



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020-2021

ÉVALUATION DU BÉNÉFICE PSYCHO-ÉMOTIONNEL DU PROGRAMME DE RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE LORS DE CÉSARIENNES PROGRAMMÉES « CÉSARZEN » Étude prospective unicentrique menée au CMCO d'août 2020 à mars 2021

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

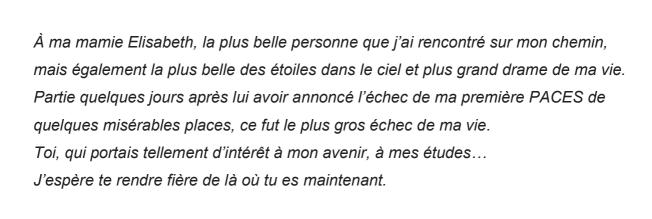
MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

OCÉANE GEISER Née le 9 mai 1997 à Saint-Louis

Présidente du Jury : Mme Catherine BURGY

Directrice de mémoire : Dr. Marie ZILLIOX

Codirectrice de mémoire : Mme Virginie HAMANN



REMERCIEMENTS

À Dr. Marie Zilliox, d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Merci pour vos précieux conseils, votre implication remarquable et votre confiance. Ce fut un réel plaisir pour moi de partager ce travail avec vous.

À Mme. Virginie Hamann, enseignante référente et co-directrice, pour vos corrections, votre disponibilité et votre accompagnement si bien mené depuis mes premiers pas à l'École de Sages-Femmes. Pour tout cela, MERCI.

Aux sages-femmes enseignantes, grâce à vous je vais voler de mes propres ailes.

Aux patientes « CésarZen », sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

À Catherine Zund, Christine Laugel et Catherine Boeni, sages-femmes dédiées au programme, pour votre aide si précieuse.

À mes parents à qui j'ai pu faire subir mes crises de nerfs et plus particulièrement à celle qui m'a mise au monde et qui a vécu deux césariennes alors que son rêve le plus grand était de donner naissance par voie basse. Je sais que ce sujet te touche.

À mes meilleures amies Laetitia et Cléone, respectivement 20ans et 13ans que je ne vois plus ma vie sans vous. Merci d'avoir été présentes dans les hauts comme dans les bas toutes ces années et merci d'être les si belles personnes que vous êtes.

À Julien, Juliette, Etienne, Inès et Dorine, mes amis du lycée, coéquipiers de galère en PACES et même après, sans qui je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui.

Et enfin, à mon coup de cœur d'amitié, ma deuxième famille, Julie, Laura, Chloé, Annéa, Coralie, Justine et Ben, rencontrés grâce à ces quatre années d'école de sages-femmes. Vous avez chamboulé ma vie entière, bien plus belle depuis que vous êtes à mes côtés. Grace à vous, j'ai des souvenirs plein la tête et ce n'est que le début de notre belle aventure. Pour les cinq concernées, la rangée du fond de la classe, je suis si fière de nous, ON L'A FAIT! Vous ferez de magnifiques sages-femmes. Plus particulièrement à Julie et Laura, mes acolytes des tous débuts, mon trinôme de folies en tout genre, mon coup de foudre d'amitié, rien n'aurait été pareil sans vous.

Table des matières

l.	Introduction	4
II.	Matériel et méthodes	11
1	. Type d'étude	12
2	Définition de la population d'étude et des modalités de sélection	12
3	Le recueil de données	12
	3.1. Les données DIAMM®	12
	3.2. Le journal de bord	14
	3.3. Le questionnaire	15
4	Extraction et analyse des données	16
5	. Aspects réglementaires	16
III.	Résultats	18
1.	Caractéristiques de la population sélectionnée (n=42)	19
	1.1. Caractéristiques générales	19
	1.2. Caractéristiques des césariennes	20
	1.3. Caractéristiques des nouveau-nés	21
2	Les données RAAC issues de la fiche RAAC et du journal de bord	22
3	Les données « CésarZen » issues de « check-list CésarZen » et de la	
	fiche RAAC	25
4	Les données issues du questionnaire sur le bénéfice psycho-émotionnel	
	de la « CésarZen »	26
	4.1. Participation active du couple aux prises de décisions	27
	4.2. Soutien psychologique par l'équipe	27
	4.3. « Accouchement rêvé »	28
	4.4. Comparaison à une(/aux) césarienne(s) antérieure(s)	29
	4.5. Satisfaction globale	29
	4.6. Commentaires libres	30
	4.7. Contexte psycho-émotionnel et médical des patientes	
	« insatisfaites »	30
IV.	Discussion	35
1	. Population d'étude et circonstances de la césarienne	36
2	La Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)	37
3	La « CésarZen »	42

4.	Satisfaction des femmes quant au programme et identifications de facteurs	
	influençant le vécu psychoémotionnel des césariennes	47
5.	Forces et limites de l'étude	50
V.	Conclusion	53
VI.	Bibliographie	56
VII.	Annexes	60

Glossaire

ARS Agence Régionale de la Santé

CA Coefficient d'Apgar

CMCO Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical

CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

ENP Enquête Nationale Périnatale

ERAS Enhanced Recovery After Surgery

EVA Évaluation Visuelle Analogique

GRACE Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée après ChirurgiE

HAS Haute Autorité de Santé

HDD Hémorragie De la Délivrance

IMC Indice de Masse Corporelle

IMG Interruption Médicale de Grossesse

MAPAR Mises Au Point en Anesthésie-Réanimation

RAAC Récupération Améliorée Après Chirurgie

SA Semaines d'Aménorrhées

SFAR Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

TAVB Tentative d'Accouchement par Voie Basse

UME Unité Mère-Enfant

USC Unité de Soins Continus

VVP Voie Veineuse Périphérique

I. Introduction

La césarienne, devenue commune en cas de dystocie pelvienne insurmontable par les travaux de Rousset et connaissant son essor à partir du XXème siècle, est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus hors de l'utérus maternel après incision de celui-ci, lorsque l'accouchement par voie basse semble compromis. Elle est habituellement réalisée par une voie d'abord abdominale transpéritonéale ou plus rarement rétropéritonéale, exceptionnellement par voie vaginale (1). Cette intervention chirurgicale, ayant pour objectif la sécurité maternelle et fœtale, peut être réalisée dans le contexte de l'urgence et est alors dite « césarienne en urgence ». Celle-ci se réalise en cours ou en dehors du travail pour cause maternelle, comme par exemple lors d'une éclampsie; pour cause obstétricale, comme pour une rupture utérine ou un hématome rétro placentaire ; ou encore pour cause fœtale, lors d'une procidence ou d'une anomalie du rythme cardiaque fœtal sévère par exemple (2). La césarienne peut être également indiquée de manière préventive, avant la mise en travail et sera dite « césarienne programmée ». Celle-ci est envisagée pour des conditions mécaniques de dystocie évidentes (macrosomie fœtale, présentations fœtales atypiques, etc.), d'utérus multicicatriciel, de transmission verticale d'infection maternelle; ou encore certains défauts de placentation, troubles fonctionnels ou séquellaires périnéaux, fœtopathies ou pathologies maternelles contre-indiquant l'accouchement par voie basse en raison du risque maternel ou fœtal encouru (3).

Lorsqu'on a recours à une césarienne, c'est tout un mythe de l'accouchement « rêvé » physiologique et éventuellement un projet de naissance qui est compromis pour les couples.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit un projet de naissance comme l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut le suivi médical, la préparation à la naissance, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale. Il peut être formalisé par un document rédigé par les parents (4). C'est en Angleterre qu'apparut le premier « Birth Plan » en 1993 suite à un débat houleux concernant une femme qui fit la demande d'accoucher accroupie en 1988. En France, le premier projet de naissance recensé est émis par un couple caennais dans les années 2000.

En effet, c'est à partir des années 90 que l'on voit naître un engouement pour le retour au travail « nature », moins médicalisé dans un contexte d'émergence de mouvements féministes (comme, par exemple, le « Mouvement de Libération de la Femme »).

Les femmes, ayant meilleure connaissance de leurs droits, dénoncent progressivement les actes et paroles inadaptés qu'elles subissent, dont les violences gynécologiques et obstétricales, comme en témoigne plus récemment le mouvement « #payetonutérus » (5). C'est ainsi que le projet de naissance connaîtra son réel essor dans les années 2010.

Dans ce contexte, les professionnels de santé tentent de répondre aux demandes des patientes avec des solutions adaptées, personnalisées et avec toujours plus de bienveillance. L'objectif de prise en charge repose sur des prises de décisions conjointes au sein du couple soignant-patient. La patiente est au cœur du projet de soin et de son projet de naissance.

Ainsi, actuellement, les projets de naissance sont de plus en plus fréquemment formulés et ce, de manière anticipée et par écrit, avant une épreuve du travail dans un contexte de tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) acceptée. Selon la dernière Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, 3,7 % des femmes avaient rédigé un projet de naissance et 17,2 % ont fait part de leurs souhaits en arrivant à la maternité (6). En cas de césarienne en urgence, en cours ou en dehors du travail, le projet de naissance devient le plus souvent accessoire et secondaire, et n'est plus réalisé pour des raisons liées à l'urgence médicale (exemple : nécessité d'une anesthésie pour l'intervention chirurgicale, impossibilité de couper le cordon ombilical par le conjoint) ou des raisons liées à la logistique (par exemple, personnel soignant occupé par la gestion des soins médicaux urgents et ne pouvant plus assurer les souhaits des parents). Or 20,4% (6) des accouchements sont réalisés par césarienne, représentant ainsi une naissance sur cinq. Parmi ces naissances, 9,4% (7) sont des césariennes réalisées avant travail (programmée ou en urgence) et 7% (7) sont des césariennes, dites « programmées », représentant ainsi un peu plus d'un tiers des césariennes totales et qui pourraient être éligibles à un programme d'accompagnement des couples.

