



HAL
open science

Prise en charge de la douleur post-épisiotomie en suites de couches

Mathilde Wehrlé

► **To cite this version:**

Mathilde Wehrlé. Prise en charge de la douleur post-épisiotomie en suites de couches : analyse des pratiques professionnelles à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2015. hal-02110831

HAL Id: hal-02110831

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02110831>

Submitted on 25 Apr 2019

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

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



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-memoires-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>

Université de Lorraine

École de sages-femmes

de

NANCY

Prise en charge de la douleur post-épisiotomie

en suites de couches :

Analyse des pratiques professionnelles

à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par

Wehrlé Mathilde

Directeur de mémoire : Galliot Laurence

Sage-femme cadre enseignante

Promotion 2015

Université de Lorraine

École de sages-femmes

de

NANCY

Prise en charge de la douleur post-épisiotomie

en suites de couches :

Analyse des pratiques professionnelles

à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par

Wehrlé Mathilde

Directeur de mémoire : Galliot Laurence

Sage-femme cadre enseignante

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

Merci à Madame Galliot, ma directrice de mémoire, de m'avoir soutenu tout au long de ce mémoire. Merci pour vos conseils et votre disponibilité.

Merci à Madame Herbain, pour sa rapidité, sa gentillesse et ses conseils.

Merci à ma famille, de m'avoir soutenu quotidiennement et d'avoir autant confiance en moi.

Merci à Linda Berrehail et Mathilde Hisler, pour tous ces moments partagés et cette belle amitié.

Merci à Jimmy Guilliem, mon pilier au quotidien, pour ton aide précieuse et ton soutien à toutes épreuves.

GLOSSAIRE

AINS : Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie,
Obstétrique et Gynécologie

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EN : Échelle Numérique

EVA : Échelle Visuelle Analogique

IASP : International Association for the Study of Pain

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE 1	12
1. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	13
1.1. Type d'étude	13
1.2. Population et échantillonnage	13
1.3. Modalités de réalisation de l'étude.....	14
PARTIE 2	16
1. RÉSULTATS DE L'ETUDE.....	17
1.1. Description de la population	17
1.2. Évaluation de la douleur	21
1.3. Traitement	25
PARTIE 3	29
1. ANALYSE ET DISCUSSION	30
1.1. Critiques de l'étude :	30
1.2. Retour sur les hypothèses :	30
1.3. Perspectives :	37
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES MATIÈRES.....	46
ANNEXES	47

INTRODUCTION

D'après l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* » (1).

Lorsque l'on parle de douleur en obstétrique, on pense particulièrement à l'accouchement. Cependant, les douleurs du post-partum ne sont pas négligeables. Lors des suites de couches, les douleurs périnéales, notamment celles suites à une épisiotomie, peuvent parfois être intenses. En 2012, une étude australienne réalisée sur 215 femmes ayant accouché par voie basse montre que 37% d'entre elles ressentent une douleur périnéale modérée à sévère dans les 72 heures suivant l'accouchement (2).

La douleur est un sujet très ancien, Hippocrate la définissait comme « *cette sensation qui donna place aux médecins* ». Le premier texte officiel sur la douleur et sa prise en charge fût celui de Lucien Neuwirth en 1995 qui incita « *les établissements de santé à mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des malades* ».

Aujourd'hui, la douleur n'est plus une fatalité. La lutte contre la douleur est un sujet d'actualité et constitue un objectif prioritaire du gouvernement. En effet, la mise en place de différents plans gouvernementaux tel que le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur de 2006-2010 le prouve (3). Ce plan a pour objectifs une meilleure reconnaissance de la douleur par les professionnels ainsi qu'une formation des acteurs médicaux et paramédicaux.

La douleur suite à une épisiotomie est la douleur du post-partum la plus connue. L'épisiotomie reste l'acte chirurgical le plus fréquemment réalisé après la section du cordon ombilical. Cette section du périnée est pourtant en forte diminution depuis quelques années (4). De nombreux programmes d'amélioration continue de la qualité des soins visent à diminuer la fréquence du recours à l'épisiotomie. En effet, l'épisiotomie préventive n'a pas atteint son objectif concernant la prévention des déchirures sévères, des incontinences urinaires ou des troubles de la statique pelvienne. Sa réalisation systématique n'est plus recommandée, elle n'améliorerait pas significativement l'état maternel ni foetal (5).

D'après l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG), en 2002-2003, le taux d'épisiotomie était de 68% chez les primipares et de 31% chez les multipares (6). En 2010, l'enquête périnatale sur les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, révèle un taux d'épisiotomie de 44,4% chez les primipares et 14,3% chez les multipares (4). Cette enquête porte sur la totalité des naissances survenues au niveau national pendant l'équivalent d'une semaine soit 15187 patientes. En France, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) souhaiterait un taux de 30% d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse (7).

La douleur de l'épisiotomie est intense. Dans l'étude de Urion et al.(8), réalisée en 2002 sur les douleurs périnéales à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN), l'intensité maximale de la douleur post-épisiotomie était de 7/10 et diminuait à 3/10 à la 36^{ème} heure. En 1997, une étude anglaise de Glazener et al., réalisée sur 1075 femmes montrait que 42% des femmes souffraient de douleurs périnéales en post-partum immédiat et 22% huit semaines après leur accouchement (9). Cette douleur est fréquente. En effet, en 2008, une autre étude anglaise d'Andrews et al. sur 254 patientes ayant subi une épisiotomie montrait que 92% d'entre elles ressentaient des douleurs le premier jour de l'accouchement (10).

Il existe plusieurs types de douleurs, la douleur neuropathique, la douleur psychogène, ainsi que la douleur par excès de nociception. Cette dernière catégorie de douleur concernerait l'épisiotomie. Elle résulte de lésions de tissus périphériques qui provoquent un excès d'influx douloureux venant du système nerveux. Il peut s'agir entre autres d'une douleur provoquée par un phénomène de cicatrisation engendrant des mécanismes inflammatoires. Cette douleur semble sous-estimée et serait sous-évaluée. Celle-ci est maximum lors des 24 premières heures, elle peut persister deux mois après l'accouchement dans plus de 20% des cas et douze mois dans 10% des cas (11).

Les études menées en 1994 par Klein et al. ont montré que les douleurs périnéales étaient plus importantes après une épisiotomie que lorsque le périnée était resté intact ou en cas de déchirure simple (12). Macarthur AJ et al. ont également observé en 2004 que les douleurs périnéales étaient plus fréquentes et plus sévères lorsque les lésions périnéales étaient importantes (13).

Lors d'une étude réalisée sur 205 primipares par Röckner et al. en 1998, les patientes ayant subi une épisiotomie trouvaient que les douleurs périnéales étaient plus importantes que ce qu'elles avaient imaginé (26% versus 8%; $p < 0,01$). Au cours de leur séjour en suites de couches, des antalgiques ont été consommés par 51% dans le groupe épisiotomie contre 23% dans le groupe déchirure ($p < 0,01$) (14).

En 2002, à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, l'étude de Urion et al.(8) sur les douleurs périnéales a révélé que la douleur chez les patientes avec épisiotomie était significativement plus élevée par rapport aux patientes avec déchirure périnéale, que ce soit pour la douleur maximale (6,9/10 vs 4,70/10; $p = 0,0001$), ou pour la douleur à la 36ème heure (3,0/10 vs 1,8/10; $p = 0,0053$). Dans la majorité des études, la douleur post-épisiotomie est considérée comme modérée (EVA=30) à sévère (EVA=40), nous savons par ailleurs qu'une EVA supérieure à 30 nécessite un traitement. Pour pouvoir traiter un patient, il faut commencer par reconnaître et évaluer sa douleur. L'évaluation de la douleur est la première étape dans la prise en charge d'un état douloureux.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée (...) » article L 1110-5 CSP (15). La douleur est une notion subjective, son évaluation est donc difficile. Cependant, son appréciation est nécessaire pour agir au mieux et observer son évolution. Il existe plusieurs échelles unidimensionnelles pour évaluer la douleur : l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), l'Echelle Visuelle Simple (EVS) et l'Echelle Numérique (EN). Ces méthodes sont généralement simples d'emploi, rapides et peuvent être répétées pour faciliter le suivi.

La gestion de la douleur en post-partum est d'autant plus importante que cette période est le siège d'un remaniement psycho-émotionnel. Elle induit une souffrance physique mais également une souffrance psychologique. Elle peut affecter la relation mère-enfant et la bonne mise en place de l'allaitement (16). Lors des suites de couches, les moyens médicamenteux pour soulager la douleur restent globalement les plus efficaces (17). Ces moyens médicamenteux sont constitués d'antalgiques non morphiniques tels que le paracétamol ou les Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens (AINS) qui agissent sur les douleurs de palier I. Les anti-inflammatoires semblent par ailleurs les plus efficaces. Un essai randomisé a été publié sur les effets de l'ibuprofène sur les douleurs liées à l'épisiotomie. Cette étude opposait 3 groupes, un groupe avait

reçu de l'ibuprofène 400mg, un autre 1g de paracétamol et le troisième du placebo. Après 24 heures, 22 femmes sur 31 avaient été soulagées contre 8 sur 28 pour le paracétamol et 5 sur 31 pour le placebo ($p < 0,01$) (18). Il existe de nombreux moyens non médicamenteux qui aident à soulager la douleur également tels que le froid, le chaud ou encore l'homéopathie. Cependant, les études concernant ces moyens sont rares et de faible puissance. Il est indispensable pour chaque professionnel de s'adapter à chaque patiente en fonction de ses attentes, de sa capacité à supporter les traitements et de son mode d'allaitement (19). Le retour à domicile des patientes étant de plus en plus précoce, une prévention plus accentuée des troubles périnéaux est nécessaire. L'abord de la rééducation à 7-8 semaines de l'accouchement reste souvent la seule évocation concernant le périnée (20).

La douleur suite à une épisiotomie en post-partum peut être comparable à une douleur post-opératoire. Cette douleur est en partie due à un manque de prise en charge ou à une prise en charge non adaptée. Suite à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé, un plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur a été réalisé en 2006. Un établissement de santé a l'obligation d'organiser au sein de l'établissement, les dispositions nécessaires pour une prise en charge de la douleur par les professionnels de santé.

La qualité en santé est primordiale, on peut lui trouver différentes définitions dont celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): « *Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent 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 termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.* » La qualité est nécessaire à l'optimisation de la prise en charge des patients. Elle passe par le respect des normes et des bonnes pratiques. Ce respect s'appuie sur une législation et sur des recommandations nationales et internationales (21). La qualité passe notamment par la mise en place de protocoles standardisés.

Urion et al.(8) ont proposé un programme d'assurance qualité pour améliorer l'analgésie après l'accouchement des patientes ayant subi une lésion périnéale obstétricale à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Cette étude s'est déroulée

de 2000 à 2002. Dans un premier temps, un état des lieux a été réalisé. Cette première partie de l'étude a pu apprécier la prise en charge de la douleur avec les pratiques des professionnels alors en vigueur. Le niveau de douleur en post-partum était également évalué afin de dégager les principaux axes d'amélioration à mettre en place. De plus, les facteurs de risques pouvant majorer la douleur étaient analysés. Cet état des lieux a mis en évidence un manque d'informations des patientes, une prescription hétérogène entre les praticiens, une absence de prescription systématique, des médicaments donnés à la demande des patientes, l'absence d'anticipation de la douleur, une faible utilisation des AINS, une durée des traitements aléatoire, une évaluation orale de la douleur non écrite. Puis dans un deuxième temps, un protocole médicamenteux précis a été mis en place pour les patientes ayant subi une épisiotomie. Ce protocole étant : paracétamol et kétoprofène en première intention, soit paracétamol codéiné si allergie aux AINS. Si échec de ce traitement, en deuxième intention : kétoprofène et paracétamol codéiné.

Suite à la mise en place de ce protocole, après un délai de 5 mois d'application, une nouvelle évaluation a été réalisée. Celle-ci a permis de constater une prescription plus systématique et plus précoce des antalgiques, une meilleure observance, une utilisation plus large des AINS et une amélioration de la satisfaction des patientes.

Cependant, l'hypothèse que certains membres de l'équipe obstétricale aient modifié leur pratique en raison de l'étude qui était en cours n'est pas exclu.

Lors de cette étude, 80% des sages-femmes ont avoué ne pas évaluer la douleur, soit par oubli, soit parce qu'elles considéraient cela inutile. Pourtant, la prise en charge de la douleur fait partie de la pratique quotidienne des sages-femmes, celle-ci passant notamment par l'estimation de la douleur. De plus, la prescription systématique et uniforme à toutes les patientes ayant subi une épisiotomie n'était pas complètement respectée.

Comme le conclut l'étude de Urion et al., des évaluations sont nécessaires pour pérenniser les bénéfices de ce protocole et pour s'assurer que les progrès réalisés sont maintenus. Dix ans après, en 2012, ce protocole a été revu pour être simplifié et pour être inclus dans le protocole de « Prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant ». (Protocole et extraits de protocole disponibles en annexes, voir annexes I et II). Il recommande les mêmes antalgiques, cependant, les modalités de prise de ces derniers sont moins précises. Ce protocole est-il efficace? Est-il bien appliqué? Les patientes en sont-elles satisfaites?

