



HAL
open science

La prise en charge de la douleur chez l'accouchée en secteur mère-enfant est-elle optimale? : enquête de satisfaction auprès des patiente

Elodie Alexandre

► To cite this version:

Elodie Alexandre. La prise en charge de la douleur chez l'accouchée en secteur mère-enfant est-elle optimale? : enquête de satisfaction auprès des patiente. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870321

HAL Id: hal-03870321

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870321>

Submitted on 24 Nov 2022

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

*La prise en charge de la douleur chez
l'accouchée en secteur
mère-enfant est-elle optimale ?
Enquête de satisfaction auprès des patientes*

Mémoire présenté et soutenu par
ALEXANDRE Elodie

Directeur de mémoire : NADJAFIZADEH Marjan
Sage-femme enseignante

Promotion 2017

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*La prise en charge de la douleur chez
l'accouchée en secteur
mère-enfant est-elle optimale ?
Enquête de satisfaction auprès des patientes*

Mémoire présenté et soutenu par

ALEXANDRE Elodie

Directeur de mémoire : NADJAFIZADEH Marjan

Sage-femme enseignante

Promotion 2017

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de mon travail.

Je remercie en particulier Marjan Nadjafzadeh pour ses précieux conseils.

Je remercie également le 3^{ème} membre de mon jury, Mme Hector, pour son accompagnement lors de l'élaboration de mon mémoire.

Je remercie toutes les patientes ayant participé à mon étude.

Mes amies étudiantes sages-femmes pour leur aide et pour les années d'études traversées ensemble.

Ma famille et mes proches pour leur présence, leur patience et leur soutien dans les choix effectués.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODES	10
1. TYPE D'ETUDE	11
2. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE	11
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	11
RÉSULTATS DE L'ETUDE	13
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	14
2. DOULEURS ET MEDICATION	15
3. COMPARAISON DES VARIABLES DE L'ETUDE	18
ANALYSE ET DISCUSSION	20
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	29
TABLE DES MATIERES	32
ANNEXES	33

INTRODUCTION

La prise en charge de la douleur lors de l'accouchement, de part la large utilisation de l'analgésie péridurale et de la formation constante des professionnels de santé, est devenue une priorité pour les sages-femmes.

En 2010, 70% des femmes en France, ont bénéficié d'une analgésie péridurale. [1] L'enquête périnatalité de 2003, où les femmes étaient 63% à en bénéficier, précise qu'en l'absence de celle-ci, 39% des femmes ne la désiraient pas et que pour 48% d'entre elles le travail était trop rapide. [2]

Dès lors, qu'en est-il des douleurs ressenties après un accouchement voie basse? Qu'elles sont-elles ? Comment sont-elles prises en charge ?

Dans le post-partum, la douleur bien que moins étudiée dans la littérature, est également présente due à de diverses raisons. Les douleurs peuvent s'ajouter, elles sont d'autant plus difficiles à dissocier pour les femmes et donc à prendre en charge par les professionnels de santé.

Les principales sources de douleur sont localisées au niveau du périnée, de l'utérus, au niveau des seins et enfin au dos.

Tout d'abord, des douleurs périnéales sont présentes après un accouchement voie basse chez 50% des patientes. Les douleurs périnéales associées à une éraillure, une déchirure ou à une épisiotomie sont d'origines diverses. Elles peuvent être liées à un hématome périnéal, à une désunion ou à une infection du site d'épisiotomie. Enfin l'inflammation de la suture peut provoquer un œdème au niveau de la cicatrice qui devient alors douloureuse.

La douleur induite par l'épisiotomie et/ou une déchirure, est globalement sous-estimée de par le manque d'études et de protocoles concernant les méthodes analgésiques. Ce qui induit une grande hétérogénéité de pratiques et des insuffisances d'efficacité dans la lutte contre la douleur. [4]

Dans le post-partum immédiat, les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignent de douleurs périnéales plus intenses que celles ayant accouché avec un périnée intact ou une déchirure du 1^{er} ou du 2^e degré (Grade B). Le taux d'épisiotomies en France était de

47% en 2002-2003 (68% chez la primipare et 31% chez la multipare). Ce taux élevé comparé aux données internationales, a été suivi par des recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) de 2005 de diminuer le nombre d'épisiotomie. Dès lors, il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une épisiotomie chez la primipare (Grade B) ni en cas de manœuvres obstétricales ni en cas de suspicion de macrosomie. (Grade C)

Ce taux est désormais de 45% chez les primipares et de 14% chez les multipares d'après l'enquête périnatale 2010 [2] [5]

Puis, viennent les douleurs liées à l'allaitement maternel. La majeure partie des douleurs, ou lésions mamelonnaires, est liée à un mauvais positionnement au sein. Ces douleurs sont habituellement vives en début de tétée et diminuent au cours de celle-ci. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs et complique inutilement l'allaitement. D'autres douleurs sont décrites dans l'allaitement en cas de candidose ou d'engorgement. [1] [7]

Ensuite, parmi les douleurs fréquemment retrouvées, il y a les contractions de l'utérus appelées tranchées. Elles s'accompagnent d'écoulements sanguins et sont fréquentes dans les 2 ou 3 premiers jours surtout chez les multipares. Elles sont souvent augmentées lors des tétées et diminueraient progressivement dans les 7 jours. [1]

Par ailleurs, une part non négligeable de patientes ressent des douleurs lombaires. La prévalence des douleurs lombaires du post-partum est de 50%, dont la moitié persiste à 6 mois. Le risque de douleur lombaire en post-partum immédiat est lié au traumatisme musculo-ligamentaire provoqué par l'insertion de l'aiguille de Tuohy en cas d'analgésie péridurale. Il serait intéressant d'identifier les femmes se plaignant déjà de lombalgies lors de la consultation d'anesthésie et d'éviter la position gynécologique par exemple pendant plus d'une heure. Enfin l'analgésie péridurale ambulatoire permettrait de diminuer ces douleurs lombaires.

Il semblerait que les lombalgies après l'accouchement sont identiques avec ou sans analgésie péridurale. Elles proviendraient davantage du travail obstétrical que du positionnement du dos durant celui-ci. [1] [6]

Enfin une poussée hémorroïdaire aigue est souvent présente après l'accouchement et peut être très douloureuse. [8]

En conclusion, ces douleurs sont nombreuses et il est important de les prendre en charge pour soulager la patiente dans un premier temps et de tenter de préserver la relation mère-enfant puisque les études [8][9] montrent que la douleur a des répercussions non négligeables sur la relation mère-enfant. La connaissance de la douleur pourrait améliorer l'efficacité du dépistage et permettre d'attirer l'attention des professionnels sur l'impact psychologique du vécu de l'accouchement et notamment sur les troubles de stress post-traumatique. Il semblerait par ailleurs, que ce soit la composante affective de la douleur qui soit essentiellement en jeu dans la relation entre la douleur et le postpartum blues. [9].

Une prise en charge précoce et globale de ces douleurs assure une meilleure évolution pour le couple mère-enfant. Mais quelles sont les recommandations actuelles et les protocoles appliqués dans les services de soins ?

Tout d'abord la douleur est définie selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». [10]

Selon le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD) :

« Soulager la douleur est une obligation morale, éthique et réglementaire pour les personnels médicaux et paramédicaux ». [10]

Le Code de la Santé Publique dans son article 1110-5 rajoute que « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». [11]

Toute personne qui exprime une plainte douloureuse souffre véritablement et celle-ci ne doit pas être niée. Cette douleur doit être détectée, évaluée, en comprendre son mécanisme et traitée. Une analgésie efficace et précoce est indispensable pour inhiber les réactions d'une stimulation nociceptive intense et/ou prolongée, le risque étant d'avoir une véritable mémoire de la douleur.

L'évaluation de la douleur est un préalable indispensable à toute démarche thérapeutique. Elle permet de rendre objectif ce qui est a priori subjectif.