De plus, il est maintenant admis de manière générale que les accouchements par césarienne sont moins bien vécus par les couples que les accouchements ayant lieu par voie basse (8). En effet, les patientes ayant bénéficié d'une césarienne ont tendance à une perception plus négative de la naissance, d'elles-mêmes et de leur

enfant, et ont plus de risques de troubles de l'humeur en post-partum comme des troubles anxiodépressifs que les femmes ayant donné naissance par voie basse (9). En plus des désagréments post-chirurgicaux (douleur, immobilisation, temps d'hospitalisation...), les femmes semblent avoir parfois l'impression de ne pas avoir participé, voire pour certaines, ne pas avoir l'impression d'avoir accouché, et se sentent spectatrices de leur accouchement (9,10). De plus, une étude comparative publiée dans le « Journal of Obstetric, Gynecologyc and Neonatal Nursing » indique que seule la moitié des femmes se sentait suffisamment informée sur le déroulement de la césarienne et que 83,3% des femmes se sentaient anxieuses pendant la chirurgie (11).

Ainsi, les professionnels de la périnatalité doivent envisager un encadrement spécifique pour ces patientes, afin d'accompagner au mieux les couples dans ce moment si exceptionnel et si vulnérable à la fois.

Pour répondre à cette problématique de l'accompagnement des couples dans le cadre d'une césarienne programmée, la maternité du CMCO (Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical) a mis en place, en juin 2019, un programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) associé à l'émission d'un projet de naissance individualisé. Ce programme, nommé « CésarZen » était proposé aux patientes dont l'accouchement était planifié par césarienne programmée. Ce programme, dirigé par le Dr. Bel, a été mis en place par des médecins et des cadres sages-femmes sous l'égide des recommandations et consignes de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les effecteurs étaient des sages-femmes diplômées d'état dont le temps de travail était dédié à cette activité, sous forme de vacation de consultation.

Le programme « CésarZen » reprend le modèle des césariennes « naturelles » ou « bienveillantes » qui ont déjà vu le jour dans le monde (en Angleterre) ainsi qu'en France (notamment à Paris ou à Nice) ces dernières années (12–14). Ce programme vise à personnaliser et humaniser l'acte chirurgical le plus réalisé dans le monde en proposant au couple de réaliser un réel projet de naissance personnalisé. Plusieurs possibilités leurs sont proposées, telles que :

- Un fond musical (choisi par le couple)
- Une lumière tamisée
- La présence d'un accompagnant

- Pousser pour aider à la naissance avec ou sans souffleur
- L'abaissement du champ opératoire à la naissance avec aval du chirurgien
- La section du cordon par l'accompagnant après désinfection des mains et port de gants stériles
- Le contact prolongé maman/bébé en salle d'intervention
- Le peau à peau accompagnant/bébé en salle de naissance
- La tétée de bienvenue

Ce programme vise également à simplifier les suites post-opératoires, telles que la gestion de la douleur (traitement antalgique adapté), recenser et améliorer le vécu des couples, et la reprise de l'autonomie grâce aux protocoles de la RAAC (12). La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la RAAC comme une « approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période périopératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures. Elle vise donc à réduire significativement la mortalité et la morbidité et a aussi pour conséquence in fine de voir réduire les durées d'hospitalisations » (15). L'ablation de sonde urinaire à demeure, le premier lever ou encore le retour à domicile peuvent être effectués plus précocement par exemple.

Le programme « CésarZen » combiné à la RAAC se déroule en 3 phases : la phase pré-, per- et postopératoire. Il est tout d'abord débuté par une consultation RAAC qui est un entretien entre la sage-femme dédiée et le couple. Cet entretien consiste à préparer les femmes pour leur césarienne programmée en délivrant les informations principales quant au déroulement de celle-ci, ainsi que les phases pré-, per- et postopératoires.

C'est également lors de cet entretien que la sage-femme recueillera les différents souhaits des couples quant à leur projet de naissance listés précédemment.

Elle aborde aussi avec le couple la gestion des ainés, le vécu du/des précédent(s) accouchement(s) et/ou césarienne(s), la durée du séjour et quelques nouvelles modalités dues au Covid-19. Lors de cet entretien, elle introduit également le « journal de bord » (annexe I) qui est un livret à remplir quotidiennement par les patientes pour apprécier l'évolution de leur récupération post chirurgicale.

Au terme de cette consultation, la sage-femme remet à la patiente un « livret patient » (annexe II) dans lequel sont inscrits les consignes, un résumé de la phase pré-, per- et postopératoire, les modalités du séjour et du retour à domicile, etc.

Le programme « CésarZen »/RAAC suit des protocoles stricts sous l'intitulé « CésarZen pour un enfantement personnalisé » (annexe III) et « Césarienne RAAC : prise en charge pré-, per- et post-opératoire » (annexe IV) rédigés de manière collégiale par des gynécologues-obstétriciens, des médecins anesthésistes réanimateurs , des sages-femmes et sages-femmes cadres du CMCO.

Il se déroule ensuite de la manière suivante. Pendant la phase préopératoire, la sagefemme programmeuse ou sage-femme des urgences appelle la patiente la veille de l'intervention pour lui rappeler les modalités pratiques (heure d'admission, documents et affaires à emmener, etc.) (annexe V). La patiente arrive le jour de la césarienne 2h avant l'intervention, accueillie par une sage-femme dédiée en salle de naissance (programmeuse ou des urgences) et qui vérifie l'ensemble des éléments de la « checklist » finale avant passage au bloc opératoire (respect du jeun préopératoire, vérification de la carte de groupe sanguin, vérification de la présentation fœtale, etc.) (annexe VI). Lors de la phase peropératoire, la patiente est prise en charge de manière conventionnelle et le projet de naissance personnalisé « CésarZen » est réalisé en parallèle. Enfin, lors de la phase post-opératoire, la patiente est admise en Unité de Soins Continus (USC) dans laquelle l'infirmière procède au protocole de la RAAC (annexe IV). La patiente est ensuite admise en Unité Mère-Enfant (UME) six heures après l'intervention (remise du « journal de bord » et surveillance postcésarienne conventionnelle quotidienne selon le protocole de service RAAC jusqu'à la sortie de la patiente. Enfin, 48h après la sortie de la patiente, la sage-femme dédiée au programme se charge d'appeler les patientes pour évaluer leur qualité de vie et leur satisfaction quant au programme.

Il est nécessaire dans la mise en place d'un nouveau programme de soins d'effectuer une démarche qualité avec une phase d'évaluation. Nous nous sommes également interrogés sur les effets bénéfiques de ce programme sur le vécu de la césarienne programmée au regard des données énoncées précédemment.

Ainsi, nous avons émis, d'une part, l'hypothèse que le programme « CésarZen »/RAAC améliore le vécu psycho-émotionnel d'une césarienne programmée.

D'autre part, nous avons suggéré que la participation active du couple à l'accouchement leur permet de vivre une expérience plus positive bien que celui-ci soit obtenu par césarienne et non par voie basse.

Notre objectif principal est donc d'évaluer les bénéfices psycho-émotionnels du programme « CésarZEN » sur le vécu de la césarienne programmée et notre objectif secondaire est d'identifier les facteurs qui améliorent le vécu d'une césarienne.

II. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Nous avons mené une étude prospective observationnelle unicentrique dans la maternité du CMCO, maternité de niveau 2b qui recense environ 3500 accouchements effectués par an. Cette étude s'est déroulée du 21 août 2020 au 20 mars 2021.

2. Définition de la population d'étude et des modalités de sélection

Les critères d'inclusion étaient l'âge supérieur à 18ans, bénéficier d'une césarienne programmée et souhaiter participer au programme RAAC associé au projet de naissance individualisé intitulé « CésarZen » sur le site du CMCO.

Les critères d'exclusion étaient le non-retour des questionnaires et les questionnaires non remplis.

3. Le recueil de données

La méthode d'investigation repose sur les données des fiches « renseignements généraux », « RAAC », « issue de grossesse » et « issue nouveau-né » du logiciel DIAMM®. Notre recueil de données va également se baser sur les données du « journal de bord » et les réponses à notre questionnaire ajouté.