L'objectif de ce mémoire était de réaliser un état des lieux de la prise en charge de

la douleur post-épisiotomie en suites de couches à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Pour cela, il a fallu évaluer la douleur liée à l'épisiotomie, l'application du protocole et la satisfaction des patientes face à cette prise en charge pour juger de son efficacité.

Problématique :

La prise en charge de la douleur post-épisiotomie en suites de couches est-elle optimale à la MRUN? Répond-elle aux besoins et aux attentes des patientes ?

Hypothèses :

Les hypothèses suivantes ont été posées :

- la douleur post-épisiotomie est importante avec une EN moyenne supérieure à 3
- il existe certains facteurs de risque aggravant la douleur
- toutes les patientes n'ont pas bénéficié de la même prise en charge
- le protocole n'est pas respecté par les soignants :
 - Prescriptions d'antalgiques non systématiques
 - Evaluation de la douleur non systématique
- les patientes sont satisfaites de la prise en charge

Suite à mon étude, si ces hypothèses sont vérifiées, il serait alors intéressant d'engager des actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge pour uniformiser les pratiques des professionnels.

Objectifs :

Objectif principal :

- Évaluer la prise en charge de la douleur post-épisiotomie à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Objectifs secondaires :

- Évaluer l'intensité de la douleur post-épisiotomie des patientes à l'aide de questionnaires.
- Déterminer le degré de satisfaction des patientes face à la prise en charge de la douleur post-épisiotomie dans les services de suites de couches de la MRUN.

Cette étude avait pour but de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles, afin de mettre en parallèle la pratique et la théorie du protocole en vigueur. De ce fait, cette enquête pourra également évaluer si le bénéfice du programme d'assurance qualité sur la douleur après lésions périnéales obstétricales de la MRUN est toujours présent.

Partie 1

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1.1. Type d'étude

Cette étude était de type observationnelle prospective unicentrique. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaires distribués aux patientes sur une durée de 4 mois, dans les services de suites de couches d'une maternité de type 3. (Questionnaire vierge disponible en annexes, voir annexe III).

1.2. Population et échantillonnage

La population étudiée concerne les patientes hospitalisées à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy en secteur mère-enfant durant la période de septembre 2014 à décembre 2014 et qui ont subi une épisiotomie au cours de leur accouchement. Cette maternité est un centre de type 3 qui effectue environ 3000 accouchements par an, d'après les données du département d'informations médicales (en 2014, 3092 accouchements dont 2471 accouchements voie basse). Les services de suites de couches de cette maternité sont répartis en 3 secteurs. Deux de ces secteurs sont occupés par les patientes ayant accouché par voie basse, que l'accouchement ait été physiologique ou pathologique. Ces 2 secteurs comptabilisent un total de 38 lits. Le troisième secteur n'a pas été inclus dans cette étude car celui-ci concerne les patientes ayant accouché par césarienne.

Critères d'inclusion :

- Les patientes qui ont été incluses dans cette étude sont primipares ou multipares, ont accouché par voie basse, à l'aide d'une extraction instrumentale ou non et ont eu une épisiotomie.

Critères d'exclusion :

- Les patientes ont été exclues de l'étude si une barrière linguistique était présente et si une déchirure complète était associée à l'épisiotomie.

1.3. Modalités de réalisation de l'étude

1.3.1. Méthode

Nous avons remis un questionnaire aux patientes lors de leur séjour à la maternité. Ce questionnaire leur a été donné à J0 pour avoir le moins de biais possible sur l'évaluation de leur douleur et a été récupéré à J3 du post-partum lors de leur sortie.

Dans une première partie, ce questionnaire nous renseignait sur les critères généraux de la patiente.

Une deuxième partie abordait les antécédents obstétricaux de la patiente ainsi que ses connaissances sur l'épisiotomie.

Une troisième partie nous informait sur le déroulement de l'accouchement et sur les mensurations du nouveau-né.

Une quatrième partie évaluait la douleur ressentie par la patiente au cours de son séjour en suites de couches et lors de différentes situations.

Une dernière partie portait sur le traitement apporté par l'équipe soignante, qu'il soit médicamenteux ou non, et sur la satisfaction globale des patientes concernant leur prise en charge.

Ces questionnaires étaient anonymes et utilisés uniquement dans le cadre de cette étude. Nous nous référons au dossier uniquement pour deux informations supplémentaires qui étaient la présence ou non d'anesthésie lors de la réfection de l'épisiotomie, ainsi que la technique de réfection utilisée par l'opérateur lors de la suture. L'évaluation écrite de la douleur par la sage-femme n'était pas relevée car c'est une évaluation globale et non spécifique de l'épisiotomie qui est faite dans ces services de post-partum.

1.3.2. Exploitation des données

Les résultats des questionnaires ont été exploités à partir du logiciel Excel. Les réponses aux questionnaires (variables qualitatives, quantitatives) ont été exprimées en pourcentage, c'est la fréquence d'apparition de ces variables qui a été prise en considération. Pour l'analyse des variables ordinales (échelle de douleur/ de soulagement) la moyenne a été calculée. Les fonctions premières du logiciel et les tableaux croisés

dynamiques ont permis de mettre en évidence les résultats suivants et de réaliser un certain nombre de graphiques pour les illustrer.

Les tests statistiques utilisés sont le test du Chi 2 pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives. Les tests sont réalisés selon un risque d'erreur de 5%, les résultats sont donc considérés comme significatifs si p est inférieur à 0,05.

Partie 2

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

1. RÉSULTATS DE L'ETUDE

1.1. Description de la population

Au total, 65 patientes ont été incluses pour la réalisation de cette étude.

En 2014, il y a eu 2471 accouchements par voie basse à la maternité et 271 épisiotomies. Durant la période où nous avons réalisé cette étude, du 1 septembre 2014 au 31 décembre 2014 il y a eu 841 accouchements par voie basse, et 79 épisiotomies. Sur 79 patientes ayant subi une épisiotomie, 65 ont été incluses dans l'étude. Il y a eu 11 questionnaires non récupérés et 3 non remplis en raison d'une barrière linguistique. Le taux de non réponse est de 13,9%.

1.1.1. Renseignements généraux

Âge maternel :

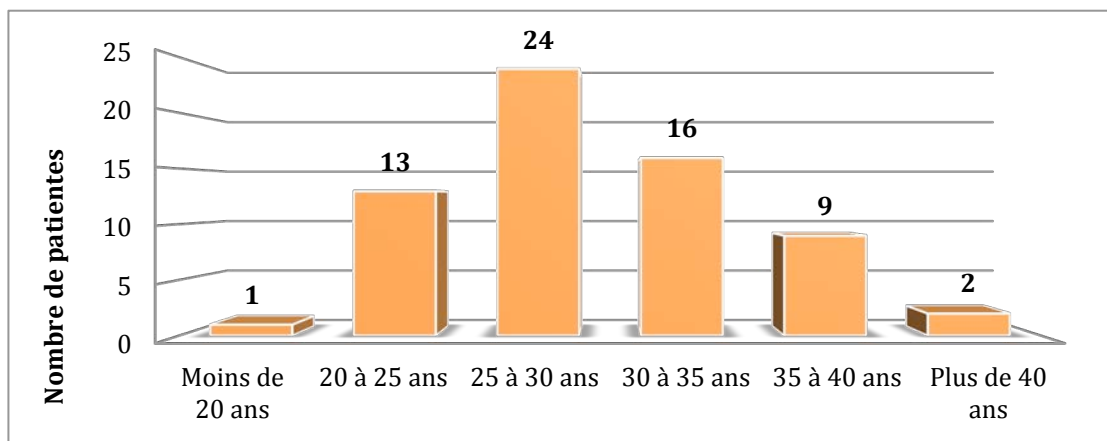


Figure 1 - Âge des patientes (n=65)

La moyenne d'âge des patientes pour cette étude est de 30 ans.

Indice de masse corporelle :

Tableau 1 - Répartition des patientes en fonction des IMC (Indice de Masse Corporelle)

IMC (kg·m ⁻²)	Nb de patientes (n=65)	Pourcentage
≤ 18,5	2	3,1%
18,5 à 25	33	50,8%
≥ 25	30	46,2%

La moyenne pour l'IMC est de 25,32 kg.m⁻².

Catégories socio-professionnelles :

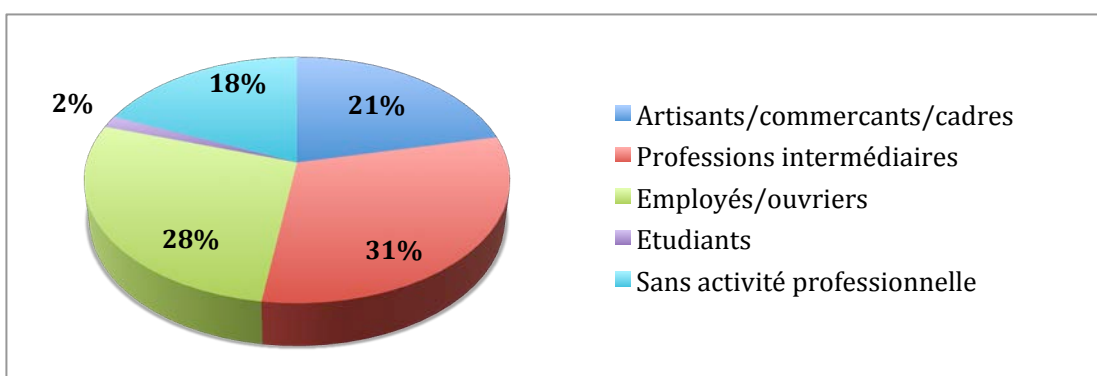


Figure 2 - Répartition des patientes en fonction de leur catégorie-socioprofessionnelle (n=65)

Selon la nomenclature des professions et des catégories socio-professionnelles de l'Institut National de Statistique et des Etudes Economique (INSEE), la majorité des patientes appartient à la catégorie des professions intermédiaires soit 31% (n=20), et à la catégorie des employés pour 28% (n=18).

Origine géographique :

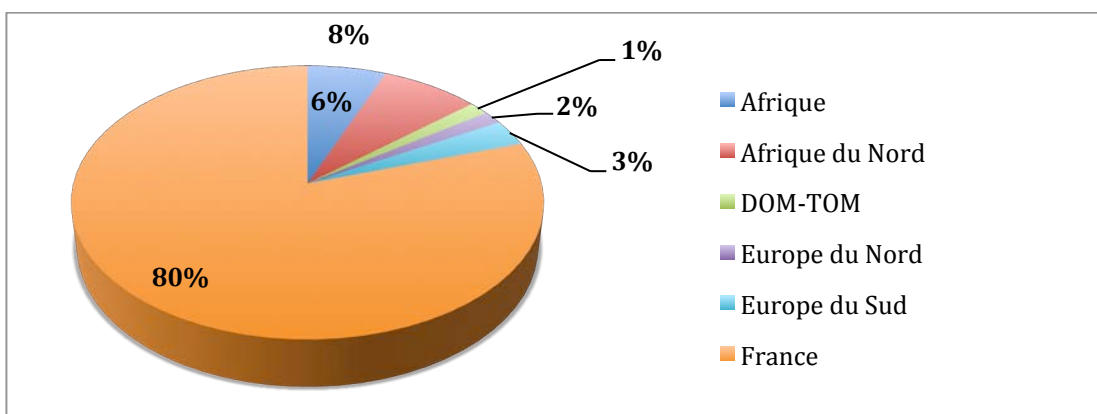


Figure 3 - Répartition des patientes en fonction de leur origine géographique (n=65)

La majorité des patientes incluses dans cette étude est d'origine française.

1.1.2. Grossesse

Parité :

Tableau 2 - Répartition des patientes en fonction de leur parité

Parité	Nb de patientes (n=65)	Pourcentage
Primipares	39	60,0%
Multipares	26	40,0%

Dans cette population, plus de la moitié des patientes sont primipares.

Connaissance de l'épisiotomie :

Sur les 65 patientes, 96,9% (n=63) avaient connaissance de l'épisiotomie. Les origines concernant l'information sur l'épisiotomie étaient diverses, avec une majorité des patientes citant leur entourage comme source d'information.

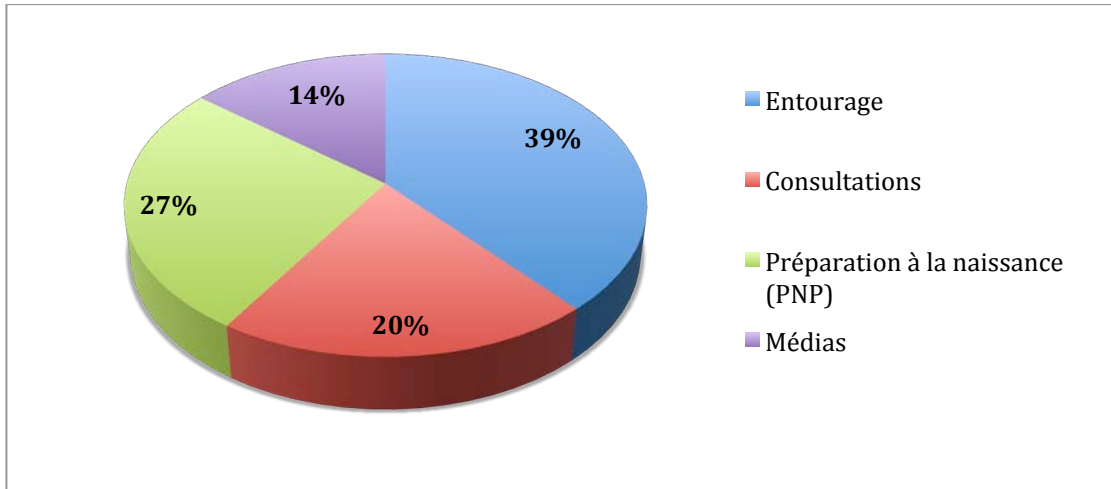


Figure 4 - Origines de l'information sur l'épisiotomie (n=63)

Parmi les 65 patientes, 72,3% (n=47) ont participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité et 96,9% (n=63) avaient connaissance de la rééducation périnéale.

