse et vous nous avez guidé tout au long de ce travail avec patience et discernement.
Nous avons apprécié votre disponibilité, votre dynamisme, votre savoir et votre volonté de le partager.
Que ce travail soit le modeste témoignage de notre profonde et respectueuse estime.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Mademoiselle le Docteur Fontaine
Praticien Hospitalier à la clinique de gynécologie-obstétrique de la Maternité Régionale de Nancy

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.
Nous avons apprécié l'intérêt que vous avez témoigné au sujet de ce travail, dès sa mise en place.
Nous vous assurons de toute notre admiration et de notre profond respect.

A mes parents,

A mon frère,

A mes grands-parents,

A toute ma famille et ma belle-famille

Vous m'avez apporté votre amour, votre confiance et votre soutien tout le long de ces années.

Je vous en remercie profondément.

Je vous dédie ce travail avec tout mon amour.

A Sonia,

Tu as illuminé ma vie le jour où nous nous sommes rencontrés.
Nous avons gommé nos différences et mis en valeur ce qui nous rapprochait.
Notre union me comble.
Avec tout mon amour.

A …

et ses futurs frère(s) et sœur(s)

A mes amis les plus proches : Christophe, Cyrille, Pierre-Marie, Sylvain, Virginie, Yann et tous les autres…

A Laurence, qui nous a trop vite quittés.

A Céline Jandard. Tu m'as donné le sujet de cette thèse et tu as suivi toutes les étapes de sa réalisation. Tu es devenu au fil des mois une amie. Je te souhaite tout le bonheur pour ton avenir, professionnellement et personnellement.

Aux médecins et IADE de Thionville, qui m'ont appris la base de l'anesthésie.

A Jacques Mariot, j'ai pu admirer tes qualités professionnelles qui sont pour moi un modèle. Je n'oublierai jamais la valeur de ton enseignement. A tout le personnel de l'hôpital Saint-André de Metz.

A toute l'équipe de la Réanimation médicale, ASH, aides-soignantes, secrétaires, infirmières et médecins. J'ai passé en votre compagnie un semestre inoubliable. A Porchi, Barbouze et Lèvres en feu, petit clin d'œil de Groquick. A CDLR, sans qui le Château ne serait pas ce qu'il est.

A celles et ceux qui travaillent à la Maternité Régionale de Nancy. Le semestre passé en votre compagnie était pour moi très agréable. Je remercie particulièrement toutes celles et tous ceux qui ont participé à ce travail, et notamment les médecins et les sages-femmes de l'équipe obstétricale, ainsi que Mme le Dr Fresson. Je remercie également Mme le Dr Florence Girard. Vous m'avez apporté toutes vos connaissances en statistiques, mais aussi votre disponibilité et votre patiente. J'espère avoir ultérieurement le plaisir de travailler à nouveau avec vous.

A toute l'équipe du bloc opératoire de Dommartin-lès-Toul et de la COT, et surtout Mr Marchand, Mr Mekler et Mr Macalou. Vous m'avez donné le goût de l'anesthésie-locorégionale et m'avez fait partagé votre savoir et votre bonne humeur. Cela restera tout au long de ma carrière professionnelle.

A l'équipe de chirurgie infantile de Brabois pour sa gentillesse.

A tous ceux que j'ai pu oublié, veuillez m'en excuser, c'était mes premières dédicaces. J'essaierai de faire mieux la prochaine fois.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

1 INTRODUCTION 20

2 PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE 22

2.1 GENERALITES 22

2.2 DEFINITIONS 23

2.3 BENEFICIAIRES D'UN PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE 23

2.4 PRINCIPES DE L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE 24

2.5 LES QUATRE ETAPES DU PROJET D'AMELIORATION 26

2.6 FACTEURS CLES DE LA REUSSITE D'UN PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE 27

3 DOULEUR DES LESIONS PERINEALES OBSTETRICALES 29

3.1 RAPPEL SUR LES LESIONS PERINEALES OBSTETRICALES 29

3.2 LA DOULEUR 38

3.3 LA DOULEUR DU POST-PARTUM 43

4 ETUDE PERSONNELLE 56

4.1 OBJECTIF 56

4.2 1ERE ETAPE DU PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE : REDACTION DU REFERENTIEL 58

4.3 2EME ETAPE DU PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE : ETAT DES LIEUX 59

4.4 3EME ETAPE DU PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE : ELABORATION DU PLAN D'ACTION 78

4.5 4EME ETAPE DU PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITE : EVALUATION DE L'EFFICACITE DES ACTIONS ACCOMPLIES 83

4.6 DISCUSSION 110

5 CONCLUSION 125

6 BIBLIOGRAPHIE 127

1 Introduction

« La douleur n'est pas une fatalité ». Ces affiches ou dépliants présents dans les couloirs des hôpitaux sont le reflet de l'implication des équipes soignantes dans la lutte contre la douleur engagée depuis plusieurs années. Cette prise en charge de la douleur est même une obligation morale pour tout médecin, rappelée dans l'article 37 du code de déontologie médicale (« s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade »).

Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une politique nationale de lutte contre la douleur (rapport Neuwirth présenté le 12 décembre 1994 à la Commission des Affaires Sociales du Sénat, article 710-3-1 du 4 février 1995 du Code de Santé Publique) incitant les établissements de santé à mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients accueillis. Cet objectif est repris dans la charte du patient hospitalisé. Par ailleurs, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 a introduit une obligation d'évaluation des établissements de santé. Celle-ci concerne les pratiques professionnelles, les modalités d'organisation des soins et toute action concourant à une prise en charge globale du malade, afin d'en garantir la qualité et l'efficience.

La douleur est présente dans les maternités. L'accouchement est une souffrance physique, mais les moyens pour la combattre sont maintenant nombreux en salle de naissance et largement utilisés. En revanche, la douleur passe souvent au second plan en suites de couches, après les soins du nouveau né et l'allaitement.

Pourtant, il existe de nombreuses causes de douleurs en suites de couches : les contractions utérines en premier lieu, mais aussi les lombalgies après des efforts expulsifs parfois prolongés, les douleurs mammaires, et surtout les lésions périnéales (épisiotomies et déchirures) dont la fréquence peut atteindre 60 % après accouchements par voie basse [1].

Dans une étude récente [2], les auteurs ont démontré que les patientes qui avaient subi une épisiotomie présentaient des douleurs plus intenses que les autres, avec un retentissement sur la mobilisation spontanée.

L'incidence élevée de la douleur en post-partum, que l'on peut assimiler à une douleur post-opératoire, est notamment due à une insuffisance de sa prise en charge [3]. Celle-ci relève plus d'une insuffisance d'organisation, d'effectifs soignants restreints et / ou de réticences

culturelles liées à un défaut d'information, que d'un manque d'efficacité des agents analgésiques utilisés.

Une des clés de l'amélioration du traitement de la douleur post-opératoire, et par analogie de la douleur en suites de couches, est l'organisation des soins et de la surveillance des patients. Cela permet de mettre en œuvre et d'utiliser des techniques ou des agents analgésiques efficaces [4].

Les établissements de santé doivent organiser les démarches visant à réunir les critères de qualité nécessaires et / ou souhaitables pour répondre à l'accréditation définie comme étant « une procédure externe à un établissement de santé, dont l'objectif est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement » (Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996). L'une de ces démarches est la mise en place de programme d'amélioration de la qualité sur la méthodologie préconisée par l'A.N.A.E.S. [5]. La conférence de consensus organisée par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation sur la prise en charge de la douleur post-opératoire propose également, pour promouvoir son amélioration, le modèle de l'assurance qualité [6]. Les projets d'assurance qualité sont indispensables pour obtenir des progrès notables dans la prise en charge de la douleur aiguë, permettant l'évaluation de la douleur, la formation des personnels de santé, la mise en place de protocoles clairs et standardisés, la prise en charge pratique de la douleur aiguë.

Ce travail est un projet d'assurance qualité (PAQ) interne à la Maternité Régionale de Nancy, maternité de niveau 3 effectuant 3200 accouchements par an (2550 accouchements par voie basse et 650 césariennes). Il a été réalisé entre janvier 2000 et avril 2001. Il vise à évaluer et à améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur des patientes venant d'accoucher par voie basse et ayant subi une lésion périnéale.

2 Programme d'assurance qualité [5]

2.1 Généralités

A l'instar des autres systèmes de production, les organisations de santé doivent répondre aux impératifs de qualité. Cette notion s'est récemment développée et de nombreux programmes d'amélioration de la qualité voient le jour dans tous les domaines de la médecine. Les professionnels peuvent s'appuyer sur des référentiels.

La structure d'anesthésie-réanimation n'échappe pas à cet impératif [7], même si notre spécialité s'est déjà dotée de recommandations, standards de soins et procédures réglementaires visant à réduire les faiblesses structurelles et organisationnelles impliquées dans les accidents d'anesthésie.

Auparavant, l'activité médicale n'était évaluée qu'en termes quantitatifs, ce qui permettait des comparaisons d'utilisation de ressources. L'absence d'éléments qualitatifs était cependant dommageable aux malades et aux acteurs du système de soins, en particulier dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé. Les contraintes économiques, mais aussi les exigences légitimes des consommateurs du système de soins vis-à-vis de la sécurité, du risque iatrogène, des résultats thérapeutiques et de l'humanisation de la prise en charge ont rendu nécessaire l'évaluation des pratiques et de la qualité des soins.

Une approche plus positive de la qualité, ne se réduisant pas à la simple identification des anomalies, doit être appliquée au système de santé comme cela se passe dans le domaine industriel. La démarche d'un programme d'assurance qualité (PAQ) vise à développer, au sein d'un établissement de santé, une méthode d'amélioration de la qualité, inspirée des modèles industriels, et adaptée aux spécificités et à la complexité de la production des soins.

Le recours à la démarche d'amélioration continue de la qualité devrait permettre de meilleurs soins, un accroissement de la productivité, une réduction des dysfonctionnements et une meilleure gestion des risques.

2.2 Définitions

Plusieurs définitions de la qualité existent. La plus communément admise en médecine est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé :

« Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins [8]*. »*

Cette définition de la qualité est à rapprocher de celle utilisée dans l'industrie. Selon l'ISO (International Organisation for Standardisation), organisme international chargé de la standardisation du vocabulaire et des méthodes relatives à la qualité :

« La qualité est l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites [9]*. »*

La qualité en médecine peut se traduire par différentes composantes : accessibilité aux soins, sécurité, efficience, efficacité, délivrance au bon moment, continuité des soins, caractère approprié des actes médicaux, acceptabilité (consentement du patient).

2.3 Bénéficiaires d'un programme d'assurance qualité

Dans le secteur de la santé, il existe une multiplicité de « clients » potentiels d'une prestation de soins : les patients et leur entourage, les professionnels de santé, les tutelles et organismes de financement. La traduction des besoins de ces différents clients oblige à prendre en compte les exigences de qualité spécifiques à chacun de ces clients.

Le but d'un PAQ est de prendre en charge l'ensemble des exigences des différents clients :

- ✓ **Pour les patients :** la qualité repose sur des critères multiples, où la subjectivité prend une part importante de la satisfaction finale ;
- ✓ **Pour les professionnels de santé :** la qualité est la capacité à utiliser des techniques diagnostiques et thérapeutiques optimales en terme d'efficacité, de sécurité, de délivrance au moment opportun ;

- ✓ **Pour les tutelles et organismes de financement :** la qualité se traduit par l'adéquation de l'offre de soins, le respect des exigences de sécurité, la maîtrise des coûts.

2.4 Principes de l'amélioration continue de la qualité

Trois principes méthodologiques caractérisent la démarche d'amélioration continue de la qualité :

- ✓ Toute activité, dans un établissement, peut être décrite sous la forme d'un processus ;
- ✓ Ce processus est analysé dans son fonctionnement actuel. Cette analyse permet d'identifier les dysfonctionnements en situation réelle, et de définir les actions d'amélioration avec les personnels concernées ;
- ✓ L'efficacité de toute amélioration doit être objectivée par une mesure.

2.4.1 Description sous la forme d'un processus

La production d'un établissement de soins peut être vue comme un ensemble complexe de tâches à réaliser. Ces tâches peuvent être regroupées en processus par rapport à un objectif à réaliser. C'est l'approche par processus qui caractérise la démarche d'amélioration de la qualité car elle nécessite une segmentation de la prise en charge d'un malade en un certain nombre d'étapes, dont la succession doit aboutir à un résultat de qualité.

Au sein de ce processus complet de prise en charge du patient, il est possible d'identifier de nombreuses étapes, appelées sous-processus. Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs.

2.4.2 Analyse des processus dans leur fonctionnement actuel

L'étude du processus en situation réelle nécessite l'implication de toutes les catégories professionnelles concernées. La participation de tous les personnels dans la détection des dysfonctionnements des processus favorise l'acceptabilité des solutions préconisées.

Cette étude du processus permet de fixer les buts à atteindre, en fonction des possibilités d'amélioration et en évitant des objectifs irréalistes.

2.4.3 Mesure de l'amélioration

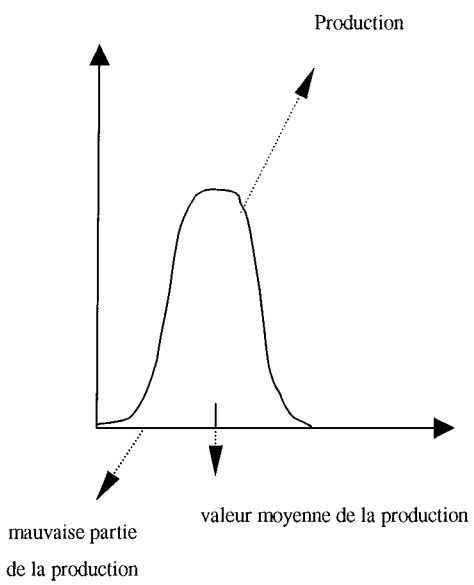
La mesure du niveau de qualité est une préoccupation constante au cours de toute démarche d'amélioration. Le recours aux données chiffrées permet d'ancrer la démarche dans la réalité.

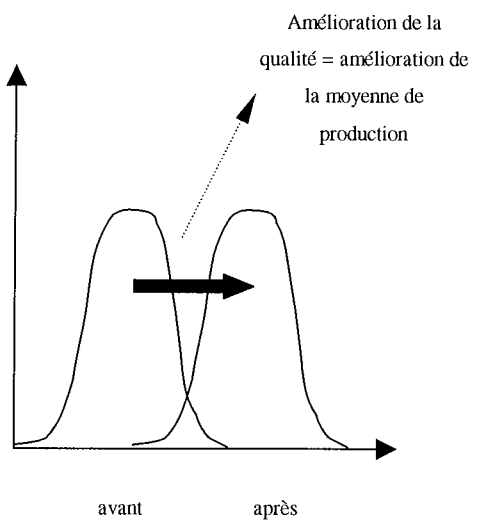
Certaines données peuvent être organisées en indicateurs, ce qui permet :

- ✓ de connaître le niveau de qualité initial du processus ;
- ✓ de se fixer des objectifs quantifiés ;
- ✓ de vérifier qu'ils sont atteints, en mesurant l'efficacité des solutions mises en œuvre sous la forme de plans d'action ;
- ✓ de suivre dans le temps le maintien des résultats obtenus, c'est-à-dire la pérennité des changements.

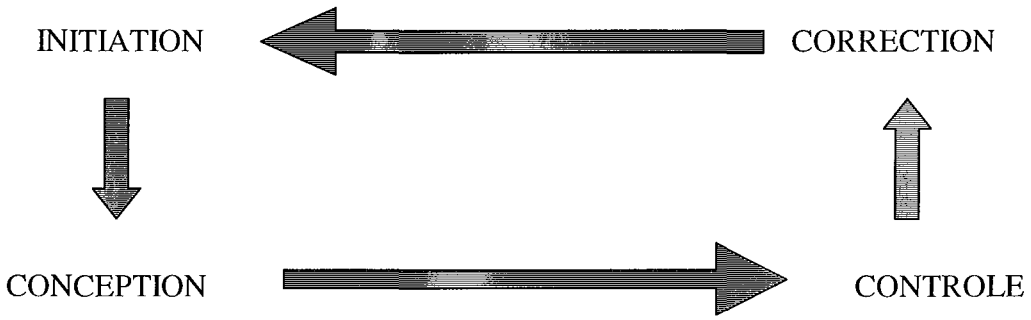
L'indicateur de résultats permet en fait de répondre à la question : « comment pourra t-on mesurer le succès du projet ? ».

L'amélioration de la qualité peut se contrôler a posteriori, afin de déterminer si le PAQ (Programme d'Assurance Qualité) a répondu aux exigences qui étaient posées. On peut modéliser ce contrôle de la qualité sous forme de deux schémas :





L'assurance qualité peut ainsi décrire un cycle :



2.5 Les quatre étapes du projet d'amélioration

La méthode consiste à créer un cycle d'amélioration permanent de la qualité en utilisant les techniques d'évaluation, d'audit interne et de participation des personnels du service à la conception des processus et des mesures correctives visant à régler les problèmes et à réduire la variabilité de la production. Le cycle comporte quatre étapes, chacune répondant à des objectifs précis.

2.5.1 Etape n°1 : identification du processus

La première étape consiste à définir les thèmes en fonction des problèmes constatés et des objectifs de soins (identification du processus global et de ses principaux segments), et à choisir les indicateurs permettant d'évaluer la production. Elle permet également la reconnaissance des acteurs du processus et de leur rôle. La direction de l'établissement valide ce choix auprès des instances consultatives (notamment la Commission Médicale d'Etablissement). A la fin de cette étape, les objectifs du projet sont précis, les échéances sont fixées et un groupe « projet » est constitué.

2.5.2 Etape n°2 : description du processus

La deuxième étape consiste à analyser de manière critique et détaillée le processus ciblé. Elle permet de visualiser les points forts, mais surtout les dysfonctionnements en identifiant leur origine. Elle permet de rechercher et définir les référentiels de procédure ou d'actions thérapeutiques devant être utilisés pour atteindre les objectifs.

2.5.3 Etape n°3 : construction du nouveau processus

L'étape n°3 conduit à l'élaboration d'un nouveau processus qui intègre les dispositions retenues pour corriger les dysfonctionnements identifiés. Les solutions proposées par le groupe découlent des constatations faites lors de l'étape précédente. Ce travail est complété par une recherche des références externes applicables au thème étudié, qui peuvent être d'ordre réglementaire (lois ou décrets), professionnelles (pratiques professionnelles, références), ou de l'ordre de l'expertise (sites référents, avis d'experts communément admis). Ces dispositions recouvrent une grande variété d'actions :

- ✓ Des actions de formation ;
- ✓ La mise en œuvre de nouvelles organisations ;
- ✓ La modification ou l'élaboration de protocoles ou de procédures écrites pour certaines étapes clés du processus.

2.5.4 Etape n°4 : amélioration du nouveau processus

La quatrième étape a pour but d'évaluer le projet afin de réaliser une comparaison par rapport aux objectifs initiaux. Elle conduit à des résultats prouvant l'application des actions entreprises. Ces premiers résultats serviront de base à la diffusion de la démarche au sein de l'établissement, prouvant ainsi son efficacité. La répétition des actions d'amélioration, couplée à la mesure des indicateurs de suivi, doit permettre de maintenir le résultat. Si les résultats obtenus diffèrent des objectifs, des mesures de modifications sont prises, complétées le cas échéant par de nouvelles actions de formation.

2.6 Facteurs clés de la réussite d'un programme d'assurance qualité

- ✓ **Pour initier :**
  - Niveau d'engagement de l'établissement suffisant ;
  - Précision des objectifs du projet ;
  - Charisme du responsable de projet ;

✓ **Pour conduire :**

- Association de tous les acteurs concernés ;
- Mise en place d'une gestion du projet ;
- Existence d'indicateurs de réussite ;

✓ **Pour intégrer :**

- Expérience antérieure acquise ;
- Transversabilité du projet ;
- Rôle des structures existantes dans l'hôpital.

3 Douleur des lésions périnéales obstétricales

3.1 Rappel sur les lésions périnéales obstétricales

Dans certains pays, la peur des lésions périnéales au cours de l'accouchement par voie basse est la principal motif de césarienne « de convenance », jusqu'à 80 % des patientes des cliniques privées au Brésil par exemple [10].

Erskine [11] a révélé en 1999 que, parmi les femmes gynécologues anglaises, 30 % souhaitent, pour elles-mêmes, un accouchement par césarienne programmée, malgré la propre morbidité de cette intervention chirurgicale. La crainte des lésions périnéales secondaires à l'accouchement par voie basse, avec les conséquences qu'elles entraînent à long terme (incontinence urinaire notamment), est le motif évoqué le plus fréquemment (80 %). Les autres raisons avancées sont le risque de dyspareunies (58 %), la santé du nouveau né (39 %) et le désir de programmer la naissance (27 %).

On estime la fréquence de survenue des déchirures périnéales entre 20 et 60 % des accouchements par voie basse (AVB) [1, 12]. L'épisiotomie est pratiquée dans 9 à 80 % des AVB selon les pays, les écoles et les périodes [1]. Dans les pays industrialisés, la fréquence actuelle se situe à 30 % en Europe, 60 % aux Etats-Unis. L'épisiotomie est probablement le geste chirurgical le plus pratiqué en France (390 000 / an).

Les pratiques de l'établissement dans lequel ce travail a été réalisé ne sont pas différentes, comme en témoignent les données du Département d'Informatique Médicale de la Maternité Régionale de Nancy évaluant à seulement 16 % le nombre de périnées intacts après accouchement par voie basse (Figure 1).

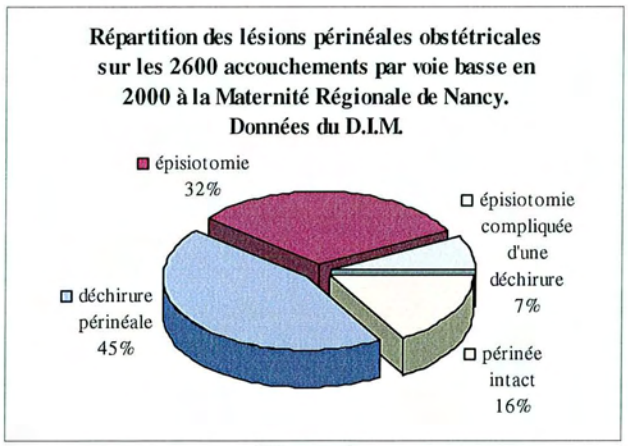


Figure 1

3.1.1 Déchirures périnéales spontanées

3.1.1.1 Facteurs de risque

✓ **Facteurs maternels :**

- Primiparité : le périnée de la primipare est moins souple. 75 % des déchirures périnéales s'observent lors du premier accouchement, qui joue un rôle prépondérant dans la survenue ultérieure d'un trouble de la statique pelvienne ou d'une incontinence urinaire [13] ;

- Texture du périnée : œdème par travail prolongé ou toxémie gravidique, périnée résistant (cicatriciel, primipare âgée) ;

- Conformation du périnée : hypoplasie notamment ;

✓ **Facteurs fœtaux :**

- Macrosomie ;

- Présentation postérieure, face, siège ;

- Accouchement très rapide (distension brutale) ;

✓ **Facteurs mécaniques :**

- Manœuvres instrumentales (forceps, spatules, ventouses) ;

- Type d'épisiotomie : l'épisiotomie médiane est associé à d'avantage de déchirures graves que l'épisiotomie médio-latérale [14].

3.1.1.2 Formes anatomiques

Les déchirures périnéales peuvent être associées à des déchirures vulvaires, vaginales ou cervicales. C'est dire l'intérêt d'un bilan minutieux avant la réparation chirurgicale.

✓ **Déchirures ouvertes :** la classification française distingue trois degrés de lésions [12] :

- **Déchirure du 1er degré** = déchirure périnéale simple, incomplète : intéresse la peau anovulvaire, les muscles superficiels du périnée et la muqueuse vaginale, en respectant le sphincter anal (Figure 2) ;

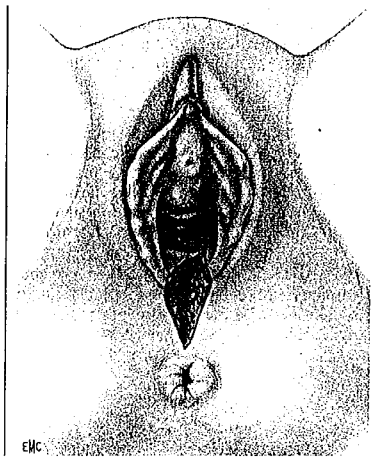


Figure 2 : déchirure du 1er degré (© EMC)

- **Déchirure du 2ème degré** = déchirure périnéale complète : 1er degré + atteinte du sphincter externe de l'anus, la rupture s'arrête à la marge anale, la paroi digestive est intacte (Figure 3) ;

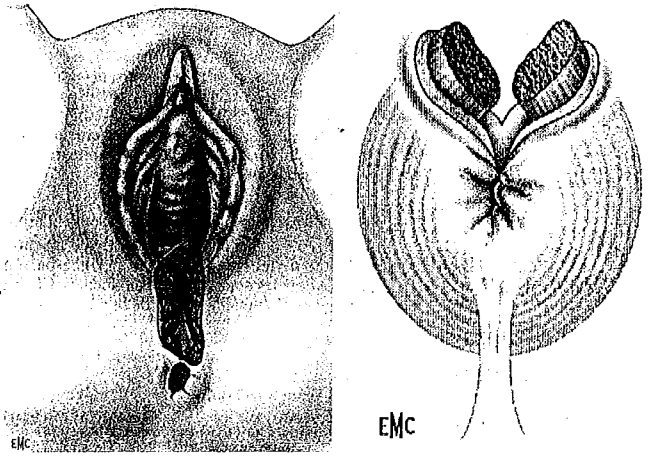


Figure 3 : déchirure du 2ème degré (© EMC)

- **Déchirure du 3ème degré** = déchirure périnéale complète compliquée : 2ème degré + rupture de la paroi anale, mise en communication du vagin et du rectum. Une déchirure du 3ème degré expose à des risques d'incontinence anale séquellaire malgré la réparation, estimés de 25 à 50 % des cas selon les auteurs [15, 16] (Figure 4) ;

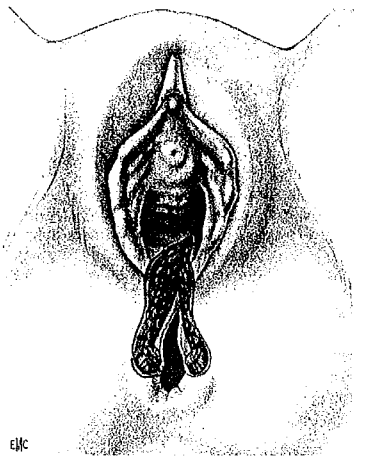


Figure 4 : déchirure du 3ème degré (© EMC)

✓ **Déchirures fermées :**

Il s'agit de lésions périnéales sous-jacentes avec périnée intact, sans déchirure cutanéo-muqueuse. L'existence d'une éraillure vaginale isolée doit également faire suspecter une atteinte périnéale sous-jacente. Ces lésions sont graves du fait de la difficulté diagnostique et des possibilités thérapeutiques nulles à distance.

3.1.1.3 Complications des déchirures périnéales

✓ **Précoces :**

- Douleur : c'est la complication la plus fréquente. Elle est due à un œdème. Parfois de simples éraillures des petites lèvres ou de la région clitoridienne rendent les mictions douloureuses ;
- Hémorragie ;
- Hématome (également appelé thrombus) ;
- Infection, désunion ;

✓ **Tardives :**

- Douleurs chroniques ;
- Dyspareunies ;
- Fistules ;
- Troubles sphinctériens et de la statique pelvienne, incontinence ano-rectale et / ou urinaire, prolapsus génito-urinaire ;
- Kyste de la glande de Bartholin ;
- Endométriose.

3.1.1.4 Traitement

Le traitement d'une déchirure périnéale obstétricale est réalisé par un obstétricien entraîné [17]. La réparation doit être la plus anatomique possible [18], au mieux le plus tôt après la délivrance, sous anesthésie locale ± analgésie péridurale, en asepsie stricte. Le chirurgien réalise d'abord une hémostase soigneuse. Ensuite, il pratique un bilan périnéal minutieux, systématique, sous valve, en position gynécologique.

La technique de suture est importante. Plusieurs études ont montré en effet qu'elle joue un rôle important sur la douleur en post-partum immédiat. Grant [19] et Mackrodt [20, 21, 22] ont démontré que l'usage de fils résorbables diminue les douleurs en post-partum immédiat par rapport à l'usage de fil non résorbable. Mounier [23] et Kettle [24] ont étudié la réalisation d'un surjet intra dermique diminuant également les douleurs en post-partum.

En suites de couches, des soins locaux sont effectués (toilette à l'eau stérile deux fois par jour, séchage de la cicatrice au sèche-cheveux, application d'éosine). Ils peuvent être complétés par l'application de glace, et également d'anesthésiques locaux en spray de manière répétée, dont l'efficacité pour diminuer la douleur a été démontrée dans plusieurs études [25, 26, 27].

3.1.2 Episiotomies

3.1.2.1 Généralités

Éthymologiquement, le mot épisiotomie signifie « section du pubis » [28]. En fait, il s'agit de la section de l'anneau vulvaire étendue vers le périnée. La première description de l'épisiotomie remonte au XVIIIème siècle (Fielding-Ould en 1742). Elle fût recommandée en France à partir du XIXème siècle par Tarnier et Crede.

Cet acte courant est très controversé dans ses indications et dans sa technique. Alors que son bénéfice fœtal ne semble pas remis en cause, son bénéfice maternel, surtout à long terme, est de plus en plus discuté par de grandes séries [29, 30, 31, 32]. Sa principale complication, la douleur aiguë en post-partum, est un problème réel [17].

3.1.2.2 Buts de l'épisiotomie

Les buts de l'épisiotomie sont doubles, à la fois maternels et fœtaux. Sur le plan maternel, l'épisiotomie pourrait permettre d'éviter à court terme les déchirures périnéales spontanés sévères et de prévenir à long terme les troubles de la statique pelvienne (prolapsus génito-urinaire, incontinence urinaire d'effort, incontinence anale, etc.). Sur le plan fœtal, l'épisiotomie abrège l'expulsion ce qui réduit l'acidose, diminue le traumatisme fœtal et facilite la réalisation des manœuvres instrumentales.

Les **indications** de l'épisiotomie sont donc les suivantes :

- ✓ Manœuvres obstétricales d'extraction ;
- ✓ Présentations : postérieure, siège, face ;
- ✓ Périnée hypoplasique, asymétrique, résistant (primipare âgée), œdématié (travail long, toxémie gravidique), cicatriciel ;
- ✓ Protection fœtale (souffrance, prématurité) ;
- ✓ Macrosomie fœtale.

3.1.2.3 Technique

L'épisiotomie intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et tout le faisceau pubo-rectal. Elle doit être suffisamment longue, sinon elle risquerait de se compliquer d'une déchirure qu'elle était censée prévenir. Trop longue, elle est délabrante et douloureuse. Elle mesure habituellement 2 à 3 cm. Elle est d'autant plus importante que l'enfant est gros, la vulve étroite, le périnée fragile.

Il existe trois types d'épisiotomies : médiane, médiolatérale, et latérale (Figure 5 et Tableau 1).

L'épisiotomie latérale est pratiquement abandonnée. L'épisiotomie médiane a sa préférence aux Etats-Unis. En France, y compris à la Maternité Régionale de Nancy, c'est l'épisiotomie médiolatérale qui est la plus pratiquée.

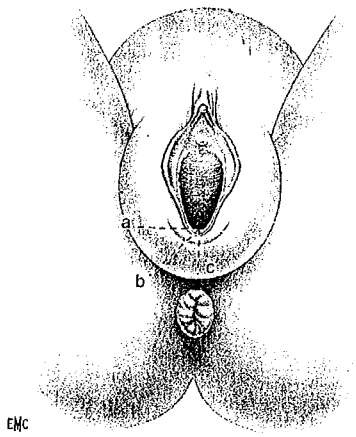


Figure 5 : les différents types d'épisiotomie (© EMC)

a. latérale
b. médiolatérale
c. médiane

	Episiotomie médiane	Episiotomie médiolatérale	Episiotomie latérale
Avantages	- facile à réaliser - peu hémorragique - peu douloureuse - facile à réparer	protège le sphincter anal en évitant une expulsion trop brutale	aucun avantage par rapport à l'épisiotomie médiolatérale
Inconvénients	risque d'extension vers le sphincter anal = déchirure périnéale complète compliquée	- incision de trois plans anatomiques - hémorragique - douloureuse - difficile à réparer	- plus hémorragique car lésion des corps caverneux - risque de kyste par lésion de la glande de Bartholin

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des différents types d'épisiotomie [1]

3.1.2.4 Réparation de l'épisiotomie

Les principes thérapeutiques ne diffèrent pas de ceux d'une déchirure périnéale.

3.1.2.5 Complications de l'épisiotomie

Les complications des épisiotomies sont superposables à celles des déchirures périnéales. De plus, une épisiotomie peut se compliquer d'une déchirure périnéale dans deux circonstances :

- ✓ **Episiotomie trop verticale :** risque de déchirure complète compliquée intéressant le sphincter anal. Plusieurs auteurs ont démontré l'augmentation du risque de déchirure complète compliquée en cas de réalisation d'une épisiotomie médiane [14, 32, 29] ;
- ✓ **Episiotomie incomplète :** la déchirure file le long du muscle releveur vers le sphincter strié anal et le canal anal.

Plusieurs travaux s'accordent à trouver un rôle protecteur de l'épisiotomie médiolatérale contre les déchirures graves [33, 34, 35], même si aucune étude de niveau 1 ne l'a jamais démontré [30].

En revanche, plusieurs études randomisées n'ont pas montré d'avantages sur le plan périnéal à une utilisation large de l'épisiotomie (40 à 80 % des accouchements), par rapport à une utilisation restreinte (10 à 30 % des accouchements), que ce soit à court terme (déchirures périnéales sévères, douleurs en post-partum), ou à long terme (incontinences urinaires et anales, troubles de la statique pelvienne, dyspareunies) [34, 36, 37, 38].

L'usage intensif de l'épisiotomie n'est donc pas justifié. De plus, la douleur après une épisiotomie est importante [17, 35, 38], supérieure à celle d'une déchirure périnéale en post-partum immédiat [32, 39]. Cette différence n'est plus retrouvée dès la deuxième semaine [36]. Les dégâts périnéaux se constituant dès le premier accouchement [13], les obstétriciens pratiquent une épisiotomie plus facilement chez la primipare.

Toutes les études concordent donc pour prôner, aujourd'hui, une utilisation restreinte de l'épisiotomie [31], le taux raisonnable semblant se situer aux alentours de 30 % des accouchements [1]. Ce chiffre correspond à celui que le DIM de la Maternité Régionale a enregistré en 2000 (Figure 1).

3.2 La douleur

3.2.1 Définition de la douleur

La douleur est une sensation complexe : « sensation physique pénible à endurer », « souffrance, détresse du corps ou de l'esprit », « situation traumatique génératrice d'angoisse » sont les définitions communément admises [40]. L'association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain) la définit comme une « sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes ».

Il existe plusieurs types de douleurs [41], que l'on peut classifier selon :

✓ **La chronologie :**

- Douleur aiguë : réaction normale de l'organisme face à une agression, ayant valeur de signal ;
- Douleur chronique : douleur persistant depuis plusieurs semaines, rebelle aux antalgiques classiques ;

✓ **Le mécanisme physiopathologique :**

- Douleur par excès de nociception, liée à des influx nociceptifs transmis depuis des lésions somatiques ;
- Douleur neurogène (par désafférentation) : ayant pour origine une lésion du système nerveux ;
- Douleur musculaire ;
- Douleur idiopathique ;
- Douleur psychogène.