Plusieurs moyens sont à la disposition des professionnels de santé pour une évaluation complète de la douleur et le bon suivi de son évolution. C'est le cas avec l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique (EN) où il est proposé au patient de donner un chiffre à sa douleur, entre 0 et 10, zéro correspondant à l'absence de douleur et 10 à la douleur maximale imaginable.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y a différentes manières de traiter une douleur. La première utilisée est le traitement médicamenteux dans lequel on retrouve 3 niveaux d'antalgiques :

- Le palier 1 (douleur légère) est constitué des antalgiques non morphiniques (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens). Ils sont utilisés pour les douleurs d'intensité faible à modérée (EVA ou EN < 1 à 4) comme les tranchées, les déchirures périnéales simples ou les hémorroïdes.
- Le palier 2 (douleur modérée) regroupe les opioïdes faibles (codéine par exemple). Ils sont utilisés pour les douleurs d'intensité modérée à sévère ($4 \leq$ EVA ou $EN \leq 6$), ou lorsque les antalgiques de niveau 1 n'ont pas été efficaces pour soulager la douleur. Comme par exemple les douleurs d'hypertrophie mammaire, d'épisiotomie ou les déchirures périnéales complexes.
- Le palier 3 (douleur intense) est constitué des opioïdes forts (morphine par exemple). Ces médicaments sont utilisés pour les douleurs intenses (EVA ou EN > 6), ou lorsque les antalgiques de niveau 2 n'ont pas été efficaces.

Trois plans nationaux successifs de 1998 à 2010 [12] [13] [14] ont été mis en place par le ministère de la santé accompagnés de recommandations officielles. Ainsi que le plan d'amélioration de prise en charge de la douleur de 2013-2017 actuellement en cours.

Le plan 2006-2010 prévoyait déjà une meilleure reconnaissance de la douleur par les professionnels aidée par une formation continue adaptée à la douleur. D'après les études ayant entraîné la mise en place de ce plan, les professionnels de santé sous-estiment la douleur et n'utilisent pas l'antalgique adapté pour la traiter. [13]

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français.

« La HAS a pour mission d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville. Elle y contribue d'une

part en certifiant les établissements de santé, et d'autre part en accréditant les praticiens de certaines disciplines médicales. » [15]

La prise en charge de la douleur au sein de la Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (CHRUN) a évolué grâce, notamment, aux différentes versions des démarches de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La certification a été prononcée mais avec une réserve concernant la « gestion des risques ». Ainsi que cinq recommandations, dont la prise en charge de la douleur. [16]

Dans la mesure où il a été constaté que l'évaluation de la douleur n'était tracée qu'à hauteur de 16% dans un recueil de 2009, le rapport de l'HAS avait conclu que l'établissement « devra mettre en place une meilleure coordination de la lutte contre la douleur » De plus, la HAS a estimé que le règlement intérieur du comité de lutte contre la douleur (CLUD) « ne précisait pas les objectifs et les moyens nécessaires ». [17]

La Maternité a donc travaillé particulièrement sur ce sujet. En septembre 2011, une politique de la douleur a été validée par le CLUD. Ce dernier en partenariat avec la cellule qualité, déterminait à périodicité régulière (1 fois par an) dans les différents secteurs de soins, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à l'information du patient, à l'évaluation de la douleur à l'entrée du patient, ainsi qu'aux pratiques de prise en charge de la douleur en cours d'hospitalisation » [Annexe 1]

En secteur mère-enfant, un protocole de prise en charge de la douleur a été diffusé pour mise en application en avril 2012. Il s'adressait aux gynécologues obstétriciens, sages femmes, auxiliaires de puéricultures et aides soignantes. [Annexe 2]

Ainsi la HAS, suite à l'additif d'avril 2012, a considéré que l'établissement concernant la PEC de la douleur avait mené une véritable démarche d'amélioration de la qualité. De ce fait, la recommandation relative à ce point a disparu lors de la communication des résultats de la certification de 2012 [18]

Les sages-femmes spécialistes de la physiologie de la femme, en particulier après l'accouchement ont un rôle majeur dans la prise en charge de la douleur. Par leur contact avec les femmes aux différents moments de la journée, elles peuvent les rassurer sur la « normalité » de leurs douleurs et les possibilités de prises en charge

médicamenteuses. Elles connaissent aussi l'impact négatif que les douleurs entraînent. Dès lors, pour prendre en charge correctement les douleurs, il est important de les évaluer et d'en connaître les causes. Les évaluations se font de manière globale, or les douleurs ressenties proviennent de différentes causes.

En secteur mère enfant l'évaluation est réalisée généralement le matin, mais celle-ci peut être ressentie différemment au cours de la journée. Parfois cette douleur est minimisée par les femmes, en comparaison aux douleurs ressenties lors de l'accouchement. Par ailleurs, en cas d'allaitement maternel certaines jeunes mères craignent l'utilisation d'antalgiques.

Notre objectif principal était d'évaluer la prise en charge des douleurs ressenties après un accouchement voie basse en secteur mère-enfant en 2015.

Notre objectif secondaire était d'analyser si la prise en charge de la douleur était optimale à la maternité du CHRU de Nancy ? Le protocole concernant la prise en charge de la douleur était-il mis en application ? Les femmes étaient-elles satisfaites de cette prise en charge durant leurs séjours ?

Hypothèses

- Même dans le cadre d'un accouchement voie basse « physiologique », les femmes ressentent au moins un type de douleur en post-partum
- La prise de médicaments est quasiment systématique en secteur mère enfant mais pas forcément adaptée au(x) type(s) de douleur ressenties
- La parité a une importance dans la prise en charge des douleurs du post-partum

MATERIEL ET METHODES

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude de type observationnelle, transversale et unicentrique. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaires distribués aux patientes. [Annexe3]

2. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE

La population étudiée concernait les patientes ayant accouché à la Maternité du CHRU de Nancy et ayant séjourné en secteur mère-enfant durant la période de septembre 2015 à décembre 2015.

Critères d'inclusion :

- Accouchement voie basse
- Naissance d'enfant vivant
- Naissance par extraction instrumentale

Critères de non inclusion :

- Accouchement par césarienne
- Barrière linguistique

3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE

3.1. Méthode

L'étude 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. [Annexe III].

L'autorisation préalable des sages-femmes responsables a été demandée avant la diffusion des questionnaires dans les services des maternités.

Les patientes acceptant de répondre à l'étude avaient la possibilité de remplir le questionnaire pendant tout le long de leur séjour ou juste avant leur sortie.

Ceux-ci ont été distribués le lendemain de leur accouchement par nous même afin d'éviter les biais de sélection, pour expliquer comment le remplir et enfin pour maximiser le taux de réponse.

Le questionnaire disponible en [Annexe3] comportait plusieurs items :

- Une première partie avec des renseignements généraux de la patiente, des questions sur le déroulement de l'accouchement et enfin les types de douleurs rencontrés lors de l'arrivée dans le service mère enfant.
- Une seconde partie, sous forme de tableau s'intéressait au nombre et à l'intitulé des médicaments pris lors du séjour.
- La dernière partie vérifiait la satisfaction globale des patientes de la prise en charge de la douleur ainsi que les effets que la douleur a pu avoir sur le séjour.

Les questionnaires anonymes ont fait l'objet d'informations personnalisées et de consentement recueilli auprès de chaque patiente.

3.2. Exploitations des données

Les données ont été recueillies avec le logiciel Epidata 3.1

Puis leur analyse a été faite avec Epidata Analysis ainsi que Microsoft Word.

RÉSULTATS DE L'ETUDE

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

L'étude a compté 56 patientes au total (N=56).

