

UNIVERSITÉ DE NANTES

UFR DE MÉDECINE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2011-2016

**Prise en charge de la douleur des patientes
césarisées, ressentis et difficultés des
sages-femmes :**

Cas du CHU de Nantes dans le service de suites de couches.

Mémoire présenté et soutenu par :

LORET Mélanie

Née le 15 septembre 1992

Directeur de mémoire : Docteur Marion DEREZ PREL

Remerciements

Je souhaiterais remercier toutes les sages-femmes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Un grand merci à ma directrice de mémoire, le docteur Marion DEREZ PREL, pour sa disponibilité et tous ses précieux conseils qui m'ont permis de réaliser l'ensemble de ce travail.

Merci à Madame Catherine Ferrand, sage-femme cadre enseignante, pour ses corrections apportées.

Merci à Madame Solène Carvalho, sage-femme cadre, pour ses précisions.

Merci à ma famille de m'avoir soutenue et corrigée dans ma rédaction.

Merci à David, pour sa patience, son soutien et pour avoir toujours cru en moi tout au long de mes études de sage-femme.

Merci à toute la promotion 2012-2016 pour sa solidarité, pour ces si belles rencontres, qui m'ont permis de connaître non seulement de futures collègues, mais aussi de vraies amies.

A mes amis du lycée.

Glossaire

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DCPC : Douleurs chroniques post chirurgicales

DPC : Développement professionnel continu

DPO : Douleur postopératoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IVL : Intra Veineux Lent

PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	3
I. TRANSMISSION DE LA DOULEUR	4
II. MODULATION DE LA DOULEUR.....	6
III. DOULEUR POSTOPERATOIRE APRES UNE CESARIENNE.....	7
IV. PLUS LOCALEMENT AU CHU DE NANTES.....	16
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE	17
I. OBJECTIFS.....	17
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
III. RÉSULTATS	22
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	40
I. RÉSULTATS PRINCIPAUX ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE.....	40
II. LIMITES DE CETTE ÉTUDE.....	49
III. PLACE DE LA SAGE-FEMME ET OUVERTURE	51
CONCLUSION	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
ANNEXES.....	59

Introduction

La douleur n'a pas toujours été prise en compte dans le suivi de la grossesse des femmes et à la naissance de leurs enfants. Autrefois, les douleurs telles qu'à l'accouchement étaient si minimisées qu'on les appelait le « Mal Joli ».

Mais avec l'arrivée de la préparation à la naissance, l'essor de l'analgésie péridurale ainsi que les mouvements féministes, la douleur a progressivement disparu de nos rites et coutumes occidentaux nécessaires à « l'enfantement ».

Cette douleur représente le cœur du métier de la sage-femme. La prendre en charge constitue maintenant une obligation réglementée dans les compétences de cette profession médicale, mais elle s'élargit en fait vers tous les personnels soignants, médicaux et paramédicaux. En obstétrique mais aussi dans tous les domaines de la santé, soulager les patientes est également un devoir éthique et moral qui s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globalisée des femmes.

Depuis 1994, la prise en charge de la douleur est considérée comme un problème de santé publique. Trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédés depuis 1998 et cette prise en charge fait maintenant partie des 100 priorités de santé publique depuis la loi de Santé Publique du 9 août 2004.

Le dernier plan 2006-2010 (1) a prévu d'améliorer la formation initiale des professionnels de santé. Il avait également pour but de renforcer la qualité des prescriptions des professionnels, les bonnes pratiques et l'accès facilité et sécurisé des antalgiques du palier III. Son évaluation par le Haut Conseil de la Santé Publique a intégré la profession des sages-femmes dans l'amélioration d'une formation continue concernant la douleur. La formation médicale continue (FMC) est d'ailleurs devenue une obligation depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002. Elle a pour objectif « *l'entretien et le perfectionnement des connaissances ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique* ». De plus, cette thématique concernant la douleur est désormais intégrée dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui fait partie du développement professionnel continu (DPC).

Le rôle majeur des sages-femmes dans l'accompagnement et la prise en charge de la douleur de leurs patientes montre qu'il semble important de discerner les différents facteurs qui peuvent influencer leur prise en charge antalgique. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux patientes césarisées séjournant en suites de couches.

Ce mémoire rappelle en première partie quelques généralités concernant la douleur, notamment la douleur postopératoire, ainsi que les traitements utilisés pour soulager une patiente ayant eu une césarienne. Nous développerons ensuite la démarche de notre enquête avant d'exposer et de discuter nos résultats.

Première partie : généralités

La douleur est définie depuis 1986 par l'International Association of Study of Pain (IASP) comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* ».

Pour l'Homme il s'agit d'un phénomène nuisible. Néanmoins, lorsqu'elle est aiguë, cela permet de localiser la lésion, d'en définir le type, l'intensité, la durée et l'évolution grâce à ses composantes sensori-discriminative, émotionnelle, cognitive et comportementale (2).

Il existe une variabilité interindividuelle en termes de perception de la douleur. Elle est personnelle, subjective, et certains facteurs tels que l'âge, le sexe et l'origine ethnique font varier cette perception (3–5).

Quatre types de douleur sont répertoriés (6). La plus fréquente est la douleur nociceptive. Elle correspond à un influx douloureux généré par un ou plusieurs stimulus nociceptif (-s). Les douleurs neuropathiques surviennent quant à elles après une lésion du système nerveux central ou périphérique. Les douleurs idiopathiques comportent entre autres les syndromes régionaux douloureux complexes (SRDC) qui regroupent les algodystrophies et causalgies faisant suite à un traumatisme orthopédique ou à un déficit neurologique. Enfin, le dernier type correspond aux douleurs psychogènes.

De manière générale, quel que soit le type de douleur, elle peut être aiguë et d'apparition brutale, voire chronique (6) et alors définie comme un syndrome (7) selon la Haute Autorité de Santé (HAS).

Nous nous intéresserons plus particulièrement à la douleur aiguë, ou douleur dite adaptée, qui correspond à un « signal d'alarme » et n'apparaît que lorsque le seuil d'activation des nocicepteurs est dépassé (6).

I. TRANSMISSION DE LA DOULEUR

A. 1^e étape : relais médullaire

Trois relais (2) successifs permettent la genèse de la douleur aiguë.

Imaginons une personne qui se coince un doigt dans une porte. Les terminaisons libres sont des fibres A δ et C. Ce sont des récepteurs polymodaux, c'est-à-dire peu spécifiques qui réagissent à la chaleur, aux réactions chimiques et mécaniques (8).

Tableau I : caractéristiques des fibres

TYPE DE FIBRE	A δ	C
DIAMÈTRE (μm)	1-5	0,2-1,5
DEGRÉ DE MYÉLINISATION	Important	Absence
VITESSE DE CONDUCTION (m/s)	5-30	0,5-2
SENSATION DOULOUREUSE	Rapide	Lente et diffuse

De ce fait, on peut voir que les fibres A δ participent à la première sensation douloureuse aiguë (le pincement dans notre cas) et qu'au contraire, les fibres C non myélinisées contribuent à générer une réponse plus tardive et diffuse, atteignant les zones périphériques saines (9). Ces dernières sont responsables du phénomène d'adaptation, de maintien et d'entretien de la douleur et ce même après l'arrêt de la stimulation nociceptive. Elles représentent jusqu'à 90 % des récepteurs cutanés mais on les retrouve également sur les viscères ainsi que les séreuses (10).

Les fibres A δ et C sont appelées nocicepteurs car elles engendrent un phénomène algogène quand elles sont activées. Le terme « nociception », employé par Sherrington (8) au début du XX^e siècle, caractérise un stimulus dont l'intensité entraîne des réactions de défense ayant pour but de préserver l'intégrité de l'organisme. Il faut les différencier des fibres A β qui envoient des informations tactiles et proprioceptives concernant la position et les mouvements du corps dans l'espace (8).

C. 3^e étape : relais cortical

Après intégration corticale du message, une réponse motrice naît à partir du cortex frontal grâce à des fibres efférentes. Celles-ci sont divisées en motoneurones supérieurs qui se dirigent jusqu'à la moelle spinale et en motoneurones inférieurs qui rejoignent les muscles en périphérie. S'il y a génération d'une réponse motrice, elle concerne d'abord la motricité réflexe, c'est-à-dire le fait de retirer son doigt de la porte grâce aux fibres A δ . D'autres réactions motrices seront engendrées via les fibres C (9).

II. MODULATION DE LA DOULEUR

Lorsqu'un signal électrique se déclenche après une stimulation douloureuse au niveau des afférences primaires, il se produit de façon synergique la libération d'une soupe inflammatoire comprenant notamment du glutamate, de l'aspartate, de la substance P, des cholécystokinines, des calcitonin generelated peptids (CGRP)... qui modulent la réponse douloureuse en l'excitant ou en l'inhibant.

Le but est de lutter contre les messages excitateurs et de renforcer les mécanismes inhibiteurs pour empêcher l'intégration corticale du message douloureux et éviter qu'il n'arrive jusqu'à la conscience. Cela se traduit par l'activation d'interneurones inhibiteurs, qui libèrent, entre autres, des enképhalines et de l'acide gamma aminobutyrique (GABA), mais également par l'inhibition des interneurones excitateurs, qui ne sécrètent plus de substance P ni de cholécystokinines et induisent l'arrêt de la diffusion de l'information nociceptive (8).

A. Segmentaire

Selon la théorie de Wall et Melzack (8), il y a un Gate Control à chaque segment de moelle utilisant des afférences métamériques spécifiques. Il s'agit d'un filtre de conduction rapide car ce système utilise la voie lemniscale, formée de fibres myélinisées de grand calibre. Celles-ci servent habituellement à véhiculer la sensibilité extéroceptive et le tact fin depuis les cordons dorsaux grâces et cunéiformes jusqu'aux zones de relais thalamocorticales. Mais lorsqu'un phénomène douloureux est initié, ces fibres sont sollicitées pour diminuer la réponse globale à cet influx, voire en inhiber complètement l'intégration, et procurer une analgésie. Elles agissent de façon concomitante avec les interneurones localisés à chaque synapse, lesquels ont pour but l'inhibition des afférences.

B. Supra segmentaire

La modulation de l'influx nociceptif au niveau supra segmentaire est surtout liée à la formation réticulée, notamment grâce au raphé Magnus du bulbe rachidien et à la substance grise périaqueducule du mésencéphale. Comme ceux-ci sont situés dans le tronc cérébral, c'est donc principalement à ce niveau que sont libérées des molécules telles que la sérotonine, la noradrénaline et les opioïdes endogènes responsables d'une réponse inhibitrice sur les afférences.

Le concept du contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN) est une autre théorie selon laquelle l'influx nociceptif, en plus d'être relayé vers les centres supérieurs, envoie des afférences à l'origine d'une réponse inhibitrice diffuse (11).

Au niveau cortical, après intégration du message, il y a décision d'inhibition de l'influx nociceptif de façon locale, voire générale et/ou mise en place d'une réponse motrice.

III. DOULEUR POSTOPÉRATOIRE APRÈS UNE CÉSARIENNE

A. Physiopathologie

La douleur après une césarienne est une douleur postopératoire (DPO). Elle fait partie des douleurs fortes comparables à celles d'une hystérectomie ou d'une laparotomie (12). Son intensité croît les premières quarante-huit heures, puis diminue les deux à trois jours suivants (13).

Elle est liée d'une part à un excès de nociception à l'origine du premier signal d'alarme qui déclenche un phénomène d'hyperalgésie et d'autre part aux contractions utérines ressenties par la patiente (13). L'hyperalgésie est d'abord primaire et correspond à une majoration de la sensation douloureuse à l'endroit de la cicatrice, mais elle est ensuite secondaire par diffusion de la perception de la douleur en périphérie de la zone inflammatoire, c'est-à-dire en zone saine (14). Les mécanismes périphériques et centraux mis en jeu à partir de la cicatrice chirurgicale entraînent des phénomènes d'hypersensibilisation qui tendent à accroître et pérenniser la sensation douloureuse (14).

C'est pourquoi l'analgésie en période postopératoire doit être la plus efficace possible et couvrir la période des cinq jours les plus douloureux pour soulager de façon optimale la patiente, lui permettre une mobilisation rapide tout en limitant les effets secondaires (13).

Selon la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), il est impossible de prédire le niveau de douleur perçue et la consommation d'antalgique pour un patient donné (12).

B. Recommandations

Le conseil national des gynécologues obstétriciens de France (CNGOF) fournit peu de recommandations, et celles-ci concernent surtout les soins postopératoires. Il est seulement précisé que la morphine doit être administrée en intrathécal après une anesthésie locorégionale et par voie veineuse autocontrôlée après une anesthésie générale. En postpartum immédiat, les techniques analgésiques dépendent donc de l'anesthésie utilisée (anesthésie générale, analgésie péridurale, rachianesthésie ou rachipéricombinée) lors de la réalisation de la césarienne. On ne retrouve pas de contre-indications mentionnées par rapport à l'allaitement maternel (15).

Il est d'actualité d'évoquer le concept de réhabilitation précoce, développé par Kehlet et dont le but est de favoriser le rétablissement complet et rapide de la patiente pour diminuer le temps d'hospitalisation, favoriser la déambulation et ainsi diminuer les risques thromboemboliques (16). Il consiste en plusieurs mesures telles que la reprise précoce de l'alimentation et des boissons, un retrait rapide de la perfusion intraveineuse et de la sonde urinaire, l'infiltration d'agent anesthésique local dans la cicatrice, la réduction du temps de séjour à la maternité et une analgésie multimodale (17).

Cette dernière utilise la voie systémique avec un relais per os précoce compatible avec l'allaitement selon les recommandations formalisées d'experts de 2008 du comité douleur anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la SFAR. Elle associe des agents morphiniques en systémique ou en périmédullaire avec des agents non morphiniques tels que le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), le tramadol ou encore le néfopam. Elle peut comprendre une infiltration d'anesthésiques locaux ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par injection unique ou continue, bloc ou cathéter du plan abdominal transverse (TAP block) (13,18). L'analgésie multimodale a pour objectif un score inférieur à 3 sur l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) chez au moins 90% des patientes (19).

Il n'y a actuellement pas de gold standard concernant la prise en charge de la douleur post césarienne. Mais comme la douleur augmente l'insatisfaction, les options permettant de la prendre en charge doivent être exploitées afin de soulager au mieux les patientes. Ces options dépendent des médicaments disponibles, des protocoles existants ou non dans le service, des préférences individuelles, des ressources disponibles ainsi que de l'aspect financier (20).

Après une chirurgie peu ou moyennement douloureuse, les antalgiques de palier I et II sont recommandés en utilisation seule, mais pour les chirurgies entraînant de fortes douleurs notamment liées à un excès de nociception, la morphine peut être intégrée à un schéma d'analgésie multimodale notamment lorsque la douleur persiste ou augmente. De par les caractéristiques spécifiques de chacun des principes actifs, il est également recommandé de débiter leur administration trente minutes avant la fin de l'intervention, ce qui signifie alors que l'analgésie multimodale commence dès la période péri opératoire (21).

C. Antalgiques utilisés

Tableau II : classification des antalgiques selon les différents paliers (OMS)

PALIER	I	II	III
EVA	< 40 mm	> 40 mm et < 70 mm	> 70 mm
DOULEUR	Légère à modérée	Modérée à intense	Très intense
ANTALGIQUES	Non opioïdes	Opioïdes faibles	Opioïdes forts

1) Antalgiques du palier I

- *Paracétamol*

Le paracétamol est un antalgique antipyrétique n'ayant pas d'action anti-inflammatoire par inhibition des cyclo-oxygénases périphériques. Il permet de réduire la consommation de morphiniques, et son association avec un AINS potentialise leur effet. Il est administré préférentiellement par voie orale grâce à sa bonne biodisponibilité. Le délai d'action est de l'ordre de 30 minutes et le pic de concentration plasmatique apparaît au bout d'une heure environ. Sa posologie est de 4g/j répartis toutes les six heures (21).

