

2017-2018

Diplôme d'état
SAGE-FEMME

Pratiques hospitalières de 94 sages-femmes face aux douleurs périnéales du post partum immédiat (J0-J2) en Pays de la Loire

Audit clinique des pratiques, multicentrique réalisé auprès des sages-femmes exerçant dans les services de suites de couches des maternités des Pays de la Loire, mené par un questionnaire déclaratif en ligne
Du 24 octobre 2017 au 3 janvier 2018

GUILLON JEFFROY Mégane

**Sous la direction du Dr Mercier et A. Le
Viguenesse, sage-femme**



l'esprit grand ouvert



Soutenu publiquement le :
31 mai 2018



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Je souhaite d'abord remercier Mme MERCIER pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour son écoute et sa disponibilité,

Je remercie également Mme LE VIGUENESSE, qui a bien voulu co-diriger cette étude et qui a été attentive et de bons conseils,

Merci à Mr BRANGER, pour son aide et attention portée à ce projet,

Merci aux sages-femmes pour leurs réponses et à toutes celles que j'ai pu rencontrer au cours de mes études pour leur investissement pédagogique,

Merci à Laurence pour sa présence et ses encouragements,

Je tiens à dédier mon écrit à ma famille, Maman, Gilles et Mathis, merci de m'avoir encouragé et de croire en moi un peu plus chaque jour. Comme tu le disais « Allé ma pupuce tu vas y arriver ! »

Merci à ma mamie Annick avec qui cette aventure avait débuté,

Merci à mes amies de longues dates et celles que j'ai pu rencontrer au cours de mes études, sans vous je ne serais sûrement pas la même,

Merci à Imad à travers qui je perçois le monde un peu plus beau chaque jour,

Et enfin, merci à tous ceux qui font partie de ma vie, de près comme de loin, chacun à mis sa pierre à l'édifice,

Merci du fond du cœur !

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Mégane GUILLON JEFFROY
Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant(e) le 19 /04 /2018

Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint à tous les rapports, dossiers, mémoires.

Présidence de l'université
40 rue de rennes - BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

RAPPELS

- 1. Evaluation de la douleur**
- 2. Classes des antalgiques**

MATERIEL ET METHODE

- 1. Schéma d'étude**
- 2. Matériel**
- 3. Méthode**
- 4. Statistiques**

RESULTATS 2 A 3 PAGES

- 1. Diagramme de flux**
- 2. Caractéristiques de la population**
- 3. Connaissances et pratiques des professionnels de l'étude**
 - 3.1. Pratiques des sages-femmes
 - 3.2. Prise en charge de la douleur par les sages-femmes
 - 3.3. Pratique des médecines complémentaires
 - 3.4. Les commentaires des sages-femmes

DISCUSSION 2 A 3 PAGES

- 1. Rappels des principaux résultats et comparaison à la littérature**
 - 1.1. Fréquence de surveillance
 - 1.2. Méthodes d'évaluation
 - 1.2.1. Evaluation de la douleur
 - 1.2.2. Evaluation du confort
 - 1.2.3. Réévaluation après mise en place d'un traitement
 - 1.3. Transmissions
 - 1.4. Utilisation des différentes médicaments en fonction de l'EVA décrite
 - 1.5. Comparaison des caractéristiques et pratiques des professionnels, avec les recommandations du Réseau Sécurité et Naissance éditée en 2011, relative à la prise en charge de la douleur périnéale en post partum
 - 1.6. Les thérapeutiques non médicamenteuses
 - 1.7. Réfection de déchirure
 - 1.8. Autres alternatives à la prise en charge de la douleur
 - 1.8.1. Infiltration de ropivacaïne
 - 1.8.2. Etude LIROPEP
 - 1.8.3. Médecines alternatives et complémentaires
 - 1.9. Représentation du périnée par les femmes
 - 1.10. Durée de séjour et post partum
- 2. Limites de l'étude**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES TABLEAUX

Liste des abréviations

AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
CIANE	Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
EBM	Evidence based médecine
EN	Echelle Numérique
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVN	Echelle Verbale Numérique
EVS	Echelle Verbale Simple
HAS	Haute Autorité de Santé
IM	Intra-musculaire
MAC	Médecine Alternative et Complémentaire
PO	Per os
SF	Sages-femmes
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFETD	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
RSN	Réseau Sécurité et Naissance

INTRODUCTION

« Chaque douleur est une mémoire » Eric FOTTORINO

Nous avons choisi de nous intéresser dans cette étude aux douleurs périnéales donc dès que le mot douleur sera employé il renverra à celle du périnée.

Depuis un siècle et demi, le progrès médical sur la prise en charge de la douleur obstétricale s'est principalement focalisé sur la période du travail et de l'accouchement et récemment sur la douleur postopératoire de la césarienne. En 2005, le CNGOF a émis des recommandations visant à réduire la pratique de l'épissiotomie(1). Pour autant, les revendications récentes des usagers autour des violences obstétricales font prendre conscience du chemin qu'il reste à parcourir pour offrir une pleine satisfaction de la femme dans la période pré et post natale. Le professionnel de la santé a pendant longtemps eu une relation patriarcale avec son patient. Aujourd'hui le patient libère sa parole, il souhaite être d'autant plus acteur de sa santé. Tant sur les conditions de l'accouchement que sur le vécu de l'hospitalisation en suites de couches, il ressort des questionnaires proposés aux femmes par le CIANE une satisfaction relative à l'égard de la prise en charge de la douleur et un manque d'écoute de la part des professionnels de santé (2,3). Dans le contexte de notre étude, il convient de se poser des questions sur l'évaluation et sur la prise en charge de la douleur par les soignants dans le post partum que ce soit par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux. D'autant que les femmes sont demandeuses d'une moindre médicalisation et ont recours aux médecines dites « complémentaires ».

La douleur est définie par l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association for the Study Of Pain - IASP) comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». On distingue plusieurs types de douleurs : la douleur aiguë qui est de survenue brutale faisant suite à une lésion tissulaire et la douleur chronique qui est la persistance de la douleur malgré un traitement antalgique bien conduit. La douleur chronique s'apparente à une maladie du fait de sa durée et de ses diverses conséquences : sociales, psychologiques et physiques (4). C'est une expérience propre à chaque personne, elle est subjective, rendant sa quantification et sa qualification compliquée. Chaque personne de par son environnement psycho-social peut avoir une réponse différente à la douleur (5).

La loi du 4 mars 2002 dite Loi Kouchner relative « aux droits des malades et à la qualité du système de soin », définit la prise en charge de la douleur comme un droit subjectif puisqu'elle prévoit 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 » (6). Cette même loi, qui est une réactualisation de la loi du 6 mai 1995, instaurant la mise en place dans les établissements de santé d'une charte du patient hospitalisé dispose que « Les établissements de santé assurent les examens

GUILLON JEFFROY MEGANE | Prise en charge de la douleur périnéal en post partum immédiat par les sages-femmes de Pays de la Loire

de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques de chacun d'eux [...]. Par ailleurs, ils veillent à la continuité des soins...» (7). En ce sens elle impose une obligation aux établissements de santé qui se traduit aussi, dans le code de santé publique comme un droit pour : « Toute personne [...] de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées »(8). Dès lors elle codifie un devoir pour chaque professionnel dans le code de déontologie (9).

Selon l'enquête de Périnatalité de 2016, la fréquence de l'analgésie durant le travail et notamment de la péridurale a augmenté par rapport à 2010 (78,1% en 2010 contre 82,6% en 2016). Il apparaît également une plus forte demande de gestion de la douleur des contractions par des moyens non médicamenteux (14,3% en 2010 contre 35,5% en 2016) (10). Pour autant, le rapport ne fait pas l'état des lieux de la prise en charge de la douleur périnéale en post partum.

Le post-partum immédiat ne possède pas de définition exacte. Il peut être défini comme la durée du séjour à la maternité pour certains (11) et dans cette étude nous avons choisi de le limiter aux 2 jours suivant l'accouchement du fait des séjours de plus en plus courts.

Le post partum est une période de fragilité physique et psychique maternelle où les complications ne sont pas rares. Au bouleversement psychologique provoqué par la naissance du nouveau-né, peut s'ajouter la douleur et ainsi être source de complications du post partum. La douleur est un symptôme commun du post partum. Elle est décrite comme d'autant plus importante lors des deux premiers jours du post partum. Plusieurs études ont démontré que la douleur interférait avec les activités quotidiennes comme marcher, s'asseoir voire dormir. Elle aurait des conséquences sur le devenir de la patiente tant sur les sphères digestives, urinaires, génitales et psychologiques que sur sa capacité à allaiter et à instaurer la relation mère-enfant (12,13). Elle est même associée à des symptômes dépressifs et susceptibles d'être amplifiée lorsque d'autres douleurs telles que des douleurs mammaires, des migraines, des lombalgies et des douleurs à la cicatrice de césarienne sont présentes (14).

Dans le post partum, les études sont unanimes pour dénoncer le manque d'attention porté à la prise en charge de la douleur (12,13,15,16). Les traumatismes du périnée en post partum entraînent des douleurs pour plus de 90% des patientes au 1^{er} jour après leur accouchement (17). Il semble que la prise en charge de la douleur soit réellement un enjeu de santé publique et qu'il existe des carences. De plus la douleur est un reflet de la qualité et de l'évolution du système de santé. Un plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur a été élaboré sur la période de 2006 à 2010 par le Ministère de la Santé et des Solidarités. Il visait à améliorer la prise en charge des douleurs des

populations les plus vulnérables, la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients et les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité (18). Il ressort de l'évaluation de ce plan, que l'objectif d'amélioration de la prise en charge n'a pas été assez respecté et qu'il convient pour la réalisation d'un futur plan de combler ces lacunes (19). Depuis aucun plan n'a été mis en place laissant l'objectif d'amélioration en désuétude.

La sage-femme possède un droit de prescription en matière d'antalgiques : de pallier 1 et 2, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'anesthésiques locaux (Annexe 1)(20). Lorsque les douleurs ne sont pas soulagées avec les antalgiques précités elle doit faire appel à un médecin.

Sur le territoire des Pays de la Loire et à l'initiative du Réseau Sécurité et Naissance, il a été édité des recommandations sur la prise en charge de la douleur en post partum qui sont organisées selon le degré de la douleur (Annexe 2)(21).

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer les pratiques conventionnelles et complémentaires des sages-femmes vis-à-vis de la prise en charge de la douleur périnéale en post partum immédiat (J0-J2), et d'en étudier la conformité par rapport aux recommandations émises par le Réseau Sécurité et Naissance 2011. Les objectifs secondaires sont de comprendre les écarts à la conformité et de proposer des actions correctives.

Rappels

1. Evaluation de la douleur

L'intensité de la douleur peut être évaluée par le biais d'échelles unidimensionnelles comme l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique (EN) (Annexe 3). L'évaluation peut également rechercher des indicateurs sur le mode d'apparition de la douleur, son rythme, le type de douleur (gêne, picotement, brûlure...) et les facteurs soulageant ou aggravant cette douleur. L'examen clinique complète l'anamnèse en recherchant des signes cliniques évocateurs (22).

2. Classes des antalgiques

Il existe différentes classes de médicament (Annexe 4)(21) :

- Palier I : Antalgiques non opioïdes comprenant le paracétamol, l'aspirine, l'ibuprofène, le kétoprofène et le néfopam.
- Palier II : Antalgiques opioïdes faibles comprenant la codéine, le paracétamol codéiné, le tramadol et l'association de tramadol et de paracétamol.

- Palier III : Antalgiques opioïdes forts comprenant la morphine, l'oxycodone, le buprénorphine et la nalbuphine.

MATERIEL ET METHODE

1. Schéma d'étude

Nous avons réalisé un audit clinique des pratiques, multicentrique menée par questionnaire déclaratif et concernant la prise en charge de la douleur périnéale en post partum immédiat (J0-J2), par les sages-femmes exerçant dans les maternités des Pays de la Loire. Cette étude a été menée sur une période d'un peu plus de 2 mois : du **24 octobre 2017 au 3 janvier 2018**. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire diffusé à tous par l'intermédiaire d'une plateforme internet (Google Form) (Annexe 5 et 6).

2. Matériel

Cette étude vise toutes les sages-femmes exerçant en services des suites de couches en maternité sur le territoire des Pays de la Loire, quel que soit le type de la maternité et le secteur public ou privé. Les questionnaires ont été transmis par l'intermédiaire des boîtes mails des professionnels. Une demande préalable pour la diffusion des questionnaires a été effectuée auprès des cadres après avoir explicité le sujet et l'objectif de cette étude. Ont été exclus les sages-femmes exerçant en dehors des Pays de la Loire, les sages-femmes pratiquant en libéral en Pays de la Loire, les sages-femmes en retraite sur le territoire des Pays de la Loire, les sages-femmes exerçant une autre fonction que celle de sage-femme et les sages-femmes n'exerçant pas en service des suites de couches.

3. Méthode

Le questionnaire a été diffusé par mail le 24 octobre 2017 par l'intermédiaire de Mme MERCIER, médecin généraliste en activité au sein du service de suites de couches de la maternité du CHU d'ANGERS. Ce mail a été adressé aux cadres des services de suites de couches des maternités des Pays de la Loire, après contact téléphonique auprès de chaque cadre. Le questionnaire était à destination des sages-femmes exerçant dans les unités de suites de couches sous réserve qu'elles aient transmis leurs adresses mails. Puis une deuxième relance a été effectuée le 20 novembre 2017 par ce même biais.