La douleur après lésion périnéale obstétricale peut être rapprochée de la douleur postopératoire, qui présente des caractéristiques propres : douleur aiguë, par excès de nociception, variable en fonction du nycthémère pouvant associer une douleur de fond à des paroxysmes (lors de la toux par exemple). L'intensité de la douleur post-opératoire peut être

parfois très grande, mais de manière imprévisible, avec des variations inter-individuelles importantes.

3.2.2 Facteurs influençant la douleur postopératoire

Certains éléments peuvent influencer la douleur postopératoire [42] :

✓ **Facteurs internes :**

- Liés à la chirurgie : site opératoire, technique chirurgicale ;
- Liés à l'anesthésie : analgésie peropératoire insuffisante ;
- Liés au malade : âge, anxiété, niveau d'information préalable, expériences antérieures, niveau socioculturel ;

✓ **Facteurs externes :**

- Prescripteurs et infirmières : l'équipe soignante peut avoir une influence sur l'intensité de la douleur ressentie par le patient en fonction de son comportement (conseils au patient, remarques, détachement ou au contraire implication importante dans la prise en charge de la douleur) ;
- Autres malades, environnement du patient qui va essayer de s'identifier à d'autres patients.

3.2.3 Evaluation de la douleur postopératoire

La douleur postopératoire est un phénomène subjectif, complexe et multifactoriel. Son évaluation est indispensable car pour un patient et une chirurgie donnée, il est impossible de prédire le niveau de douleur perçue et la consommation d'antalgiques [43]. L'auto-évaluation de la douleur par le patient lui-même est la règle, car l'hétéro-évaluation par le personnel soignant conduit à une sous-estimation du niveau de la douleur [44, 45]. La mesure de l'intensité de la douleur doit être réalisée plusieurs fois par jour, au repos et en condition dynamique (toux, mouvements) et doit concerner plutôt la douleur actuelle que celle des heures précédentes. L'interprétation des résultats de l'évaluation permet d'améliorer la prise en charge des patients en adaptant le traitement antalgique.

Il existe plusieurs méthodes pour évaluer la douleur. Une douleur aiguë, comme celle des lésions obstétricales périnéales, est moins influencée par les facteurs affectifs et émotionnels que la douleur chronique, justifiant l'emploi de mesures simples. Parmi les méthodes d'évaluation, trois permettent une auto-évaluation : l'échelle verbale simple, l'échelle numérique simple et l'échelle visuelle analogique. Ces échelles sont faciles à utiliser, d'un faible coût, et se prêtent à un traitement statistique des données.

- ✓ **L'échelle verbale simple (EVS) :** attribue un qualificatif à l'intensité douloureuse (0 : douleur absente, 1 : douleur faible, 2 : douleur modérée, 3 : douleur intense) ;

- ✓ **L'échelle numérique simple (ENS) :** affecte un pourcentage à l'intensité de la douleur, de 0 à 100 ;

- ✓ **L'échelle visuelle analogique (EVA) :** réglette de 0 à 100 mm, avec curseur que bouge le patient pour indiquer l'intensité de la douleur.

L'EVS a l'inconvénient d'être peu sensible car n'offrant qu'un nombre limité de réponse au patient, celui-ci ayant tendance à n'utiliser que les extrémités [43]. L'évaluation par l'EVA et par l'ENS sont des méthodes validées, sensibles et reproductibles. L'EVA constitue l'outil de référence pour l'évaluation de la douleur postopératoire [4]. Cependant, l'ENS a été préférée à l'EVA dans ce travail pour plusieurs raisons :

- ✓ Présentation écrite plus facile avec l'ENS. Les questionnaires était laissés aux patientes. Elles le remplissaient seules, pour éviter des réponses suggestives, qui auraient été influencées par l'évaluateur ;

- ✓ La compréhension des patients est meilleure pour l'ENS, son utilisation est plus simple, de telle façon que certains auteurs la préfère à l'EVA [46] ;

- ✓ La validité et la fiabilité de l'ENS ont déjà été démontrées, y compris par rapport à l'EVA [47, 48].

3.2.4 Amélioration de la prise en charge de la douleur

Les bases fondamentales pour améliorer la prise en charge de la douleur postopératoire dans un service ont été posées dans la conférence de consensus de la SFAR sur la prise en charge de la douleur [49].

Le défaut de prise en charge de la douleur postopératoire est apparu à travers de nombreuses publications [50, 51, 52, 53]. L'introduction récente de nouvelles techniques (anesthésie loco-régionale, analgésie contrôlée par le patient, etc.) permettant de lutter efficacement contre la douleur représente un progrès considérable dans ce domaine. Mais une prise en charge plus efficace de la douleur postopératoire passe par une organisation des services d'hospitalisation visant à ce que chaque patient qui le justifie puisse bénéficier des techniques adaptées.

Cette organisation des services d'hospitalisation peut s'aider d'un **programme d'assurance qualité** [54], incluant :

- ✓ **la réalisation de protocoles écrits**, propres aux besoins de chaque établissement de soins, conformes aux recommandations en vigueur en matière d'analgésie. Ils uniformisent la prescription d'antalgiques par les différentes équipes médicales, et permettent aux soignants d'adapter la conduite thérapeutique. Le programme d'assurance qualité permet de s'assurer de l'existence de ces protocoles, de leur application, et d'en vérifier les effets ;

- ✓ **L'implication des équipes soignantes** (médecins, soignants) :

  - Plusieurs études ont démontré, dans le domaine de la prise en charge de la douleur, l'insuffisance de **formation des médecins** [50, 55]. Celle-ci doit donc être améliorée, au cours des études médicales et de la formation continue, avec un enseignement pharmacologique et physiopathologique ;

  - Les **soignants (infirmières, sages-femmes)** sont un pivot essentiel de la lutte contre la douleur. Un **programme d'enseignement** doit être mis en place pour améliorer leurs connaissances concernant la douleur postopératoire, l'évaluation de la douleur, la pharmacologie, les techniques, incluant une partie théorique et une partie pratique. Ces programmes d'enseignement ont démontré leur efficacité dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Ils permettent d'approfondir les connaissances, d'assurer une meilleure évaluation au quotidien, et d'améliorer l'administration aux patients des antalgiques prescrits par le médecin [56, 57]. En effet, Poisson-Salomon et al. ont bien montré qu'en l'absence d'une formation adaptée, les ¾ des prescriptions sont modifiées par les soignants, qui jugent à tort inutile la distribution d'antalgiques pourtant prescrits [51] ;

- **L'encadrement** des personnels soignants par des médecins anesthésistes ou par des **infirmiers « référents douleur »** peut jouer un rôle important [52].

✓ **L' information** des patients :

- Il est nécessaire d'apporter au patient une explication claire et détaillée sur l'analgésie postopératoire, portant sur les médicaments et les techniques utilisées, l'intérêt d'une analgésie efficace, l'absence de dépendance et / ou d'intoxication, les effets indésirables possibles et sur la disponibilité du personnel soignant pour répondre à leur demande en matière d'analgésie ;

- Sans cette information préalable, de nombreux patients préfèrent ne pas recevoir d'antalgique, pour plusieurs raisons : crainte d'une toxicité pour l'organisme, acceptation d'une douleur considérée comme « normale » après un acte chirurgical, crainte d'une dépendance, peur de déranger l'infirmière la nuit [53] ;

- Plusieurs études ont déjà montré que la prévention de la douleur ou son traitement très précoce sont plus efficaces qu'une réponse tardive quand la douleur est solidement installée [58]. La prescription « à la demande » n'est pas recommandée car trop aléatoire pour permettre une analgésie de qualité. Elle doit par conséquent être réalisée à horaires fixes. Pourtant, les patients attendent souvent d'avoir une douleur sévère pour faire appel à l'équipe soignante [59] ;

- Les auteurs qui ont évalué de façon parallèle le score de douleur postopératoire et le degré de satisfaction des patients ont clairement mis en évidence le manque de connaissance du patient dans ce domaine. En effet, malgré des EVA élevées, ou des délais importants entre l'appel du patient exprimant une douleur et la réponse thérapeutique, la satisfaction des patients est souvent bonne. Ils expriment leur satisfaction à partir du moment où les soignants leur font part de leur volonté de prendre en charge la douleur, qu'ils le fassent efficacement ou non [60]. Il semble donc difficile d'évaluer de manière objective la qualité de la prise en charge de la douleur avec un simple score de satisfaction [61]. Une partie de l'explication tient probablement au fait que les patients ne savent pas ce qu'ils sont en droit d'attendre en terme de soulagement [62] ;

- Cette satisfaction s'apprécie par une échelle, notée de 0 à 10, et correspond à une évaluation personnelle, subjective, de la qualité de la prise en charge de la douleur,

par opposition aux scores de douleur [63]. Elle reflète l'attente du patient, basée sur son expérience personnelle. Ces scores de satisfaction doivent être considérés comme un reflet de la qualité des soins au niveau relationnel (communication), par opposition à la partie technique mieux reflétée par les scores de douleur [64].

3.3 La douleur du post-partum

3.3.1 Innervation du périnée [65, 66]

✓ **Nerfs somatiques :**

L'innervation du périnée est assurée par les nerfs somatiques de la vulve provenant des plexus lombaire et sacré. Ils sont destinés aux structures cutanées et aux muscles striés du périnée.

- Le nerf honteux est le nerf somatique principal de la vulve. Il naît des racines antérieurs des nerfs spinaux sacraux S2, S3 et S4 (Figure 6). Il se dirige dans la fesse par le canal infrapiriforme, descend contre l'épine ischiatique, et réintègre le pelvis par la petite incisure ischiatique pour se rendre dans le périnée. Il donne des rameaux labiaux, périnéaux superficiel et musculaires. Il innerve les deux tiers postérieurs des grandes lèvres, les petites lèvres, le bulbe et le clitoris (Figure 7).

- Les nerfs ilio-hypogastrique et ilio-inguinal naissent de L1, traversent la région péri-rénale et la paroi antéro-latérale de l'abdomen (Figure 6 et Figure 8). Leur branche antérieure côtoie le bord supérieur de la crête iliaque et du ligament inguinal, pour donner des rameaux cutanés pubiens et labiaux antérieurs. Ils innervent le mont du pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres (Figure 7).

- Le nerf génito-fémoral naît de L1 et L2 (Figure 6), chemine sous le fascia iliaque le long du bord latéral des vaisseaux iliaques externes. Sa branche génitale parcourt le canal inguinal pour donner des rameaux cutanés pubiens et labiaux antérieurs (Figure 8). Il participe avec les nerfs ilio-hypogastrique et ilio-inguinal à l'innervation du mont du pubis et du tiers antérieur des grandes lèvres (Figure 7).

- Le nerf cutané postérieur de la cuisse naît de S1, S2 et S3, chemine dans la région glutéale et donne une branche périnéale qui contourne la tubérosité ischiatique pour innerver les grandes lèvres et la région du pli génito-fémoral (Figure 7).

✓ **Récepteurs périphériques = nocicepteurs :**

La topographie des neurorécepteurs vulvaires a été particulièrement étudiée par Krantz [67] (Tableau 2).

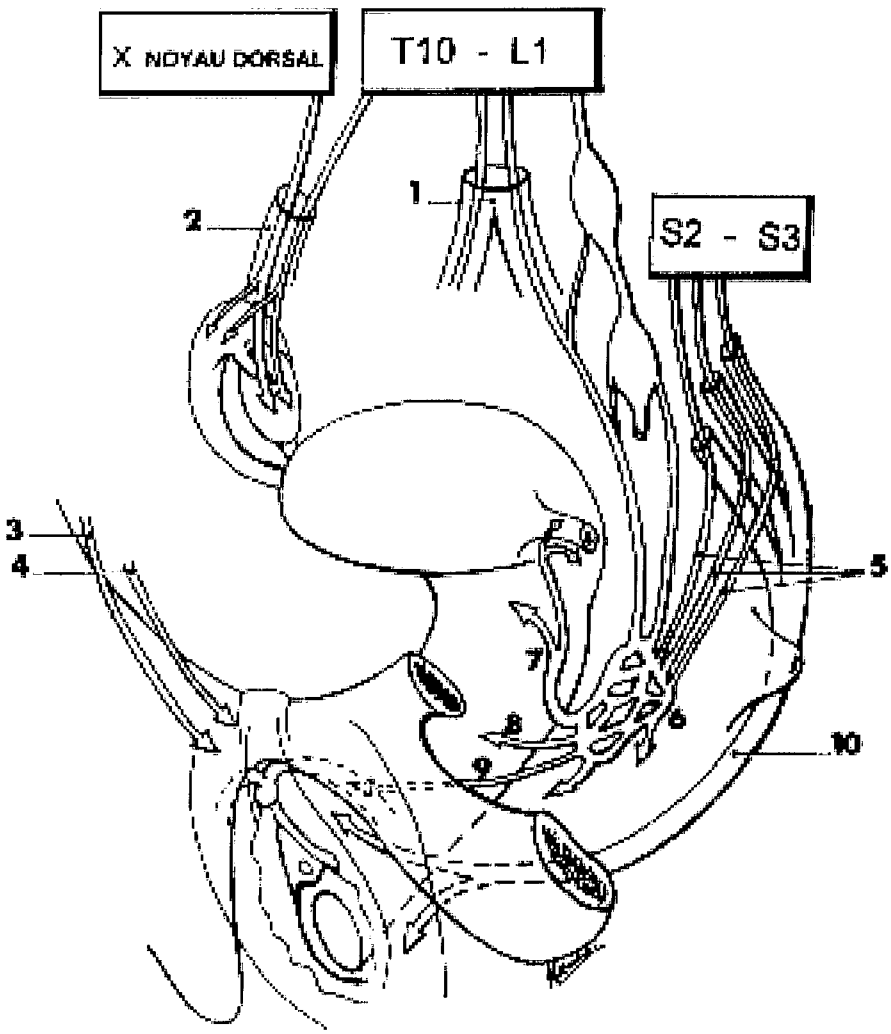


Figure 6 : diagramme de l'innervation des organes génitaux [65]

1. plexus hypogastrique supérieur
2. plexus ovarique
3. nerf ilio-inguinal
4. nerf ilio-hypogastrique
5. nerfs érecteurs
6. plexus hypogastrique inférieur
7. nerf utérin
8. nerf vaginal
9. nerf caverneux
10. nerf honteux

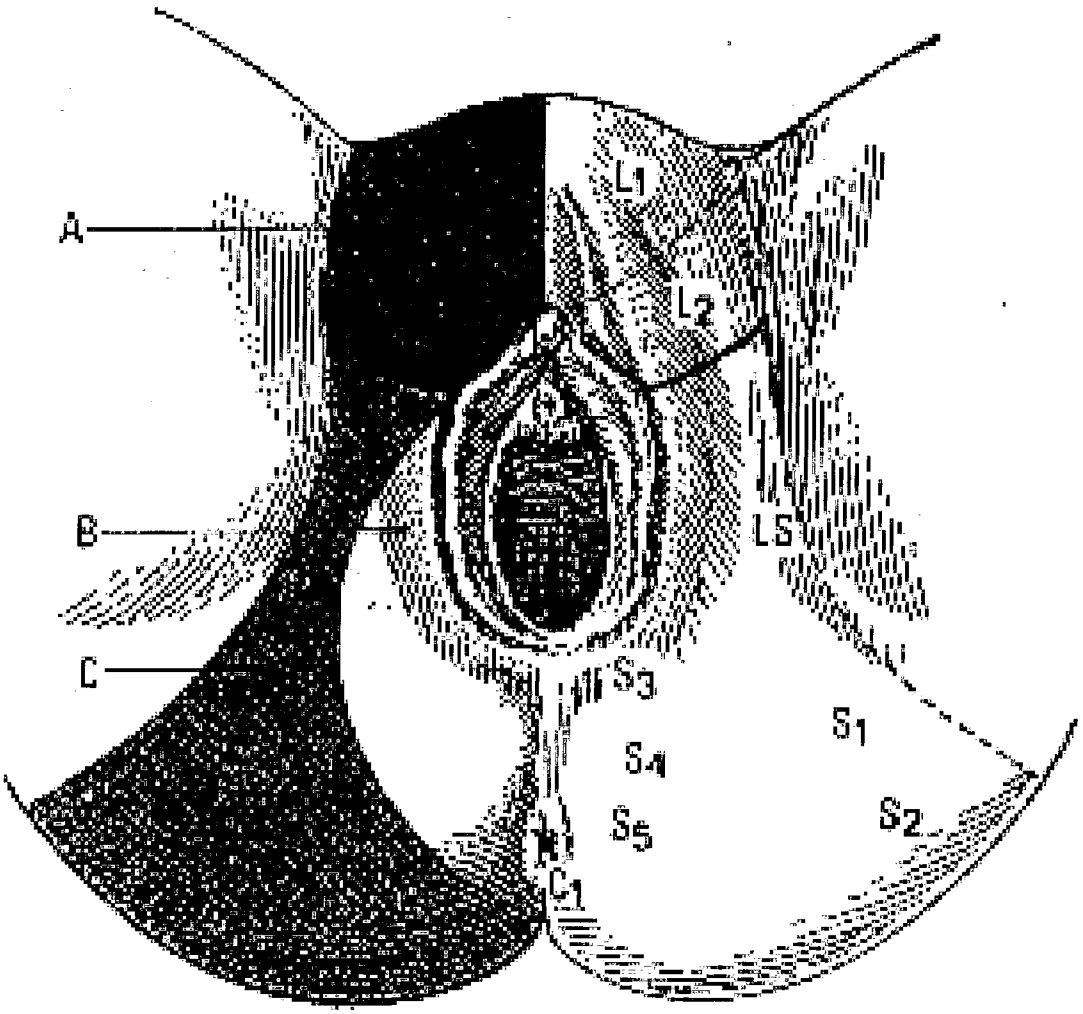


Figure 7 : territoires sensitifs de la vulve [66]

A. nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral

B. nerf honteux

C. nerf cutané post de la cuisse

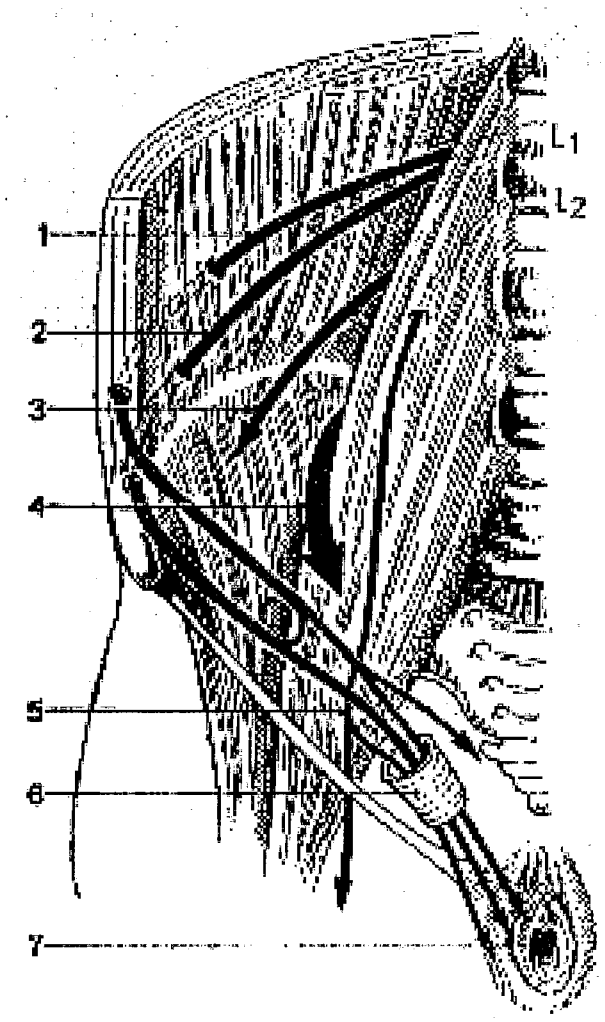


Figure 8 : nerfs de la vulve d'origine abdominale [65]

1. nerf ilio-hypogastrique
2. nerf ilio-inguinal
3. nerf latéral de la cuisse
4. nerf fémoral
5. nerf génito-fémoral
6. anneau inguinal
7. vulve

	Toucher			Pression vibration	Douleur	Thermorécepteur, mécanorécepteur		
	Corpuscule du tact	Ménisque du tact	Terminaison du follicule pileux	Corpuscule lamelleux	Terminaison nerveuse libre	Corpuscule aplati encapsulé	Corpuscule bulboïde	Corpuscule génital encapsulé
Mont du pubis	++++	++++	++++	+++	+++	++++	++++	++
Grande lèvre	+++	++++	+++	+++	+++	+++	+++	++
Clitoris	+	+	0	++++	+++	+++	+++	+++
Petite lèvre	++	++	0	++	++	++	++	+++
Hymen	0	+	0	0	+++	0	0	0
Vagin	0	0	0	0	+	0	0	0

Tableau 2 : topographie quantitative et qualitative des neurorécepteurs vulvaires [67]

3.3.2 Caractéristiques de la douleur du post-partum

Dans une maternité, les médecins anesthésistes prennent en charge la douleur obstétricale pendant le travail, et la douleur postopératoire après une césarienne. En revanche, la douleur après un accouchement par voie basse n'est pas dans le champ habituel des préoccupations de ces spécialistes. Les situations douloureuses dans le post-partum sont pourtant fréquentes et nombreuses [68] : douleurs après lésion périnéale obstétricale, tranchées utérines fréquentes chez les multipares, douleurs mammaires, céphalées, lombalgies.

Cet exposé porte uniquement sur la douleur secondaire aux lésions périnéales obstétricales. Cette douleur présente certaines caractéristiques :

- ✓ Elle représente un **modèle courant d'évaluation des antalgiques** [69, 70, 71], car elle est comparable d'une patiente à l'autre, l'origine de la douleur est bien comprise, sa durée est prévisible et la population homogène. De nombreuses études ont donc été réalisées en comparant l'efficacité de plusieurs traitements antalgiques (paracétamol, aspirine, AINS, codéine, dextropropoxyphène, morphiniques, nefopam, xylocaïne en spray, etc.) ;

- ✓ Elle est associée à **certains facteurs** [72] : aide instrumentale à l'expulsion, durée de la deuxième partie du travail, poids de l'enfant, parité, présence d'œdème, déchirure du 2ème et du 3ème degré, déchirure vaginale, épisiotomie, hémorroïdes, expérience de l'obstétricien et de celui qui répare les lésions périnéales, utilisation de fil non résorbable ;

- ✓ Le fait de bénéficier d'une **analgésie péridurale** pendant le travail serait un facteur de risque en lui-même de présenter une douleur plus intense en suite de couches [73, 74]. Les femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale sont parfaitement analgésiées, y compris pendant l'expulsion. Ces patientes découvrent la douleur en suites de couches. Ainsi, on peut avancer l'hypothèse qu'elles jugent cette douleur plus sévère que la patiente qui a souffert pendant l'accouchement ;

- ✓ Du fait de leur **fréquence** lors d'un accouchement (84 % à la maternité régionale de Nancy en 2000 selon les données du DIM), les lésions périnéales obstétricales provoquent une douleur chez de nombreuses patientes. La presque totalité des parturientes ayant eu une épisiotomie sont algiques en post-partum [75], à des degrés variables mais souvent intensément, parfois cotées 60 ou plus sur l'EVA selon certains auteurs [68, 76]. Cette

douleur est alors une souffrance pour la mère, qui entrave sa relation avec son enfant si elle est sous-estimée et insuffisamment traitée, ce qui est encore souvent le cas [77, 78] ;

- ✓ **L'intensité** de cette douleur est variable selon l'origine. La douleur après épisiotomie est plus intense et nécessite une prescription d'antalgiques supérieure à la douleur après déchirure périnéale [79] ;

- ✓ Cette douleur dure environ **trois jours**, mais peut persister la deuxième semaine dans 25 % des cas [77, 78] ;

- ✓ La **prise d'antalgique** s'imposant fréquemment en post-partum [73], il faut que les médecins soient formés aux médicaments utilisables pendant l'allaitement.

3.3.3 Critères de choix d'un médicament en post-partum

Le choix de l'antalgique en suites de couches répond à trois critères principaux :

- ✓ **Respect des paliers de l'OMS** ;

- ✓ **Intérêt des AINS**, très efficaces notamment sur les douleurs après épisiotomie ou déchirure périnéale par leur action anti-inflammatoire (libération de prostaglandines par les tissus lésés) ;

- ✓ **Fréquence de l'allaitement maternel** avec risque de passage dans le lait des médicaments pouvant entraîner des effets indésirables sur le nouveau-né.

La concentration lactée d'un médicament est d'autant plus importante que [80, 81, 82] :

- Sa concentration plasmatique est élevée ;
- Sa liposolubilité est grande ;
- Son ionisation plasmatique est faible (forme non ionisée prépondérante) ;
- Sa fixation protéique est faible ;
- Son poids moléculaire est faible ;

Il convient également de porter son choix sur des médicaments à demi-vie courte, à métabolites inactifs et rapidement éliminés. De plus, il est préférable d'éviter les médicaments

aux métabolites glycuroconjuguées, pouvant être transformés en forme active dans le tube digestif du nouveau-né.

Durant les premiers jours du post-partum, un faible volume de colostrum est synthétisé, les médicaments donnés pendant cette période présentent donc peu de risque pour le bébé. Un peu plus tard, le lait maternel est synthétisé pendant et immédiatement après la tétée. La prise d'un médicament après la tétée, tout en privilégiant les molécules à courte durée d'action, permet de diminuer son passage dans le lait maternel, donc de réduire le risque d'effets indésirables chez le nouveau-né [81].

Enfin, la durée du traitement est un critère également important, car une administration répétée d'un médicament induit un risque d'accumulation chez le nouveau-né.

L'American Academy of Pediatrics (AAP) a effectué un classement des médicaments utilisables pendant l'allaitement [83] (Tableau 3).

	Définition	Exemples
Catégorie 1	Médicaments ne devant pas être pris pendant l'allaitement. Risque démontré que la prise maternelle pendant l'allaitement entraîne des effets indésirables graves chez l'enfant	Ergotamine
Catégorie 2	Conséquence inconnues chez l'enfant. Prise non conseillée	Amitriptyline, desipramine, doxepin, fluoxetine, imipramine, trazadone Diazepam, lorazepam, midazolam
Catégorie 3	Médicaments compatibles avec l'allaitement	Carbamazepine, phenytoin, valproic acid Atenolol, propanolol, diltiazem Codéine, fentanyl, methadone, morphine, propoxyphene Butorphanol Lidocaine, mexiletene Acetaminophen (= paracetamol) Ibuprofen, indomethacin, ketorolac, naproxen caféine

Tableau 3 : classification de L'American Academy of Pediatrics (AAP) des médicament à usage maternel pendant l'allaitement [83]

3.3.4 Antalgiques utilisables en post-partum

3.3.4.1 Aspirine

L'acide acétylsalicylique est très ionisé, très lié aux protéines et peu lipophile. Il passe peu dans le lait. Sa ½ vie plasmatique est de 2 à 4 heures. Son administration prolongée peut entraîner une accumulation chez le nourrisson, avec risque d'acidose métabolique et de détresse respiratoire aiguë. Sa prise est de plus déconseillée pendant la première semaine, en raison d'un risque d'hémorragie intracrânienne (par déficit en vitamine K) et d'ictère nucléaire (par compétition avec la bilirubine) [84]. Son efficacité est démontrée dans le traitement des douleurs après lésions périnéales obstétricales [85].

3.3.4.2 Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS sont fréquemment prescrits en post-partum du fait de leur efficacité sur les douleurs rencontrées après l'accouchement. Ils peuvent être utilisés seuls en cas de douleurs modérées, ou en association avec du paracétamol et / ou des opiacés pour le traitement de douleurs intenses. En monothérapie, ils ont une efficacité supérieure à l'aspirine [86, 87], au paracétamol [88], ou à la codéine [89, 90] sur les douleurs après lésions périnéales obstétricales.

Le mécanisme d'action est l'inhibition de la cyclo-oxygénase bloquant la synthèse de prostaglandines (PGE2) qui sensibilisent les nocicepteurs aux différentes substances algogènes. De plus, les AINS ont un site d'action central spinal ou supraspinal. L'action analgésique des AINS est plus étroitement liée à l'inhibition centrale de la cyclo-oxygénase qu'à leur effet anti-inflammatoire périphérique. Enfin, les AINS ont au niveau médullaire une action inhibitrice de la transmission nociceptive synergique de celle des agonistes α_2 et des opiacés agonistes. Les effets secondaires sont liés à l'inhibition des cyclo-oxygénases constitutives qui diminue l'agrégation plaquettaire et la filtration glomérulaire, fragilise la muqueuse gastrique et induit une bronchoconstriction.

En dehors des contre-indications qu'il convient de respecter, une prescription courte de quelques jours à posologie adéquate ne présente pas de risque accru [91]. Il faut cependant être vigilant car la prescription de tous les AINS n'est pas conseillée pendant le post-partum, pour des raisons pharmacologiques ou par manque de données pendant l'allaitement [80, 82, 83, 84]. Parmi ceux utilisables, on peut citer :

- ✓ L'ibuprofène : c'est l'AINS de référence en post-partum dans la mesure où son efficacité est prouvée à la posologie de 1200 milligrammes / jour, et qu'il a bénéficié du plus grand nombre d'études [69, 92]. Il a une très forte liaison aux protéines plasmatiques, sa ½ vie est courte (2 heures), son passage dans le lait est très faible ;

- ✓ Le kétoprofène est utilisable pendant le post-partum, à la posologie de 150 à 300 milligrammes / jour, du fait de ses propriétés pharmacologiques : passage minime dans le lait en raison de sa forte liaison aux protéines plasmatiques, ½ vie courte, faible liposolubilité [93]. La littérature concernant son utilisation est cependant moins abondante que celle consacrée à l'ibuprofène. Il fait partie de la même classe thérapeutique (acide propionique). Son efficacité est démontrée dans plusieurs études [86, 90, 94] ;

- ✓ Le naproxène possède également une forte liaison aux protéines plasmatiques, son passage dans le lait est de l'ordre de 1 %, mais il présente une ½ vie longue, d'environ 14 heures. Son utilisation est possible lors de l'allaitement [95], à la posologie de 500 à 1100 milligrammes / jour.

3.3.4.3 Paracétamol

C'est l'antalgique le plus utilisé en post-partum. Il a cependant une efficacité très relative par rapport aux AINS, bien que supérieure au placebo [69, 96]. Il possède un mode d'action périphérique, mais surtout central (spinal et supraspinal). L'action antalgique est dose-dépendante. L'association avec un AINS est plus efficace que l'emploi de l'AINS seul. De même, l'association du paracétamol à la codéine est plus efficace que le paracétamol seul. La biodisponibilité du paracétamol par voie orale est excellente. Il agit avec un délai d'action de 30 minutes et un pic d'effet d'une heure. L'administration doit tenir compte de ce délai pour anticiper l'apparition de douleurs post-opératoires [91]. La liaison aux protéines plasmatiques est faible, la ½ vie plasmatique se situe entre 1 heure ½ et 3 heures. Le passage dans le lait maternel est faible, et représente moins de 10 % de la dose thérapeutique préconisée chez un nourrisson. L'utilisation pendant l'allaitement est possible [84, 97] à la posologie de 3 à 4 grammes par jour.

3.3.4.4 Néfopam

Il possède une liaison faible avec les protéines plasmatiques. Sa ½ vie est de 3 à 8 heures. Le passage dans le lait est faible. Son utilisation occasionnelle est possible durant

l'allaitement, à la posologie de 20 milligrammes par prise, mais la prise répétée n'est pas recommandée. Le nefopam possède un effet anticholinergique qui peut inhiber la lactation [84].

3.3.4.5 Dextropropoxyphène

Il se caractérise par une liaison moyenne avec les protéines plasmatiques. Son administration répétée est à éviter du fait d'une ½ vie longue (15 heures) avec risque d'accumulation. Une prise unique de 30 milligrammes est possible, mais avec précautions en cas d'allaitement [84].

3.3.4.6 Codéine

C'est un alcaloïde voisin de la morphine. Elle a une très faible affinité pour les récepteurs morphiniques. La codéine est 10 fois moins puissante que la morphine. Son métabolisme conduit à la production de morphine, si bien que l'action analgésique de la codéine est la conséquence de sa transformation en morphine. La codéine est inactive chez 10 % de la population générale (métaboliseurs lents de la codéine) [91]. La liaison aux protéines plasmatiques est faible. Le pic plasmatique se situe 1 heure ½ après la prise, la ½ vie plasmatique est de 2 à 4 heures. Le passage dans le lait maternel est faible. Les taux sanguins de codéine et de morphine chez l'enfant dont la mère est traitée par codéine sont largement en dessous des taux thérapeutiques. Il n'existe aucun risque de dépression respiratoire pour des prises occasionnelles si les posologies sont respectées. La prise pendant l'allaitement est possible, à la posologie de 180 milligrammes par jour en 3 prises. On préconise d'éviter une tétée dans un délai de 2 heures suivant la prise de codéine [84, 97]. Son efficacité sur les douleurs après lésions périnéales obstétricales est démontrée, utilisée seule ou, mieux, en association avec les AINS [89, 98, 99]. Sa prescription est cependant peu fréquente, les antalgiques de palier 1 étant la plupart du temps suffisants [88].

3.3.4.7 Morphine

Elle possède une faible liaison aux protéines plasmatiques et une ½ vie de 6 à 14 heures. La morphine passe dans le lait. Les concentrations lactées sont faibles [100], au maximum équivalentes à des doses thérapeutiques. Elle agit sur les récepteurs morphiniques μ. La morphine est un antalgique puissant utilisable pendant l'allaitement [101], mais uniquement pour des douleurs intenses, pendant une courte durée, et avec un risque d'effets indésirables

pour le nouveau-né (notamment dépression respiratoire) qu'il faudra donc surveiller attentivement [84].

Si une analgésie péridurale a été utilisée pendant le travail, une injection de morphine dans le cathéter, avant l'apparition de la douleur [102], permet une analgésie d'une durée de 12 heures, mais accompagnée d'effets indésirables à type de prurit, nausées, ou vomissements. Cette utilisation, efficace mais de courte durée, pourrait être indiquée chez des patientes à risque de présenter des EVA élevées en post-partum (forceps, épisiotomie ou déchirure périnéale importante, contre-indication aux AINS, etc.). Cependant la plupart des auteurs s'accordent à ne pas utiliser de morphine par voie péridurale. En effet, le risque de dépression respiratoire, quoique exceptionnel, impose une surveillance particulière, difficile à organiser dans un service de suites de couches [103].