Un mauvais contrôle de la douleur pendant toute la période péri opératoire amène à des complications qui affectent le devenir des patientes. D'ailleurs, les termes anglo-saxons « preventive » et « preemptive » définissent chacun deux techniques différentes d'administration du paracétamol en péri-opératoire (22). La technique preventive consiste à agir pendant l'acte chirurgical par anticipation pour contrôler la douleur induite par la sensibilisation du système nerveux central, tandis que la technique preemptive permet d'agir avant la chirurgie, pour prévenir l'apparition de toute altération dudit système. Cette dernière n'est pas recommandée par la SFAR (21).

L'administration d'1g de paracétamol en intraveineux (IV) 30 minutes avant l'induction chirurgicale permettrait cependant d'effectuer un contrôle hémodynamique engendrant une baisse significative de la fréquence cardiaque et des tensions artérielles systoliques et diastoliques (22).

Ses effets indésirables sont rares et sont majoritairement liés à un surdosage (>8g) responsable d'une hépatotoxicité résolutive via l'administration d'acétylcystéine.

- *Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) apparentés au palier I*

Les AINS ont toute leur place dans l'analgésie postopératoire car ils sont efficaces sur les douleurs somatiques et viscérales, notamment sur la douleur provoquée. Leur association avec des opioïdes est synergique et permet aussi de réduire les effets indésirables des morphiniques. Ils ont donc un rôle d'épargne morphinique. Par ailleurs, la morphine en périmédullaire est plus efficace qu'en intrathécale si elle est associée aux AINS et les effets secondaires sont les mêmes. Ils sont administrés 30 à 60 minutes avant la fin de l'intervention pour diminuer les fortes douleurs en postopératoire immédiat (21).

Leur action anti-inflammatoire consiste en une inhibition des cyclo-oxygénases périphériques, mais ils possèdent également des propriétés analgésiques et antipyrétiques et antiagrégants plaquettaires. Ils sont contre-indiqués à partir de 24 semaines d'aménorrhée, mais aussi chez les patients ayant des anomalies préalables de l'hémostase, chez les insuffisants rénaux et cardiaques, chez les cirrhotiques, chez les patients ayant des antécédents d'hémorragie digestive ou d'ulcère gastro-intestinal, chez les asthmatiques, chez les patients avec une hypovolémie ou une infection grave. La durée de ce traitement est limitée dans le temps notamment à cause de sa toxicité gastrique et de sa fonction antiagrégant plaquettaire (21).

2) Antalgiques du palier II

▪ *Tramadol*

Le tramadol est un analogue de la codéine. Il possède un mécanisme d'inhibition centrale de la recapture de la sérotonine ainsi que de la noradrénaline et a une action opioïdérique faible. Il est métabolisé dans le foie par le système enzymatique du cytochrome P450. Le risque de dépression respiratoire est rare. En postpartum il est efficace, bien toléré et procure moins de constipation et de vomissements que les opioïdes. Dans la pratique, il fait partie de la stratégie d'analgésie multimodale quand il est combiné à une administration régulière d'antalgiques non opioïdes. L'efficacité de 100 mg de tramadol intraveineux ou oral est comparable à celle de 5 à 15 mg de morphine. Le pic analgésique est atteint en 60 minutes et la durée d'action est de l'ordre de 6 heures. Les effets secondaires sont des nausées et des vomissements, mais aussi des vertiges et une sédation. Sa dose maximale journalière est de 600mg/j en IV ou 400mg/j en PO (21,23).

Tout comme la codéine, les effets du tramadol peuvent varier selon le polymorphisme génétique des patientes. Les variabilités les plus connues concernent les phénotypes CYP2D6 du cytochrome P450 qui métabolisent très rapidement le principe actif en morphine. En maternité, pour les mères qui allaitent leur enfant et qui sont porteuses de ce phénotype particulier, il semblerait qu'il n'y ait pas plus de risque d'effets secondaires à l'exposition au tramadol de leur mère lorsque cette administration est de courte durée. Pour les enfants dont la mère a reçu du tramadol pendant le travail, on estime que, du fait de l'immaturation de leur système rénal, la demi-vie de ce composant dans leur organisme est de 7 heures (23).

▪ *Codéine*

La codéine est un opioïde faible métabolisé par le foie après ingestion. Elle reste cependant dix fois moins puissante que la morphine. Un guideline canadien (24) suggère que la codéine peut être prescrite aux mères allaitantes mais à des doses minimales, et sur des durées les plus courtes de moins de quatre jours. Selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) (25), la codéine expose le nouveau-né à un risque de sevrage si elle est administrée à des doses supra-thérapeutiques. Son passage dans le lait maternel ne concerne que 7% de la dose ingérée par la mère. Elle peut donc être prescrite en fin de grossesse (sous réserve de prévenir de l'utilisation de ces produits près de l'accouchement) et pendant l'allaitement.

- *Néfopam*

Le néfopam est un analgésique central pur non morphinique. C'est un inhibiteur de la recapture des monoamines : sérotonine, dopamine et noradrénaline. Il est administré soit à 20 mg en IVL, soit à 40mg en sublingual. Il agit en 15 minutes et son efficacité est comparable à 10 mg de morphine. Il peut provoquer des nausées et des vomissements, des sueurs, des vertiges, des rashes cutanés. Il est contre-indiqué chez les patientes épileptiques (21). Selon le CRAT (25), aucun élément inquiétant n'a été signalé, bien qu'il n'y ait pas de données sur son administration pendant la grossesse. Il est cependant conseillé de prescrire une association de paracétamol et de codéine avant d'administrer du néfopam. Dans le cadre d'un allaitement maternel, il est préférable de l'administrer dans les 24 à 48 premières heures du postpartum. Au-delà, il faut attendre 10 heures après la dernière prise pour reprendre l'allaitement.

3) Antalgiques du palier III

- *Nalbuphine*

La nalbuphine est un agoniste antagoniste de la morphine au même titre que la buprénorphine. Sa biodisponibilité est de 60%. A dose équianalgésique par rapport à la morphine, il existe un même risque de dépression respiratoire avec un risque inférieur de ralentissement du transit (21). Il n'y a pas d'études publiées sur son utilisation pendant la grossesse mais aucun effet indésirable n'a été rapporté. Il n'y a pas de risque de tératogénicité. Pendant le travail, il existe un risque notamment de dépression respiratoire néonatale d'où une administration possible à distance de l'accouchement. Si la patiente allaite par la suite, on pourra prescrire cet antalgique pendant 24 à 72 heures mais pas au-delà.

- *Morphiniques*

Lorsqu'aucun autre antalgique n'est efficace pour pallier la douleur de la patiente, la prescription de morphine est envisageable sur une période inférieure à 72 heures en cas d'allaitement maternel (CRAT). Si la morphine a été administrée peu avant la naissance de l'enfant, il existe un risque de sevrage néonatal plusieurs jours après la dernière prise. Les symptômes sont alors caractérisés par des trémulations, une hypertonie, une irritabilité ainsi qu'un cri aigu.

Chez la mère, le risque de dépression respiratoire existe mais est précédé d'autres effets indésirables tels que la somnolence, les bradypnées et apnées, les nausées et vomissements, la rétention d'urines, le ralentissement du transit intestinal et le prurit (21). Ce risque peut être réduit selon la voie d'administration utilisée, notamment par voie péridurale, en bolus, en continu ou en PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia). De plus, une bonne analgésie est conservée lorsque la dose administrée est inférieure à 3mg. Le prurit n'a pas d'effet dose-dépendant sous cette voie-là mais la sédation est quant à elle plus importante, d'où la nécessité d'une surveillance accrue, ce qui est difficile à envisager en maternité en raison de la charge de travail.

En intrathécal après une rachianesthésie, l'analgésie peut durer jusqu'à vingt-quatre heures mais il existe un effet plafond, un prurit et des nausées-vomissements doses-dépendants. Cette voie-là ainsi que la voie péridurale garantissent l'absence de passage dans le lait maternel (13).

La morphine utilisée par voie systémique concerne principalement les césariennes sous anesthésie générale, ou en complément pour les autres techniques anesthésiques. La voie systémique ne dure pas plus de 24 à 48 heures d'où un relais per os rapide en maternité.

Selon la SFAR, « *la morphine utilisée en titration consiste à administrer par voie intraveineuse une quantité fractionnée de morphine (2 à 3 mg chez l'adulte toutes les 5 à 10 min), jusqu'à obtenir un soulagement jugé satisfaisant par le patient* ». En obstétrique, lorsqu'un relais est nécessaire, il s'agit souvent d'un relais par PCA qui correspond à une analgésie auto contrôlée. Ces méthodes analgésiques satisfont les patients à plus de 90% malgré un soulagement toléré par une EVA entre 3 et 4/10 et une réaction douloureuse non modifiée à la mobilisation (21). Contrairement à d'autres articles, la SFAR ne recommande pas l'utilisation de la voie orale pour la période postopératoire.

Un article concernant l'administration de morphine orale à libération immédiate (MOLI) en postopératoire a été rédigé par des anesthésistes français en 2011. D'après eux elle peut être prescrite dès 24 heures en analgésie de secours chez les femmes ayant repris une alimentation, avec des doses inférieures à 20mg dès l'apparition d'une douleur modérée (EVA 4-6/10) si on l'associe avec un antiémétique et un laxatif. Cet antalgique n'est pas contre-indiqué en cas d'allaitement. Si la morphine a été administrée en intrathécal, il existe jusqu'à la 36^e heure un risque de dépression respiratoire, lequel est cependant très faible à partir de 24 heures (26).

Les morphiniques associés avec un anesthésique local permettent de prolonger l'analgésie en postopératoire immédiat (4 heures), de diminuer les nausées, de réduire les

doses d'anesthésique local et de prolonger l'analgésie (surtout la rachianesthésie par rapport à la péridurale) (27).

4) Autres agents et techniques utilisés pour l'analgésie multimodale

▪ *Kétamine*

La kétamine est une molécule administrée en intraveineux dans le cadre d'une anesthésie générale. Une étude publiée en 2011 par l'International Journal of Obstetric Anesthesia a voulu démontrer l'efficacité de l'administration de 10mg de kétamine en intraveineux dans le cadre d'une analgésie multimodale. Il s'agit d'une étude randomisée en double aveugle. Les résultats ont finalement montré que l'administration de kétamine en intraveineux était associée à une baisse des douleurs perçues à deux semaines de l'intervention malgré une consommation d'antalgiques équivalente en postopératoire par rapport au groupe n'ayant pas reçu de kétamine. En revanche, ils ne montrent pas de bénéfice par rapport à l'induction de morphine en intrathécal pour l'analgésie postopératoire (28).

▪ *Instillation pariétale*

C'est une technique d'analgésie locale, par infiltration d'un AINS, d'un anesthésique local voire d'un opiacé au niveau des espaces sous cutanés ou musculo aponévrotiques des berges d'une cicatrice. L'injection peut être unique, continue par cathéter péri cicatriciel, ou elle peut concerner un bloc du plan abdominal transverse (TAP block) (29). Ce plan est en fait un espace neurovasculaire limité antérieurement par les muscles obliques internes et postérieurement par les muscles transverses de l'abdomen.

Cette technique permet de limiter l'hyperalgésie secondaire en bloquant la transmission de l'influx douloureux. Une étude a pu montrer que son administration à la fin d'une césarienne programmée sous rachianesthésie pouvait diminuer les douleurs pariétales dans les quatre premières heures. Selon d'autres études ces effets sont bénéfiques jusqu'à quarante-huit heures (29).

Parmi les anesthésiques locaux utilisés, la ropivacaïne donne une meilleure tolérance et une meilleure efficacité par rapport à la bupivacaïne. Il existe une différence significative dès la première demi-heure et jusqu'à vingt-quatre heures. Les scores sur l'échelle numérique simple sont aussi diminués à la mobilisation. L'instillation pariétale représente

donc une technique simple qui réduit la douleur, diminue la consommation de morphine et contribue facilement et avec innocuité à l'analgésie multimodale (30).

D. Allaitement maternel

Le transfert des molécules jusque dans le lait maternel s'effectue de manière passive. La pharmacodynamie des principes actifs susceptibles de passer dans le lait maternel dépend de leur poids moléculaire (plus il est élevé, moins il passe dans le lait), de leur degré d'ionisation (plus le principe actif est ionisé, plus il est hydrosoluble et moins il passe dans le lait), de leur liposolubilité et de leur liaison aux protéines plasmatiques. Les médicaments dont les principes actifs sont lipophiles comme les opioïdes ont donc tendance à se concentrer dans le lait. Le colostrum contient peu de graisses et limite alors le passage des substances lipophiles. Mais il faut également prendre en compte l'immaturation hépatique du nouveau-né qui constitue un risque non négligeable d'accumulation des molécules transmises dans le lait. On peut calculer la dose reçue par le nouveau-né soit par méthode directe en calculant la concentration dans le lait soit en faisant un ratio entre lait et plasma maternel (19).

En ce qui concerne le paracétamol, les doses reçues sont toujours largement inférieures à celles utilisées en néonatalogie. Les AINS sont quasiment peu détectables car leur fixation aux protéines est de 99%. La codéine et le tramadol peuvent être prescrits pour une courte durée de façon à limiter le risque d'accumulation hépatique. Lorsque la morphine a été administrée par voie intraveineuse chez la mère, les scores neurocomportementaux des bébés ne sont ni modifiés ni moins bons que ceux dont les mères n'ont pas reçu de morphine. En PCA le ratio lait/plasma est inférieur à 1, mais avec l'oxycodone, il est de 3 et peut rester potentiellement dans le lait jusqu'à la 36^e heure. Il n'y a pas de risque si la morphine a été injectée par voie intrathécale et périurale. Une enquête effectuée en France a montré que l'analgésie multimodale était inchangée, que la mère allaite ou non, dans 60% des cas (19). La codéine passe dans le lait avec un ratio de 1,3 mais le pourcentage de la dose ingérée est très faible (27).

IV. PLUS LOCALEMENT AU CHU DE NANTES

Une revue de 34 dossiers (31) a été réalisée au CHU de Nantes en 2014 par J. Fernandès, ancienne sage-femme cadre des suites de couches. Elle a montré qu'il n'y avait pas de protocole de prise en charge spécifique de la douleur des patientes césarisées, et que les prescriptions d'antalgiques du palier I contenaient toutes du *Paracétamol*, avec 76% d'entre elles complétées par des *AINS*. Pour le palier II, 44% des prescriptions contenaient du *Tramadol*, et 58% du *Néfopam* avec quelques patientes ayant bénéficié des deux prescriptions. Enfin la prescription d'antalgiques du palier III ne concernait que 8,8% des patientes à qui il était prescrit de la *Nalbuphine*.

Par ailleurs, l'évaluation de la douleur montrait qu'un tiers des patientes avaient une EVA > 5 dans les 12 premières heures, puis 18% jusqu'à 48 heures.

Nous nous sommes donc interrogés sur les faits suivants : puisque, d'après l'enquête périnatale 2010, en France 21% des femmes accouchent par césarienne, et que celle-ci crée des douleurs considérées comme fortes pendant au moins 48 heures, comment les sages-femmes parviennent-elles à prendre en charge la douleur de ces patientes césarisées en suites de couches malgré l'absence de protocole ? Comment gèrent-elles les 18% de femmes souffrant toujours de douleurs modérées à intenses 48 heures après leur intervention ?

Cela nous a amenés aux questions de recherche suivantes :

Quelle antalgie est utilisée en suites de couches pour les patientes césarisées au CHU de Nantes ? La prise en charge de la douleur est-elle source de difficultés pour les sages-femmes ?