Le questionnaire a été établi d'après l'étude de Marion FERRAGU en 2014 : « *Déchirures périnéales simples et épisiotomies : comparaison de la douleur et de sa prise en charge dans le post-partum précoce (J0-J2) dans deux maternités parisiennes* » (15). Cette étude questionnait les femmes ayant

accouché sur la prise en charge de leurs douleurs et nous avons choisi de nous intéresser à la prise en charge par les sages-femmes.

Le questionnaire a ensuite été relu par Mme MERCIER et Mme LE VIGUENESSE, et cette dernière a également testé le questionnaire. Cela nous a permis d'ajuster les questions pour une meilleure compréhension, d'ajouter un saut de questions en fonction des réponses données et de supprimer/d'ajouter des items qui paraissaient ne pas nous importer. Les modifications apportées sont les suivantes :

- Ajout de la question : « En tant que sage-femme, avez-vous besoin de faire appel à un autre professionnel pour la prescription ? »
- Ajout de la question : « Est-ce que les transmissions de votre collègue et la lecture du dossier prédetermine votre choix dans le traitement à proposer en 1^{ière} intention ? »
- Modification de la question : « Quel adjectif est le plus souvent utilisé pour décrire le type de douleur périnéale ? » en « Faites-vous décrire le type de douleur périnéale à la patiente (brûlure, picotement, gêne...) ? »

La relecture et l'essai du questionnaire nous a permis de nous assurer que les sauts de questions fonctionnaient et que le temps d'environ 10 minutes pour répondre aux questions était respecté.

Le questionnaire était disponible en ligne sur la plateforme Google Form (Annexe 6). Il comportait 50 questions et une partie commentaires. Parmi les questions, 10 étaient ouvertes, laissant le choix de la réponse à la personne et les 40 autres étaient fermées, invitant la personne à choisir parmi une sélection de réponses possibles. Les questions ouvertes portaient sur le nom, la forme (IV, SC, PO, suppositoire, topique...) et le dosage du traitement médicamenteux utilisé, sur le type d'information orale et/ou écrite qui prédetermine le choix dans le traitement à proposer en 1^{ière} intention, sur le temps en minutes écoulé après la prise en charge pour évaluer la douleur périnéale, sur la raison de décision d'arrêt de la prise en charge de la douleur de la patiente et enfin sur le type de pratique auquel le professionnel était formé.

Dans le questionnaire des sauts de questions ont été mis en place, permettant ainsi d'orienter les questions selon le profil de réponses. Ainsi pour un professionnel répondant qui n'évaluait pas la douleur périnéale de la patiente, toutes les questions relatives à l'évaluation : au moment, au repos, à la mobilisation, à la fréquence à l'arrivée et entre J0 et J2, étaient sautés et il passait directement à la question relative à l'examen clinique. Cette règle a également été appliquée pour les questions relatives à l'examen clinique, à la présence d'un protocole sur la prise en charge des douleurs périnéales dans

l'établissement d'exercice et à la proposition de soins complémentaires à une patiente présentant une douleur périnéale.

4. Statistiques

Les données recueillis par le questionnaire Google Form ont été converties par l'intermédiaire d'un masque de saisie sur Epi Data Entry 3.1. Les variables et effectifs ont été cités en effectifs et pourcentages.

L'analyse statistique a été effectuée à partir du logiciel Epi Analysis 2.1. Les comparaisons des pourcentages ont été réalisées par l'intermédiaire du test du χ^2 ou du test de Fisher lors l'effectif était inférieur à 5.

Les variables quantitatives ont été exprimées sous la forme moyenne \pm écart type. Les comparaisons de moyenne ont été réalisées par l'intermédiaire du test de Student.

Le seuil de significativité statistique était fixé à 0.05 soit 5%.

RESULTATS

1. Diagramme de flux

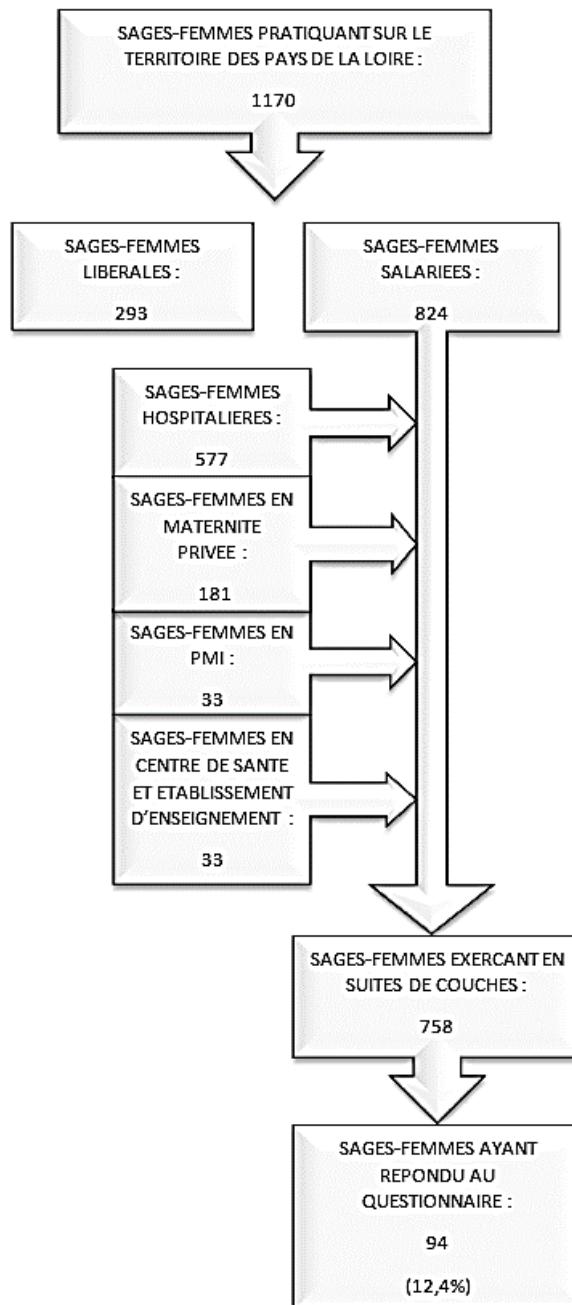


Figure 1: Diagramme de flux de l'étude " Pratiques hospitalières de 94 sages-femmes face aux douleurs périnéales du post partum immédiat (J0-J2) en Pays de la Loire », réalisée du 24 octobre 2017 au 3 janvier 2018

Après plusieurs relances téléphoniques et par mails auprès des ordres départementaux de sages-femmes, des cadres des maternités, je n'ai pas pu avoir la totalité des informations pour établir mon diagramme de flux. J'ai donc décidé de prendre les chiffres d'une publication de l'Observatoire Régional des Pays de la Loire datant du 29 décembre 2016 sur la démographie des sages-femmes en Pays de la

Loire (23). Bien évidemment, je conçois qu'il s'agit d'un biais pour le calcul des répondants au questionnaire et je m'en excuse par avance.

2. Caractéristiques de la population

Tableau 1: Caractéristiques des sages-femmes incluses dans l'étude « Pratiques hospitalières de 94 sages-femmes face aux douleurs périnéales du post partum immédiat (J0-J2) en Pays de la Loire »

Variables	N	%
Type d'établissement	N=94	%
Type 1	22	23,4
Type 2a	6	6,4
Type 2b	30	31,9
Type 3	36	38,3
Secteur d'exercice	N=94	%
Public	81	86,2
Privé	13	13,8
Fréquence de prise en charge d'une femme pour douleur périnéale	N=94	%
Quotidiennement	58	61,7
1 fois / semaine	28	29,8
1 fois / mois	6	6,4
1 fois tous les 6 mois	2	2,1
Existence d'un protocole de prise en charge de la douleur périnéale dans le service d'exercice	N=94	%
Oui	24	25,5
Non	70	74,5
Respect du protocole de prise en charge de la douleur périnéale en vigueur dans le service	N=24	%
Oui	20	83,3
Non	4	16,7
Connaissance des recommandations du Réseau Sécurité et Naissance sur la prise en charge de la douleur périnéale	N=94	%
Oui	19	20,2
Non	75	79,8

3. Connaissances et pratiques des professionnels de l'étude

3.1. Pratiques des sages-femmes

58/94 (61,7%) SF déclaraient prendre en charge quotidiennement une femme pour douleurs périnéales, 28/94 (29,7%) SF déclaraient prendre en charge hebdomadairement (1x/semaine), 6/94 (6,4%) SF déclaraient prendre en charge mensuellement (1x/mois) et 2/94 (2,1%) SF déclaraient être amenées à prendre en charge bi-annuellement (tous les 6 mois).

Parmi les SF qui avaient déclaré prendre en charge quotidiennement une femme pour douleurs périnéales, 49/58 (84,5%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale. Parmi les SF qui avaient déclaré prendre en charge hebdomadairement une femme pour douleurs périnéales, 22/28 (78,6%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale. Parmi les SF qui avaient déclaré prendre en charge mensuellement une femme pour douleurs périnéales, 5/6 (83,3%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale. Parmi les SF qui avaient déclaré prendre en charge bi-annuellement une femme pour douleurs périnéales, 2/2 (100%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale.

78/94 (83%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale de la patiente. Parmi les 78 SF qui déclaraient évaluer la douleur périnéale, 69/78 (88,5%) déclaraient évaluer le confort périnéal de la patiente. Parmi les 16 SF qui déclaraient ne pas évaluer la douleur périnéale, 16/16 (100%) déclaraient évaluer le confort périnéal de la patiente.

64/78 (82,1%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale avant l'examen clinique, 13/78 (16,7%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale pendant l'examen clinique, 1/78 (1,3%) SF déclarait évaluer la douleur périnéale après l'examen clinique.

78/78 (100%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale de la femme au repos.

62/78 (79,5%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale de la femme à la mobilisation.

Lors de l'arrivée de la patiente dans le service (J0), 22/78 (28,2%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale quotidiennement, 26/78 (33,3%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale bi-quotidiennement et 30/78 (38,5%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale à chaque passage en chambre (soit plus de 2 fois).

Entre J0 et J2, parmi les 22 SF qui avaient déclaré évaluer la douleur périnéale quotidiennement, 21/22 (95,5%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale quotidiennement et 1/22 (4,5%) SF déclarait ne plus évaluer la douleur périnéale.

Entre J0 et J2, parmi les 26 SF qui avaient déclaré évaluer la douleur périnéale bi-quotidiennement, 19/26 (73%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale bi-quotidiennement et 7/26 (27%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale quotidiennement.

Entre J0 et J2, parmi les 30 SF qui avaient déclaré évaluer la douleur périnéale à chaque passage en chambre, 9/30 (30%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale à chaque passage en chambre, 3/30 (10%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale bi-quotidiennement et 18/30 (60%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale quotidiennement.

Au total, entre J0 et J2, 1/78 (1,3%) SF déclarait ne plus évaluer la douleur périnéale, 46/78 (59%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale quotidiennement, 22/78 (28,2%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale bi-quotidiennement et 9/78 (11,5%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale à chaque passage en chambre (soit plus de 2 fois).

43/94 (45,7%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée quotidiennement, 28/94 (29,8%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée bi-quotidiennement, 23/94 (24,5%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée à chaque passage en chambre (soit plus de 2 fois).

Entre J0 et J2, parmi les 43 SF qui avaient déclaré pratiquer un examen clinique du périnée quotidiennement, 41/43 (95,3%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée quotidiennement et 2/43 (4,7%) SF déclaraient ne plus pratiquer d'examen clinique du périnée.

Entre J0 et J2, parmi les 28 SF qui avaient déclaré pratiquer un examen clinique du périnée bi-quotidiennement, 10/28 (35,7%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée bi-quotidiennement et 18/28 (64,3%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée quotidiennement.

Entre J0 et J2, parmi les 23 SF qui avaient déclaré pratiquer un examen clinique du périnée à chaque passage en chambre (soit plus de 2 fois), 2/23 (8,7%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée à chaque passage en chambre, 1/23 (4,3%) SF déclarait pratiquer un examen clinique du périnée bi-quotidiennement et 20/23 (87%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée quotidiennement.

Au total, entre J0 et J2, 2/94 (2,1%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée à chaque passage en chambre (soit plus de 2 fois), 11/94 (11,8%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée bi-quotidiennement, 79/94 (84%) SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée quotidiennement et 2/94 (2,1%) SF déclaraient ne plus pratiquer d'examen clinique du périnée.

82/94 (87,2%) SF déclaraient faire décrire le type de douleur périnéale à la patiente (gêne, picotement, brûlure...).

81/94 (86,2%) SF déclaraient faire localiser la douleur périnéale à la patiente (vagin, vulve...)

14/94 (14,9%) SF déclaraient utiliser un schéma pour expliquer la localisation de la cicatrice périnéale.
 25/94 (26,6%) SF déclaraient proposer de visualiser la cicatrice périnéale à l'aide d'une glace, d'un miroir, d'une photographie ou autre objet.

62/94 (66%) SF déclaraient tenir compte des transmissions du collègue ou du dossier obstétrical pour faire un choix dans le traitement à proposer en 1^{ière} intention face aux douleurs périnéales.