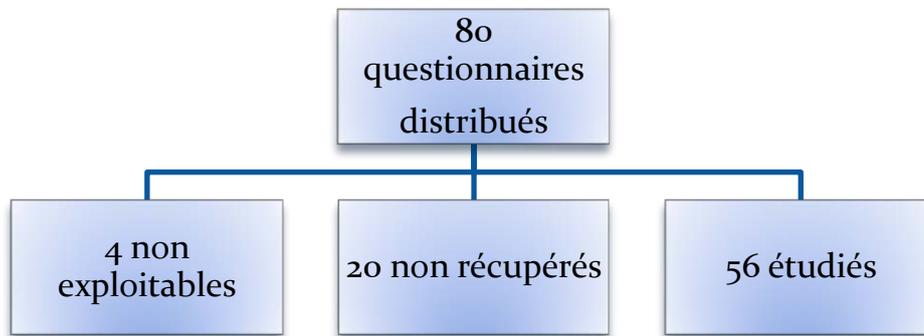


FIGURE 1: DIAGRAMME DES FLUX DE L'ECHANTILLON

- **Âge maternel**

La moyenne était de 29 ans. L'écart type de 5,3.

L'âge minimum était de 17 ans et l'âge maximum de 41 ans.

- **Parité**

Le pourcentage de primipares était de 55% (n=31) et celui de multipares de 45% (n=25).

- **Analgésie péridurale**

Une majorité de patientes (88%) a bénéficié d'une analgésie péridurale, (n=49) même si cette dernière n'a pas entièrement soulagé la douleur pour un nombre marginal d'entre elles (n=4)

De plus, 7 d'entre elles n'en ont pas bénéficié, 3 car le travail était trop rapide et 4 n'en n'ont pas souhaité.

- **Déchirures périnéales**

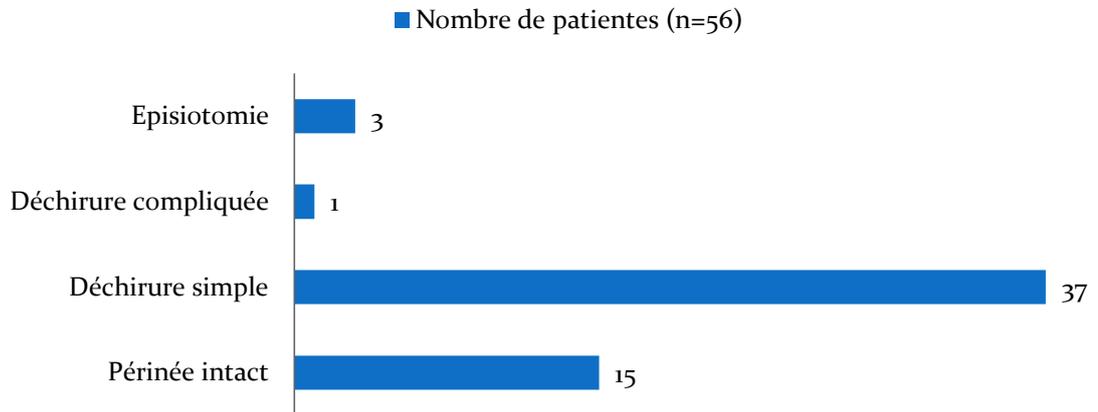


FIGURE 2: NOMBRE ET NATURE DES LESIONS PERINEALES (N=56)

- **Type d'allaitement**

Sur un total de 56 patientes, 40 ont allaité au sein et 16 au biberon.

2. DOULEURS ET MEDICATION

2.1. Type de douleur

- **Les localisations des douleurs**

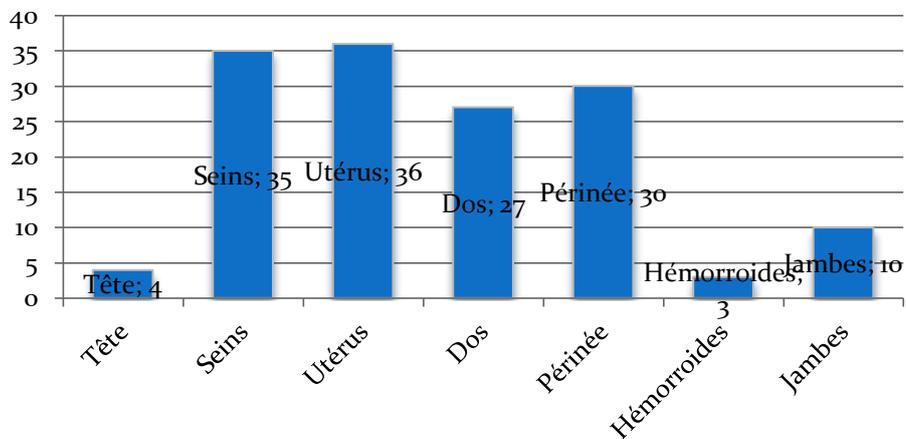


FIGURE 3: REPARTITION DES LOCALISATIONS DES DOULEURS CHEZ LES 56 PATIENTES

86% des patientes ont dit avoir ressenti au moins un type de douleur.

Parmi les douleurs aux seins, ont été signalées les crevasses (n=9) et les irritations aux mamelons (n=10).

2.2. Médication

Dans notre population, 52 patientes ont pris des médicaments lors de leur séjour.

Parmi elles, 40 ont été soulagées, 11 partiellement et une a répondu « non ».

4 patientes ont pris des médicaments alors qu'elles n'avaient pas ressenties de douleur.

Pour 53 d'entre elles, les explications données concernant la prise de médicaments étaient claires et 3 ont répondu « non » dont une qui a répondu qu'elle était « *dans le gaz* » durant les explications.

7 patientes n'ont pas pris de médicaments alors qu'elles ressentaient une douleur

- 2 par crainte d'une interaction potentielle avec l'allaitement maternel, 3 ont déclaré ne pas aimer prendre des médicaments,
- 2 personnes auraient préféré une alternative non médicamenteuse

- **Les différents types de médicaments proposés**

Il était précisé sur les questionnaires, la posologie et l'intervalle entre chaque prise des principaux médicaments.

Le paracétamol (Doliprane®) correspondait à une prise de 1g (soit 2 comprimés de 500 mg per os) avec 4 à 6 heures entre chaque prise.

Le phloroglucinol (Spasfon®) correspondait à une prise de 160 mg (soit 2 comprimés de 80 mg) à raison de 6 comprimés par jour.

Le kétoprofène (Profenid®) correspondait à une prise d'une gélule de 50 mg à répartir en 2 ou 3 prises sur la journée (à prendre lors d'un repas).

Une seule patiente a pris du Daflon® à cause de douleurs hémorroïdaires sur une journée uniquement, ainsi que de la crème et un suppositoire de Titanoréïne®.

Une patiente a pris de l'homéopathie (Arnica montana 9 CH 5 granules matin et soir) en complément du paracétamol.

- L'apparition de la douleur



FIGURE 4: PRISE MEDICAMENTEUSE EN FONCTION DU MOMENT D'APPARITION DE LA DOULEUR

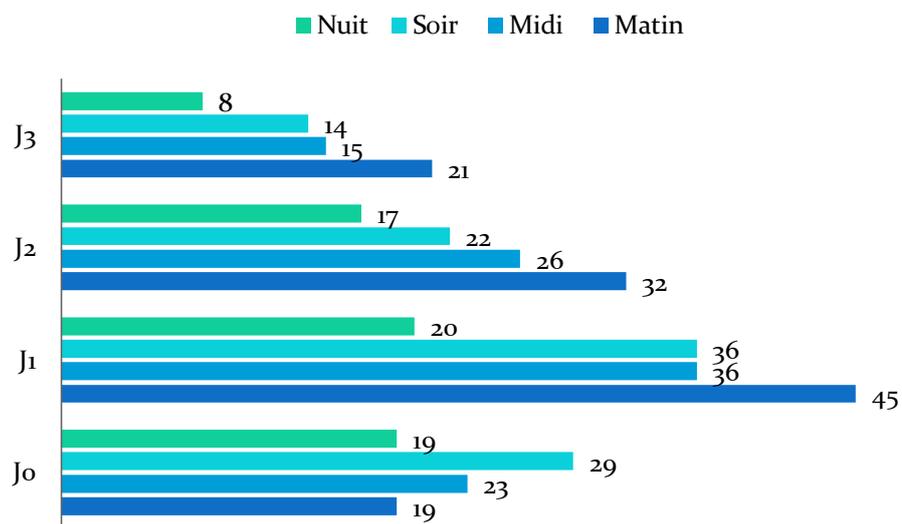


FIGURE 5 : PRISE DE PARACETAMOL EN POST-PARTUM PENDANT LE SEJOUR EN MATERNITE

80% des patientes ont pris du paracétamol le matin du 1^{er} jour.