1.1.3. Accouchement

Travail :

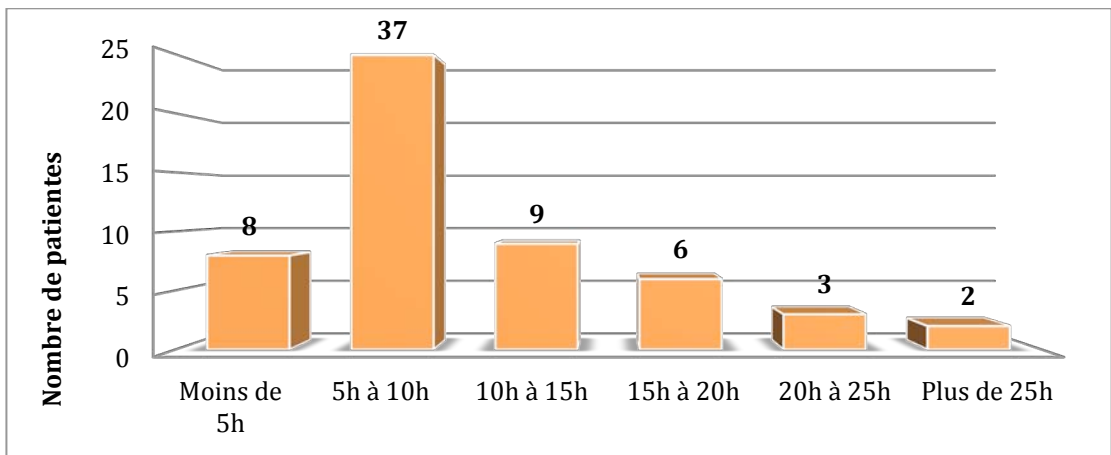


Figure 5 - Durée du travail (n=65)

La moyenne de temps du travail est de 10 heures et 10 minutes avec une médiane à 8 heures.

Tableau 3 - Description du travail

Caractéristiques	Nb de patientes (n=65)	Pourcentage
<u>Début du travail</u>		
- Spontané	49	75,4%
- Déclenchement	16	24,6%
<u>Terme</u>		
- Prématuré	5	7,7%
- Terme	52	80%
- Post terme	8	12,3%
<u>Présentation</u>		
- Céphalique	62	94,4%
- Podalique	3	4,6%
<u>Aide instrumentale</u>		
- Aucune	38	58,5%
- Ventouse	25	38,5%
- Forceps	1	1,5%
- Ventouse et forceps	1	1,5%
<u>Analgesie péridurale</u>		
- Avec péridurale	62	95,4%
- Sans péridurale	3	4,6%

Sur 65 patientes, 8 soit 12,3% ont ressenti l'incision de l'épisiotomie. Par ailleurs, 11 soit 16,9% ont ressenti de la douleur lors de la réfection de l'épisiotomie.

Mensurations nouveau-nés :

Tableau 4 - Mensurations des nouveau-nés (n=67)

Mensurations des nouveau-nés	Moyenne	Min.	Max.	Médiane
<u>Poids (en grammes)</u>	3171	650	4200	3000
<u>Taille (en cm)</u>	49,6	44	54	50

1.2. Évaluation de la douleur

Au cours du séjour :

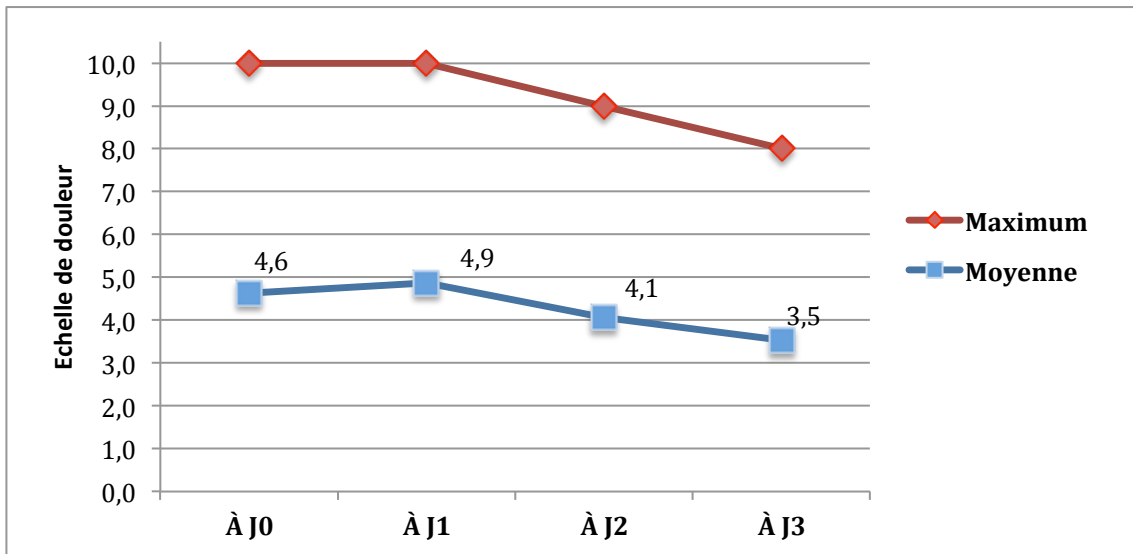


Figure 6 - Evolution de la douleur au cours du séjour (n=65)

La douleur moyenne au cours du séjour est de 4,3 sur 10.

Ponctuellement :

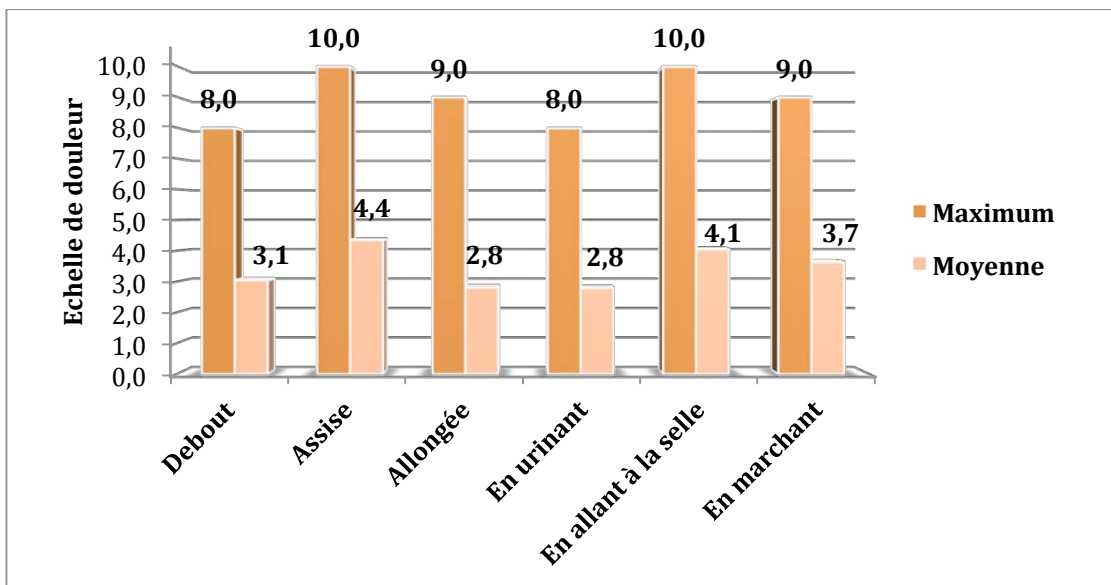


Figure 7 - Moyenne de la douleur lors de différentes situations (n=65)

Gêne occasionnée :

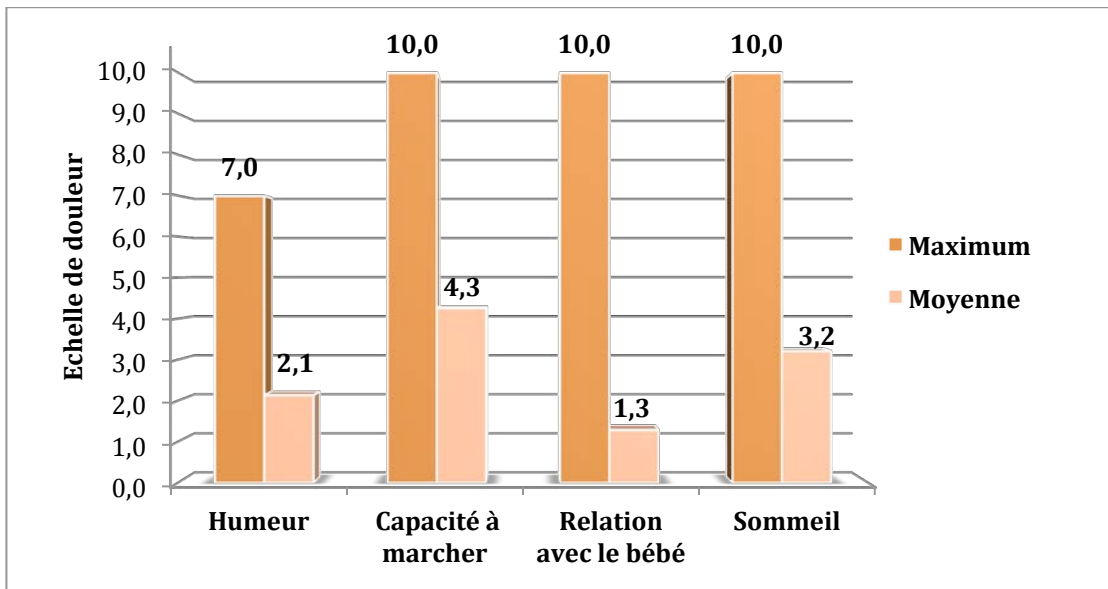


Figure 8 - Moyenne de la douleur lors de différentes situations (n=65)

En fonction de la parité :

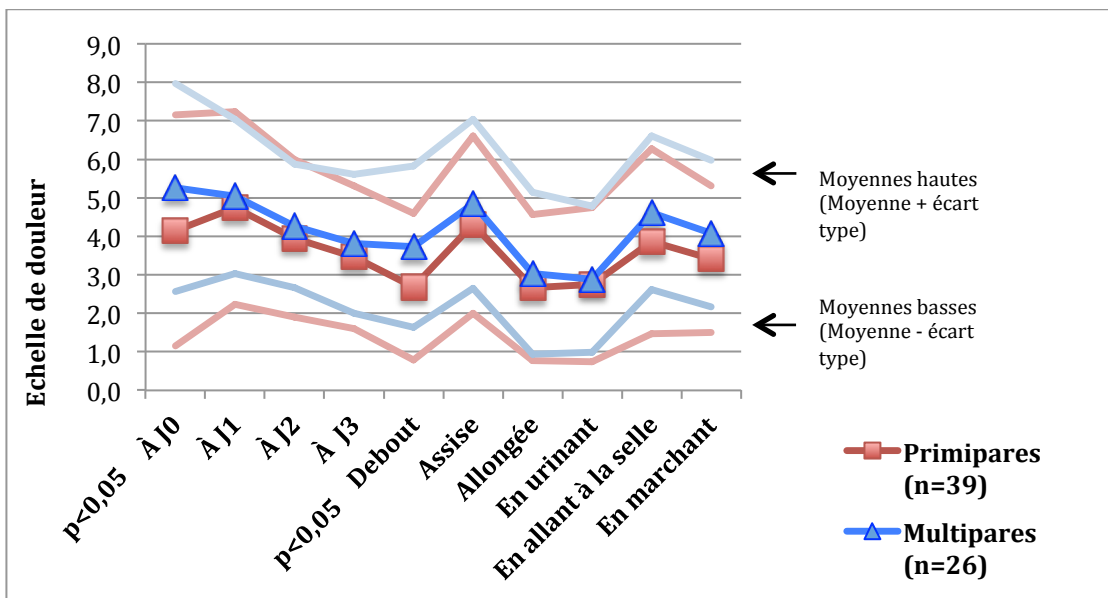


Figure 9 - Douleur moyenne en fonction de la parité (n=65)

Les multipares ont des EN globalement plus élevées que les primipares. Cette différence est significative à J0 et en position debout.