Tableau 1: Tableau descriptif des types de transmissions qui peuvent influencer dans le choix du traitement à proposer en 1^{ière} intention

Variables	N=94	%
EVA	27	28,7
Traitement déjà donné	18	19,1
Degré de la déchirure	16	17
Extraction	15	16
Œdème	9	9,6
Péridurale	9	9,6
Hémorragie de la délivrance	9	9,6
Allergies	8	8,5
Examen clinique	6	6,4
Efficacité du traitement	5	5,3
Type de suture	5	5,3
Hématome	4	4,3
Evolution de l'EVA	4	4,3
Antécédents	3	3,2
Localisation de la douleur	2	2,1
Patiene ayant déjà eu de la glace	2	2,1
Points serrés	2	2,1
Type de fil	2	2,1
Opérateur de la suture	2	2,1
Allaitement	2	2,1
Vécu de l'accouchement	2	2,1
Mobilisation de la patiente	2	2,1
Tolérance	1	1,1
Désunion	1	1,1
Hémorroïde	1	1,1

60/94 (63,8%) SF déclaraient que la suture 1 fil 1 nœud était la moins douloureuse.

34/94 (36,2%) SF déclaraient que la suture en points séparés était la moins douloureuse.

3.2. Prise en charge de la douleur par les sages-femmes

Pour une EVA <3, 65/94 (69%) SF déclaraient utiliser un moyen médicamenteux et 60/94 (64%) SF déclaraient utiliser un moyen non médicamenteux. L'association de moyens médicamenteux et non médicamenteux était proposée pour 31/94 (33%) SF. Parmi les moyens médicamenteux, 93/94 (99%) SF déclaraient utiliser un antalgique et 27/94 (29%) déclaraient utiliser un AINS. L'utilisation d'une bithérapie à savoir la proposition d'antalgique et d'AINS était utilisée pour 27/93 (29%) SF. Parmi les moyens non médicamenteux, 94/94 (100%) SF déclaraient appliquer de la glace ou du froid, 32/94 (34%) SF déclaraient appliquer des compresses imbibées de soluté hypertonique, 9/94 (9%) SF déclaraient proposer des soins locaux à base de sérum physiologique, d'eau ou de bétadine et 8/94 (8%) SF déclaraient prêter un coussin d'assise.

Pour une EVA entre 3 et 6, 94/94 (100%) SF déclaraient utiliser un moyen médicamenteux et 46/94 (49%) SF déclaraient utiliser un moyen non médicamenteux. L'association de moyens médicamenteux et non médicamenteux était proposée pour 46/94 (49%) SF. Parmi les moyens médicamenteux, 85/94 (90%) SF déclaraient utiliser un antalgique et 85/94 (90%) SF déclaraient utiliser un AINS. L'utilisation d'une bithérapie à savoir la proposition d'antalgique et d'AINS était utilisée pour 76/94 (81%) SF. Parmi les moyens non médicamenteux, 93/94 (99%) SF déclaraient appliquer de la glace ou du froid, 35/94 (37%) SF déclaraient appliquer des compresses imbibées de soluté hypertonique, 12/94 (13%) SF déclaraient proposer des soins locaux à base de sérum physiologique, d'eau ou de bétadine et 12/94 (13%) SF déclaraient prêter un coussin d'assise.

Pour une EVA > 6, 94/94 (100%) SF déclaraient utiliser un moyen médicamenteux et 45/94 (48%) SF déclaraient utiliser un moyen non médicamenteux. L'association de moyens médicamenteux et non médicamenteux était proposée pour 45/94 (48%) SF. Parmi les moyens médicamenteux, 84/94 (89%) SF déclaraient utiliser un antalgique et 91/94 (97%) SF déclaraient utiliser un AINS. L'utilisation d'une bithérapie à savoir la proposition d'antalgique et d'AINS était utilisée pour 82/94 (87%) SF. Parmi les moyens non médicamenteux, 92/94 (98%) SF déclaraient appliquer de la glace ou du froid, 37/94 (39%) SF déclaraient appliquer des compresses imbibées de soluté hypertonique, 18/94 (19%) SF déclaraient proposer des soins locaux à base de sérum physiologique, d'eau ou de bétadine et 12/94 (13%) SF déclaraient prêter un coussin d'assise.

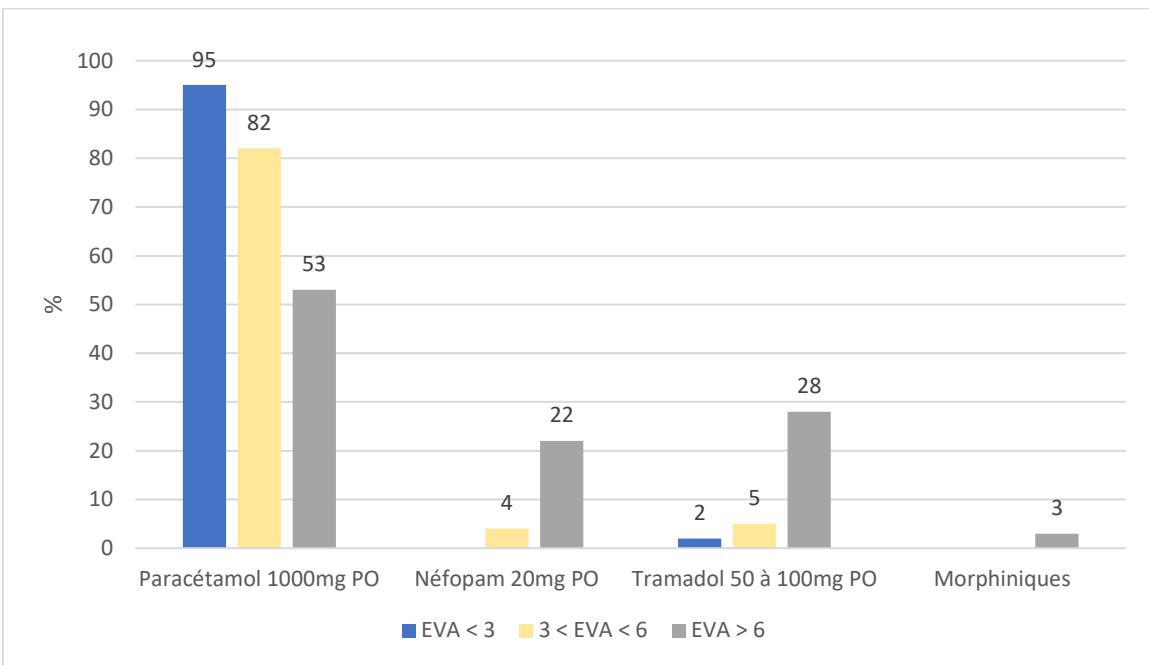


Figure 2: Proposition des antalgiques selon l'EVA

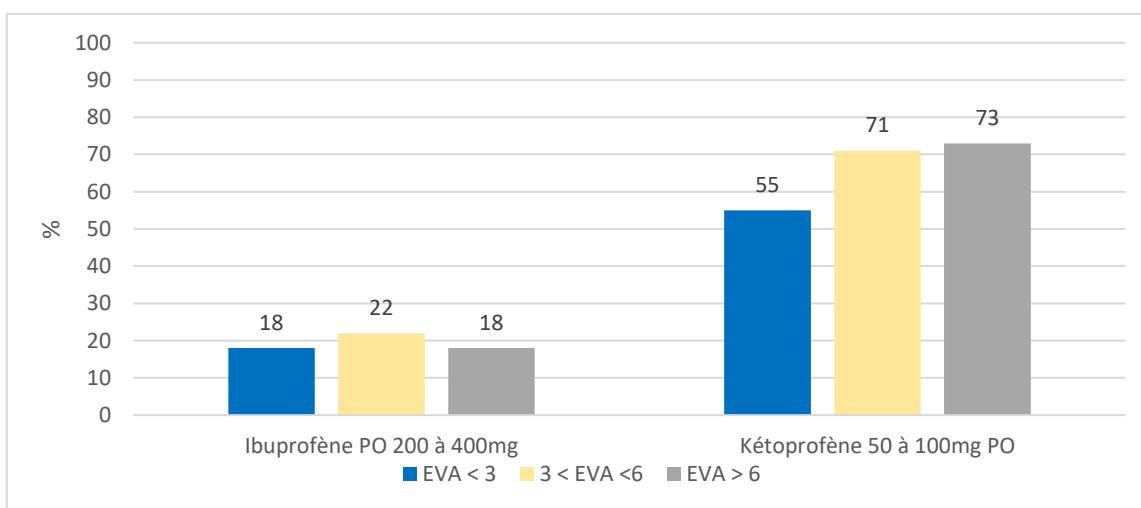


Figure 3: Proposition des anti-inflammatoires non stéroïdiens selon l'EVA

Tableau 2: Comparaison des caractéristiques et pratiques des professionnels, avec les recommandations du Réseau Sécurité et Naissance éditée en 2011, relative à la prise en charge de la douleur périnéale en post partum

EVA	Thérapeutiques	Etude	Comparaison aux recos du RSN p=	Conformité aux recos du RSN
EVA <3	Paracétamol 1g	89/94 (94,7%)	0,02	Conforme
	Glace	94/94 (100%)	0	Conforme
	+/- Codoliprane (si pics douloureux)	0/94 (0%)	Pas de « p »	Non conforme
3 < EVA < 6	Ibuprofène 200mg	21/94 (22,3%)	<10-8	Non conforme
	Kétoprofène 50 à 150 mg	67/94 (71,3%)	<10-8	Non conforme
	Paracétamol	77/94 (81,9%)	<10-5	Conforme
EVA > 6	Morphiniques (type Actiskenan)	2/94 (2,1%)	<10-10	Non conforme

76/94 (80,9%) SF déclaraient réévaluer la douleur périnéale après la mise en place du traitement.

37/94 (39,9%) SF déclaraient réévaluer la douleur périnéale 60 min après la mise en place du traitement et 20/94 (21,3%) SF déclaraient réévaluer la douleur périnéale 30 min après la mise en place du traitement.

67/94 (71,3%) SF déclaraient prescrire systématiquement des antalgiques et/ou anti-inflammatoire à une femme ayant un périnée cicatriciel.

3.3. Pratique des médecines complémentaires

68/94 (72,3%) SF déclaraient proposer des médecines complémentaires à une patiente présentant des douleurs périnéales. Parmi ces soins parallèles, 46/68 (67,6%) étaient intégrés à une pratique de service et 22/68 (32,4%) étaient une pratique d'une sage-femme formée.

Tableau 3: Tableau descriptif des formations des sages-femmes

Variables	N=22	%
Acupuncture	14	63,6
Homéopathie	9	40,9
Shiatsu	1	4,5
Hypnose	1	4,5
Aromathérapie	1	4,5
Sophrologie	1	4,5
Méthode B. de Gasquet	1	4,5

3.4. Les commentaires des sages-femmes

« Conseils donnés sur le repos allongé, sur la bascule du bassin, sur la fausse inspiration thoracique... pour diminuer la pression sur le périnée »

« Je suis parfaitement opposée à une pratique existant dans mon service, à savoir déterminer de manière arbitraire que par exemple à J3, on ne doit plus donner d'AINS à une patiente. Il faut avant tout être à l'écoute des patientes et si elles expriment une douleur qui nécessite un antalgique, il faut les soulager (cela semble une évidence), mais il faut aussi penser à une éventuelle complication ou autre douleur (psychique etc) La douleur veut dire beaucoup de choses et il me semble que nous ne sommes pas toujours à l'écoute malheureusement. Il faut redoubler de vigilance à l'ère nouvelle des sorties de plus en plus précoces... Quant à la question de la technique de suture préférable en termes de tolérance, elle était fermée, j'ai répondu quand même par ce que sinon je ne pouvais avancer dans le questionnaire, mais il me semble que cela dépend de beaucoup d'autres éléments, et qu'il n'y ait pas de technique meilleure qu'une autre. Là encore, personnellement quand je suis amenée à suturer un périnée, je ne fais pas ce qui m'est le plus facile à faire, je m'adapte aux tissus, à la manière dont les tissus se sont déchirés ou ont été sectionnés, et la technique 1 fil 1 nœud n'est pas il me semble à adapter en systématique par ce que c'est la nouvelle mode. Les différentes méthodes doivent être maîtrisées mais nous nous devons de nous adapter à la clinique et à chaque nouvelle situation. »

« Nous utilisons de l'argile Verte en cataplasmes dans notre service ainsi que la pratique d'acupuncture (2 collègues avec DU) et avons de bons retours. Personnellement, je ne me fie pas toujours à l'EVA seule pour traiter la douleur périnéale. Il arrive régulièrement qu'une EVA soit cotée supérieure à 4 /5 et que la douleur soit qualifiée de minime avec refus de traitement. Nous avons un protocole dans le service lié à la prise en charge de la douleur basé sur l'EVA mais pas spécifiquement sur la douleur périnéale. Bon courage pour ce travail fort intéressant. »

« Il faut motiver l'équipe à réaliser moins d'épisiotomie et favoriser les déchirures périnéales, voire reformer l'équipe aux manœuvres systématiques de couder et de Ritgen Il faut former tout le monde à la suture 1 fil 1 nœud sur les déchirures 2nd et épisiotomies Il faut informer les sages-femmes sur les droits de prescriptions.... Bref : il y a du boulot !!! »

« Les schémas aident à dédramatiser + le temps passé à expliquer et expérimenter la mobilisation sur l'expiration associée au resserrage du muscle transverse profond lève rapidement l'apprehension et la douleur (tant c'est la "poussée" lors des efforts qui majore la douleur) et redonne confiance + exercice de fausse inspiration qui diminue l'oedème »

DISCUSSION

1. Rappels des principaux résultats et comparaison à la littérature

1.1. Fréquence de surveillance

Au sein d'un même service d'hospitalisation en suites de couches, la charge de travail est fluctuante. En effet, l'intensité de travail dépend du nombre de patientes dans le service et de la santé de chaque femme et de leur nouveau-né. Par exemple si la femme présente une pathologie la surveillance sera

plus rigoureuse ou si l'allaitement a du mal à se mettre en place les professionnels seront amenés à y consacrer plus d'attention. Il paraît difficile de définir concrètement le temps attribué à la patiente et à sa douleur par la SF. Néanmoins il aurait pu être intéressant de questionner les SF sur le temps qu'elles consacrent à la prise en charge de la douleur.

