

**ECOLE DE CADRES SAGES-FEMMES  
DIJON**

**EXTRAIT  
MEMOIRE**

**PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR  
APRES EPISIOTOMIE :**

D'une évaluation de pratiques professionnelles et des besoins des patientes  
A un programme d'amélioration de la qualité des soins.

**Mémoire présenté et soutenu par  
Catherine FERRAND née JOSSE  
le 20 février 1965**

**D.E. de Sage-Femme – 1986**

**PROMOTION 2003-2004**

## 2. LA DOULEUR

La douleur est une expérience universelle que nous vivons depuis la naissance jusqu'à la fin de la vie. Elle peut paraître essentielle à la survie ; en effet, elle joue un rôle d'alarme extrêmement important : c'est notre principal moyen de savoir qu'un de nos organes est malade ou d'éviter certains dangers comme les brûlures. La douleur nous permet également de suivre l'évolution d'un traumatisme ou d'évaluer sa gravité. Elle nous oblige aussi à adopter des comportements de garde pour éviter d'aggraver une blessure.

Cependant, la douleur n'est pas un indicateur fiable : il existe des maladies indolores et ce sont souvent les plus pernicieuses. Par ailleurs, la douleur outrepassé souvent sa fonction d'avertissement pour devenir une menace pour l'organisme. Des douleurs persistantes et très intenses ne semblent pas avoir de raisons d'être ou d'utilité pour l'individu ; elles comportent même des effets néfastes sur la qualité de vie (par exemple la migraine ou des douleurs lombaires), ainsi que sur la morbidité et la mortalité d'un patient : des études (12) démontrent qu'un contrôle efficace des douleurs aiguës postopératoires diminue l'incidence des complications physiopathologiques du geste chirurgical et permet une réduction de la durée d'hospitalisation.

*Une douleur qui se prolonge, tarabuste le corps, envahit le champ de la conscience, renferme le malade sur lui-même, l'isole, l'épuise, l'avilit, l'humilie. Souvent la douleur vient se surajouter à une pathologie concomitante dont elle est un symptôme. Elle devient par elle-même une véritable maladie. (13)*

Ainsi, la douleur ne peut être réduite à une sensation purement physiologique. Elle est toujours l'évocation d'une déchirure, que celle-ci survienne dans le tissu organique et/ou dans le tissu psychologique ou relationnel.

Prendre en compte la douleur des patients est donc un défi de taille : traduire objectivement un phénomène complexe qui fait appel à des mécanismes

physiologiques, émotionnels et cognitifs et dont la sévérité n'est connue que par celui qui souffre...

## 2.1 DEFINITION DE LA DOULEUR

L'association internationale pour l'étude de la douleur définit la douleur comme *«une expérience sensorielle et affective désagréable, liée à une lésion tissulaire, existante ou potentielle...»*

Il existe plusieurs types de douleurs que l'on peut classer selon :

➤ La chronologie :

- La douleur aiguë, d'apparition brutale ou plus généralement toute douleur de première apparition, signe, la plupart du temps, d'une urgence médicale ou chirurgicale.
- La douleur chronique définie arbitrairement comme une douleur évoluant depuis plus de six mois, persistant au-delà de la guérison du traumatisme ou de la maladie causale ou qui accompagne une maladie chronique évolutive, une lésion définitive (amputation).

➤ Les mécanismes physiologiques :

- Les douleurs par excès de nociception liées à l'activation du système de transmission des messages nociceptifs par stimulation excessive ; ce sont les plus fréquentes.
- Les douleurs neurogènes par lésion du système périphérique ou central : lésion d'un nerf ou traumatisme médullaire, après une intervention chirurgicale, un traumatisme, une radiothérapie.

- Les syndromes douloureux régionaux complexes qui font suite à un traumatisme orthopédique ou un déficit neurologique.
- Les douleurs psychogènes : douleurs vécues dans le corps mais sans lésion apparente malgré un bilan biologique attentif et dont la cause essentielle serait psychique.
- Les douleurs morales ou souffrance psychique comme la douleur de deuil.

Lors d'une agression tissulaire, les terminaisons des petites fibres nerveuses présentes dans la peau, les muscles, la paroi des viscères sont stimulées : au sein des tissus lésés, des substances « algogènes » sont libérées (prostaglandines...) qui excitent les fibres nociceptives générant un influx transmis par le nerf jusqu'à la moelle épinière. Le nocicepteur activé peut à son tour sécréter et transporter soit vers la moelle soit vers la périphérie d'autres substances susceptibles de modifier la micro circulation et d'abaisser le seuil de réponse de ses terminaisons. Ainsi s'amorce la réaction inflammatoire provoquant vasodilatation, libération d'algogènes et sensibilisation des nocicepteurs qui contribuent à majorer et entretenir la douleur.