En fonction de l'IMC :

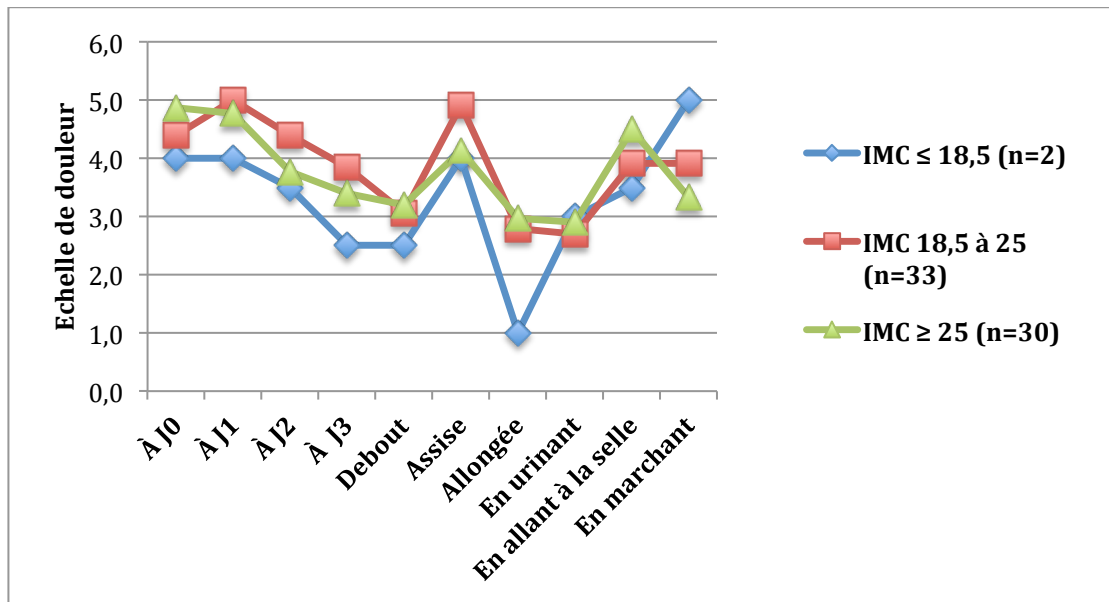


Figure 10 - Douleur moyenne en fonction de l'IMC (n=65)

En fonction de l'origine géographique :

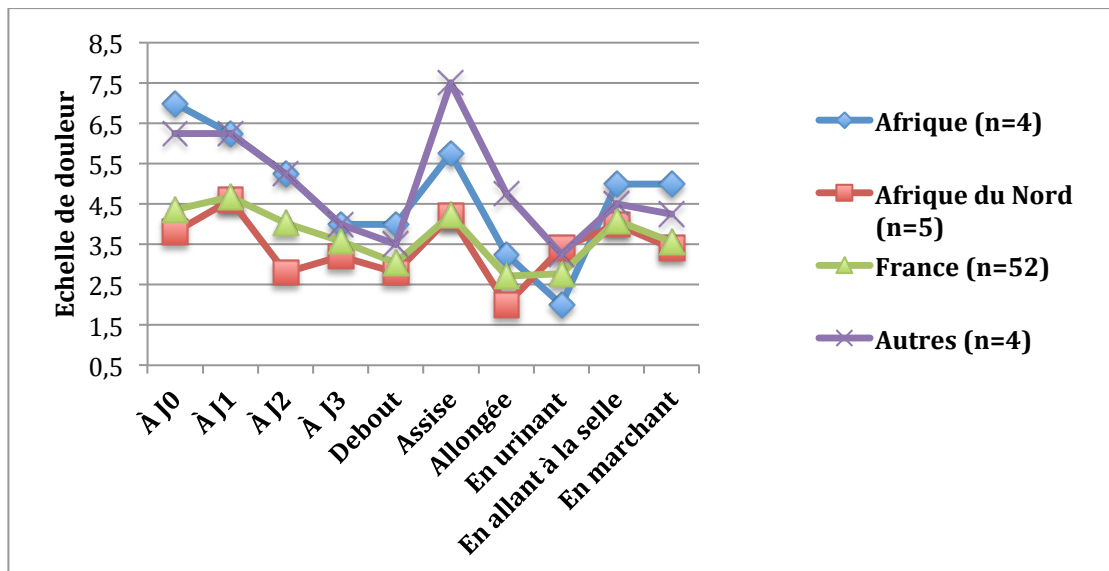


Figure 11 - Douleur moyenne en fonction de l'origine géographique (n=65)

En fonction des antécédents de lésions périnéales :

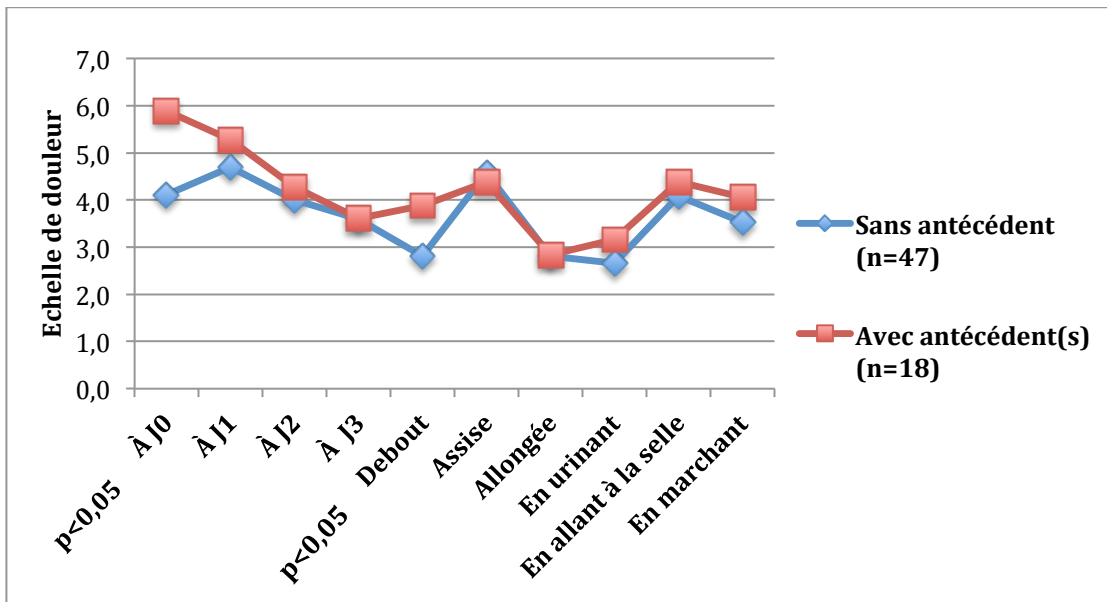


Figure 12 - Douleur moyenne en fonction des antécédents de lésions périnéales (n=65)

Les patientes avec antécédents de lésions périnéales ont des EN significativement plus élevées à J0 et en position debout.

En fonction de l'utilisation d'une aide instrumentale :

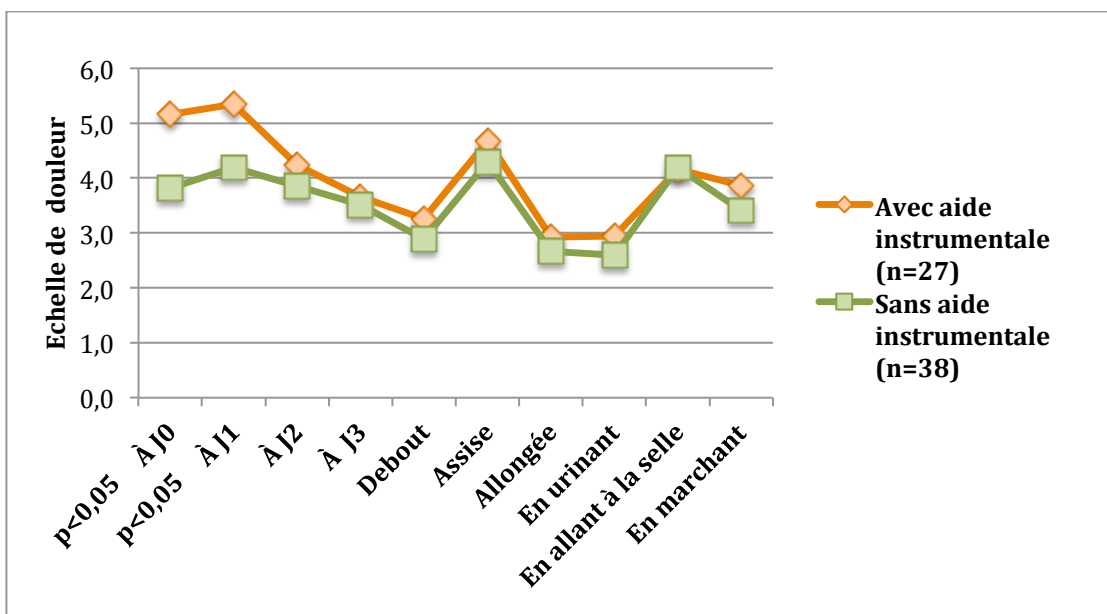


Figure 13 - Douleur moyenne en fonction de l'utilisation d'une aide instrumentale (n=65)

La moyenne des EN est plus élevée lorsqu'une aide instrumentale a été utilisée, cette différence est significative à J0 et à J1.

Tableau 5 - Technique de réfection de l'épisiotomie et douleur

Technique de réfection	Nb de patientes (n=58)*	Nb de patientes ayant ressenties de la douleur pendant l'acte
<i>Plans séparés (total)</i>	54 (93,1%)	18/54 (33,3%)
- Avec anesthésie locale	9 (16,7%)	2/9 (22,2%)
- Sans anesthésie locale	45 (83,3%)	16/45 (35,6%)
<i>Un fil/nœud (total)</i>	4 (6,9%)	2/4 (50,0%)
- Avec anesthésie locale	2 (50,0%)	0/2 (0,0%)
- Sans anesthésie locale	2 (50,0%)	2/2 (100,0%)

* Pour 7 patientes la technique de réfection et la présence d'une anesthésie locale n'ont pas été renseignés.

1.3. Traitement

- Un traitement antalgique a été proposé à 61 patientes sur 65 (93,8%) dès leur arrivée en suite de couches.
- Le traitement proposé à ces 61 patientes a été donné systématiquement à seulement 38 soit 62,3%.

Type de traitement :

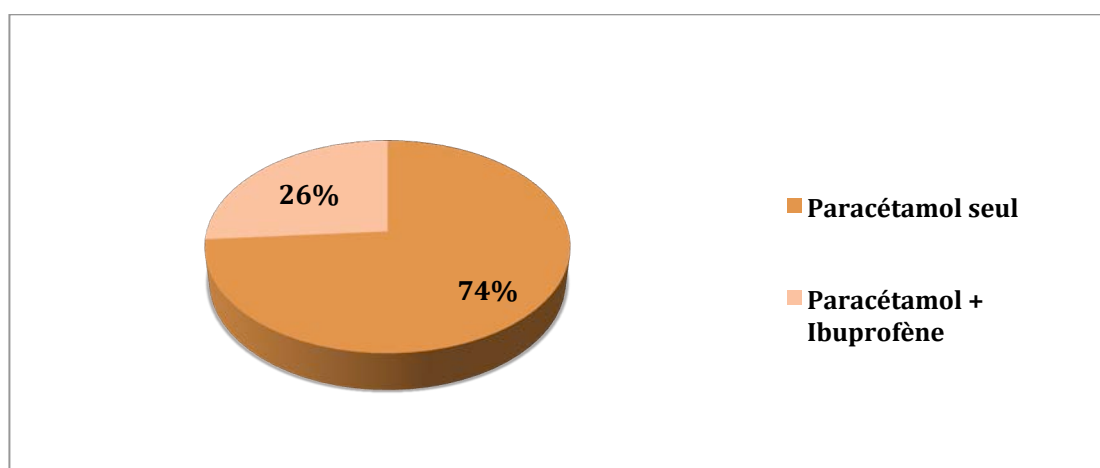


Figure 14 - Médicaments donnés aux patientes en suites de couches (n=65)

Dans 74% des cas (n=48), uniquement du paracétamol est donné aux patientes. Des anti-inflammatoires sont associés au paracétamol seulement dans 26% (n=17).

Automédication :

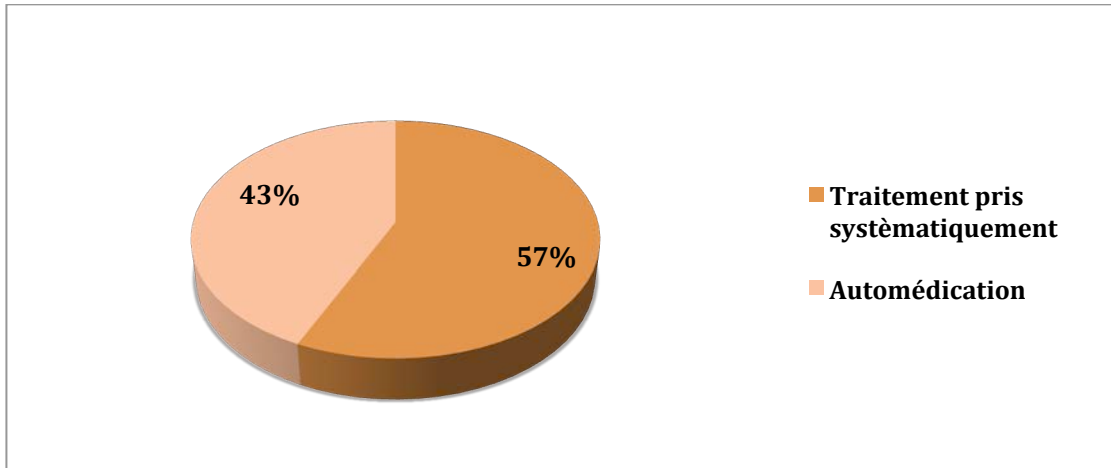


Figure 15 - Prise de traitement (n=65)

Dans 43% (n=28), les patientes ajustent elles-mêmes leurs prises de traitement.