D'après les recommandations du CNGOF du 13 juillet 2015 et à la suite d'une expertise de la littérature, il apparaît une absence de consensus sur la fréquence de surveillance de la femme dans le post partum. Pour autant la douleur fait partie des paramètres à surveiller (24). L'examen clinique du périnée est un outil complémentaire à l'évaluation de la douleur car il permet de la localiser et d'en apprécier les caractéristiques. L'OMS recommande de pratiquer un examen clinique toutes les 4 heures durant les 24 premières heures suivant un accouchement par voie basse (25). Dans notre étude 45,7% des SF déclaraient pratiquer un examen clinique du périnée quotidiennement, 29,8% déclaraient le pratiquer bi-quotidiennement et 24,5% déclaraient le pratiquer plus de 2 fois par jour. Dans une autre étude menée auprès des patientes, seul 74,6% déclaraient avoir eu un examen clinique du périnée quotidiennement (15). Ainsi l'intérêt de notre étude réside dans le principe que tout professionnel doit pratiquer un examen clinique. Il aurait alors été intéressant de poser la question si le praticien pratiquait ou non un examen clinique et ensuite d'en demander la fréquence. Pour autant, entre J0 et J2, seulement 2,1% de SF déclaraient ne plus pratiquer d'examen clinique du périnée. Dans l'ensemble, les résultats sont satisfaisants car l'examen clinique est réalisé tout au long du séjour bien que sa fréquence ne soit pas aussi régulière que le recommande l'OMS.

1.2. Méthodes d'évaluation

1.2.1. Evaluation de la douleur

Comme l'a énoncé la SFETD, « la prise en charge de la douleur repose en premier lieu sur son évaluation permettant d'identifier les facteurs somatiques, psychologiques et sociaux participant à l'expérience douloureuse ». Les échelles permettent d'identifier, de quantifier et de qualifier la douleur. De plus, la pratique de l'évaluation de la douleur est inhérente au critère appelé « Pratique Eligible Prioritaire », sur lequel l'HAS se base pour évaluer la qualité et la sécurité des soins afin de délivrer une certification à l'établissement de santé. Il existe également une évaluation de la traçabilité de cette évaluation dans le dossier du patient (26). Dans notre étude, 17% de SF déclaraient ne pas évaluer la douleur périnéale. Marion FERRAGU relevait que 6,2% patientes n'avaient pas reçu d'évaluation de la douleur (27). Dans notre étude, 83% des SF déclaraient évaluer la douleur périnéale de la patiente, parmi elles 100% déclaraient l'évaluer au repos et 79,5% déclaraient l'évaluer à la mobilisation. Le type d'échelle d'évaluation de la douleur était à l'appréciation du praticien : EVA, EN, EVS. Marion FERRAGU expliquait que l'EN périnéale était inscrite dans 7% des dossiers. L'EN n'était recherchée que lorsqu'il y avait un œdème périnéal ou une inflammation locale durant le séjour en suites de couches. Du point de vu des patientes, l'EN avait été recherchée qu'àuprès de 50% des patientes durant l'hospitalisation à la

maternité (15). La SFAR recommande d'évaluer la douleur toutes les 4 à 6 heures voire plus régulièrement si l'organisation du service le permet (28). Parmi les 83% de SF qui avaient déclaré évaluer la douleur périnéale, 28,2% déclaraient l'évaluer quotidiennement, 33,3% déclaraient l'évaluer bi-quotidiennement et 38,5% déclaraient l'évaluer plus de 2 fois par jour. L'étude de Marion FERRAGU soulignait que l'évaluation de la douleur périnéale n'était jamais évaluée quotidiennement mais seulement 1 fois sur tout le séjour pour 2 dossiers dans le groupe « épisiotomies » et 7 dossiers dans le groupe « déchirures périnéales simples » (15).

Une revue parue en 2017, rappelle que la douleur est une perception et donc qu'elle ne se lie qu'au travers du ressenti et du vécu du patient. En ce sens, il est nécessaire de considérer que le patient doit être seul juge de sa douleur. Dans le cadre d'une douleur aiguë, la localisation de la douleur peut se faire soit en faisant montrer du doigt par le patient sur son propre corps soit en utilisant un schéma du corps où le patient pourrait montrer sa ou ses douleurs (22). Dans notre étude 86,2% des SF déclaraient faire localiser la douleur périnéale.

L'évaluation de la douleur est complétée par l'interrogatoire sur le mode de survenue, le rythme, le type de douleur, les facteurs soulageant et/ou aggravants de la douleur. L'examen clinique permet la recherche de lésion (22).

L'évaluation de la douleur peut être modifiée par certains facteurs tels que les pleurs du bébé qui peuvent rendre plus irritable, la difficulté de l'hospitalisation, le vécu de l'accouchement, la fatigue maternelle...

Le moment de l'évaluation de la douleur n'a pas à ce jour de recommandation, et est susceptible de s'évaluer soit avant, soit pendant ou après l'examen clinique. Toutefois, l'évaluation de la douleur avant l'examen clinique, comme 67/78 (82,1%) SF déclaraient le faire, paraît adaptée car cela permet d'évaluer la douleur spontanée que la patiente peut ressentir et ainsi d'orienter par la suite son interrogatoire ainsi que son examen clinique. En revanche, évaluer la douleur pendant l'examen clinique, comme 13/78 (16,7%) SF déclaraient le faire est également envisageable car cela permet d'évaluer la douleur provoquée et ainsi d'orienter son examen clinique et d'en percevoir les aspects : coloration, lésion, inflammation, suintement...

1.2.2. Evaluation du confort

Le confort est défini selon le dictionnaire Larousse comme la tranquillité psychologique, intellectuelle, morale obtenue par le rejet de toute préoccupation.

Dans notre étude, 16/94 (17%) SF déclaraient ne pas évaluer la douleur. Parmi celle-ci 16/16 (100%) SF déclaraient évaluer le confort périnéal. Alors que parmi les 78/94 (83%) SF qui avaient déclaré évaluer la douleur périnéale, 69/94 (81,2%) SF déclaraient évaluer le confort périnéal. Il nous a donc paru important d'éclaircir cette notion. Peu d'articles font mention de l'évaluation du confort du patient.

Une étude menée en 2012 a voulu évaluer le confort chez les patients cérébrolésés. En effet comme le dit cette étude, le confort est une notion importante pour traduire de la qualité de vie et a pour avantage d'être plus concrète. Il a donc été mis en place une échelle sur la base de l'EVA pour évaluer le confort du patient dans les activités quotidiennes. L'étude a montré une bonne reproductibilité (29). Dans une autre étude, il se posait la question de savoir si douleur et confort sont le reflet l'un de l'autre autrement dit s'il existait un lien entre les 2. Elle s'intéressait à l'évaluation de la douleur et du confort chez des patients après une intervention à potentiel douloureux. Elle a permis de montrer que douleur et inconfort sont corrélés mais qu'ils sont exprimés différemment par les patients. En effet, il semblerait que les patients puissent rapporter une sensation douloureuse et de confort en même temps (30).

L'abord de la douleur par le confort permet d'occuper l'aspect négatif car le seul mot douleur peut rappeler de vifs souvenirs. Cette notion s'intègre dans un processus de communication par l'hypnose. Si la sage-femme demande à la femme « Comment évaluez-vous votre confort périnéal quand vous êtes assise ? Quand vous vous mobilisez ? Quand vous vous occupez de votre bébé ? », elle questionne sur une éventuelle douleur et son retentissement dans le quotidien. Une étude a souhaité évaluer l'impact de l'utilisation d'une échelle de confort à défaut de l'échelle de douleur sur les scores de la douleur en SSPI. L'apport de l'échelle confort dans la communication avec le patient permettrait de décentrer le patient de sa douleur car la notion de confort est vaste. L'évaluation du confort permet de personnaliser la prise en charge puisque chaque patient possède une idée de son propre confort. (31).

1.2.3. Réévaluation après mise en place d'un traitement

Dans notre étude, 80,9% des SF déclaraient évaluer systématiquement la douleur après leurs prises en charges et pour la plupart dans une période de 30 à 60 min (21,3% à 30 min et 39,9% à 60 min). D'après l'étude de Marion FERRAGU, 30% des patientes ont été questionnées sur leur évaluation de la douleur périnéale après la prise d'antalgique. Dans notre étude, l'évaluation systématique de la douleur est satisfaisante. En effet, il est important d'évaluer l'efficacité du médicament pour éventuellement proposer une alternative.

1.3. Transmissions

Dans notre étude, 66% des SF déclaraient prendre en considération les transmissions écrites ou orales de leurs collègues dans la proposition d'un traitement en 1^{ère} intention pour pallier les douleurs périnéales. Parmi les transmissions citées par les sages-femmes, nous en avons retenu 4 qui étaient les plus fréquentes à savoir l'EVA à 28,7%, le traitement déjà donné à 19,1%, le degré de la déchirure à 17% et l'accouchement par extraction instrumentale à 16%. Majoritairement les sages-femmes semblent prendre en compte les éléments du dossier et les transmissions de leur(s) collègue(s) pour mettre en place leur stratégie thérapeutique. Il semblerait que les types de transmissions cités sont

faiblement corroborés aux déterminismes de la douleur en post partum : la primiparité, l'extraction instrumentale et l'analgésie péridurale au cours de la 2ième phase du travail (17).

1.4. Utilisation des différentes médications en fonction de l'EVA décrite

Dans notre étude, le schéma thérapeutique proposé en 1^{ière} intention par les SF pour une EVA < 3 était composé pour 99% d'un antalgique de palier 1 et pour 29% d'un AINS. Les deux étaient associés dans 29% des cas. Pour une EVA entre 3 et 6, 81% des SF utilisaient une bithérapie associant antalgique et AINS. Pour une EVA > 6, 87% des SF utilisaient une bithérapie associant antalgique et AINS. Parmi les antalgiques de pallier 1, le paracétamol 1000mg per os reste le plus utilisé, on note l'apparition dans la stratégie thérapeutique du topalgie 50 ou 100mg per os et du néfopam 20mg per os pour une EVA >6. Les morphiniques sont peu utilisés. Parmi les AINS, le kétoprofène per os 50 ou 100mg reste le plus proposé. Ces résultats sont en accord avec ceux de Marion FERRAGU qui montrait qu'à J0 les traitements instaurés en 1^{ière} intention sont en majorité le paracétamol seul ou associé aux AINS. La trithérapie est minoritaire en 1^{ière} intention (15).

Par comparaison, la réhabilitation précoce post césarienne implique d'administrer plusieurs antalgiques de palier 1 per os systématiquement. L'effet de l'analgésie multimodale associant paracétamol, AINS et Néfopam permet d'obtenir un effet synergique et donc plus d'efficacité sur la douleur. Lorsque la femme est bien soulagée, elle retrouve des mictions spontanées, un transit, se mobilise sans difficultés et peut s'investir pleinement dans les soins au nouveau-né. Dans une étude menée en 2013 sur la prise en charge analgésique en postopératoire de césarienne, il était évalué l'amélioration de l'utilisation des antalgiques, après sensibilisation de l'équipe médicale, ainsi que le ressenti des patientes vis-à-vis de leur douleur. Il a été mis en place un protocole systématique pour les patientes après une césarienne qui comprenait : paracétamol 1g x 4 par jour, kétoprofène 100mg x 2 par jour (sauf contre-indication), néfopam 20mg x 4 par jour si EVN > 3/10, morphine PO 10mg x 4 par jour si EVN > 3/10 et néfopam insuffisant, et morphine SC 5 mg si la voie orale est non accessible. Cette étude a montré l'impact positif d'un tel protocole avec des EVN plus basse entre J0 et J4, période de douleur aigüe après une césarienne ($p<0.01$). Toutefois cette étude a pu mettre en lumière la réticence du personnel soignant à administrer des morphiniques lorsque les antalgiques de palier 1 ne sont pas assez efficace. De plus, elle a pu montrer que les patientes ne signalaient pas toujours leur douleur (32).

Les nouvelles recommandations du CNGOF (2015) place le paracétamol en prise orale en 1^{ière} intention dans le traitement des douleurs périnéales. Elles déclarent également que les AINS sont efficaces sur les douleurs périnéales. En cas d'allaitement maternel, il ne semble pas judicieux d'interrompre la médication, le paracétamol restant la thérapeutique de premier choix. Les AINS comme

l'ibuprofène et le kétoprofène peuvent également être utilisés pendant la période de l'allaitement car il existe un faible passage dans le lait maternel en revanche l'aspirine à dose antalgique est à éviter. Le néfopam est utilisable durant les 48 premières heures du post partum et compatible avec l'allaitement (aucun évènement n'a été rapporté). En ce qui concerne les antalgiques de pallier 2, il est possible d'utiliser le tramadol en courte durée (48 voire 96 heures). Il est à privilégier à la codéine qui présente des effets graves sur le nouveau-né (bradycardie, dépression du système nerveux central, cyanose, nausées, constipation, sédation, difficultés respiratoires et un décès rapporté par le CRAT). Les études ne sont pas unanimes sur la contre-indication à l'utilisation de la codéine et de l'oxycodone. Enfin parmi les antalgiques de pallier 3, la morphine peut être délivrée dans les 24 à 72 heures du post partum même en cas d'allaitement, les données relatives aux concentrations dans le lait sont rassurantes. Il faut malgré tout être vigilant lors de l'utilisation prolongée et à de fortes doses puisqu'on ne peut exclure la survenue d'effets indésirables (sédation et détresse respiratoire) (24,33,34).