La douleur postopératoire (DPO) liée à un geste chirurgical et donc la douleur après épisiotomie sont le plus souvent dues à un excès de nociception ; les douleurs neuropathiques sont plus rares.

Par la suite, seul ce type de douleur sera étudié.

## 2.2 CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR POST OPERATOIRE

La DPO présente des caractéristiques propres à ce type de douleur (14) :

- Elle est prévisible, aiguë donc transitoire et dure en général, le temps de la cicatrisation.
- Elle peut varier en fonction du nycthémère, pouvant associer une douleur de fond à des paroxysmes (lors de la toux, de la mobilisation par exemple).
- Elle peut être intense mais il existe de nombreuses variations d'un patient à l'autre, après un même type d'intervention.

De plus, un certain nombre de facteurs internes et externes peuvent avoir une influence sur la DPO.

### 2.2.1 Les facteurs internes :

- Selon le site opératoire et la technique chirurgicale employée, la DPO pourra être majorée.

En obstétrique, la douleur après épisiotomie peut-être associée à d'autres facteurs (15) : une aide instrumentale à l'expulsion, le poids de l'enfant, la parité, la présence d'œdèmes, une déchirure surajoutée, des hémorroïdes ainsi que la technique de section et de suture.

- L'anesthésie : l'analgésie peropératoire insuffisante pourrait contribuer à un réveil brutal. De même, certaines techniques locorégionales retardent l'apparition de douleurs mais ne permettent un confort que pendant une période de temps limité ; l'oublier expose le malade à souffrir de façon soudaine.

Pour les accouchées, le fait de bénéficier d'une analgésie péridurale serait un facteur de risques en lui-même de présenter une douleur plus intense. Les femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale sont parfaitement analgésiées, même pendant l'expulsion. Elles découvrent alors la douleur en suites de couches. Ainsi, on peut émettre l'hypothèse que ces patientes jugent plus sévère leur douleur que les patientes qui ont souffert pendant l'accouchement.

- Le patient :

- ✓ Les facteurs psychologiques peuvent être responsables de modifications dans la perception de la DPO : anxiété, névrose, extraversion et dépression.
- ✓ L'attitude vis à vis de la DPO et de son traitement peuvent influencer le seuil de douleur ; pour de nombreux opérés, la DPO est obligatoire et est considérée comme une fatalité : ils la craignent mais n'en feront pas obligatoirement part aux soignants.
- ✓ Les expériences antérieures : le message nociceptif entraîne une riposte comportementale et émotionnelle qui sera mémorisée. Cette douleur sera reconnue si le stimulus réapparaît.
- ✓ Les motivations : l'analgésie est obtenue avec d'autant plus de facilité que l'acte opératoire est bien accepté.

Une prise de conscience du périnée pendant la grossesse, notamment lors de séances de préparation à l'accouchement permet d'apporter une meilleure compréhension de la mécanique obstétricale et de l'épisiotomie ; de même, il est nécessaire d'encourager les femmes à partager leurs angoisses, leurs craintes, de ne pas banaliser cet acte, ni de l'occulter avant, pendant, et après. L'épisiotomie ne devrait pas être infligée à une parturiente sans une information suffisante et sans son accord éclairé.

- ✓ Les différences culturelles, religieuses, sociales, professionnelles et familiales :

L'influence de ces facteurs se fait vraisemblablement plus par la façon dont la douleur s'exprime que par sa nature elle-même ; la personnalité, le vécu, la transmission socioculturelle peuvent moduler son expression. A l'accouchement, on observe ainsi de sérieuses différences suivant le champ culturel ou l'aptitude à l'extraversion : par exemple, les femmes méditerranéennes ont tendance à s'exprimer plus intensément que les femmes du Nord de l'Europe, mais la douleur n'est pas pour autant moins intense.

- ✓ Les variations biologiques interindividuelles : il pourrait y avoir des différences génétiques responsables de variations des diverses substances impliquées dans le contrôle et la transmission de la douleur. De plus, il existe des variations pharmacocinétiques et pharmacodynamiques entre les patients.