Soulagement en fonction du traitement :

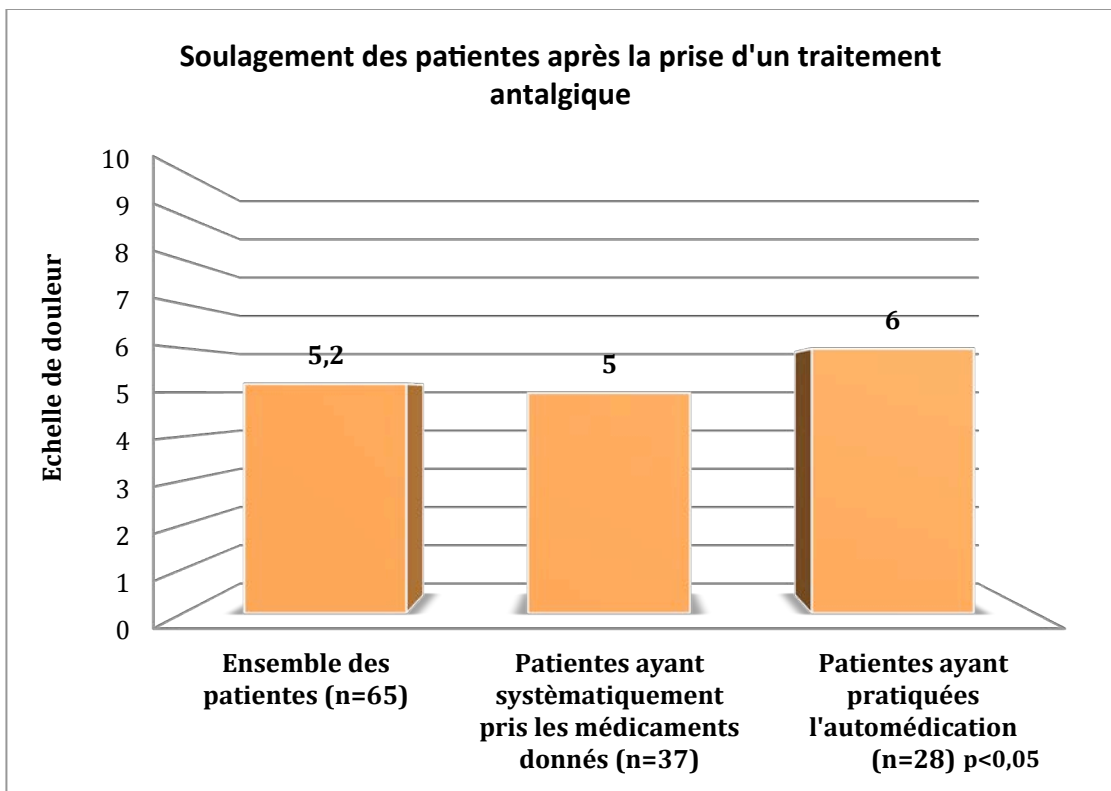


Figure 16 - Soulagement des patientes après la prise d'un traitement antalgique (n=65)

Soulagement en fonction du traitement (2) :

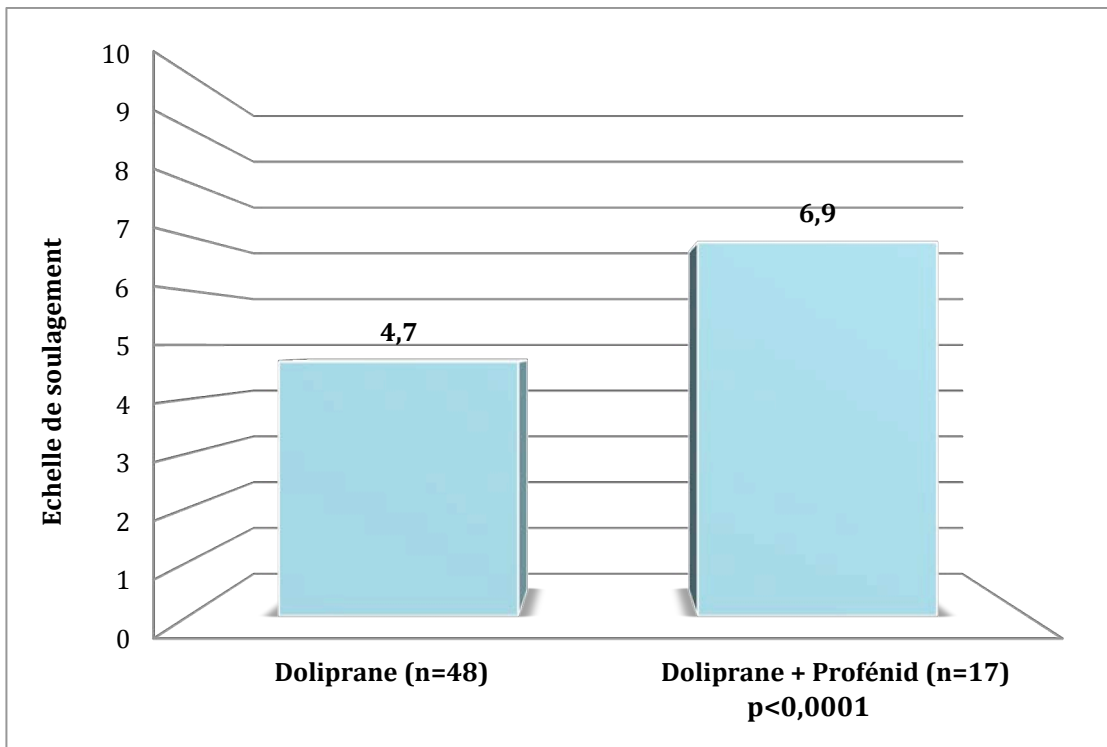


Figure 17 - Soulagement des patientes en fonction du type de traitement (n=65)

Le soulagement des patientes est significativement plus important lors de l'association paracétamol et Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien ($p < 0,0001$).

Evaluation de la douleur par un professionnel de santé :

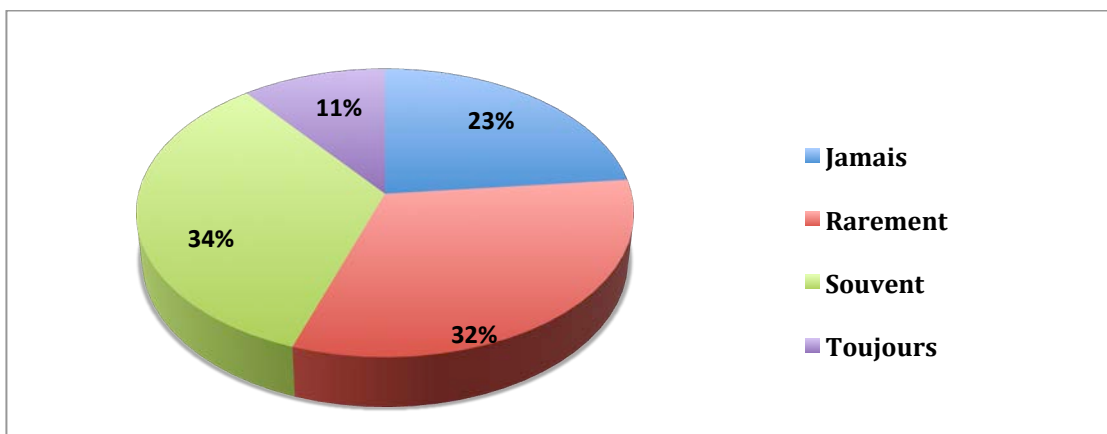


Figure 18 - Fréquence d'évaluation de la douleur par un professionnel de santé (n=47)

Dans 55% des cas, l'évaluation quotidienne de la douleur par un professionnel de santé n'est jamais ou rarement réalisée.

- 52,3% (n=34) des patientes ont reçu des conseils de professionnels de santé pour soulager la douleur par des moyens non médicamenteux.
- Ces conseils étaient délivrés à 82% par des sages-femmes et à 18% par des auxiliaires de puériculture.

Moyens de soulagement :

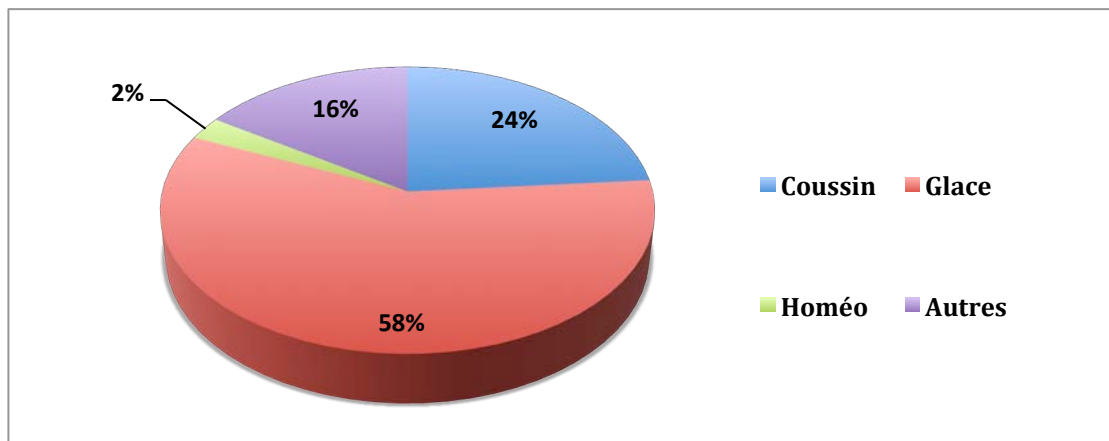


Figure 19 - Techniques non médicamenteuses utilisées pour soulager la douleur (n=65)

Les techniques pour soulager la douleur étaient variées avec une majorité des patientes utilisant de la glace (58%) pour atténuer leur douleur.

La satisfaction globale des patientes quant à leur prise en charge pour leur douleur post-épisiotomie à la MRUN obtient une moyenne de 6,9 sur 10.

Partie 3

ANALYSE ET DISCUSSION

1. ANALYSE ET DISCUSSION

1.1. Critiques de l'étude :

1.1.1. Points forts

Cette étude est prospective. Elle a donc permis d'étudier les pratiques actuelles des professionnels. Les questionnaires étaient distribués et récupérés par une même personne. La probabilité que les soignants aient changé leur pratique au cours de l'étude est minime car ils ne distribuaient pas les questionnaires et n'étaient pas, volontairement, informés de l'étude en cours. Le nombre de patientes incluses reste faible, mais ce nombre est représentatif du nombre total d'épisiotomies actuellement réalisées à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

1.1.2. Points faibles

Notre étude est par ailleurs unicentrique. Elle s'est déroulée uniquement à la MRUN. Les protocoles de prise en charge de la douleur post-épisiotomie, étant propres à chaque maternité, cette étude ne peut être représentative de la population générale.

Dans cette étude, il persiste un biais pour certains questionnaires récupérés. Il était parfois difficile de se rendre en suites de couches tous les jours et certaines patientes ont reçu leur questionnaire à J1 au lieu de J0 par exemple. Ceci peut constituer un biais dans l'évaluation de leur douleur qui devient alors rétrospective.

Suite à cette étude, il aurait été intéressant d'interroger les sages-femmes sur leur vision de la prise en charge, sur leur pratique quotidienne et sur leur connaissance du protocole.

1.2. Retour sur les hypothèses :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prise en charge de la douleur post-épisiotomie à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Les objectifs secondaires étaient de mesurer l'intensité de cette douleur, et d'évaluer la satisfaction des patientes quant à leur prise en charge en post-partum.

En reprenant nos hypothèses de départ :

La douleur post-épisiotomie est importante avec une EN > 3 :

Au cours du séjour, la moyenne de la douleur est de 4,3. Le pic de douleur se situe à J1 avec une notation sur l'EN à 4,9 en moyenne, puis la douleur décroît. Nous pouvons mettre en parallèle nos résultats avec ceux de l'étude de MacArthur réalisée en 2003, dans laquelle il a constaté que 97% des patientes chez qui avait été réalisée une épisiotomie ressentaient de la douleur à J1 du post-partum (12).

Les positions les plus douloureuses pour les patientes sont : la position assise, en allant à la selle, ainsi qu'en marchant. La marche, la position assise et la défécation étant les situations qui déclenchent le plus la mobilisation du bassin et la sollicitation du périnée, les niveaux de douleurs sont logiquement plus élevés.