3.1. Les données DIAMM®

Les variables sélectionnées dans les renseignements généraux permettent de définir les caractéristiques générales de notre population et sont :

- L'âge
- L'Indice de Masse Corporelle (IMC)
- La situation matrimoniale
- La profession
- La gestité
- La parité
- Le contexte psychosocial
- Les antécédents

Les fiches issues de grossesse et issues nouveau-né sont complétées dans DIAMM® par la sage-femme programmeuse. Les variables sélectionnées et analysées nous permettront de caractériser les césariennes et d'identifier des facteurs qui influencent le vécu de nos césariennes programmées, celles-ci sont respectivement:

- « Issue de grossesse » :

- Le type de grossesse
- Le mode d'accouchement
- L'indication de la césarienne
- La programmation de l'intervention
- L'âge gestationnel
- Le déroulement de l'intervention
- Les complications de l'intervention
- Le vécu de l'accouchement

- « Issue nouveau-né » :

- Le poids
- La trophicité
- Le Coefficient d'Apgar (CA)
- La réanimation

D'autre part, certains items de la fiche « RAAC » remplis par les sages-femmes de l'Unité Mère-Enfant, l'infirmière d'USC et la sage-femme dédiée au programme constitueront nos autres variables étudiées :

- Première boisson
- Premier repas
- Nausées et/ou vomissements
- Premier lever
- Ablation de la sonde urinaire
- Obturation de la VVP (voie veineuse périphérique)
- Nécessité de réutiliser la VVP
- Utilisation d'un traitement morphinique (Actiskénan®) (précision du jour)
- Satisfaction de la prise en charge de la douleur 48h après la sortie

- Satisfaction de la prise en charge globale 48h après la sortie
- Commentaires et remarques RAAC

Enfin, la fiche « RAAC » permet également d'apprécier si les souhaits quant au projet de naissance « CésarZen » ont été réalisés.

Les données quant au projet de naissance « CésarZen » sont recueillies tout d'abord via une grille « check-list » (annexe VI) lors de la consultation RAAC pour notifier les différents souhaits des couples, elle est remise à la sage-femme programmeuse la veille et remplie dans la fiche RAAC du logiciel DIAMM® par la sage-femme dédiée au programme de la RAAC. Les variables qui constituent cette « check-list » sont :

- Le fond musical (choisi par le couple)
- La lumière tamisée
- La présence d'un accompagnant
- Pousser pour aider à la naissance avec ou sans souffleur
- L'abaissement du champ opératoire à la naissance avec aval du chirurgien
- La section du cordon par l'accompagnant
- Le contact prolongé maman/bébé en salle d'intervention
- Le peau à peau accompagnant/bébé en salle de naissance
- La tétée de bienvenue

3.2. Le journal de bord

Le « journal de bord » est un document papier format livret A5 distribué aux patientes en sortie d'Unité de Soins Continus et complété par les patientes quotidiennement afin d'évaluer leurs douleurs ou encore ce qu'il leurs a été possible de réaliser.

La sage-femme de l'Unité Mère-Enfant récupère les journaux et les données sont ensuite enregistrées de manière informatique par la sage-femme dédiée au programme dans la fiche « RAAC » du logiciel DIAMM®.

Dans le cadre de notre étude, les variables retenues et analysées issues du « journal de bord » sont :

- La douleur à J0 au repos
- La douleur à J0 à la mobilisation

- La douleur à la sortie au repos
- La douleur à la sortie à la mobilisation
- La forme/morale à J0
- La forme morale à la sortie

3.3. Le questionnaire

Nos précédentes variables établissent déjà le contexte de la césarienne (standard ou compliquée, nouveau-né de suite en peau à peau ou nécessitant une réanimation, etc.) et non le vécu personnel de la patiente. Nous avons cependant remarqué qu'un item « vécu de l'accouchement » était présent dans DIAMM®, mais dont les réponses possibles étaient « sans particularité » ou « difficile » n'explorant pas davantage la question.

Dans le but d'évaluer plus précisément les bénéfices psycho-émotionnels du programme « CésarZen » sur le vécu de la césarienne programmée, nous nous sommes proposés d'ajouter temporairement, pour notre étude, un questionnaire portant sur le vécu psycho-émotionnel de ce programme durant la période du 1^{er} août 2020 au 20 mars 2021 (*annexe VII*) en accord avec l'équipe coordinatrice. Nous avons ainsi ajouté cinq questions traitant de cinq axes principaux.

Nos nouvelles variables étudiées concernent :

- La participation active du couple dans les prises de décision : « J'ai pu exprimer mon avis et celui-ci a été pris en compte dans les décisions me concernant »
- Le soutien psychologique par l'équipe : « Je me suis sentie soutenue émotionnellement par l'équipe »
- L'accouchement rêvé : « Les premiers instants avec mon bébé correspondent à ce que je m'étais imaginé »
- La comparaison de vécu pour les patientes ayant bénéficié d'une ou plusieurs césariennes avant la « CésarZen » : « Grâce au programme « CésarZen », j'ai mieux vécu cette césarienne que ma (mes) précédente(s) »
- La satisfaction globale des évènements : « Je suis globalement satisfaite de la façon dont les évènements se sont déroulés »

Nous avons aussi laissé le soin aux patientes de développer leurs avis ou commentaires en leur laissant un espace libre « Remarques ».

Le questionnaire a semblé être l'outil le plus approprié, permettant, d'une part, d'interroger le maximum de patientes concernées et, d'autre part, de s'intégrer au mieux dans un outil de recueil de données déjà mis en place. Nous avons, de plus, repris la mise en forme du « journal de bord » pour notre questionnaire pour ainsi faire en sorte que nos questions additionnelles constituent une suite à celui-ci. Nous l'avons donc imprimé format A5 et agrafé à la fin des « journaux de bords » qui ont commencé à être diffusés le 21 août 2020.

4. Extraction et analyse des données

Nous avons retranscrit les données du questionnaire de manière informatique sur un tableur Excel® afin d'effectuer des analyses statistiques et de pouvoir obtenir des représentations graphiques.

L'exploitation des données a été réalisée grâce à l'exportation des variables sélectionnées issues du logiciel DIAMM® et analysées grâce au support tableur Microsoft Excel®.

5. Aspects réglementaires

Notre étude relève de la déclaration CNIL MR004 des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). Après avoir contacté les cadres le 21 juillet 2020 et obtenu l'accord du chef de pôle Pr. Deruelle, du Pr. Nisand et du Dr. Garbin pour intégrer un questionnaire supplémentaire au « journal de bord » du CMCO, nous avons pu diffuser nos questionnaires, avec un peu de retard, à la reprise des « CésarZen » le 21 août 2020, interrompues auparavant par la Covid-19. Nous avons également effectué les démarches d'enregistrement de notre étude auprès de la déléguée de la protection des données (annexe VIII) que nous avions contacté le 25 février 2020 sans savoir précisément les données dont nous aurions l'utilité d'extraire, puis le 15 janvier 2021

pour finaliser la démarche. Nous avons également entrepris les démarches nécessaires à l'extraction des données issues du logiciel DIAMM® en contactant la personne responsable le 15 janvier 2021.

III. Résultats

Au total, durant cette étude, 81 césariennes programmées ont été réalisées entre le 21 août 2020 et le 20 mars 2021. Parmi celles-ci, 10 ont finalement été faites en urgence (12,5%) et 71 ont en effet été réalisées à la date prévue (77,5%). Enfin, 48 questionnaires ont été récupérés sur la période, soit un taux de participation de 59,3%. Parmi les 48 questionnaires recueillis, six patientes n'ont pas pu être identifiées, suite à l'anonymisation précoce des questionnaires qui n'ont ainsi pas pu être attachés à leur contexte et les rendant inexploitables. Nous les avons donc exclus de cette analyse et ainsi notre effectif total était de 42 questionnaires (soit un taux de d'exploitation de 51,9%).

1. Caractéristiques de la population sélectionnée (n=42)

1.1. Caractéristiques générales

Les caractéristiques générales de la population ont été résumées dans le tableau I. L'âge moyen des patientes lors de l'intervention était de 32,7 ans, l'indice de masse corporelle (IMC) était de 25,2 kg/m². La gestité moyenne était de 2,6 grossesses par femme et la parité moyenne était de 2,1 enfants par femme, parmi lesquelles 31% étaient nullipares et 69% multipares. La majorité des femmes étaient mariées (45,2%) ou en concubinage (38,1%), 9,5% étaient pacsées et 7,1% étaient célibataires. La moitié des femmes était employées (50%), 26,2% étaient des femmes au foyer/sans emploi, 11,9% exerçaient une profession intermédiaire, 4,8% étaient cadres supérieurs ou diplômées d'écoles supérieurs, tout comme les femmes étudiantes ou en formation (4,8%). Enfin, une seule femme était de profession ouvrière (2,4%). Nous avons également relevé deux femmes, soit 4,9%, qui avaient un contexte psychosocial particulier (antécédant personnel ou familial lourd pour l'une et vulnérabilité psychologique pour l'autre).

Tableau I : Caractéristiques générales de la population sélectionnée (n=42)

Critères	Effectifs n (%) ou moyenne
Age moyen (ans)	32,7 [19 ; 41]
IMC moyen (kg/m²)	25,2 [17,5 ; 42,5]
Gestité moyenne (grossesse)	2,6 [1;8]
Parité moyenne (enfants)	2,1 [1 ; 4]
Primipare	13 (31%)
Multipare	29 (69%)
Situation matrimoniale	
Mariée	19 (45,2%)
Pacsée	4 (9,5%)
Concubinage	16 (38,1%)
Célibataire	3 (7,1%)
Profession	
Cadres/études supérieures	2 (4,8%)
Professions intermédiaires	5 (11,9%)
Employés	21 (50%)
Ouvrier	1 (2,4%)
Etudiants/en formation	2 (4,8%)
Femme au foyer/sans emploi	11 (26,2%)
Contexte psychosocial	2 (4,9%)

1.2. Caractéristiques des césariennes

Les caractéristiques des césariennes de la population ont été résumées dans le tableau II. L'âge gestationnel moyen lors de l'intervention était de 38,8 semaines d'aménorrhées (SA). L'indication principale était l'utérus cicatriciel (52%), puis pour 31,0% des patientes, l'indication était la présentation par le siège, la grossesse gémellaire représentait 4,8% des indications, soit deux patientes. Le placenta prævia était l'indication pour une patiente (2,4%), la prééclampsie pour une autre (2,4%) et enfin, 7,1% des césariennes étaient d'indication non renseignée. Les césariennes ont été réalisées à la date prévue de programmation dans 85,7% des cas et réalisées en urgence dans 14,3% des cas. La difficulté opératoire était standard pour 95,2% des interventions, alors que deux césariennes étaient difficiles, soit 4,8%. Les césariennes ont été compliquées dans 7,1% des cas (n=3), parmi les complications nous retrouvons des hémorragies per-opératoires dans 100% des cas (sans indication

quant à la gravité). Enfin, la personne accompagnant la patiente lors de l'intervention était dans la grande majorité des cas (90,5%) le conjoint, une femme était accompagnée par sa mère (2,4%), et 7,1% des femmes par une personne non renseignée.