Deuxième partie : l'étude

Quelle antalgie est utilisée en suites de couches pour les patientes césarisées au CHU de Nantes ? La prise en charge de la douleur est-elle source de difficultés pour les sages-femmes ?

I. OBJECTIFS

Les objectifs ayant motivé la réalisation de ce mémoire sont les suivants :

- Réaliser un état des lieux à propos de la prise en charge de la douleur des patientes césarisées par les sages-femmes au CHU de Nantes. Existe-t-il une prise en charge type ? Les pratiques sont-elles standardisées ?
- Evaluer la conformité de cette prise en charge par rapport aux recommandations existantes.
- Mettre en évidence d'éventuelles difficultés des sages-femmes dans la prise en charge de la douleur des césariennes en suites de couches et comprendre les facteurs l'influençant.

Nous avons choisi de réaliser ce mémoire en deux parties. La première étape consiste en une analyse des prescriptions postopératoires faites par les médecins anesthésistes-réanimateurs du bloc obstétrical tandis que la seconde a pour but d'interroger les sages-femmes concernant leurs difficultés de pratique dans l'antalgie des femmes césarisées en suites de couches.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Première partie : « Analyse des feuilles de prescriptions postopératoires »

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a permis d'analyser de façon descriptive les prescriptions postopératoires.

1) *Méthode*

Nous avons utilisé le logiciel ÉpiData pour établir notre grille de recueil de données. Nous y avons ainsi retranscrit tous les antalgiques prescrits sur la feuille de prescriptions postopératoires servant aux sages-femmes de suites de couches lorsque la patiente retourne en maternité, ainsi que tous ceux rajoutés par les mêmes sages-femmes pendant le séjour de la patiente.

Nous avons inclus les patientes ayant été césarisées du 1^{er} mai au 31 juin 2015. Nous avons relevé le nom de toutes les patientes ayant eu une césarienne durant cette période, puis nous nous sommes déplacés aux archives afin de recueillir ces données.

Sachant que de nouvelles feuilles de prescriptions postopératoires ont été mises en place au début du mois de mars 2015, nous avons choisi de ne commencer cette analyse qu'à partir du 1^{er} mai. Cela a permis de laisser le temps aux équipes de s'habituer à cette nouvelle mise en forme, et de pouvoir ainsi analyser l'utilisation optimale de ces prescriptions.

2) *Effectif et population de l'échantillon*

Pour calculer l'effectif minimal de dossiers à recueillir, nous nous sommes appuyés sur les 8,8% de patientes de l'étude de 2014 ayant reçu comme prescription un antalgique du palier III. En acceptant une marge d'erreur de 5%, il nous fallait un effectif minimal de 113 dossiers.

Du 1^{er} mai au 30 juin, nous avons obtenu 110 dossiers de patientes césarisées.

Ont cependant été exclues les patientes ayant séjourné en réanimation avant de retourner en maternité.

Aucun autre critère d'exclusion n'a été pris en compte. Le but de l'analyse était de savoir si les prescriptions antalgiques étaient homogènes pour l'ensemble des femmes césariées. Nous avons donc inclus les césariennes avec un singleton, les gémellaires, celles sous anesthésie générale et rachianesthésie, ainsi que celles des patientes ayant eu des complications telles qu'une hémorragie du post partum et/ou une hystérectomie ...

3) *Durée de l'étude*

L'analyse, débutée le 29 mai 2015, a été répartie en plusieurs journées ou demi-journées jusqu'au 25 août 2015.

B. Deuxième partie : « Distribution de questionnaires destinés aux sages-femmes »

La seconde étude consiste en la distribution de questionnaires (cf annexe page 61) auprès des sages-femmes travaillant en suites de couches.

1) Méthode

L'anonymat était garanti : les sages-femmes ne devaient pas être influencées dans leurs réponses et pouvaient laisser libre cours à leurs commentaires.

Concernant la distribution du questionnaire, nous avons déposé des enveloppes dans chaque salle de soins du service de suites de couches. Nous en avons également affiché en grossesses à haut risque et en salle de naissance, car nous voulions interroger le plus grand effectif possible de sages-femmes ayant travaillé en suites de couches depuis le début de l'année 2015. Puis nous sommes allés à la rencontre des sages-femmes en garde dans chaque service, et nous n'avons donc interrogé que celles ayant travaillé en suites de couches. Enfin nous leur avons remis le questionnaire en main propre et leur avons expliqué où le déposer une fois rempli.

2) Effectif et population de l'échantillon

L'intérêt d'avoir interrogé les sages-femmes qui ont travaillé dans ce service au premier semestre (de janvier à mai), ainsi que celles qui y travaillent actuellement, était de ne pas biaiser les résultats. En effet, les sages-femmes ayant travaillé en suites de couches avant la mise en place des nouvelles feuilles de prescriptions postopératoires n'auraient pas pu répondre à certains items du questionnaire.

Pour la distribution, nous avons obtenu de la cadre du service la liste des sages-femmes ayant été en suites de couches aux premier et deuxième semestres. Elles étaient 19 de janvier à mai et 20 au deuxième semestre. 5 sages-femmes n'ont pas changé de service entre les deux semestres. Pour disposer d'un plus grand effectif, nous avons interrogé les sages-femmes titularisées et contractuelles (au nombre de 2) diplômées avant 2015, et également les sages-femmes de la suppléance ayant travaillé en suites de couches depuis la mise en place des nouvelles prescriptions postopératoires. Parmi les sages-femmes titularisées, 5 sont restées dans le même service pour le deuxième semestre.

3) *Durée de l'étude*

La distribution a commencé à la fin du mois de juin 2015, car nous voulions que les sages-femmes du deuxième semestre s'adaptent aux nouvelles feuilles de prescriptions. Nous avons ensuite récolté ces questionnaires jusqu'à fin août 2015.

32 questionnaires ont été distribués.

III. RÉSULTATS

A. Première partie : « Analyse des feuilles de prescriptions postopératoires »

Sur les 110 dossiers présents au départ, 85 étaient analysables.

80% des feuilles de prescriptions postopératoires des césariennes ayant eu lieu entre mai et juin 2015 ne sont pas signées.

Voici l'ensemble des antalgiques qui ont été prescrits par les médecins anesthésistes-réanimateurs du bloc obstétrical en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Tableau I : Antalgiques prescrits par les anesthésistes en SSPI

Antalgique	Type	% (N=85)
Palier I	<i>Paracétamol</i>	98,8
	<i>Ibuprofène</i>	1,2
	Biprofénid®	78,8
	Profénid®	2,4
Palier II	<i>Tramadol</i>	1,2
	<i>Néfopam</i>	89,4
	<i>Nalbuphine</i>	12,9
Palier III	<i>Oxycodone</i>	40,0

Le *Paracétamol* et l'*Ibuprofène* sont prescrits en per os, respectivement à 1g x4 par jour et à 400mg x3 par jour. La dose unitaire du *Kétoprofène* est de 150mg (x2 par jour si

besoin) pour le Biprofénid® chez 62,9% des anesthésistes, les autres l'ont prescrit à 100mg. Quant au Profénid®, lorsqu'il est prescrit, sa dose en per os est de 100mg x2 par jour.

Concernant le palier II, le *Tramadol* est prescrit en per os à 50mg x3 par jour, le *Néfopam* est prescrit en sublingual par les anesthésistes à 20mg x4 par jour et la *Nalbuphine* est autorisée après H24 à 20mg x3 par jour. Cette dernière est parfois prescrite avec contre-indication précisée si la femme allaite.

L'*Oxycodone* est prescrite dans 38,8% des cas, pour une posologie de 5mg x4 par jour de manière générale, sauf une seule prescription dans laquelle elle est prescrite à 10mg.

Quant aux prescriptions réalisées en maternité par les sages-femmes, on observe que **19%** ne sont pas signées. On retrouve également que **73%** des prescriptions anesthésiques initiales sont complétées par les sages-femmes en suites de couches au cours du séjour de la patiente.

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des antalgiques ajoutés par les sages-femmes pendant le séjour en maternité des patientes césarisées.

Tableau II : Antalgiques prescrits par les sages-femmes en maternité

Antalgique	Type	% (N=62)
Palier I	<i>Paracétamol</i>	1,6
	<i>Ibuprofène</i>	54,8
	Biprofénid®	0
	Profénid®	14,5
Palier II	<i>Tramadol</i>	69,3

B. Deuxième partie : « Distribution de questionnaires destinés aux sages-femmes »

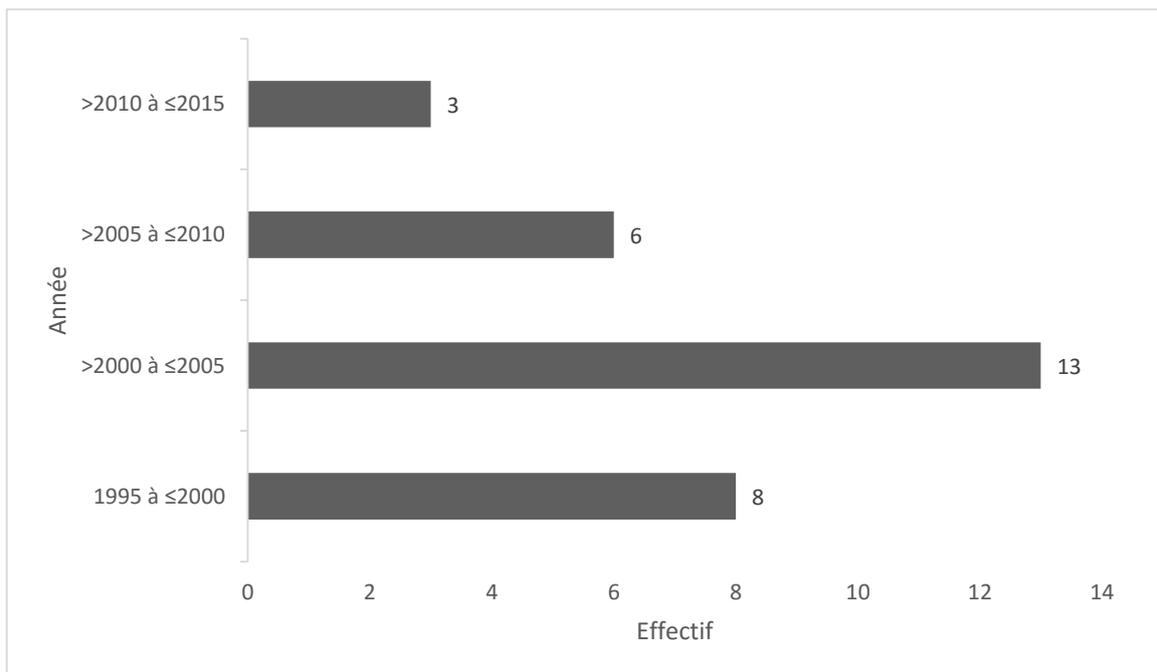
Sur les 32 questionnaires distribués, un seul n'a pas été récupéré. Un dernier n'a pas pu être analysé parce qu'il était trop incomplet.

Au total, nous avons donc analysé 30 questionnaires.

Nous avons de plus voulu séparer l'effectif des 30 sages-femmes en plusieurs classes selon l'année d'obtention de leur diplôme. Le but était de mettre en évidence une différence dans les réponses obtenues selon l'ancienneté des sages-femmes. Pour des questions d'effectif, nous n'avons pu séparer l'ensemble des sages-femmes qu'en deux groupes selon la médiane. Nous les avons nommés « *classe la plus récente* » et « *classe la moins récente* ».

- **Question 1 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ?**

Graphe 1 : Année d'obtention du diplôme (N=30)



Les réponses varient de 1995 à 2014. La médiane est de 2004 et ne diffère pas de la moyenne. Dans notre étude les sages-femmes ont environ 11 ans d'expérience. La

proportion la plus importante de sages-femmes concerne celles qui ont été diplômées entre 2000 et 2004.

- **Question 2 : En quelle année avez-vous débuté votre exercice au CHU de Nantes ? (N=30)**

Les réponses varient de 1997 à 2015. La médiane est 2006 et est environ égale à la moyenne (2006,9). Les sages-femmes travaillant au CHU sont donc présentes depuis 9 ans en moyenne.

- **Question 3 : Avez-vous été formée spécifiquement sur la prise en charge de la douleur ?**

La majorité des sages-femmes, soit 24/30, ne sont pas formées spécifiquement sur la prise en charge de la douleur.

- **Question 4 : Si oui, dans quel cadre ?**

Tableau III : Types de formation reçues par les sages-femmes

Formation	N=6
Au sein du service au CHU de Nantes	3
Au sein d'une autre maternité	1
Obtention d'un diplôme universitaire	2
Personnelle	2

Au total, 6 sages-femmes ont reçu une formation concernant la prise en charge de la douleur.

- Deux sages-femmes ont précisé s'être doublement formées via l'obtention d'un diplôme universitaire et une formation au sein d'une autre maternité
- Les deux sages-femmes ayant reçu une formation personnelle ont précisé qu'il s'agissait :
 - d'une formation à l'hypnose pour l'une
 - d'un mémoire de fin d'études sur la prise en charge de la douleur du nouveau-né en néonatalogie pour l'autre.

De plus, on remarque que 3 sages-femmes sur 6 ayant suivi une formation, sont réparties dans chacune des classes « la moins récente » et « la plus récente ». L'expérience et l'ancienneté ne semblent pas avoir influé sur la formation des sages-femmes.

▪ **Question 5 : Vous sentez-vous suffisamment formée pour prendre en charge la douleur des patientes césarisées ? (N=30)**

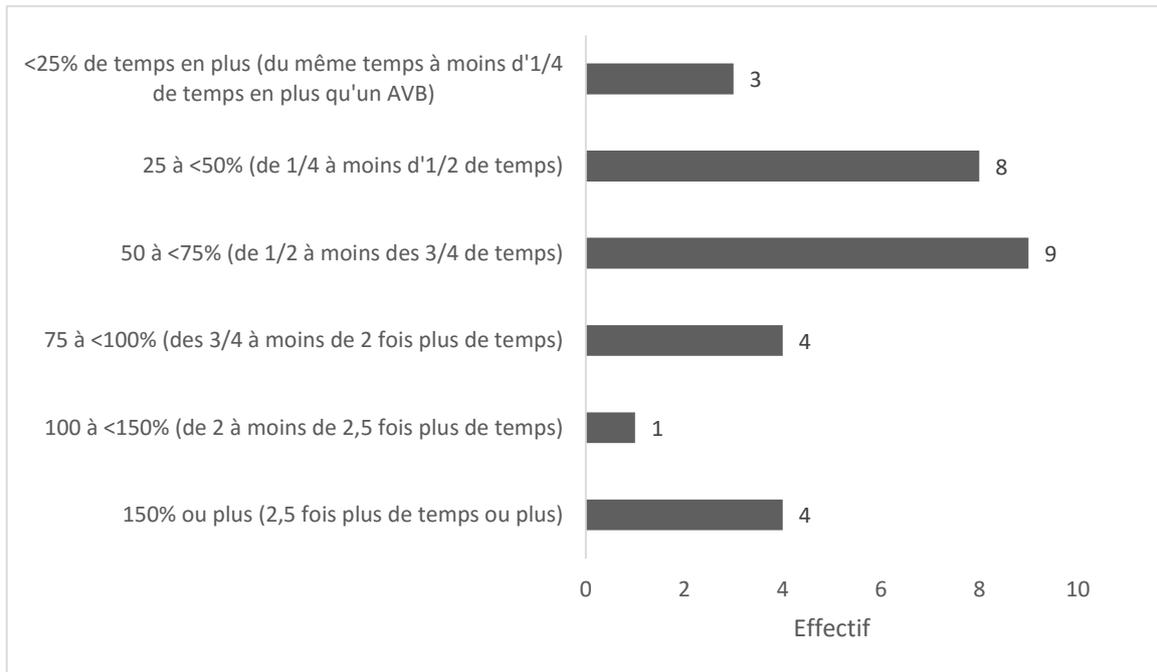
20 sages-femmes considèrent être suffisamment formées pour prendre en charge la douleur des patientes césarisées. Il n'y a pas de différence significative entre le groupe de sages-femmes diplômées le plus récemment et l'autre groupe.