3. COMPARAISON DES VARIABLES DE L'ETUDE

3.1. Parité et douleur

90% des primipares ont pris des médicaments contre 96% des multipares.

Tableau 1 : Comparaison de la localisation d'une douleur en fonction de la parité (N=56)

Localisation de la douleur	Primipares n= 31	Multipares n= 25	p
Tranchées utérines	12	24	0.0061 (p<0,05)
Périnée	23	7	0.0154 (p<0,05)

3.2. Péridurale et lombalgies

Tableau 2 : Comparaison de l'apparition d'une douleur lombaire et de l'analgésie (N=56)

Présence ou non d'une douleur	Péridurale n=49	Aucune analgésie n=7	Total
Douleur au dos	24	3	27
Pas de douleur au dos	25	4	29
Total	49	7	56

p=0.6732 (>5%)

3.3. Interaction douleur/lien mère-enfant

Tableau 3 : Retentissement de la douleur sur la relation avec le nouveau né (N=56)

Perturbations dans la relation mère-enfant	Primipares (n=31)	Multipares (n=25)	Total
<i>Non</i>	20	22	42
<i>Oui</i>			
Difficultés à laver/porter/changer	7	3	10
Arrêt de l'AM* à cause de la douleur	3	0	3
Sentiment d'être plus énervée	1	0	1

*AM : Allaitement maternel

ANALYSE ET DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant après un accouchement voie basse dit « physiologique ».

Les objectifs secondaires étaient de cibler le type et l'intensité de la douleur en fonction de la parité, afin de déterminer le degré de satisfaction des patientes pendant leur séjour.

Notre première hypothèse était que les femmes ressentent au moins un type de douleur dans les suites de l'accouchement voie basse quel que soit la parité.

Notre étude a révélé que 86% des patientes ont ressenti au moins un type de douleur voir 3 douleurs différentes. La grande majorité a consommé des médicaments durant le séjour en maternité.

Le principal type de douleur concerne les tranchées à 75%. Il est connu que ce type de douleur est plus fréquent chez les multipares [1]. Dans notre étude qui concernait 55% de primipares et 45% de multipares, 96% des multipares (24/25) ont une douleur à l'utérus contre 40% des primipares. Le test statistique du CHI², permet de montrer un lien significatif entre cette douleur et la parité dans notre population.

Ensuite le 2^{ème} type de douleur le plus rencontré est d'avantage localisé au niveau des seins à 73% (montée de lait et irritations/crevasses des mamelons). Ceci peut s'expliquer par le fait que plus de deux tiers de notre échantillon sont des femmes allaitantes. Ce chiffre se rapproche du chiffre national de 2011 où 70,5% des nourrissons sont allaités exclusivement ou partiellement au sein. [25]

Enfin les douleurs au périnée sont présentes chez 63% des femmes. Dans notre échantillon, 63% ont subi une déchirure dite « simple » et 25% n'ont pas eu de déchirure. Par le test du CHI², nous avons montré qu'il y a un lien significatif entre ce type spécifique de douleur et la parité dans notre population. Nous avons émis l'hypothèse que la prise des médicaments était quasiment systématique, mais pas forcément adaptée aux types de douleurs ressenties par les femmes.

Concernant la prise de médicaments lors du séjour elle concerne 93% de notre population. Parmi les patientes n'ayant pas pris de médication, nous ne leur avons pas demandé si des médicaments leur avait été distribués quand même. Nous ne pouvons donc pas conclure sur la façon dont les sages-femmes délivrent les médicaments lors du séjour. En revanche, 3 patientes ont pris des médicaments alors qu'elles n'avaient pas ressenti de douleur. Ce cas de figure n'avait pas été envisagé lors de la rédaction du

questionnaire. De ce fait nous n'avons pas pu approfondir la cause de cette prise, et ne pouvons pas conclure à un lien avec une médication systématique.

De plus concernant l'efficacité des médicaments sur la douleur, 77% ont dit avoir été soulagé de façon générale. Le lien avec le type spécifique de douleur et l'efficacité d'un médicament ne peut être établi.

Enfin une part non négligeable de patientes (13%) n'a pas pris de médicaments alors qu'elles disent avoir ressenti une douleur. Les réponses aux questionnaires ont montré qu'il y a une réticence par rapport à l'allaitement maternel et aux médicaments pour un faible nombre de patientes. Les femmes ont-elles été suffisamment informées de la compatibilité des médicaments donnés avec l'allaitement maternel ?

D'autres part, certaines femmes regrettent ne pas avoir eu d'alternatives proposés comme l'homéopathie. Une étude de 2001 sur le traitement de la douleur par homéopathie liée à la montée laiteuse non souhaitée dans le post-partum immédiat d'A.Berrebi et al avait montré l'efficacité de l'homéopathie dans la prévention des douleurs mammaires en cas d'allaitement artificiel. [26]

Dans notre échantillon, une patiente a pris de l'homéopathie (Arnica Montana 5CH) dès son retour en chambre, en complément du paracétamol. Or nous ne savons pas si ce traitement avait été prescrit par une sage-femme en amont.

Afin de questionner au mieux les femmes, nous nous sommes intéressés au protocole du service concernant la « prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant » datant d'avril 2012. [Annexe II] Concernant la prise médicamenteuse, les principaux médicaments cités étaient le paracétamol, le phloruglucinol, le ketoprofène et les veinotoniques. Ceux-ci ont donc été directement proposés dans le questionnaire.

En revanche les « conseils » du protocole (non médicamenteux) en particulier pour l'allaitement maternel comme l'application de chaud ou de froid n'ont pas été recherchés. Il serait pourtant intéressant de voir les conseils donnés aux patientes et s'il y a des discordances de discours entre les différents professionnels.

De plus il n'a pas été demandé aux patientes de retranscrire les explications données par les professionnels de santé concernant la prise des médicaments, mais simplement si les informations avaient été claires. En réponse à cette question 3 patientes ont répondu par la négative et une a répondu que le moment était mal choisi pour donner les explications. Peut-être que ces conseils devraient être redonnés à un moment plus

opportun, comme le lendemain de l'accouchement. En effet au retour en chambre, avec la fatigue et les autres préoccupations des mères, ceux-ci peuvent apparaître comme secondaires. Nous ne pouvons donc pas conclure quant à la réelle compréhension de ces patientes sur leur prise de médicaments.

Nous avons remarqué que le paracétamol était le principal médicament pris par les patientes et ce de manière régulière (91%). Celui-ci étant décrit par le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) comme compatible avec l'allaitement au vu de la faible quantité de paracétamol ingérée: l'enfant reçoit jusqu'à 4% de la dose pédiatrique (en mg/kg/jour). Aucun effet notable n'a été retenu. [27] Du fait de son action d'antalgique de palier 1, le paracétamol peut-être utilisé pour les principales douleurs post-accouchement. Dans notre étude 81% des femmes avaient pris du paracétamol le matin à J1 soit le lendemain de l'accouchement et n'étaient plus que 41% à J3. Les douleurs ressenties étaient donc maximales à J1 et décroissent dans le temps. Or la prise qui était plus importante le matin correspondait-elle au moment de la journée le plus douloureux pour les femmes ? Ou au fait que la sage-femme soit passée en chambre distribuer les antalgiques le matin ?