#### 2.2.1 Les facteurs externes liés à l'environnement soignant :

- La réponse d'autres patients à la douleur : l'attitude d'un patient peut être modifiée par l'attitude de ses voisins : la qualité des soins prodigués pourra donc être ainsi amplifiée.
- Le rôle des soignants : des défauts de connaissance ou d'évaluation avec jugements de valeur ou interprétation abusive peuvent donner des attitudes inadaptées ou des prescriptions insuffisantes. Ainsi, comme cela a été décrit précédemment, la culture, l'expérience de la douleur du soignant peuvent aussi moduler son évaluation de l'intensité douloureuse.

### 2.3 L'ÉVALUATION DE LA DPO

La perception de la douleur est dépendante de composantes physiologiques et cognitives avec de grandes variabilités individuelles. Cette notion est essentielle dans l'évaluation de la douleur. Il est important de retenir que seul le patient est à même de bien évaluer sa douleur et le soulagement qu'il reçoit lors d'un traitement, d'où la préférence accordée à l'autoévaluation.

L'évaluation directe de la douleur doit convertir une expérience sensorielle subjective en une valeur quantitative grâce à «*des outils de mesure fiables, sensibles, reproductibles dans le temps, à court terme, sans mémorisation de l'évaluation précédente, rapides, validés et faciles à manipuler...*» (16)

Différentes méthodes d'autoévaluation peuvent être utilisées.

### 2.3.1 L'échelle verbale simple (EVS) :

C'est une échelle catégorielle en quatre points où l'intensité de la douleur est quantifiée suivant un ordre progressivement croissant : douleur absente, faible, intense, très intense. L'EVS a l'inconvénient d'être peu sensible car le nombre de qualificatifs y est trop restreint.

### 2.3.2 L'échelle numérique (EN) :

Elle est construite de 0 à 100 (ou 0 à 10) et consiste à demander au patient de noter sa douleur en fonction de son intensité : 0 = douleur absente ; 100 = douleur maximum imaginable. Les intervalles sont égaux mais l'attraction pour certaines valeurs ne donne pas une même chance aux différentes valeurs proposées. Cette échelle est cependant réputée avoir une meilleure sensibilité que l'EVS.

### 2.3.3 L'échelle visuelle analogique (EVA) :

C'est actuellement la plus utilisée parce que la plus fiable et la plus sensible. Le patient positionne un curseur sur une ligne horizontale continue de dix centimètres possédant un discriminant à chaque bout : douleur absente à l'extrémité gauche et douleur maximale à l'extrémité droite. Sur l'autre face, non visible par le patient, existe une règle graduée de 0 à 10 centimètres ; le soignant peut relever cette mesure.

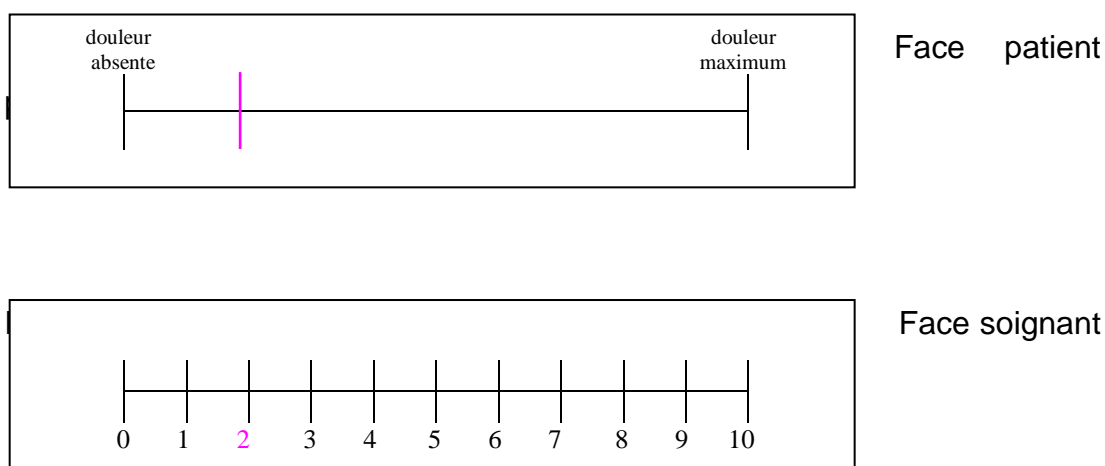


Figure 5. Schéma d'une EVA



Toutes ces échelles sont d'utilisation simple pour le patient. Elles sont toutefois mal adaptées aux patients peu ou non communicants : enfants en bas âge (moins de cinq ans), personnes âgées désorientées, personnes démentes. Des échelles d'hétéro-évaluation (évaluation par un observateur) pourront être utilisées. Ce sont des méthodes d'évaluation comportementale qui mesurent le retentissement de la douleur sur le comportement : les soignants observent le degré d'envahissement du langage par la plainte douloureuse et la réduction des activités spontanées ; ils se servent aussi, comme indice indirect, de la demande d'antalgiques.