1.5. Comparaison des caractéristiques et pratiques des professionnels, avec les recommandations du Réseau Sécurité et Naissance éditée en 2011, relative à la prise en charge de la douleur périnéale en post partum

Le RSN est une association regroupant les 23 maternités présentent en Pays de la Loire et l'ensemble des professionnels intervenants dans le champ de la périnatalité. Elle a pour vocation d'améliorer la coordination des acteurs et la qualité des soins. Dans le cadre de ses missions, elle rédige et diffuse des recommandations et des référentiels afin d'harmoniser les pratiques sur le territoire. En 2011, elle a notamment émis des recommandations sur la prise en charge de la douleur dans le post partum après épisiotomie, déchirure périnéale, suites d'exactions instrumentales et manœuvres (Annexe 6). Ces recommandations étaient classées selon l'EVA : <3 ou gêne acceptable, douleur entre 3 et 6 et douleur >6. Il nous a donc paru intéressant de confronter les pratiques des professionnels sur la prise en charge de la douleur à ces recommandations. Rappelons que 25,5% SF déclaraient avoir un protocole dans le service sur la prise en charge de la douleur, et que parmi elles 83,3% SF déclaraient respecter ce protocole. 20,2% SF déclaraient connaître les recommandations du Réseau Sécurité et Naissance sur la prise en charge de la douleur périnéale. Il aurait pu être intéressant de demander si ces sages-femmes utilisaient ces recommandations. Les pratiques des sages-femmes, déclarées dans le questionnaire, comparées aux pratiques recommandées par le Réseau Sécurité et Naissance nous montre que seul 3 recommandations sur 7 sont respectées. Il s'agit de la proposition du paracétamol 1g pour une EVA <3 ($p=0,02$) et pour une EVA entre 3 et 6 ($p=<10-5$) et de la proposition de glace pour une EVA<3 ($p=0$).

On peut expliquer ces écarts de conformité de la population par :

- L'existence d'un protocole dans le service non similaire aux recommandations du RSN

- Le moment : la nuit, la prise en charge de la douleur peut être retardée pour laisser la femme se reposer ; l'après-midi il y a parfois des visites donc la femme n'est pas forcément disponible pour parler de sa douleur
- Les conditions d'hospitalisation de la femme. Par exemple être dans une chambre double n'est pas forcément propice à ce que la femme parle de sa douleur
- La charge de travail dans le service ne permet pas toujours de prendre le temps de parler de la douleur
- Le médecin n'est pas toujours disponible pour faire les prescriptions médicales qui dépasse le champ de compétence de la sage-femme
- L'habitude de prise en charge de la douleur par le soignant
- Le vécu personnel de la sage-femme vis-à-vis de l'accouchement et de ses suites
- L'existence de doute quant à l'administration de certains médicaments chez une femme allaitante

1.6. Les thérapeutiques non médicamenteuses

Dans notre étude, nous avions décidé d'évaluer la pratique des thérapeutiques non médicamenteuses en fonction de l'EVA. Pour une EVA < 3, les SF déclaraient utiliser des moyens non médicamenteux dans 64%. Pour une EVA entre 3 et 6, les SF déclaraient utiliser des moyens non médicamenteux dans 49%. Enfin pour une EVA > 6, les SF déclaraient utiliser des moyens non médicamenteux dans 48%. Les plus fréquents restaient l'application de froid et l'application de compresses imbibées de soluté hypertonique pour ces 3 catégories. On note tout de même l'ajout de la proposition de prêt de coussin d'assise et de soins locaux à base de sérum physiologique, d'eau ou de bétadine pour une EVA > 6. Dans l'étude de Marion FERRAGU, les propositions de moyens non médicamenteux n'étaient pas proposées dans 83,1% des cas. Les 6 patientes ayant pu bénéficier de moyens non médicamenteux tels que le froid et le sérum hypertonique ou glucosé à 30%, qualifiaient l'association efficace pour les douleurs périnéales. En général, elles déclaraient que les méthodes non médicamenteuses étaient de bons compléments pour soulager les douleurs périnéales (15).

Les nouvelles recommandations du CNGOF (2015) déclarent que la glace est efficace sur les douleurs périnéales (24). Une étude réalisée en 2012, recherchait les bénéfices d'un massage à la glace, de l'acupression ou d'un placebo pour palier à la douleur pendant le travail. Ils ont comparé l'intensité de la douleur immédiatement, à 30 min et 1 heure après l'intervention dans les 3 groupes et ont montré une différence significative ($p<0.05$) en faveur du massage avec de la glace qui procurait un soulagement plus durable (35).

Il est admis également que les postures telle que l'assise en tailleur, le 4 pattes ou toutes autres positions qui sollicite moins le périnée sont bénéfiques.

1.7. Réfection de déchirure

Une étude importante tenue en Angleterre portait sur les bénéfices de la suture en méthode discontinue et en méthode continue. Il apparaît très clairement et à des périodes d'évaluation différentes que la méthode continue par suture des différents plans à l'aide d'un seul fil est la meilleure. En effet, comparée à la méthode discontinue où chaque plan est suturé différemment, cette méthode offre une moindre douleur à différents temps : 2 jours, 10 jours, 3 mois et 12 mois après l'accouchement. Cette méthode dite de Fleming permet également l'utilisation de moins de matériel donc un coût plus faible et est plus rapide (36,37). En contradiction, une étude menée en 2007 à évaluer la sévérité de la douleur selon la méthode de réfection continue et la méthode interrompue et n'a pas trouvé de différence significative entre les 2 méthodes (38). Pour autant, en 2005 dans un communiqué sur la pratique de l'épisiotomie, le CNGOF recommande le surjet continu aux points séparés car cette technique réduit considérablement la douleur et le risque de déhiscence. De plus les patientes semblent plus satisfaites (1).

1.8. Autres alternatives à la prise en charge de la douleur

1.8.1. Infiltration de ropivacaïne

Une étude a voulu identifier l'intérêt de l'infiltration de ropivacaïne lors de la suture d'épisiotomies ou de déchirure dans le but de diminuer les douleurs périnéales en post partum. Cette technique a déjà prouvé son utilité dans les soins post opératoires notamment dans les chirurgies de paroi et les chirurgies proctologiques. Il s'agit d'un anesthésique local avec une longue durée d'action, il possède à la fois une action antalgique et une action anti-inflammatoire qui potentialise l'action antalgique. Les complications sont rares. Dans l'étude il était évalué le bénéfice d'une injection IM et/ou SC de ropivacaïne de 10ml à 7,5mg/ml avant la suture. Elle a prouvé la nette amélioration du ressentie de la douleur de la patiente dans l'immédiat et ce jusqu'à 24 h avec une action optimale pendant 12h ainsi que sa satisfaction à la méthode. Les ENS étaient toutes inférieures ou égales à 3 durant les 24 heures suivant l'injection(16).

1.8.2. Etude LIROPEP

Une étude menée en 2010 a cherché à comparer l'efficacité analgésique de la ropivacaïne, de la lidocaïne ou de la solution saline. La première demande d'analgésique par voie orale était de 13,9 h avec 0,75% de ropivacaïne, 17,0 h avec 1% de lidocaïne et 16,6 h avec une solution saline ($P = 0,104$) ; la proportion de patients qui n'ont pas demandé d'analgésiques par voie orale était de 35%, 54% et 53%, respectivement ($P = 0,09$). Les scores de douleur visuelle analogique étaient faibles et similaires aux trois groupes (ropivacaïne $16,8 \pm 11,6$, lidocaïne $12,4 \pm 9,7$ et solution saline $16,2 \pm 11,5$, $p = 0,08$). La conclusion était que l'infiltration par une des 3 solutions était équivalente à l'analgésie post épisiotomie durant les 24 premières heures de post partum (39).

1.8.3. Médecines alternatives et complémentaires

De plus en plus les femmes sont demandeuses d'une moindre médicalisation. En effet on voit grandir la fréquence des souhaits d'accouchements dans les espaces physiologiques, d'accouchements sans péridurale, d'absence de thérapeutiques. Les médecines « alternatives » ou « complémentaires » constituent un ensemble de pratiques de santé ne faisant pas partie de la médecine « traditionnelle » ou « conventionnelle » qui est basée sur les preuves (EBM) et ne faisant pas partie intégrante du système de santé de ce pays (40). La médecine « alternative » désigne un choix fait par le patient acteur de sa santé. Le terme « complémentaire » est entendu dans le sens où elles peuvent s'associer à des thérapeutiques conventionnelles. Cette médecine peut être un moyen de contourner les médicaments dans certaines caractéristiques médicales (41). En effet elles ont pour caractéristique commune de ne pas utiliser de médicaments ou de molécules chimiques pour soigner. Elles sont en plein essor car de plus en plus de patients en sont demandeurs, faute d'être pleinement satisfaits de la médecine traditionnelle et ayant pour volonté le recours au naturel. Cette démarche s'inscrit aussi dans l'ère d'internet où chacun peut y trouver des informations et s'impliquer dans sa prise en charge. Elles ne se cantonnent pas à un organe ou à une lésion mais permettent une prise en charge du patient dans sa globalité. Le rôle du patient a muté, il n'est plus passif mais veut être acteur de sa santé (42). Il existe un très grand nombre de médecines alternatives ou dite pratiques de soins non conventionnelles comme l'hypnose, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie, la sophrologie, la réflexologie, l'aromathérapie... A l'heure actuelle, seule 4 médecines « alternatives et complémentaires » (MAC) sont reconnues, il s'agit de l'homéopathie, de l'acupuncture, de la mésothérapie et de l'ostéopathie (41). La faiblesse des données scientifiques sur leur utilisation ne permet pas de prouver leur efficacité face à la douleur. Malgré tout, une Cochrane de 2010 sur les thérapies complémentaires et alternatives pour la prise en charge de la douleur durant le travail, a pu mettre en évidence une efficacité pour ce qui est de l'acupuncture et de l'hypnose. Les essais portant sur l'acupuncture ont prouvé une diminution du besoin de soulager la douleur (RR 0,70, IC à 95 % p=0,49 à 1, 2 essais, 248 femmes). Les femmes auxquelles avaient été enseigné l'autohypnose ont présenté une diminution de besoin en analgésiques (RR 0,53, IC à 95 % p=0,36 à 0,79 5 essais 749 femmes) et étaient davantage satisfaites de la prise en charge de leur douleur durant le travail par rapport à un groupe témoin (RR 2,33, IC à 95 % p=1,15 à 4,71, 1 essai) (43). La pratique de ces médecines est conditionnée à l'acquisition de diplômes universitaires ou interuniversitaire, voire d'un diplôme national pour le cas de l'acupuncture. L'accès et l'usage par les professionnels de la santé de ces médecines est très réglementé en France (44) mais « La stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2013-2024 » permet d'entrevoir une avancée dans la libération de ces médecines. En effet, elle prévoit par le biais d'un guide destiné aux Pays membres une aide pour développer les médecines dites complémentaires à la santé, au bien-être et aux soins et favoriser l'intégration de celles-ci dans les systèmes de santé (40). Mais il ne faudrait

pas recourir à ces médecines de manière à les substituer aux méthodes ayant prouvé scientifiquement leur efficacité.

1.9. Représentation du périnée par les femmes

Dans notre étude, 14,9% des SF déclaraient utiliser un schéma pour expliquer la localisation de la cicatrice périnéale et 26,6% déclaraient proposer de visualiser la cicatrice à l'aide d'une glace, d'un miroir, d'une photographie ou autre objet. D'après une enquête auprès de 154 femmes nullipares durant la grossesse, seul 14% disaient avoir une vision précise de ce que signifiait le mot « périnée ». Pour beaucoup la connaissance du rôle et la place des différents orifices du périnée était incorrect. Ces notions avaient pu être véhiculées jusqu'aux femmes, dans plus de la moitié des cas, par la sage-femme (45). On voit bien que la place de la sage-femme est importante afin d'appréhender l'anatomie de l'appareil génital, la sexualité (aussi bien en anténatal lors de cours de préparation à l'accouchement que lors du séjour en suites de couches). Cette connaissance pourrait passer par l'objectivation à travers un schéma du périnée ou en visualisant le périnée sur un miroir. D'autant plus que ces femmes auront pour certaines un périnée cicatriciel qui demandera des soins d'hygiène.

1.10. Durée de séjour et post partum

Les durées de séjours hospitaliers en post partum sont de plus en plus réduites. D'après l'enquête périnatale de 2016, la durée de séjour des mères en maternité après la naissance est en moyenne de 4,0 jours. En 2014, la HAS a défini les durées de séjours « standards » comme étant de 72 à 96 heures en cas d'accouchement par voie basse. Les sorties précoces en cas d'accouchement par voie basse, réservées aux couples mères-enfant à bas risque, sont définies comme des séjours de moins de 72 heures. La fréquence des séjours de 3 jours en cas d'accouchement par voie basse est en augmentation (25,8% en 2010 contre 46,9% en 2016). La fréquence des sorties précoces en cas d'accouchement par voie basse est également en augmentation (3,3% en 2010 contre 5% en 2016) (10).

Selon une étude publiée en 2008 réalisée auprès de 837 patientes ayant accouché par voie basse dans une maternité de New-York et dans une maternité de Caroline du Nord aux Etats-Unis, le taux de dépression 8 semaines après l'accouchement par voie basse était de 11,4%. La douleur en post partum et non le mode d'accouchement aurait une influence sur la persistance de la douleur et sur la survenue d'une dépression : plus la douleur est sévère c'est-à-dire cotée par une EVA entre 7 et 10 et plus il y a un risque de dépression (46). Une étude réalisée en 2016 a voulu identifier la relation entre la douleur post natale et les symptômes dépressifs. Les résultats montrent qu'une douleur plus sévère ou avec un score d'évaluation plus élevé à 3-5 jours du post partum était un prédicteur significatif de symptômes dépressifs à 3 mois du post partum (14).