4 Etude personnelle

4.1 Objectif

Le but de l'étude était d'améliorer la prise en charge de la douleur après lésion périnéale obstétricale. Ce travail a débuté en janvier 2000 à la Maternité Régionale de Nancy, à l'initiative du Département d'Anesthésie-Réanimation. Il est issu de l'interrogation suivante : « la douleur en post-partum immédiat est-elle correctement prise en charge à la Maternité Régionale de Nancy ? »

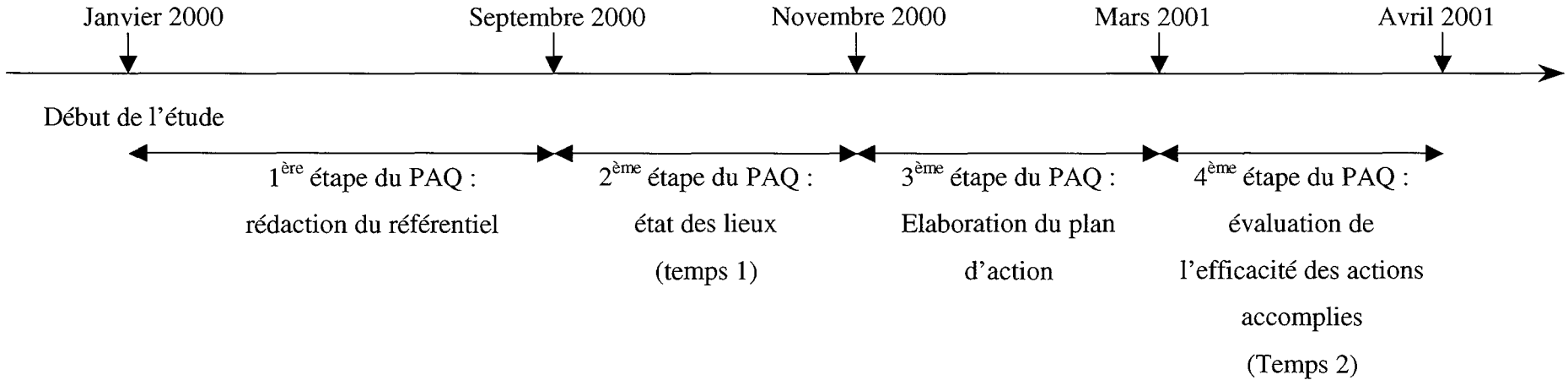
La prise en charge de la douleur en salle de naissance est bien codifiée, appuyée par une volonté de l'ensemble de l'équipe soignante (anesthésistes, obstétriciens, sage-femmes) de traiter la douleur du travail de façon optimale. Le taux d'accouchement par voie basse sous analgésie péridurale était de 82 % en 2000 et 2001 à la Maternité de Nancy (données du Département d'Anesthésie-Réanimation). Il en est de même pour la prise en charge de la douleur après césarienne et après chirurgie gynécologique, où une prescription est faite systématiquement par un médecin anesthésiste.

Jusqu'alors, la douleur du post-partum dans les services de suites de couches passait au second plan par rapport aux soins du nouveau-né ou de la jeune accouchée, tant pour le personnel soignant que pour les patientes elles-mêmes. Un paradoxe est donc apparu : la prise en charge de la douleur est optimale en salle de naissance, puis réduite en suites de couches. La douleur y est pourtant fréquente et parfois intense.

Il a été décidé d'évaluer puis de contribuer à améliorer la prise en charge de la douleur du post-partum, en partageant avec les gynécologues obstétriciens l'expertise acquise par les anesthésistes dans la prise en charge de la douleur aiguë. Ce travail a été volontairement limité aux douleurs après lésions périnéales obstétricales.

La méthodologie retenue a été celle d'un programme d'assurance qualité décrite par l'A.N.A.E.S. [5].

Schéma de l'étude :



4.2 1ère étape du programme d'assurance qualité : rédaction du référentiel

Le référentiel d'assurance qualité de la douleur décrit les objectifs à atteindre pour assurer une prise en charge optimale de la douleur :

- ✓ Thème : douleurs après lésions périnéales obstétricales ;
- ✓ But : amélioration de la prise en charge de la douleur par la rédaction d'un protocole thérapeutique ;
- ✓ Indicateurs :
  - Qualité de la prise en charge de la douleur, estimée par les niveaux de douleur (ENS), le retentissement, l'observance du traitement et la satisfaction des patientes ;
  - Respect de l'application du protocole par les soignants : prescriptions, évaluations de la douleur ;
- ✓ Groupe de travail, constitué :
  - d'un investigateur principal : responsable de l'Unité Fonctionnelle du département d'anesthésie-réanimation de la Maternité Régionale de Nancy ;
  - de co-investigateurs : praticiens hospitaliers du service d'anesthésie-réanimation et de la clinique universitaire de gynécologie-obstétrique ;
- ✓ Acteurs de la prise en charge de la douleur du post-partum : médecins et sages-femmes des services de suites de couches et de salle de naissances.

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'Éthique de la Maternité Régionale de Nancy *(cf. dossier de soumission en annexe 1).* Un avis auprès du C.C.P.R.B. n'a pas été nécessaire dans la mesure où il n'y a eu ni randomisation, ni geste invasif. Chaque patiente incluse a reçu une information personnelle par l'un des co-investigateurs. Elle a ensuite donné son accord oral à la participation à l'enquête.

4.3 2ème étape du programme d'assurance qualité : état des lieux

4.3.1 Matériel et méthode

L'étude a débuté par une **première enquête, prospective, appelée temps 1**. Celle-ci s'est déroulée du 25 septembre 5 novembre 2000, dans l'unité d'obstétrique (salle de naissance et suites de couches) de la Maternité Régionale de Nancy, avant toute action.

Cette première enquête a permis d'évaluer la prise en charge de la douleur avec les pratiques alors en vigueur. Les buts étaient d'apprécier le niveau de douleur en post-partum et d'analyser les points à améliorer. De plus, les facteurs de risque pouvant interférer avec l'intensité de la douleur ont été recherchés.

Toutes les patientes qui avaient souffert d'une lésion périnéale obstétricale devaient être incluses dans l'étude au cours de la période concernée, à l'exception des femmes ne maîtrisant pas suffisamment le français pour remplir seules le questionnaire.

Quatre questionnaires étaient alors remplis *(cf. annexe 2)* :

- ✓ **Un premier questionnaire** (intitulé « classification ») était rempli en salle de naissance par le soignant ayant réalisé la suture de la déchirure périnéale ou l'épisiotomie. Ce pouvait être un médecin senior, un interne ou une sage-femme. Ce questionnaire permettait en fait l'inclusion de la patiente dans le protocole. Il servait à renseigner sur le type de lésion périnéale (épisiotomie ou déchirure), et donnait une classification sur l'importance de la lésion (taille, complication, œdème ou hémorroïdes) ;

- ✓ **Un deuxième questionnaire** (intitulé « questionnaire 36ème heure après l'accouchement ») était rempli par la patiente. L'investigateur allait voir la patiente à la 36ème heure après l'accouchement, afin de lui expliquer l'intérêt de l'étude. Une fois son accord obtenu, il lui remettait le questionnaire qui comportait les points suivants :

  - Information reçue sur l'éventualité de douleurs en post-partum ;

  - Importance de la douleur, cotée grâce à des échelles numériques simples (ENS), à différents temps : à la 36ème heure (moment du remplissage du questionnaire), douleur maximale depuis l'accouchement, douleur moyenne durant la journée,

durant la nuit, en position assise, couchée, en urinant, en allant à la selle, au cours de la toilette et à la marche ;

- Retentissement de la douleur sur la vie courante : humeur, capacité à marcher, relation avec le bébé, sommeil ;
- Notion d'un traitement antalgique ;
- Efficacité des antalgiques.

✓ **Un troisième questionnaire** (questionnaire investigateur) était rempli par l'investigateur de l'étude à la fin du séjour en suites de couches à partir du dossier obstétrical. Il donnait des informations démographiques (âge, taille, poids, parité), les antécédents obstétricaux, le déroulement de l'accouchement, les traitements antalgiques prescrits et administrés pendant le séjour en suites de couches.

✓ **Un quatrième questionnaire** (intitulé « questionnaire sortie ») était rempli par la patiente, juste avant sa sortie du service de suites de couches. Il comportait la durée de la douleur, l'apparition de complications pendant le séjour (hématome, surinfection, désunion), la satisfaction globale de la patiente sur la prise en charge de la douleur en post-partum.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS [104] par le service d'épidémiologie du CHU de Nancy (SIMES). La population de l'étude a été décrite en utilisant les fréquences des différents items pour les variables qualitatives et la moyenne ± écart type pour les variables quantitatives. L'évaluation de la douleur a été réalisée à son acmé et 36 heures après l'accouchement. L'intensité de la douleur a été classée en 3 niveaux classiquement utilisés dans des études similaires (0 à 3, 4 à 6 et 7 à 10). Les relations entre caractéristiques socio-démographiques des accouchées, pratiques cliniques et thérapeutiques et intensité de la douleur ont été analysées. Le test du Chi 2 a été utilisé pour comparer les répartitions, $p < 0,05$ étant considéré comme significatif. L'analyse statistique des intensités de douleur au temps 1 a permis, par une analyse univariée puis par une analyse multivariée, de rechercher les facteurs de risque de douleur. Les variables ont été comparées en regroupant les ENS en deux groupes :

1) ENS de 0 à 3 = douleurs non significatives ;
2) ENS de 4 à 10 = douleurs significatives.

Les facteurs statistiquement liés au niveau de douleur ont été proposés dans une analyse multivariée par régression logistique, afin de rechercher les facteurs significativement liés au niveau de douleur et les interactions entre ces facteurs et le temps de mesure (variation de pratique, d'information…).

4.3.2 Résultats

4.3.2.1 Données anthropométriques

- ✓ **103 patientes incluses**

- ✓ **Age :** moyenne = 28,2 ans ± 5,7 (Figure 9)

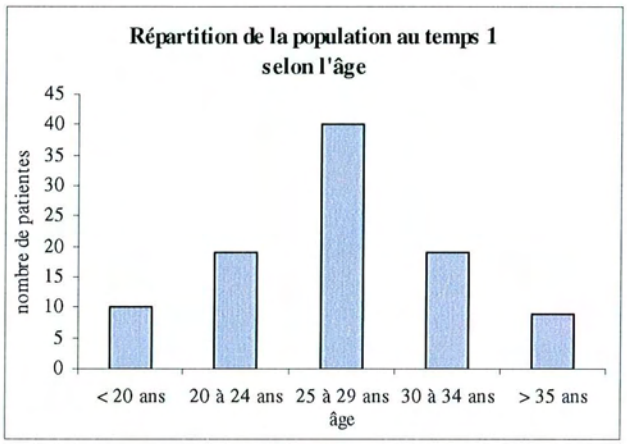


Figure 9

- ✓ **Taille et poids :** 163 cm ± 14 ; 65 kg ± 17

- ✓ **Classe ASA :** Figure 10

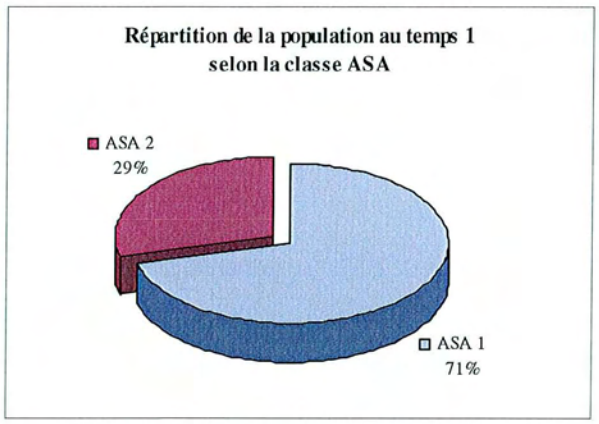


Figure 10

✓ **Niveau d'études :** Figure 11

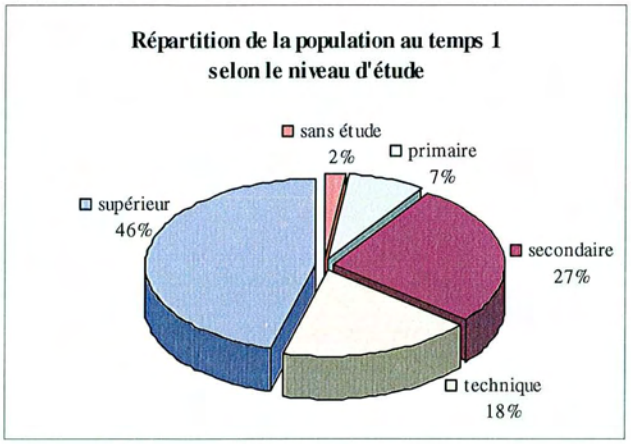


Figure 11

✓ **Catégorie socioprofessionnelle :** Figure 12

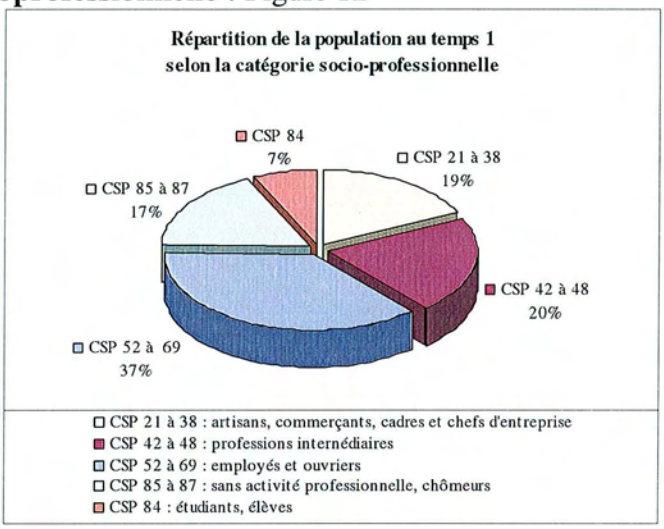


Figure 12

✓ **Origine géographique :** Figure 13

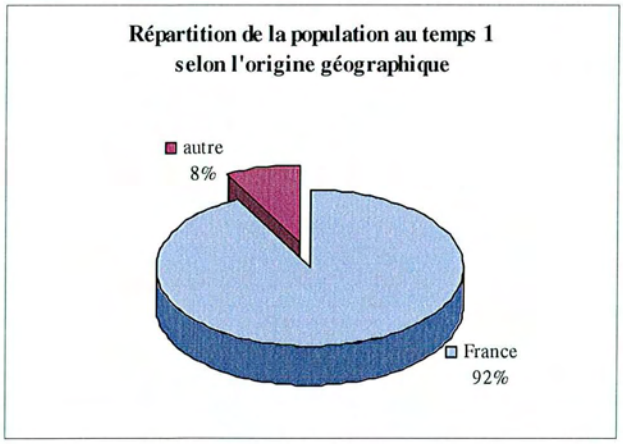


Figure 13

✓ **Parité :** Figure 14

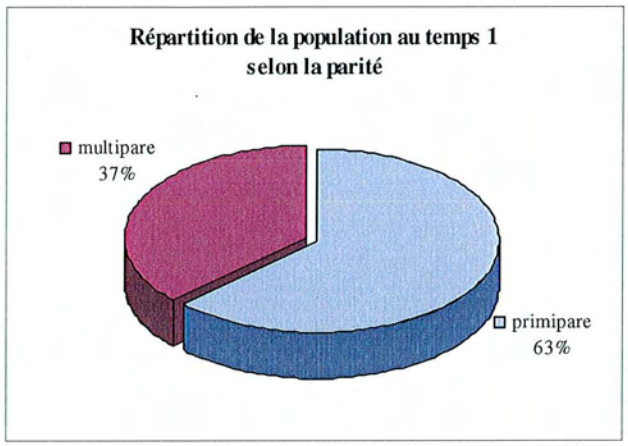


Figure 14

4.3.2.2 Données relatives à l'accouchement

✓ **Durée du travail :** 353 ± 235 minutes ;

✓ **Poids de l'enfant :** 3193 ± 512 grammes ;

✓ **Analgésie péridurale pour l'accouchement :** Figure 15

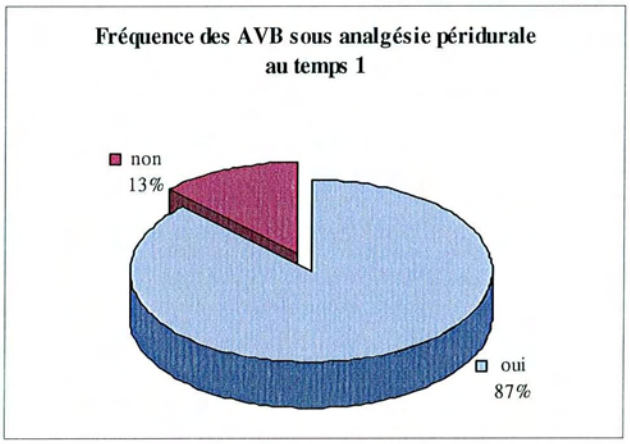


Figure 15

✓ **Lésions périnéales rencontrées :**

- Nature des lésions périnéales obstétricales : Figure 16

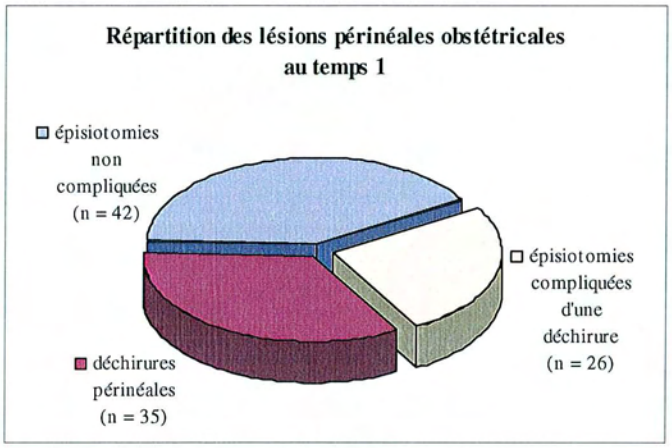


Figure 16

- Classification des épisiotomies :

  - Type : 89 % d'épisiotomies médiolatérales ;
  - Taille : entre 3 et 5 cm dans 80 % des cas ;
  - Complication par une déchirure périnéale : parmi les 68 épisiotomies, 26 ont été compliquées d'une déchirure périnéale (Figure 17)

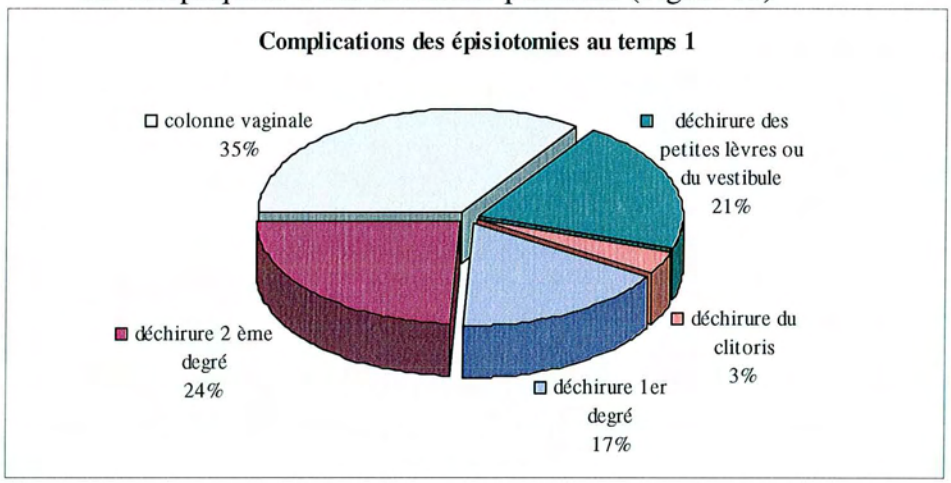


Figure 17

- Classification des déchirures périnéales : n = 35 (Figure 18)

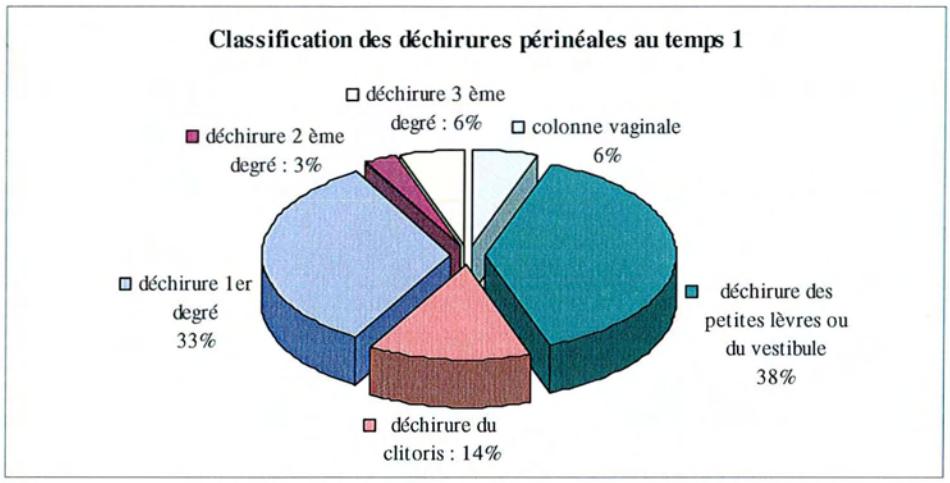


Figure 18

- Complications (toutes lésions périnéales obstétricales confondues) en suites de couches : Figure 19

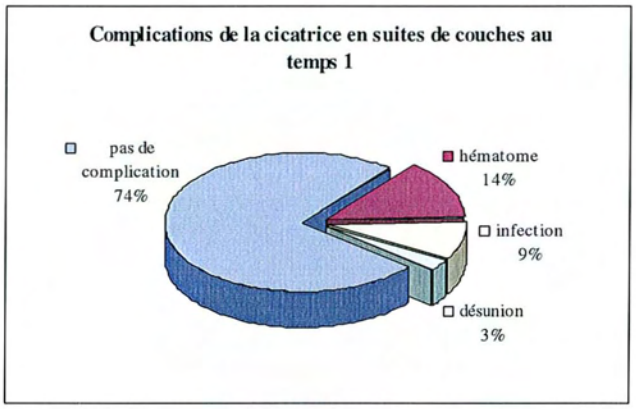


Figure 19

✓ **Aide instrumentale à l'expulsion :** n = 25 forceps (Figure 20)

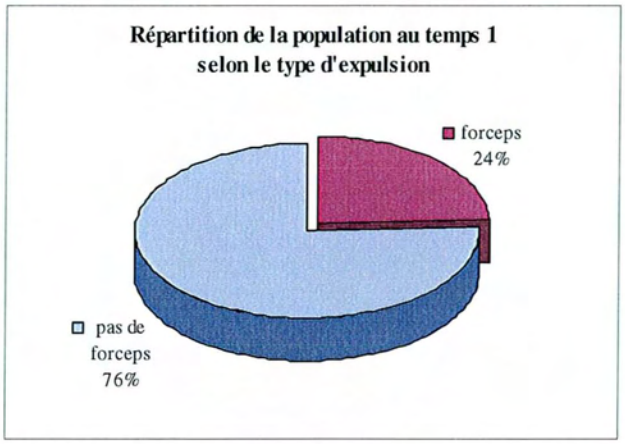


Figure 20

✓ **Information reçue pendant la grossesse :**

- 53 % des patientes ont reçu une information sur l'épisiotomie pendant la grossesse ;
- 38 % ont reçu une information sur la déchirure périnéale ;
- 60 % ont reçu une information sur la possible survenue de douleur en post-partum.

✓ **Allaitement maternel :** 74 %.

4.3.2.3 Données du Département d'Informatique Médicale

Les données du D.I.M. de la Maternité Régionale de Nancy ont été recueillies pendant l'étude, dans le but de vérifier si l'échantillon du temps 1 était représentatif de la population générale soignée à la Maternité (Figure 21 et Tableau 4).

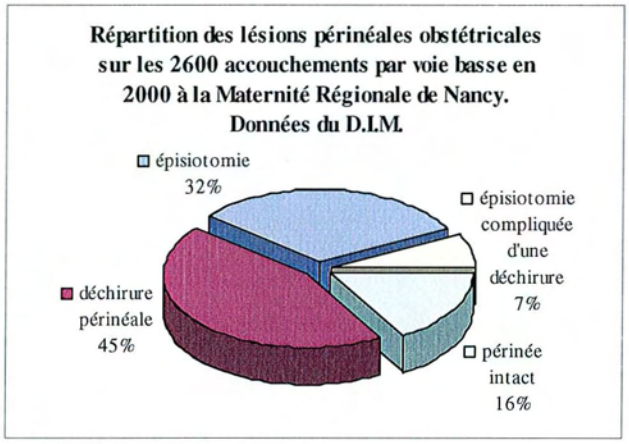


Figure 21

	PAQ	Données du DIM pendant cette période
Nombre d'AVB	103	363
APD	87 %	84,8 %
Forceps	24 %	13,8 %
Lésion périnéale obstétricale	100 %	81,3 %
Episiotomie	41 % (n = 68)	39,7 % (n = 144)
Déchirure périnéale	36 % (n = 35)	48,5 % (n = 176)
Episiotomie compliquée d'une déchirure périnéale	23 %	Données non disponibles

Tableau 4 : comparaison entre la population au temps 1 et les données du D.I.M.

4.3.2.4 Traitements antalgiques administrés

✓ **Description des traitements antalgiques prescrits :** Figure 22

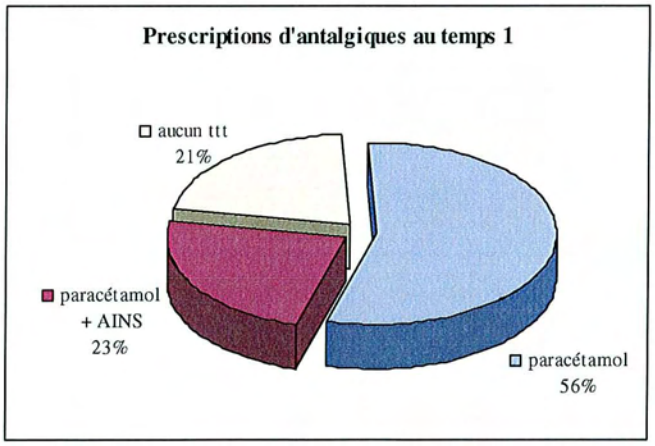


Figure 22

- ✓ **Prescription systématique d'un traitement antalgique :** 86,3 % des patientes ont bénéficié d'un antalgique au temps 1.

- ✓ **Observance du traitement prescrit :** 50 % des femmes ont pris leur traitement antalgique de manière régulière, 36 % de manière irrégulière, 14 % ne l'ont pas du tout pris.

- ✓ **Efficacité ressentie après la prise des antalgiques :** 65,3 ± 25,9 %.

- ✓ **Demande d'antalgique supplémentaire :** sur les 103 patientes du temps 1, 40 ont demandé un traitement antalgique complémentaire.

- ✓ **Durée du traitement antalgique :** entre 1 et 3 jours pour 74 % des patientes.

- ✓ **Satisfaction des patientes par rapport à la qualité de la prise en charge de la douleur à la Maternité :** 8,5 ± 1,9 / 10.

4.3.2.5 Niveaux de douleur

- ✓ **Intensité de la douleur :**

Les intensités de douleur classées en ENS moyennes (Figure 57) et en trois catégories (de 0 à 3, de 4 à 6 et de 7 à 10 ; Figure 58) sont présentées ci dessous.

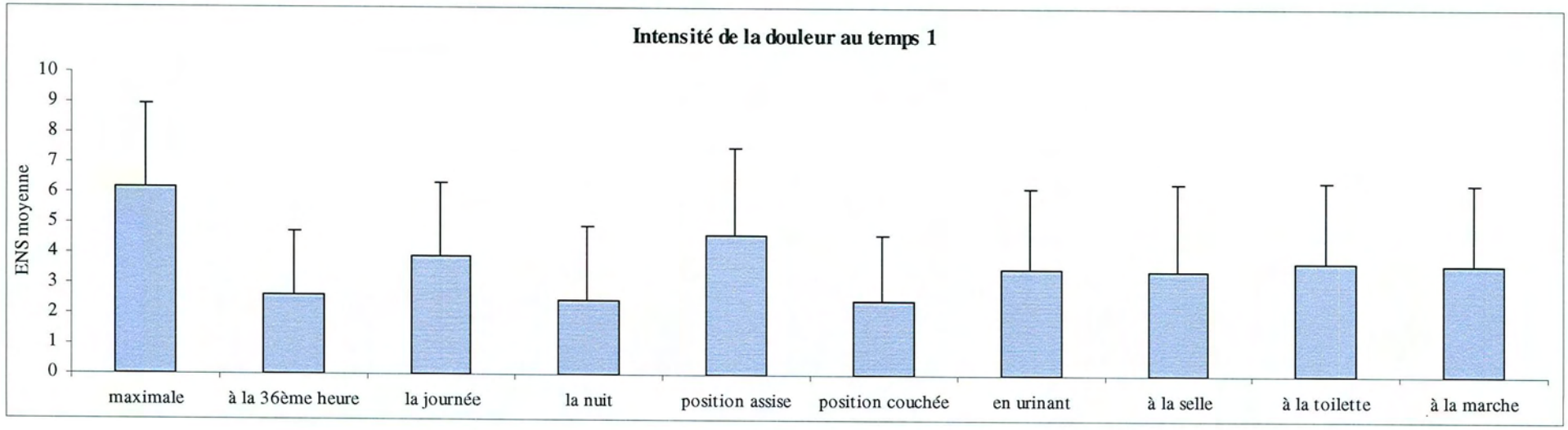


Figure 23

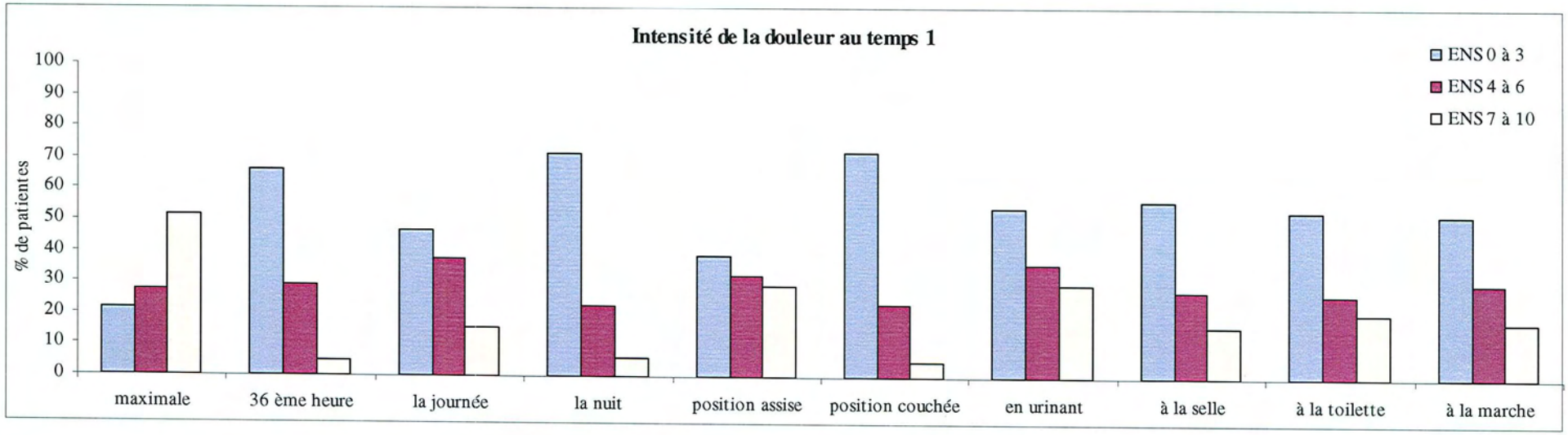


Figure 24

✓ **Autres situations douloureuses :**

Les patientes ont signalé d'autres situations que celles citées dans le questionnaire qui entraînaient une douleur particulièrement importante (ENS moyenne = 5,8 ± 2,2 / 10) :

- Les mouvements, les changement de position ;
- La toux ;
- Les soins locaux de cicatrice.

✓ **Recherche des facteurs de risque de douleur :**

- Selon **l'analyse univariée**, la douleur semble liée :
  - à **l'analgésie péridurale** pour la douleur maximale (p = 0,02) et pour la douleur à la 36ème heure (p = 0,03) : Figure 25

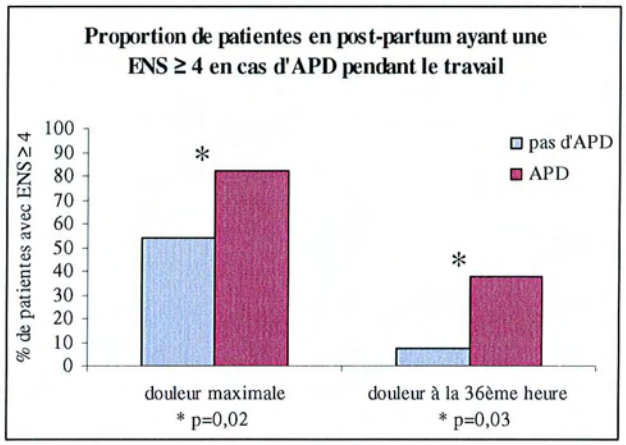


Figure 25

  - à **la primiparité** pour la douleur maximale (p = 0,0006) et pour la douleur à la 36ème heure (p = 0,01) : Figure 26

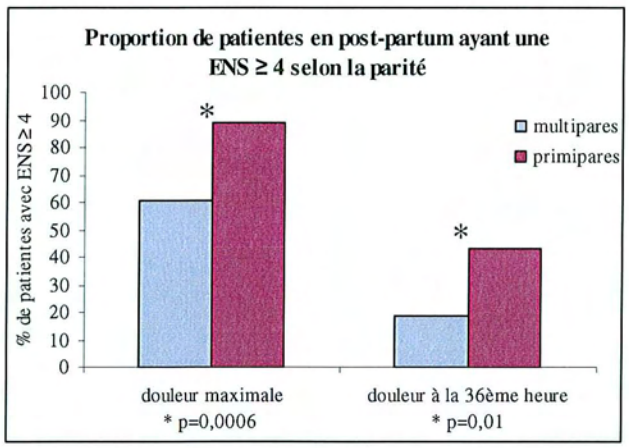


Figure 26

- au **type de lésion périnéale obstétricale** : l'épisiotomie entraîne une douleur maximale (p = 0,0001) et une douleur à la 36ème heure plus importante que la déchirure (p = 0,009) : Figure 27

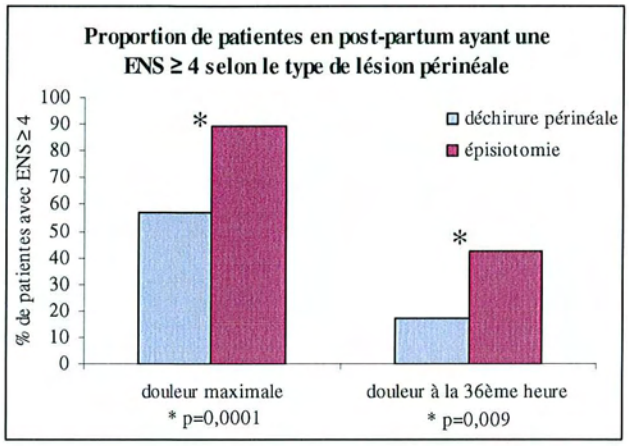


Figure 27

- à **la pratique d'un forceps** pour la douleur à la 36ème heure (p = 0,03) ; pas de différence pour la douleur maximale : Figure 28

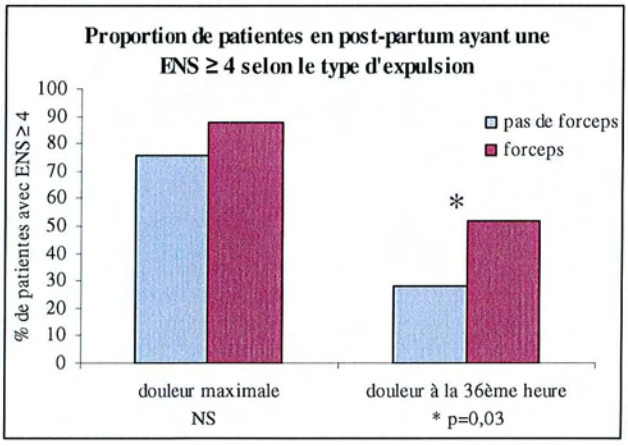


Figure 28

Les variables suivantes n'ont en revanche pas été mises en évidence, et ne sont donc pas considérées comme facteurs de risque de douleur : classe ASA, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, origine géographique, parité, antécédent de césarienne, antécédent de forceps, antécédent d'épisiotomie, grossesse gémellaire, facteur psychologique, qualité de l'information reçue pendant la grossesse sur les lésions périnéales, type d'épisiotomie (médiane ou médiolatérale), présence d'œdème, présence d'hémorroïdes, catégorie professionnelle réalisant la suture.