▪ **Question 6 : La prise en charge de la douleur des patientes césarisées <H24 vous prend-elle plus de temps que celle des patientes accouchées voie basse ?**

Pour la quasi-totalité des sages-femmes (29/30), la prise en charge de la douleur des patientes césarisées de moins de 24 heures leur prend plus de temps que celles des patientes ayant accouché par voie basse.

- **Question 6bis : Combien de temps en plus sur une garde passez-vous à l'antalgie d'une césarienne <H24 par rapport à une accouchée voie basse ?**

Graphe 2 : Temps passé en plus à l'antalgie d'une césarienne <H24 (N=29)



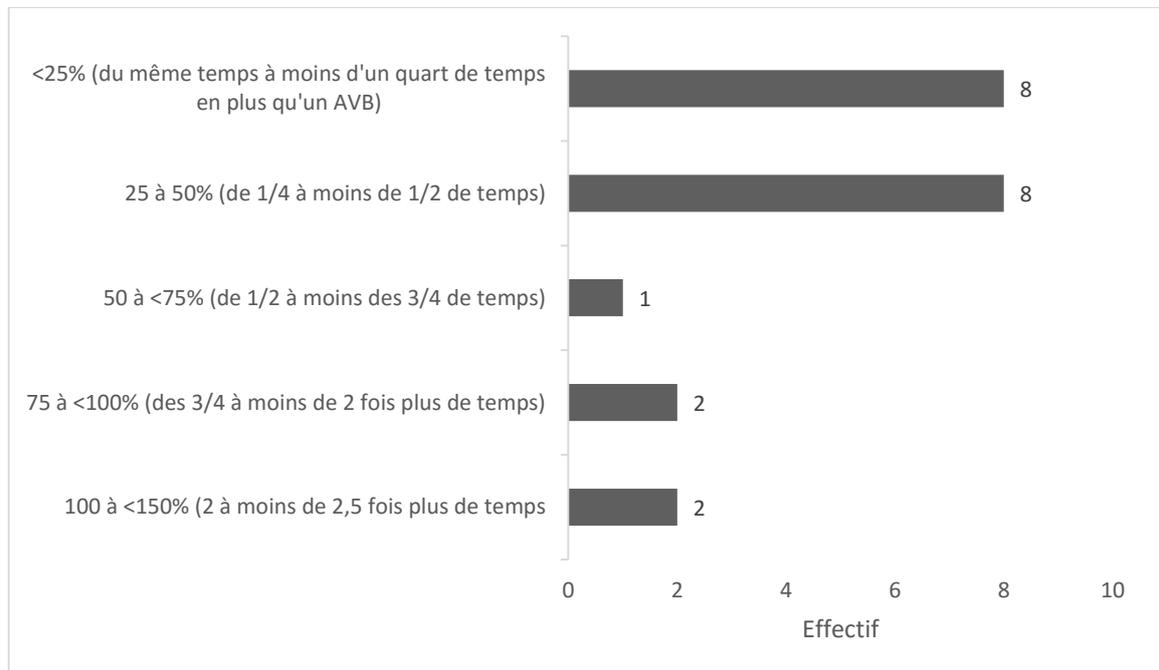
On peut remarquer que les résultats sont assez hétérogènes. Si l'on reprend les deux groupes de sages-femmes, on retrouve la même hétérogénéité de résultats.

- **Question 7 : La prise en charge de la douleur des patientes césarisées >H24 vous prend-elle plus de temps que celles des patientes accouchées voie basse ? (N=30)**

La prise en charge de la douleur des patientes césarisées de plus de 24 heures prend plus de temps que celle d'une accouchée voie basse pour 21 des sages-femmes.

- **Question 7bis : Combien de temps en plus sur une garde passez-vous à l'antalgie d'une césarienne >H24 par rapport à une accouchée voie basse ?**

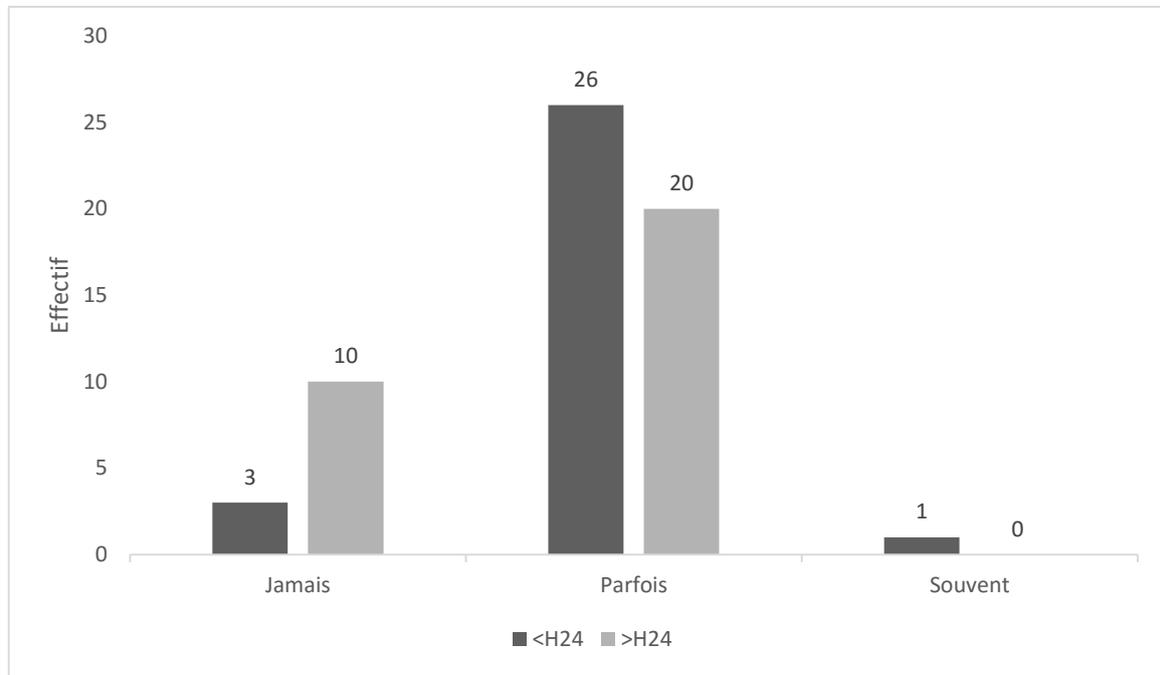
Graphe 3 : Temps passé en plus à l'antalgie d'une césarienne >H24 (N=21)



Les résultats semblent tendre vers un « temps passé en plus » moins important chez les césariennes de plus de 24H comparées à celles de moins de 24 heures.

- **Questions 8 et 9 : Vous êtes-vous déjà retrouvée en difficulté dans la prise en charge de la douleur d'une patiente césarisée <H24 non soulagée ? Et de >H24 ?**

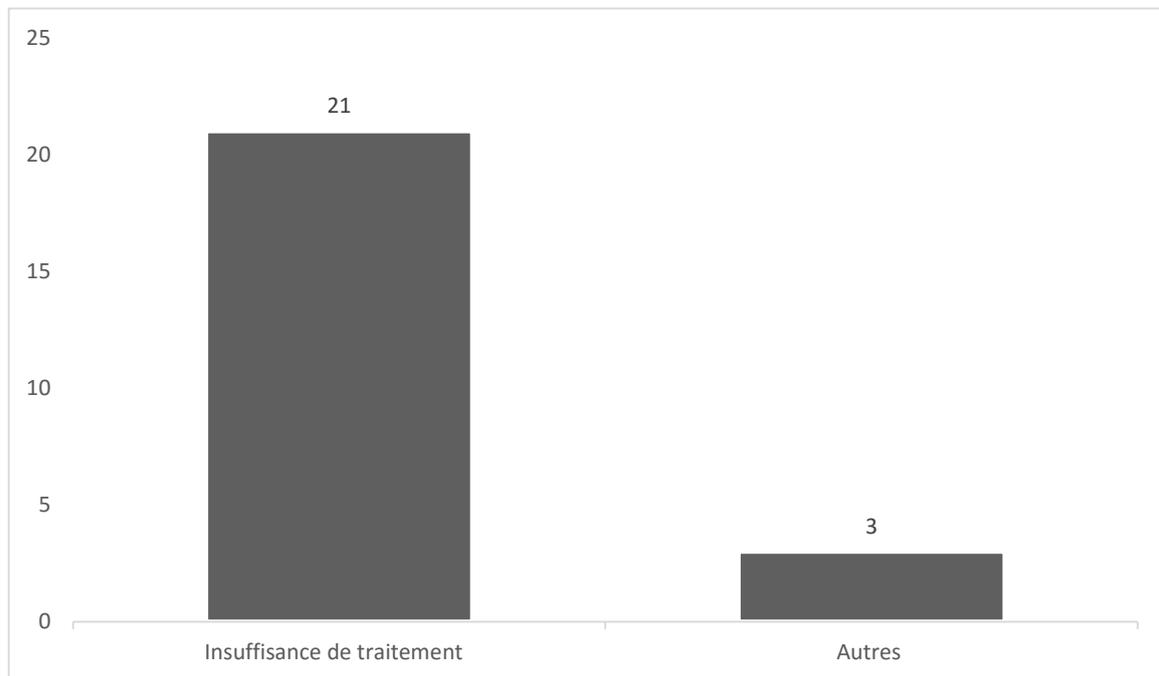
Graphe 4 : Difficultés à prendre en charge la douleur des patientes césarisées <H24 (N=30) et >H24 (N=30)



La plupart des sages-femmes répondent s'être « parfois » trouvées en difficulté dans l'antalgie d'une patiente césarisée de moins ou de plus 24 heures ; aucune n'a répondu « toujours ».

▪ Question 8bis : Si oui, pourquoi ?

Graphe 4 bis : Raisons pour lesquelles les sages-femmes ont été en difficulté dans la prise en charge de la douleur des césariennes <H24 (N=24)



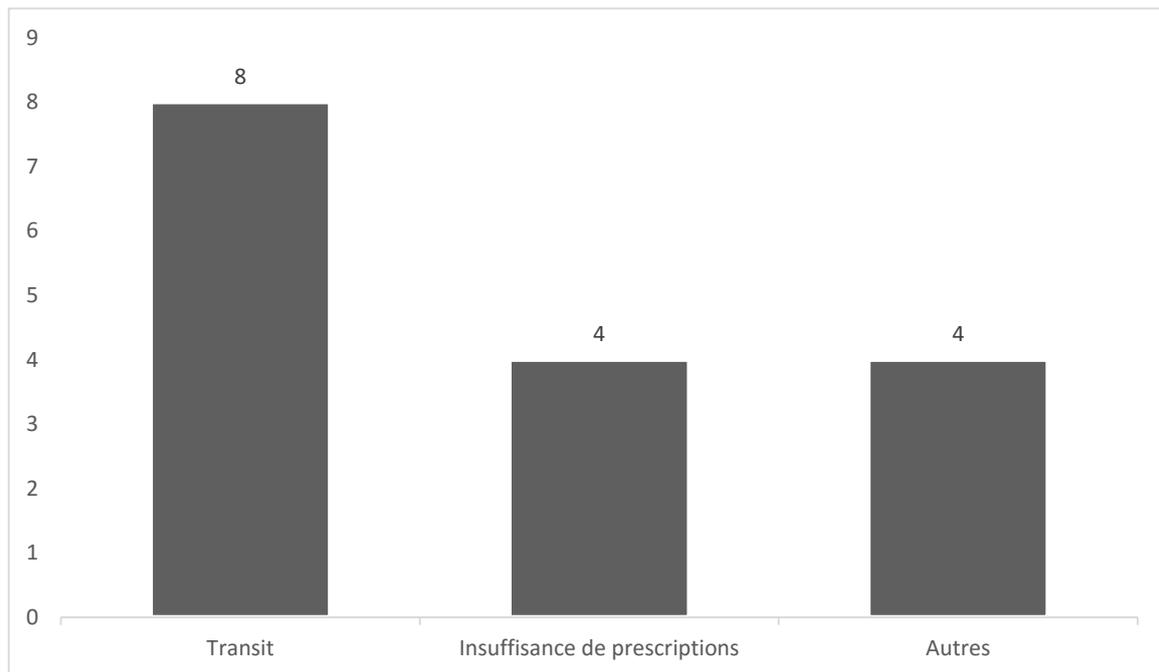
Cette question est une question ouverte pour laquelle nous avons obtenu 24 commentaires sur les 30 sages-femmes interrogées, soit un taux de réponse de 80%.

Parmi les réponses figurant dans les questionnaires, nous avons une majorité des sages-femmes qui pensent que leurs difficultés sont dues à une insuffisance de prescriptions postopératoires. Nous avons par exemple :

« Antalgiques prescrits par l'anesthésiste insuffisants »
« Pas assez d'antalgiques prescrits »
« Peu d'antalgiques prescrits... Antalgiques mis de façon non systématique [par l'anesthésiste] »

▪ Question 9bis : Si oui, pourquoi ?

Graphe 4 ter : Raisons pour lesquelles les sages-femmes ont été en difficulté dans la prise en charge de la douleur des césariennes >H24 (N=16)



La moitié des commentaires évoquent les douleurs liées à un « *problème de transit* » :

« *Transit non repris* », « *Ballonnements* » et « *Douleur liée aux gaz* »

Un quart des commentaires réitère la notion d'insuffisance de prescriptions :

« *Pas d'antalgiques en plus possibles* »

« *Défaut de prescriptions* »

Les autres commentaires traitent :

- De la « *problématique de l'analgésie versus l'allaitement* »,
- Des « *femmes résistantes aux traitements* »,
- Des « *difficultés d'accès à l'Oxynorm* » par absence de dotation dans le service.