Tableau II : Caractéristiques des césariennes de la population sélectionnée (n=42)

Critères	Effectifs n (%) ou moyenne
Age gestationnel moyen (SA)	38,8 [37,1 ; 39,4]
Indication de césarienne	
Utérus cicatriciel	22 (52,4%)
Présentation par le siège	13 (31%)
Grossesse gémellaire	2 (4,8%)
Placenta Praevia	1 (2,4%)
Prééclampsie modérée	1 (2,4%)
Inconnue	3 (7,1%)
Programmation	
A la date prévue	36 (85,7%)
En urgence	6 (14,3%)
Difficulté opératoire	40 (07 00)
Standard	40 (95,2%)
Difficile	2 (4,8%)
Complications	
Hémorragie per-opératoire	3 (7,1%)
Accompagnant	
Conjoint	38 (90,5%)
Mère	1 (2,4%)
Non renseigné	3 (7,1%)

1.3. Caractéristiques des nouveau-nés

Le poids de naissance moyen des nouveau-nés était estimé à 3219g [1820 ; 4200], 33 étaient normotrophes (78,6%), cinq étaient hypotrophes (11,9%) et quatre macrosomes (9,5%). Le Coefficient d'Apgar était pour tous les enfants égal à 10 à une, cinq et 10 minutes de vie et enfin aucun enfant n'a nécessité de réanimation. L'extraction DIAMM® n'a permis de nous extraire que les fiches issues du nouveau-

né pour l'un des jumeaux lors de grossesse gémellaire. Il nous manque ainsi deux nouveau-nés dans notre extraction.

2. Les données RAAC issues de la fiche RAAC et du journal de bord

Les données RAAC ont été résumées dans le tableau III. Les patientes de notre population sont sorties de l'hôpital en moyenne à quatre jours et demi. L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) maximale moyenne de la douleur au repos le jour de la césarienne était de 1,9/10. À la mobilisation, ce même jour, l'EVA maximale moyen des patientes était estimé à 2,1/10. Quant à l'EVA maximale moyenne de la douleur au repos la veille de la sortie, elle était estimée à 3,7/10. A la mobilisation, ce même jour, l'EVA maximale moyen des patientes était estimé à 3,3/10.

Les patientes ayant des nausées et/ou vomissements après l'intervention étaient estimées à 42,9%. Quant aux horaires de première boisson, la moitié des patientes (50%) ont bénéficié d'une boisson dès deux heures post interventionnel et 40,5% patientes ont pu boire après deux heures. Les patientes ont pu majoritairement bénéficier d'un repas après quatre heures post interventionnel (47,6%), mais pour 45,2% femmes le repas leur a été servi quatre heures après l'intervention.

La sonde urinaire a été retirée dans la majorité des cas à la sortie du bloc opératoire (50%) et sinon à quatre heures post opératoire (19%) ou bien trois heures post opératoires (16,7%). Les patientes qui ont dû bénéficier de sondages évacuateurs sont au nombre de 10, ce qui représente 27,8%. Parmi elles, 70% en ont eu un seul et 30% en ont eu deux. La sonde était retirée dans la majorité des cas de rétention urinaire (80%) : en sortie de bloc dans 60% des cas et trois heures après l'intervention pour 20% des cas.

Le premier lever était effectué majoritairement six heures après l'intervention (38,1% des cas), quatre heures après l'intervention dans 23,8% des cas et pour 19% des patientes, il a été effectué plus de six heures après l'intervention. Pour la majorité des patientes, la voie veineuse fut obturée quatre heures après l'intervention (28,6%), cinq heures après pour 14,3% des patientes et plus de six heures après pour 14,3% d'entre elles. La voie veineuse a été réutilisée après deux heures post interventionnel dans 57,1% des cas.

Nous estimons à 19% les femmes ayant nécessité un traitement morphinique (Actiskénan®) durant le séjour, utilisation faite le lendemain de l'intervention pour toutes les patientes concernées. Les patientes étaient satisfaites 48h après la sortie dans la majorité des cas, puisque la moyenne de satisfaction de la prise en charge de la douleur 48h après la sortie était de 9,2/10 et la satisfaction de la prise en charge globale 48h après la sortie était de 9,7/10.

Tableau III : Données issues de la RAAC (n=42)

Critères	Effectifs n (%) ou moyenne
Jour moyen de sortie	4,5 [3 ; 6]
EVA max moyen / médian (/10)	
Au repos à J0	1,9 [0 ; 8] / 2
A la mobilisation à J0	2,1 [0 ; 7] / 2
Au repos la veille de sortie	3,7 [0 ; 10] / 4
A la mobilisation la veille de sortie	3,3 [0 ; 8] / 3
Nausées et/ou vomissements	18 (42,9%)
Première boisson	
H2	21 (50%)
>H2	17 (40,5%)
NR	4 (9,5%)
Premier repas	
H4	19 (45,2%)
>H4	17 (47,6%)
NR	3 (7,1%)
Horaire médian d'ablation de sonde urinaire	H2
En sortie de bloc opératoire	21 (50%)
H2	1 (2,4%)
H3	7 (16,7%)
H4	8 (19%)
H5	3 (7,1%)
H6	1 (2,4%)
NR	1 (2,4%)
Patientes nécessitant des sondages évacuateurs	10 (27,8%)
Horaire médian du premier lever	H6
H3	3 (7,1%)
H4	10 (23,8%)
H5	5 (11,9%)
H6	16 (38,1%)
>H6	8 (19%)

Horaire médian d'obturation du cathéter veineux	H5
H2	3 (7,1%)
H3	2 (4,8%)
H4	12 (28,6%)
H5	6 (14,3%)
H6	10 (23,8%)
>H6	3 (7,1%)
NR	6 (14,3%)
Nécessité de réutilisation de la voie veineuse après H2	24 (57,1%)
Utilisation d'un traitement morphinique durant le séjour	8 (19%)
Satisfaction moyenne / médiane de la prise en charge des douleurs 48h après le retour à domicile (/10)	9,2 [2 ; 10] / 10
Satisfaction moyenne / médiane de la prise en charge globale 48h après le retour à domicile (/10)	9,7 [8 ; 10] / 10

Enfin, dans l'item « commentaires/remarques » de la fiche RAAC renseigné par la sage-femme dédiée au programme (issus de la consultation RAAC/ « CésarZen », du « journal de bord » et de l'appel 48h après retour à domicile), nous relevons plusieurs thèmes. L'appréciation de l'équipe soignante entourant les patientes était mentionnée dans 21 cas sur les 42 patientes, soit (50%), 40,5% d'entre elles (n=17) exprimaient une satisfaction quant à la prise en charge globale (« CésarZen » et RAAC) et quatre appréciaient la participation active (9,5%). Nous relevons également sept patientes qui exprimaient un mauvais vécu de leur(s) césarienne(s) antérieure(s) (16,7%), 13 patientes mentionnaient avoir été algique lors du séjour pour diverses raisons (cicatrice, tranchées, montée laiteuse) (30,9%) et trois patientes mentionnaient un décalage entre le projet de naissance établi et attendu, et la réalisation de celui-ci en pratique réelle (7,1%). Les patientes exprimaient le fait d'avoir eu des nausées et/ou vomissements gênants dans 4,8% des cas (n=2), avoir été anxieuse pour huit d'entre elles (19,0%) et asthénique pour 10 d'entre elles (23,8%). Sept patientes nous ont fait part d'autres remarques (16,7%), telles que leur enfant nécessitait des soins particuliers dans le séjour (ex : ictère) ou des soucis quant au repas.

3. Les données « CésarZen » issues de « check-list CésarZen » et de la fiche RAAC

Le recueil des projets de naissances personnalisés « CésarZen » est représenté par la figure 1. La majorité des patientes (78,6%) souhaitaient un fond musical lors de l'intervention et 71,4% patientes souhaitaient que le champ opératoire soit baissé pour voir la naissance de leur enfant. Une minorité de 40,5% d'accompagnants souhaitaient sectionner le cordon. La majorité des patientes (64,3%) souhaitaient pousser pour aider l'enfant à s'extraire, tandis qu'une minorité de 3 patientes (7,1%) souhaitaient utiliser pour cela un Winner Flow (souffleur). La totalité des femmes ayant répondu souhaitaient bénéficier d'un contact prolongé avec leurs enfants (95,2%), les autres n'avaient pas répondu lors de la consultation. La tétée de bienvenue était souhaitée dans 73,8% des cas. Le peau à peau avec l'accompagnant en salle de naissance était souhaité dans 90,5% des cas.