- Les facteurs de risque significatifs retenus par les modèles statistiques en **analyse multivariée** sur le temps 1 sont (Tableau 5):

  - **La primiparité** : multiplie par 6,2 le risque de forte douleur à l'acmé et par 4,4 le risque de douleur intense à H 36 ;

  - **L'épisiotomie** : multiplie par 3,2 le risque de forte douleur à l'acmé et par 2,9 le risque de douleur intense à H 36.

	Douleur maximale		**Douleur à la 36ème heure**	
	Odds Ratio	Intervalle de confiance 95 %	Odds Ratio	Intervalle de confiance 95 %
Parité :				
Primipare	6,2 (p = 0,0009)	[2,1 - 18,4]	4,4 (p = 0,01)	[1,3 - 14,2]
Multipare	1		1	
Lésion périnéale :				
Episiotomie	3,2 (p = 0,04)	[1,1 - 9,3]	2,9 (p = 0,04)	[1,1 - 8,3]
Déchirure	1		1	

Tableau 5 : étude multivariée des niveaux de douleurs depuis l'accouchement (analyse des résultats enregistrés auprès des 103 patientes du temps 1)

L'APD et la pratique d'un forceps n'apparaissent plus comme facteur de risque dans l'analyse multivariée, contrairement à l'analyse univariée.

✓ **Intensité de la douleur en cas de forceps :**

Les ENS chez les patientes ayant subi un forceps sont élevées (≥ 4) dans de nombreuses situations : douleur maximale, douleur dans la journée, en position assise, à la selle, à la toilette et à la marche (Figure 29).

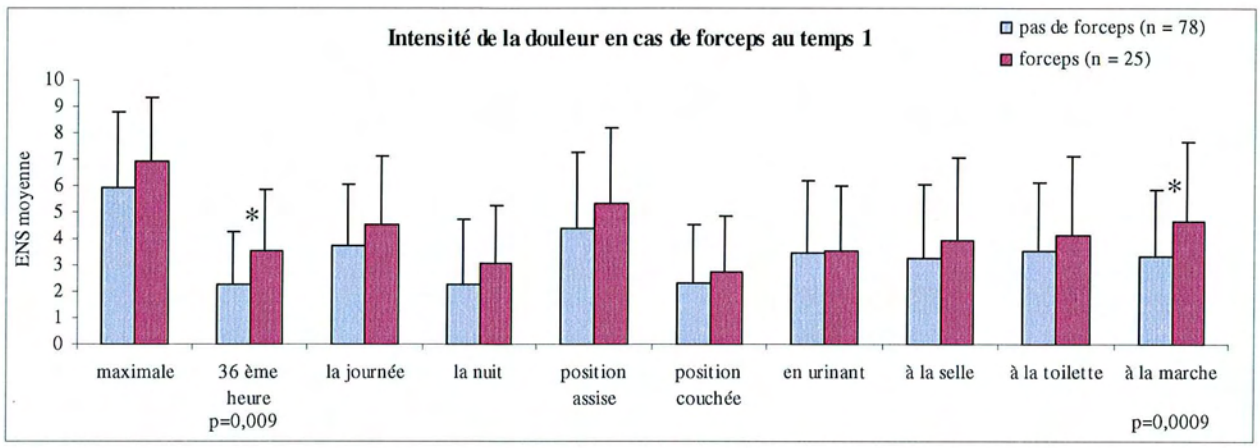


Figure 29

✓ **Intensité de la douleur selon le type de lésion périnéale obstétricale :**

- Comparaison des ENS entre les groupes épisiotomie et déchirure périnéale :

L'intensité de la douleur dans le groupe épisiotomie est significativement plus élevée par rapport au groupe déchirure périnéale (Tableau 6 et Figure 30), que ce soit pour la douleur maximale (6,9 / 10 versus 4,7 / 10, p = 0,0001), ou pour la douleur à la 36ème heure (3,0 versus 1,8 / 10, p = 0,0053).

	Déchirure périnéale	**Episiotomie**
ENS maximale	4,7 ± 2,9	6,9 ± 2,4
ENS 36ème heure	1,8 ± 2,1	3,0 ± 2,1

Tableau 6 : Intensité de la douleur selon le type de lésion périnéale aux temps 1 de l'étude

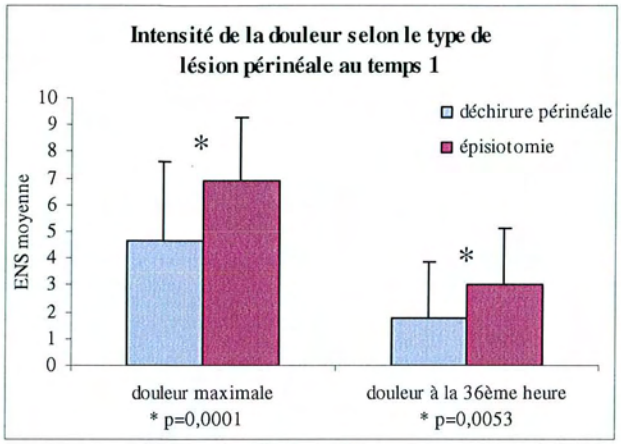


Figure 30

- Détail des ENS dans le groupe épisiotomie : les ENS sont élevées (≥ 4) pour les situations suivantes : douleur maximale, douleur dans la journée, douleur en position assise, à la toilette et à la marche (Figure 31).

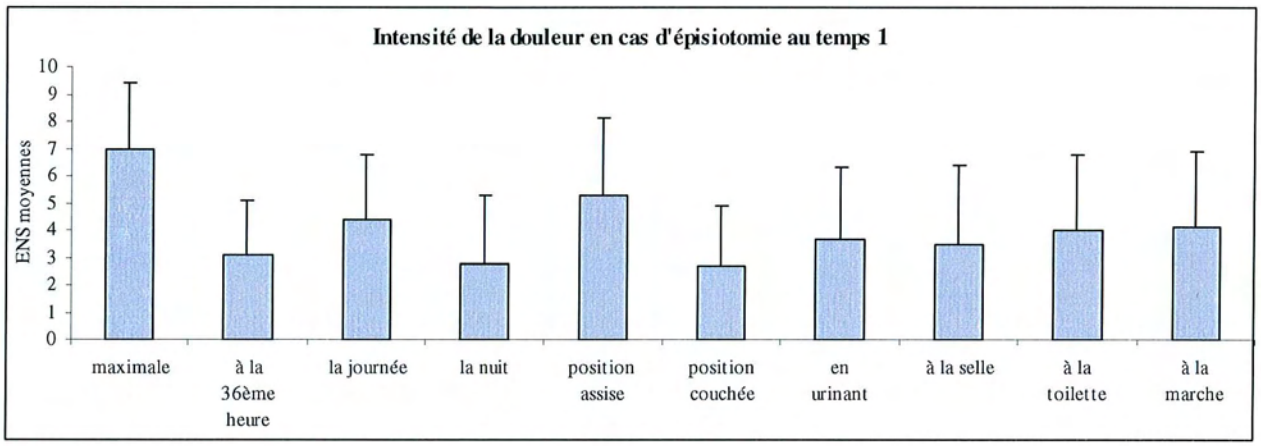


Figure 31

- Détail des ENS dans le groupe déchirure périnéale : seule la douleur maximale est élevée (Figure 32).

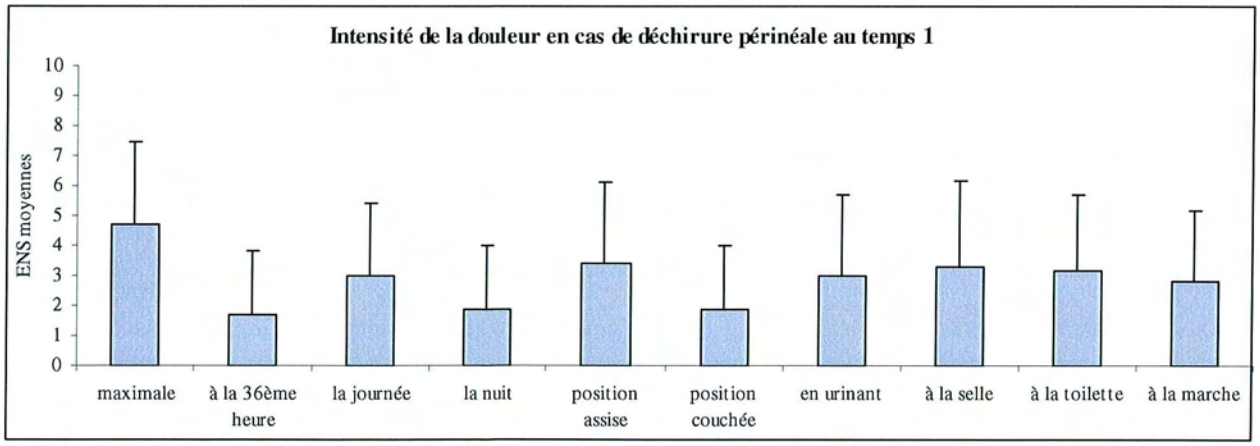


Figure 32

✓ **Intensité de la douleur selon le traitement :**

Les patientes ayant reçu un traitement antalgique présentent des niveaux de douleur comparables aux patientes qui n'en ont pas bénéficié, quelque soit la nature de ce traitement (Figure 33).

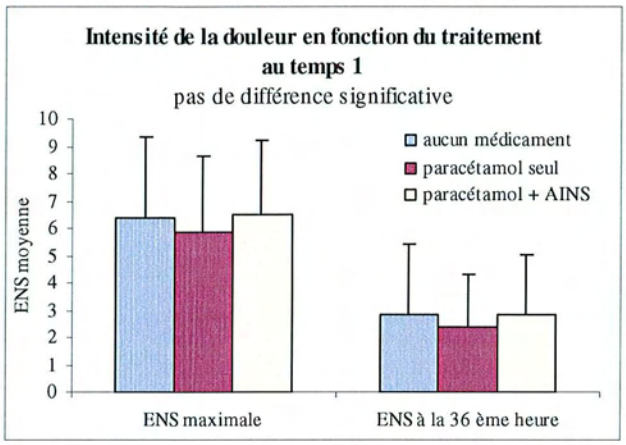


Figure 33

✓ **Chronologie de la douleur en suites de couches :**

- Délai d'apparition de la douleur : dans 75 % des cas au plus tard 2 heures après l'accouchement (Figure 34).

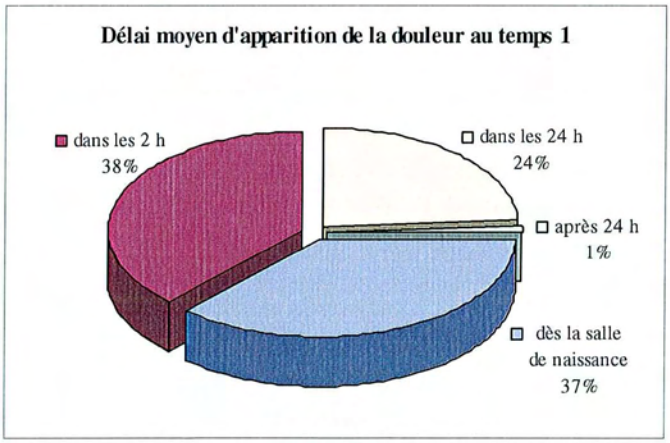


Figure 34

- Durée de la période algique : supérieure ou égale à deux jours dans la majorité des cas (Figure 35).

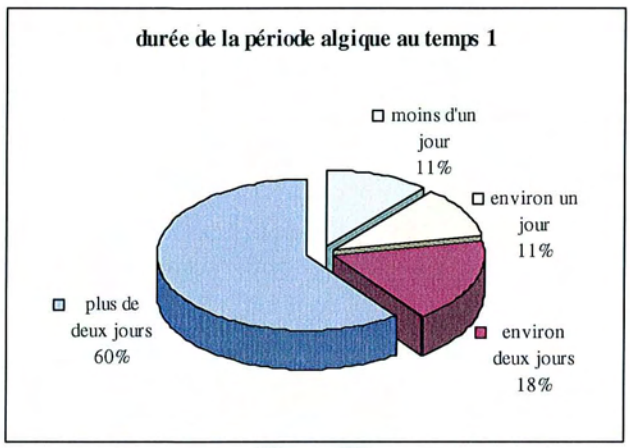


Figure 35

✓ **Autres douleurs du post-partum :**

52 % des femmes ont ressenti d'autres douleurs que périnéales, avec une ENS moyenne à 6,1 / 10 (Figure 36).

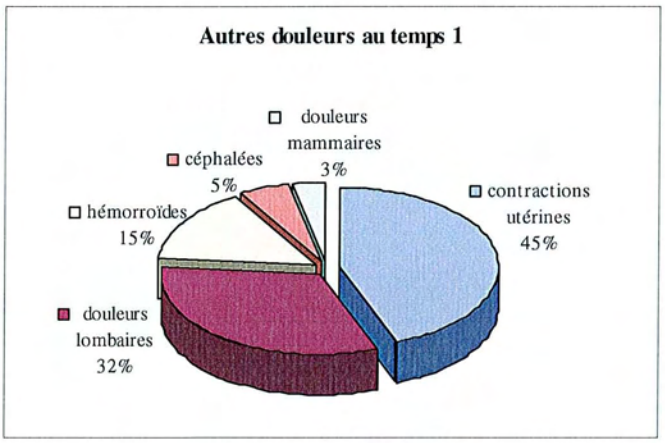


Figure 36

✓ **Douleurs d'une précédente épisiotomie :**

29 patientes au temps 1 ont signalé avoir eu une lésion périnéale lors d'un accouchement précédent. La durée de la douleur était évaluée à environ une semaine pour 63 % des patientes, 1 mois pour 30 %. L'ENS moyenne en début de grossesse était nulle dans 93 % des cas. Il n'y avait donc pas de douleur résiduelle chez les patientes multipares.

4.3.2.6 Retentissement de la douleur

Une échelle, cotée de 0 à 10, a permis d'évaluer le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne. Plusieurs critères ont été évalués : retentissement sur l'humeur, sur la capacité à marcher, sur la relation avec le nouveau-né et sur le sommeil.

- ✓ **Retentissement global :** la douleur entraîne un retentissement important (≥ 4 / 10) sur la capacité à marcher. Son retentissement est faible sur l'humeur, la relation avec le bébé et le sommeil ;

- ✓ **Retentissement en cas de forceps :** il est important sur la capacité à marcher (5,6 / 10). Les autres items sont moins significatifs (retentissement < 4) ;

- ✓ **Retentissement selon le type de lésion périnéale :** seul le retentissement sur la capacité à marcher, en cas d'épisiotomie, est significatif (≥ 4).

4.4 3ème étape du programme d'assurance qualité : élaboration du plan d'action

L'analyse de la 2ème étape a permis de mettre en évidence les carences dans la prise en charge de la douleur : pas d'information des patientes, absence de protocole écrit, prescriptions hétérogènes entre chaque praticien, absence de prescription systématique, médicaments donnés à la demande des patientes, absence d'anticipation de la douleur, faible utilisation des AINS et médicaments donnés par les sages-femmes qui outre-passent leur droit de prescriptions, durée des traitements aléatoires, évaluation orale de la douleur, non écrite. Un plan d'action a été élaboré à partir du mois de novembre 2000, suivi d'une phase d'application d'un délai de cinq mois jusqu'en mars 2001.

4.4.1.1 Rédaction du protocole de prise en charge de la douleur

Un protocole de prise en charge des douleurs après lésions périnéales obstétricales a été rédigé, destiné à la salle de naissance et aux service de suites de couches, en collaboration avec les obstétriciens, les pédiatres du service de néonatalogie et la pharmacienne de la Maternité Régionale de Nancy (Tableau 7).

Ce protocole a pris en compte :

- Les résultats du temps 1 qui ont permis de mettre en évidence deux classes de lésions périnéales correspondant à deux niveaux de douleurs significativement différents, avec une volonté de limiter le nombre de situations pour simplifier le protocole :
  - les patientes ayant eu une épisiotomie avaient des douleurs intenses en post-partum : **groupe épisiotomie avec ou sans déchirure périnéale associée** ;
  - les patientes ayant eu une déchirure périnéale avaient des douleurs modérées en post-partum : **groupe déchirure périnéale sans épisiotomie ;**
- Les connaissances pharmacologiques actuelles pour combiner traitement antalgique et précautions par rapport à l'allaitement maternel ;
- Une administration à titre systématique, avant l'apparition des douleurs, et non à la demande ;

- Les connaissances actuelles sur les antalgiques avec le respect des paliers, et la synergie dans l'association de certaines classes médicamenteuses ;

- L'utilisation de certains antalgiques reconnus comme efficaces dans la littérature sur les douleurs rencontrées en post-partum en respectant les contre-indications et les posologies ;

- La possibilité de passer à un palier supérieur si l'efficacité s'avère insuffisante au vu des résultats de l'évaluation régulière de la douleur par EVA.

	Déchirure périnéale **Sans épisiotomie associée**		**Episiotomie** **Avec ou sans déchirure périnéale**	
	Pas de contre-indication aux AINS	Contre-indications aux AINS	Pas de contre-indication aux AINS	Contre-indications aux AINS
Palier 1	Dafalgan	Dafalgan	Dafalgan + Profénid	Dafalgan codéiné
Palier 2	Dafalgan + Profénid	Dafalgan codéiné	Profénid + Dafalgan codéiné	Appel médecin

Tableau 7 : protocole thérapeutique

✓ **Règles de prescription :**

- DAFALGAN 500 mg : 2 gélules x 4 / jour, pendant 5 jours, à débuter dès la salle de naissance au moment du repas servi après l'accouchement ;

- PROFENID 50 mg : 1 gélule x 4 / jour pendant 5 jours, à prendre au moment des repas, à débuter 2 heures après retrait du cathéter d'analgésie péridurale (APD) ;

- DAFALGAN CODEINE 500 mg : 2 gélules x 3 / jour pendant 5 jours, comprimés à prendre après une tétée ou au moins 2 heures avant ;

- Evaluation de la douleur 2 heures après la première prise d'un antalgique, puis deux fois par jour par échelle visuelle analogique (EVA). Passage au palier 2 si EVA ≥ 4 ;

- Tous les médicaments doivent être pris de manière systématique, toujours aux mêmes horaires, afin de simplifier la prise pour les patientes (amélioration de l'observance), et de bien la répartir pendant le nycthémère.

4.4.1.2 Diffusion du protocole

Une fois ce protocole rédigé et validé, il a été diffusé :

- à l'ensemble des médecins de la Maternité (praticiens hospitaliers et assistants chefs de clinique en anesthésie, obstétrique, néonatalogie et pharmacie) par l'intermédiaire d'un courrier reprenant les résultats obtenus au temps 1 de l'étude *(cf. annexe 3)* ;

- à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (salle de naissance et suites de couches) pour être porté à la connaissance des équipes soignantes concernées et ajouté aux cahiers de protocole *(cf. annexe 4)*.

La diffusion du protocole a été accompagnée d'un rappel sur les différents paliers d'antalgiques utilisables en post-partum et sur les contre-indications aux médicaments anti-inflammatoires.

4.4.1.3 Création d'ordonnances pré-remplies

Des ordonnances pré-remplies ont été rédigées, spécifiques aux lésions périnéales obstétricales *(cf. annexe 5)*.

Ces ordonnances étaient destinées à chaque patiente ayant subi une lésion périnéale. Elles étaient remplies par le soignant ayant suturé l'épisiotomie ou la déchirure, qui devait choisir l'une des quatre ordonnances en fonction du cas de figure :

- ✓ **Ordonnance n°1** : déchirure périnéale sans épisiotomie, pas de contre-indication aux AINS ;

- ✓ **Ordonnance n°2** : déchirure périnéale sans épisiotomie, avec contre-indication aux AINS ;

- ✓ **Ordonnance n°3** : épisiotomie avec ou sans déchirure périnéale, sans contre-indication aux AINS ;
- ✓ **Ordonnance n°4** : épisiotomie avec ou sans déchirure périnéale, avec contre-indication aux AINS.

Une fois l'ordonnance choisie, le soignant n'avait plus qu'à coller une étiquette de la patiente, indiquer l'heure de première prise de l'antalgique, dater et faire signer par un médecin, interne ou senior, présent en salle de naissance. L'ordonnance signée accompagnait la patiente jusqu'au service de suites de couches.

4.4.1.4 Formation des équipes soignantes

Une partie importante du Programme d'Assurance Qualité a été représentée par le volet formation *(cf. annexe 6)*. Deux séances de formation de deux heures chacune, destinées aux médecins prescripteurs et aux sages femmes travaillant en salle de naissance et en suites de couches, ont été organisées. Elles ont été complétées par des rencontres régulières dans les services. Elles ont consisté en :

- ✓ Une présentation du PAQ ;
- ✓ Une information quand aux résultats du 1er temps de l'étude ;
- ✓ Un rappel sur la douleur ;
- ✓ La présentation d'échelles visuelles analogiques, en insistant sur l'importance de l'évaluation régulière de la douleur pour une prise en charge optimale ;
- ✓ La présentation du nouveau protocole ;
- ✓ La présentation des ordonnances et des règles de prescription mises en place.

4.4.1.5 Instauration de l'échelle visuelle analogique

L'intérêt des EVA a été expliqué lors des séances de formation et rappelé à chaque rencontre avec le personnel soignant. Plusieurs dizaines de réglettes ont été distribuées par le département d'anesthésie réanimation aux services de suites de couches (médecins et sage-femmes). Des consignes de surveillance régulière, matin et soir, pour chaque patiente ayant subi une lésion périnéale obstétricale, ont été rappelées et figurent dans le protocole.

4.4.1.6 Délai de 5 mois

Une fois ces actions réalisées, il a été décidé d'appliquer le protocole. Un délai de cinq mois d'utilisation du protocole a permis de déceler les problèmes méthodologiques. Une certaine routine s'est également installé, le but était d'effectuer une évaluation (= temps 2 de l'étude) plus objective.

4.5 4ème étape du programme d'assurance qualité : évaluation de l'efficacité des actions accomplies

4.5.1 Matériel et méthode

Une **deuxième enquête prospective, appelée temps 2**, a eu lieu du 7 mars au 9 avril 2001. Cette enquête s'est déroulée selon le même schéma que la première, en utilisant les mêmes questionnaires *(cf. annexe 2)*, avec les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion. Le but de cette deuxième enquête était d'évaluer la douleur une fois le plan d'action terminé. Une comparaison pouvait ainsi être réalisée par rapport au temps 1 (mesure de la performance du système), afin de savoir si l'action entreprise avait un effet sur la qualité de la prise en charge de la douleur en suites de couches.

De plus, le temps 2 a été accompagné d'une évaluation des pratiques des équipes soignantes confrontées au quotidien au protocole (internes en gynéco-obstétrique, sages-femmes de suites de couches et de salle de naissance). Les éléments suivants ont été recueillis : adhésion, application et efficacité du protocole, retentissement sur l'exercice professionnel, charge de travail supplémentaire, impression d'amélioration de la prise en charge de la douleur, commentaires généraux *(cf. annexe 7)*.

L'analyse statistique a été réalisée de la même manière qu'au temps 1. Le test du Chi 2 a ensuite été utilisé pour comparer les répartitions. Les comparaisons de moyennes ont été effectuées par les tests de Kruskal Wallis. Une analyse multivariée générale a été réalisée sur l'ensemble des patientes des deux temps de l'étude, pour rechercher une variation dans le temps des facteurs de risque de douleur.

4.5.2 Résultats

4.5.2.1 Données anthropométriques

- ✓ **105 patientes incluses ;**

- ✓ **Age :** 27,9 ans ± 5,1 (pas de différence avec le temps 1) : Figure 37

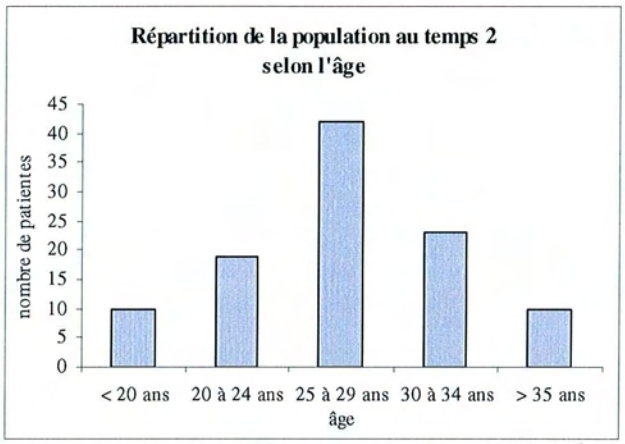


Figure 37

- ✓ **Taille :** 165 cm ± 5,4 (pas de différence avec le temps 1) ;

- ✓ **Poids :** il y a une différence significative avec un poids moyen plus élevé au temps 2 de l'étude (73,2 kg ± 12,7 versus 65 kg ± 17 ; **p<0,0001**) ;

- ✓ **Classe ASA :** pas de différence avec le temps 1 (Figure 38) ;

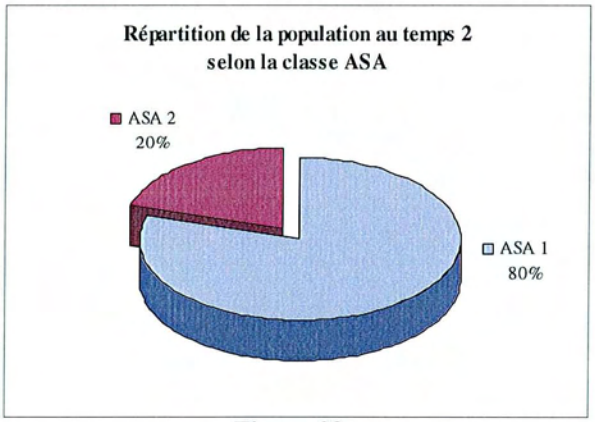


Figure 38

✓ **Niveau d'études :** pas de différence (Figure 39) ;

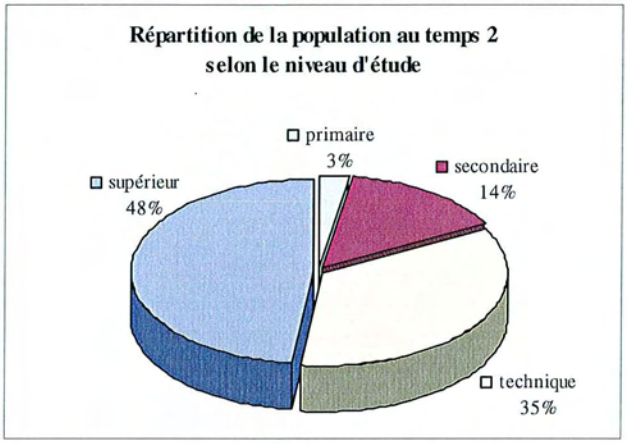


Figure 39

✓ **Catégorie socioprofessionnelle :** pas de différence (Figure 40) ;

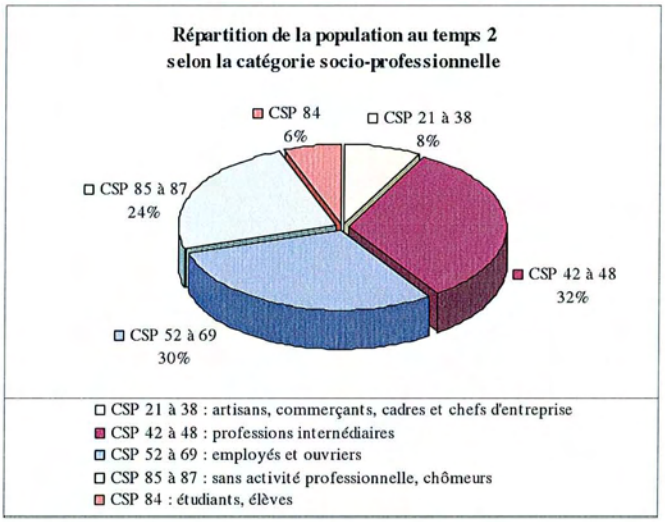


Figure 40

✓ **Origine géographique :** pas de différence (Figure 41) ;

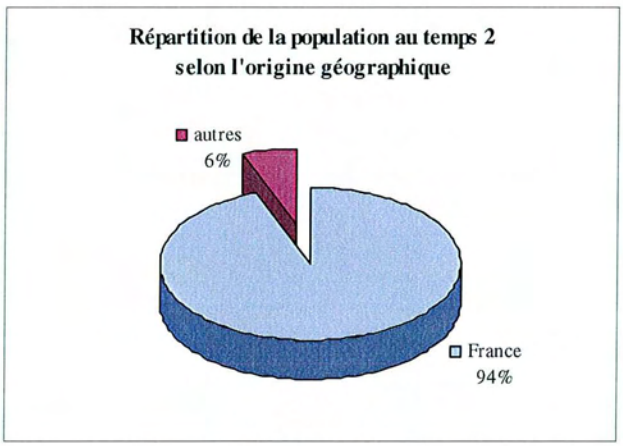


Figure 41

✓ **Parité :** pas de différence (Figure 42).

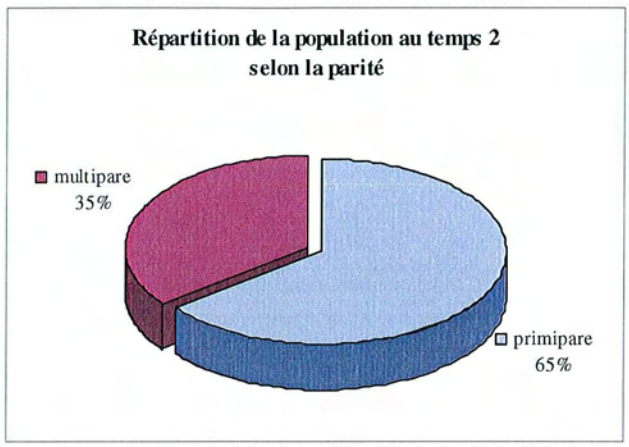


Figure 42

4.5.2.2 Données relatives à l'accouchement

✓ **Durée du travail :** 347 ± 175 minutes au temps 2 (pas de différence) ;

✓ **Poids de l'enfant :** 3155 ± 469 grammes au temps 2 (pas de différence) ;

✓ **Analgésie péridurale pour l'accouchement :** pas de différence (Figure 43) ;

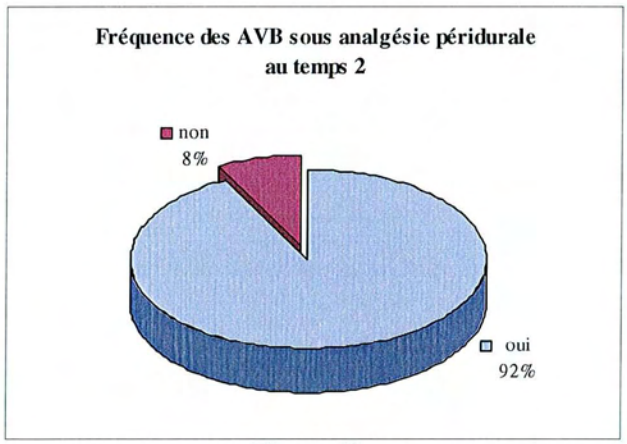


Figure 43

✓ **Les lésions périnéales rencontrées au deux temps de l'étude :** pas de différence ;

- Nature des lésions périnéales obstétricales aux 2 temps : pas de différence (Figure 44) ;

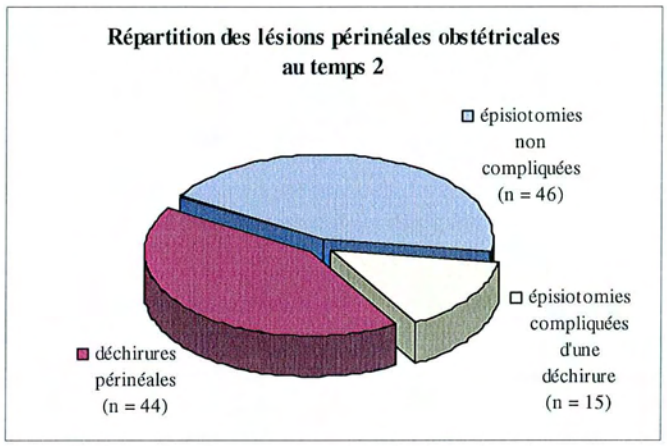


Figure 44

- Classification des épisiotomies : pas de différence entre les deux temps de l'étude pour les items suivants :

  - Type : 96,7 % d'épisiotomies médiolatérales ;
  - Taille : entre 3 et 5 cm dans 80 % des cas ;
  - Complication par une déchirure périnéale : parmi les 61 épisiotomies du 2ème temps, 15 ont été compliquées d'une déchirure périnéale (Figure 45) ;

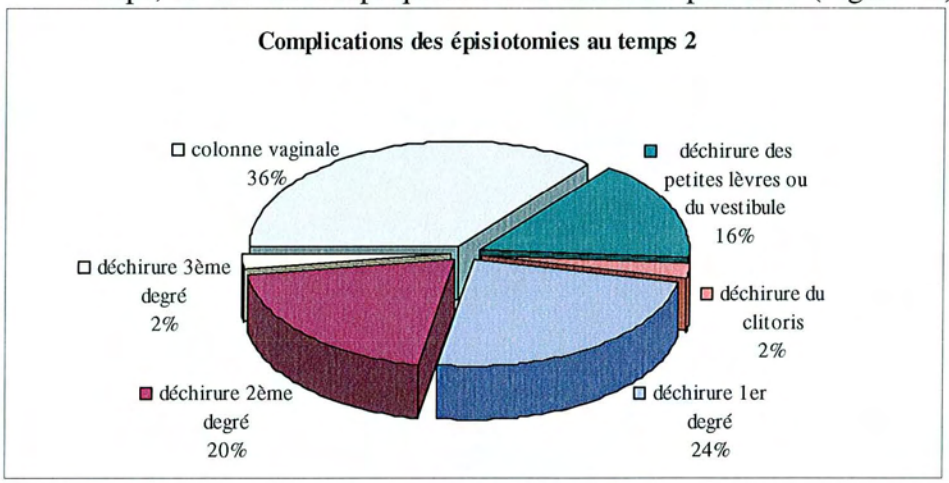


Figure 45

- Classification des déchirures périnéales : n = 44 au temps 2, pas de différence par rapport au temps 1 (Figure 46) ;

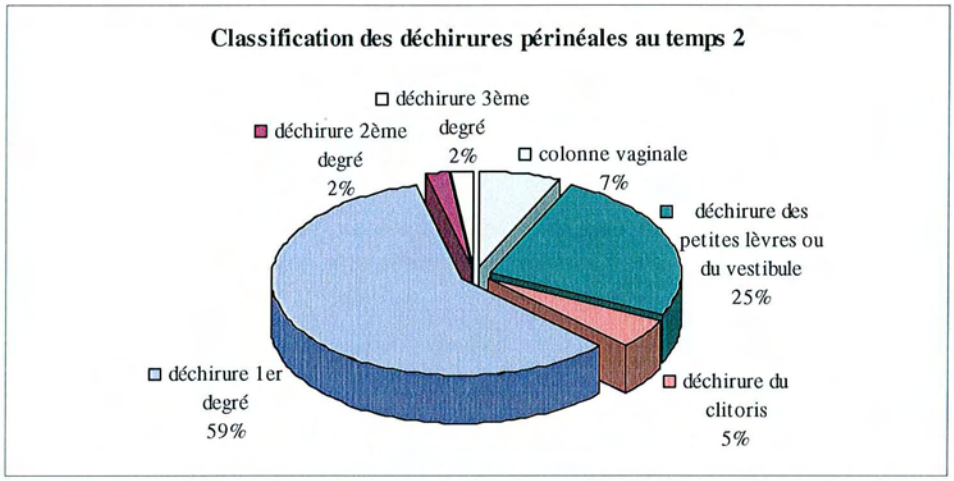


Figure 46

- Complications en suites de couches : pas de différence (Figure 47) ;

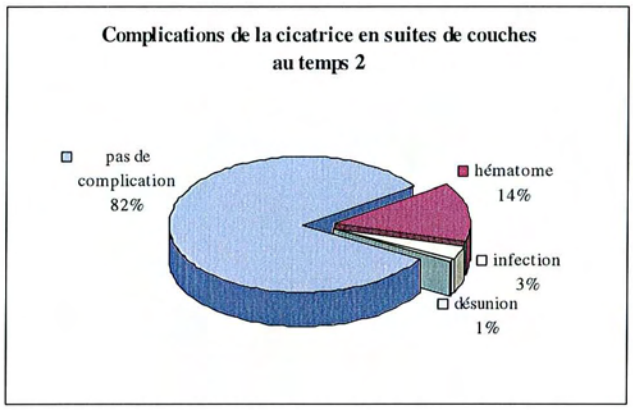


Figure 47

- Œdème au niveau de la lésion : pas de différence ;

- Présence d'hémorroïdes : pas de différence ;

- Qualité de la personne réalisant la suture (médecin senior, interne ou sage-femme) : pas de différence ;

✓ **Aide instrumentale à l'expulsion :** n = 23 au temps 2, pas de différence (Figure 48) ;

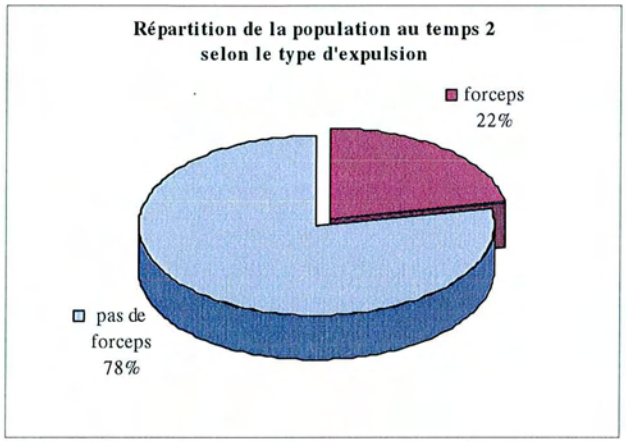


Figure 48

✓ **Information reçue pendant la grossesse :**

Les patientes au temps 2 ont été **plus souvent informées** pendant leur grossesse sur la possible survenue de lésions périnéales obstétricales au cours d'un accouchement (Figure 49).