- **Question 10 : Vous êtes-vous déjà retrouvée en difficulté avec les prescriptions postopératoires ?**

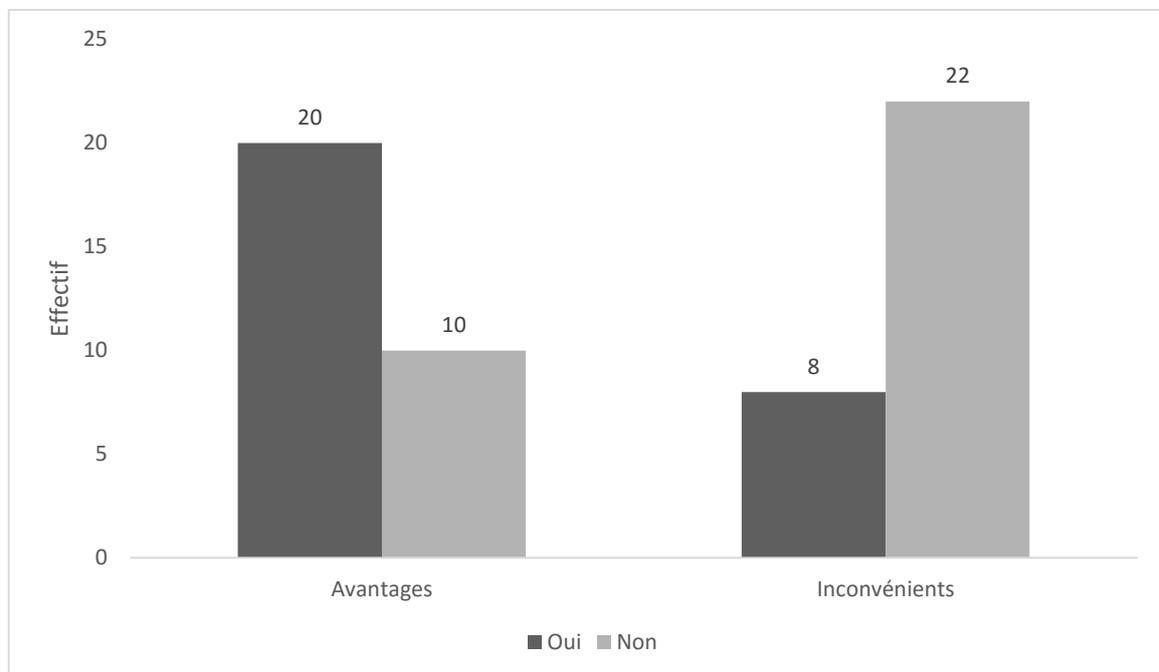
Tableau IV : Difficultés concernant les prescriptions postopératoires

Fréquence	N =30
Jamais	3
Parfois	23
Souvent	4
Toujours	0

Cette question était suivie d'un « si oui, pourquoi ? » et les 22 commentaires obtenus montrent que 21 sages-femmes ont rappelé l'insuffisance de prescriptions postopératoires, dont 5 d'entre elles évoquent une variabilité des prescriptions rédigées en salle de surveillance post interventionnelle.

- **Questions 11 et 12 : Les nouvelles feuilles de prescriptions postopératoires vous ont-elles apporté des avantages / inconvénients ?**

Graphe 5 : Avantages et inconvénients des nouvelles feuilles de prescriptions (N=30)



Sur les 20 sages-femmes ayant trouvé des avantages aux nouvelles feuilles de prescriptions postopératoires, 18 les ont détaillés.

Voici ce qu'il en est ressorti :

- Pour 4 sages-femmes :

« Plusieurs catégories d'antalgiques prescrites aux différents paliers »
 « Panel plus large »

- Pour 7 autres :

« [Prescriptions] plus claires »
 « Plus de facilité à voir si les médicaments ont été administrés »

- Les 7 autres commentaires concernent la systématisation, l'uniformisation et la diminution de la variabilité dans les rédactions.

Par rapport aux inconvénients, ce qui est le plus ressorti concerne la taille (3 commentaires sur 8) des prescriptions, car les sages-femmes sont obligées de changer de support pour rédiger les prescriptions médicamenteuses :

« A J3 obligées de prendre une nouvelle feuille pour poursuivre les administrations »

- **Question 13 : Quel est le délai moyen que vous observez le plus souvent entre le moment où la patiente est très algique et non soulagée et celui où vous pouvez lui administrer un palier III ?**

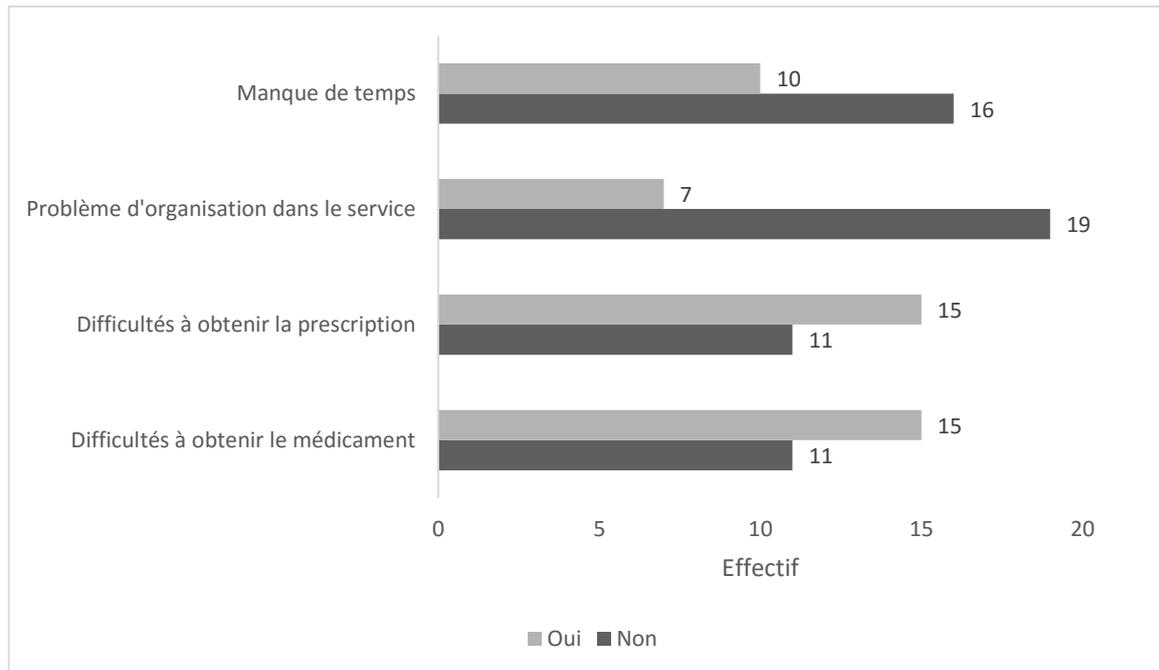
Tableau V : Délai moyen pour obtenir un antalgique du palier III

Délai	N = 30
<1h	15
Entre 2 et 3h	13
Plus de 3h	1
Non répondu	1

▪ **Question 14 : Quelle(s) est (sont) la (les) raison (-s) de ce décalage ?**

Quatre sages-femmes n'ont pas répondu à cette question. Les valeurs en pourcentage prennent en compte un effectif de 26 personnes, qui pouvaient cocher plusieurs réponses pour cette question.

Graphe 6 : Principales raisons liées à ce décalage (N=26)



D'après la **question 15 « Cela peut-il être source de difficultés ? »**, ce délai représente effectivement une difficulté pour 24 sages-femmes sur 30.

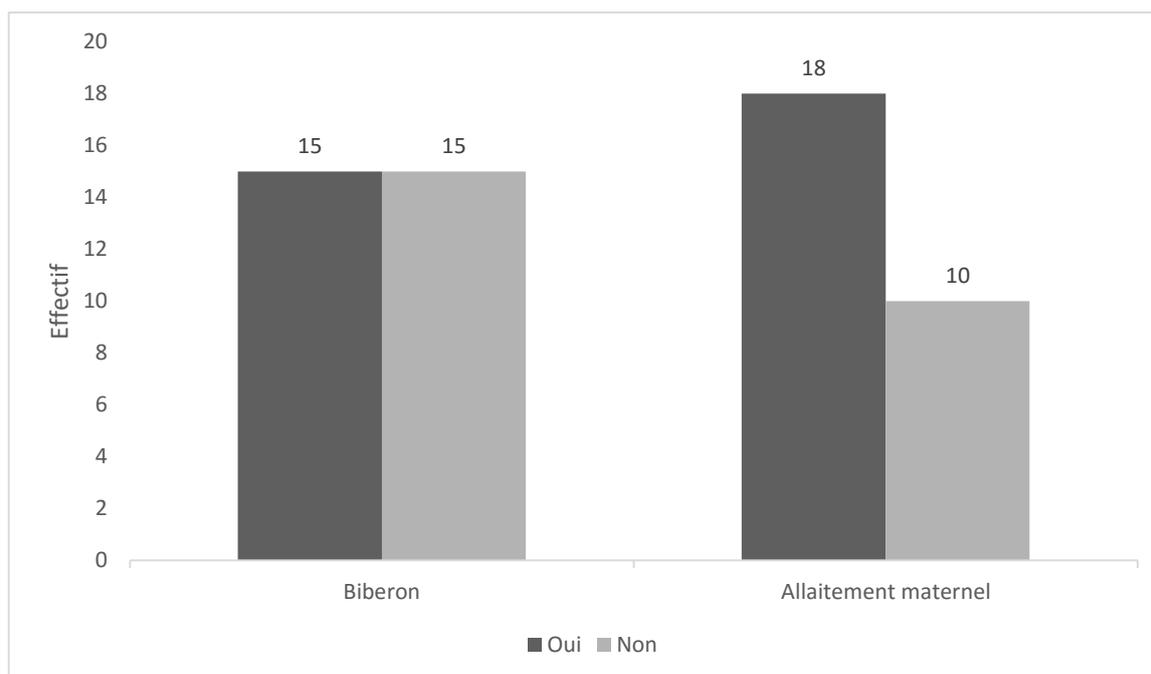
- **Question 16 : Avez-vous déjà ressenti dans votre prise en charge des difficultés dues à la traçabilité des antalgiques administrés dans le dossier de vos patientes ?**

Tableau VI : Difficultés perçues concernant la traçabilité des antalgiques administrés

Fréquence	N=30
Jamais	9
Parfois	20
Non répondu	1

- **Questions 17 et 18 : Avez-vous de l'appréhension à administrer des morphiniques chez les patientes césariées allaitantes / non allaitantes ?**

Graphe 7 : Appréhension dans l'administration de morphiniques selon que la patiente allaite (N=28) ou non (N=30)



Ces deux questions sont accompagnées d'un « **si oui, pourquoi ?** ».

Concernant leur administration chez les femmes non allaitantes :

- pour 6 d'entre elles (sur les 13 ayant répondu à la question) il s'agit d'un manque de pratique :

« *Oui car rarement fait en SDC* »

« *Manque de pratique* »

- Pour les 7 autres, la raison est le manque de temps dû à l'activité, ce qui engendre des difficultés de surveillance et de gestion des effets secondaires :

« *Fonction de l'activité et des possibilités de surveillance* »

« *Surveillance par rapport à la charge de travail* »

« *Manque de temps pour surveillance* »

Concernant l'administration de morphiniques chez les patientes allaitant leur nouveau-né, nous avons obtenu 15 réponses parmi lesquelles :

- 10 rappellent l'appréhension dans la gestion des effets indésirables :

« *Effets secondaires à gérer, passage lait maternel* »

« *Gestion effets secondaires et absence de nurserie* »

Et certaines évoquent même la « peur » concernant la vigilance du nouveau-né, la surveillance des mises au sein et pour la mère la « peur de l'occlusion ».

« Peur des répercussions sur vigilance du bébé »

« Peur de l'occlusion »

« Peur des effets secondaires »

- 3 sages-femmes réitèrent les difficultés de surveillance et 3 autres le manque de pratique, notamment dans l'utilisation de la pompe PCA.

« Manque de temps pour surveillance »

« Charge de travail en plus »

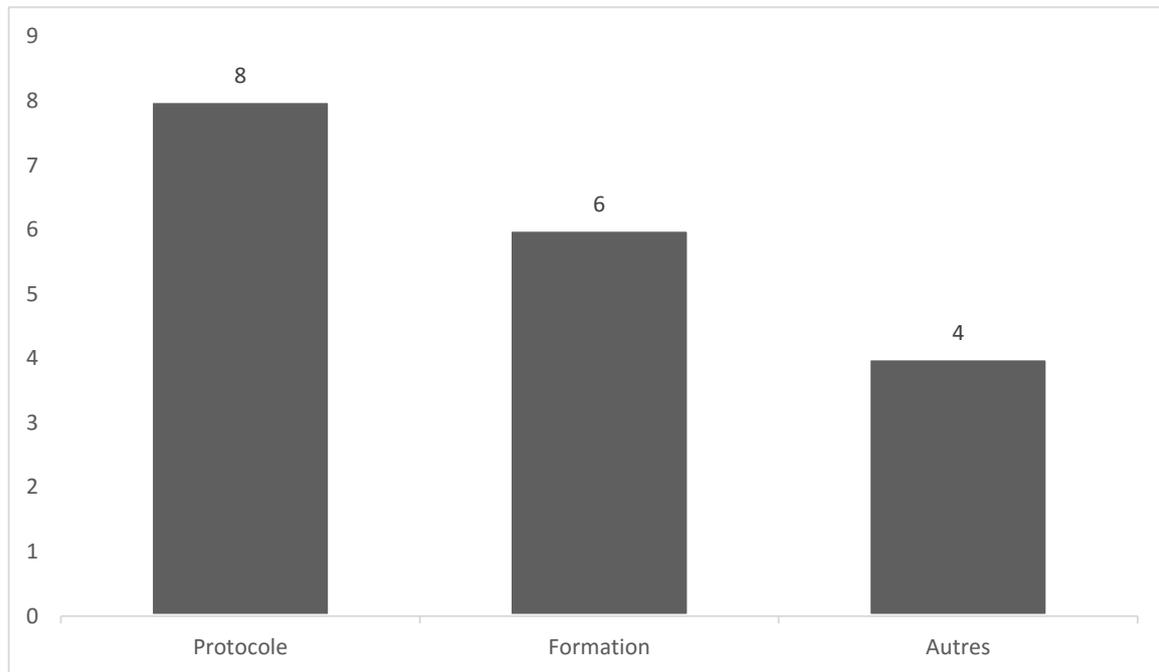
« Connaissances à améliorer sur le passage des morphiniques dans le lait maternel »

« Utilisation de la PCEA non expliquée »

« Retard de pratique sur PCEA »

▪ **Question 19 : Que faudrait-il pour pallier toutes ces difficultés ?**

Graphe 8 : Réponses des sages-femmes pour pallier toutes ces difficultés (N=18)



Presque la moitié ont évoqué un souhait concernant la création d'un protocole et beaucoup ont émis le souhait de faire une formation (parmi elles, certaines avaient répondu se sentir suffisamment formées au début du questionnaire).

La catégorie « Autres » correspond à :

- La présence de dotation d'Oxynorm dans le service,
- La signature des anesthésistes prescripteurs directement sur les feuilles de prescriptions pour stupéfiants,
- L'élargissement du panel d'antalgiques sur la feuille de prescription initiale
- L'augmentation de la mobilisation précoce.

Troisième partie : discussion

Quelle antalgie est utilisée en suites de couches pour les patientes césarisées au CHU de Nantes ? La prise en charge de la douleur est-elle source de difficultés pour les sages-femmes ?

I. RÉSULTATS PRINCIPAUX ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

A. Recueil des prescriptions

Quelle antalgie est utilisée en suites de couches pour les patientes césarisées au CHU de Nantes ?

Suite à l'analyse de la première partie de notre travail, nous avons pu constater que la prescription d'antalgiques des paliers I et II semble assez homogène. Une majorité des prescriptions contient du *Paracétamol* 1g per os toutes les 6 heures (98,8%), du *Biproférid®* LP 150mg per os toutes les 12 heures (78,8%) ainsi que du *Néfopam* 40mg en sublingual toutes les 6 heures (89,4%). De plus, lorsque celles-ci sont complétées par les sages-femmes dans 73% des cas, il s'agit surtout des apparentés au palier I avec l'*Ibuprofène* 400mg per os toutes les 8 heures (54,8%) et du *Tramadol* 50mg per os toutes les 8 heures pour le palier II.