Du fait de nos passages réguliers dans les services de suites de couches lors de nos stages, nous avons remarqué que ce médicament est prescrit systématiquement, dans le but de prévenir la douleur. Nous ne pouvons pas conclure sur l'efficacité de cette méthode pour toutes les patientes.

Par ailleurs, la principale douleur nous l'avons vu concerne les « tranchées ». Dans le protocole du service concernant la « prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant » datant d'avril 2012 [Annexe II] il est préconisé l'association de paracétamol, de kétoprofène et de phloroglucinol. La prise de phloroglucinol a concerné 18% des patientes avec un taux de primipares et de multipares quasi identiques, alors qu'on aurait pu s'attendre à une prise plus importante chez les multipares. La prise de kétoprofène a concerné 21% des femmes avec un taux là aussi similaire pour la parité. Cet antalgique est aussi préconisé dans le cas d'épisiotomie ou de sutures douloureuses dans le protocole du service concernant la « prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant » datant d'avril 2012 [Annexe II]. D'ailleurs les douleurs périnéales sont plus fréquentes chez les primipares. En effet, 74% des primipares de notre étude ont eu

une douleur au périnée contre 28% des multipares ce qui s'explique aisément par le fait que le taux de déchirures et d'épisiotomie soit plus important chez les primipares.

D'ailleurs les études sont plus nombreuses sur la prise en charge des douleurs périnéales en post-partum immédiat. Les traitements les plus efficaces sur les douleurs périnéales sont le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens d'après les études de Mac Arthur AJ et al [28] et de Gabelle C et al [29]. Par ailleurs une étude de Williams A. et al montre que les douleurs sont plus intenses lors d'une extraction instrumentale [30], or nous n'avons pas demandé aux femmes si tel avait été le cas. De même pour la technique de suture réalisée. D'après l'étude de Kettle t al de 2002, il est recommandé de suturer une épisiotomie par un surjet continu plutôt que par des points séparés ce qui réduit significativement la douleur. L'étude comportait plus de 1500 femmes avec deux groupes égaux l'un avec une méthode de suture avec un surjet continu et l'autre avec la méthode en points séparés. Le surjet continu aurait permis à une femme sur six de ne pas avoir de douleur à 10 jours. [31] Ceci aurait été difficile à mettre en évidence dans notre étude car même en étudiant les dossiers, ces données ne sont pas toujours précisées.

Concernant les moyens non médicamenteux qui aident à soulager la douleur tels que le froid, le chaud, les massages, il existe peu d'études et de faible puissance. Cependant l'utilisation de froid pendant une courte période (10 minutes) semblerait fonctionner. [4] Enfin la voie d'administration et la forme galénique ont une influence dans le traitement de la douleur. Nous avons supposé que tous les médicaments ont été donnés par voie orale, or il se peut que certaines patientes aient eu recours à la voie rectale. Le protocole propose la prise de ketoprofène en suppositoire dans le cas de sutures douloureuses mais sans préciser quand il est préférable d'utiliser cette voie. Une étude a montré que l'administration par voie rectale a un effet plus rapide car les molécules ne sont pas métabolisées et ceci diminue le recours aux morphiniques. [32]

Au vu des réponses à nos questionnaires et des études retrouvées en lien avec notre problématique ainsi que la comparaison avec le protocole du service concernant la « prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant » datant d'avril 2012 [Annexe II], nous ne pouvons pas affirmer que la médication est systématique. Notre échantillon est trop faible pour mettre en évidence que les traitements sont non adaptés aux types de douleurs. Cependant nous avons remarqué qu'une part importante de patientes ressentait

des douleurs lombaires. Les résultats de notre étude ont montré par le test statistique du CHI² qu'il n'y avait pas de lien entre les lombalgies et l'analgésie péridurale. Néanmoins ces douleurs sont présentes et il n'y a pas dans le protocole de partie consacrée à celles-ci.

Concernant l'évaluation de la douleur, les échelles (EVA et EN) sont bien évoquées dans le protocole de la maternité et il est conseillé aux professionnels de la demander avant de donner des antalgiques. Mais il n'est pas conseillé de réévaluer cette douleur après la prise de médicaments pour vérifier son efficacité. Du fait de cette subjectivité nous n'avons pas demandé aux femmes de coter leur douleur. En effet l'EVA demandée reste générale et englobe plusieurs types de douleur. Il aurait été difficile par questionnaire de demander d'évaluer chaque type de douleur et ce à différents moments de la journée.

Les résultats de notre enquête ont montré que dans notre population, les primipares à J1 qui allaitent semblent être celles pour qui la douleur est la plus problématique car elle se répercute plus sur leur relation avec leur bébé. Il est nécessaire de prendre en charge cette douleur rapidement pour les accompagner dans leur nouveau rôle de mère. Le cas échéant il se peut que cette douleur interfère négativement sur la relation avec leur bébé.

En effet, les résultats de notre étude montrent qu'un tiers des primipares trouve que la douleur a perturbé leur relation avec leur bébé. Nous ne pouvons pas conclure que les primipares ont plus de douleur que les multipares, ces dernières sont peut-être juste moins « surprises » de l'apparition de ces douleurs.

Caractéristiques de l'étude

1.1. Points forts

Il s'agit d'une étude observationnelle qui a permis d'étudier la façon dont la douleur en post-partum a été prise en charge à la maternité CHRU de Nancy.

Les questionnaires étaient distribués et récupérés par une même personne.

Les professionnels de santé n'étaient pas informés de l'étude en cours ce qui n'a pas pu les influencer sur leurs pratiques.

1.2. Points faibles

L'effectif insuffisant de notre population a constitué un point faible. En effet, la Maternité régionale de Nancy comprend environ 3500 accouchements par an et nous n'avons récolté que 56 questionnaires exploitables.

De plus l'étude a été réalisée uniquement sur des patientes ayant accouché dans un même établissement cela ne peut pas être représentatif de la population générale.

Par ailleurs, l'interprétation des questions ouvertes n'a pas permis d'aboutir à des réponses suffisamment précises et certaines de ces questions n'ont pas été exploitées dans la partie résultat et aurait pu être évitées.

CONCLUSION

Nous avons dans ce travail décidé de nous intéresser à la prise en charge de la douleur chez les femmes ayant accouché par voie basse à la maternité régionale universitaire du CHRU de Nancy, de septembre à décembre 2015.

Il est apparu que ces douleurs sont nombreuses mais trois principales localisations sont ressorties de notre échantillon: les douleurs à l'utérus, aux seins et au périnée. Dans notre étude, elles étaient plus importantes le lendemain matin de l'accouchement. En accord avec les données de la littérature, nous avons mis en évidence que les douleurs périnéales étaient d'avantage retrouvées chez les primipares tandis que les tranchées utérines étaient majoritairement plus ressenties par les multipares.

La prévalence de ces douleurs est assez importante puisque nous avons observé que 86% de notre population en avait ressenti. Cependant plus de 90% des femmes ont pris des médicaments lors de le séjour en maternité. Il y a donc des patientes qui auraient pris des médicaments sans ressentir de douleur. Or, notre étude n'a pas permis de montrer si cela est du à une distribution systématique d'antalgique en secteur mère-enfant.

A contrario, plus de 10% des patientes n'ont pas pris de médicaments alors qu'elles ressentaient une douleur. Certaines auraient préféré une alternative aux médicaments comme l'homéopathie. Ces méthodes ne sont actuellement pas proposées dans le protocole de prise en charge de la douleur en maternité, pourtant leur efficacité à été démontré. Il serait intéressant d'évaluer la connaissance des professionnels de santé aux alternatives médicamenteuse pour soulager les douleurs.