Le retentissement de la douleur a une incidence sur la vie quotidienne, particulièrement sur la capacité à marcher. Ce résultat rejoint notre précédente conclusion, les mouvements entraînent globalement plus de douleur. Le sommeil, l'humeur de la patiente et la relation avec le bébé bien que moins affectés, restent impactés. La douleur peut affecter la relation mère-enfant et la bonne mise en place de l'allaitement. Une étude de Roger et al. révèle que la notation de la douleur périnéale est sous-estimée par les patientes (22). Toute leur attention est prise par leur nouveau-né et leurs propres besoins passent en second plan.

Dans un questionnaire, l'une des patientes a écrit : « Fatiguée et occupée par les soins du bébé, je pense ne pas avoir été suffisamment à l'écoute de mon corps concernant cette douleur. »

-> Hypothèse validée : La douleur post-épisiotomie est importante avec une moyenne au cours du séjour supérieure à 4 par notation sur l'échelle numérique. La douleur est maximale à J1 avec une moyenne à 4,9 et minimale à J3 avec une moyenne à 3,5.

Il existe des facteurs de risques influençant la douleur :

Dans notre population, la moyenne d'âge est de 30 ans, avec une majorité des patientes qui ont entre 25 et 30 ans. En France, la moyenne d'âge pour un premier enfant est de 28 ans. Dans notre étude les multipares sont également incluses, c'est pourquoi la moyenne d'âge peut être plus élevée. Il n'a pas été retrouvé de rapport entre l'âge des patientes et la douleur.

La moyenne pour l'IMC est de 25,32 kg.m⁻². Nous n'avons pas retrouvé de lien non plus entre l'intensité de la douleur ressentie et l'IMC des patientes.

La plupart des patientes sont d'origine française (80%) et 14% d'entre elles sont d'origine africaine. Nous savons que les femmes ne sont pas égales devant le risque de déchirure ou d'épisiotomie, cependant, il n'a pas été retrouvé de lien entre la douleur ressentie et l'origine des patientes. La majorité des parturientes étant d'origine française dans cette étude, cela ne peut être représentatif.

Plus de la moitié des patientes (60%) sont des primipares. Nous savons par différentes enquêtes notamment par l'enquête périnatale de 2010 que l'épisiotomie touche préférentiellement les primipares (44% chez les primipares contre 14,3% chez les multipares).

L'étude de la douleur en fonction de la parité met en évidence une douleur plus importante ressentie par les multipares que par les primipares (4,6/10 contre 4,1/10). En effet, le périnée d'une multipare peut être fragilisé par une déchirure antérieure ou par une cicatrice d'épisiotomie. Dans notre étude, nous avons constaté que les femmes avec antécédents de lésions périnéales ont des EN plus élevées (4,8/10 contre 3,6/10). Une grande partie des études réalisées sur l'épisiotomie concerne uniquement les primipares. Dans cette étude, nous avons fait le choix d'inclure également les multipares, il est donc difficile de trouver des études pour comparer nos résultats.

L'étude réalisée par Urion et al. sur les douleurs périnéales à Nancy, a permis de constater que la primiparité constitue un facteur de risque pour la douleur. Cependant, dans son étude, les patientes ayant subi une déchirure périnéale ont également été incluses. Nos résultats ne sont donc pas comparables.

En ce qui concerne l'information sur l'épisiotomie pendant la grossesse, 96,9% des patientes en avaient connaissance. L'origine de cette information venait majoritairement de l'entourage. Par ailleurs, la préparation à la naissance à laquelle 72,3% des patientes ont participé, était la deuxième source principale d'informations. Les consultations et les médias restent des sources d'informations minoritaires. Le même nombre de patientes avait également connaissance de la rééducation périnéale. D'après la littérature (23), la qualité de l'information est un facteur diminuant la douleur, c'est pourquoi une explication claire et précise venant d'un professionnel de santé sur les éventuelles douleurs en suites de couches est essentielle.

Pour cette étude, la majorité des patientes a accouché sans aide instrumentale (58,5%), mais la part d'accouchement par ventouse reste importante avec un taux de 38,5%. Pour notre population, il semble que l'utilisation de la ventouse est souvent liée à la pratique d'une épisiotomie. Cependant, dans les recommandations, la pratique systématique d'une épisiotomie lors d'une extraction instrumentale n'est pas recommandée, nous savons par ailleurs que le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction est associée à l'épisiotomie. Nous savons aussi que la pratique d'une ventouse nécessite moins d'épisiotomies que le forceps. Malgré les recommandations, dans notre étude, il persiste un taux important de ventouse chez les patientes ayant eu une épisiotomie.

Nous avons évalué la douleur moyenne en suites de couches lors de l'utilisation d'une aide instrumentale. A J0 et à J1, celle-ci est significativement plus importante que lorsque l'accouchement s'est fait sans extraction ($p < 0,05$). Une étude australienne de Brown et Lumley réalisée en 1998 a également révélé que l'accouchement par forceps ou par ventouse génère plus de douleur qu'un accouchement simple (24).

La majorité des patientes (95,4%) a bénéficié d'une analgésie péridurale. Les 3 patientes ayant accouché sans cette analgésie ont eu un travail très rapide. Seulement 1 de ces 3 patientes a ressenti la réfection de l'épisiotomie et sa moyenne de douleur n'était pas plus élevée en suites de couches. Le nombre de femmes n'ayant pas eu recours à une analgésie péridurale étant trop faible dans cette étude, les bénéfices de celle-ci ne sont pas mesurables. De plus, le questionnaire ne permet pas de savoir si l'efficacité de l'analgésie péridurale durant le travail a eu un impact sur l'intensité de la douleur post-épisiotomie en post-partum.

Sur 65 patientes, 12,3% ont ressenti de la douleur lors de l'incision de l'épisiotomie, celles-ci ont toutes bénéficié d'une analgésie péridurale, 16,9% ont ressenti de la douleur lors de la réfection de l'épisiotomie. Une des patientes ayant ressenti la réfection a bénéficié seulement d'une anesthésie locale, les autres d'une analgésie péridurale. Les patientes ayant ressenti l'incision ont une moyenne de douleur plus élevée en suites de couches avec une douleur moyenne de 4,9. Ceci peut-être dû au phénomène de mémorisation de la douleur. Lorsqu'un individu fait l'expérience d'une sensation désagréable, un stimulus ultérieur provoque une réponse plus rapide et plus intense.

Pour la technique de réfection, les 2 principales techniques ont été utilisées. La technique des plans séparés a été pratiquée pour 93,1% des patientes. Parmi ces femmes, 33,3% ont ressenti de la douleur pendant l'acte. Le reste des patientes soit 6,9% a bénéficié de la technique un fil/ un nœud. La moitié des patientes a ressenti de la douleur avec cette technique. Cela ne représente que 4 patientes, de ce fait ces résultats ne sont pas significatifs. Dans la littérature (7), il est prouvé que la technique un fil/un nœud est moins douloureuse en post-partum et apporte une meilleure cicatrisation. Par ailleurs, nous constatons que les professionnels de la MRUN ne pratiquent que très peu la méthode un fil/ un nœud. Pourtant, le CNGOF précise que « sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés, car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence ». Selon une étude de M. Dulinski (25) réalisée en 2014, les principaux freins à l'utilisation de cette technique sont la méconnaissance des bienfaits de cette méthode de suture ainsi que la méconnaissance des recommandations du CNGOF quant à la réfection de l'épisiotomie. De plus, dans son étude, elle constate que la majorité des professionnels n'a pas été formée à cette technique.

Il serait intéressant d'interroger les sages-femmes de la MRUN sur leurs connaissances des recommandations du CNGOF et sur leurs pratiques pour la réfection de l'épisiotomie.

La présence d'une anesthésie locale a également été relevée, celle-ci a été utilisée dans 20% des cas. Nous pouvons supposer qu'une anesthésie locale était utilisée lorsque l'analgésie péridurale n'était plus suffisante, mais également pour éviter de réinjecter dans le cathéter, ce qui aurait pour conséquence d'augmenter la durée du bloc moteur et sensitif. Il n'y a que 22,2% des patientes ayant eu une anesthésie locale qui a ressenti de la douleur lors de la réfection de l'épisiotomie, pour celles n'ayant pas eu d'anesthésie locale, elles sont plus d'un tiers (35,6%) à avoir ressenti de la douleur lors de l'acte. Le CNGOF recommande de recourir systématiquement à une méthode anesthésique lors de la pratique et la réfection de l'épisiotomie.

Dans notre enquête, en ce qui concerne la mensuration des nouveau-nés, la médiane est de 3000 grammes et 50 centimètres. Aucune relation entre le poids des nouveau-nés et l'intensité de la douleur en suites de couches a été trouvée. Nous n'avons pas retrouvé de lien non plus dans la littérature.

-> **Hypothèse validée :** Au total, les facteurs de risques majorant la douleur post-épisiotomie en suites de couches sont :

- la multiparité
- les antécédents de lésions périnéales
- les extractions instrumentales
- l'incision de l'épisiotomie douloureuse

Toutes les patientes n'ont pas bénéficié de la même prise en charge :

La douleur nécessite un traitement lorsque l'EN est supérieure à 3, c'est pourquoi la douleur post-épisiotomie requiert une prise en charge optimale.

Dans 93,8% des cas, les antalgiques sont donnés aux patientes dès leur arrivée en suites de couches. La suite de la prise en charge peut être très différente en fonction des patientes et des professionnels de santé. Les médicaments ont été distribués systématiquement aux patientes seulement dans 62,3% des cas.

Pourtant, l'étude de Urion et al. réalisée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy et le protocole mis en place pour prendre en charge la douleur post-épisiotomie précise l'intérêt de donner systématiquement les antalgiques pour prévenir la douleur. En effet, les antalgiques pris avant l'apparition de la douleur permettent d'anticiper la douleur et sont plus efficaces. (26) Cependant, dans la mise à jour du protocole en 2012, la systématisation de la prescription n'est plus précisée. La présence de deux protocoles disponibles dans les services, un sous support informatique et un sous support papier, peut expliquer que les médicaments n'aient pas été donnés systématiquement pour toutes les patientes.

De plus, le protocole précise le bénéfice d'une association paracétamol et kétoprofène. Dans notre étude, nous constatons que cette association d'antalgiques procure un meilleur soulagement avec une échelle de soulagement de 6,9/10 contre 4,7/10 pour le paracétamol seul ($p < 0,0001$). Ces résultats sont comparables à la littérature (18), les Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens sont plus efficaces que le paracétamol seul sur les douleurs post-épisiotomie. Cependant, dans notre population, cette association d'antalgiques n'a été prise que dans 26% des cas contre 74% de paracétamol seul.

L'automédication concerne un certain nombre de patientes. En effet 57% d'entre elles gèrent elles mêmes leur prise de médicaments. Nous notons également que le soulagement est plus important lorsque les patientes utilisent l'automédication avec une

échelle de soulagement de 6/10 contre 5/10 pour la prise systématique ($p < 0,05$). Les patientes qui ont pratiqué l'automédication ont des EN plus faibles, cependant la douleur initiale non traitée l'était probablement aussi. Notre étude ne permet pas de déterminer les raisons pour lesquelles les patientes n'ont pas pris systématiquement le traitement.

La prise en charge de la douleur passe aussi par l'évaluation quotidienne voire biquotidienne de la douleur. Cette appréciation de la douleur par un professionnel de santé constitue la première étape d'un traitement. Cependant, avec notre étude, nous constatons que l'évaluation par les professionnels de santé n'est pas systématiquement faite. Les réponses des patientes sont diverses, ce qui prouve la variabilité interprofessionnelle. En effet, 32% des patientes ont répondu avoir été interrogées « rarement » sur leur douleur et 23% ont répondu n'avoir « jamais » été questionné. Seulement 11% ont répondu qu'on leur avait « toujours » demandé leur niveau de douleur.

À la MRUN, les fiches d'examen clinique quotidien précise une EVA généraliste et non spécifique de la douleur post-épisiotomie.

Suite à une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), réalisée en 2008, 16 à 22% des patientes en maternité ne sont « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des conseils médicaux et des informations concernant les soins suites à une lésion périnéale.

Pour notre population, seulement la moitié des patientes a reçu des conseils de professionnels, majoritairement par des sages-femmes, sur les méthodes non médicamenteuses pour soulager la douleur.

Le principal moyen de soulagement utilisé était la glace. Selon une étude de Punasundri et al publiée en 2006, l'application de froid réduirait significativement les douleurs périnéales (27).

-> **Hypothèse validée** : Toutes les patientes n'ont pas bénéficié de la même prise en charge. En effet, certaines patientes ont reçu et pris systématiquement leurs médicaments alors que d'autres pratiquaient l'automédication. De plus, la majorité des patientes a reçu du paracétamol seul tandis que d'autres ont reçu du paracétamol et des AINS. L'évaluation quotidienne de la douleur par un professionnel n'est pas réalisée chez toutes les patientes et n'est pas forcément faite tous les jours. Pour finir, toutes les patientes

n'ont pas bénéficié de conseils par l'équipe soignante sur les moyens de soulagement non médicamenteux.

Les patientes sont satisfaites de la prise en charge :

La satisfaction constitue un indicateur de la qualité des soins. Son évaluation est obligatoire depuis l'Ordonnance du 24 avril 1996.