L'HAS a publié en 2005 un référentiel d'évaluation des pratiques (32) à propos de la prise en charge de la douleur. D'après ce document, on remarque que plusieurs items du référentiel analysés lors de notre étude ne sont pas respectés. Par exemple, dans le service de suites de couches du CHU de Nantes, il n'y a pas de protocole spécifique permettant une prise en charge homogène pour toutes les patientes césarisées, ce qui correspond pourtant

à une prise en charge structurée autour de la DPO. Il n'y a pas non plus de temps consacré à la formation professionnelle des équipes soignantes médicales pour la prise en charge de la douleur, car selon l'étude que nous avons réalisée, presque aucune sage-femme n'est formée spécifiquement. Nous pouvons cependant noter que trois sages-femmes ont répondu s'être formées au CHU de Nantes, cela peut mettre en avant une inadéquation entre les réponses obtenues et ce qui est réalisé dans le service. Par contre, le Centre de Formation Permanente du CHU de Nantes (33) propose des formations telles que l'accompagnement de la personne douloureuse. Certaines sont même intégrées dans le cadre du développement professionnel continu comme celle traitant de l'évaluation et du traitement de la douleur. Nous pouvons également ajouter que la prise en charge de la douleur fait partie de notre formation initiale théorique d'après l'arrêté du 19 juillet 2011 (34) qui stipule que « l'acquisition de connaissances fondamentales de physiopathologie et de pharmacologie » permet aux élèves sages-femmes « d'obtenir une vision intégrée du fonctionnement normal et pathologique des appareils et systèmes du corps humain ». A l'école de sages-femmes de Nantes, une UE optionnelle « Douleur » a été mise en place pour permettre aux étudiants de s'intéresser chaque année à l'approche de l'évaluation et de la gestion de la douleur. Il y a trois ans par exemple, nous avons travaillé sur l'évaluation de la douleur avec l'échelle visuelle analogique. De plus, l'HAS préconise la réalisation de session d'information tous les ans, ce qui n'est actuellement pas mis en place dans le service.

La satisfaction des patientes est liée à la prise en charge de la douleur puisqu'une personne douloureuse peut être moins satisfaite qu'une autre patiente concernant sa prise en charge (35). Celle-ci tend à être évaluée plus régulièrement. L'année dernière, via l'étude de dossiers de J. Fernandès, les patientes dont les dossiers ont été analysés furent questionnées quant à leur satisfaction. Malgré le faible taux de réponse, il a été mis en évidence que 45% des patientes se considéraient satisfaites ou très satisfaites (38%) de leur prise en charge. Même si ce taux paraît bon, on sait que les scores d'insatisfaction les plus élevés correspondent à des patientes dont l'antalgie est inadaptée et qui peuvent présenter les taux de sédation les plus élevés (20). Par ailleurs, ce taux de satisfaction ne peut-il pas être biaisé du seul fait de la maternité de la patiente ? Si l'on compare ce chiffre avec les taux de satisfaction après une chirurgie dans un CHU (36), les patients sont très satisfaits à 72% de leur prise en charge de la DPO par les infirmières et à 69% par les médecins. Actuellement la satisfaction des patientes est par conséquent, du fait de la prise en charge de la douleur, l'objet d'une nouvelle étude dans le service via un audit sur la réhabilitation précoce.

La diversité des pratiques confirme l'absence de standardisation de la prise en charge de la douleur postopératoire. Cependant, nous avons pu remarquer dans notre analyse des prescriptions postopératoires que celles-ci tendent à l'homogénéisation. Le palier III représente la principale source d'hétérogénéité car moins de la moitié des anesthésistes prescrivent de l'oxycodone (40,0%). Mais ce dernier chiffre correspond déjà à une augmentation par rapport aux 8,8% recueillis par la revue des 34 dossiers l'année précédente. Ce chiffre peut également être biaisé du fait qu'il n'y avait qu'un seul critère d'exclusion pour notre analyse. Cela signifie que les 40,0% de patientes pour lesquelles un palier III a été prescrit correspondent peut être à des patientes ayant eu des complications au décours de la césarienne, même si, la douleur étant subjective, les patientes ayant bénéficié d'une prescription d'un antalgique du palier III ne sont pas forcément celles qui ont eu des complications pendant l'intervention ou après.

Pour une prise en charge optimale de la douleur, un protocole d'analgésie postopératoire rédigé en commun devrait pouvoir couvrir les trois premiers jours et les intervenants doivent être formés à l'évaluation et au traitement de la douleur postopératoire (26).

D'après nos résultats, nous pouvons remarquer que la prise en charge de la douleur des patientes césarisées en maternité au CHU de Nantes correspond à une analgésie multimodale. Cette stratégie de prise en charge s'inscrit bien dans le concept de réhabilitation précoce et concorde donc avec les recommandations actuelles. Evidemment la prise en charge de la douleur ne se limite pas qu'aux traitements médicamenteux. L'analgésie passe aussi par des méthodes non médicamenteuses auxquelles les sages-femmes peuvent se former, comme avec l'acupuncture après obtention d'un diplôme universitaire (37).

Une enquête européenne (38) sur la prise en charge de la douleur et de l'analgésie postopératoire a été réalisée en 2008 à partir de questionnaires constitués de trente items distribués aux chirurgiens et aux anesthésistes. Ils concernent l'information des patients, la formation des soignants, les pratiques cliniques de traitement de la douleur ainsi que les protocoles existants et les moyens d'évaluation de celle-ci. Les résultats ont montré que c'est en France que le taux de prise en charge multimodale est le plus élevé, mais inversement, le taux de formation du personnel est le plus bas. Ils montrent également qu'il y a un taux élevé d'information préopératoire (70% des patients se rappellent avoir reçu cette information et 95% en sont satisfaits ; 90% des informations données sont orales), ce qui peut être difficile à réaliser en obstétrique sauf en cas de césarienne programmée. Elle montre également qu'il existe une bonne évaluation de la douleur en postopératoire mais celle-ci ne concerne pas la douleur à la mobilisation, ce qui surestime alors l'efficacité du

traitement, ainsi évaluée seulement au repos. De plus il existe un défaut de protocoles couplé à un défaut d'application de ceux existants, ce qui rend alors plus difficile aux « acteurs équivalents » d'assurer une démarche de soins de qualité. En parallèle avec le service de suites de couches du CHU de Nantes, les feuilles de suivi journalier ne précisent d'ailleurs pas si la douleur est évaluée au repos ou à la mobilisation.

Les traitements disponibles, notamment les opioïdes, ont un rôle important dans le contrôle de la douleur postopératoire bien qu'il semble y avoir une réticence de la part de certaines sages-femmes dans leur utilisation, notamment en cas d'allaitement maternel. Lorsqu'ils sont utilisés, il faut qu'ils soient intégrés dans un schéma de prise en charge spécifique. Dans tous les cas, même si l'analgésie multimodale est bien acceptée, trouver la bonne combinaison d'analgésiques est plus difficile. L'analgésie multimodale favorise une action synergique des antalgiques, diminue donc la douleur chez les patientes, augmente leur satisfaction et réduit en plus les effets secondaires possibles retrouvés lors d'une prise uni modale (20). Elle permet de bloquer les multiples influx de messages douloureux et de minimiser les effets secondaires retrouvés par leur utilisation seule et à des doses plus élevées (28).

La SFAR (21) définit d'ailleurs des « règles générales de prescription des antalgiques » selon des protocoles standardisés qui doivent permettre d'assurer la continuité des soins en sortie de SSPI. Elle recommande une simplicité d'utilisation. De plus, elle préconise également une formation possible à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

Depuis 1994 la prise en charge de la douleur est considérée comme un problème de santé publique. Trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédé depuis 1998. Le dernier plan 2006-2010 (39) a prévu d'améliorer la formation des professionnels de santé, incluant donc les sages-femmes, et il avait également pour but d'améliorer la qualité des prescriptions des professionnels et de renforcer les bonnes pratiques et l'accès facilité sécurisé aux antalgiques du palier III. En ce qui nous concerne, nous pouvons conclure que l'accès est bien sécurisé, mais non facilité.

B. Recueil des questionnaires

La prise en charge de la douleur est-elle source de difficultés pour les sages-femmes ?

Concernant la deuxième partie de notre travail, la première hypothèse testée était celle de « l'ancienneté » des sages-femmes. Nous voulions savoir, en séparant l'effectif en deux classes, si le fait d'être plus récemment diplômée pouvait être un facteur impactant sur l'apparition de difficultés dans la prise en charge analgésique.

L'expérience commune nous rapporte souvent des difficultés chez les jeunes praticiens du fait de leur peu d'expérience.

Dans notre étude, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence entre les sages-femmes diplômées avant 2004 et celles diplômées après cette année-là, 2004 correspondant à la médiane des années de diplôme. Cependant nos études comportent des enseignements à la fois théoriques et pratiques notamment en L2 où les élèves sages-femmes effectuent des stages infirmiers dans les services de chirurgie cardiaque, digestive etc. et abordent de façon active la relation de soins (34) et donc la prise en charge de la douleur postopératoire dès le premier cycle de leur formation.

La deuxième hypothèse, à propos du début d'activité au CHU de Nantes, voulait vérifier si les sages-femmes travaillant depuis moins longtemps que les autres au CHU de Nantes avaient plus de difficultés dans leur prise en charge des patientes césarisées. Pour les mêmes raisons sus citées, nous n'avons pas pu mettre en avant de différence.

Ensuite, nous avons voulu savoir si les sages-femmes étaient formées spécifiquement dans la prise en charge de la douleur des patientes, et si, de manière générale, elles se sentent suffisamment formées pour s'occuper de l'analgésie des patientes césarisées. Dans notre étude nous avons observé que très peu de sages-femmes sont formées à la prise en charge de l'antalgie d'une patiente mais que, pour autant, deux tiers du personnel interrogé a le sentiment d'être suffisamment formé pour prendre en charge la douleur d'une patiente césarisée. On peut donc en conclure que malgré ce que nous dit la littérature et malgré notre pressenti, même si les SF ne sont pas formées elles en se sentent pas en difficulté sur ce sujet. Cependant, les questions ouvertes concernant les difficultés ont fait ressortir l'absence de protocole. Cela montre qu'il existe des difficultés du côté des sages-femmes.

Selon que la césarienne de la patiente datait de moins ou plus de 24 heures, nous avons ensuite cherché à savoir s'il existait une différence dans le temps passé à prendre en charge la douleur, et si celle-ci était source de difficultés. De plus nous avons voulu savoir si le délai entre la prise en charge et la date de la césarienne influait sur les difficultés de prise en charge. Il en est ressorti que les sages-femmes passent plus de temps à l'analgésie des patientes césarisées mais que cela n'est pas une source de difficultés, sauf lorsque la patiente bénéficie d'un palier III. Dans ces cas-là, la surveillance des effets secondaires est plus difficile du fait d'un manque de temps.

Or notre hypothèse principale tirée de l'expérience était que les sages-femmes les plus récemment diplômées avaient des difficultés avec la prise en charge antalgique. Dans notre étude, en testant différentes hypothèses, nous avons conclu au fait que ni l'ancienneté (qu'elle soit du diplôme ou de la date d'entrée dans le service), ni le temps passé à l'analgésie des patientes césarisées, ni le manque de formation effective n'étaient source de difficultés pour les sages-femmes. Or il existe une inadéquation entre les réponses cochées et les réponses ouvertes puisque des difficultés ont été mises en évidence notamment lorsque l'analgésie de la patiente a recours à la PCA.

Par conséquent les questions ouvertes nous ont permis de creuser les différents points qui semblaient être source de difficultés :

- Les prescriptions post opératoires semblent être une difficulté. Or, notre étude a montré en première partie que celles-ci étaient relativement homogènes dans leur contenu d'autant plus qu'il s'agissait d'une nouvelle présentation. Les sages-femmes en sont par ailleurs globalement satisfaites. On peut donc en conclure que ce travail peut être perfectible puisque les sages-femmes expriment une insuffisance de prescriptions d'antalgiques. Même si bien sûr chaque praticien reste libre de ses prescriptions, peut-être un protocole ou un travail sur le rôle propre de la sage-femme dans l'antalgie en lien avec les anesthésistes et les gynécologues-obstétriciens serait-il intéressant.
- Une autre difficulté retrouvée est semble-t-il celle du délai pour obtenir un antalgique du palier III, ce qui rend la prise en charge antalgique difficile car les patientes sont alors confrontées à un retard de prise en charge. Plus de la moitié des sages-femmes ayant répondu aux différentes étiologies possibles responsables de ce retard de prise en charge évoquent la difficulté à obtenir la prescription. En effet, pour obtenir de l'Oxynorm®, il faut que le médecin ait rédigé la prescription sur une feuille verte de stupéfiants. Or ce n'est pas ce qui est fait au CHU de Nantes puisque la prescription est rédigée sur la feuille postopératoire avec les autres antalgiques,

antispasmodiques antiémétiques ou encore anticoagulants. Nous avons également mis en évidence une difficulté d'accès au médicament malgré l'obtention de la prescription car, en raison de l'absence de dotation dans les salles de soins, c'est à la sage-femme cadre du service de se le procurer à la pharmacie de l'hôpital.

Nous voulions également savoir si l'allaitement participe à une majoration de ces difficultés de prise en charge, notamment par souci d'apparition et de gestion des effets secondaires. En effet, il est primordial pour la mise en place de l'allaitement que les patientes n'aient pas mal et puissent se mobiliser facilement dans les différentes positions. Nos résultats montrent qu'à chaque fois au moins la moitié des sages-femmes ont cette appréhension, que la patiente allaite ou non.

La majorité des sages-femmes ayant répondu à la dernière question ouverte ont stipulé qu'il serait intéressant pour pallier les difficultés perçues de rédiger un protocole de service et/ou d'organiser une formation sur la prise en charge spécifique de la douleur. Ceci conforte cette inadéquation entre les réponses ouvertes et fermées, il existe bien une difficulté des sages-femmes dans la prise en charge de la douleur postopératoire.

Les principales difficultés mises en évidence par les sages-femmes en suites de couches concernent donc les traitements prescrits ainsi que l'accès à certains médicaments.

Une étude prospective (18) mise en place à Montpellier a évalué les pratiques de prise en charge analgésiques après une césarienne en comparant ces pratiques avant et après mesures d'amélioration. L'hypothèse de départ de cette étude était que les défauts de perception et de traitement de la douleur ne permettaient pas une prise en charge optimale. L'étude montre que les actions de sensibilisation, d'information et de formation améliorent significativement la prise en charge de la douleur et permettent en outre d'accroître l'observance des traitements. Il persiste cependant une faible utilisation de morphiniques mais l'étude ne permet pas de montrer s'il s'agit là de la part des soignants d'une réticence à leur utilisation. Ce que l'on sait pourtant, c'est qu'administrer la morphine participe à la réhabilitation précoce et que ne pas en donner à une patiente hyperalgique limite sa mobilisation. Enfin, que la césarienne ait été programmée ou non, il n'y a pas de différence mise en évidence entre un score d'EVA haut et une demande de traitement, mais on retrouve un lien entre EVA, sexe féminin et jeune âge.

A Toulouse, un protocole commun (40) a été rédigé en lien avec le Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD) en 2012. Celui-ci comprend en fait deux protocoles de prise en charge analgésique selon que la patiente a eu une anesthésie générale ou une anesthésie locorégionale. Plusieurs phases de prise en charge de la douleur ont été différenciées. La première s'étend jusqu'à la 24^e heure après la césarienne, puis de 24 à 48 heures, et enfin jusqu'à 7 jours voire 15 jours. Cela signifie que ce protocole de prise en charge de la douleur

chez ces patientes inclut même leur retour à domicile. Les antalgiques sont délivrés en systématique, ou en analgésie de secours de première ligne, de deuxième voire de troisième ligne. Le protocole comprend également la surveillance des effets secondaires, ainsi que les contre-indications et l'évaluation de la douleur par l'échelle numérique.

Lorsque des difficultés liées à l'antalgie des patientes césarisées sont rencontrées par les sages-femmes, probablement cela est-il dû à une hyperalgésie qui a du mal à être régulée. Le risque d'une mauvaise analgésie en période postopératoire est d'augmenter l'insatisfaction (41) et, à plus long terme, d'entraîner une pérennisation de ces douleurs (42).