Les séjours de plus en plus courts dans une période primordiale dans l'avenir du couple mère-enfant impliquent un accompagnement à domicile organisé dès la sortie de la maternité. En effet, l'absence

de relais à la sortie de la maternité avec un professionnel de santé peut être en cause dans l'augmentation des complications maternelles et néonatales dans les cas de séjours très réduits ou même pour des mères nécessitant un soutien quelle que soit la durée de leur séjour. Cela nécessite une coordination hôpital-ville à la sortie de la maternité et une information tout au long de la grossesse afin d'organiser au mieux le retour à domicile (47). C'est pourquoi en 2010 a été mis en place le Prado maternité par l'assurance maladie pour répondre au souhait des femmes ayant accouché d'un enfant sans complications de quitter la maternité tout en bénéficiant d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale. Depuis début 2018, le Prado propose également des sorties précoces aux couple mère-enfant que ce soit par accouchement voie basse ou césarienne. La femme peut également d'elle-même contacter un professionnel de santé : sage-femme ou médecin traitant afin d'organiser un suivi en cas de souhait de sortie précoce.

Il est donc important de s'assurer du relais par un autre professionnel au retour à domicile de la patiente.

2. Limites de l'étude

La méthode de diffusion du questionnaire constituait un biais de recrutement pour plusieurs raisons. Dans un 1^{er} temps, seules les sages-femmes ayant donné leur adresse mail à leur cadre ont pu être contactées. Les relances auprès des cadres des établissements ont malgré tout pu limiter ce biais. Dans un 2^{ième} temps, le nombre de questions visibles sur le questionnaire a pu freiner plus d'une personne autre le fait qu'il était indiqué qu'il ne durait que 10 minutes et qu'en fonction de ses réponses, il n'y avait pas à répondre à toutes les questions. Dans un 3^{ième} temps, une connexion à internet était nécessaire et malgré le fait que les établissements soient connectés il peut exister des restrictions qui ne permettent pas au professionnel de répondre au questionnaire sur le lieu de travail si ce n'est pas possible au domicile.

Nous ne connaissons pas l'année d'ancienneté ou l'année d'obtention du diplôme. Il est probable que les répondantes sont celles qui sont le plus sensibilisées à la douleur. On ne connaît pas le nombre de maternité ayant répondu au questionnaire.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière que la prise en charge de la douleur périnéale en post partum immédiat n'est pas optimale, néanmoins elle tend à s'améliorer. L'OMS estime qu'il faut surveiller la femme dans les suites d'un accouchement toutes les 4 heures. La SFAR recommande d'évaluer la douleur toutes les 4 à 6 heures ou plus régulièrement s'il est possible. L'examen clinique ainsi que l'évaluation de la douleur sont indispensables pour sa prise en charge. La douleur est une notion subjective que chacun définit par son vécu. Dans ces recherches nous nous sommes interrogés sur l'évaluation de la douleur mais aussi du confort périnéal et bien que les études soient peu

nombreuses elles permettent d'aborder la douleur sous un autre angle prenant le patient dans sa globalité. En effet cette conception offre une considération personnalisée du patient puisque seul le patient peut définir son confort. De plus elle permet d'occulter le caractère négatif que le mot douleur évoque. Dans la stratégie visant à pallier la douleur, il semblerait que les sages-femmes soient réticentes à l'utilisation d'une analgésie multimodale d'emblée et qu'elles s'y reporterait qu'en cas de douleur évaluée >3. Pourtant les études sont prometteuses notamment chez les patientes ayant eu une césarienne. L'effet bénéfique que ce type de prise en charge apporte sur le ressenti de la douleur et sur le retour plus rapide aux activités quotidiennes est indéniable. En outre, l'association d'une telle stratégie thérapeutique à des méthodes non médicamenteuses telle que l'application de glace ou de froid semble efficace auprès des patientes et déjà ancrée dans la pratique des soignants. A l'heure actuelle, il existe une véritable avancée des médecines complémentaires dans le champ de la douleur répondant à l'engouement des femmes à une moindre médicalisation. Dans notre étude, il apparaît d'ailleurs que les sages-femmes portent un intérêt à ces médecines. Dans un contexte actuel où les séjours sont de plus en plus courts, la prise en charge de la douleur périnéale est importante. Il convient d'y prêter une attention particulière afin que les meilleures conditions soient réunies pour permettre un retour à domicile pour la femme et son nouveau-né dans la sérénité. Sa prise en charge permet également de faciliter la mise en place du lien mère enfant, de favoriser l'investissement dans les soins au nouveau-né et de prévenir les morbidités à long terme (48). En anténatal comme dans le post partum, la prise en charge de la douleur est tout autant importante que l'information véhiculée à son égard. La sage-femme est donc un interlocuteur de choix car elle a un rôle à jouer dans toutes les périodes environnantes à la naissance.

BIBLIOGRAPHIE

1. CNGOF. Recommandation pour la pratique clinique - L'épisiotomie [Internet]. 2005 [cité 27 oct 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf
2. Enquête sur les accouchements - Dossier n°4 - Sortie de maternité et bien-être des femmes [Internet]. CIANE. 2012 [cité 31 mars 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>
3. Enquête sur les accouchements - Dossier n°5 - Douleur et accouchement [Internet]. CIANE. 2013 [cité 31 mars 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
4. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Définition de la douleur aigüe [Internet]. Prise en charge. [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
5. INSERM. Douleur [Internet]. Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie. 2016 [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>
6. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
7. Dufour A. Commentaire de la nouvelle charte de la personne hospitalisée. Droit Déontologie Soin. 2006;6(3):353-388.
8. Code de la santé publique - Article L1110-5. Code de la santé publique.
9. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. 2012 [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
10. INSERM, DREES. Enquête Nationale Périnatale Rapport 2016 [Internet]. 2016 [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
11. Simon E-G, Laffon M. Soins maternels après accouchement voie basse et prise en charge des complications du post-partum immédiat : recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1101-10.
12. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of Genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain. Birth. 1 mars 1999;26(1):11-7.
13. Morin C, Leymarie MC. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. Rev Sage-Femme. déc 2013;12(6):263-8.
14. Chang S-R, Chen K-H, Lee C-N, Shyu M-K, Lin M-I, Lin W-A. Relationships between perineal pain and postpartum depressive symptoms: A prospective cohort study. Int J Nurs Stud. 1 juill 2016;59(Supplement C):68-78.
15. Ferragu M. Déchirures périnéales simples et épisiotomies : comparaison de la douleur et de sa prise en charge dans le post-partum précoce (J0-J2) [Internet]. Académie de Paris: Ecole de Sages-Femmes Saint Antoine - Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine; 2014 2015 [cité 24 oct 2017] p. 1-107. Disponible sur: http://www.peryonis.com/wp-content/uploads/2016/08/23/MEMOIRE_ENTIER.pdf
16. 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. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 oct 2009;38(6):510-5.
17. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 20 févr 2004;191(4):1199-204.

18. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [Internet]. mars 3, 2006. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
19. Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [Internet]. Haut Conseil de la santé publique; [cité 14 janv 2018]. (Evaluation). Disponible sur: Mars 2011
20. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.
21. DOULEUR EN OBSTETRIQUE [Internet]. Réseau Sécurité et Naissance (RSN); 2011 [cité 24 mars 2018] p. 12. Disponible sur: <http://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/20111103-rsn-pec-douleur-sage-femme.pdf>
22. ACAPO S, SEYRES P, SAVIGNAT E. Définition et évaluation de la douleur. Elsevier Masson. 2017;17(186):44-55.
23. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Sages-Femmes [Internet]. Santé Pays de la Loire. 2016 [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/sages-femmes>
24. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique - Post partum (texte court) [Internet]. 2016 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>
25. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva: World Health Organization; 2003. (Integrated management of pregnancy and childbirth).
26. Démarche qualité et certification [Internet]. [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: /demarche-qualite-et-certification
27. Urion L, Bayoume F, Jandard C, Fontaine B, Bouaziz H. Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 nov 2004;23(11):1050-6.
28. Aubrun F. Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire 1999. :26.
29. Rogeau C, Beaucamp F, Allart E, Daveluy W, Rousseaux M. Validation d'une échelle d'évaluation du confort chez les patients cérébro-lésés. [Http://www.em-Premium.com/data/reviews/18770657v55sS1S1877065712001388.8 sept 2012;55\(S1\):e18](Http://www.em-Premium.com/data/reviews/18770657v55sS1S1877065712001388.8 sept 2012;55(S1):e18).
30. Maizel G, Serra E, Maizel J, Mekil C. Évaluation de la douleur et du confort, travail prospectif sur 116 interventions chirurgicales. [Http://www.em-Premium.com/data/reviews/16245687v13sS1S1624568712003174.29 oct 2012;13\(S1\):A73](Http://www.em-Premium.com/data/reviews/16245687v13sS1S1624568712003174.29 oct 2012;13(S1):A73).
31. Martin L, Bernard F, Musellec H, Guillou N, Houssel P, Virot C. Introduction d'une échelle de confort en SSPI. :4.
32. Deras P, Bonnal A, Barbier M, Morau E, Colson P. Évaluation des pratiques de prise en charge analgésique en postopératoire de césarienne avant et après mesures d'amélioration. Ann Fr Anesth Réanimation. juin 2013;32(6):402-8.
33. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie IV) : usages des médicaments, diététique et addictions – recommandations pour la pratique clinique. Rev Sage-Femme. 1 juin 2016;15(3):156-65.
34. Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement - Guide thérapeutique. 2e éd. Université de Montréal: CHU Sainte-Justine; 2013. 1188 p. (CHU Sainet-Justine).

35. Hajiamini Z, Masoud SN, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. Complement Ther Clin Pract. 1 août 2012;18(3):169-72.
36. Albers L, Borders N. Minimizing Genital Tract Trauma and Related Pain Following Spontaneous Vaginal Birth. J Midwifery Womens Health. mai 2007;52(3):246-53.
37. Techniques de suture continue et discontinue pour la réparation de l'épissiotomie ou des déchirures du second degré | Cochrane [Internet]. Cochrane. 2012 [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD000947/techniques-de-suture-continue-et-discontinue-pour-la-reparation-de-lepisiotomie-ou-des-dechirures-du-second-degre>
38. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2007 [cité 25 mars 2018];(4). Disponible sur: <https://www-scopus-com.buadistant.univ-angers.fr/record/display.uri?eid=2-s2.0-44949171648&origin=relist&sort=plf-f&src=s&st1=Continuous+versus+interrupted+sutures+for+repair+of+episiotomy+or+second+degree+tears.&st2=&sid=06063d821eec182c7d17425215be7d96&sot=b&sdt=b&sl=101&s=TITLE-ABS-KEY%28Continuous+versus+interrupted+sutures+for+repair+of+episiotomy+or+second+degree+tears.%29&recordRank=#references>
39. Schinkel N, Colbus L, Soltner C, Parot-Schinkel E, Naar L, Fournié A, et al. Perineal infiltration with lidocaine 1%, ropivacaine 0.75%, or placebo for episiotomy repair in parturients who received epidural labor analgesia: A double-blind randomized study. Int J Obstet Anesth. 2010;19(3):293-7.
40. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013 [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf?ua=1
41. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/page-2
42. TONCHEVA D. Médecines alternatives [Internet]. ASPH; 2014 déc [cité 23 janv 2018] p. 1-7. Disponible sur: <http://www.asph.be/Documents/analyses-etudes-2014/Analyse-2014-26-medecines-alternatives.pdf>
43. Thérapies complémentaires et alternatives pour la prise en charge de la douleur durant le travail | Cochrane [Internet]. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: [/fr/CD003521/therapies-complementaires-et-alternatives-pour-la-prise-en-charge-de-la-douleur-durant-le-travail](http://fr/CD003521/therapies-complementaires-et-alternatives-pour-la-prise-en-charge-de-la-douleur-durant-le-travail)
44. DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
45. Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues1637408800040003109](http://www.em-premium.comdatarevues1637408800040003109) [Internet]. 18 févr 2008 [cité 12 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/84887/resultatrecherche/1>
46. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. PAIN. 15 nov 2008;140(1):87-94.
47. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Rev Sage-Femme. 1 juin 2013;12(3):105-15.
48. East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. Midwifery. 1 févr 2012;28(1):93-7.

ANNEXES

Annexe 1 : Arrêté du 12 octobre 2011 dixant la liste des médimants que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions. Extrait du Journal Officiel le 20 octobre 2011.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires

NOR : AFSH1303324A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 4151-4 ;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires ;

Vu l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSEM) en date du 9 janvier 2013,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les annexes I, II et III de l'arrêté du 12 octobre 2011 susvisé sont remplacées par les annexes du présent arrêté.

Art. 2. – Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté et de ses annexes, qui seront publiés au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 4 février 2013.