Suite à la mise en place du protocole de prise en charge de la douleur post-épisiotomie issu de l'étude de Urien et al., à la MRUN en 2002, la moyenne de satisfaction globale des patientes était de 9,2/10. Pour notre étude actuelle, la satisfaction des patientes reste correcte avec une moyenne de 6,9/10. Nous remarquons une diminution de la satisfaction des patientes quant à leur prise en charge. Le protocole issu de l'étude de Urien et al., devait être mieux suivi par les professionnels de santé lors de sa mise en place.

-> Hypothèse partiellement validée : Les patientes sont satisfaites de leur prise en charge avec une moyenne de 6,9/10. Cependant, cet indice de satisfaction est en baisse. Lors de l'étude de Urien et al. en 2002, les praticiens étaient informés de l'étude en cours, nous pouvons donc présumer qu'ils étaient plus investis dans leur prise en charge.

À travers ce résultat, nous avons mis en évidence une diminution de la qualité de la prise en charge. Ceci peut être dû à un manque d'information des patientes, à une faible anticipation de la douleur qui passe notamment par la systématisation de la prescription, à une utilisation non-optimale des AINS, et à une évaluation de la douleur non précise et pas assez fréquente.

Le fait que les patientes soient de plus en plus exigeantes peut éventuellement aussi expliquer cette diminution.

1.3. Perspectives :

Pour améliorer la prise en charge de la douleur post-épisiotomie en suites de couches, il semble essentiel :

- D'informer continuellement les professionnels de santé, notamment les sages-femmes, sur les protocoles et les prises en charge possibles. Les nouveaux soignants ne connaissant pas forcément les protocoles en vigueur à la MRUN.

- D'informer les patientes sur les possibilités de traitements, qu'ils soient médicamenteux ou pas. De plus, il est nécessaire de leur expliquer les modalités de prise de ces traitements.
- De créer de nouvelles feuilles d'examen clinique quotidien avec l'évaluation de la douleur en fonction de la zone corporelle en question. Avoir une EVA spécifique aux douleurs périnéales.
- De prescrire plus systématiquement des Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens. L'allaitement est un élément qui peut freiner les professionnels à la prescription d'AINS par peur d'affecter la bonne mise en place de l'allaitement, en ralentissant la montée laiteuse des patientes. Cependant, le kétoprofène est un des seuls AINS avec l'ibuprofène à soulager efficacement la douleur post-épisiotomie sans avoir d'effets délétères pour l'enfant.

- De revoir le protocole, en effet, plusieurs améliorations sont envisageables :

- Une administration plus précoce du traitement en salle de naissances :

En 2013 M. Palumbo (28) a réalisée une étude à Antibes sur l'efficacité de l'administration parentérale de kétoprofène en salle de naissances sur les douleurs post-épisiotomies. Cette étude a constaté que la douleur post-épisiotomie était significativement ($p=0,04$) plus élevée, lors des 24 premières heures de post-partum, dans le groupe témoin que dans le groupe ayant reçu une dose de kétoprofène. L'intégration d'autres alternatives médicamenteuses au protocole doit être réfléchie.

- L'utilisation de la voie rectale comme voie d'administration :

Environ 50% des antalgiques pris par voie rectale ne sont pas métabolisés. Cela permet un soulagement plus rapide et plus efficace de la douleur.

- La pratique de l'infiltration périnéale par ropivacaïne :

Selon une étude de Bolandard et al. réalisée en 2004 sur l'infiltration périnéale de 20ml de lidocaïne 1% versus ropivacaïne 2mg/ml versus ropivacaïne 7,5 mg/ml, l'infiltration de ropivacaïne avant la suture de l'épisiotomie, permet, dans 25% des cas en moyenne, une absence de douleur en post-partum et un délai retardé d'environ 10 heures pour la première prise d'antalgique (29).

- L'injection de morphine dans le cathéter de péridurale :

En 1994, une étude sur l'efficacité de l'injection de morphine versus placebo a été réalisée sur 45 patientes ayant subi une épisiotomie (30). Le nombre de patientes se plaignant de douleur était significativement ($p < 0,01$) plus important dans le groupe placebo (68,6%) que dans le groupe ayant reçu 2mg de morphine (15,6%). L'utilisation de cette technique a ses inconvénients et peut être difficile à appliquer, en effet, une surveillance post-opératoire de 24 heures supplémentaire doit être faite.

➤ La pratique de l'acupuncture :

Nous pouvons supposer que la moxibustion apporte une chaleur douce et sèche et permet d'aider à une cicatrisation souple du périnée. En association, le point RP.7 pourrait améliorer également la cicatrisation souple et la récupération du périnée. C'est principalement par la stimulation de différents niveaux de systèmes inhibiteurs de la douleur que l'analgésie peut être obtenue (31).

➤ L'homéopathie :

Le traitement des douleurs périnéales consiste à prendre 5 granules d'Arnica Montana 9CH deux fois par jours pendant 20 jours. Plus précisément pour l'épisiotomie, la cicatrisation peut être obtenue par la prise de 5 granules de Staphysagria 5CH par jour pendant 15 jours pour améliorer la cicatrisation et atténuer la sensation de brûlure au niveau de la suture (32).

- De créer une fiche informative pour les soins périnéaux et sur les conseils pour soulager les douleurs périnéales. Au centre hospitalier universitaire de Bordeaux, Mauny. A a mis en place une brochure informative sur les soins périnéaux au retour à la maison. Les résultats montrent un effet positif de cette brochure sur la durée des douleurs périnéales de moins d'un mois, sur l'utilisation de traitements pour les soulager et sur la satisfaction des patientes (33).
- Une étude complémentaire sur la prise en charge globale de la douleur en suites de couches serait intéressante. Cette étude pourrait reprendre, par exemple, les douleurs mammaires, les tranchées, les lombalgies. Une enquête supplémentaire sur la prise en charge de la douleur en suites de couches permettrait de dégager les principaux axes d'amélioration à mettre en place pour prétendre à une meilleure qualité des soins à la MRUN.

CONCLUSION

L'accompagnement des femmes en secteur mère-enfant est primordial. C'est une période unique, durant laquelle la mère est entièrement dévouée à son nouveau-né. Le rôle des sages-femmes dans cette dyade mère-enfant, est également de rappeler à la femme ses propres besoins. Les douleurs du post-partum, en particulier les douleurs périnéales, sont souvent considérées comme physiologiques. Cependant, la douleur post-épisiotomie peut être considérée comme une douleur post-opératoire. À terme, une prise en charge inadaptée peut entraîner une douleur chronique.

Dans cette étude, nous pouvons constater que toutes les patientes n'ont pas bénéficié de la même prise en charge. Si nous comprenons qu'une partie des patientes pratiquent l'automédication parce qu'elles ont des EN moins élevées, il reste important de préciser le bénéfice d'une prise systématique des antalgiques pour prévenir la douleur et pour obtenir un meilleur soulagement. Le protocole de la MRUN pour la prise en charge de la douleur post-épisiotomie n'est que peu suivi. Il serait intéressant d'interroger les sages-femmes sur leur connaissance de ce protocole. La mise en place de questionnaires nous permettrait d'évaluer leurs habitudes, nous pourrions ainsi déterminer les arguments mis en avant pour justifier leurs pratiques. La non-évaluation quotidienne de la douleur reste un problème récurrent. En 2002, lors de l'étude réalisée à la MRUN par Urion et al., 80% des sages-femmes avaient répondu qu'elles ne mesuraient pas quotidiennement la douleur. Aujourd'hui encore, cette évaluation de la douleur n'est pas faite systématiquement. La réévaluation du protocole et la mise en place de nouvelles feuilles de surveillance paraissent indispensables.

L'apport de conseils pour soulager la douleur des patientes doit être réévalué. La mise en place d'une fiche informative sur les alternatives aux traitements médicamenteux serait intéressante. Il semblerait que les médecines parallèles soient de plus en plus demandées par les patientes, il serait pertinent de les étudier plus profondément pour vérifier leur efficacité et pouvoir ainsi les intégrer à un nouveau protocole.

La réduction de la durée d'hospitalisation suite à un accouchement peut expliquer la diminution de la qualité de la prise en charge. La quantité d'informations et de conseils à délivrer à la patiente reste la même, mais sur une durée plus courte. Il reste de nombreux points à améliorer dans l'évaluation et dans le traitement des douleurs du post-partum. Il appartient principalement aux sages-femmes d'être à l'écoute des patientes et de procurer les conseils et les médications nécessaires au bien être de celles-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain. Syndromes and Definitions of Pain Terms. International Association for the Study of Pain. 1994. Disponible sur : <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>.
2. East C.E. et coll. Perineal pain following childbirth : prevalence, effects on post natal recovery and analgesia usage. *Midwifery*. 2012 Fev;28(1)93-7.
3. Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (Internet). Mar 3, 2006. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf.
4. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003.
5. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. L'épisiotomie – Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Oct 3;35(S1):32-39.
6. Venditteli F, Gallot D. L'épisiotomie – Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Oct 3;35(S1):12-23.
7. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Texte des recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Oct 3;35(S1):77-80.
8. Urion L, Bayoumeu F, Jandard C, Fontaine B, Bouaziz H. Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2004 Nov;23(11):1050-1056.
9. Glazener Cma. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997 Mar;104(3):330-5.
10. Andrews et coll. Evaluation of postpartum perineal pain and Dyspareunia. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008 Avr;137(2):152-6.

11. Rééducation dans le cadre du post partum. ANAES (Internet). 2002 Décembre; Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recos_finales_post_partum_2006.pdf.
12. Klein M. C. et coll. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 1994 Sep;171(3):591-8.
13. Macarthur A.J. et coll. Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 2004, 191(4):1199-1204.
14. Röckner G, Henningson A, Wahlberg V, Ölund A, Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. *Scand J Caring Sci*. 1998, 2:19-24.
15. Code de la santé publique. Article L1110-5 relative aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Internet). Mar, 2002. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIAR TI000006685748&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120107>.
16. Spielvogel C. La prise en charge des douleurs après accouchement voie basse dans les services de maternité. *Praticien En Anesthésie Réanimation*. 2008 Avr 30;4(3):168.
17. Fuzier V, Hesbois A, Heintzelmann M. Post partum: Analgésie post accouchement par voie basse. *Congrès d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique*. Grenoble; 2013.
18. Behotas S, Chauvin A, Castiel J, Martin A, Boureau F, Barrat J et al. Effets antalgiques de l'ibuprofène sur la douleur post-épisiotomie. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1992;11: 22-6.
19. Faruel-Fosse H. L'épisiotomie – Soins apportés à l'épisiotomie en suites de couches. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Oct 3;35(S1):52-58.
20. Rouanet F, Vigne Chazaud V, De Gasquet B. Périnée de l'accouchée à la maternité. Conseils pratiques pour une meilleure prévention. *Doss Obstétrique*. 2009 Oct;36(386):18-23.
21. Bertrand M. Qualité et sécurité des soins. 2014.
22. Rogers RG, Leeman LM, Migliaccio L, Albers LL. Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function ? *Int Urogynecol J*. 2008 Mar;19(3):429-435.

23. 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. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1998;17:494-501.
24. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth : results of an Australian population based survey. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 1998 Fev;105(2):156-61.
25. Dulinskie M. Les freins au changement de technique de sutures « un fil, un nœud » des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin. France ; 2014.
26. Recommandations du jury de la conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et chez l'enfant. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1998;17:445-461.
27. Punasundri d/o Thangaraju, Choo Bin Moey. Perineal cold Pads Versus Oral Analgesics in the Relief of postpartum Perineal Wound Pain. SGH PROCEEDINGS. 2006;15(1).
28. Palumbo M. Prise en charge de la douleur post-épisiotomie par Kétoprofène en salle de naissances : évaluation de son efficacité sur une série de 57 patientes. France ; 2013.
29. Bolandard F, Hupin A, Bonnin M, Duband P, Mission JP, Bazin JE. Comparaison de l'infiltration périméale par lidocaïne 1%, ropivacaïne 2mg/ml, et 7,5 mg/ml pour l'analgésie périméale en suites de couches. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2004;23:R109.
30. Niv D, Wolman I, Yashar T, Varrassi G, Rudick V, Geller E. Epidural morphine pretreatment for episiotomy pain. Clin J Pain 1994;10:319-23.
31. Avenel Loucheux M, Tillou E. Prise en charge de la douleur et aide à la cicatrisation chez les patientes primipares ayant bénéficié d'une épisiotomie par la moxibustion locale et/ou la ponction du point RP.7. France ; 2014.
32. Dr Horvilleur A. L'homéopathie pour ma grossesse. Testez. 2009.
33. Mauny A. Utilité d'une brochure informative sur la durée et l'intensité des douleurs périméales en post-partum : Etude randomisée. France ; 2012.
34. Fabre-Clergue. Les soins post-épisiotomie et la prise en charge de la douleur. Prof Sage-Femme. 2013 Nov;(200):21-26.