Mais quelle que soit l'échelle utilisée, ces mesures devront se répéter régulièrement et après chaque modification thérapeutique afin d'adapter le traitement en fonction de l'intensité et du retentissement de la douleur.

## 2.4 LES MOYENS THERAPEUTIQUES

La douleur impose d'être efficacement traitée par des moyens adaptés.

### 2.4.1 Médicaments antalgiques

Le choix d'un traitement doit répondre à certaines recommandations (17) :

- La mise en place précoce du traitement en salle de réveil ou en salle d'accouchement.
- L'utilisation progressive des thérapeutiques selon trois paliers successifs définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS).
- L'administration régulière des doses optimales sans attendre que le patient le demande prévient la réapparition de la douleur.
- Le changement de palier n'est réalisé qu'après s'être assuré que l'antalgique est correctement administré et que la dose maximale est atteinte.

- Les contre indications liées à une pathologie ou une allergie sont prises en compte.
- En suites de couches, la fréquence de l'allaitement avec risques de passage dans le lait maternel des médicaments ne justifie pas une limitation des thérapeutiques maternelles ; en effet, la majorité des antalgiques utilisés aujourd'hui sont sans risques de toxicité néonatale surtout qu'ils ne sont prescrits que sur une courte durée (9).

Ces médicaments antalgiques sont classés en deux catégories :

- Les antalgiques opiacés forts et faibles
- Les antalgiques non opiacés

LES OPIACES		LES NON OPIACES
Forts	Faibles	
Morphine et dérivés Fentanyl	Codéine Tramadol Dextropropoxyphène	Antiinflammatoires non stéroïdiens (AINS) Aspirine Paracétamol Néfopam

Tableau 3. Principaux antalgiques utilisés dans le post-partum

Le paracétamol et les AINS en inhibant la synthèse des prostaglandines peuvent aider à désamorcer l'activation des nocicepteurs.

Les AINS utilisés seuls ou en association avec du paracétamol et / ou des opiacés sont particulièrement efficaces dans les douleurs intenses après l'accouchement. En monothérapie, ils ont une efficacité supérieure à l'aspirine, au paracétamol ou à la codéine sur les douleurs après lésions périnéales.

De même, des récepteurs morphiniques ont été mis en évidence sur les nocicepteurs périphériques. Leur activation par un opiacé bloque le système de libération des substances algogènes, expliquant l'effet antalgique local de la morphine. C'est un antalgique puissant, utilisable pendant l'allaitement mais pendant une courte durée pour éviter les risques d'effets indésirables chez le nouveau-né.

Si une analgésie péridurale a été utilisée pendant le travail, une injection de morphine dans le cathéter, avant l'apparition de la douleur, permet une analgésie pendant douze heures mais peut-être accompagnée d'effets indésirables à type de prurit, nausées ou vomissements. De plus, le risque de dépression respiratoire impose une surveillance particulière en suites de couches ( la fréquence respiratoire sera le paramètre de référence pour cette surveillance, la mesure de la saturation en oxygène ne s'avérant pas indispensable).