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général de l'offre de soins : *Le sous-directeur des ressources humaines du système de santé,*
R. LE MOIGN

A N N E X E S

A N N E X E I

LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES FEMMES

I. – En primo-prescription :

1^o Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux ;

2^o Antisécrétaires gastriques :

– Antihistaminiques H₂, de préférence la ranitidine ou la famotidine ;

– Inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole ;

3^o Antiseptiques locaux ;

4^o Anesthésiques locaux :

– Médicaments renfermant de la lidocaïne ;

5^o Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée ;

6^o Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur ;

7^o Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques ;

8^o Antispasmodiques ;

9^o Antiémétiques ;

10^o Antalgiques :

– Paracétamol ;

– Tramadol ;

– Néfopam ;

– Association de paracétamol et de codéine ;

– Association de paracétamol et de tramadol ;

– Nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente ;

11^o Anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat ;

12^o Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse ;

13^o Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration ;

14^o Médicaments homéopathiques ;

15^o Laxatifs ;

16^o Vitamines et sels minéraux par voie orale ;

17^o Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural ;

18^o Topiques à activité trophique et protectrice ;

19^o Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques ;

20^o Solutions de perfusion :

– Solutés de glucose de toute concentration ;

– Solutés de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;

– Solutés de gluconate de calcium à 10 % ;

– Solutions de Ringer ;

21^o Ocytociques :

– Produits renfermant de l'oxytocine ;

22^o Oxygène ;

23^o Médicaments assurant le blocage de la lactation ;

24^o Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée ;

25^o Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes : tétonos, diptérie, poliomérite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, affections liées au papillomavirus humain, infections invasives par le méningocoque C ;

26^o Immunoglobulines anti-D ;

27^o Produits de substitution nicotinique ;

28^o Salbutamol par voies orale et rectale.

II. – Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :

1^o Anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l'acide méfénamique ;

2^o Nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis ; 3^o

Nifédipine selon les protocoles en vigueur préétablis.

III. – En cas d'urgence, en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :

1^o Succédanés du plasma composés d'hydroxyéthylamidon dans les états de choc ;

2^o Ephédrine injectable dans la limite d'une ampoule dosée à 30 mg par patiente ; 3^o

Adrénaline injectable par voie sous-cutanée dans les cas d'anaphylaxie ; 4^o Dérivés nitrés, selon les protocoles en vigueur préétablis.

A N N E X E II

LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU DES MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES NOUVEAU-NÉS

I. – En primo-prescription :

1^o Antiseptiques locaux ;

2^o Anesthésiques locaux

:

– Crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne ;

3^o Antalgiques :

– Paracétamol par voie orale ou rectale ;

4^o Antifongiques locaux ;

5^o Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs ;

6^o Oxygène ;

7^o Vitamines et sels minéraux par voie orale :

– La forme injectable est autorisée pour la vitamine K1 ;

8^o Topiques à activité trophique et protectrice ;

9^o Solutions pour perfusion :

– Solutés de glucose (de toute concentration) ;

– Soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;

– Soluté de gluconate de calcium à 10 % ;

10^o Vaccins :

– Vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B ;

– BCG.

II. – En cas d'urgence et en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :

1^o Adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né ; 2^o Naloxone.

A N N E X E III

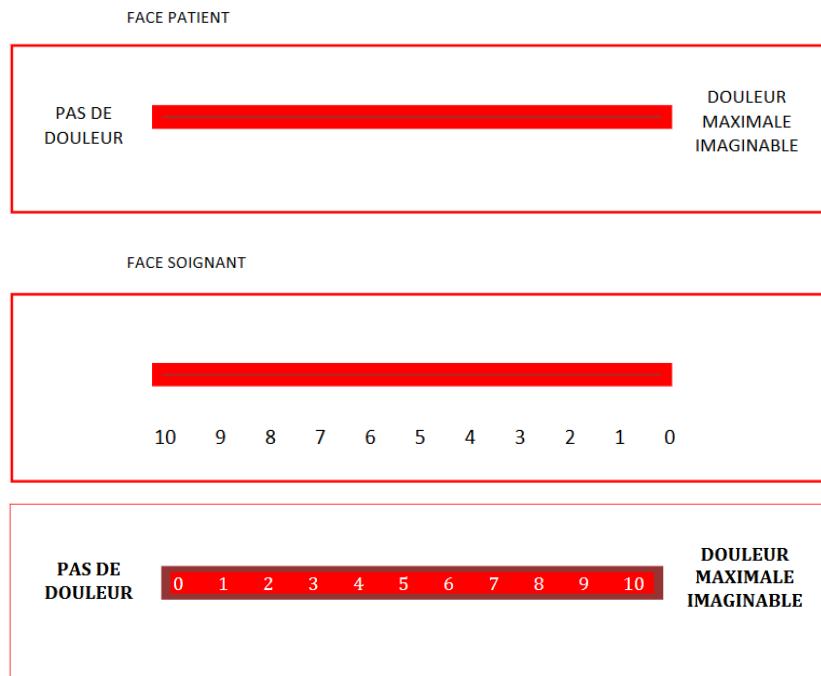
LISTE DES MÉDICAMENTS CLASSÉS COMME STUPÉFIANTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION

Chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente.

Annexe 2 : Recommandation du Réseau Sécurité et Naissance (RSN) de novembre 2011 (21)

2. **Episiotomie, déchirure périnéale, suites d'exactions instrumentales, manœuvres**
 - En cas de douleur, vérifier l'absence de thrombus
 - Si douleur < 3, avec « gêne acceptable »,
 - ✓ Paracétamol 1g x 3 ou 4/j
 - ✓ Glace
 - ✓ Acupuncture
 - ✓ Si œdème vulvaire, traitement anti-œdème¹²
 - ✓ En cas de pics douloureux, paracétamol associé avec codéine
 - ✓ Homéopathie
 - Si douleur entre 3 et 6
 - ✓ Ibuprofène¹³ 200 mg x 2 à 3 fois /jour en l'absence de contre-indications (allergies, gastralgies, ulcères) OU
 - ✓ Ketoprofène¹⁴ 50 à 150 mg x 2 fois /jour. Durée maximale de 48 heures
 - ✓ Paracétamol
 - Si douleur > 6,
 - ✓ Morphiniques¹⁵ sur prescription médicale

Annexe 3 : Echelle d'évaluation de la douleur : EVA et EN, selon la SFETD



Annexe 4 : Palier des antalgiques selon le Réseau Sécurité et Naissance (RSN)(21)

Palier 1 : Antalgiques non opiacés		Exemple de nom commercial*	
Dénomination commune internationale (DCI)	<i>Liste indicative non exhaustive</i>		
Paracétamol	EFFERALGAN DOLIPRANE	DAFALGAN PERFALGAN	
Aspirine	ASPEGIC SOLUPSAN	KARDEGIC	
Ibuprofène	IBUPROFENE ANTARENÉ NUREFLEX	ADVIL SOLUFEN ...	
Kétoprofène	PROFENID	BI-PROFENID	
Néfopam	ACUPAN		
Palier 2 : Antalgiques opioïdes faibles			
Codéine	CODENFAN		
Codéine + paracétamol	CODOLIPRANE EFFERALGAN-CODEINE KLIPAL-CODEINE	
Tramadol	TRAMADOL TOPALGIC	CONTRAMAL ZAMUDOL	
Tramadol + paracétamol	ZALDIAR	IXPRIM	
Palier 3 : Antalgiques opiacés			
Morphine	MORPHINE SEVRÉDOL	ACTISKENAN MOSCONTIN	
Oxycodone	OXYCONTIN		
Buprénorphine	TEMGESIC		
Nalbuphine	NUBAIN		

Annexe 5 : Lettre d'information sur le questionnaire

La prise en charge de la douleur périnéale chez une accouchée ayant un périnée cicatriciel* en post-partum immédiat (J0-J2) par les sages-femmes des maternités de Pays de la Loire. *déchirure (1ier et 2ième degré) ou épisiotomie suturée, sont exclus les éraillures, le périnée complet et le périnée compliqué.

Responsable de la recherche :

M.B MERCIER, Médecin responsable des services de suites de couches à la maternité du CHU d'Angers.

A. LE VIGUENESSE, Sage-femme de suites de couches au CHU d'Angers.

Madame, Monsieur,

Bonjour,

Tout d'abord MERCI de consacrer votre temps pour répondre à mon questionnaire.

Je m'appelle Mégane GUILLON, je suis élève en 5ième année à l'école de sage-femme au CHU d'ANGERS. J'ai pour projet de mener une étude concernant la prise en charge de la douleur périnéale de la femme accouchée en post-partum immédiat. Je souhaite pour cela interroger les SAGES-FEMMES afin d'identifier les différentes pratiques (médicamenteuses et non médicamenteuses) et de les comparer à ce qui est recommandé par le Réseau Sécurité et Naissance ; d'analyser la pratique de l'évaluation de la douleur; sa prise en charge et l'utilisation et de la médecine parallèle et d'observer le nombre de praticiens formés. Ainsi je me permets de vous contacter afin d'obtenir toutes les informations qui me permettront de mener à bien mon étude.

Votre collaboration à cette recherche consistera à remplir le questionnaire d'une durée approximative de 10 MINUTES. Votre participation et les données recueillies vous concernant resteront strictement confidentielles. Les données enregistrées feront l'objet d'un traitement informatisé. Ce questionnaire est strictement ANONYME et conforme à la loi 2004-801 du 06/08/2004 relative à la protection physique à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Pour que nous partions d'une même base théorique, dans mon étude je considère :

- Le POST-PARTUM IMMÉDIAT comme la période allant de J0 A J2
- Les DOULEURS PÉRINÉALES comme toutes les douleurs faisant suite à une DÉCHIRURE (du 1er degré et 2ième degré) ou ÉPISIOTOMIE SUTURÉE, sont exclus les éraillures, le périnée complet et le périnée complet compliqué.

D'avance, je vous remercie pour vos réponses et le temps consacré.

Cordialement.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toutes questions concernant ce projet, vous pouvez communiquer avec :

GUILLON Mégane, élève sage-femme au CHU d'Angers.

guillon.meg@gmail.com

Annexe 6 : Questionnaire Google Form

1. Vous travaillez dans un établissement : *

Une seule réponse possible.

- De niveau 1
- De niveau 2a
- De niveau 2b
- De niveau 3

2. Vous travaillez dans un établissement : *

Une seule réponse possible.

- Privée
- Public

3. A quelle fréquence êtes-vous amené à prendre en charge une femme pour douleur périnéale ? *

Une seule réponse possible.

- Quotidiennement
- 1 fois / semaine
- 1 fois / mois
- 1 fois tous les 6 mois

4. Évaluez-vous la douleur périnéale de la patiente ? *

EVA, EN...

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 5.*
- NON *Passez à la question 11.*

5. A quel moment évaluez-vous la douleur périnéale de la patiente ? *

Une seule réponse possible.

- Avant l'examen clinique
- Pendant l'examen clinique
- Après l'examen clinique

6. Évaluez-vous la douleur périnéale de la patiente au repos? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

7. Évaluez-vous la douleur périnéale de la patiente à la mobilisation? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. A quelle fréquence évaluez-vous la douleur périnéale de la patiente lors de l'arrivée de celle-ci dans votre service? *

Une seule réponse possible.

- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement
- A chaque passage en chambre si patiente vu plus de 2 fois

9. Evaluatez-vous la douleur périnéale de la patiente à cette même fréquence entre J0 et J2 (excepté si la patiente se plaint de douleur périnéale)? *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 11.*
- NON *Passez à la question 10.*

11. A quelle fréquence pratiquez-vous un examen clinique du périnée lors de l'arrivée de la patiente dans votre service (J0) ? *

Une seule réponse possible.

- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement
- A chaque passage en chambre si patiente vu plus de 2 fois

12. Pratiquez-vous un examen clinique du périnée à cette même fréquence entre J0 et J2 (excepté si la patiente se plaint de douleur périnéale) ?

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 14.*
- NON *Passez à la question 13.*

10. A quelle fréquence évaluez-vous après? *

Une seule réponse possible.

- Je n'évalue plus
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

13. A quelle fréquence le pratiquez-vous après ?

Une seule réponse possible.

- Je ne pratique plus
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

14. Evaluatez-vous le confort périnéal de la patiente? *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

Passez à la question 15.

15. Faites-vous décrire le type de douleur périnéale à la patiente? *

Exemple: brûlure, picotement, gêne...

Une seule réponse possible.

Oui

Non

16. Faites-vous localiser la douleur périnéale à la patiente? *

Vagin, grandes lèvres, petites lèvres...

Une seule réponse possible.

Oui

Non

17. Utilisez-vous un schéma/croquis/dessin pour expliquer la localisation de la cicatrice périnéale ? *

Une seule réponse possible.

OUI

NON

18. Proposez-vous systématiquement à la patiente de visualiser la cicatrice périnéale à l'aide d'une glace/miroir, d'une photographie ou autre ? *

Une seule réponse possible.

OUI

NON

Passez à la question 19.

19. Quel(s) type(s) de prise en charge proposez-vous en 1ière intention pour une EVA <3 ou douleur dite acceptable ? *

Plusieurs réponses possibles.

Moyens médicamenteux

Moyens non médicamenteux

Passez à la question 20.

20. Quel(s) type(s) de moyens médicamenteux utilisez-vous?

Plusieurs réponses possibles.

Antalgique (classe I, II ou III)

Anti-inflammatoire non stéroïdien

Anti-oedémateux (type extranase®)

21. Donnez le nom, la forme (IV, SC, PO, suppositoire, topique...) et le dosage pour 1 prise de l'antalgique que vous utilisez le plus souvent

22. Donnez le nom, la forme de prise (IV, SC, PO, suppositoire, topique...) et le dosage pour 1 prise de l'anti-inflammatoire non stéroïdien que vous utilisez le plus souvent

23. En tant que sage-femme, avez-vous besoin de faire appel à un autre professionnel pour cette prescription ? *

Une seule réponse possible.

- OUI, l'Obstétricien
- Oui, l'Anesthésiste
- Non

Passez à la question 24.