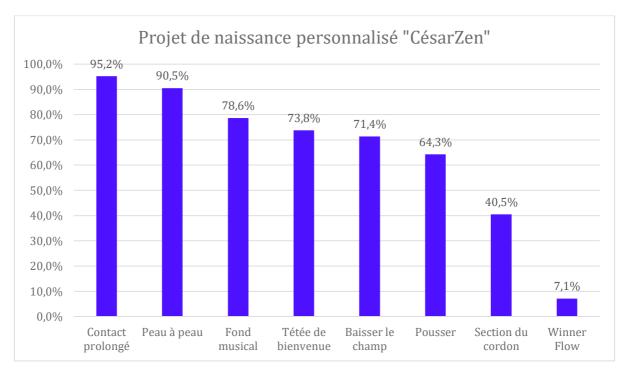


Figure 1 : Projet de naissance personnalisé « CésarZen » (n=42)

La réalisation en pratique des projets de naissances personnalisés « CésarZen » est représenté par la figure 2.

En pratique, 59,5% des patientes ont pu avoir le champ opératoire baissé pour voir la naissance de leur enfant et 47,6% des femmes ont finalement pu pousser pour aider

l'enfant à s'extraire avec une minorité d'une patiente (2,4%) qui a pu utiliser pour cela un Winner Flow. Le contact prolongé avec leurs enfants a été réalisé dans la majorité des cas (78,6%) et la tétée de bienvenue dans 11,9% des cas. Le peau à peau avec l'accompagnant en salle de naissance a été effectué dans 83,3% des cas. Enfin, 38,1% des accompagnants ont finalement pu couper le cordon après désinfection des mains et port de gants stériles. Nous n'avons pas de données dans le logiciel concernant le fond musical lors de l'intervention.

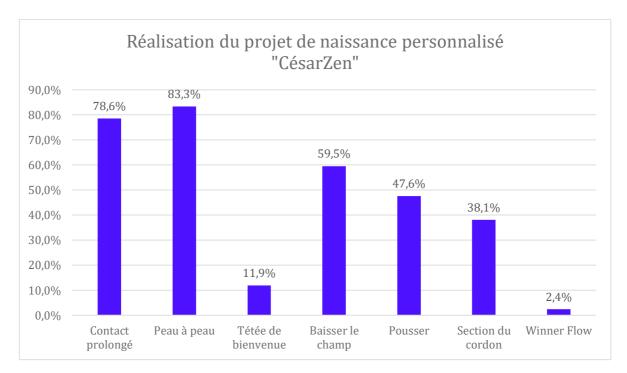


Figure 2 : Réalisation du Projet de naissance personnalisé « CésarZen » (n=42)

 Les données issues du questionnaire sur le bénéfice psychoémotionnel de la « CésarZen »

Nous avons donc récupéré, 48 questionnaires au total (N=48), soit un taux de participation de 59,3%.

Nous relevons 90,4% de réponses « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » et 2,5% de réponses « plutôt en désaccord » ou « pas du tout d'accord » sur l'ensemble du questionnaire avec 7,1% de réponses « non concernée » pour la question comparative aux précédentes césariennes.

4.1. Participation active du couple aux prises de décisions

A la question n°1 concernant la participation active du couple dans les prises de décision (« J'ai pu exprimer mon avis et celui-ci a été pris en compte dans les décisions me concernant »), les patientes ont répondu être totalement d'accord pour 81,3% d'entre elles (n=39), plutôt d'accord 18,8% (n=9), aucune n'était plutôt pas d'accord ou en désaccord.

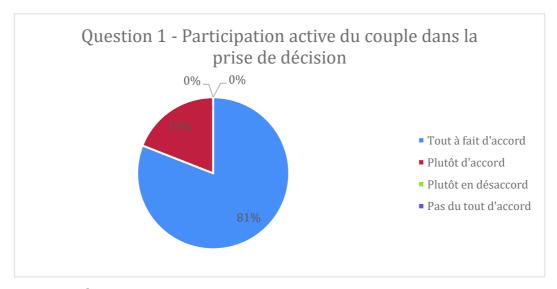


Figure 3 : Évaluation de la participation active du couple dans la prise de décision (n=42)

4.2. Soutien psychologique par l'équipe

A la deuxième question concernant le soutien psychologique par l'équipe (« Je me suis sentie soutenue émotionnellement par l'équipe ? »), 87,5% des patientes étaient totalement d'accord (n=42), 10,4% plutôt d'accord (n=5), aucune n'était plutôt pas d'accord et 2,1% était en désaccord (n=1).

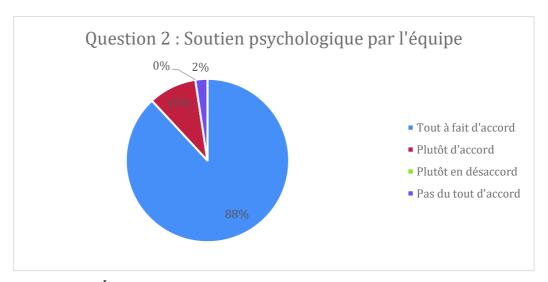


Figure 4 : Évaluation du soutien psychologique par l'équipe (n=42)

4.3. « Accouchement rêvé »

A la question n°3 concernant l'accouchement rêvé (« les premiers instants avec mon bébé correspondent à ce que je m'étais imaginé ?) », les patientes ont répondu être totalement d'accord pour 56,3% d'entre elles (n=27), plutôt d'accord pour 41,7% (n=20), plutôt pas d'accord pour 2,1% (n=1) et aucune n'était en désaccord.

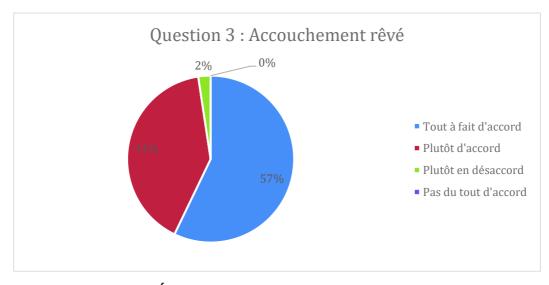


Figure 5 : Évaluation de l'accouchement rêvé (n=42)

4.4. Comparaison à une(/aux) césarienne(s) antérieure(s)

Nous avions également posé une question pour les patientes ayant bénéficié d'une ou plusieurs césariennes avant la « CésarZen » qui était « grâce au programme « CésarZen », j'ai mieux vécu cette césarienne que ma (mes) précédente(s) ». À cette question, 54,2% des patientes ont répondu être totalement d'accord (n=26), 4,2% plutôt d'accord (n=2), 4,2% plutôt pas d'accord (n=2), 2,2% était en désaccord (n=1) et 35,4% n'étaient pas concernées (n=17) (primipare ou antécédent(s) d'accouchement(s) par voie basse uniquement).

Ainsi, 31 patientes étaient concernées, soit 64,6%. Parmi celles-ci, 90,3% (n=28) étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » et 9,7% (n=3) étaient « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ».

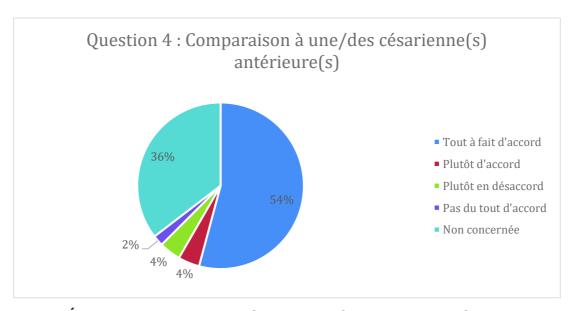


Figure 6 : Évaluation comparative à une/des césarienne(s) antérieure(s) (n=42)

4.5. Satisfaction globale

Enfin, à la cinquième question concernant la satisfaction globale des évènements (« je suis globalement satisfaite de la façon dont les évènements se sont déroulés ? »), les patientes ont répondu être totalement d'accord pour 83,3% d'entre elles (n=40), plutôt d'accord pour 14,6% (n=7), plutôt pas d'accord pour 2,1% (n=1) et aucune était en désaccord.

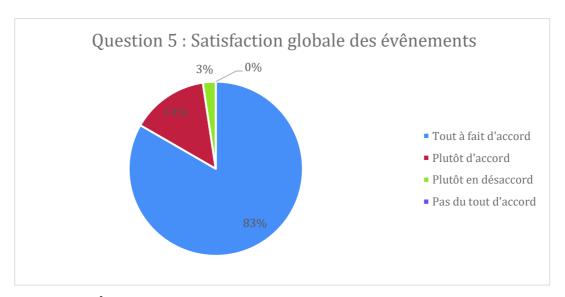


Figure 7 : Évaluation de la satisfaction globale des évènements (n=42)

4.6. Commentaires libres

Nous recensons 23 commentaires de patientes sur les 48 questionnaires retournés, représentant ainsi 54,8% des femmes. Nous les avons regroupés en huit thèmes globaux. Le soutien apprécié de l'équipe soignante était mentionné dans neuf commentaires (39,1%), la prise en charge globale (« CésarZen » et différentes étapes de la RAAC) appréciée dans sept commentaires (30,4%), le décalage entre le projet de naissance attendu et celui effectué en pratique dans cinq commentaires (21,8%), la comparaison positive avec une césarienne antérieure dans six commentaires (26,1%), l'appréciation de la participation active dans deux des commentaires (8,7%). Enfin, l'anxiété, les effets indésirables (nausées/vomissements) et « autres » commentaires (ex : repas à améliorer ») étaient mentionnés, respectivement, dans un commentaire, soit 4,3% à chaque fois.