La douleur est devenue un enjeu majeur dans la bonne prise en charge des patients dans leurs parcours de soins pour les professionnels de santé. Concernant les femmes enceintes, l'accouchement est la période qui a le plus intéressée les études et où de nombreux progrès ont ainsi pu être faits. Les douleurs qu'elles peuvent rencontrer et particulièrement après l'accouchement sont dites « physiologiques ». Cependant des études ont montré l'influence de la douleur dans le post-partum et son impact dans la vie de la femme. Ces douleurs peuvent être un facteur de risque d'un blues du post-partum, voir d'une véritable dépression plus tard. De plus certaines douleurs, comme les

douleurs périnéales et lombaires peuvent persister jusqu'à plusieurs mois après l'accouchement, gênant ainsi la femme dans sa vie quotidienne voire sexuelle. La douleur a une part importante dans la relation mère-enfant. Il est donc essentiel de bien la repérer et de l'évaluer pour ainsi mieux la traiter.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] De la Brière A. Étiologie des douleurs en obstétrique. Soins. 2013 ; 58 (778) : 15-18 [DOI : 10.1016/j.soin.2013.07.014]
- [2] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La situation périnatale en France en 2010. Etudes et résultats. 2011 ; (775) : 1-8
- [3] Barthélémy N. Douleurs périnéales et post-partum. [Mémoire]. Nancy : Université de Lorraine ; 2009. 72p. [En ligne]. <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/268308/resultatrecherche/23>. Consulté le 2 avril 2015
- [4] Morin C, Leymarie MC. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. La Revue Sage-Femme. 2013; 12 (6): 263-68. [DOI : 10.1016/j.sagf.2013.10.004]
- [5] Recommandations pour la pratique clinique [internet]. Paris : Collège National des gynécologues et obstétriciens français. L'épisiotomie 2005. [Cité le 2 avril 2015]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
- [6] Salengro A. L'anesthésie péridurale en obstétrique est-elle responsable de douleurs lombaires chroniques ? Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 2006 ; 10 (1) : 4-72 [DOI : 10.1016/S1279-7960(06)75514-0]
- [7] Rigourd V, Magny JF, Serreau R, Tasseau A, Aubry S, Lévêque M, et al. Conseils pour l'allaitement. 2008 ; 8 (415): 1-13 [DOI : 10.1016/S1634-6939(08)43479-8]
- [8] Horovitz J, Coatleven F, Roux D, Vandenbossche F. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). 2011. 5 (110) : 1-15
- [9] Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues. L'Encéphale. 2007 [DOI:10.1016/j.encep.2006.10.002]
- [10] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. [Internet]. Saint-Denis, 2008. [Cité le 2 avril 2015]. Disponible sur : http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200901/douleur_chronique_argumentaire.pdf
- [11] Code de la santé publique. Article L1110-5 relative aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Art. 3 JORF, 5 mars 2002.
- [12] Direction générale de la santé .Circulaire N°98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_DGS_DH_98_586_240998.pdf

- [13] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire n°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
- [14] Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
- [15] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206>
- [16] Haute Autorité de Santé. Rapport de la certification de la Maternité Régionale Adolphe Pinard. Mai 2007. [Consulté le 02/04/2015]
- [17] Haute Autorité de Santé. Rapport de la certification V2010 de la Maternité Régionale Adolphe Pinard. Avril 2011. [Consulté le 02/04/2015]
- [18] Haute Autorité de Santé. Additif de la certification V2010 de la Maternité Régionale Adolphe Pinard. Décembre 2012. [Consulté le 02/04/2015]
- [19] Sillou S, Carbonnel M, N'Doko S, Dhonneur G, Uzan M, Poncelet C. Douleur périnéale du post-partum : intérêt de l'infiltration locale de ropivacaïne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2009 ; 38, (6) : P 510-15 [DOI : 10.1016/j.jgyn.2009.03.008]
- [20] Bonnin M, Bolandard F, Storme B, Sibaud F, Rabishong B. Douleur pelvienne par disjonction pubienne après accouchement par voie basse. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2006 ; 25 (6) : 644-47 [DOI : 10.1016/j.annfar.2006.03.036]
- [21] Delabaere A, Cotte B, Mansoor A, Canis M, Mage G. Douleur périnéale du post-partum inhabituelle : apport de l'échographie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2008 ; 36 (2) : 127-239 [DOI : 10.1016/j.gyobfe.2007.10.023]
- [22] P.schoeffler. *Anesthésie et analgésie en obstétrique*. Paris : Masson, 1992. Chapitre 7, Analgésie pour un accouchement normal, p.86.
- [23] ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum, recommandations pour la pratique clinique. Synthèse des recommandations. Décembre 2002.
- [24] 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; 23 (11) : 1050-56. [DOI : 10.1016/j.annfar.2004.09.010]
- [25] Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents Et les conditions de l'accouchement. Résultats de

l'enquête ELFE maternité, France métropolitaine, 2011. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/pdf/2014_27.pdf

[26] A. Berrebi. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. *Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction*. 2001; 30 (4) : 353-57 [DOI : JGYN-06-2001-04-30-0368-2315-101019-ART9]

[27] CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Etat des connaissances sur le paracétamol [internet] Paris ; 2015 [cité le 4 avril 2015]. Disponible sur : http://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=32

[28] Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obst et Gynecol*. 2004 ; 191 (4) :1199-204 [DOI: 10.1016/j.ajog.2004.02.064]

[29] Gabelle C, Cossa S, Bouvard M, Knoepffler F. Intérêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les douleurs périnéales du post partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 38 (6) : 510-15 [DOI : 10.1016/j.jgyn.2009.03.008]

[30] Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring post natal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs*. 2007; 16 (3): 549-561 [DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01593.x]

[31] Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly Absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002. 359 (9325): 2217-23. [DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09312-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09312-1)]

[32] Scott RM, Jennings PN. Rectal diclofenac analgesia after abdominal hysterectomy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1997. 37(1):112-4. [PMID: 9075561]

[33] D. Bragard, C. Decruynaere. Évaluation de la douleur : aspects méthodologiques et utilisation clinique. 2010. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation* [26-008-A-02] [DOI : 10.1016/S1283-0887(10)22254-5]

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
MATÉRIEL ET MÉTHODES	10
1. TYPE D'ETUDE	11
2. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE	11
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	11
3.1. <i>Méthode</i>	11
3.2. <i>Exploitations des données</i>	12
RÉSULTATS DE L'ETUDE	13
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	14
2. DOULEURS ET MEDICATION	15
2.1. <i>Type de douleur</i>	15
2.2. <i>Médication</i>	16
3. COMPARAISON DES VARIABLES DE L'ETUDE	18
3.1. <i>Parité et douleur</i>	18
3.3. <i>Interaction douleur/lien mère-enfant</i>	19
ANALYSE ET DISCUSSION	20
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	29
TABLE DES MATIERES	32
ANNEXES	33

ANNEXES

ANNEXE I

Politique de prise en charge de la douleur (16 septembre 2011)

				
MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY <i>10, rue du Docteur Heydenreich - CS.74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44 - Télécopie : 03.83.34.44.10</i>				
Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.102.PG.002	1	Politique de prise en charge de la douleur	16 septembre 2011	1/3

La Maternité Régionale de Nancy, établissement universitaire constitue actuellement le seul établissement de niveau III de la région Lorraine au sens du décret du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

La maternité est spécialisée dans les disciplines médicales pour la prise en charge de la femme, de la mère, du nouveau-né et du couple.

Conformément à l'article L.112-4 du code de la santé publique, la maternité a développé et mis en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins de prise en charge de la douleur.

Ainsi sachant que cette prise en charge requiert l'implication de l'ensemble des acteurs de soins, le CLUD a été mis en place comme instance pilote, pour être un élément moteur afin de susciter et animer une véritable culture de lutte contre la douleur.

La composition du CLUD est :

- définie selon le Guide d'orientation « *Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé* » Octobre 2002
- indiquée dans le règlement intérieur du CLUD référencé DQ.403.PG.002.