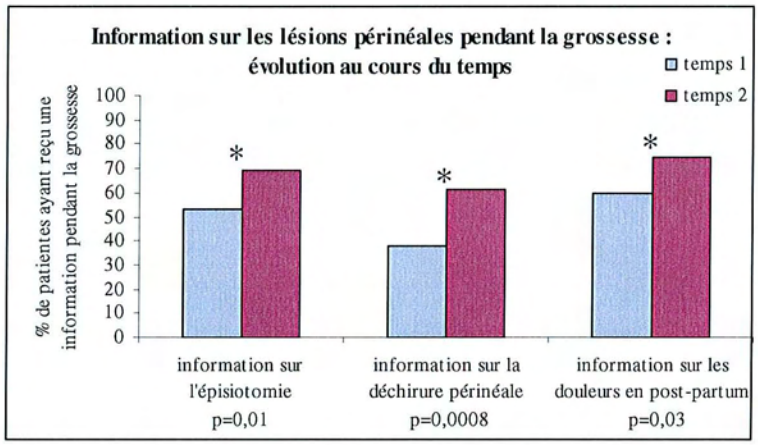


Figure 49

✓ **Allaitement maternel** dans 69 % au temps 2, pas de différence ;

✓ **Facteurs psychologiques** (pathologie chez l'enfant) : pas de différence.

4.5.2.3 Données du Département d'Informatique Médicale

Les données du D.I.M. de la Maternité Régionale de Nancy ont été recueillies au temps 2 de l'étude (Tableau 8).

	PAQ	Données du DIM pendant cette période
Nombre d'AVB	105	200
APD	92 %	85,5 %
Forceps	22 %	11,5 %
Lésion périnéale obstétricale	100 %	82,5 %
Episiotomie	44 % (n = 61)	32,5 % (n = 65)
Déchirure périnéale	42 % (n = 44)	52 % (n = 104)
Episiotomie compliquée d'une déchirure périnéale	14 %	Données non disponibles

Tableau 8 : comparaison entre la population au temps 2 et les données du D.I.M.

4.5.2.4 Traitements antalgiques administrés

✓ **Description des traitements antalgiques prescrits :**

Les prescriptions sont plus fréquentes au temps 2, où toutes les patientes bénéficient d'un traitement antalgique, avec utilisation plus large des AINS (**p < 0,0001**, Figure 50).

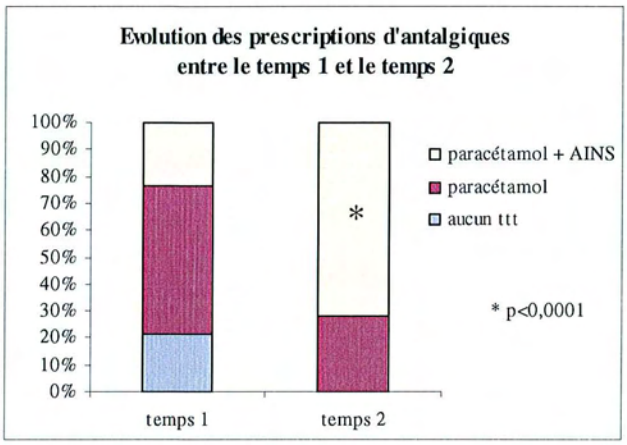


Figure 50

✓ **Prescription systématique d'un traitement antalgique :**

Il existe une différence très significative (**p < 0,0001**) en terme de prescription systématique d'un traitement antalgique en suites de couches (Figure 51).

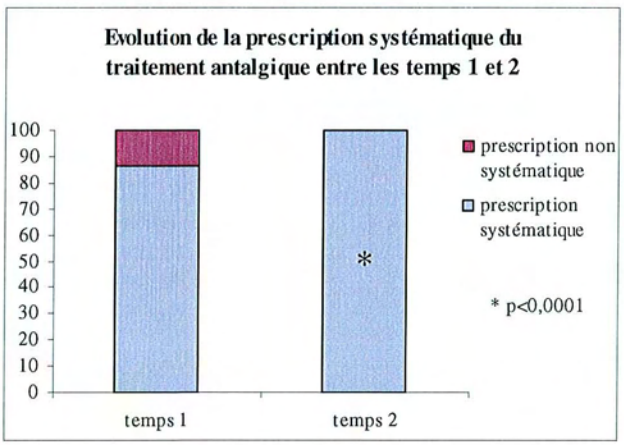


Figure 51

✓ **Observance du traitement antalgique prescrit :**

Il y a une augmentation significative de l'observance du traitement (**p < 0,0001**), avec une prise régulière du traitement de 84,7 % au 2ème temps (seulement une patiente n'a pas pris le traitement prescrit ; Figure 52).

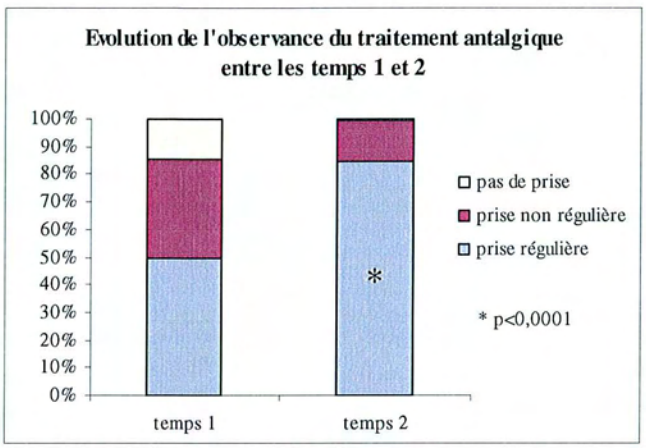


Figure 52

✓ **Efficacité ressentie après la prise des antalgiques :**

Les patientes au temps 2 sont mieux soulagées par la prise du traitement (**p = 0,01** ; Figure 53).

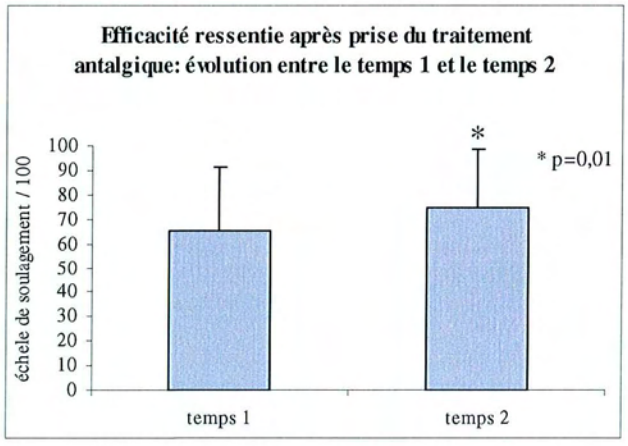


Figure 53

✓ **Demande d'antalgique supplémentaire :**

Les patientes du temps 2 demandent moins d'antalgiques en post-partum que les patientes du temps 1 (**p < 0,0001**, Figure 54).

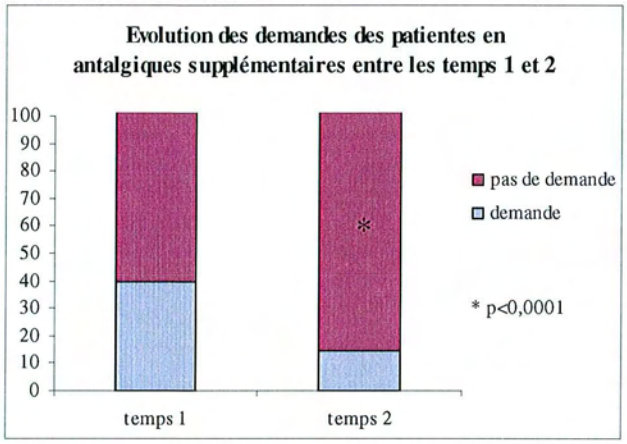
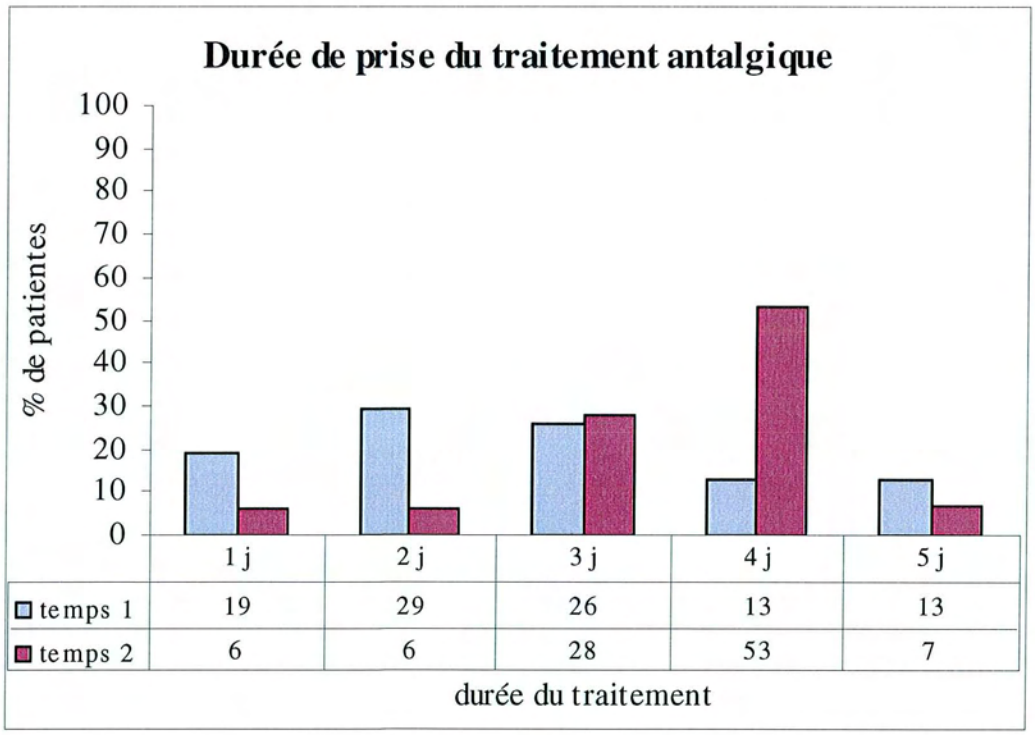


Figure 54

✓ **Durée du traitement antalgique :**

On observe une augmentation de la durée de traitement au temps 2, mais qui n'est pas significative (Figure 55).



	1 j	2 j	3 j	4 j	5 j
temps 1	19	29	26	13	13
temps 2	6	6	28	53	7

Figure 55

✓ **Satisfaction des patientes relative à la qualité de la prise en charge de la douleur :**

On note une augmentation significative (**p = 0,005**) de la satisfaction des patientes, exprimée sur une échelle EVA , qui passe de 8,5 ± 1,9 au 1er temps à 9,2 ± 1,4 au 2ème temps (Figure 56).

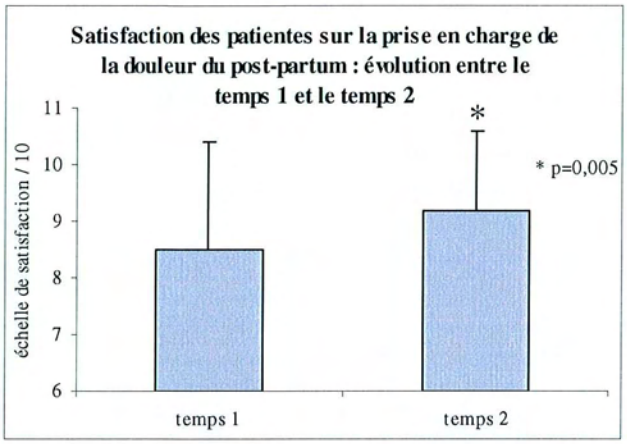


Figure 56

4.5.2.5 Niveaux de douleur

✓ **Intensité de la douleur :**

L'évolution entre le temps 1 et le temps 2 des intensités de douleur est représentée sur la Figure 57 (ENS moyennes) et la Figure 58 (ENS en trois catégories : de 0 à 3, de 4 à 6 et de 7 à 10).

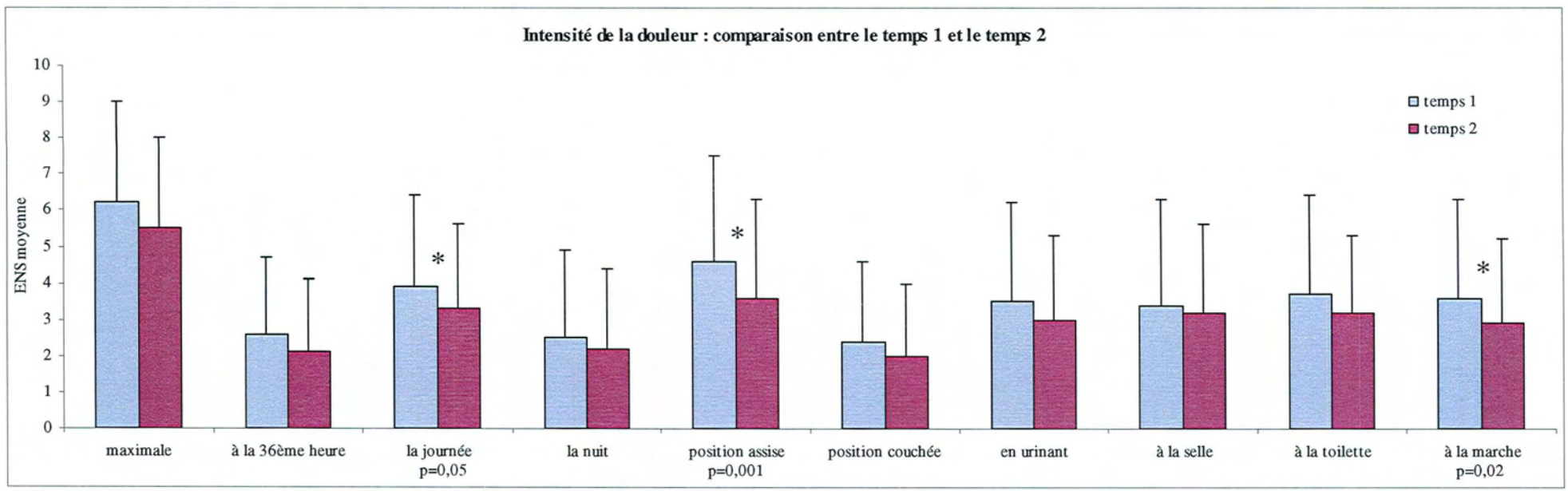

Intensité de la douleur : comparaison entre le temps 1 et le temps 2
ENS moyenne
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
temps 1
temps 2
*
*
*
maximale
à la 36ème heure
la journée
p=0,05
la nuit
position assise
p=0,001
position couchée
en urinant
à la selle
à la toilette
à la marche
p=0,02

Figure 57

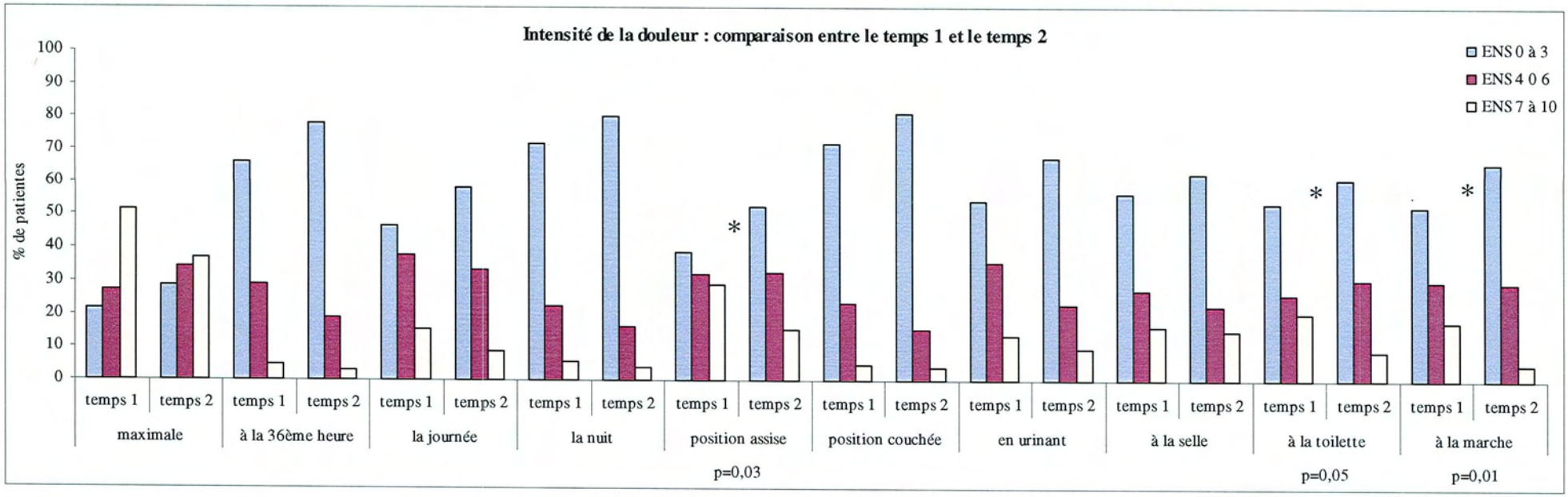

Intensité de la douleur : comparaison entre le temps 1 et le temps 2
% de patientes
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
ENS 0 à 3
ENS 4 0 6
ENS 7 à 10
temps 1
temps 2
maximale
à la 36ème heure
la journée
la nuit
position assise
position couchée
en urinant
à la selle
à la toilette
à la marche
*
p=0,03
p=0,05
p=0,01

Figure 58

✓ **Autres situations douloureuses :**

Au temps 2, les situations signalées par les patientes entraînant une douleur particulièrement importante sont les mêmes qu'au temps 1 (mouvements, changement de position, toux, soins locaux). L'ENS moyenne pour ces situations a été de 5,4 ± 2,5 pour le temps 2 (pas de différence).

✓ **Recherche des facteurs de risque de douleur par une analyse multivariée générale (temps 1 + temps 2) :**

Pour l'analyse multivariée générale, portant sur les deux temps de l'étude, les facteurs de risque retenus par les modèles statistiques sont (Tableau 9) :

- **La primiparité** : multiplie par 5,8 le risque de forte douleur à l'acmé et par 5,5 le risque de douleur intense à H 36 ;
- **L'épisiotomie** multiplie par 2,8 le risque de forte douleur à l'acmé ;
- **L'origine géographique française** est un facteur protecteur à l'égard de la douleur (Odds Ratio < 1) ;
- **L'appartenance au temps 1** de l'étude multiplie par 2,1 le risque de douleur intense à H 36 (il y a 2,1 fois plus d'ENS au temps 1 dans la classe ≥ 4 qu'au temps 2). **On note donc un effet temps dans notre étude (= effet du protocole).** Cet effet n'est pas retrouvé pour la douleur maximale.

Facteurs	Douleur maximale		Douleur à la 36ème heure	
	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %
Parité :				
Primipare	**5,8** (p < 0.0001)	[2,7 - 12,5]	**5,5** (p = 0,0004)	[2,1 - 14,1]
Multipare	1		1	
Lésion périnéale :				
Episiotomie	**2,8** (p = 0,007)	[1,3 - 6,0]	Non significatif	-
Déchirure	1			
Origine :				
France	Non significatif	-	**0,2** (p = 0,007)	[0,07 - 0,7]
Autres pays			1	
Temps de mesure :				
Temps 1	Non significatif	-	**2,1** (p = 0,03)	[1,1 - 4,1]
Temps 2			1	

Tableau 9 : étude de l'évolution des niveaux de douleur depuis l'accouchement (analyse des résultats enregistrés auprès des 208 patientes des temps 1 + 2)

✓ **Intensité de la douleur en cas de forceps :**

Au temps 2, les ENS restent élevées. Il n'y a aucune baisse significative des intensités de douleur dans le groupe « forceps » (Figure 59).

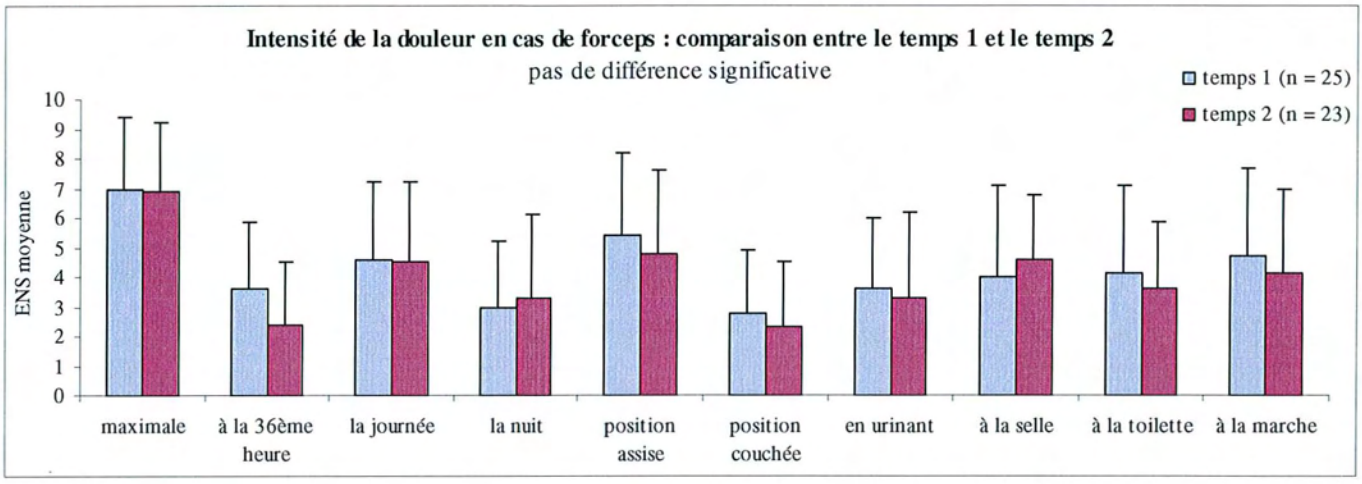


Figure 59

✓ **Intensité de la douleur selon le type de lésion périnéale obstétricale :**

- Comparaison des ENS entre les groupes épisiotomie et déchirure périnéale :

Au temps 2 (Tableau 10 et Figure 60), l'intensité de la douleur maximale reste significativement plus élevée dans le groupe épisiotomie (5,9 / 10 versus 4,8 / 10, **p = 0,03**). L'intensité de la douleur à la 36ème heure n'est pas statistiquement différente (2,4 / 10 versus 1,8 / 10, NS).

		Temps 1	**Temps 2**
Déchirure périnéale	ENS maximale	4,7 ± 2,9	4,8 ± 2,6
	ENS 36ème heure	1,8 ± 2,1	1,8 ± 1,8
Episiotomie	ENS maximale	6,9 ± 2,4	5,9 ± 2,4
	ENS 36ème heure	3,0 ± 2,1	2,4 ± 2,1

Tableau 10 : Intensité de la douleur selon le type de lésion périnéale aux deux temps de l'étude

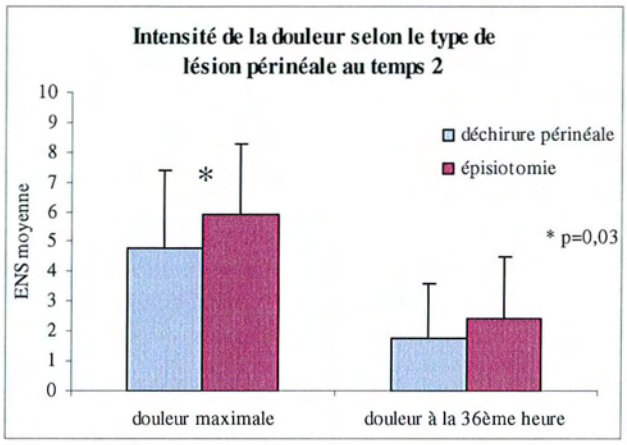


Figure 60

- Détail des ENS dans le groupe épisiotomie aux deux temps de l'étude :

Au temps 2, **les ENS diminuent de manière significative** dans de nombreuses situations et seules la douleur maximale et la douleur en position assise restent ≥ 4 (Figure 61).

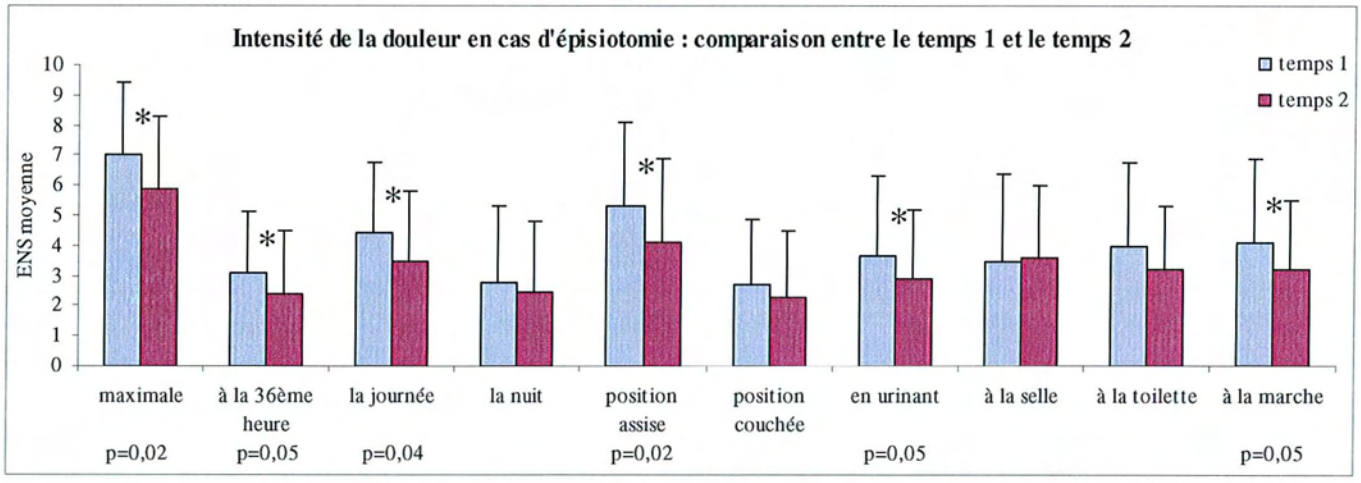


Figure 61

- Détail des ENS dans le groupe déchirure périnéale aux deux temps de l'étude :

Dans le groupe déchirure périnéale, seule la douleur maximale est élevée. Malgré une baisse globale, il n'y a pas d'amélioration significative, entre les deux temps de l'étude, des intensités de douleur (Figure 62).

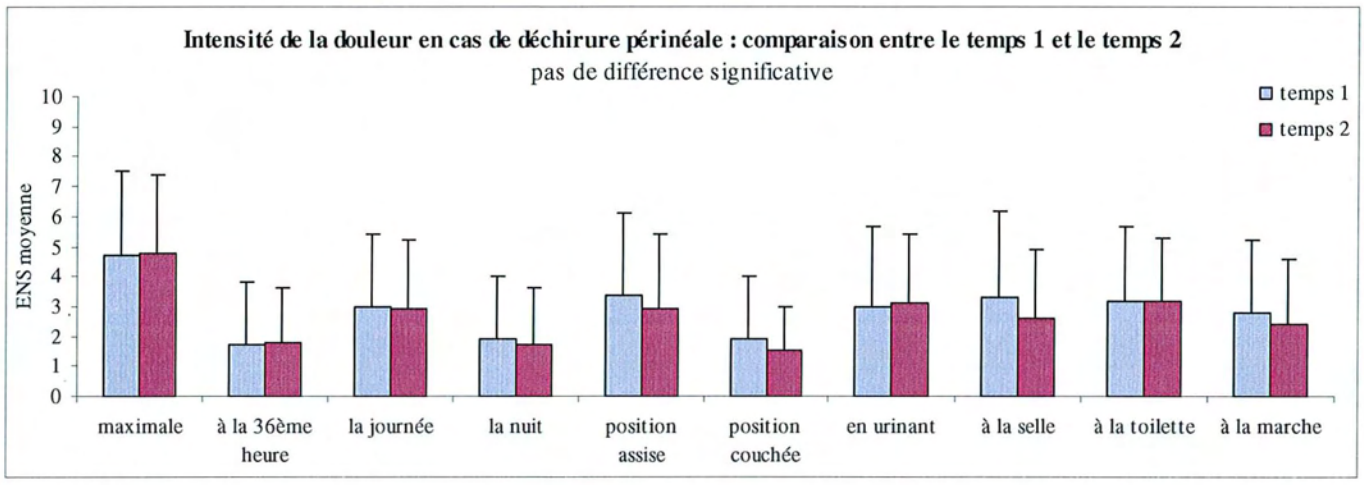


Figure 62

✓ **Intensité de la douleur selon le traitement :**

Au temps 2, toutes les patientes ont reçu un traitement antalgique. On n'observe pas de différence statistiquement significative en fonction du traitement administré (Figure 63). Ceci reste vrai quelque soit le type de lésion : épisiotomie (Figure 64) ou déchirure périnéale (Figure 65).

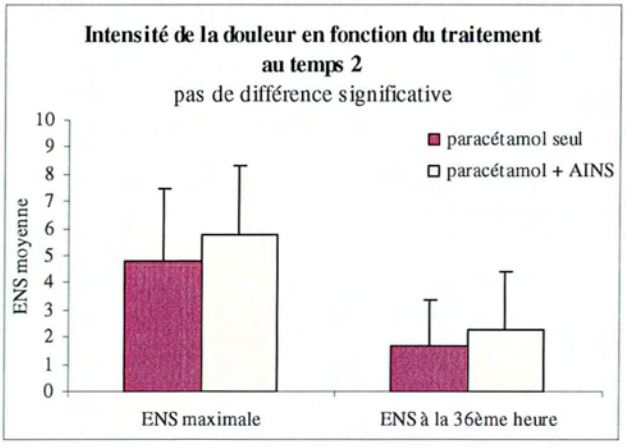


Figure 63

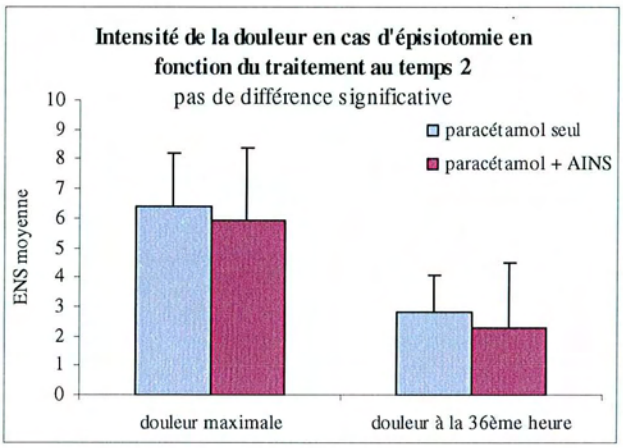


Figure 64

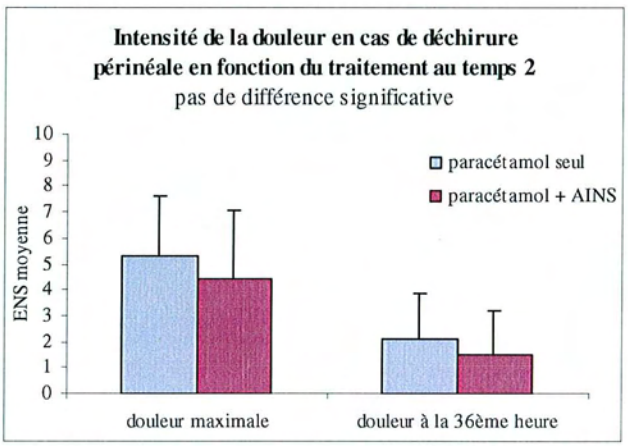


Figure 65

✓ **Chronologie de la douleur en suites de couches :**

- Délai d'apparition de la douleur :

Les douleurs apparaissent pour 75 à 80 % des cas au plus tard 2 heures après l'accouchement (Figure 66). Il n'y a pas de différence par rapport au temps 1.

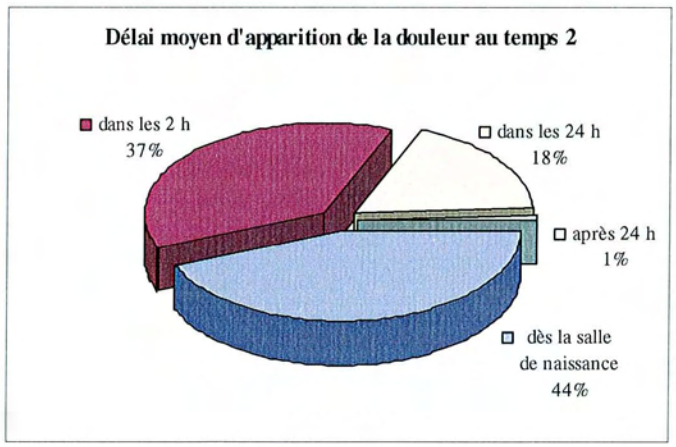


Figure 66

- Durée de la période algique :

La durée de la période algique est supérieure à deux jours dans la majorité des cas, quelque soit le temps de l'étude (Figure 67).