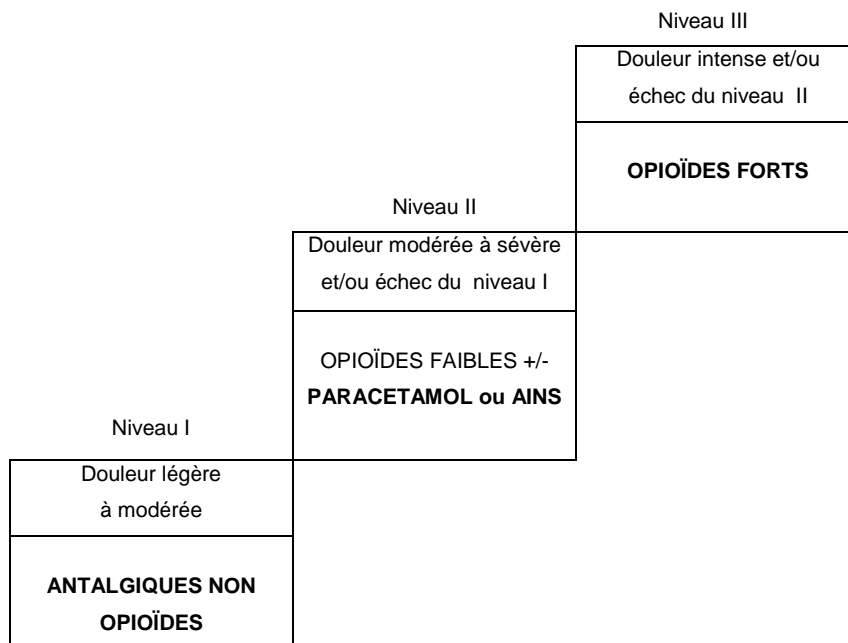


Figure 6. Classification des antalgiques tenant compte des trois paliers de l'OMS (13).

#### 2.4.2 Autres thérapeutiques antalgiques

Ces techniques très diverses correspondent spécifiquement à la recherche de l'antalgie par d'autres moyens que l'allopathie ou bien en complément de celle-ci.

#### 2.4.2.1 L'acupuncture :

C'est dans le traitement de la douleur sous ses diverses formes que les indications de l'acupuncture sont les plus nombreuses (13). Dans la DPO, l'analgésie peut être obtenue par stimulation à différents niveaux de systèmes inhibiteurs capables d'empêcher la diffusion des informations douloureuses de la périphérie vers le cerveau.

#### 2.4.2.2 L'homéopathie :

La thérapeutique homéopathique s'attache aux symptômes, mais aussi à la globalité psychocorporelle de l'individu en tenant compte de son vécu et est donc particulièrement adaptée à la période du post-partum, période où la patiente est exposée à de grands bouleversements physiques et psychiques (18).

#### 2.4.2.3 L'électrothérapie :

L'utilisation d'une électrode ponctuelle avec du courant basse fréquence (10 à 20 Hertz) précédée par un massage manuel de la cicatrice permet un effet antalgique sur les cicatrices douloureuses et la dyspareunie transitoire et donne souvent de bons résultats en cinq ou six séances.

#### 2.4.2.4 Les méthodes physiques :

- Les anesthésiques locaux sous forme de spray ou de pommade.
- L'utilisation du froid comme technique d'analgésie par libération d'endomorphines «*est très efficace sur la douleur en cas de lésions traumatiques des parties molles...*» (13)
- Le coussin de Burnett qui diminue les frottements et les sollicitations douloureuses en évitant tout appui direct sur la cicatrice d'épisiotomie.
- Les soins d'hygiène et notamment les conseils éducatifs que la sage-femme peut apporter pour faciliter la cicatrisation.

L'évolution des moyens thérapeutiques et des connaissances sur les mécanismes de la douleur a accompli de remarquables progrès depuis ces dernières décennies. Cette évolution a permis aux équipes médicales de prendre conscience du changement de comportement à mener, ainsi lors des états généraux de la santé en 1999, la lutte contre la douleur fut désignée comme l'une des préoccupations principales des patients et des usagers de l'hôpital.

## 2.5 L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.

Une action globale tant auprès des professionnels de santé que des établissements, mais aussi en direction de la population, avec pour ambition de changer le regard porté sur la douleur a été mise en œuvre par le ministère de la Santé depuis plusieurs années.

La prise en charge de la douleur est devenue une priorité de santé publique et plusieurs actions gouvernementales ont été engagées.

### 2.5.1 Le plan triennal de lutte contre la douleur (19)

Ce premier programme initié en 1998 s'articulait autour de trois axes :

- **le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins.**
  - Tout établissement de santé doit mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille. (20)  
Pour les établissements publics de santé, ces moyens sont définis dans le projet d'établissement. Par ailleurs, la qualité de la prise en charge de la

douleur est prise en compte dans la procédure d'accréditation conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

- De nombreuses réglottes de mesure de l'intensité de la douleur ont été distribuées pour permettre de mieux dépister, quantifier la douleur et suivre son évolution.
  - L'accès aux antalgiques majeurs a été facilité par la suppression du carnet à souche et remplacé par des ordonnances sécurisées.
  - L'élaboration de protocoles de soins a été encouragée et des recommandations de bonnes pratiques publiées.
  - La création de réseaux de soins a été favorisée afin d'améliorer la continuité des soins, ainsi que la création de structures de prise en charge de la douleur chronique.
- **L'information, la formation initiale et continue des professionnels ont été multipliées pour mieux évaluer et traiter la douleur.**