Le CLUD est composé de membres de droit et de membres associés (corps médical et corps soignant : membres soignants ou cadres de proximité). Y sont intégrés les médecins référents-douleur des différentes disciplines de la Maternité : gynécologie, obstétrique, néonatalogie et anesthésie.

Ainsi les membres du CLUD ont pour mission :

- de proposer des objectifs en terme d'amélioration
- proposer, organiser, coordonner, évaluer les actions,
- promouvoir les actions de formation continue des personnels et donner leur avis sur les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur,
- assurer la liaison avec la prise en charge des soins palliatifs et les autres problématiques transversales de soins,
- établir un bilan annuel des actions engagées
- établir un programme d'actions
- informer des résultats des actions entreprises

Dans un premier temps le CLUD s'est assuré que chaque secteur d'activité bénéficiait de procédures de prise en charge de la douleur :

- en néonatalogie : Guide de néonatalogie
- en gynécologie-obstétrique : Prise en charge de la douleur en gynécologie obstétrique (AR.403.PS.007)

 <p style="text-align: center;">MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY 18, rue du Docteur Heydenreich – CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 83.83.34.44.44 - Télécopie : 03.83.34.44.10</p>				
Code :	Version :	Titre :		Date d'application :
DSS.102.PG.002	1	Politique de prise en charge de la douleur		16 septembre 2011
				Page :
				2/3

A ces procédures, indispensables à la démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du patient, sont annexées des fiches de prise en charge spécifique à chaque secteur d'activité :

- annexe 1 : Anténatal (DSS.102.MO.001)
- annexe 2 : AMP (DSS.102.MO.002)
- annexe 3 : Gynécologie (DSS.102.MO.003)
- annexe 4 : Orthogénie (DSS.102.MO.004)
- annexe 5 : Néonatalogie (DSS.102.MO.005)
- annexe 6 : Salle de Naissances (DSS.102.MO.006)
- annexe 7 : Secteur Mère Enfant (DSS.102.MO.007)
- annexe 8 : Soins Polyvalents Continus et Salle de Surveillance Post Interventionnelle (DSS.102.MO.008)

Dans ces dernières, l'outil destiné à mesurer le niveau d'intensité de la douleur, en fonction du type de patient, y est précisé et l'utilisation décrite (échelles d'auto évaluation et d'hétéro évaluation).

Ces procédures sont considérées comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir lors de situations bien identifiées et décrites.

Elles permettent aux soignants d'intervenir sans délai et de personnaliser la prescription.

Le suivi du patient souffrant nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire, chacun étant tenu par leurs règles professionnelles de prendre en considération la douleur du patient.

Politique de prise en charge de la douleur :

Conformément donc à l'article L.112-4 du code de la santé publique, la Maternité poursuivra la mise en œuvre de la politique d'amélioration continue de la prise en charge de la douleur.

Cette politique a pour but de définir les modalités :

- d'information du patient notamment sur ses droits concernant le soulagement de la douleur par les différentes techniques analgésiques dont il peut bénéficier, l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement (site Internet, livret d'accueil remis systématiquement en consultations externes, informations remises en consultations d'anesthésie, guide en néonatalogie, affichage de la charte des patients hospitalisés)
- de prise en charge des patients hospitalisés en termes de projet médical et de projet de soins,
- d'évaluation des pratiques, de structure et de satisfaction patient en terme de résultat (appréciation de séjour, étude IPAQSS)
- de suivi des actions correctrices (audit en néonatalogie)
- de partage d'expérience avec d'autres maternités de niveau 3 et au sein du réseau périnatal lorrain et autres réseaux tels : CAV, soins palliatifs, CLUD du CHU Nancy Brabois.



MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

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

Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.102.PG.002	1	Politique de prise en charge de la douleur	16 septembre 2011	3/3

Ainsi le CLUD, en partenariat avec la cellule qualité, déterminera à périodicité régulière (1 fois par an) dans les différents secteurs de soins une évaluation en termes d'EPP, relative à l'information du patient, à l'évaluation de la douleur à l'entrée du patient, ainsi qu'aux pratiques de prise en charge de la douleur en cours d'hospitalisation.

Cette évaluation s'effectuera selon la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles référencée CME-DQ.403.PG.003 et selon la politique qualité, EPP, gestion des risques.

Après analyse par les membres du CLUD, les résultats de ces évaluations seront présentés en réunion de service, au médecin responsable du secteur de soins, cadre soignant et personnels afin de déterminer des actions correctrices et assurer leur mise en place.

Il en découlera une révision de la procédure de prise en charge de la douleur dans les services concernés.

L'ensemble des actions sera hiérarchisé par le CLUD en partenariat avec la cellule qualité.

Chaque année, un bilan sera réalisé, et il en découlera un programme d'actions pour l'année à venir dans lequel les objectifs en termes de formation du personnel, moyens à mettre en place (ressources humaines, nombre de référent douleur dans les services, nombre de personnel formé, outils à disposition....), révision des thérapeutiques et retour d'expérience seront définis.

Politique validée en CLUD du 15/09/2011.

ANNEXE II

Protocole de la prise en charge de la douleur en secteur mère enfant (avril 2012)

		MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY <i>10, rue du Docteur Heydenreich – CS.74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44 - Télécopie : 03.83.34.44.10</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 PETER –
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.

 MATERNITE REGIONALE 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 :	Version :	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN SECTEUR MERE ENFANT	Date d'application	Page :
DSS.102.MO.007	1		avril 2012	2/5

Moyens mis à disposition :

PATIENTES ADULTES

1/ En cas de césarienne et selon le type d'anesthésie réalisée :

Systématiquement les premières 24 heures : se référer à la procédure de prise en charge de la douleur en gynécologie-obstétrique (AR.403.PS.007)

*1^{er} lever : passer les antalgiques en IV 30 à 60 minutes avant le lever

*Relai per os au bout de 24 heures :

Paracétamol : 1gramme x 4/jour

Ketoprofène : 1 gélule à 50 mg x 3/jour

ou

Paracétamol : 1gramme x 4/jour

Nefopam sur un sucre x 4/jour si CI au Kétoprofène (Profenid®)

*Si douleurs toujours présentes :

Paracétamol codéiné : 500mg/30mg

1 comprimé x 4 : comprimé effervescent ou comprimé (CI : Insuffisance respiratoire, asthme, insuffisance hépatique, hypersensibilité au paracétamol) +

Ketoprofène : 1 gélule à 50 mg x 3/jour

*Reprise du transit difficile : Débridat® 50mg/5ml (Trimebutine) : 3 ampoules à passer en 30 minutes

Ou

1 comprimé de 200mg 3 fois par jour de Débridat® si douleurs abdominales intestinales après la reprise du transit

*Si nausées et ou vomissements

Ondansetron Zophren® (4mg) : 1 ampoule dans 100 mL de NaCl à 0,9 % en 20 minutes

*Antidotes de la morphine (démangeaisons)

Naloxone (Narcan®) : 1 ampoule dans 9 mL de NaCl à 0.9%: 1mL toutes les heures

*Ablation des redons :

Donnez les antalgiques 1/2h à 1 heure avant l'ablation.

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

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

Paracétamol : 1gramme 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-duodénal, insuffisance hépatique, insuffisance rénale aigue ou chronique)

*Glace

* Si hématome ou abcès : enlever les fils et introduire un sonde cannelée 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.

 MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY <small>10 rue du Docteur Heydenreich - CS 74211 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44 - Télécopie : 03.83.34.44.10</small>			
Code :	Version :	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN SECTEUR MÈRE ENFANT	Date d'application : avril 2012
DSS.102.MO.007	1		Page : 4/5

- Massage aréolaire avant la tétée qui facilite l'éjection du lait. (La libération de l'ocytocine)
- Tétées efficaces et fréquentes, pour faciliter l'écoulement du lait et ainsi diminuer l'installation de l'œdème.
- Utilisation du tire lait à la place ou en plus du bébé si nécessaire. *Attention l'anodème peut s'aggraver si la dépression du tire lait est trop élevée ou utilisé d'une façon excessive.*
- Antalgiques : paracétamol 1 gramme 4 fois par jour et Kétoprofène 1gramme 3 fois par jour.
- Repos à plat.
- Suivi obligatoire jusqu'à guérison complète.

- Appel référente en lactation pour avis si non résolution du problème.

4/ En cas d'hémorroïdes:

Veinotonique (Dafilon®) : 6 comprimés pendant 3 jours, 4 comprimés pendant 3 jours puis 2 comprimés par jour tant que nécessaire
 Topique en proctologie intégrant un anesthésique local : Sedorhoïde® suppositoires : 1 à 2 suppositoire par jour tant que douleurs, associés à de la pommade Sedorhoïde®
 Donner des conseils hygiéno-diététiques afin de lutter contre la constipation.

5/ En cas de douleurs de tranchées :

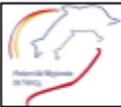
Phloroglucinol (Spasfon ®) jusqu'à 6 comprimés par Jour (2cp x 3/j)
 + Ketoprofène : 50mg x 3 par jour
 + Paracétamol per os : 1 gramme x 4 par jour

6/ En cas de céphalées :

6.1/ Céphalées posturales après ALR : appeler le sénior d'anesthésiste.
 Repos de la patiente

- 6.2/- HTA
- Endométrite.
 - Migraines
 - Phlébite des veines cérébrales (scanner)
 - Méningite
 - etc

Appeler le sénior d'anesthésiste si l'accouchement a eu lieu sous ALR.
 Sinon, appeler l'obstétricien de garde.



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

PATIENTS NOUVEAU-NES

En prévention de la douleur lors d'un bilan sanguin ou d'un soin algique : se référer à la procédure d'utilisation du saccharose en néonatalogie (NRS.402.PS.035).

Utilisation de l'échelle EDIN systématique 1 fois / jour puis à adapter en fonction du score (Réunion pédiatres, cadre du secteur post natal du 4 février 2012)

Prescription d'antalgiques par les pédiatres ou les sages femmes en fonction des besoins (extractions instrumentales, score échelle EDIN,)

ANNEXE III

Questionnaire distribué aux patientes

QUESTIONNAIRE DE MEMOIRE

« La prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant »

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur la prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant, je souhaiterais recueillir vos réponses qui me seront très utiles pour mon étude.

Date d'accouchement : /... /2015

Nombre d'accouchements : ...

Avez-vous eu une péridurale pendant votre accouchement ?

- Oui
- Non car vous n'en vouliez pas
- Non car c'était trop tard
- Oui mais elle a mal fonctionnée
- Autre (précisez) :

Avez-vous allaité au sein votre bébé ?

- Oui
- Non
- Oui mais arrêt avant votre sortie

Avez-vous eu une épisiotomie ou une déchirure compliquée (déchirure concernant l'anus également) lors de votre accouchement ?

- Oui
- Non

Dès l'arrivée dans votre chambre et pendant tout le séjour, avez-vous ressenti une douleur quelconque ? Si oui, de quel(s) type(s) ?

- Douleur à la tête
- Douleur aux mamelons (crevasses)
- Douleur aux seins
- Douleur à l'utérus (Tranchées = contractions après l'accouchement)
- Douleur au dos
- Douleur aux hémorroïdes
- Douleur dans les jambes
- Autres : précisez : ...

Avez-vous pris des médicaments contre cette ou ces douleur(s) ?

- Oui
- Non

Qu'avez-vous pris en médicaments lors de votre séjour ? (**En nombre de comprimé**)

Rappel :

1 comprimé (cp) de Dafalgan® = 500mg, le paracétamol est pris généralement par 2cp toutes les 6 heures

1 comprimé de Spasfon®=80 mg, en général 2 cp, 3 fois par jour

1 comprimé de Profenid® (Anti inflammatoire)= 50mg, 1cp 2 à 3 fois par jour

1 comprimé de Daflon®=500mg, 6cp par jour en une prise

Jour 0 (Arrivée dans le service, de jour comme de nuit)

Matin	Midi	Soir	Nuit
<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon • Profenid 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid:

Jour 1 (lendemain de votre accouchement)

Matin	Midi	Soir	Nuit
<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon • Profenid 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid:

Jour 2

Matin	Midi	Soir	Nuit
<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon • Profenid 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid:

Jour 3 (Date Théorique de votre sortie)

Matin	Midi	Soir	Nuit
<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon • Profenid 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid: 	<ul style="list-style-type: none"> • Dafalgan : • Spasfon: • Daflon: • Profenid:

Les médicaments vous ont-ils soulagé ?

Oui

Non

Pas tout le temps

Si vous n'avez pas pris de médicaments ALORS que vous aviez mal, pourquoi ?

Peur des médicaments et de l'allaitement maternel

Vous n'aimez pas prendre de médicaments

Autre raison (précisez) : ...

Est-ce que la prise des médicaments était claire pour vous (Quoi, quand prendre ?)

Oui

Non (précisez): ...

Cette douleur a-t-elle perturbé votre relation avec votre bébé ?

Oui car vous avez eu du mal à le changer/laver/porter

Oui car vous avez dû arrêter votre allaitement à cause de la douleur

Oui car vous vous sentiez plus énervée

Non

Autre (précisez) : ...

Avez-vous des commentaires à faire sur la prise en charge de votre douleur en général, lors de votre séjour en maternité ?

.....

Ce questionnaire est anonyme, cependant pouvez vous remplir les informations ci-dessous :

Date du jour : ...

Age : ...

*Je vous remercie d'avance pour le temps consacré à répondre à ce questionnaire. Si vous avez besoin de plus d'informations vous pouvez me contacter par mail :
elodie.alexandre5@gmail.com*

Elodie ALEXANDRE, étudiante sage-femme en 5^{ème} année

**La prise en charge de la douleur chez l'accouchée en secteur
mère-enfant est-elle optimale ?
Enquête de satisfaction auprès des patientes**

Résumé

Introduction :

La gestion de la douleur a une grande part dans la prise en charge d'une parturiente. Après un accouchement voie basse, dit physiologique des douleurs peuvent apparaître et parfois persister plusieurs mois. Or, des études ont prouvé que ces douleurs peuvent avoir un impact sur la relation mère-enfant. Nous avons donc voulu évaluer la prise en charge de la douleur en secteur mère-enfant après un accouchement voie basse à la Maternité du CHRU de Nancy.

Matériel et méthode :

Nous avons effectué une étude observationnelle transversale unicentrique incluant 56 patientes ayant séjourné en secteur mère-enfant durant la période de septembre 2015 à décembre 2015. Un recueil de données a été réalisé à l'aide de questionnaires distribués en suites de couches de J0 à J3 du post-partum.

Résultats :

Dans notre étude, 86% des patientes interrogées ont ressenti au moins un type de douleur. Plus de 90% des femmes ont pris des médicaments lors de leur séjour en maternité et plus de 10% des patientes n'ont pas pris de médicaments alors qu'elles ressentaient une douleur. Les douleurs périnéales étaient davantage retrouvées chez les primipares tandis que les tranchées utérines étaient majoritairement plus ressenties par les multipares.

Discussion:

Il est apparu que ces douleurs sont nombreuses mais trois principales localisations sont ressorties de notre échantillon: les douleurs au niveau de l'utérus, aux seins et au périnée. Dans notre étude, elles étaient plus importantes le lendemain matin de l'accouchement. Les primipares qui allaitent sont plus à risque de ressentir des douleurs. Notre étude a montré que les patientes sont globalement satisfaites de la prise en charge de la douleur.

Mots clés : Douleur, Post-partum, Evaluation