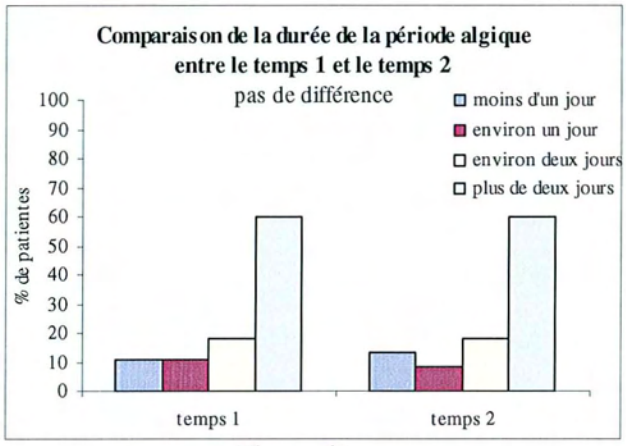


Figure 67

- ENS à la sortie de la maternité :

Cette question n'a pas été posée au temps 1. A la sortie de la maternité, au temps 2, un faible pourcentage de patientes (15,3 %) présente des douleurs modérées (4 à 6 / 10). En revanche, aucune femme ne présente de douleur intense (≥ 7 / 10).

✓ **Autres douleurs du post-partum :**

51 % des femmes ont ressenti d'autres douleurs que périnéales au temps 2, avec une ENS moyenne qui diminue de manière significative au temps 2 (5,3 / 10 versus 6,1 / 10 ; **p = 0,03** ; Figure 68). Au temps 2, le pourcentage d'épigastralgies sur la totalité des 105 patientes était mesuré à 14,3 %. Cette question n'a pas été posée au temps 1.

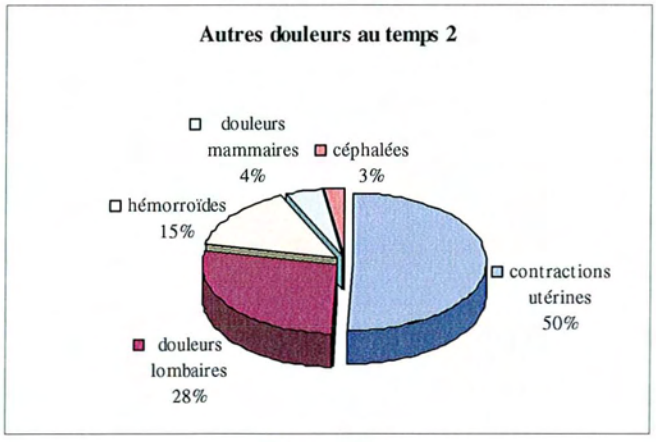


Figure 68

✓ **Evaluation de la douleur par les soignants :**

Les EVA réalisées par les sages femmes n'étaient pas colligées dans le dossier de soins. La réalité de cette évaluation n'a donc pu être approchée qu'indirectement en exploitant l'item du questionnaire « 36ème heure » : « Quelqu'un vous a-t-il demandé si vous aviez mal ? »

Il n'y a pas de différence significative entre le temps 1 et le temps 2 (95,1 % à 94,3 %, Figure 69).

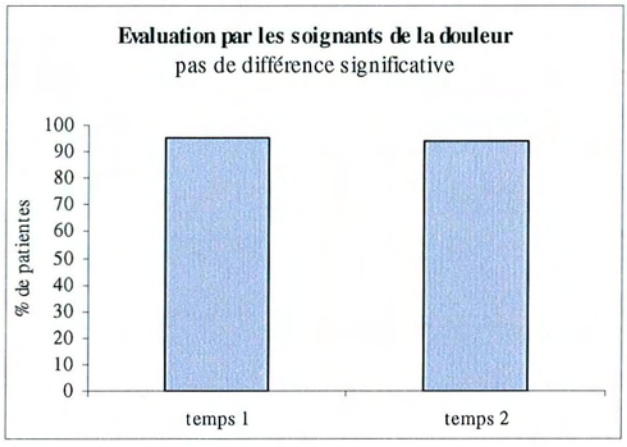


Figure 69

✓ **Douleurs d'une précédente épisiotomie :** pas de différence par rapport au temps 1.

4.5.2.6 Retentissement de la douleur

✓ **Retentissement global :**

Au temps 2, on note une baisse globale du retentissement de la douleur, qui est significative pour l'humeur (**p = 0,003**) et la capacité à marcher (**p = 0,005** ; Figure 70).

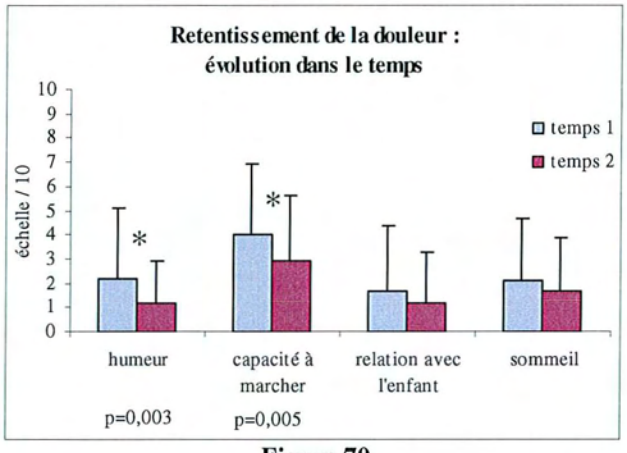


Figure 70

✓ **Retentissement en cas de forceps :**

Au temps 2, il y a une amélioration significative pour la capacité à marcher (**p = 0,05** ; Figure 71).

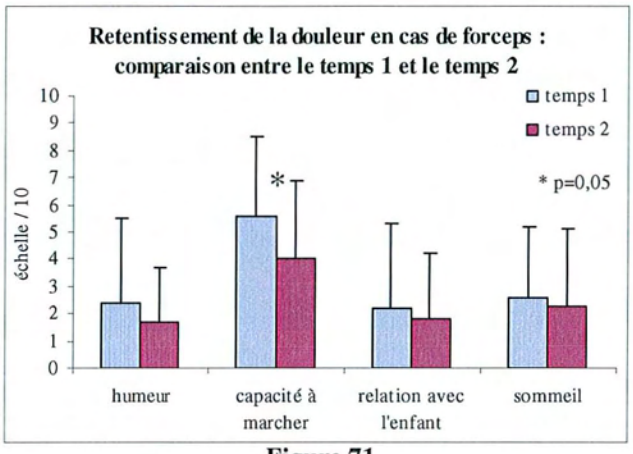


Figure 71

✓ **Retentissement selon le type de lésion périnéale :**

- Groupe épisiotomie :

L'épisiotomie entraîne un retentissement sur la capacité à marcher significativement plus important que la déchirure périnéale, que ce soit au temps 1 ou au temps 2.

Entre les temps 1 et 2, on note dans le groupe épisiotomie une amélioration sur l'humeur (**p = 0,02**) et sur la capacité à marcher (**p = 0,008**). Au temps 2, le retentissement de la douleur est faible (Figure 72).

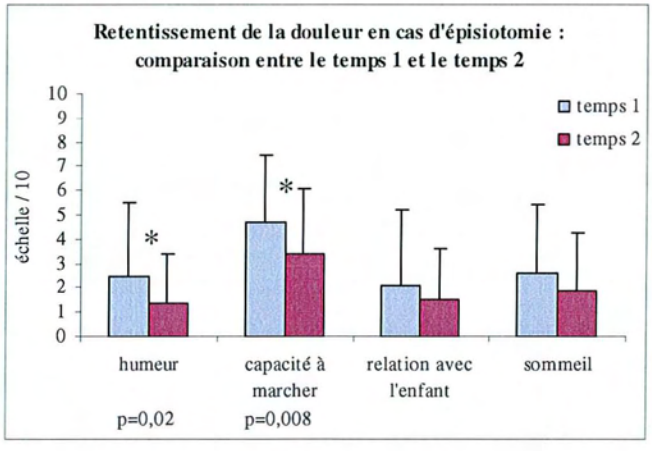


Figure 72

- Groupe déchirure périnéale :

La déchirure périnéale entraîne un retentissement modéré sur l'humeur, la capacité à marcher, la relation avec l'enfant ou le sommeil. On ne note pas de différence entre le temps 1 et le temps 2 (Figure 73).

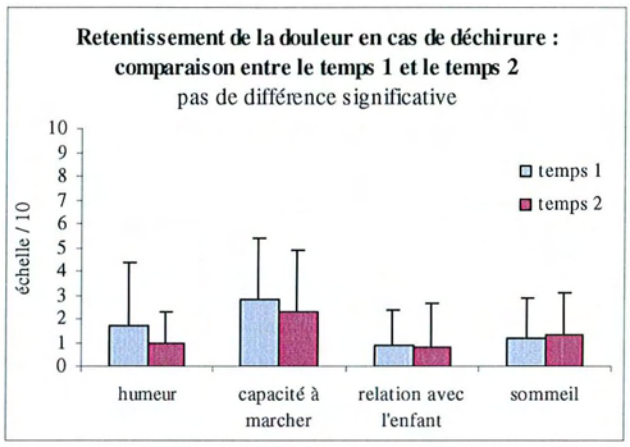


Figure 73

4.5.2.7 Evaluation par les internes et les sage-femmes

✓ **Questionnaires internes :**

- 6 réponses obtenues sur 9 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 75 % ;
- 100 % des internes ayant répondu :
  - jugent l'information reçue à propos du protocole suffisante ;
  - trouvent le protocole simple à appliquer ;
  - pensent que la charge de travail liée au protocole est peu importante ;
  - estiment que le protocole amène une amélioration de la qualité des soins ;
  - signalent qu'il n'y a pas eu d'appel nocturne pour signer des ordonnances ;

- Interrogés sur l'impression d'être moins sollicité pour la prescription d'antalgiques complémentaires en suites de couches, les internes répondent oui à 50 %, non à 33 % ;

- Un seul commentaire libre est relevé, il s'agit de la demande d'autres protocoles (ex : césariennes).

✓ **Questionnaires sage-femmes salle de naissance :**

- 10 réponses obtenues sur 20 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 50 % ;

- Les sages femmes de salle de naissance estiment :

  - L'information reçue sur le protocole suffisante pour 90 % d'entre elles ;

  - Le protocole simple à appliquer (100 %) ;

  - Les ordonnances signées faciles à obtenir (100 %) et dès la salle de naissance (90 %) ; Raisons pour lesquelles les patientes remontent en suites de couches sans ordonnance signée :

    - Oubli de la sage-femme ;

    - Pas de médecin, notamment la nuit (ordonnance signée le lendemain dans ce cas) ;

    - Manque de temps (1 réponse) ;

  - Que le protocole ne représente pas une augmentation de la charge de travail en salle de naissance (100 %) ;

  - Que le protocole représente une amélioration de la qualité des soins (100 %) ;

- Commentaires libres :

  - « Ce protocole améliore la prise en charge de la douleur » ;

- « intérêt de mettre en place un traitement précocement et de manière systématique » ;
- « Problème de renouvellement du stock d'ordonnances et du stock d'antalgiques (codéine et AINS) en salle de naissance ».

✓ **Questionnaires sage-femmes suites de couches :**

- 10 réponses obtenues sur 20 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 50 % ;
- Les sage-femmes de suites de couches estiment :
  - L'information reçue sur le protocole suffisante pour 70 % d'entre elles ;
  - Le protocole simple (100 %) ;
  - Que les ordonnances sont signées dès la salle de naissance pour 50 % d'entre elles ;
  - La signature d'un médecin facile à obtenir en suites de couches si cela n'a pas été fait en salle de naissance (100 %) ;
  - Les médicaments prescrits faciles à obtenir de la pharmacie (100 %) ;
  - Que le protocole ne représente pas une augmentation de la charge de travail (90 %) ;
  - Qu'il y a une baisse de la demande en antalgiques complémentaires (100 %) ;
  - Que le protocole représente une amélioration de la qualité des soins (90 %) ;
- A la question « l'EVA est t-elle réalisée systématiquement matin et soir ? », **la réponse est non dans 80 % des cas**. Les raisons avancées sont les suivantes :
  - Oubli : 40 % ;
  - Trouve cela inutile : 60 % ;
  - Charge de travail importante : non ;

    - Pas de réglette : non ;

- Interrogées sur la durée adéquate du traitement, la réponse est :
    - 5 jours préconisés : 20 % ;
    - 2 jours : 10 % ;
    - 3 jours : 50 % ;
    - à la demande : 20 % ;

- Interrogées sur la survenue d'effets indésirables des AINS (épigastralgies), la réponse est positive dans 30 % des cas ;

- Interrogées sur l'observance du traitement, la réponse est :
    - Jusqu'au bout : 20 % ;
    - Arrêt spontané au bout de 2 jours : 30 % ;
    - Arrêt spontané au bout de 3 jours : 50 % ;

- Commentaires libres :
    - « Adapter le traitement à la demande de la patiente, sans le prolonger si la patiente n'en ressent pas la nécessité » ;
    - « Revoir la durée du traitement, 5 jours est peut-être excessif » ;
    - « D'autres protocoles seraient intéressant (ex : césariennes, tranchées) ».

4.6 Discussion

4.6.1 Difficultés méthodologiques rencontrées

4.6.1.1 Analyse des données anthropométriques

Les populations des deux temps de l'étude étaient comparables en tous points, sauf en ce qui concerne le poids des patientes qui était plus élevé au temps 2. Cela s'explique par une erreur lors de l'enregistrement des données, avec prise en compte du poids des patientes au début de la grossesse pour le temps 1, et en fin de grossesse pour le temps 2. Cependant, il n'a pas été considéré que cette différence aurait des conséquences, dans la mesure où le poids n'est pas un facteur de risque de douleur intense en post-partum [42, 72]. Il n'y avait pas de différence entre les deux temps de l'étude pour l'âge et les données socioculturelles, qui ont été reconnus dans certaines études comme facteurs influençant la douleur [42]. Il n'y a donc **pas eu de biais de recrutement**.

Le nombre de patientes incluses était important, mais l'analyse statistique s'est parfois heurtée à la petite taille des sous-groupes (ex : forceps avec un vingtaine de patientes à chaque temps, déchirure du 3ème degré avec seulement quelques patientes, groupes traités et non traités), qui ont pu rendre les conclusions difficiles **par manque de puissance du test statistique**.

4.6.1.2 Comparaison aux données du Département d'Informatique Médicale

Il n'a pas été possible d'affirmer que les échantillons étudiés ont été représentatifs de l'activité de l'établissement. En effet, on n'a pas réellement comparé de manière statistique la population sélectionnée avec la population totale puisqu'il n'y a pas eu de randomisation. Les données du D.I.M. pouvaient cependant être utiles pour analyser la qualité des inclusions.

Au temps 1, selon les données du D.I.M. pour la même période, 363 femmes ont accouché à la Maternité Régionale de Nancy, 295 ont présenté une ou plusieurs lésions périnéales obstétricales. Seules 103 patientes sur ces 295 ont été incluses, soit 35 %. Cela

représente 20 % (35 / 176) des déchirures périnéales, et 47 % (68 / 144) des épisiotomies. Deux explications peuvent être avancées :

- Faible participation de l'équipe obstétricale en début d'étude, par manque de motivation du fait de la présence non permanente d'un des co-investigateurs au sein de l'établissement, avec de nombreuses feuilles d'inclusion oubliées ;

- De nombreuses déchirures simples, les éraillures, qui sont les plus fréquentes, ont été oubliées, en pensant que la douleur en post-partum de ces petites déchirures serait minime. Ces petites déchirures sont effectivement habituellement négligées.

Au temps 2, parmi les 200 accouchements qui ont eu lieu à la Maternité, 165 patientes ont présenté une ou plusieurs lésions périnéales obstétricales. Sur ces 165 patientes, 105 ont été incluses, soit 63,6 % : 42 % (44 / 104) des déchirures périnéales et 94 % (61 / 65) des épisiotomies. Le nombre de déchirures périnéales et d'épisiotomies a donc été plus proche des données du D.I.M. pour le 2ème temps de l'étude, du fait d'une plus grande vigilance de l'investigateur, et d'un meilleur investissement de l'équipe obstétricale. Les séances de formation réalisées entre le temps 1 et le temps 2 ont permis une sensibilisation des soignants à la douleur après l'accouchement. De nombreuses déchirures simples ont tout de même encore été oubliées. Il existait ainsi une différence dans les inclusions des deux temps de l'étude, mais sans conséquence puisque l'analyse statistique a démontré que les deux populations étaient comparables.

4.6.1.3 Modification des pratiques liée à la réalisation d'une enquête

L'étude n'a pas été réalisée à l'insu du personnel soignant pour des raisons pratiques, le questionnaire de classification devant être rempli par un obstétricien ou une sage-femme. Même si l'enquête au temps 2 a été effectuée plusieurs mois après la mise en place du protocole en espérant un effet « rodage », il n'est pas exclu que certains membres de l'équipe obstétricale, médecins ou sages-femmes, aient modifié leur pratique, sachant qu'il y avait une enquête en cours.

4.6.2 Analyse de la douleur : recherche des facteurs de risque

4.6.2.1 Analyse univariée

Après le temps 1 de l'étude, les facteurs de risque ont été recherchés. **L'analyse univariée** a permis de retrouver les mêmes facteurs que ceux classiquement retrouvés dans la littérature [72, 73, 74], à savoir :

- Pour la douleur maximale : analgésie péridurale, primiparité, épisiotomie ;
- Pour la douleur à la 36ème heure : analgésie péridurale, primiparité, épisiotomie, pratique d'un forceps.

Le forceps a entraîné une augmentation globale de la douleur, avec des ENS ≥ 4 dans de nombreuses situations (douleur maximale, douleur moyenne la journée, en position assise, en allant à la selle, pendant la toilette et à la marche).

L'épisiotomie a entraîné une douleur plus élevée que la déchirure périnéale à la 36ème heure et à l'acmé. Ceci confirmait les données de la littérature [79]. La douleur maximale a été intense pour l'épisiotomie (6,9 / 10), modérée pour la déchirure (4,7 / 10). La douleur à la 36ème heure a été faible pour l'épisiotomie (3,0 / 10) et pour la déchirure (1,8 / 10). L'épisiotomie a donc entraîné une douleur intense pendant deux jours, la déchirure une douleur modérée.

Les déchirures simples ont été moins souvent incluses dans l'étude. On peut imaginer que les déchirures du 2ème ou du 3ème degré, qui ont été de ce fait sur-représentées, ont entraîné une douleur plus intense qu'une déchirure simple. Pour rechercher si l'intensité moyenne de la douleur dans le groupe déchirure n'a pas été sur-évaluée, les ENS ont été analysées selon le type de déchirure périnéale : déchirures simples (1er degré) ou déchirures graves (2ème et 3ème degrés). Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre ces deux sous-groupes. C'est pourquoi, quel que soit son type, toutes les patientes ayant eu une déchirure ont été traitées de

la même façon. Cette attitude peut être critiquée dans la mesure où un manque de puissance pouvait être incriminé du fait de la petite taille de ces sous-groupes.

4.6.2.2 Analyse multivariée

L'analyse multivariée, toujours sur les résultats de la première étude, a permis de retrouver comme facteurs de risque, pour la douleur maximale et pour la douleur à la 36ème heure, la primiparité et l'épisiotomie. Elle n'a pas retenu l'analgésie péridurale et la pratique d'un forceps, qui apparaissaient en analyse univariée par un probable effet confondant.

Les intervalles de confiance étaient assez larges, donc peu précis. Mais il s'agissait d'une étude d'observation avec une centaine de patientes seulement à chaque temps. Le but était de retrouver des facteurs de risque, et non d'établir des scores de gravité qui aurait nécessité un intervalle de confiance plus réduit.

Les résultats de l'analyse multivariée ont été utilisées pour rédiger le protocole : d'un côté les patientes qui présentaient une déchirure périnéale et qui ont bénéficié d'un traitement par paracétamol seul ; d'un autre côté les patientes qui présentaient une épisiotomie et qui ont bénéficié d'une association paracétamol + AINS. Il n'a pas été tenu compte de la primiparité de manière à garder un protocole simple à mettre en œuvre dans le but d'obtenir l'adhésion des soignants.

4.6.3 Critères permettant de conclure à l'efficacité du programme

4.6.3.1 Analyse multivariée sur les deux temps

A la fin du temps 2, une nouvelle analyse multivariée a été réalisée, portant sur l'ensemble des 208 patientes des deux temps de l'étude. Son but était d'analyser les résultats des ENS afin de mettre en évidence un effet bénéfique du PAQ. Cette analyse multivariée a permis de retrouver comme facteurs de risque l'appartenance au temps 1 pour la douleur à H 36, qui multiplie par 2,1 le risque de douleur modérée à intense. Il y a 2,1 fois plus d'ENS au temps 1 dans la classe ≥ 4 qu'au temps 2. Au 2ème temps, la douleur est moins élevée à la 36ème heure. **Un effet bénéfique du protocole a donc été mis en évidence, ce qui prouve**

une amélioration de la prise en charge grâce au PAQ. L'action a été efficace car l'effet temps est significatif. Plusieurs raisons peuvent être avancées : meilleure information au sujet de la douleur pendant la grossesse, prescriptions plus adaptées dès la salle de naissance et en suites de couches, meilleure observance de la part des patientes. On ne peut pas isoler un facteur principal, car il s'agissait d'un programme d'assurance qualité, agissant concomitamment sur plusieurs aspects de la prise en charge.

En revanche, on n'a pas retrouvé d'effet temps pour la douleur maximale. L'ENS maximale était élevée au temps 1 (6,2 ± 2,8 / 10), ce qui confirmait les données de la littérature [68, 76]. Elle est restée importante au temps 2 (5,5 ± 2,5 / 10), sans différence significative. Cette douleur était à rapprocher de celle, importante d'après les patientes, entraînée par les mouvements, la toux et les soins locaux (ENS pour ces situations de 5,8 ± 2,2 au temps 1 et 5,4 ± 2,5 au temps 2, NS). Le PAQ a donc eu peu d'effet sur ce type de douleur qui survient à la **mobilisation**, situation où les **antalgiques systémiques se révèlent classiquement peu efficaces** [6].

4.6.3.2 Analyse des intensités de douleur

Une douleur est considérée comme élevée, c'est-à-dire nécessitant un traitement, lorsque l'ENS est ≥ 4 [43].

Au temps 2, on a noté **une baisse globale de toutes les intensités de douleur. Le protocole a eu un effet bénéfique car il a diminué la douleur en suites de couches**. Les ENS ont été moins élevées au temps 2 qu'au temps 1. Cependant, on aurait pu attendre des résultats plus significatifs. En effet, ils ont parfois été mitigés :

- ✓ **Intensité de la douleur moyenne** : l'évolution des ENS moyennes entre le temps 1 et le temps 2 a montré une diminution globale de toutes les ENS, mais la baisse n'était statistiquement significative que pour quelques items : douleur moyenne la journée, douleur en position assise et douleur à la marche ;

- ✓ **Intensité de la douleur en cas de forceps** : malgré le traitement, au temps 2, les ENS des patientes du groupe forceps sont restées élevées, sans différence par rapport au temps 1. Le traitement n'a donc pas été suffisant chez les patientes qui ont eu un forceps ;

✓ **Intensité de la douleur selon le type de lésion périnéale** : au temps 2 de l'étude, l'épisiotomie a entraîné une douleur maximale significativement plus élevée que la déchirure périnéale. La douleur maximale a diminué pour l'épisiotomie (5,9 / 10) et devient modérée (comprise entre 4 et 6). Elle n'a pas varié pour la déchirure (4,8 / 10). A la 36ème heure, l'ENS était faible pour l'épisiotomie (2,4 / 10) et pour la déchirure (1,8 / 10). L'épisiotomie et la déchirure ont donc entraîné une douleur modérée pendant deux jours ;

- Dans le groupe épisiotomie, les ENS ont été diminuées de manière significative dans les cas suivants : acmé de la douleur, douleur à la 36ème heure, douleur moyenne pendant la journée, douleur en position assise, en urinant et à la marche. Le PAQ a donc été efficace. Seules l'ENS maximale et l'ENS en position assise sont restées ≥ 4 ;

- Dans le groupe déchirure, les ENS n'ont pas été modifiées de manière significative, malgré une baisse des niveaux de douleur. L'efficacité du PAQ n'a donc pas été prouvée. La déchirure a cependant entraîné une douleur faible car en dehors de l'ENS maximale tous les niveaux de douleur ont été strictement inférieurs à quatre.

Plusieurs explications peuvent être avancées pour étayer ces résultats mitigés :

✓ Le nombre de patientes ayant eu un forceps n'a été que de 25 au 1er temps et 23 au 2ème temps. Le nombre de déchirures a également été peu élevé : 35 au 1er temps, 44 au 2ème temps. Il est possible que **ces échantillons aient été trop faibles**, révélant un manque de puissance du test statistique ;

✓ Les ENS après déchirures périnéales ont déjà été basses au temps 1. Une intensité plus faible était plus difficile à obtenir par l'action thérapeutique. Démontrer une différence significative aurait nécessité **des effectifs beaucoup plus importants** ;

✓ Le traitement choisi dans le cadre du protocole a peut-être été **insuffisant** . Le traitement en cas d'épisiotomie était efficace, mais il faut envisager de revoir le traitement donné

aux patientes qui ont eu une déchirure périnéale ou un forceps, pour un **traitement plus puissant** :

- Pour le groupe déchirure : le protocole a conduit à la prescription de paracétamol, avec une possibilité d'associer un AINS en deuxième intention. Ce traitement insuffisant confirmerait l'étude de Behotas [69] qui indique que le paracétamol seul est inefficace pour lutter contre la douleur après lésion périnéale. Il faudrait donc revoir le protocole et **proposer de manière systématique l'association paracétamol + AINS pour toutes les lésions périnéales obstétricales, y compris les déchirures.** L'utilité de prescrire de la codéine est à discuter, les ENS dans le groupe déchirure étant faibles ;

- Pour le groupe forceps : ces patientes ont toutes reçu au temps 2 l'association paracétamol + AINS, dans la mesure où un forceps est systématiquement associé à une épisiotomie. Ce traitement est apparaît insuffisant. D'autres études ont déjà retrouvé une douleur rebelle après forceps [99]. Il faut envisager **d'associer le paracétamol codéiné de manière systématique à un AINS en cas de forceps**.

4.6.3.3 Analyse du retentissement de la douleur

D'après les données de la littérature, le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne en post-partum peut être majeur [77, 78]. Dans l'étude, au temps 1, il a été peu important, sauf sur la capacité à marcher (4 / 10). L'humeur, la relation avec l'enfant et le sommeil n'ont pas été affectés (proches de 2 / 10). Il est logique que le retentissement sur la capacité à marcher ait été le plus important, dans la mesure où c'est pendant les mouvements que les patientes ont signalé les douleurs les plus importantes. Le retentissement sur la relation avec l'enfant était très faible. Les patientes ont relativisé la douleur par rapport à un événement heureux. Les douleurs au repos étant peu intenses, le retentissement sur le sommeil a logiquement été faible.

Au temps 2, le retentissement a baissé. Il a diminué et est devenu faible (2,9 / 10) sur la capacité à marcher. L'humeur a également été moins affectée (1,2 / 10 versus 2,2 / 10). **Le PAQ a donc amené un bénéfice en diminuant le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne**, jusqu'à des niveaux acceptables. Ceci a également été vrai en cas de forceps (notamment sur la capacité à marcher), et d'épisiotomie (humeur et capacité à marcher), avec

des valeurs inférieures ou égales à 4 / 10 au temps 2. Dans le groupe déchirure, il n'y a pas eu d'amélioration significative, mais les niveaux étaient très bas aux temps 1 et 2.

4.6.3.4 Traitements antalgiques administrés

Au temps 1, il n'y a eu aucune différence entre les ENS des patientes qui n'ont reçu aucun traitement, celles qui ont eu du paracétamol et celles qui ont bénéficié de l'association paracétamol + AINS. On peut facilement comprendre ces résultats. En effet, au temps 1, le recueil des données n'a pas été facile (médicament donné non noté, médicament noté mais non pris par la patiente et retrouvé dans la table de nuit, etc.). Les médicaments ont été donnés à la demande, sans prescription systématique, ce qui n'est pas le meilleur procédé pour combattre la douleur [6]. De plus, ces traitements ont été administrés de manière intuitive par les soignants qui ont sélectionnés les patientes qui devaient recevoir tel ou tel traitement. Ainsi, les valeurs des ENS étaient à peu près équivalentes quelque soit le traitement reçu puisque les différences ont été en quelque sorte gommées par l'intuition des soignants.

Au temps 2, toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement, de manière objective selon le type de lésion. Pourtant, on n'a retrouvé aucune différence entre les patientes qui ont reçu du paracétamol seul et celles qui ont bénéficié de l'association paracétamol + AINS. L'usage d'un AINS n'a pas semblé modifier les ENS, malgré les données abondantes de la littérature sur l'efficacité des AINS en post-partum [68, 76, 88, 89]. Les patientes qui ont reçu un AINS, traitement plus puissant, sont celles qui ont présenté une douleur plus importante, par rapport à celles qui n'ont eu que du paracétamol, les ENS après traitement sont donc logiquement équivalentes. Pour démontrer une différence, il aurait été nécessaire d'étudier les sous-groupes analogues (déchirure périnéale ou épisiotomie), mais en incluant un nombre beaucoup plus important de femmes. L'effectif était insuffisant, il y a eu un manque de puissance qui empêche de conclure. Cependant, on a retrouvé de nombreux indicateurs d'amélioration des pratiques et de la qualité des soins attribuables au PAQ :

- ✓ **Systématisation de la prescription :** La prescription d'un antalgique est passée de 86,3 % à 100% des cas. Au 1er temps, 13,7 % des patientes présentant une lésion périnéale n'ont bénéficié d'aucun traitement. Au 2ème temps, toutes les patientes ont eu un antalgique systématique, avec une observance excellente à 84,7 % au temps 2 contre seulement 50 % au temps 1 ;

- ✓ **Précocité de l'administration** : Il n'a pas été possible de préciser à quel moment les antalgiques ont été absorbés. Au temps 1, les prescriptions n'ont été faites qu'en suites de couches, quand un médecin était présent, ou à la discrétion des sages-femmes la nuit, dont certaines outrepassaient de fait un droit de prescription. Dans le protocole figurait l'heure de la première prise d'antalgiques. En effet, la douleur est apparu rapidement, dans 75 à 80 % des cas dans les 4 heures suivant l'accouchement, ce qui correspond à la levée de l'analgésie péridurale. Les antalgiques donnés le plus tôt possible, dès la salle de naissance, c'est-à-dire avant l'apparition de la douleur, vont permettre d'anticiper la douleur et ainsi d'être plus efficaces [6, 58, 105]. Il faut bien sûr attendre le délai de 2 heures après le retrait du cathéter péridural en cas de prise d'AINS du fait de leur effet anti-agrégant plaquettaire [106] ;

- ✓ **Utilisation large des anti-inflammatoires non stéroïdiens** : Ce sont les antalgiques les plus efficaces dans les douleurs du post-partum [68, 76, 88, 89]. Les AINS n'ont été utilisés au temps 1 que chez 27 % des patientes, contre 74 % au temps 2. Le paracétamol en monothérapie, peu efficace notamment sur les épisiotomies [69], a été utilisé chez 57 % des patientes au temps 1 contre 29 % au temps 2 ;

- ✓ **Efficacité des antalgiques prescrits :** On note une meilleur efficacité ressentie après traitement au temps 2 (74,8 %) par rapport au temps 1 (65,3 %), avec moins de demandes d'antalgiques complémentaires (40 % contre 15 %). La douleur a été prise en charge plus tôt, plus efficacement sans que la patiente ne le demande ;

- ✓ **Intérêt des paliers d'antalgiques en cas de douleurs persistantes :** Un traitement complémentaire (palier 2) est prévu par les ordonnances. Les sages-femmes peuvent donc adapter le traitement plus rapidement sans en référer à un médecin. Ceci représente une avancée pratique pour les sage-femmes de suites de couches dont le pouvoir de prescription d'antalgiques se limite au paracétamol. De nombreuses patientes ont ainsi pu bénéficier d'un traitement antalgique plus puissant sans délai ;

- ✓ **Durée de traitement suffisante :** Il est justifié de proposer un traitement antalgique systématique couvrant largement la période douloureuse [6]. La durée du traitement prévue par le PAQ était de 5 jours. Elle n'a pas été allongée de manière significative. On

note cependant une tendance à une durée moyenne plus longue (3-4 jours au temps 2, contre 2-3 jours au temps 1, NS) ;

- ✓ **Traitement entraînant peu d'effets indésirables :** 14,3 % des patientes ont présenté des épigastralgies. Cette question n'a été posée qu'au temps 2, les AINS avaient été introduits et de nombreux soignants avaient opposé des réserves vis-à-vis de ce traitement. L'arrêt des AINS a permis à chaque fois la régression des symptômes. Il y a donc eu une faible incidence des douleurs épigastriques, avec un rapport bénéfices / effets indésirables très favorable.

4.6.3.5 Information reçue pendant la grossesse :

Les patientes ont été mieux informées sur les lésions périnéales obstétricales au cours du temps 2 de l'étude. Ce point ne faisait pas partie des modifications attendues. Les praticiens de l'établissement, sensibilisés aux lésions périnéales, ont modifié leur pratique pendant leurs consultations. Ce point est positif, dans la mesure où la qualité de l'information est un facteur diminuant la douleur [49].

4.6.3.6 Evaluation du protocole

- ✓ **Satisfaction des patientes par rapport à la qualité de la prise en charge de la douleur :** Déjà jugée bonne au temps 1, avec une valeur moyenne à 8,5 / 10, la prise en charge de la douleur à la Maternité Régionale de Nancy était statistiquement meilleure au temps 2 (9,2 / 10), grâce à la mise en place du PAQ. C'est l'indice le plus important pour la patiente, même si ce n'est pas celui qui reflète le mieux les scores de douleur [63, 64] ;

- ✓ **Evaluation du protocole par les internes :** Les résultats du questionnaire d'évaluation des internes ont été encourageants, puisqu'ils ont jugé le protocole simple, améliorant la qualité des soins et peu contraignant. Au début de la mise en place du PAQ, de nombreux obstétriciens se sont inquiétés de la possibilité de devoir signer des ordonnances en salle de naissance la nuit, occasionnant des appels supplémentaires. En fait, tous les internes ont déclaré n'avoir jamais été réveillés pour venir signer une ordonnance. En cas d'accouchement nocturne avec une lésion périnéale suturée par une sage-femme, la patiente rejoignait le service de suites de couches et l'ordonnance était signée à posteriori le lendemain, ou plus tard dans la nuit. A l'inverse de ce qui était redouté, la mise en

place de ce protocole a entraîné moins d'appels par les sages-femmes de suites de couches pour une patiente insuffisamment analgésiée, puisqu'elles possédaient la prescription pour des antalgiques plus puissants ;

- ✓ **Evaluation du protocole par les sages-femmes :** Les sages-femmes ont jugé le protocole simple, facile à mettre en œuvre, peu contraignant (sans augmentation de la charge de travail) et efficace, entraînant une amélioration de la qualité des soins. L'adhésion au protocole a donc été bonne pour l'ensemble des équipes.