4.7. Contexte psycho-émotionnel et médical des patientes « insatisfaites »

Parmi les 48 patientes ayant répondu au questionnaire, 45 patientes, soit 93,7% ont répondu uniquement par les items « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord », patientes que nous considérons comme « satisfaites ». Il y avait 6,3% des patientes qui ont indiqué être « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord » pour une ou plusieurs question(s) (n=3). Nous décrivons ci-dessous les contextes de ces patientes.

Patiente n°1:

Pour l'une d'entre elles, il s'agissait d'une patiente âgée de 36ans, d'IMC à 29,1 kg/m², quatrième geste, primipare avant la césarienne et vivant en concubinage avec son conjoint. Cette patiente est employée et ne possède pas de contexte psychosocial particulier. Nous retrouvons une césarienne en urgence en 2014 et une fausse couche spontanée dans ses antécédents indiqués. La césarienne s'est déroulée à 39SA, à la date initialement prévue, de façon standard et sans complications. Elle était accompagnée par son conjoint. À la naissance, le nouveau-né pesait 2400g, avait un pH artériel à 7,36 et un CA 10-10-10. La patiente est sortie d'hospitalisation le cinquième jour et avait une Évaluation Visuelle Analogique de la douleur maximale moyenne au repos de 2,8 (1 ; 5) sur le séjour et une Évaluation Visuelle Analogique de la douleur maximale moyenne de 3,2 (3 ; 5) à la mobilisation. Elle présentait des nausées et/ou vomissements et ses horaires de première prise de boisson, repas et d'obturation de cathéter veineux ne sont pas renseignés. La sonde urinaire lui a été retiré six heures post césarienne, sans nécessiter de sondages évacuateurs. A cet même horaire, le premier lever a été réalisé. Elle n'a pas nécessité de prise de morphiniques durant le séjour et estimait sa satisfaction quant à sa prise en charge de la douleur 48h après son retour à domicile à 7/10, estimation qu'elle nous n'a pas laisser connaître pour sa satisfaction de la prise en charge globale 48h après retour à domicile. Concernant son projet « CésarZen », la patiente a souhaité pousser, un contact prolongé avec l'enfant, faire une tétée de bienvenue et un peau à peau avec l'accompagnant en salle de naissance. Tout a été accordé en pratique le jour de l'intervention hormis la tétée de bienvenue. Elle a fait remarquer en commentaires : « j'ai vomi pendant des heures alors que j'avais prévenu ne pas supporter la morphine » et avoir un mauvais vécu de la césarienne. Elle a exprimé avoir compris qu'il y avait eu « altercation dans l'équipe d'anesthésie » et a cru comprendre qu'un médicament avait été « mal dosé ». Elle pense avoir fait une « crise d'hypertension artérielle » et a eu beaucoup de céphalées. Le conjoint pensait qu'elle était mourante quand il est rentré au bloc. La patiente a entendu quelqu'un dire à l'équipe d'anesthésie de se taire, n'en a pas parlé en maternité, n'a pas eu d'explications à ce sujet par la suite. La patiente évalue sa prise en charge globale au CMCO à 8/10 mais une satisfaction de prise en charge de la césarienne en elle-même à 0/10.

Patiente n°2:

Pour la seconde d'entre elles, il s'agissait d'une patiente âgée de 35ans, d'IMC à 18,4 kg/m², troisième geste, primipare avant la césarienne et vivant en concubinage avec son conjoint. Cette patiente est ouvrière et possède un contexte de vulnérabilité psychologique à la suite d'un antécédent d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG) en 2016 et sa première césarienne en urgence en 2019. Les différentes remarques retrouvées dans le dossier témoignaient d'une angoisse importante et d'un mauvais vécu de la césarienne précédente (voire un état de stress post traumatique). La première grossesse faisait suite à un parcours de Procréation Médicalement Assistée (PMA), dont le déroulement s'est ensuite bien passé, mais l'accouchement a dû être réalisé par césarienne en urgence pour suspicion d'hématome rétro placentaire. Le nouveau-né avait été transféré en soins pédiatriques adaptés en maternité de type III pour détresse respiratoire et la patiente avait décrit un post-partum physiquement douloureux. La seconde grossesse était spontanée, non prévue et la patiente s'inquiétait de de son investissement dans cette deuxième grossesse rapprochée. La césarienne actuelle s'est déroulée à 39SA, à la date initialement prévue, de façon standard, puis compliquée par une hémorragie per-opératoire (1200mL). Elle était accompagnée par son conjoint. À la naissance, le nouveau-né pesait 3530g, de pH artériel à 7,41 et un CA 10-10-10. La patiente est sortie le sixième jour et avait une Évaluation Visuelle Analogique de la douleur maximale moyenne au repos de 5,3 (3 ; 8) sur le séjour et Évaluation Visuelle Analogique de la douleur maximale moyenne de 7,0 (6; 8) à la mobilisation. Elle ne présentait pas de nausées et/ou vomissements et a pu bénéficier d'une première prise de boisson plus de deux heures après l'intervention, d'un repas plus de quatre heures après l'intervention. Le cathéter veineux a été enlevé cinq heures après l'intervention et n'a pas été utilisé après deux heures post interventionnel. La sonde urinaire lui a été retiré quatre heures post césarienne, sans nécessiter de sondages évacuateurs. Enfin, le premier lever a été réalisé six heures après intervention. Elle n'a pas nécessité de prise de morphiniques durant le séjour et estimait sa satisfaction quant à sa prise en charge de la douleur et prise en charge globale 48h après son retour à domicile à 8/10. Concernant son projet « CésarZen », la patiente a souhaité baisser le champ, un contact prolongé avec l'enfant et un peau à peau avec l'accompagnant en salle de naissance. Tout a été accordé en pratique le jour de l'intervention hormis l'abaissement du champ. Les commentaires RAAC/ « CésarZen » mentionnaient le fait qu'elle trouvait la césarienne « très longue ».

Patiente n°3:

Enfin, pour la dernière d'entre elles, il s'agissait d'une patiente âgée de 31ans, d'IMC à 24,9 kg/m², troisième geste, deuxième pare avant la césarienne et mariée. Cette patiente est mère au foyer et ne possède pas de contexte psychosocial particulier. La grossesse était marquée par un diabète gestationnel et nous retrouvons deux césariennes en urgence en 2015 et 2017 dans ses antécédents. La césarienne s'est déroulée à 39SA, à la date initialement prévue, de façon standard et sans complications. Elle était accompagnée par son conjoint. À la naissance, le nouveauné pesait 4200g, de pH artériel à 7,48 et un CA à 10-10-10. La patiente est sortie le cinquième jour et avait une Évaluation Visuelle Analogique de la douleur maximale moyenne au repos de 6,6 (4 ; 8) sur le séjour et une Évaluation Visuelle Analogique de la douleur maximale moyenne de 6,0 (5 ; 7) à la mobilisation. Elle présentait des nausées et/ou vomissements et a pu bénéficier d'une première prise de boisson deux heures après l'intervention, d'un repas quatre heures après l'intervention. L'horaire d'obturation du cathéter veineux n'a pas été renseigné mais n'a pas été utilisé après deux heures post interventionnel. La sonde urinaire lui a été retiré en sortie de bloc opératoire, sans nécessiter de sondages évacuateurs par la suite. Enfin, le premier lever a été réalisé quatre heures après intervention. Elle a bénéficié d'une antalgie par morphinique le lendemain de l'intervention et estimait sa satisfaction quant à sa prise en charge de la douleur et prise en charge globale 48h après son retour à domicile à 10/10. Concernant son projet « CésarZen », la patiente a souhaité baisser le champ, un contact prolongé avec l'enfant, faire une tétée de bienvenue, faire sectionner le cordon par le papa et un peau à peau avec l'accompagnant en salle de naissance. En pratique, le jour de l'intervention, le contact prolongé et la tétée de bienvenue n'ont pas été réalisés. Les commentaires RAAC/ « CésarZen » mentionnent qu'elle a été stressée et aurait préféré le déroulé de ses deux césariennes précédentes pourtant réalisées en urgence. En effet, la patiente a déclaré qu'elle préférait ignorer le déroulement de la césarienne, et que la réalisation de celle-ci sous anesthésie locorégionale (et donc, non générale) était source d'anxiété majeure. Le fait de marcher dans les couloirs et au bloc lui a donné l'impression « d'aller à la mort ». De plus, elle a subi deux poses de rachianesthésie et a regretté que ses bras soient posés

sur des « appui-bras » et qu'elle n'ait pas pu bouger, ni tenir la main de son mari ou toucher son bébé. Elle aurait également déclaré avoir été « trop emmitouflée » et n'a pas pu se « redresser » pour voir son bébé. C'est son mari qui s'est occupé du bébé au bloc. Cependant, elle n'a pas de regrets car pense qu'elle n'aurait pas eu la force de le tenir.