24. Quel(s) type(s) de moyens non médicamenteux utilisez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Prêt d'un coussin d'assise
- Application de glace, de froid
- Application de compresses imbibées de soluté hypertonique
- Proposition de soins locaux vulvaires à base de sérum physiologique, d'eau ou de bétadine
- Autre

Passez à la question 25.

25. Quel(s) type(s) de prise en charge proposez-vous en 1ière intention pour une EVA entre 3 et 6 ou douleur dite moyenne ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Moyens médicamenteux
- Moyens non médicamenteux

Passez à la question 26.

26. Quel(s) type(s) de moyens médicamenteux utilisez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Antalgique (classe I, II ou III)
- Anti-inflammatoire non stéroïdien
- Anti-oedémateux (type extranase®)

27. Donnez le nom, la forme (IV, SC, PO, suppositoire, atopique...) et le dosage pour 1 prise de l'antalgique que vous utilisez le plus souvent

28. Donnez le nom, la forme de prise (IV, SC, PO, suppositoire, atopique...) et le dosage pour 1 prise de l'anti-inflammatoire non stéroïdien que vous utilisez le plus souvent

29. En tant que sage-femme, avez-vous besoin de faire appel à un autre professionnel pour cette prescription?

Une seule réponse possible.

- Oui, l'Obstétricien
- Oui, l'Anesthésiste
- Non

Passez à la question 30.

30. Quel(s) type(s) de moyens non médicamenteux utilisez-vous? *

Plusieurs réponses possibles.

- Prêt d'un coussin d'assise
- Application de glace, de froid
- Application de compresses imbibées de soluté hypertonique
- Proposition de soins locaux vulvaire à base de sérum physiologique, d'eau ou de bétadine
- Autre

Passez à la question 31.

31. Quel(s) type(s) de prise en charge proposez-vous en 1ière intention pour une EVA > 6 ou douleur dite intolérable ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Moyens médicamenteux
- Moyens non médicamenteux

Passez à la question 32.

32. Quel(s) type(s) de moyen médicamenteux utilisez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Antalgique (classe I, II ou III)
- Anti-inflammatoire non stéroïdien
- Anti-oedémateux (type extranase®)

33. Donnez le nom, la forme (IV, SC, PO, suppositoire, atopique...) et le dosage pour 1 prise de l'antalgique que vous utilisez le plus souvent

34. Donnez le nom, la forme de prise (IV, SC, PO, suppositoire, atopique...) et le dosage pour 1 prise de l'anti-inflammatoire non stéroïdien que vous utilisez le plus souvent

35. En tant que sage-femme, avez-vous besoin de faire appel à un autre professionnel pour cette prescription? *

Une seule réponse possible.

- Oui, l'Obstétricien
- Oui, l'Anesthésiste
- Non

Passez à la question 36.

36. Quel(s) type(s) de moyens non médicamenteux utilisez-vous?

Plusieurs réponses possibles.

- Prêt d'un coussin d'assise
- Application de glace, de froid
- Application de compresses imbibées de soluté hypertonique
- Proposition de soins locaux, vulvaire à base de sérum physiologique d'eau ou de bétadine
- Autre

Passez à la question 37.

37. Est-ce que les transmissions de votre collègue et la lecture du dossier prédéterminent votre choix dans le traitement à proposer en 1ière intention ? *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 38.*
- NON *Passez à la question 39.*

Passez à la question 38.

38. Quelle(s) information(s) orale(s) et/ou écrite(s) prédétermine(nt) votre choix dans le traitement à proposer en 1ière intention ? *

Donner les mots clés

39. Réévaluez-vous systématiquement la douleur périnéale de la patiente après votre prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 40.*
- NON *Passez à la question 41.*

Passez à la question 40.

40. Si oui, combien de temps après ? (EN MINUTES) *

Passez à la question 41.

41. Prescrivez-vous systématiquement des antalgiques et/ou anti-inflammatoires chez une patiente présentant un périnée cicatriciel ? *

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

42. Quand décidez-vous d'arrêter le traitement (médicamenteux ou non) ?

Plusieurs réponses possibles.

- La patiente ne parle plus de sa douleur
 A l'interrogatoire elle dit ne plus avoir mal ou EVA =0
 La patiente ne souhaite plus prendre le traitement
 Autre

43. Si vous avez coché "autre", précisez :

Passez à la question 44.

44. Dans votre expérience, quel type de suture sur le plan cutané est le moins douloureux ? *

Une seule réponse possible.

- 1 fil 1 noeud
 Points séparés

45. Dans le service où vous travaillez, existe-t-il un protocole sur la prise en charge des douleurs périnéales ? *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 46.*
 NON *Passez à la question 47.*

Passez à la question 46.

46. Respectez-vous ce protocole? *

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

Passez à la question 47.

47. Connaissez-vous les recommandations (2011) du Réseau Sécurité et Naissance quant à la prise en charge de la douleur périnéale en post partum ? *

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

48. Proposez-vous des soins parallèles à une patiente présentant une douleur périnéale comme la sophrologie, la relaxation, l'acupuncture, l'homéothérapie, l'aromathérapie... que ce soit vous ou l'une de vos collègues qui possède une formation ou un diplôme? *

Une seule réponse possible.

OUI *Passez à la question 49.*

NON *Passez à la question 51.*

49. Ces soins parallèles... *

Une seule réponse possible.

Vous y êtes formé(e) personnellement (DU, formation...) *Passez à la question 50.*

C'est une pratique de service *Passez à la question 51.*

50. A quel(s) type(s) de pratique(s) êtes-vous formé(e)? *

51. Avez-vous des commentaires à faire?

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
RAPPELS	4
1. Evaluation de la douleur	4
2. Classes des antalgiques.....	4
MATERIEL ET METHODE	5
1. Schéma d'étude	5
2. Matériel	5
3. Méthode.....	5
4. Statistiques	7
RESULTATS	8
1. Diagramme de flux	8
2. Caractéristiques de la population	9
3. Connaissances et pratiques des professionnels de l'étude	10
3.1. Pratiques des sages-femmes.....	10
3.2. Prise en charge de la douleur par les sages-femmes.....	13
3.3. Pratique des médecines complémentaires	15
3.4. Les commentaires des sages-femmes	16
DISCUSSION	16
1. Rappels des principaux résultats et comparaison à la littérature	16
1.1. Fréquence de surveillance	16
1.2. Méthodes d'évaluation.....	17
1.2.1. Evaluation de la douleur	17
1.2.2. Evaluation du confort	18
1.2.3. Réévaluation après mise en place d'un traitement	19
1.3. Transmissions	19
1.4. Utilisation des différentes médications en fonction de l'EVA décrite	20
1.5. Comparaison des caractéristiques et pratiques des professionnels, avec les recommandations du Réseau Sécurité et Naissance éditée en 2011, relative à la prise en charge de la douleur périnéale en post partum	21
1.6. Les thérapeutiques non médicamenteuses	22
1.7. Réfection de déchirure	23
1.8. Autres alternatives à la prise en charge de la douleur	23
1.8.1. Infiltration de ropivacaïne.....	23
1.8.2. Etude LIROPEP	23
1.8.3. Médecines alternatives et complémentaires	24
1.9. Représentation du périnée par les femmes	25
1.10. Durée de séjour et post partum	25
2. Limites de l'étude	26
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES.....	31
TABLE DES TABLEAUX.....	46

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques des sages-femmes incluses dans l'étude « Pratiques hospitalières de 94 sages-femmes face aux douleurs périnéales du post partum immédiat (J0-J2) en Pays de la Loire ».....	9
Tableau 2: Tableau descriptif des types de transmissions qui peuvent influencer dans le choix du traitement à proposer en 1ière intention	12
Tableau 3: Comparaison des caractéristiques et pratiques des professionnels, avec les recommandations du Réseau Sécurité et Naissance éditée en 2011, relative à la prise en charge de la douleur périnéale en post partum	15
Tableau 4: Tableau descriptif des formations des sages-femmes	15

ABSTRACT

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis un siècle et demi, le progrès médical sur la prise en charge de la douleur s'est principalement focalisé sur la période du travail et de l'accouchement et récemment sur la douleur post opératoire de la césarienne. Les revendications récentes des usagers autour des violences obstétricales font prendre conscience du chemin qu'il reste à parcourir pour offrir une pleine satisfaction de la femme dans la période pré et post natale. Dans le contexte de notre étude, il convient de se poser des questions sur l'évaluation et sur la prise en charge de la douleur par les soignants dans le post partum que ce soit par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux. D'autant que les femmes sont demandeuses d'une moindre médicalisation et ont recours aux médecines dites « complémentaires ».

Méthode : Audit clinique des pratiques, multicentrique réalisé auprès des sages-femmes exerçant dans les services de suites de couches des maternités des Pays de la Loire, mené par un questionnaire déclaratif en ligne, du 24 octobre 2017 au 3 janvier 2018.

Résultats principaux : 78/94 (83%) SF déclaraient évaluer la douleur périnéale de la patiente. 85/94 (90,4%) SF déclaraient évaluer le confort périnéal. Les SF déclaraient utiliser une bithérapie comprenant antalgique et anti-inflammatoire non stéroïdien pour 27/93 (29%) pour une EVA <3, pour 76/94 (81%) pour une EVA entre 3 et 6 et pour 82/94 (87%) pour une EVA >6. Les SF déclaraient associer un moyen médicamenteux et un moyen non médicamenteux pour 31/94 (33%) pour une EVA <3, pour 46/94 (49%) pour une EVA entre 3 et 6 et pour 45/94 (48%) pour une EVA >6. Les moyens non médicamenteux que les SF déclaraient le plus souvent utilisés étaient l'application de glace, de froid sur le périnée : 94/94 (100%) pour une EVA <3, 93/94 (99%) pour une EVA entre 3 et 6 et 92/94 (98%) pour une EVA >6 ; et de compresses imbibées de soluté hypertonique : 32/94 (34%) pour une EVA <3, 35/94 (37%) pour une EVA entre 3 et 6 et 37/94 (39%) pour une EVA >6.

68/94 (72,3%) SF déclaraient proposer des soins parallèles à une patiente présentant des douleurs périnéales.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en lumière que la prise en charge de la douleur périnéale en post partum immédiat n'est pas optimale, néanmoins elle tend à s'améliorer. L'examen clinique ainsi que l'évaluation de la douleur sont indispensables pour sa prise en charge. La douleur est une notion subjective que chacun définit par son vécu. L'apport de l'évaluation du confort périnéal permettrait d'évaluer la douleur sous un autre angle en prenant le patient dans sa globalité. De plus la mise au point d'une stratégie thérapeutique multimodale semble efficace chez les femmes ayant eu une césarienne mais les sages-femmes semblent réticentes s'agissant des femmes accouchant par voie basse. L'engouement général des patients pour les médecines complémentaires se fait aussi ressentir dans la pratique des sages-femmes qui s'y forment de plus en plus. En anténatal comme dans le post partum, la sage-femme a un rôle à jouer dans la prise en charge et l'abord de la douleur périnéale.

Mots-clés : douleur, périnée, sages-femmes, antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, prise en charge, médicaments, moyens non médicamenteux, confort, médecines complémentaires, maternité

Introduction : For the last century and a half, medical progress on the management of pain has focused mainly on the period of labor and childbirth and recently on the postoperative pain of cesarean section. The recent demands of users around obstetric violence make them aware of the path that remains to be travelled to offer a full satisfaction of the woman in pre and post natal period. In the context of our study, questions should be asked about the assessment and the management of pain by caregivers in the post partum, whether through medicated or non-medicated means. Especially since women are seeking a lesser medicalization and use the so-called « complementary » medicines.

Method : Clinical audit of practices, multicentricity carried out among midwives practising in the services of maternal layer suites of the Pays de la Loire, conducted by a declarative online questionnaire, from 24 October 2017 to 3 January 2018.

Main results : 78/94 (83%) midwives reported evaluating the patient's perineal pain. 85/94 (90,4%) midwives declared evaluating perineal comfort. Midwives reported using a bitherapy consisting of analgesic and non-steroidal anti-inflammatory drugs for 27/93 (29%) for an EVA <3, for 76/94 (81%) for an EVA between 3 and 6 and for 82/94 (87%) for an EVA >6. Midwives reported associating a medicated and non-medicated medium for 31/94 (33%) for an EVA <3, for 46/94 (49%) for an EVA between 3 and 6 and for 45/94 (48%) for an EVA >6. The non-medicated means that midwives declared most often used were the application of ice, cold on the perineum : 94/94 (100%) for an EVA <3, 93/94 (99%) for an EVA between 3 and 6 and 92/94 (98%) for an EVA >6 ; and compresses soaked with hypertonic solute : 32/94 (34%) for an EVA <3, 35/94 (37%) for an EVA between 3 and 6 and 37/94 (39%) for an EVA >6. 68/94 (72,3%) midwives claimed to offer parallel care to a patient with perineal pain.

Conclusion : This study made it possible to highlight that the management of perineal pain in immediate postpartum is not optimal, nevertheless it tends to improve. The clinical examination and the evaluation of the pain are indispensable for its management. Pain is a subjective notion that everyone defines through his or her own life. The contribution of the evaluation of perineal comfort would allow to evaluate the pain from a different angle by taking the patient as a whole. Moreover, the development of a multimodal therapeutic strategy seems to be effective in women who have had a caesarean section, but midwives appear reluctant for women who give birth in a low way. The general enthusiasm of patients for complementary medicines is also felt in the practice of midwives who are forming more and more. In antenatal as in the postpartum, midwife has her role to play in the care and the first of perineal pain.

Keywords : pain, perineum, midwives, analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs, care, medications, non-medications, comfort, complementary medicines, maternity