4.6.4 Difficultés et obstacles mis en évidence

4.6.4.1 Culture douleur des soignants

La mise en place **d'évaluations biquotidiennes de la douleur** par les sages-femmes par une **Echelle Visuelle Analogique (EVA)** a représenté un progrès important dans la prise en charge de la douleur à la Maternité [4]. Cependant il n'existe pas actuellement à la Maternité de support écrit qui permette aux sages-femmes de consigner les valeurs de l'EVA. Il n'a donc pas été possible d'estimer précisément si les EVA ont été réalisées réellement.

On peut seulement savoir, de manière indirecte, si l'évaluation de la douleur a été faite au moins une fois en post-partum par l'item du questionnaire « 36ème heure » : « Quelqu'un vous a-t-il demandé si vous aviez mal à la cicatrice ? ». La réponse était positive chez environ 95 % des patientes dans les deux temps de l'étude, sans différence significative.

Cependant, les résultats du questionnaire d'évaluation des sages-femmes laissaient penser que ces EVA n'ont pas été réalisées de manière optimale. En effet, 80 % d'entre elles ont avoué ne pas évaluer la douleur deux fois par jour comme cela était préconisé, soit par oubli, soit parce qu'elles considéraient cela inutile.

Les connaissances des soignants à propos de la douleur ont souvent été un frein limitant la bonne application du PAQ, malgré les séances de formation. Le protocole n'a parfois pas été suivi correctement. De nombreuses patientes ayant subi une épisiotomie n'ont en effet pas bénéficié d'un AINS pourtant prescrit, mais non distribué par peur des gastralgies. La douleur maximale moyenne étant supérieure à 4, beaucoup de patientes auraient dû bénéficier d'un traitement par codéine. Pourtant, seulement deux prescriptions de paracétamol codéiné ont été

effectuées au temps 2, malgré son autorisation dans le protocole sur des données solides de la littérature [84, 97], et ce par probable ignorance de l'absence de contre-indication au cours de l'allaitement. Enfin, 20 % des sages-femmes ont préconisé un traitement antalgique « à la demande », alors que ce principe a déjà démontré sa totale inefficacité contre la douleur [58]

La prise en charge de la douleur et son évaluation sont des éléments nouveaux pour les sages-femmes. Il est important pour la qualité des pratiques que les connaissances des soignants en matière de traitement de la douleur soient améliorées [56, 57, 51]. Cela passe par l'instauration de **nouvelles formations** [49]. En plus d'un rappel sur la nécessité de l'évaluation régulière [43], ces enseignements seraient ciblés sur la prise en charge de la douleur afin d'insister sur l'utilité d'un traitement efficace associant des antalgiques suffisamment puissants, dont les AINS et la codéine, sur l'importance d'une bonne observance et sur la nécessité de la prise anticipée des antalgiques.

Il serait également souhaitable de mettre en place de **nouvelles feuilles de surveillance journalière incluant une case pour l'EVA**. Les sages-femmes devraient alors colliger, en plus de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de la température, l'EVA à réaliser deux fois par jour et à inscrire dans une case spécifique. Ceci aurait pour effet d'inciter les sages-femmes à les réaliser. Enfin, les obstétriciens doivent eux-mêmes comprendre l'importance de ces évaluations et le **rappeler aux sages-femmes de suites de couches au cours des visites**.

4.6.4.2 Durée adéquate du traitement antalgique

La durée adéquate du traitement n'apparaît pas encore bien définie. Le PAQ préconisait une durée de 5 jours. L'ENS moyenne à la 36ème heure était de 2,6 ± 2,1 au temps 1, et de 2,1 ± 2 au temps 2, avec une baisse à la limite de la significativité ($p = 0,06$). On pourrait penser que les patientes n'étaient plus algiques dès la 36ème heure après l'accouchement. Cela semble être confirmé par les sages-femmes de suites de couches, qui ont signalé retrouver fréquemment des gélules dans les tiroirs des chambres. Les patientes ont arrêté sur leur propre initiative un traitement qu'elles jugeaient devenu inutile. Quatre vingt pour cent des sages-femmes de suites de couches ont estimé la durée de prescription inadéquate, et pensaient qu'une durée de trois jours répondrait mieux aux besoins des patientes.

Cependant, plus de la moitié des patientes ont signalé ressentir des douleurs pendant au moins 2 jours. De plus, à la sortie de la maternité, si aucune patiente n'a présenté d'ENS intense (≥ 7 / 10), 15 % ont noté une douleur modérée, entre 4 et 6. Enfin, selon plusieurs auteurs [77, 78], la douleur après lésion périnéale obstétricale dure en moyenne 3 jours mais peut se prolonger encore une semaine dans 25 % des cas.

D'après ces données, **la durée préconisée de cinq jours peut être diminuée à trois ou quatre jours,** avec possibilité de poursuivre le traitement au-delà. Les soignants doivent cependant insister pendant les visites sur l'intérêt d'une prise systématique suffisamment longue : **l'absence de douleur ne signifie pas qu'un antalgique est inutile mais, au contraire, qu'il est efficace**.

4.6.4.3 Intérêt des morphiniques en suites de couches

Lors de la rédaction du protocole, le cas de figure où une patiente ayant une épisiotomie et présentant une contre-indication aux AINS a été envisagé. La solution de l'association en première intention de paracétamol codéiné a été retenue. Mais il n'a pas été prévu d'antalgique complémentaire en cas de douleurs persistantes, et le protocole stipulait que la sage-femme devait en référer au médecin responsable des suites de couches. Un traitement plus puissant aurait pu alors être prescrit, éventuellement par voie parentérale. Il a été envisagé l'injection de morphine dans le cathéter d'analgésie péridurale avant son retrait, dont l'efficacité dans les douleurs du post-partum a été démontrée [102]. Au temps 2, aucune patiente n'a été dans ce cas de figure. Il ne paraît pas licite, en raison des effets indésirables de la morphine imposant une surveillance difficile à mettre en place dans un service de suites de couches, de proposer aux patientes présentant une lésion périnéale obstétricale de la morphine péridurale, un traitement classique devant suffire à chaque fois [103].

4.6.5 L'avenir : pérennisation du programme

La 4ème étape d'un projet d'amélioration continue de la qualité consiste à engager les démarches qui vont permettre la **pérennisation** des résultats [5]. Certaines actions peuvent avoir un effet limité dans le temps. Par exemple, l'étude permet d'impulser une motivation de l'équipe obstétricale, et donc une certaine adhésion, qui peut diminuer une fois l'enquête

terminée au fil du temps. Cette 4ème étape est donc indispensable pour éviter que la procédure tombe dans l'oubli et que la qualité ne baisse.

Le département d'anesthésie-réanimation de la Maternité Régionale de Nancy a été l'initiateur de ce projet, avec la collaboration étroite des obstétriciens. Il serait souhaitable que ces derniers assument à présent la continuité et l'amélioration du protocole. Il est nécessaire pour cela d'inciter les médecins prescripteurs à continuer de signer les ordonnances en salle de naissance pour chaque patiente ayant eu une lésion périnéale obstétricale. Il faut également demander aux sages-femmes et à l'encadrement de poursuivre les nouvelles actions entreprises au moment de la mise en place du programme. Cela demande une motivation que l'on peut obtenir **en diffusant au sein de l'établissement les résultats du PAQ, ce qui aura pour effet de prouver à chacun des acteurs son efficacité**, et ainsi d'améliorer l'adhésion des équipes.

Un autre pan de la 4ème étape consiste à analyser les résultats pour améliorer le PAQ, permettant de réaliser le **cycle de l'assurance – qualité : initiation – conception – contrôle – correction**. Ainsi, il apparaît nécessaire d'engager les modifications suivantes :

- ✓ **Associer les AINS de manière systématique au paracétamol pour les déchirures périnéales**, au même titre que pour les épisiotomies, dans la mesure où le traitement par paracétamol se montre insuffisant. Toutes les patientes ayant eu une lésion périnéale obstétricale bénéficieraient ainsi de l'association paracétamol + AINS ;

- ✓ **Introduire la codéine en complément de cette association pour les patientes ayant eu un forceps.** En effet, le protocole actuel ne permet pas de réduire de façon satisfaisante la douleur. Le forceps n'est pas apparu être un facteur de risque de douleur selon l'analyse multivariée, mais les effectifs étaient réduits et ce facteur est retrouvé par d'autres auteurs [72, 73, 74] ;

- ✓ **Diminuer la durée du traitement systématique à trois ou quatre jours**, avec possibilité de poursuivre les antalgiques pour les patientes qui le nécessitent ;

- ✓ Mettre en place des **ordonnances de sortie**, sur le même modèle que les ordonnances de salle de naissance, à proposer à toutes les patientes ayant une ENS à la sortie ≥ 4. Le suivi de ces patientes à domicile pourrait être ensuite assuré par leur médecin traitant ;

- ✓ Ecrire de nouveaux protocoles : plus de 50 % des patientes ont signalé la présence d'autres douleurs que périnéales, principalement des contractions utérines (tranchées des multipares) qui peuvent être aussi douloureuses qu'une épisiotomie [17, 68]. En effet, l'ENS pour ces autres douleurs est élevée (6,1 / 10 au temps 1). Malgré une baisse significative au temps 2 (5,3 / 10), ces douleurs restent élevées, et il convient donc d'en améliorer la prise en charge **en rédigeant des protocoles thérapeutiques adaptés**, ce qui correspond à une demande de la part de l'équipe soignante obstétricale manifestée dans les questionnaires d'évaluation ;

- ✓ Mettre en place de **nouvelles actions de formation**, sur la même base que celles qui avaient été effectuées entre les deux temps de l'étude, en insistant sur le traitement de la douleur et sur l'utilisation des EVA ;

- ✓ Instaurer une **nouvelle feuille de surveillance quotidienne** pour les services de suites de couches permettant de noter les EVA biquotidiennes.

Enfin, afin d'apprécier la pérennité du protocole (effet d'usure) et l'impact de ces modifications sur la qualité de la prise en charge de la douleur, il est nécessaire de **réaliser une nouvelle évaluation**, à distance, en utilisant la même démarche afin de comparer ces nouveaux résultats par rapport à ceux obtenus au temps 2.

5 Conclusion

Ce programme d'assurance qualité a été réalisé sur une période de seize mois. L'adhésion des équipes a posé des problèmes au début de l'étude. Les avancées thérapeutiques notées depuis plusieurs années dans le domaine de la douleur post-opératoire restent mal diffusées à la Maternité Régionale de Nancy auprès des personnels de santé prenant en charge les soins aux accouchées. L'un des enseignements à tirer de ce travail est la difficulté à obtenir des modifications dans les pratiques.

Néanmoins, on peut considérer que ce PAQ a atteint son objectif, puisqu'il a permis d'améliorer la prise en charge de la douleur après lésions périnéales induites par l'accouchement. Suivant l'intensité de la douleur, ces lésions peuvent être divisées en deux groupes : épisiotomie et déchirure périnéale. Deux facteurs viennent augmenter la douleur : la primiparité et le forceps.

De nombreux indicateurs permettent d'affirmer le succès du PAQ : efficacité thérapeutique mise en évidence par l'analyse multivariée, baisse des intensités de douleur, retentissement moindre de la douleur sur l'humeur des patientes et leur capacité à marcher, meilleure efficacité ressentie du traitement antalgique, mise en place de prescriptions systématiques et précoces, introduction des AINS, paliers d'antalgiques anticipés, meilleure observance, effets indésirables rares, nette satisfaction des patientes et des soignants. Certains résultats imprévus sont apparus, comme la meilleure information des femmes en consultation obstétricale.

En revanche, certains résultats ont été décevants. Le protocole n'a pas permis d'améliorer la douleur à la mobilisation ou chez les patientes ayant subi un forceps. De plus, les lacunes des connaissances des soignants dans le traitement de la douleur et son évaluation ont persisté malgré les séances de formation.

Pour assurer la pérennité des actions entreprises, les membres de l'équipe obstétricale doivent poursuivre leurs efforts. Les résultats positifs imposent leur large diffusion au sein de l'établissement dans le but d'obtenir une prise de conscience des bénéfices du PAQ et l'adhésion des équipes. A cela doit s'ajouter la mise en place des propositions avancées au vu de l'analyse des résultats : adaptation du schéma thérapeutique, création d'ordonnances de

sortie, nouvelles feuilles de surveillance, formations répétées sur le thème de la douleur. Une nouvelle évaluation devra être programmée à distance pour s'assurer que les progrès réalisés sont maintenus.

La qualité est une spirale vertueuse dont il faut essayer, au prix de lourds efforts, de ne pas sortir.

6 Bibliographie

[1] Parant O, Reme JM, Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-078-A-10, 1999, 9p.

[2] Achraoui J, Mercier FJ, Benhamou D. Douleur post-épisiotomie : 1ère phase d'un programme d'assurance qualité. Congrès de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, septembre 1997. Paris, Elsevier, 1997, Abstract R 154, p 889.

[3] Donovan M, Dillon P, Mc Guire L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical surgery in patients. Pain 1987 ; 30 : 68-78.

[4] Bonnet F, Baubillier E. Analgésie postopératoire. Editions techniques, Encycl Méd Chir, Paris, Anesthésie-Réanimation, 36-550-A-10, 1994, 9p.

[5] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques. Paris, Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, octobre 1996, 67 p.

[6] Recommandations du jury de la conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 17 : 445-461.

[7] Marty J. Intérêt et mise en place d'un programme d'assurance qualité en anesthésie. Conférences d'actualisation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 42ème congrès national de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (2000, Paris). Elsevier, Paris, 235-246.

[8] Machet G, Nathan G. Qualité : définitions et concepts. Technol Santé 1996 ; 25 : 87-94.

[9] Association Française de Normalisation. Gérer et assurer la qualité. Paris : AFNOR. 1992 ; 2 tomes : 394 et 376 p.

[10] Belfort P. Rising caesarean section rates. In : video highlights of the XIth world congress of obstetrics and gynaecology, Berlin, 1985. Adelaide : Education Ressource Centre, The Queen Victoria Hospital, 1985.

[11] Erskine KJ, Mc Grady E. It is every woman's right to choose to be delivered by elective caesarean section. Controversies. Int J Obstet Anesth 1999 ; 8 : 43-48.

[12] Merger R, Levy J, Melchior J. Complications traumatiques de l'accouchement. In : Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Masson, Paris, 1989 : 340-359.

[13] Buckens B, Bernard N, Blondel B. Episiotomie et prévention des déchirures complètes et compliquées. Une étude dans 3 pays européens. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1987 ; 16 : 513-517.

[14] Labrecque M et al. Association between median episiotomy and severe lacerations in primiparous women. Can Med Assoc 1997 ; 156 : 797-802.

[15] Sultan AH et al. Third degree obstetric anal sphincter tears : risk factors and outcome of primary repairs. Br Med J 1994 ; 308 : 887-891.

[16] Haadem K, Gudmundson S. Can women with intrapartum rupture of anal sphincter still suffer after-effects two decades later ? Acta Obstet Gynaecol Scand 1997 ; 76 : 601-608.

[17] Mc Lennan. Perineal pain after chidbirth. Med J Austr 1990 ; 152 : 1-2.

[18] Reme JM, Monrozies X, Perineau M. Episiotomie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Urologie-gynécologie, 41897, 1991, 6 p.

[19] Grant A. Repair of episiotomie and perineal tears. Br J Obstet Gynaecol 1986 ; 93 : 417-419.

[20] Mackrodt C et al. The Ipswich Chidbirth Study : 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. Br J Obstet Gynaecol 1998 ; 105 : 435-440.

[21] Mackrodt C et al. The Ipswich Chidbirth Study : 2. A randomised comparison of polyglactin 910 with chromic catgut for postpartum perineal repair. Br J Obstet Gynaecol 1998 ; 105 : 441-445.

[22] Mackrodt C et al. The Ipswich Chidbirth Study : One year follow up of alternative methods used in perineal repair. Br J Obstet Gynaecol 2001 ; 108 (1) : 34-40.

[23] Mounier JC et al. Suture intradermique des épisiotomies au fil d'acide polyglycolique. A propos de 300 cas. Rev Franc Gynecol 1979 ; 74 : 41-45.

[24] Kettle C, Johansson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. Cochrane Database Syst Rev 2000 ; (2) : CD000947.

[25] Harrisson RF, Brennan M. Evaluation of two local anaesthetic sprays for the relief of post-episiotomy pain. Curr Med Res Opin 1987 ; 10 (6) : 364-369.

[26] Harrisson RF, Brennan M. A comparison of alcoholic and aqueous formulations of local anaesthetic as a spray for the relief of post-episiotomy pain. Curr Med Res Opin 1987 ; 10 (6) : 370-374.

[27] Harrisson RF, Brennan M. Comparison of two formulations of lidocaine spray with mefenamic acid in the relief of post-episiotomy pain : a placebo-controlled study. Curr Med Res Opin 1987 ; 10 (6) : 375-379.

[28] Body G, Laussac J. Présentation du sommet. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-L-10, 1994, 11 p.

[29] Ecker et al. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery ? Observations over 10 years in a stable population. Am J Obstet Gynecol 1997 ; 176 : 411-414

[30] Berthet J et al. La déchirure complète et compliquée malgré incision prophylactique. Etude des facteurs de risque et des conséquences à court terme. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1993 ; 22 : 419-423.

[31] Jacquetin B. Episiotomies : contre une utilisation de routine. XXVIIème journées de médecine périnatales, octobre 1997. Vichy : Arnette, 1997 : 215-231.

[32] Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy : a review of the english language litterature since 1980. Part I and II. Obstet Gynecol Surv 1995 ; 50 : 806-835.

[33] Anthony et Al. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. Br J Obstet Gynaecol 1994 ; 101 : 1064-1067.

[34] Carolli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2000 ; (2) : CD000081.

[35] Fatton B, Jacquetin B. Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement. Rev Prat 1999 ; 49 : 160-166.

[36] Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial. Three years follow up. Br Med J 1987 ; 295 : 749-751.

[37] Lede RL, Belzan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified ? Am J Obstet Gynecol 1996 ; 174 : 1399-1402.

[38] Fritel X, Pigné A. L'épisiotomie, mesure préventive ou facteur de risque ? Journée CEGOP. La préservation du périnée. Colmar, février 2001, 4 p.

[39] Klein Mc et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. Am J Obstet Gynecol 1994 ; 171 : 591-598.

[40] Willer JC, Le Bars D. Physiologie de la sensation douloureuse. Editions techniques, Encycl Med Chir, Paris-France, Anesthésie-Réanimation, 36-020-A-10, 1993, 18 p.

[41] Larue F, Carlier AM. Différents types de douleurs et conséquences thérapeutiques. In : la douleur en gynécologie. Chapron C, Benhamou D, Belaisch-Allart J, Dubuisson JB,. Paris : Arnette-Blackwell, 1997, 41-53.

[42] Brasseur L, Boukhatem B. Epidémiologie de la douleur postopératoire. Texte des experts. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Reanim 1998 ; 17 : 534-9.

[43] Aubrun P. Comment évaluer la douleur postopératoire ? Texte des rapporteurs. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Reanim 1998 ; 17 : 462-70.

[44] Benhamou D. Evaluation de la douleur postopératoire. Texte des experts. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Reanim 1998 ; 17 : 555-72.

[45] Lieb Zalon M. Nurses' assessment of postoperative patients pain. Pain 1993 ; 54 : 323-34.

[46] Jensen MP, Kardy P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity : a comparison of six methods. Pain 1986 ; 27 : 117-26.

[47] Murphy DF, Mc Donals A, Power C, Morwin A, Mc Sullivan R. Measurement of pain : a comparison of the visual analogue with a non visual analogue scale. Clin J Pain 1988 ; 3 : 197-9.

[48] Lauren J et al. The visual analogue scale in the immediate postoperative period : intrasubject variability and correlation with a numeric scale. Anesth Analg 1998 ; 86 : 102-6.

[49] Bouaziz H. Comment organiser la prise en charge de la douleur postopératoire dans les services de chirurgie ? Texte des rapporteurs. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Reanim 1998 ; 17 : 494-501.

[50] Larue F, Fontaine A, Colleau SM. Underestimation and undertreatment of pain in HN disease : multicenter study. Br Med J 1997 ; 314 : 23-8.

[51] Poisson-Salomon AS, Brasseur L, Lory C, Chauvin M, Durieux P. Audit de la prise en charge de la douleur postopératoire dans un groupe hospitalier universitaire. Nouv Presse Med 1996 ; 25 : 1013-1017.

[52] Coleman SA, Booker-Milbum J. Audit of postoperative pain control. Influence of a dedicated acute pain nurse. Anaesthesia 1996 ; 51 : 1093-96.

[53] Wilder-Smith CH, Schuler L. Postoperative analgesia : pain by choice ? The influence of patients attitudes and patient education. Pain 1992 ; 50 : 257-62.

[54] Mann C et al. Programme d'assurance qualité de prise en charge de la douleur postopératoire : impact de la conférence de consensus de la SFAR. Ann Fr Anesth Réanim 2001 ; 20 : 246-254.

[55] Gould TH, Upton PM, Collins P. A survey of the intended management of acute postoperative pain by newly qualified doctors in the south west region of England in august 1992. Anaesthesia 1994 ; 49 : 807-10.

[56] De Rond ME et al. A pain monitoring program for nurses : effects on nurses pain knowledge and attitude. J Pain Symptom Manage 2000 ; 19 (6) : 457-467.

[57] De Rond ME, de Wit R, van Dam FS, Muller MJ. A pain monitoring program for nurses : effect on the administration of analgesics. Pain 2000 ; 89 (1) : 25-38.

[58] Mc Quay H. Opioids in chronic pain. Br J Anaesth 1989 ; 63 : 213-26.

[59] Owen H, Mc Millan V, Rogowski D. Postoperative pain therapy : a survey of patient's expectations and their experiences. Pain 1990 ; 41 : 303-7.

[60] Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. Pain 1994 ; 56 : 299-306.

[61] Miaskowski C, Nichols R, Brody R, Synold T. Assesment of patient satisfaction utilising the American Pain Society's quality assurance standards on acute and cancer-related pain. J Pain Symptom Manage 1994 ; 9 : 5-11.

[62] Kuhn S, Cook K, Collins M, Jones JM, Muklow JC. Perceptions of pain relief after surgery. Br Med J 1990 ; 300 : 1688-90.

[63] Afilalo M, Tselios C. Pain relief versus patient satisfaction. Ann Emerg Med 1996 ; 27 : 436-438.

[64] Cleary PD, Mc Neil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry 1988 ; 25 : 25-36.

[65] Kamina P. Anatomie : innervation de l'appareil génital féminin. In : la douleur en gynécologie. Chapron C, Benhamou D, Belaisch-Allart J, Dubuisson JB,. Paris : Arnette-Blackwell, 1997, p 11-22.

[66] Kamina P. Anatomie. Introduction à la clinique. Petit bassin et périnée, organes génitaux, tome 2. Poitiers : Maloine, 1995, p 118-119.

[67] Krantz KE. Innervation of the human vulva and vagina. A microscopy study. Obstet Gynecol 1958 ; 12 : 382-396.

[68] Spielvogel C. La prise en charge de la douleur après accouchement voie basse dans les services de maternité. Le praticien en anesthésie-réanimation 2000 ; 4 (3) : 168-171.

[69] Béhotas S et al. Effets antalgiques de l'ibuprofène dans les douleurs après épisiotomie. Ann Fr Anesth Reanim 1992 ; 11 : 22-26.

[70] Messer RH, Vaughn T, Harbert G. Clinical evaluation of zomepirac and APC with codeine in the treatment of post partum episiotomy pain. J Clin Pharmacol 1980 ; 20 : 279-284.

[71] Bloomfield SS et al. Analgesic sensitivity of two post partum pain models. Pain 1986 ; 27 (2) : 171-179.

[72] Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy : an interpretative review of the English language litterature, 1960-1980. Obstet Gynecol Surv 1983 ; 38 : 322-338.

[73] Buchan PC, Nicholls TAJ. Pain after episiotomy – a comparison of two methods of repair. J R Coll Gen Pract 1980 ; 30 : 297-300.

[74] Harrisson RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary ? Br Med J 1984 ; 288 : 1971-1975.

[75] Backer S. A survey into postnatal perineal discomfort. S Maw and sons with the Royal College of Midwives. London, 1997.

[76] Harrisson RF, Brennan M, Reed JV, Wickham EA. A review of post episiotomy pain and its treatment. Curr Med Res Opin 1987 ; 10 (6) : 359-363.

[77] Kitzinger S, Walters R. Some women's experience of episiotomy. National Chidbirth Trust. London 1981.

[78] Reading AE, Sledmere CM, Cox PN, Campbell S. How women view post episiotomy pain. Br Med J 1982 ; 284 : 243-246.

[79] Brennan MP. Post partum analgesic use. M. Sc. Thesis, Trinity College, Dublin, 1984.

[80] Chalès G. Les médicaments antirhumatismaux pendant la grossesse et la lactation. Rev Prat 1991 ; 159 (5) : 2895-2900.

[81] James P et al. Management of non obstetric pain during pregnancy and lactation. Anesth Analg 1997 ; 85 : 1074-1087.

[82] Alastair JJ, Wood MD. Drug therapy for breast feeding women. NEJM 2000 ; 343 (2) : 118-126.

[83] Comitee on Drugs, American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 1994 ; 93 : 137-150.

[84] De Schuiteneer B, De Coninck B. Médicaments et allaitement. Guide de prescription des médicaments en période d'allaitement. Arnette Blackwell. Paris, 1996. 159-202.

[85] London RS et al. Aspirin in the treatment of episiotomy pain. South Med J 1983 ; 76 (7) : 844-845.

[86] Sunshine A et al. A double bind, parallel comparison of ketoprofen, aspirin, and placebo in patients with postpartum pain. J Clin Pharmacol 1986 ; 26 (8) : 706-711.

[87] Olson Nz, Sunshine A, Zighelboim I, De Castro A. Onset and duration of diclofenac potassium in the treatment of postepisiotomy pain. Am J Ther 1997 ; 4 (7-8) : 239-246.

[88] Mary C et al. Postpartum pain after vaginal delivery. A review of comparative analgesic trial. J Reprod Med 1989 ; 34 (11) : 891-895.

[89] Sunshine A et al. Analgesic efficacy of two ibuprofen-codeine combinations for the treatment of post episiotomy and postoperative pain. Clin Pharmacol Ther 1987 ; 42 (4) : 374-380.

[90] Kantor T, Cavaliere MB, Hopper M, Roepke S. A double-bind parallel comparison of ketoprofen, codeine, and placebo in patients with moderate to severe postpartum pain. J Clin Pharmacol 1984 ; 24 (5-6) : 228-234.

[91] Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur. Groupe d'experts de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Ann Fr Anesth Reanim, Elsevier, Paris, 1999, 32 p.

[92] Bloomfield SS, Barden TP, Mitchell J. Comparative efficacy of ibuprofen and aspirin in episiotomy pain. Clin Pharmacol Ther 1974 ; 15 : 565-570.

[93] Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. A reference guide to foetal and neonatal risk : drugs in pregnancy and lactation. 5th edition. Williams and Wilkins, Baltimore, MD, 1998.

[94] Olson NZ, Sunshine A, Zighelboim I, Lange R. Analgesic efficacy of liquid ketoprofen compared to liquid dipyrone and placebo administered orally as drop in postepisiotomy pain. Int J Clin Pharmacol Ther 1999 ; 27 (4) : 168-174.

[95] Davies NM, Anderson KE. Clinical pharmakinetics of naproxen. Clin Pharmakinet 1997 ; 32 (4) : 268-293.

[96] Skovlund E, Fyllingen G, Landre H, Nesheim BI. Comparison of postpartum pain treatments using a sequential trial design. I. Paracetamol versus placebo. Eur J Clin Pharmacol 1991 ; 40 (4) : 343-347.

[97] Spigset O, Hägg S. Analgesics and breast feeding. Safety considerations. Paediatr Drugs 2000 ; 2 (3) : 223-238.

[98] Po A, Zhang WY. Analgesic efficacy of ibuprofen alone and in combination with codeine or caffeine in post surgical pain : a meta-analysis. Eur J Clin Pharmacol 1998 ; 53 : 303-311.

[99] Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after chilbirth : a randomizes controlled trial. CMAJ 2001 ; 165 (9) : 1203-9.

[100] Baka NE, Bayoumeu F, Boutroy MJ, Laxenaire MC. Colostrum morphine concentrations during postcesarean intravenous patient-controlled analgesia. Anesth Analg 2002 ; 94 (1) : 184-7.

[101] Feilberg VL, Rosenborg D, Broen Christensen C, Viby Mogensen J. Excretion of morphine in human breast milk. Acta Anaesthesiol Scand 1989 ; 33 : 426-428.

[102] Niv D et al. Epidural morphine pretreatment for post episiotomy pain. Clin J Pain 1994 ; 10 (4) : 319-323.

[103] Macdonald R, Smith PJ. Extradural morphine and pain relief following episiotomy. Br J Anaesth 1984 ; 56 (11) : 1201-1205.

[104] SAS software, SAS / STAT User's Guide, Release 8.1. Cary, NC, USA: 1999-2000. SAS Institute Inc.

[105] Fletcher D. Prévention de la douleur post-opératoire. Texte des experts. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Reanim 1998 ; 17 : 622-632.

[106] Laxenaire MC, Bayoumeu F, Barthelet HA, Baka N, Savoye E, Vial F. Protocoles médicaux 2001, Service d'Anesthésie-Réanimation, Maternité Régionale de Nancy.

Annexe n° 1

Dossier de soumission au Comité d'Ethique d'Etablissement

Projet : Evaluation et prise en charge de la douleur après épisiotomie et déchirure périnéale. Programme d'assurance qualité.

1. Investigateur principal et co-investigateurs

Investigateur principal : Dr Francoise Bayoumeu
Co-investigateurs : Dr Gilles Burlet
Dr Brigitte Fontaine
Dr Céline Jandard

Service d'Anesthésie - Réanimation
Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique

2. Contexte et justification de l'étude

L'épisiotomie ou la déchirure périnéale sont courantes dans la pratique obstétricale. D'après la littérature, la douleur qu'entraîne l'épisiotomie est souvent intense, prolongée et les conséquences fonctionnelles peuvent être importantes [1,2].

Pourtant ces douleurs sont souvent sous estimées, tant par le personnel soignant que par les patientes elles-mêmes, alors que de nombreux antalgiques ont déjà démontré leur efficacité [3,4,3,6,7,8].

Malgré leur fréquence et leur importance, il n'existe aucune étude récente évaluant les douleurs du post-partum. De plus, aucun protocole de traitement n'est pour !'instant établi à la Maternité Régionale de Nancy.

Il existe un paradoxe entre la sophistication des techniques d'analgésie du travail et la faible attention apportée à la douleur du post-partum.

3. Objectif de l'étude

Programme d'assurance qualité visant à améliorer la prise en charge de la douleur après épisiotomie ou déchirure périnéale à la Maternité Régionale de Nancy par la rédaction d'un protocole de traitement. puis évaluation de son efficacité.

4. Méthodologie et population concernée

Type d'étude :

Prospective sans tirage au sort.

Population concernée :

Toute patiente ayant accouché par voie basse avec épisiotomie ou déchirure périnéale.

Méthodologie :

1. *Première phase :* évaluation de la douleur après épisiotomie ou déchirure périnéale dans le but de connaître précisément l'état actuel de la prise en charge de la douleur dans l'établissement. Cette évaluation comporte : un descriptif de l'épisiotomie ou de la déchirure vaginale (rempli par le soignant ayant réalisé l'accouchement), un questionnaire d'évaluation de la douleur, de son retentissement et de l'efficacité des traitements éventuellement administrés rempli à la 36ème heure après l'accouchement, puis à la sortie de la maternité par la patiente. De plus un relevé des données démographiques, obstétricales et thérapeutiques est effectué par le médecin anesthésiste en fin d'hospitalisation.
2. *Deuxième phase :* rédaction d'un protocole de traitement de la douleur après épisiotomie ou déchirure périnéale, en fonction de l'état actuel des connaissances. Validation de ce protocole par l'ensemble de l'équipe médicale (médecins et sages-femmes) de la Maternité Régionale de Nancy.
3. *Troisième phase :* évaluation de l'efficacité du protocole mis en place selon la même méthodologie qu'à la phase initiale. Évaluation de l'adhésion des équipes soignantes à ce protocole.

5. Méthode d'analyse envisagée

Analyse statistique descriptive

6. Soumission au CCPPRB

Non prévu.
Simple questionnaire d'évaluation dans le cadre d'un programme d'assurance qualité. Pas de tirage au sort.

7. Bibliographie

1. Harrison RF, Brennan M, Reed JV, Wickham EA. A review of post-episiotomy pain and its treatment. Curr Med Res Opin 1987 ; 10 : 359-63
2. Achraoui J, Mercier FJ, Benhamou D. Douleur post-épisiotomie : 1ère phase d'un programme d'assurance qualité. 40ème Congrès de 1a Société Française d' Anesthésie. Paris 1998
3. Windie ML, Booker LA. Rayburn WF. Postpartum pain after vaginal delivery. A review of comparative analgesic trials. J Reprod Med 1989 ; 34: 391-5
4. Niv D. Wolman I, Yashar T, Varrassi G, Rudick V, Geller E. Epidural morphine pretreatment for post-episiotomy pain. Clin J Pain 1994 ; 10 : 319-23
5. Behotas S, Chauvin A. Castiel J, Martin A, Boureau F, Barrat J. Lienhart A. Analgesic effect of ibuprofen in pain after episiotomv. Ann Fr Anesth Reanim 1992 ; 11: 22-6
6. Bhounsule SA, Nevreker PR. Agshikar NV, Pal MN, Dhume VG. A comparison of four analgesics in post-episiotomv pain. Indian J Phvsiol Pharmacol 1990 ; 34 : 34-8
7. Jacobson J, Bertilson So. Analgesic efficacy of paracetamol / codeïne and paracetamol / dextropropoxvphene in pain after episiotomv and ruptures in connection with childbirth. J Int Med Res 1987; 15 : 89-95
8. Sunshine A, Zighelboim 1. Laska E, Siegel C, Oison NZ, De Castro A. A double-blind, parallel comparison of ketoprofen, aspirin, and placebo in patients with postpartum pain. s Clin Pharmacol 1986 ; 26 : 706-11

Annexe n° 2

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

PROJET D'ASSURANCE QUALITE

-

EVALUATION DE LA DOULEUR APRES EPISIOTOMIE OU DECHIRURE PERINEALE

Etiquette patiente

Date de l'accouchement :

Ce questionnaire se divise en quatre parties :

- Questionnaire rempli par le médecin anesthésiste selon les renseignements donnés par le dossier obstétrical
- Questionnaire rempli par la patiente 36 heures après l'accouchement
- Questionnaire rempli par la patiente avant sa sortie de la maternité
- Questionnaire obstétrical pour la classification de l'épisiotomie ou de la déchirure périnéale

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

Etiquette patiente

Date accouchement :
Date questionnaire :

PROJET D'ASSURANCE QUALITE
-
EVALUATION DE LA DOULEUR APRES EPISIOTOMIE OU DECHIRURE PERINEALE
-
à remplir par le médecin anesthésiste

1) Date de naissance : .....
2) Taille : .....cm
3) Poids : .....kg
4) Classe ASA : 1 ❐ 2 ❐ 3 ❐ 4 ❐ 5 ❐
5) Niveau d'études : ..... ❐ Néant ❐ Primaire ❐ Secondaire ❐ Technique ❐ Supérieur
6) Profession : .....
7) Origine géographique : ❐ France métropolitaine ❐ Europe du Nord ❐ Europe du Sud ❐ Afrique du Nord ❐ Afrique ❐ DOM-TOM ❐ Asie ❐ Asie Mineure ❐ Autre
8) Nombre de grossesses : 1 ❐ 2 ❐ 3 ❐ 4 ❐ ≥5 ❐
9) Nombre d'accouchements : 1 ❐ 2 ❐ 3 ❐ 4 ❐ ≥5 ❐
   Dont : - césarienne : 0 ❐ 1 ❐ 2 ❐ 3 ❐ 4 ❐ ≥5 ❐
   - AVB : 1 ❐ 2 ❐ 3 ❐ 4 ❐ ≥5 ❐

A propos des accouchements précédents :

10) Atcd de macrosomie (≥ 4000 g) : oui ❐ non ❐
11) Atcd de présentation dystocique : oui ❐ non ❐
12) Y a-t-il eu une aide instrumentale à l'expulsion lors des AVB précédents :
    ❐ Non
    ❐ Forceps
    ❐ Ventouses
    ❐ Spatules
13) Y a-t-il eu épisiotomie ou déchirure périnéale lors des précédents accouchements :
    oui ❐ non ❐

A propos de l'accouchement actuel :

14) Grossesse : Unique ❐ Multiples ❐
15) Durée du travail : .....
16) Durée des efforts expulsifs : .....
17) Poids de l'enfant : .....grammes
18) Analgésie péridurale : oui ❐ non ❐
19) S'agit-il : d'une épisiotomie ❐ d'une déchirure périnéale ❐
20) Y a-t-il eu une aide instrumentale à l'extraction :
    ❐ Non
    ❐ Forceps
    ❐ Ventouses
    ❐ Spatules
21) Facteurs psychologiques :
    - L'enfant est-il en bonne santé : oui ❐ non ❐
    - Si non, quelle pathologie : .....
    - La patiente a-t-elle eu son enfant avec elle dès l'accouchement :
      oui ❐ non ❐
    - Si non, pour quelle raison : .....
22) Traitement antalgique administré :

NOM COMMERCIAL	POSOLOGIE Dosage et nombre de prise	VOIE D'ADMINISTRATION (PO, IM, Suppo)	DUREE (jours)	PRISE Systématique / ALD/ les 2

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

Etiquette
patiente

Date accouchement :
Date questionnaire :

QUESTIONNAIRE
D'EVALUATION DE LA DOULEUR
APRES
EPISIOTOMIE OU DECHIRURE PERINEALE
-
36ème heure après l'accouchement

Madame, Mademoiselle,

Lors de votre accouchement vous avez eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale, c'est à dire une incision au niveau du vagin pour faciliter le passage de votre enfant. Il est possible que vous ressentiez une gêne voire une douleur au niveau de la cicatrice de cette incision.