En effet, une étude anglaise montre qu'une analgésie inefficace peut induire un sentiment de frustration chez la patiente, qui ne peut s'occuper de son bébé comme elle le désire. Cette frustration fait partie des facteurs qui augmentent l'insatisfaction des patientes, plus que le mode d'accouchement en lui-même (41).

A long terme, les douleurs postopératoires (DPO) sont définies par l'IASP comme des douleurs chroniques post chirurgicales (DCPC). D'après l'HAS, la douleur chronique est définie par la « *persistance ou la récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de trois mois, si la réponse au traitement est insuffisante, s'il existe une détérioration progressive et significative des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités* ». Ses recommandations s'appuient sur le principe que « *toute douleur exprimée doit être entendue et suivie d'un traitement adapté* ». Selon elle, plusieurs signes d'alerte tels que la résistance au traitement, la composante anxieuse du patient, ainsi que la discordance entre la douleur vécue par celui-ci et celle perçue par le soignant doivent permettre la réorientation du patient vers une structure spécialisée pour que soit mieux évaluée et prise en charge sa douleur (7).

Selon plusieurs études françaises et internationales, la prévalence de la douleur chronique post chirurgicale (DCPC) varie de 10,1 à 55,2 %. Elle est d'environ 40% chez les femmes versus 31% chez les hommes et elle augmente avec l'âge, surtout au-delà de 65 ans. La prévalence de la douleur chronique sévère, c'est-à-dire très fréquente et intense, est évaluée à 11% chez l'adulte. Or la césarienne est l'intervention la plus réalisée dans le monde et correspond en France à 15 à 25% des naissances selon les centres, ce qui signifie que les DCPC touchent donc un grand nombre de patientes, même si l'incidence est faible. Certaines études estiment à 10% le risque de DCPC. Un tiers à un quart de ces 10% correspond à des douleurs handicapantes (43).

Puisque 20% des patients estiment que leur douleur chronique fait suite à une intervention chirurgicale (43), la prévention des DCPC doit commencer par une prise en charge adéquate avec une analgésie efficace en postopératoire pour limiter les effets de

l'hyperalgésie secondaire, notamment l'extension de la douleur en zone périphérique saine, sa durée et son intensité (14).

Les DCPC sont favorisées par l'intensité de la douleur préopératoire, du type de chirurgie et du profil génétique et psychosocial de la personne (14,43,44).

Une cohorte a été réalisée pour comparer les douleurs chroniques après césarienne et accouchement voie basse. Le taux est de 18% pour les césariennes et de 10% pour les AVB à un an de la naissance, avec respectivement 4% et 1% de douleur quotidienne. Quel que soit le mode d'accouchement, une douleur qui persiste au bout de deux mois a un impact sur la vie quotidienne chez 20 à 25% des femmes. Dans cette étude, il est démontré que la douleur est accompagnée d'un plus haut risque de dépression du post partum (32).

Plus localement, à Rennes, une étude évaluant la persistance des douleurs ainsi que leur impact sur la vie quotidienne a été réalisée pendant six mois par l'intermédiaire de questionnaires envoyés à toutes les patientes césarisées. Les facteurs de risques mis en évidence cette fois-ci sont l'âge, le type d'anesthésie, la présence d'une douleur aiguë à modérée ou sévère en postpartum immédiat et les antécédents de céphalées, migraines ou dorsalgies par polymorphisme génétique et donc prédisposition à d'autres types de douleurs (42).

On peut donc conclure que de nombreux facteurs interviennent dans la survenue d'une douleur chronique post chirurgicale, et que la césarienne fait partie des chirurgies induisant de fortes douleurs dans les suites opératoires : d'où la nécessité de bien soulager les patientes, et d'aider le personnel soignant à limiter la douleur postopératoire.

II. LIMITES DE CETTE ÉTUDE

A. Recueil des prescriptions

Nous avons pour cela réalisé une étude observationnelle descriptive longitudinale et rétrospective afin d'analyser l'échantillon de dossiers sélectionnés.

Voici les différents biais que l'on peut mettre en évidence :

- **Biais de sélection** : les prescriptions peuvent varier en fonction du degré de complication. Or nous avons également inclus dans notre étude les césariennes qui ont présenté des complications per opératoires et/ou post interventionnelles dans le but d'observer si les prescriptions étaient homogènes quelle que soit la patiente. Nous avons cependant exclu les patientes dont le retour en suites de couches avait été retardé par un passage en réanimation, car cela ne représentait pas un parcours de soins habituel. Cela a concerné trois dossiers. De plus, tous les dossiers sélectionnés pour notre échantillon n'ont pu être analysés, car certains avaient été renvoyés à la maternité, notamment pour la visite postnatale. Nous avons également un biais de sélection, car notre étude est unicentrique.
- **Biais de confusion** : la prescription de certains antalgiques, notamment pour le palier III, peut être liée à des complications de césarienne. De plus, nous n'avons pas séparé les prescriptions selon les anesthésistes qui les ont rédigées. Nous pouvons alors montrer qu'elles sont relativement homogènes, mais nous ne pouvons pas mettre en évidence de variabilité individuelle dans la rédaction de ces prescriptions
- **Biais de reproductibilité** : l'échantillon est fondé sur deux mois de césariennes. Il n'est pas reproductible. De plus notre étude est une étude mono centrique.
- **Biais de représentativité** : compte tenu de l'introduction récente des nouvelles feuilles de prescriptions postopératoires, nous avons commencé le recueil des prescriptions deux mois après le début de leur mise en place, c'est-à-dire à partir début mai, et ce jusqu'aux césariennes de fin juin.
- **Biais d'échantillonnage** : au total nous avons 110 dossiers sur les deux mois mais l'accès n'a été permis que pour 84 dossiers. Ce chiffre ne nous permet pas de montrer une différence significative.

B. Recueil des questionnaires

L'étude de l'échantillon est qualitative observationnelle descriptive longitudinale et rétrospective.

Les biais impliqués dans la réalisation de ce questionnaire sont :

- **Biais de sélection** : le questionnaire a été distribué à l'ensemble des sages-femmes présentes sur la période donnée : quasiment toutes y ont répondu et parmi elles, certaines faisant partie du pôle de la suppléance. Comme nous avons interrogé quelques sages-femmes de la suppléance, leurs réponses peuvent être modifiées par rapport à celles des autres sages-femmes. De plus, le remplissage des questionnaires s'effectuait principalement pendant les gardes et les réponses pouvaient varier selon la subjectivité des difficultés perçues par les sages-femmes.
- **Biais de mémorisation** : nous avons inclus des sages-femmes ayant changé de service depuis moins de 2 mois, et qui ne s'étaient peut-être pas encore trouvées en difficulté dans la prise en charge antalgique des césariennes.
- **Biais de mesure** : la mise en place de questions ouvertes dans le questionnaire a permis, comme chacun pouvait s'exprimer librement, d'obtenir des réponses plus pondérées et précises. Cependant au vu de la taille de l'échantillon, cela permet une analyse descriptive.
- **Biais de reproductibilité** : il s'agit d'une étude de faible effectif et monocentrique. Le nombre de questionnaires recueillis est lié au fait que ce mémoire concerne un seul service du CHU de Nantes et un type de professionnel en particulier. Cependant, sur les 36 sages-femmes ayant travaillé en suites de couches depuis début 2015 (hors suppléance et nouvelles diplômées de 2015), nous avons obtenu 30 réponses.

III. PLACE DE LA SAGE-FEMME ET OUVERTURE

La césarienne est l'intervention la plus réalisée dans le monde, elle varie de moins de 10% à plus de 50% (45). En Europe, les derniers chiffres vont de 15% en Islande à 52% à Chypre (46), tandis qu'ils sont aux alentours de 21% en France.

Puisqu'une Française sur cinq voit son enfant naître par césarienne, il est donc d'autant plus important de pallier toutes les difficultés qui peuvent être mises en évidence dans la prise en charge antalgique des césariennes en suites de couches. La sage-femme, en collaboration avec le reste de l'équipe médicale, est impliquée en première ligne dans le soutien, l'évaluation, l'accompagnement et le traitement de la douleur de ses patientes césarisées pendant leur séjour en maternité. Nous pouvons rappeler ici ses droits de prescription qui concernent le *Paracétamol* plus ou moins associé à la *Codéine* ou au *Tramadol*, le *Tramadol* seul et le *Néfopam* (47). Depuis 2011 les sages-femmes sont également autorisées à prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (48).

Le contexte actuel tend à favoriser la réhabilitation précoce dont le but est en premier lieu de réduire l'impact physiologique de l'intervention et ensuite d'obtenir une bonne analgésie afin de projeter des sorties précoces chez les patientes bien soulagées. Cela leur permettrait de se mobiliser facilement, et de ne pas être limitées dans les soins à procurer à leur nouveau-né. Ce concept, qui s'ancre de plus en plus au CHU de Nantes, fait l'objet d'un audit évaluant les pratiques professionnelles avant la mise en place de mesures complètes de réhabilitation précoce. Ces pratiques seront ensuite réévaluées dans un an. Cet audit en cours interroge les sages-femmes sur leur prise en charge ainsi que les patientes à propos de leur satisfaction. Cela montre que la prise en charge de la douleur des patientes césarisées est un objectif d'amélioration de la qualité des soins.

En plus de ces changements permettant à la patiente d'être autonome plus rapidement après sa césarienne, ont également émergé de nouvelles notions telles que la « césarienne naturelle ». Cette dernière autorise la patiente à se diriger elle-même vers la salle d'intervention, avec son conjoint, et à profiter ensuite d'un peau à peau en salle d'intervention, à se mobiliser très rapidement avec le minimum de douleur pour lui permettre de se sentir capable d'un retour à domicile rapide. Ce dernier pourrait avoir lieu à J2 pour plus de 90% d'entre elles d'après un article des mises à jour en Gynécologie Obstétrique de 2015 (49). Actuellement, les patientes césarisées au CHU de Nantes sortent vers le cinquième jour, comme le préconise l'HAS (50).

A partir de notre étude nous devons conclure que pour répondre aux difficultés mises en évidence par l'analyse des questionnaires des sages-femmes de suites de couches, il faudrait mettre en place un protocole permettant aux sages-femmes d'utiliser des prescriptions systématiques. Nous pourrions aussi imaginer créer des feuilles de prescriptions qui puissent être remplies jusqu'au cinquième jour après la césarienne, ce qui aurait pour but d'éviter tout recopiage par la sage-femme et ainsi toute perte de temps et tout risque d'erreur de retranscription. De plus, une dotation des stupéfiants dans la pharmacie des salles de soins éviterait tout retard à la prise en charge antalgique, toute difficulté liée à l'obtention du traitement par la sage-femme, et tout risque d'augmenter l'insatisfaction de la patiente. Nous pourrions également envisager que la prescription des stupéfiants soit rédigée par avance sur une ordonnance sécurisée. Il faudrait également, dans le cadre des recommandations de la HAS, permettre au personnel de se former spécifiquement dans la prise en charge de la douleur, notamment pour mieux appréhender l'utilisation de la PCA. Il serait aussi intéressant de réaliser des audits réguliers pour suivre l'amélioration des items retenus comme critiques et prioritaires et pour évaluer la satisfaction des patientes.

Depuis ce travail, de nouvelles prescriptions ont déjà émergé dans le service de suites de couches et ont permis l'élaboration de nouvelles prescriptions systématiques chez les césariennes programmées. Elles contiennent toutes désormais du *Paracétamol* 1g per os toutes les 6 heures, du *Néfopam* 40mg en sublingual toutes les 6 heures, du *Biprofénid*® 100mg en per os toutes les 12 heures jusqu'à J2 et, si besoin, de l'*Oxynorm*® 5mg per os toutes les 6 heures ainsi que du *Zophren*® 4mg en IVL toutes les 8 heures jusqu'à J2.

Conclusion

Nous pouvons rappeler que la douleur après une césarienne est considérée comme une douleur postopératoire de forte intensité. Elle est liée à la composante hyperalgique secondaire à la chirurgie ainsi qu'aux contractions permettant la rétraction utérine après la délivrance. La modulation de la douleur constitue un objectif primordial dans la prise en charge des patientes césarisées en maternité. En effet, une analgésie insuffisante augmente les risques de chronicisation de la douleur et diminue la satisfaction des femmes. Pour cela, l'analgésie multimodale associant plusieurs paliers d'antalgiques, avec ou sans morphiniques, doit pouvoir être disponible auprès des patientes afin de leur permettre un rétablissement complet le plus rapidement possible.

Notre étude nous donne à penser qu'il serait intéressant de développer la mise en place d'un protocole de soins spécifique à la prise en charge de la douleur en post césarienne car, en tant que professionnels médicaux présents au quotidien auprès des patientes, nous devons tout mettre en œuvre pour leur proposer l'analgésie idéale notamment en termes de qualité, d'efficacité et de coût.

La douleur doit être l'affaire de tous moins il y a de difficultés mises en évidence, moins elles prennent part dans le quotidien d'un service. Plus on dispose d'outils standardisés, homogènes et exhaustifs, plus il est possible de proposer une prise en charge optimale de la douleur des patientes. Cela permet aux patientes de diminuer les différences entre ce qu'elles attendent et ce qu'elles reçoivent tandis que pour les professionnels de santé, il s'agit d'accorder la prise en charge qu'elles souhaitent appliquer avec celle qu'elles délivrent réellement.

Ce travail ouvre donc la voie à quelques propositions telles que des formations sur la prise en charge de la douleur et des études complémentaires et comparatives afin de tester l'hypothèse d'une diminution des difficultés des sages-femmes et d'une amélioration de la prise en charge antalgique.

« L'Homme naît tout prêt pour la douleur avec un appareil héréditaire de transformation et de résistance, dont la pièce majeure est la joie ». Léon DAUDET.

Références bibliographiques

1. HAS. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [en ligne]. 2006;(36). Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf>
2. BESSON et al. Institut UPSA de la Douleur. Pratique du traitement de la douleur. [en ligne]. 2007;(202).
3. LARIVIERE M et al. Changes in Pain Perception and Descending Inhibitory Controls Start at Middle Age in Healthy Adults [en ligne]. 2007;(6). Disponible sur: http://www.researchgate.net/profile/Serge_Marchand/publication
4. RACINE M et al. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception – Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? Pain. 2012;153(3):619-35.
5. CAMPBELL CM, EDWARDS RR, FILLINGIM RB. Ethnic differences in responses to multiple experimental pain stimuli. Pain. 2005;113(1):20-6.
6. LAZORTES Y, SOL JC, SCHMITT L. CHAPITRE 3 - SEMIOLOGIE DE LA DOULEUR. EVALUATION ET SUIVI D'UNE DOULEUR CHRONIQUE [en ligne]. 23. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_03.pdf
7. HAS. Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé.[en ligne]. 2008. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf>
8. LE BARS D, WILLER J. Physiologie de la douleur. 2004;1(4):227-66.
9. MARCHAND S. Le phénomène de la douleur : Comprendre pour soigner. 2e édition. Elsevier Masson; 2009;(378).
10. CHAUFFOUR-ADER C, DAYDE M-C. Petit précis de la douleur : Comprendre, évaluer, traiter, accompagner. Lamarre. 2009;(284).
11. COLLEGE DES ENSEIGNANTS EN NEUROLOGIE. Bases neurophysiologiques, évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique [en ligne]. Disponible sur: <http://www.cen-neurologie.fr/GeneratePDF>

12. SFAR. Prise en charge de la douleur post opératoire chez l'adulte et l'enfant. Conférence de Consensus 1997. [en ligne]. 2013. Disponible sur: <http://www.sfar.org/article/21/prise-en-charge-de-la-douleur-post-operatoire-chez-l-adulte-et-l-enfant-cc-1997>
13. KEITA-MEYER H. Analgésie postopératoire après césarienne. Evaluation et traitement de la douleur. Elsevier Masson SAS; 2006. p 677-88.
14. CHAUVIN M. De la douleur aiguë postopératoire à la douleur chronique : prévention. Conférence d'actualisation. Elsevier SAS;2004. p 809-18.
15. CNGOF. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE [en ligne]. 2015. Disponible sur: <http://www.cngof.asso.fr/>
16. MIGNON A. Quelle anesthésie-analgésie pour la césarienne en per et post-opératoire ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct. Elsevier Masson. 2008;37(4):5-7.
17. WYNIECKI A et al. Réhabilitation précoce après césarienne programmée : enquête de pratique auprès des maternités des régions Provence - Alpes - Côte d'Azur et Île-de-France. Ann Fr Anesth Réanimation. Elsevier Masson. mars 2013;32(3):149-56.
18. DERAS P et al. Évaluation des pratiques de prise en charge analgésique en postopératoire de césarienne avant et après mesures d'amélioration. Ann Fr Anesth Réanimation. Elsevier Masson. 2013;32(6):402-8.
19. MORAU E et al. Césarienne, allaitement et douleur. Prat En Anesth Réanimation. Elsevier Masson. sept 2012;16(4):206-12.
20. ADENIJI AO, ATANDA OOA. Randomized comparison of effectiveness of unimodal opioid analgesia with multimodal analgesia in post-cesarean section pain management. J Pain Res. 2013;6:419-24.
21. SFAR - Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire [en ligne]. 2013. Disponible sur : <http://www.sfar.org/article/56/attitude-pratique-pour-la-prise-en-charge-de-la-douleur-postoperatoire>
22. HASSAN HE. Perioperative analgesic effects of intravenous paracetamol: Preemptive versus preventive analgesia in elective cesarean section. Anesth Essays Res. déc 2014;8(3):339-44.