35. Morin C, Leymarie MC. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. *La Revue Sage-Femme*. 2013 Dec;12(6):263-268.
36. Barthélémy N. Douleurs périnéales et post-partum. *Vocation Sage-Femme*. 2010 Nov 10;9(85):16-18.
37. Marès P, Letouzey V, De Tayrac R. Douleurs pelvi périnéales du post partum. *Profession Sage-Femme*. 2013 Nov;(200):20-21.
38. Schinkel N, Colbus L, Monrigal C, Granry JC. ATS14 – Prise en charge des douleurs périnéales postépisiotomies. *Douleurs*. 2008 Fev 17;7(HS2):63-64.
39. Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. L'épisiotomie – Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Oct 3;35(S1) :40-51.
40. Ouddaser K. Évaluation de la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie dans les suites de couches. France; 2010.
41. Morin C. Episiotomie. Recommandation et actualités. *Les dossiers de l'Obstétrique*. 2012 Mar;37(391): 3-8.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
PARTIE 1	12
1. MATÉRIELS ET MÉTHODES	13
1.1. Type d'étude	13
1.2. Population et échantillonnage	13
1.3. Modalités de réalisation de l'étude	14
1.3.1. Méthode.....	14
1.3.2. Exploitation des données.....	14
PARTIE 2	16
1. RÉSULTATS DE L'ETUDE	17
1.1. Description de la population	17
1.1.1. Renseignements généraux.....	17
1.1.2. Grossesse.....	18
1.1.3. Accouchement.....	19
1.2. Évaluation de la douleur	21
1.3. Traitement	25
PARTIE 3	29
1. ANALYSE ET DISCUSSION	30
1.1. Critiques de l'étude :	30
1.1.1. Points forts	30
1.1.2. Points faibles	30
1.2. Retour sur les hypothèses :	30
1.3. Perspectives :	37
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES MATIÈRES	46
ANNEXES	47

ANNEXES

ANNEXE I

Protocole de prise en charge de la douleur post-épisiotomie, 2002

ANNEXE II

Extraits du protocole de prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant, 2012

ANNEXE III

Questionnaire distribué aux patientes

ANNEXE I

Protocole de prise en charge de la douleur post-épisiotomie, 2002

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 débiter 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 débiter 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 \geq 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 débiter 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 \geq 4 : traitement antalgique insuffisant : **appel médecin responsable de l'unité fonctionnelle**

ANNEXE II

Extraits du protocole de prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant, 2012

		MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY <i>10, rue du Docteur Heydenreich – CS.74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44 - Télécopie : 03.83.34.44.17</i>		
Code : DSS.102.MO.007	Version : 1	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN SECTEUR MERE ENFANT	Date d'application avril 2012	Page : 1/5

ANNEXE 7 DE LA POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Secteur : Secteur Mère Enfant

Référents douleur :

Gynécologue obstétricien : Dr Marie-Odile Delaporte
Sages-femmes : Mmes Caroline SESMAT - Laurence PETIT
Auxiliaire de puériculture et aide soignante : Véronique HUMBERT - Céline MATHIEU

Personnel formé ou en cours :

Formation extra muros : Colloque « Prise en charge de la douleur, les attentes des usagers, l'action des pouvoirs publics et l'engagement des professionnels de santé » Ministère du travail, de l'Emploi et de la santé
Formation intra muros par IDE DU Douleur : « Evaluation de la Douleur »

Outils à disposition dans le service pour évaluer la douleur

EVS : échelle verbale simple pour accouchement voie basse
EVA : échelle visuelle analogique en post opératoire immédiat

Evaluation de la douleur à l'entrée : Celle-ci doit figurer dans le dossier de soins

Suivi :

Il est assuré par les infirmières diplômées d'état de garde ou par les sages femmes en cas de doléance de la patiente, avant la mise en place ou dès l'instauration d'un traitement antalgique ou lors de la surveillance de l'efficacité du traitement.
Une évaluation est faite tout au long du séjour.



MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich – CS.74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS.102.MO.007	Version : 1	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN SECTEUR MERE ENFANT	Date d'application avril 2012	Page : 3/5
---------------------------------	----------------	---	----------------------------------	---------------

2/ En cas d'épisiotomie ou de suture douloureuse :

Paracétamol : 1 gramme x 4 : IV ou per os

+

Ketoprofène : 1 gélule à 50 mg x 3/jour ou suppositoire à 100mg : 2 par/jour

(CI : hypersensibilité aux AINS, asthme, ulcère gastro-duodéal, insuffisance hépatique, insuffisance rénale aiguë ou chronique)

*Glace

* Si hématome ou abcès : enlever les fils et introduire un sonde cannulée ou un stylet pour drainer la collection.

3/ En cas de douleurs mammaires :

- Douleur des mamelons : les crevasses.

- Trouver la cause et la supprimer cf. document la prise en charge des complications de l'allaitement.

- Permettre la cicatrisation :

- Maintenir un niveau d'hydratation optimale :

Application Lait Maternel après chaque tétée voire plus souvent

Application de lanoline : peu (une tête d'épingle) sur les fissures après chaque tétée si insuffisant :

Mettre un pansement d'hydrogel entre les tétées, en l'absence d'une surinfection.

- Traiter la douleur après évaluation (EVA) :

- Antalgiques si besoin : paracétamol 1 gramme 4 fois par jour +/- Kétoprofène 1 gélule à 50mg 3 fois par jour

- Autres suggestions :

Peau à peau, portage qui facilitent les réflexes de succion...

Commencer la tétée du côté le moins douloureux, changement de position si nécessaire.

Si persistance d'une douleur importante malgré l'optimisation position et prise du sein :

- Utilisation de coque d'allaitement pour éviter le frottement. Attention au diamètre utilisé.
- Bout de sein à utiliser le temps de la cicatrisation, s'en séparer le plus vite possible car risque d'insuffisance de lait au long court.
- Tire lait si besoin le temps de la cicatrisation ou le temps de la diminution de la douleur.
- Prendre Rendez vous à l'extérieur pour couper le frein de langue si besoin : pédiatres, O.R.L.
- Appeler la référente en lactation pour avis si non résolution du problème

- Douleur au niveau du sein : Lors d'une congestion mammaire importante

- Rechercher le ou les facteurs favorisants : succion inefficace, crevasses, pouponnière, présence d'une sucette...
- Application de chaleur avant les tétées qui favorise l'écoulement du lait
- Application de froid pendant 10 minutes après la tétée qui diminue l'œdème
- Drainage aréolaire avant la tétée ou l'utilisation du tire lait qui refoule l'œdème pour favoriser la prise du sein et l'écoulement de lait.

ANNEXE III

Questionnaire distribué aux patientes

Evaluation de la *prise en charge* de la *douleur post-épisiotomie*

Madame,

Actuellement étudiante sage-femme en 4^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prise en charge de la douleur suite à une épisiotomie lors de votre séjour en suites de couches à la maternité. Votre réponse au présent questionnaire nous permettra d'obtenir une vision globale de la prise en charge faite par les professionnels de santé et ainsi permettre une amélioration de celle-ci. Les données collectées seront anonymes et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Je vous remercie par avance de votre aide et de votre participation.

Cordialement

Wehrlé Mathilde

wehrle.mathilde@hotmail.fr

Questionnaire

▪ Partie à remplir par la mère

Renseignements généraux (sur la mère)

- Age :

- Poids (en kg) :

- Taille (en cm) :

- Profession :

- Origine :

Afrique	<input type="checkbox"/>	Afrique du Nord	<input type="checkbox"/>	Asie	<input type="checkbox"/>
Asie mineure	<input type="checkbox"/>	DOM-TOM	<input type="checkbox"/>	Europe du Nord	<input type="checkbox"/>
Europe du Sud	<input type="checkbox"/>	France métropolitaine	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>

Grossesse

- *Nombre de grossesses :*

- *Nombre d'enfants :*

- *Accouchement(s) voie basse :*

OUI NON si OUI, combien :

- *Avez-vous eu une (des) césarienne(s) :*

OUI NON si OUI, combien :

- *Avez-vous eu une (des) épisiotomie(s) ou déchirure périnéale lors de précédents accouchements :*

OUI NON si OUI, combien :

- *Avez-vous déjà entendu parler de l'épisiotomie :*

OUI NON

Si OUI, où : Consultation Préparation à la naissance
Entourage Médias

- *Avez-vous fait de la préparation à la naissance :*

OUI NON

- *Avez-vous entendu parler de la rééducation périnéale :*

OUI NON

Accouchement

- *Début du travail :*

Travail spontané Déclenchement

- *Terme auquel vous avez accouché (en semaines d'aménorrhées) :*

- *Durée du travail (en heures) :*

- *Présentation :*

Tête Siège

- *Accouchement avec aide instrumentale :*

OUI NON Si OUI, laquelle : Ventouse Forceps Spatules

- Présence d'une analgésie péridurale :

OUI NON

- Avez-vous ressenti l'incision de l'épisiotomie :

OUI NON

- La suture était-elle douloureuse :

OUI NON

Mensurations du nouveau-né

- Poids (en kg) :

- Taille (en cm) :

Évaluation de la douleur

Échelle de 0 à 10, sachant que 0 signifie pas de douleur et 10 la douleur maximale imaginable.

Quelle a été l'intensité maximale de votre douleur au niveau de votre cicatrice depuis l'accouchement,

- le jour de votre accouchement :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- À J1 :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- À J2 :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- À J3 :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre niveau de douleur actuel,

- Debout :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Assise :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Allongée :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- En urinant :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- En allant à la selle :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- En marchant :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour les prochains items, cocher de 0 à 10, sachant que 0 signifie pas de gêne occasionnée et 10 signifie gêne totalement,

- Humeur :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Capacité à marcher :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Relation avec votre bébé :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Sommeil :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Traitement

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

- Vous a-t-on donné ces médicaments systématiquement ?
OUI NON

- Si l'on vous a donné un médicament, lequel ?

Doliprane Ibuprofène Autres

Si OUI, avez-vous pris ces médicaments systématiquement ?

OUI NON

- Cela vous a-t-il soulagé ? (sachant que 0 signifie pas de soulagement et 10 soulagement maximal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Un professionnel de santé vous a t'il demandé votre niveau de douleur sur une échelle de 0 à 10 :

Jamais Rarement Souvent Toujours

- Avez-vous reçu des conseils des professionnels de santé pour vous soulager par des moyens non médicamenteux ?

OUI NON

Si OUI qui :

Sage-femme Médecin Auxiliaire puéricultrice

- Avez-vous utilisé d'autres techniques pour vous soulager ?

OUI NON

Si OUI :

Bouée Coussin

Glace Acupuncture

Autres

Satisfaction

- Satisfaction globale de la prise en charge de votre douleur suite à votre épisiotomie, sachant que 0 signifie très insatisfaite et 10 signifie très satisfaite :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

▪ Partie à remplir par la sage femme

- Présence d'une anesthésie durant la réfection de l'épisiotomie :

OUI NON

- Technique de réfection de l'épisiotomie :

Plans séparés Un fil/ un nœud

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de WEHRLE-MATHILDE - Année 2015

**Prise en charge de la douleur post-épisiotomie en suites de couches :
Évaluation des pratiques professionnelles à la
Maternité Régionale Universitaire de Nancy**

Objectifs de l'étude : Observer la prise en charge actuelle de la douleur post-épisiotomie et évaluer son efficacité à la Maternité Régionale de Nancy.

Population et méthodes : Etude prospective unicentrique incluant 65 femmes ayant subi une épisiotomie sur la période de septembre à décembre 2014. Cette étude s'est faite à l'aide de questionnaires distribués en suites de couches de J0 à J3 du post-partum. L'intensité de la douleur était évaluée par cotation sur l'échelle numérique. Les facteurs de risque influençant la douleur, la prise en charge reçue ainsi que la satisfaction des patientes ont également été recherchés.

Résultats : La douleur moyenne au cours du séjour est de 4,3/10. Le pic de douleur se situe à J1 avec une moyenne de 4,9/10. Toutes les patientes n'ont pas bénéficié de la même prise en charge. Nous avons observé un manque d'anticipation de la douleur, les médicaments étant donnés systématiquement seulement à 62,3%. Nous avons également constaté que les AINS ne sont que très peu utilisés (26% contre 74% paracétamol seul), et que l'automédication concerne une partie importante de notre population (57%). De plus, l'évaluation orale quotidienne de la douleur ne concerne que 11% des patientes. Globalement, les patientes sont satisfaites avec une moyenne de 6,9/10 pour leur prise en charge.

Conclusion : La prise en charge de la douleur post-épisiotomie n'est pas optimale. L'uniformisation des pratiques permettrait une amélioration de la qualité des soins.

Mots clés : Episiotomie, douleur, post-partum

Objectives of the study : Observe the current management of post-episiotomy pain and evaluate its effectiveness at the Regional Maternity of Nancy.

Population and methods : A prospective single-center study including 65 women who had an episiotomy during the period from September to December 2014. This study was done using questionnaires distributed from D0 to D3 of post partum period. The intensity of pain was evaluated by scoring the numerical scale. Risk factors influencing the pain, the treatment received and patient satisfaction were also sought.

Results : The average pain during the stay is 4.3/10. The peak of pain is located at D1 with an average of 4.9 / 10. All patients did not benefit the same management. We observed a lack of anticipation of pain, medications being given systematically only 62.3 %. We also found that NSAIDs are very little used (26% against 74% only paracetamol), and self-medication affects a large part of our population (57%). In addition, daily oral pain assessment concerns only 11 % of patients. Overall, the patients are satisfied with an average of 6.9 / 10 for their support.

Conclusion : The management of post- episiotomy pain is not optimal. The standardization of practices would permit an improvement in the quality of care.

Mots clés : Episiotomy, pain, post-partum