IV. Discussion

1. Population d'étude et circonstances de la césarienne

Notre population d'étude (n=42) est plutôt hétérogène. En effet, nous retrouvons des femmes très différentes notamment sur les critères de l'âge et l'IMC. L'âge variait de 19ans à 41ans, avec une moyenne d'âge (32,7ans) légèrement supérieure à la moyenne nationale de l'âge des femmes à l'accouchement (30,4 ans) en 2016 relevé dans l'Enquête Nationale Périnatale (6). L'IMC était très variable allant de la maigreur (17,5 kg/m² pour l'une) à l'obésité morbide (42,5 kg/m² pour l'autre). La moyenne de celui-ci (25,2 kg/m²) nous indiquait que nos patientes étaient plutôt en surpoids.

Nous retrouvons également une variabilité quant à la situation matrimoniale (45,2% de femmes mariées contre 38,1% en concubinage par exemple) mais surtout dans la gestité (variant de 1 à 8 grossesses par femme) et dans la parité avec un taux de primipares estimé à 31% contre un taux de multipares estimé à 69%. Ce taux de multipares est bien plus élevé que pour les accouchements totaux en France estimé à 57,8 % (6). Nous l'expliquons par le fait que l'indication principale des césariennes programmées de notre étude étaient l'utérus cicatriciel (52,4%), donc des multipares. Nous savons donc que 69% des femmes ont un antécédent d'accouchement(s) et qu'au moins 52,4% possèdent un antécédent de césarienne(s) avec son vécu. Cette sous-population de femmes nous intéresse particulièrement, car celles-ci peuvent ainsi comparer leur vécu entre la « CésarZen » et leur précédente césarienne et ainsi valoriser ou non notre programme.

Les contextes des césariennes étaient plutôt homogènes avec des interventions programmées réalisées entre la 37,1^{ème} SA et la 39,4^{ème} SA qui se sont pour quasiment toutes déroulées simplement (respectivement 4,8% et 7,1% seulement de difficultés opératoires et complications) et en présence de leur conjoint (90,5%).

La HAS recommande d'éviter de pratiquer les césariennes programmées avant 39SA, les nouveau-nés étant plus à risque de détresse respiratoire (3). Parmi les césariennes réalisées avant 39SA dans notre étude, il s'agissait uniquement de césariennes réalisées avant la date prévue (pour mise en travail par exemple) sauf pour trois d'entre elles (deux cas inexpliqués et une patiente qui développait une prééclampsie modérée nécessitant l'extraction de l'enfant). La proportion de césariennes réalisées avant la date prévue et ainsi, en urgence, est relativement faible (14,3%) et témoigne ainsi d'une programmation optimale et donc d'un minimum de patientes concernées par des changements potentiels de leur projet de naissance.

2. La Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

La Récupération ou Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), dans la littérature anglosaxonne « Enhanced Recovery After Surgery » (ERAS) est née dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Kehlet. Cette « approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période périopératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures » d'après l'HAS (15) permet donc une meilleure qualité de vie à plus court terme du patient et ainsi un retour plus précoce à domicile, via un ensemble de mesures pré, per et postopératoires. L'objectif principal est la qualité des soins périopératoires et non sa rapidité (16).

La RAAC est de plus en plus appliquée en France grâce à l'impulsion des Agences Régionales de Santé, du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE) et des professionnels de santé au vu du contexte actuel (17).

En effet, la pénurie croissante de lits d'hôpitaux, la complexité et l'augmentation du nombre d'actes chirurgicaux liés au développement de techniques chirurgicales et anesthésiques plus performantes et améliorées ont créé un intérêt économique accru pour les programmes qui favorisent l'optimisation des ressources existantes et l'efficacité des pratiques (16). Cette nécessité d'efficacité et de réduction des temps d'hospitalisation s'est accentuée encore plus récemment avec la pandémie du Covid-19. Ces programmes sont donc bénéfiques pour les patients, pour les hôpitaux et pour la société que ce soit en termes de rapport bénéfice/risque, mais aussi de rapport coût/efficacité. La césarienne étant actuellement une des interventions les plus fréquentes dans le monde, elle constitue ainsi un véritable enjeu de santé publique et doit bénéficier à son tour du concept de réhabilitation améliorée (18). L'Enquête Nationale Périnatale de 2016, indiquait que seules quatre maternités sur dix disposaient d'un programme de réhabilitation précoce post-césarienne (6). Le CMCO compte donc parmi cette petite proportion de maternités en marche vers l'évolution des pratiques, ce qui pourra fidéliser toujours plus de patientes.

En préopératoire, l'information est primordiale dans les programmes de RAAC, car sa réussite dépend en majeure partie de l'adhésion des patientes (19). De plus, une patiente non informée est potentiellement une patiente anxieuse. En effet, une étude du « Journal of Perinatal Education » démontre que seule la moitié des femmes se sentait suffisamment informées sur le déroulement de sa césarienne programmée et que la majorité (83,3%) des femmes se sentaient anxieuses pour leur intervention (11). Ainsi, l'information, l'accompagnement et le soutien de l'équipe soignante est

indispensable au bon déroulement de l'intervention et de ses suites. De plus, une anxiété préopératoire plus élevée serait associée à un risque accru de dépression post-natale (20).

Pour cela, le Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE) recommande une consultation pré-opératoire avec remise de brochure d'information, ce que le CMCO a mis en place pour le programme « CésarZen »/RAAC via la consultation RAAC et le « livret patient » remis à la patiente au terme de la consultation. Dans les cas d'anxiété importante, GRACE recommande une prémédication anxiolytique qui ne semble pas forcément être mis en pratique au CMCO (21).

Notre population étant relativement concernée par l'anxiété anticipative, comme le témoignent 19% des commentaires libres relevés en période pré et per opératoire. Cela nous interroge sur l'exhaustivité des informations délivrées à chaque patiente lors de l'entretien RAAC et pendant la césarienne. Cependant, même en cas d'information complète et de temps dédié pour répondre à l'ensemble des questions du couple, la césarienne reste un acte chirurgical pour lequel l'anxiété reste inévitable pouvant aller jusqu'à 80 % des personnes qui subissent une intervention chirurgicale (22) avec une part qui semble incompressible malgré la bienveillance de l'équipe soignante.

En phase peropératoire la prévention des nausées et vomissements est essentielle (23).

La rachianesthésie est une « anesthésie locorégionale péri médullaire qui consiste en l'interruption temporaire de la transmission nerveuse au sein de l'espace sous-arachnoïdien produite, via une ponction lombaire, par l'injection d'une solution d'anesthésique locale dans le liquide céphalorachidien (LCR) » (24). La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) recommande l'adjonction d'un morphinique (fentanyl ou sufentanil) à l'anesthésique local car il permet à la rachianesthésie d'être plus efficace tout en réduisant la dose d'anesthésique local. La dose optimale de fentanyl intrathécale à injecter avec de la bupivacaïne (=Marcaïne) est d'environ 10 microgrammes, celle du sufentanil est de 2,5 à 5 microgrammes. La SFAR recommande une dose de morphine intrathécale de 100 microgrammes pour l'analgésie postopératoire, pratique qui n'améliore que partiellement la qualité peropératoire de l'anesthésie (24). Les pratiques anesthésiques du CMCO dans le cadre des « CésarZen » sont ainsi en adéquations avec les recommandations de la

SFAR comme nous pouvons le constater dans le protocole de la RAAC. Or, la morphine administrée est responsable chez certaines patientes d'effets indésirables connus comme les nausées et/ou vomissements (25). En effet, près de la moitié d'entre elles (42,9%) les ont rapporté et 4,8% ont déclaré ce symptôme comme au moins gênant voire même à l'origine d'un mauvais vécu pour l'une d'entre elles. Les nausées et/ou vomissements comptent parmi les souvenirs les plus désagréables de la période postopératoire et il est donc impératif de les prévenir. Concernant la prévention des nausées et vomissements, la SFAR recommande l'utilisation d'un neuroleptique à faibles doses tel que le dropéridol (0,625 à 1,25 milligrammes). L'ondansétron (huit milligrammes) peut être également utilisé. La dexaméthasone seule (cinq à huit milligrammes) est plus controversée, elle serait plus utile après la morphine péridurale, pas ou peu après morphine intrathécale. L'association de deux ou trois de ces molécules est envisageable, mais la combinaison optimale n'est pas réellement déterminée (26). La prophylaxie des nausées et/ou vomissements lors de « CésarZen » est systématique et en adéquation avec les recommandations de la SFAR. De plus, le protocole du CMCO favorise la reprise précoce de l'alimentation, ce qui préviendrait également la survenue des nausées et/ou vomissements postopératoires en favorisant la reprise du transit (annexe IV). Il serait intéressant de trouver si des antiémétiques plus conséquents pourraient être administrés en post-opératoire et/ou s'ils sont proposés aux femmes concernées.

Une sonde urinaire à demeure est posée en début d'intervention, or il existe peu de données sur le moment idéal du retrait de la sonde urinaire chez les femmes qui ont accouché par césarienne sous rachianesthésie. Les Mises Au Point en Anesthésie et Réanimation (MAPAR) recommandent uniquement le retrait de la sonde vésicale avant la douzième heure et la vérification de la reprise des mictions dans les quatre à six heures post césarienne (27).

Les protocoles du CMCO recommandent le retrait à la fin du geste chirurgical, avant la sortie de salle d'intervention, sauf en cas d'hémorragie de la délivrance (HDD), plaie vésicale ou de nécessité d'une surveillance rapprochée de la diurèse par exemple. En effet, la sonde vésicale peut constituer une gêne à la mobilisation et tout ce qui en découle (retard de premier lever, risque de thrombose, retard du lien mère-enfant, etc.). En pratique, celle-ci est majoritairement enlevé en fin d'intervention (50%), mais encore trop souvent retirée dans les heures qui suivent sans complications lors de

l'intervention. Il serait peut-être intéressant d'interroger les professionnels de santé sur les autres motifs d'ablation plus tardive de sonde urinaire. Or, nous relevons tout de même, un taux de rétention urinaire assez élevé (27,8%), mais pas forcément corrélé à une ablation de sonde vésicale en sortie de bloc, puisque parmi les patientes ayant nécessité un sondage évacuateur, seules 60% avaient au un retrait précoce en sortie de bloc opératoire.