23. BLOOR M, PAECH MJ, KAYE R. Tramadol in pregnancy and lactation. Int J Obstet Anesth. Elsevier Ltd. avr 2012;21(2):163-7.
24. KAHAN M et al. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain [en ligne]. 2011;(10). Disponible sur: <https://www.cpsbc.ca/files/pdf>
25. CRAT. [en ligne]. 2012. Disponible sur: http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=48
26. APPA PLAZA-VUARIN P, LOISEL B. Morphine orale et prise en charge de la douleur aiguë après césarienne. Ann Fr Anesth Réanimation. Elsevier Masson. juill 2011;30(7-8):607-8.
27. SPIELVOGEL C. Analgésie post-césarienne [en ligne]. Elsevier Masson. mis à jour le 17 fév 2015. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/159788/analgesie-post-cesarienne>
28. BAUCHAT JR et al. Low-dose ketamine with multimodal postcesarean delivery analgesia: a randomized controlled trial. Int J Obstet Anesth. Elsevier Ltd. janv 2011;20(1):3-9.
29. DUCARME G et al. Intérêt de l'instillation pariétale unique de ropivacaïne dans la prévention des douleurs après césarienne. Gynécologie Obstétrique Fertil. Elsevier Masson. janv 2012;40(1):10-3.
30. BENSGHIR M et al. Effet d'une infiltration sous-cutanée de ropivacaïne 0,75 % sur l'analgésie postopératoire après césarienne. Gynécologie Obstétrique Fertil. Elsevier Masson. mai 2008;36(5):516-20.
31. FERNANDES J. RAPPORT DE L'AUDIT CLINIQUE SUR LA PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE DES CESARIENNES DANS L'UNITE MERE-ENFANT. 2014;(10).
32. HAS. Référentiel de pratiques professionnelles. Prise en charge de la douleur postopératoire [en ligne]. 2005. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf>
33. SITE WEB DU CHU DE NANTES - CENTRE DE FORMATION PERMANENTE [en ligne].2015. Disponible sur: <http://www.chu-nantes.fr/centre-de-formation-permanente>
34. LEGIFRANCE. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques - Article 5. [en ligne]. 2011. disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/>

35. BINHAS M et al. Incidences et causes d'insatisfaction des patients vis-à-vis de la prise en charge de la douleur postopératoire. Ann Fr Anesth Réanimation. Elsevier Masson. 2009;28:501-4.
36. CORNET C et al. Evaluation à court et à moyen terme d'une démarche qualité pour la prise en charge de la douleur postopératoire dans un CHU. Ann Fr Anesth Réanimation. Elsevier Masson. 2007;26:292-8.
37. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMES. Les activités nécessitant des diplômes complémentaires [en ligne]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/formation-complementaire/>
38. BENHAMOU D et al. Enquête européenne sur la prise en charge de la douleur et de l'analgésie postopératoires (PATHOS) : les résultats français. Ann Fr Anesth Réanimation. Elsevier Masson. sept 2008;27(9):664-78.
39. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [en ligne]. 2011. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/>
40. COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. Protocole analgésie postopératoire de la césarienne [en ligne]. 2011. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/42_analgésie_post-cesarienne_v1.pdf
41. SPAICH S et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Elsevier. 2013;170:401-6.
42. NARDI N et al. Douleurs chroniques après césarienne : impact et facteurs de risque associés. Ann Fr Anesth Réanimation. Elsevier Masson. nov 2013;32(11):772-8.
43. LAVAND'HOMME P. Editorial. Chronic pain after vaginal and cesarean delivery: a reality questioning our daily practice of obstetric anesthesia. Int J Obstet Anesth. Elsevier Ltd. 2010;19:1-2.
44. KAINU JP et al. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. Int J Obstet Anesth. Elsevier Ltd. janv 2010;19(1):4-9.
45. OMS. Statistiques sanitaires mondiales [en ligne]. 2013. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf

46. BLONDEL B, ZEITLIN J. La santé périnatale en France : une position moyenne en Europe, mais quelques différences préoccupantes. Rev Sage-Femme. févr 2014;13(1):1-5.
47. LEGIFRANCE. 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. [en ligne]. 2013. disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/>
48. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Arrêté sur les médicaments [en ligne]. 2011. Disponible sur: <http://sagefemme.chru-lille.fr/>
49. SIMON B. Apport de la césarienne extra-péritonéale pour l'accouchement naturel par césarienne : retour d'expérience. CNGOF. Mises à jour en gynécologie et obstétrique. 2015;809:223-39. Données non publiées.
50. HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation de retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [en ligne]. 2014. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/>

Annexes

Annexe I : transmission de la douleur via les faisceaux spinothalamiques latéraux et spinoréticulaires médians (explication du schéma p.5)

Dans notre cas, nous avons sur la peau, au niveau du doigt, un stimulus mécanique qui dépasse le seuil de perception non douloureuse : il y a activation des nocicepteurs et transduction en un signal électrique transmis jusque dans la corne postérieure de la moelle spinale. Le message créé chemine jusqu'au cerveau grâce à des neurones sensitifs afférents.

Une première synapse est réalisée entre les deux premiers neurones afférents et, comme le deuxième décusse avant de rejoindre le cadran antéro latéral médullaire de la voie spinothalamique, il en résulte qu'une douleur provoquée au niveau d'un doigt de la main gauche sera interprétée et analysée dans l'hémisphère cérébral controlatéral (9).

Les deutoneurones sont répartis en deux groupes : l'un nociceptif spécifique et l'autre non. Le groupe spécifique reçoit les afférences A Delta et C alors que l'autre groupe reçoit (en plus) des afférences des fibres A Beta (sensibilité proprioceptive et discriminative) (51).

Un premier relais des informations nociceptives s'effectue au niveau du thalamus, de la rétículo et du tronc cérébral. Le thalamus est la zone majeure où l'information est relayée avant d'être acheminée vers le cortex. L'influx douloureux est transmis vers plusieurs sites de projections supra spinales responsables des réponses végétatives (hypothalamus), affectives et émotionnelles (système limbique), sensori-discriminatives (thalamus) et bulbaires (réactions d'alerte, réponses motrices et cardiorespiratoires) (51).

La voie spinothalamique latérale correspond à la voie rapide dont le rôle est essentiellement sensori-discriminatif, c'est-à-dire qu'elle permet de localiser et de caractériser le stimulus nociceptif. Les projections sont situées sur la partie latérale du thalamus (noyaux ventro postéro latéraux et ventro postéro médians) et se dirigent ensuite vers le cortex somatosensoriel (52).

Nous avons aussi évoqué un relais vers la formation rétículo grâce à la voie réticulospinale nécessaire à l'éveil cortical. Par exemple c'est grâce à celle-ci que nous nous réveillons la nuit si nous avons mal (10). C'est la composante affective et émotionnelle nécessaire à l'expression de la pénibilité de la douleur ressentie. Cette voie rejoint le thalamus sur sa partie médiane, le tronc cérébral (substance grise périaqueducale, noyau du raphé) et le système limbique (cortex cingulé, insula) (52).

Les relais vers le tronc cérébral permettent surtout d'effectuer un rôle intéroceptif modifiant les processus végétatifs et endocriniens face à la douleur. Ils se projettent quant à eux principalement dans les noyaux amygdaliens du lobe temporal et dans l'hypothalamus pour exercer leurs fonctions (8).

L'intégration corticale permet la genèse de la perception douloureuse notamment via des réactions émotionnelles plus élaborées.

Les dernières afférences qui rejoignent le lobe pariétal au niveau du cortex somatosensoriel primaire et secondaire jouent un rôle primordial dans l'analyse, la compréhension et l'intégration du message douloureux, ainsi que dans la mise en place de réactions motrices, verbales ou végétatives (8).

La fonction limbique est responsable de l'aspect affectif et émotionnel de la douleur. Cette fonction limbique contrôle de façon involontaire les composantes motivo-affectives tels que le plaisir, la peur, la colère, le stress, l'agressivité etc. On la trouve dans les noyaux amygdaliens du lobe temporal.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES PATIENTES CESARISEES PAR LES SAGES- FEMMES AU CHU DE NANTES

1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ?
.....
.....
2. En quelle année avez-vous débuté votre exercice au CHU de Nantes ?
.....
.....
3. Avez-vous été formé(e) spécifiquement sur la prise en charge de la douleur ?
 - Oui
 - Non
4. Si oui, dans quel cadre ?
 - Au sein du service au CHU de Nantes
 - Au sein d'une autre maternité
 - Formation institutionnelle
 - Obtention d'un diplôme universitaire
 - Formation personnelle :
.....
5. Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour prendre en charge la douleur des patientes césarisées ?
 - Oui
 - Non
6. La prise en charge de la douleur des patientes césarisées **de moins de 24h** vous prend-elle plus de temps que celle des patientes accouchées voie basse ?
 - Non
 - Oui

- Combien de temps en plus sur une garde passez-vous à l'antalgie d'une césarienne **de moins de 24h** par rapport à une accouchée voie basse ?
 - < 25% de temps en plus (du même temps à moins d' ¼ de temps en plus qu'un AVB)
 - De 25 à <50 % de temps en plus (de ¼ à moins d' ½ de temps)
 - De 50 à <75% de temps en plus (de ½ à moins des ¾ de temps)
 - De 75 à <100% de temps en plus (des ¾ à moins de 2 fois plus de temps)
 - De 100 à <150% de temps en plus (de 2 à moins de 2.5 fois plus de temps)
 - ≥150% de temps en plus (2.5 fois plus de temps ou plus)
 - ✓ Si plus combien :

7. La prise en charge des patientes césarisées **de plus de 24h** vous prend-elle plus de temps que celle des patientes accouchées voie basse ?

- Non
- Oui
 - Combien de temps en plus passez-vous à l'antalgie d'une césarienne **de plus de 24h** par rapport à une accouchée voie basse ?
 - < 25% de temps en plus (du même temps à moins d' ¼ de temps en plus qu'un AVB)
 - De 25 à <50 % de temps en plus (de ¼ à moins d' ½ de temps)
 - De 50 à <75% de temps en plus (de ½ à moins des ¾ de temps)
 - De 75 à <100% de temps en plus (des ¾ à moins de 2 fois plus de temps)
 - De 100 à <150% de temps en plus (de 2 à moins de 2.5 fois plus de temps)
 - ≥150% de temps en plus (2.5 fois plus de temps ou plus)
 - ✓ Si plus, combien :
.....

8. Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) en difficulté dans la prise en charge de la douleur d'une patiente césarisée de **moins de 24h** non soulagée ?

- Jamais (0% du temps)
- Parfois (25 à <50% du temps)
- Souvent (50 à 75% du temps)
- Toujours (100% du temps)

- Si oui, pourquoi ?
.....
.....
.....

.....
.....

9. Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) en difficulté dans la prise en charge de la douleur d'une patiente césarisée de **plus de 24h** non soulagée ?

- Jamais (0% du temps)
- Parfois (25 à <50% du temps)
- Souvent (50 à 75% du temps)
- Toujours (100% du temps)

▪ Si oui, pourquoi ?

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

10. Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) en difficulté avec les prescriptions postopératoires ?

- Jamais (0% du temps)
- Parfois (25 à <50% du temps)
- Souvent (50 à 75% du temps)
- Toujours (100% du temps)

▪ Si oui, pourquoi ?

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

11. Les nouvelles feuilles de prescriptions postopératoires ont-elles apporté des avantages ?

- Non
- Oui

▪ En quoi ?

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

12. Ont-elles eu des inconvénients pour vous ?

- Non
- Oui
 - En quoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Quel est le délai moyen que vous observez le plus souvent entre le moment où la patiente est très algique et non soulagée et celui où vous pouvez lui administrer un palier III ?

- Moins d'1heure
- Entre 2 et 3 heures
- Plus de 3 heures

14. Quelles sont pour vous les principales raisons de ce décalage ? (Plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- Problème d'organisation dans le service
- Difficultés à obtenir la prescription
- Difficultés à obtenir le médicament
- Autre :

15. Cela peut-il être source de difficultés ?

- Oui
- Non

16. Avez-vous déjà ressenti votre prise en charge des difficultés dues à la traçabilité des antalgiques administrés dans le dossier de vos patientes césarisées ?

- Jamais (0% du temps)
- Parfois (25 à <50% du temps)
- Souvent (50 à 75% du temps)
- Toujours (100% du temps)

17. Avez-vous de l'appréhension à administrer des morphiniques chez les patientes césarisées non allaitantes ?

- Non
- Oui
 - Si oui, pourquoi ?

.....

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

18. Avez-vous de l'appréhension à administrer des morphiniques chez les patientes césarisées allaitantes ?

- Non
- Oui

▪ Si oui, pourquoi ?

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

19. Que faudrait-il pour pallier toutes ces difficultés ?

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

Résumé

Une femme sur cinq termine sa grossesse par césarienne dans le monde. Elle peut être réalisée pendant le travail ou avant, en urgence ou de façon programmée. La médecine évoluant continuellement, nous nous sommes intéressés à la technique de prise en charge de la douleur de ces patientes après une césarienne au CHU de Nantes. Celle-ci constitue de plus une priorité de santé publique. De nombreux articles qui encouragent la réhabilitation précoce en suites de couches montrent d'ailleurs que l'analgésie multimodale y prend une part importante.

L'objectif de ce mémoire est d'observer les techniques de prise en charge de la douleur par les sages-femmes en suites de couches et d'en aborder les éventuelles difficultés. Nous avons pour cela recueilli 84 prescriptions postopératoires puis distribué 30 questionnaires aux sages-femmes que nous avons ensuite analysés. Les résultats principaux montrent que très peu de sages-femmes ont suivi une formation sur la prise en charge spécifique de la douleur. Peu de difficultés ont été mises en évidence mais nous avons pu observer différents axes d'amélioration que nous pouvons mettre en place pour perfectionner la prise en charge après une césarienne pour le bénéfice des patientes.

Mots-clés : césarienne, CHU de Nantes, douleur, sages-femmes, questionnaires, prescriptions, difficultés.