Dans un souci d'améliorer la qualité des soins, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire. Cela nous permettra d'améliorer la prise en charge de ces douleurs.

Nous vous inviterons également à répondre à un 2ème questionnaire juste avant votre sortie de la maternité.

Nous vous remercions d'avance de nous accorder quelques minutes.

Impression recto-verso. Tourner SVP.

1) Vous a-t-on donné une information avant votre accouchement sur :
   - l'épisiotomie : oui ❐ non ❐
   - la déchirure périnéale : oui ❐ non ❐

2) Si oui, sous quelle forme (orale, documentation, magazines,...) :
   .....

3) Vous a-t-on informé de la survenue possible de douleurs après une épisiotomie ou une déchirure périnéale : oui ❐ non ❐

4) Quelqu'un vous a-t-il demandé si vous aviez mal à votre cicatrice :
   oui ❐ non ❐

5) Si oui, qui (médecin, sage-femme, autre) : .....

Pour les questions de 6 à 16, entourez la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur au niveau de la cicatrice pour chacune des situations proposées. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

6) Au moment où vous remplissez ce questionnaire, quelle est l'intensité de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

7) Quelle a été l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice depuis l'accouchement ?

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

8) Dans la journée, quelle est l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

Impression recto-verso. Tourner SVP.

9) Dans la nuit, quelle est l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

10) Quand vous êtes assise, quelle est l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

11) Quand vous êtes couchée, quelle est l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

12) Quand vous urinez, quelle est l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

13) Quand vous allez à la selle, quelle est l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

Impression recto-verso. Tourner SVP.

14) Quand vous faites votre toilette, quelle est l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

15) Quand vous marchez, quelle est l'intensité maximale de votre douleur au niveau de la cicatrice ?

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

16) Y a-t-il eu d'autres situations entraînant une douleur au niveau de votre cicatrice ?

oui ❐ non ❐

Si oui, précisez lesquelles : .....
.....
.....
.....

et précisez sur cette échelle l'intensité de la douleur au niveau de la cicatrice :

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

Impression recto-verso. Tourner SVP.

Pour chacune des 4 questions suivantes (17 à 20), entourez le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur gêne ou a gêné votre :

17) Humeur :

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

18) Capacité à marcher :

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

19) Relation avec votre bébé :

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

20) Sommeil :

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

Impression recto-verso. Tourner SVP.

21) Quand est apparue pour la première fois la douleur :

❒ En salle de naissance
❒ Dès la sortie de la salle de naissance
❒ Dans les 2 heures après le retour dans votre chambre
❒ Dans les 24 heures après le retour dans votre chambre
❒ Plus de 24 heures après le retour dans votre chambre

22) Vous a-t-on donné systématiquement un médicament pour calmer les douleurs :

oui ❒ non ❒

23) Si oui :

- Avez vous pris ce médicament : ❒ oui, régulièrement
  ❒ oui, mais pas régulièrement
  ❒ non

- Pouvez-vous nous préciser sur cette échelle l'intensité du soulagement après avoir pris ces médicaments. La note 0% correspond à « pas de soulagement » (= médicament contre la douleur pas du tout efficace). La note 100% correspond à « soulagement maximal » (= médicament contre la douleur complètement efficace) :

Pas de soulagement										Soulagement maximal
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

24) Avez vous réclamé des médicaments pour calmer les douleurs :

oui ❒ non ❒

25) Si oui :

- A-t-on répondu à votre demande : oui ❒ non ❒
- Combien de fois avez vous réclamé des antalgiques depuis votre accouchement : .....fois
- Pouvez-vous nous préciser sur cette échelle l'intensité du soulagement après avoir pris ces médicaments. La note 0% correspond à « pas de soulagement » (= médicament contre la douleur pas du tout efficace). La note 100% correspond à « soulagement maximal » (= médicament contre la douleur complètement efficace) :

Pas de soulagement										Soulagement maximal
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

Impression recto-verso. Tourner SVP.

26) Avez vous eu d'autres douleurs que celles de l'épisiotomie ou de la déchirure périnéale ? oui ❐ non ❐

Si oui, précisez lesquelles : .....

.....

et précisez sur cette échelle l'intensité de ces douleurs :

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

27) Allaitez vous votre enfant ? oui ❐ non ❐

28) Est ce votre premier enfant : oui ❐ non ❐

Si oui, tourner la page.

Si non, passez à la question suivante.

29) Si vous avez déjà eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale lors d'un de vos précédents accouchements, combien de temps à peu près avez vous eu mal à cette ancienne cicatrice :

❐ 1 jour
❐ 1 semaine
❐ 1 mois
❐ 1 an
❐ plus d'un an

30) Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur au niveau de l'ancienne cicatrice, **au début de votre grossesse actuelle**. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

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

Impression recto-verso. Tourner SVP.

Merci beaucoup pour votre participation. Avez vous des commentaires à ajouter ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

Etiquette
patiente

Date accouchement :
Date questionnaire :

QUESTIONNAIRE
D'EVALUATION DE LA DOULEUR
APRES
EPISIOTOMIE OU DECHIRURE PERINEALE
-
avant sortie de la maternité

Madame, Mademoiselle,

Lors de votre accouchement vous avez eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale, c'est à dire une incision au niveau du vagin pour faciliter le passage de votre enfant. Il est possible que vous ressentiez une gêne voire une douleur au niveau de la cicatrice de cette incision.

Voici la seconde partie du questionnaire auquel vous avez répondu il y a quelques jours. Nous vous remercions de prendre à nouveau quelques minutes pour le remplir. Ceci nous permettra d'améliorer la qualité de la prise en charge des douleurs au niveau de la cicatrice d'épisiotomie ou de déchirure périnéale.

Impression recto-verso. Tourner SVP.

1) Quelle est la date de votre sortie de la maternité : .... / .... / 2000

2) Au total, combien de temps avez vous eu mal à cette cicatrice d'épisiotomie ou de déchirure périnéale :
   - ❒ Moins d'une journée
   - ❒ A peu près 1 jour
   - ❒ A peu près 2 jours
   - ❒ Plus de 2 jours

3) A propos de la cicatrice :
   - A-t-on été obligé de réintervenir : oui ❒ non ❒
   - Vous a-t-on parlé :
     - . d'infection de la cicatrice : oui ❒ non ❒
     - . de désunion de la cicatrice : oui ❒ non ❒
     - . d'hématome de la cicatrice : oui ❒ non ❒

4) Etes-vous globalement satisfaite de la prise en charge de la douleur ? Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux votre satisfaction. La note 0 correspond à « pas du tout satisfaite ». La note 10 correspond à « complètement satisfaite ».

Pas du tout satisfaite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	complètement satisfaite

5) Au moment où vous remplissez ce questionnaire, quelle est l'intensité de votre douleur au niveau de la cicatrice ? Entourez la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

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

6) Avez vous eu des douleurs à l'estomac depuis l'accouchement ?
   oui ❒ non ❒

Merci beaucoup pour votre participation. Avez vous des commentaires à ajouter ?

.....

.....

.....

.....

.....

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

Etiquette patiente

Date accouchement :

PROJET D'ASSURANCE QUALITE
-
PRISE EN CHARGE DES EPISIOTOMIES ET DES DECHIRURES PERINEALES
-
CLASSIFICATION

Formulaire à ne remplir qu'en cas d'épisiotomie ou de déchirure périnéale par le médecin ou la sage-femme qui a réalisé la suture.

- **Episiotomie :**
  - Type : médio-latérale ❐ médiane ❐
  - Mesure en cm à partir de la fourchette : .....cm
  - Complications (cocher une ou plusieurs cases) :
    - ❐ Non
    - ❐ Colonne vaginale : unilatérale ❐ bilatérale ❐
    - ❐ Déchirure des petites lèvres ou du vestibule
    - ❐ Déchirure clitoridienne
    - ❐ Déchirure simple, incomplète (=1er degré)
    - ❐ Déchirure périnéale complète (=2ème degré)
    - ❐ Déchirure périnéale complète compliquée (=3ème degré)

- **Pas d'épisiotomie mais accouchement compliqué de (cocher une ou plusieurs cases) :**
  - ❐ Colonne vaginale : unilatérale ❐ bilatérale ❐
  - ❐ Déchirure des petites lèvres ou du vestibule
  - ❐ Déchirure clitoridienne
  - ❐ Déchirure simple, incomplète (=1er degré)
  - ❐ Déchirure périnéale complète (=2ème degré)
  - ❐ Déchirure périnéale complète compliquée (=3ème degré)

- Présence d'œdème au niveau de la cicatrice : oui ❐ non ❐
- Hémorroïdes : oui ❐ non ❐
- Suture réalisée par : médecin senior ❐ interne ❐ sage-femme ❐

Définitions :

- Déchirure simple, incomplète (=1er degré) : intéresse la peau anovulvaire, les muscles superficiels du périnée et la muqueuse vaginale, en respectant le sphincter anal

- Déchirure périnéale complète (=2ème degré) : 1er degré + atteinte du sphincter externe de l'anus

- Déchirure périnéale complète compliquée (=3ème degré) : 2ème degré + paroi anale rompue

Annexe n° 3

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

Nancy, le 11 décembre 2000

Lettre adressée aux Professeurs
Praticiens Hospitaliers
et assistants - chefs de clinique
Clinique Univesitaire de Gynéco-obstétrique,
Département d'anesthésie
Service de néonatalogie

Madame, Monsieur,

Nous avons réalisé une étude en août 2000 afin d'évaluer la douleur après épisiotomie ou déchirure périnéale. Ceci s'inscrit dans un programme d'assurance qualité visant à améliorer la prise en charge de la douleur à la Maternité Régionale de Nancy après épisiotomie ou déchirure périnéale. Cette étude a obtenu l'accord du comité de recherche clinique de l'établissement.

Elle comporte trois phases :

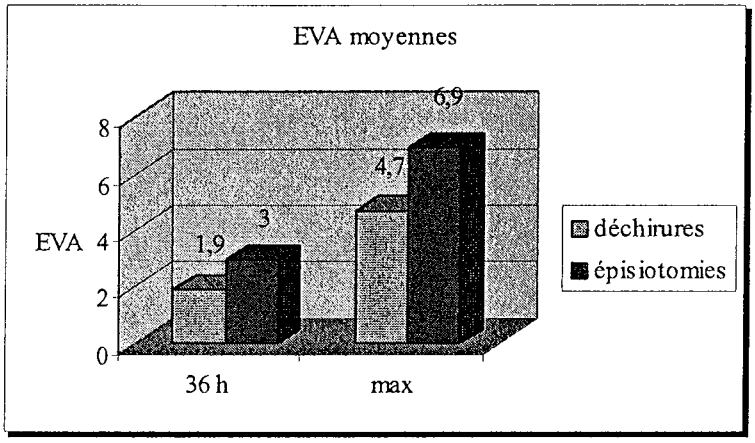
- 1ère phase : évaluation de la douleur après épisiotomie ou déchirure périnéale et évaluation de la prise en charge actuelle de la douleur dans l'établissement.
- 2ème phase : rédaction d'un protocole de traitement de la douleur après épisiotomie ou déchirure périnéale.
- 3ème phase (mars 2001) : évaluation de l'efficacité du protocole mis en place selon la même méthodologie qu'à la phase initiale.

Lors de la première phase, un questionnaire standardisé a été rempli par les patientes et une échelle visuelle analogique (EVA, de 0 à 10) a été utilisée. Voici les premiers résultats :

- l'épisiotomie entraîne une douleur intense (EVA_{max} = 6.9), mais cette douleur diminue rapidement après 48 heures (EVA = 3)
- la déchirure périnéale entraîne une douleur moins forte mais non négligeable (EVA_{max} = 4.7) et décroît en 48 heures (EVA = 1.9)

L'analyse statistique a fait appel à un test de chi-2, $p<0.01$ étant considéré comme significatif. Nous avons ainsi pu déterminer deux groupes, les femmes ayant eu une épisiotomie et celles ayant subi une déchirure périnéale.

Par contre, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative en terme de douleur entre une épisiotomie simple et une épisiotomie compliquée d'une déchirure périnéale complète, ou entre une déchirure périnéale simple et une déchirure périnéale complète.



Selon les données de la littérature et après concertation auprès de l'équipe soignante, nous avons établi un protocole de prise en charge de la douleur.

En pratique, quand une patiente lors de son accouchement aura eu une déchirure périnéale ou une épisiotomie, il faudra lui prescrire un traitement antalgique à l'aide d'une ordonnance pré-établie (cf. annexe), selon le cas (déchirure périnéale ou épisiotomie, allergie ou non aux AINS). Cette ordonnance devra être signée par un médecin (les sages-femmes n'ayant pas le droit de prescription sur les AINS ou sur la codéïne). Tout médecin, gynéco - obstétricien ou anesthésiste, interne ou senior, présent à ce moment dans la salle de naissance sera invité à signer l'ordonnance avant que la patiente ne rejoigne sa chambre. Dans le cas où il n'y aurait pas de médecin sur place (cas particulier de la nuit par exemple), la sage-femme devra alors appeler l'interne de gynéco - obstétrique de garde.

Pour des raisons d'efficacité, il est important que le traitement antalgique soit commencé **le plus tôt possible**, et soit pris de manière régulière et **systématique**, même en l'absence de douleur.

Ce protocole sera mis en route dans le courant du mois de décembre. Nous restons à votre entière disposition pour toute remarque, question ou problème rencontré.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'assurance de nos meilleurs salutations.

Dr B. Fontaine

Dr Nour-Edine Baka
Par délégation du Dr F. Bayoumeu

Dr Gilles Burlet

Dr Céline Jandard

Annexe n° 4

Protocole de prise en charge des douleurs après épisiotomie ou déchirure périnéale

Échelle d'efficacité des antalgiques :

+ FORT

Morphine dans cathéter d'anesthésie péridurale

AINS + paracétamol codéïné

AINS + paracétamol

AINS

paracétamol codéïné (à réserver aux CI aux AINS)

paracétamol

+ FAIBLE

On distingue 2 situations :

- Déchirure périnéale sans épisiotomie
- Épisiotomie avec ou sans déchirure périnéale

Contre-indications des AINS :

- antécédent d'ulcère gastro-duodénal
- allergie AINS et aspirine
- thrombopénie < 100 000 / mm^3 et / ou thrombopathie et / ou trouble de la coagulation
- pré-éclampsie sévère
- traitement anticoagulant à dose curative
- hémorragie obstétricale
- suspicion brèche dure-mèrienne
- insuffisance rénale sévère
- insuffisance cardiaque sévère ou hypovolémie
- prise d'IEC < 24 heures

En fonction de la présence ou non d'une contre-indication aux AINS, voici les protocoles retenus.

Déchirure périnéale sans épisiotomie

1. **Palier 1 :**

DAFALGAN 500 mg : 2 gel x 4 / jour
pendant 5 jours
en prise systématique
aux mêmes horaires
à débuter dès la salle de naissance au moment du repas
noter l'heure de la première prise sur l'ordonnance

Évaluation de la douleur 2 heures après la première prise puis deux fois par jour par échelle visuelle analogique (EVA).

2. **Palier 2 :** Si EVA ≥ 4 : traitement antalgique insuffisant, remplacer par :

2.1. Pas de contre-indication aux AINS

DAFALGAN 500 mg : 2 gel x 4 / jour pendant 5 jours
en prise systématique
aux mêmes horaires

+ PROFENID 50 mg : 1 gel x 4 / jour pendant 5 jours
en prise systématique
aux mêmes horaires
à prendre au moment des repas
à débuter 2 heures après retrait du cathéter d'APD

2.2. Si contre-indication aux AINS :

DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 cp x 3 / jour pendant 5 jours
en prise systématique
aux mêmes horaires
comprimés à prendre après une tétée ou au moins 2 heures avant

Épisiotomie
Avec ou sans déchirure périnéale

1. **Pas de contre-indication aux AINS :**

   1.1. Palier 1 :

   DAFALGAN 500 mg : 2 gel x 4 / jour pendant 5 jours
   en prise systématique aux mêmes horaires
   à débuter dès la salle de naissance au moment du repas
   noter l'heure de la première prise sur l'ordonnance

   + PROFENID 50 mg : 1 gel x 4 / jour pendant 5 jours
   en prise systématique aux mêmes horaires
   à prendre au moment des repas
   à débuter 2 heures après retrait du cathéter d'APD
   noter l'heure de la première prise sur l'ordonnance

Évaluation de la douleur 2 heures après la première prise puis deux fois par jour par échelle visuelle analogique (EVA).

   1.2. Palier 2 : Si EVA ≥ 4 : traitement antalgique insuffisant, remplacer par :

   PROFENID 50 mg : 1 gel x 4 / jour pendant 5 jours
   en prise systématique aux mêmes horaires
   à prendre au moment des repas

   + DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 cp x 3 / jour pendant 5 jours
   en prise systématique aux mêmes horaires
   comprimés à prendre après une tétée ou au moins 2 heures avant

2. **Si contre-indication aux AINS :**

   2.1. Palier 1 :

   DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 cp x 3 / jour pendant 5 jours
   en prise systématique aux mêmes horaires
   à débuter dès la salle de naissance au moment du repas
   comprimés à prendre après une tétée ou au moins 2 heures avant
   noter l'heure de la première prise sur l'ordonnance

Évaluation de la douleur 2 heures après la première prise puis deux fois par jour par échelle visuelle analogique (EVA).

   2.2. Palier 2 : Si EVA ≥ 4 : traitement antalgique insuffisant : **appel médecin responsable de l'unité fonctionnelle**

Annexe n° 5

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich - B.P. 4213 NANCY Cedex
☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10
http : //www.maternité.chu-nancy.fr

Ordonnance n° 1

-

Déchirure périnéale sans épisiotomie

-

Pas de contre-indication aux AINS

Nom et prénom de la patiente :

DAFALGAN 500 mg : 2 gélules 4 fois par jour
pendant 5 jours
en prise systématique aux mêmes horaires
à débuter dès la salle de naissance au moment du repas
1ère administration le ……/……/…... à …... h

Si insuffisant remplacer par :

- DAFALGAN 500 mg : 2 gélules 4 fois par jour
pendant 5 jours
en prise systématique aux mêmes horaires

- PROFENID 50 mg : 1 gélule 4 fois par jour
pendant 5 jours
en prise systématique aux mêmes horaires
à prendre au moment des repas
à débuter 2 heures après retrait du cathéter d'APD

Date :

Nom du médecin :
Signature :

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich - B.P. 4213 NANCY Cedex
☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10
http : //www.maternité.chu-nancy.fr

Ordonnance n° 2

-

Déchirure périnéale sans épisiotomie

-

Contre-indication aux AINS

Nom et prénom de la patiente :

DAFALGAN 500 mg : 2 gélules 4 fois par jour
pendant 5 jours
en prise systématique aux mêmes horaires
à débuter dès la salle de naissance au moment du repas
1ère administration le ……/……/…… à …... h

Si insuffisant remplacer par :

DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 comprimés 3 fois par jour
pendant 5 jours
en prise systématique aux mêmes horaires
après une tétée ou au moins 2 heures avant

Date :

Nom du médecin :
Signature :

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich - B.P. 4213 NANCY Cedex
☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10
http : //www.maternité.chu-nancy.fr

Ordonnance n° 3

-

Épisiotomie
avec ou sans déchirure périnéale

-

Pas de contre-indication aux AINS

Nom et prénom de la patiente :

- DAFALGAN 500 mg : 2 gélules 4 fois par jour pendant 5 jours
  en prise systématique aux mêmes horaires
  à débuter dès la salle de naissance au moment du repas
  1ère administration le ……./……./…..... à ……. h

- PROFENID 50 mg : 1 gélule 4 fois par jour pendant 5 jours
  en prise systématique au moment des repas aux mêmes horaires
  à débuter 2 heures après retrait du cathéter d'APD
  1ère administration le ……/……/…... à …... h

Si insuffisant remplacer par :

- PROFENID 50 mg : 1 gélule 4 fois par jour pendant 5 jours
  en prise systématique aux mêmes horaires
  à prendre au moment des repas

- DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 comprimés 3 fois par jour
  pendant 5 jours
  en prise systématique aux mêmes horaires
  après une tétée ou au moins 2 heures avant

Date :

Nom du médecin :
Signature :

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich - B.P. 4213 NANCY Cedex
☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10
http : //www.maternité.chu-nancy.fr

Ordonnance n° 4

-

Épisiotomie
avec ou sans déchirure périnéale

-

Contre-indication aux AINS

Nom et prénom de la patiente :

DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 comprimés 3 fois par jour
pendant 5 jours
en prise systématique aux mêmes horaires
à débuter dès la salle de naissance au moment du repas
après une tétée ou au moins 2 heures avant
1ère administration le ……/……/…... à …... h

Si insuffisant : appel médecin responsable de l'unité fonctionnelle

Date :

Nom du médecin :
Signature :

Annexe n° 6

Projet d'assurance qualité

-

Prise en charge de la douleur après épisiotomie et déchirure périnéale

Présentation de l'étude

INTRODUCTION :

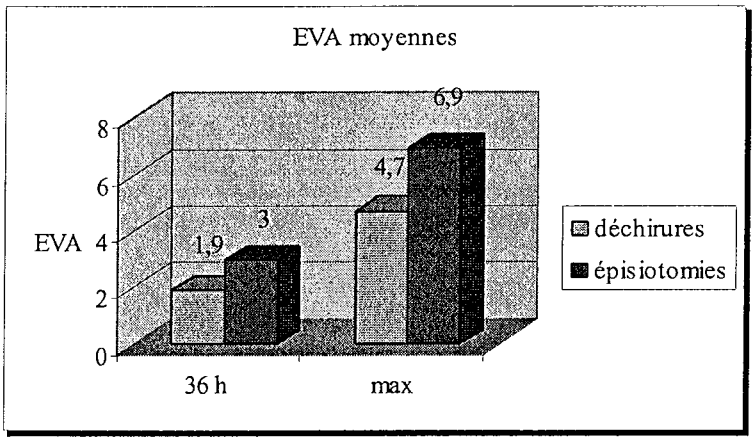
- ✓ Cette étude s'intéresse à la douleur après épisiotomie et déchirure périnéale
- ✓ Elle s'inscrit dans un programme d'assurance qualité visant à améliorer la prise en charge de la douleur
- ✓ Aucun protocole n'existe actuellement concernant les douleurs après épisiotomie
- ✓ Il existe des problèmes de prescription, les AINS, médicaments les plus efficaces, ne sont pas du domaine de prescription des sages-femmes

METHODOLOGIE :

- ✓ Ce programme se déroule en trois phases :
  - 1ère phase : évaluation de la douleur après épisiotomie et déchirure périnéale, évaluation de la prise en charge actuelle à la maternité : à l'aide d'un questionnaire
  - 2ème phase : rédaction d'un protocole, proposé à l'ensemble de l'équipe soignante des services concernés
  - 3ème phase : nouvelle évaluation de la douleur après épisiotomie et déchirure périnéale, une fois le protocole mis en route
- ✓ utilisation d'échelle visuelle analogique afin d'évaluer la douleur

RESULTATS DE LA PREMIERE ETAPE :

- ✓ L'épisiotomie entraîne une douleur intense les 2 premiers jours
- ✓ La déchirure périnéale entraîne une douleur moins forte mais non négligeable



CONCLUSION :

- ✓ Il existe une différence statistiquement très significative en terme de douleur entre la déchirure périnéale et l'épisiotomie.
- ✓ La déchirure périnéale est considérée comme douloureuse pendant 2 jours
- ✓ L'épisiotomie est considérée comme très douloureuse, équivalente à ce que l'on peut retrouver en terme de douleur après une intervention chirurgicale. La douleur dure au moins 2 jours.
- ✓ Il y a nécessité de mettre en route un traitement antalgique **systématique**, après toutes déchirures périnéales et épisiotomies
- ✓ Réalisation d'un protocole et d'ordonnances …

Annexe n° 7

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

Le 12 mars 2001

A l'attention des Sages-femmes
Service de suites de couches

Madame,

Dans le cadre du projet d'assurance qualité sur la prise en charge de la douleur après épisiotomies et déchirures périnéales, un protocole thérapeutique a été mis en place depuis décembre 2000.

Nous souhaitons à présent évaluer ce protocole, y compris auprès du personnel soignant, afin de connaître les difficultés rencontrées depuis 3 mois, dans le but d'y remédier.

Ainsi, nous vous demandons de remplir le questionnaire anonyme ci-joint et de le déposer ensuite au secrétariat du département d'anesthésie avant le lundi 2 avril 2001.

Vous remerciant par avance, veuillez recevoir, Madame, nos sincères salutations.

Dr Françoise Bayoumeu

Dr Brigitte Fontaine

Questionnaire d'évaluation du protocole douleurs après épisiotomie et déchirure périnéale

-

Sages-femmes de suites de couches

✓ Mise en place pratique du protocole

- Avez-vous reçu une information suffisante sur ce protocole ?
  oui ❐ non ❐
- Ce protocole vous paraît-il simple ? oui ❐ non ❐
- Les patientes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale remontent elles toutes de la salle de naissance avec une ordonnance signée ?
  oui ❐ non ❐
  si non, obtenez vous facilement et rapidement de la part du médecin une ordonnance signée ?
  oui ❐ non ❐
- Obtenez vous facilement les médicaments prescrits ?
  oui ❐ non ❐
- Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, pensez vous que ce protocole représente pour vous :
  ❐ une charge de travail plus importante qu'auparavant
  ❐ une charge de travail inférieure
  ❐ pas de différence
- Effectuez vous systématiquement matin et soir l'évaluation de la douleur par l'EVA ?
  oui ❐ non ❐
  si non, pourquoi ? *(plusieurs réponses possibles)*
  ❐ charge de travail trop importante
  ❐ vous n'y pensez pas
  ❐ cela vous paraît inutile
  ❐ vous n'avez pas de réglette
  ❐ autre : .....
  .....
- La durée de traitement de la douleur pendant 5 jours vous paraît elle adéquate ?
  oui ❐ non ❐
  si non, quelle durée préconisez vous ?
  1 jour ❐ 2 jours ❐ 3 jours ❐ 4 jours ❐ plus ❐

✓ Efficacité du protocole

- Avez vous l'impression que les patientes ont moins mal depuis la mise en place du protocole ?
  oui ❐ non ❐
- Avez vous l'impression que les patientes demandent moins d'antalgiques supplémentaires depuis la mise en place du protocole ? oui ❐ non ❐
- Les patientes signalent elles spontanément des effets indésirables ?
  oui ❐ non ❐
  si oui, lesquels : .....
  .....
- Avez vous remarqué un arrêt spontané de la prise médicamenteuse ?
  oui ❐ non ❐
  si oui, au bout de combien de jours :
  1 jour ❐ 2 jours ❐ 3 jours ❐ 4 jours ❐
- Pensez vous que ce protocole représente une amélioration en terme de qualité des soins ?
  oui ❐ non ❐
- Avez vous des commentaires à ajouter ?

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

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

Le 12 mars 2001

A l'attention des Sages-femmes
Salle de naissance

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du projet d'assurance qualité sur la prise en charge de la douleur après épisiotomies et déchirures périnéales, un protocole thérapeutique a été mis en place depuis décembre 2000.

Nous souhaitons à présent évaluer ce protocole, y compris auprès du personnel soignant, afin de connaître les difficultés rencontrées depuis 3 mois, dans le but d'y remédier.

Ainsi, nous vous demandons de remplir le questionnaire anonyme ci-joint et de le déposer dans le cahier d'anesthésie de la salle de naissance avant le lundi 2 avril 2001.

Vous remerciant par avance, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Dr Françoise Bayoumeu

Dr Brigitte Fontaine

Questionnaire d'évaluation du protocole
douleurs après épisiotomie et déchirure périnéale
-
Sages-femmes salle de naissance

- Avez vous reçu une information suffisante sur ce protocole ?
  oui ❐ non ❐
- Ce protocole vous paraît-il simple ?
  oui ❐ non ❐
- Vos patientes, ayant eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale, remontent elles toutes de la salle de naissance avec une ordonnance signée ?
  oui ❐ non ❐
  si non, pourquoi ? *(plusieurs réponses possibles)*
  ❐ un antalgique vous semble inutile
  ❐ oubli de votre part
  ❐ vous n'avez pas pu obtenir la signature d'un médecin
  ❐ autre : .....
  .....
- Obtenez vous en général facilement de la part d'un médecin une ordonnance signée ?
  oui ❐ non ❐
- Pensez vous que ce protocole représente pour vous une charge de travail importante ?
  oui ❐ non ❐
- Pensez vous que ce protocole représente une amélioration en terme de qualité des soins ?
  oui ❐ non ❐
- Avez-vous des commentaires à ajouter ?

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

Maternité Régionale de Nancy

10, rue Heydenreich – B.P. 4213 – 54042 NANCY Cedex

☎ 03.83.34.44.44 - FAX : 03.83.34.44.10

http://www.maternite.chu-nancy.fr

Le 12 mars 2001

A l'attention des internes et résidents
Clinique Universitaire de Gynéco-Obstétrique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du projet d'assurance qualité sur la prise en charge de la douleur après épisiotomies et déchirures périnéales, un protocole thérapeutique a été mis en place depuis décembre 2000.

Nous souhaitons à présent évaluer ce protocole, y compris auprès du personnel soignant, afin de connaître les difficultés rencontrées depuis 3 mois, dans le but d'y remédier.

Ainsi, nous vous demandons de remplir le questionnaire anonyme ci-joint et de le déposer ensuite au secrétariat du département d'anesthésie avant le lundi 2 avril 2001.

Vous remerciant par avance, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Dr Françoise Bayoumeu

Dr Brigitte Fontaine

Questionnaire d'évaluation du protocole
douleurs après épisiotomie et déchirure périnéale
-
Internes et résidents

- Avez vous reçu une information suffisante sur ce protocole ?
  oui ❐ non ❐
- Ce protocole vous paraît-il simple ?
  oui ❐ non ❐
- Pensez vous que ce protocole représente pour vous une charge de travail importante ?
  oui ❐ non ❐
- Depuis la mise en place de ce protocole, avez vous l'impression d'être moins sollicité pour la prescription d'antalgiques pour des douleurs périnéales persistantes ?
  oui ❐ non ❐
- La mise en place de ce protocole a-t-elle entraîné des réveils nocturnes afin de venir signer une ordonnance en salle de naissance ?
  oui ❐ non ❐
  si oui, environ combien de fois depuis le 15 décembre 2000 ? ..... fois
- Pensez vous que ce protocole représente une amélioration en terme de qualité des soins ?
  oui ❐ non ❐
- Avez-vous des commentaires à ajouter ?

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

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOT...
MÉDEC...

VU

NANCY, le **17 JANVIER 2002**
Le Président de Thèse

Mme le Professeur **M.C. LAXENAIRE**

NANCY, le **27 FÉVRIER 2002**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **4 MARS 2002**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE :

Ce travail est un projet d'assurance qualité réalisé à la Maternité Régionale de Nancy (maternité de niveau III, 3200 accouchements par an) entre janvier 2000 et avril 2001. Il vise à évaluer et à améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur des patientes venant d'accoucher par voie basse et ayant subi une lésion périnéale (80 % des accouchements). Après une présentation de la méthodologie d'un programme d'assurance qualité, les lésions périnéales obstétricales sont décrites. Puis, un rappel est effectué concernant la douleur du post-partum. Les différentes étapes du programme d'assurance qualité sont ensuite détaillées en respectant la méthodologie préconisée par l'ANAES.

Après élaboration d'un référentiel, une première enquête effectuée chez 103 patientes a permis de faire l'état des lieux des pratiques en vigueur et d'apprécier les niveaux de douleur. Un plan d'action a ensuite été élaboré, incluant un protocole thérapeutique (prescription systématique et précoce de paracétamol ± AINS ± codéine selon le type de lésion périnéale), accompagné d'actions de formation des soignants sur le thème de la douleur. Une deuxième étude, effectuée chez 105 patientes, a enfin permis d'évaluer l'efficacité des actions accomplies. Pour l'analyse statistique, les tests du Chi 2 et de Kruskal Wallis ont été utilisés, $p < 0,05$ étant considéré comme significatif.

Plusieurs indicateurs ont permis de conclure au succès du programme, c'est-à-dire à l'amélioration de la prise en charge de la douleur : efficacité thérapeutique mise en évidence par une analyse multivariée, baisse des intensités de douleur, retentissement moindre de la douleur, meilleure efficacité ressentie du traitement antalgique, utilisation large des AINS, paliers d'antalgiques anticipés, meilleure observance, effets indésirables rares, meilleure information en consultation obstétricale, nette satisfaction des patientes et des soignants. Des modifications du protocole sont nécessaires afin d'améliorer la douleur chez les patientes ayant subi un forceps. La persistance de lacunes dans les connaissances des soignants sur le traitement de la douleur et son évaluation impose l'organisation de formations répétées sur le thème de la douleur. La pérennité des actions entreprises devra être assurée au prix de nouveaux efforts.

TITRE EN ANGLAIS :

Quality assurance program for the management of pain after obstetrical perineal injury.

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2002

MOTS CLES : programme d'assurance qualité, douleur, analgésie, épisiotomie, déchirure périnéale, post-partum.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :
Faculté de médecine de Nancy
9 avenue de la forêt de Haye
54505 Vandoeuvre les Nancy Cedex
France