Un des objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique des sages-femmes est de participer à la prise en charge de la douleur. Le nouveau programme des études de 2001 (21) prévoit dans la première phase des études, un enseignement en sciences humaines et sociales sur les connaissances et la réflexion anthropologique des différentes sociétés face à la douleur ; en deuxième phase, un enseignement en anesthésie réanimation inclut les connaissances physiologiques, pharmacologiques et les méthodes d'évaluation nécessaires à la prise en charge de la douleur post opératoire ainsi que dans le post-partum.

➤ **La demande des patients a été mieux prise en compte :**

- Il est rappelé dans l'article II de la charte du patient hospitalisé *«qu'au cours des traitements et des soins, la prise en charge de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de*

*la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants...» (22)*

- Un carnet douleur remis à chaque patient dès son arrivée a été créé afin que celui-ci soit informé des possibilités de prise en charge de sa douleur.
- La satisfaction du patient doit être mesurée lors d'un questionnaire de sortie.
- La liste des consultations, unités et centres de lutte contre la douleur est consultable sur minitel ou Internet.
- Une campagne d'information publicitaire télévisée a été menée puis complétée par la diffusion d'une brochure pédiatrique spécifiquement destinée aux enfants et à leur famille.

#### 2.5.2 Plan quadriennal de lutte contre la douleur (23)

Afin de poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur, un nouveau programme 2002-2005 a été élaboré ; une des nouvelles priorités est centrée sur la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie.

La mise en place de ce programme s'articule autour de plusieurs objectifs :

- Associer les usagers par une meilleure information afin qu'ils apprennent à être des acteurs de la prise en charge de leur douleur ; un contrat d'engagement douleur de l'établissement hospitalier sera remis à chaque hospitalisation et devra intégrer tous les éléments relatifs à la politique et à l'organisation de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur.
- Améliorer l'information et la formation de l'ensemble des professionnels de santé sur l'approche technique de la douleur mais aussi la dimension sociale et psychologique.

- Amener tous les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur. L'implication réelle du chef de service et du cadre de santé sera déterminante pour la mise en place effective de bonnes pratiques.

«*La douleur n'est plus une fatalité...*». Aujourd'hui des moyens sont disponibles pour la diagnostiquer, l'évaluer et la prendre en charge.

Cependant, une enquête qualitative réalisée en 2001 par la société française de santé publique a montré que, malgré une prise de conscience des professionnels, une amélioration et des changements notables, des difficultés et des dysfonctionnements persistent et les douleurs sont encore insuffisamment corrigées.

Dans l'environnement de la naissance, la douleur fut longtemps érigée comme une inéluctable fatalité de l'enfantement, profondément marquée par la religion judéo-chrétienne. Sa maîtrise fut considérablement modifiée par l'introduction de la méthode du docteur Lamaze dans les années cinquante. Son but, fondé sur les théories pavloviennes était la disparition de la sensation douloureuse par l'installation de réflexes conditionnés, l'effaçant ainsi des neuro-récepteurs sensoriels : la sensation pénible et douloureuse majorée par la peur et l'angoisse est détournée par une émotion plus puissante en exaltant les valeurs morales et sentimentales de la naissance ainsi qu'une compréhension active des mécanismes obstétricaux ; les bases de la psychoprophylaxie obstétricale étaient posées.

Ce concept continuera d'évoluer en prenant en compte l'importance du rôle paternel et surtout de l'enfant avec toutes ses compétences sensorielles, motrices et affectives.

Depuis, d'autres techniques de relaxation sont venues compléter cette méthode, mais c'est surtout l'introduction de la technique d'analgésie péridurale qui va permettre aux femmes de faire le choix d'accoucher sans ressentir de douleurs.

Cependant, les situations douloureuses peuvent aussi être présentes dans le post-partum : les tranchées utérines de la multipare, les douleurs mammaires et



lombaires et surtout les douleurs secondaires aux lésions obstétricales ; la prise en charge de la douleur après une épisiotomie est-elle toujours assurée dans des conditions d'efficacité optimale et répond-elle aux besoins et aux attentes des patientes ?