Les MAPAR recommandent une réalimentation précoce telle que la réintroduction des boissons dès deux heures post-opératoires et de l'alimentation légère dès la quatrième à huitième heure après la césarienne car elle réduirait la durée d'hospitalisation, accélérerait la reprise du transit et augmenterait la satisfaction maternelle par rapport à une réalimentation retardée (27). Les protocoles RAAC du CMCO concernant la réintroduction de boissons et aliments sont en adéquation avec les MAPAR. Or la majorité des reprises de boissons et aliments sont effectués, respectivement, après deux heures post-opératoires (40,5%) et après quatre heures post-opératoires (47,6%) au CMCO. Il serait intéressant de demander aux infirmières de l'USC quels sont les motifs de réintroduction alimentaire plus tardive comme peut-être un souhait des patients, manque de temps ou réticence potentielle aux modifications de protocoles « RAAC » de la part de l'équipe soignante.

Les MAPAR recommandent de garder une voie veineuse périphérique pendant 24h en « sécurité » notamment si l'intervention se complique d'une hémorragie par exemple, premier risque obstétrical dans les suites de couches immédiates (27). Les protocoles RAAC du CMCO tendent à l'obturation du cathéter précocement (deux heures après l'intervention) et l'ablation quatre heures après en l'absence de certaines complications. Or la majorité des voies veineuses sont obturées quatre heures (28,6%) ou plus après l'intervention en l'absence également de complications ou pas toujours en rapport avec des nausées et/ou vomissements post césarienne. Nous n'avons malheureusement pas d'items DIAMM® recueillant les horaires d'ablation des voies veineuses périphériques. Il serait intéressant de les étudier et de demander aux infirmières de l'USC les motifs qui incitent à retarder l'obturation.

Concernant l'analgésie, si celle-ci est insuffisante, elle est associée à une récupération fonctionnelle retardée, une mobilisation retardée qui pourrait augmenter le risque de

complications thromboemboliques, un retard du lien mère-enfant, des difficultés d'allaitement et une augmentation du risque de douleur persistante et de dépression post-partum (23). Il existe de multiples facteurs contribuant à la douleur postopératoire, avec une large variabilité interindividuelle de la perception de la douleur. Celle-ci doit cependant être prise en charge de manière systématique aussi subjective soit-elle et en fonction des Évaluations Visuelles Analogiques de la douleur. Les MAPAR recommandent en systématique, l'utilisation de paracétamol à la posologie de un gramme quatre fois par jour pendant cinq jours, de kétoprofène 50 milligrammes à la posologie de 1 comprimé quatre fois par jour pendant trois jours (en l'absence de contre-indication, l'utilisation de néfopam 20 milligrammes à raison de deux ampoules sur un sucre quatre fois par jour pendant cinq jours. En cas de douleur persistante (EVA ≥ 4) les MAPAR recommandent l'ajout de sulfate de morphine (Actiskenan®) 10 milligrammes à raison de un comprimé de quatre à six fois par jour (23). Les protocoles de la RAAC du CMCO suivent ce schéma à quelques différences près comme les délais de prise de néfopam en systématique et de kétoprofène ou encore l'utilisation de kétoprofène 100 milligrammes à raison de deux comprimés par jour au lieu du 50 milligrammes quatre comprimés par jour. Or, 30,9% de patientes ont déclaré avoir été algiques durant le séjour. L'Évaluation Visuelle Analogique étant une variable extrêmement subjective et la césarienne restant un acte chirurgical invasif, toutes les douleurs ne peuvent être abolies. Nous considérons tout de même que les patientes étaient majoritairement bien soulagées par l'antalgie dispensée au CMCO au vu des Évaluations Visuelles Analogiques de la douleur maximales moyennes inférieures à 4 et donc convenables (l'Évaluation Visuelle Analogique de la douleur maximale moyenne au repos et à la mobilisation était respectivement à 1,9/10 et 2,1/10 à J0 post opératoire, contre 3,7/10 et 3,3/10 le jour de la sortie). En effet, seules huit patientes (19%) ont nécessité de une administration de traitement antalgique morphinique durant le séjour et la satisfaction moyenne de la prise en charge des douleurs 48h après le retour à domicile était excellente et déclarée à 9,2/10. Nous pouvons ainsi considérer que l'antalgie dispensée au CMCO est efficace, mais nous pouvons remettre en question la réelle fiabilité de ces valeurs subjectives par l'Évaluation Visuelle Analogique.

Une mobilisation précoce améliore la fonction pulmonaire et l'oxygénation des tissus, améliore la résistance à l'insuline, réduit le risque thromboembolique et raccourcit la durée du séjour (23). Aucune recommandation n'est stipulée, or aux vues des

bénéfices, les MAPAR recommandent un lever précoce au premier jour postopératoire ou plus précocement six à huit heures après intervention à l'aide de l'équipe
soignante. La mobilisation doit être programmée avec une analgésie efficace. Dès 48
heures, la patiente est encouragée à déambuler sans assistance (27). Les protocoles
RAAC du CMCO mentionnent la possibilité d'effectuer le premier lever dès quatre
heures post interventionnelles, or la majorité des premiers levers (38,1%) étaient
effectués six heures après l'intervention. Les douleurs étant plutôt bien soulagées aux
vues de nos résultats, rien ne nous expliquerait un retard de lever par rapport aux
protocoles initiaux du CMCO. Il serait intéressant de demander aux équipes
soignantes les modalités pour lesquelles elles n'effectuent pas le lever précoce (refus
des patientes, asthénie, manque de temps des soignants, etc.), d'autant plus que le
lever précoce était un élément donnant lieu à un commentaire spontané d'une patiente
satisfaite par le programme : « J'ai particulièrement apprécié le lever précoce par
rapport à mes autres césariennes ».

3. La « CésarZen »

Les césariennes « naturelles ou « bienveillantes », nées dans la fin des années 2000 au Queen's Charlotte Hospital à Londres, sont le fruit d'une nouvelle approche de la naissance par césarienne, qui vise à « l'humaniser » (12). Cette méthode est maintenant plébiscitée dans le monde entier. L'étude de Karlström et Al. a démontré que les femmes ayant une césarienne programmée étaient moins satisfaites que les femmes ayant un accouchement voie basse, favorisant ainsi les dépressions postnatales, des difficultés de liaison mère-enfant et à un allaitement infructueux (28). Elle a également relevé qu'un solide soutien de l'équipe soignante amenait des résultats plus positifs (11). L'étude d'Armbrust et Al. rapportait déjà que ces types de programmes amélioraient la satisfaction des patientes quant à leurs césariennes (29). Le programme « CésarZen » du CMCO s'est ainsi inspiré de différents programmes déjà mis en place pour tenter de palier à cette naissance « chirurgicale », passive, souvent peu considérée comme un accouchement et globalement moins bien vécue. L'objectif est d'imiter la situation de l'accouchement voie basse où les sages-femmes encouragent et facilitent l'extraction physiologique, mais surtout, engagent les parents

en tant que participants actifs de la naissance de leur enfant. La femme est encouragée par des expirations précises (avec ou sans souffleur) à l'aide des contractions utérines, à accompagner l'extraction de son bébé de façon à participer activement en respectant la physiologie au maximum (12). Avec assistance douce de l'obstétricien, la poussée permettrait une compression externe de l'utérus et des tissus maternels nécessaire sur le thorax de l'enfant pour extraire son liquide pulmonaire. En effet, les taux de détresse respiratoire en cas de césarienne programmée sont significativement majorés (4,2%) comparés aux taux voie basse (1,5%) (30). Pendant cette période, la tête est extraite mais le tronc toujours dans l'utérus, non seulement les pleurs du nouveau-né établissent un volume pulmonaire au repos mais aussi la circulation placentaire reste intacte, l'oxygénation fœtale peut être ainsi maintenue sur des intervalles beaucoup plus longs (28). Dans nos « CésarZen », la poussée était souhaitée dans la majorité des cas (64,3%) et réalisée dans 47,6% des cas. Ce décalage de 25,6% entre souhait à la consultation et réalité peut être expliqué par le changement d'avis de la patiente entre son souhait initial à la consultation préopératoire « RAAC » et les conditions réelles en pratique, ou bien d'une méconnaissance du projet par l'équipe soignante qui prend en charge la patiente.

Le Winner Flow quant à lui est très peu souhaité (7,1%, n=3) et utilisé (2,4%, n=1). Sa pratique pour l'accouchement par voie basse est déjà peu connue et ainsi son utilisation reste probablement encore moins connue pour une césarienne programmée. D'ailleurs il n'existe que très peu de littérature scientifique sur le sujet. Pour les deux patientes pour qui l'utilisation n'a pas été respectée en pratique malgré leur souhait, il s'agit probablement d'un oubli de l'objet ou de changement d'avis.

L'abaissement du champ est très souvent souhaité dans 71,4% des cas et réalisé dans seulement 59,5% des cas. Un écart de 16,7% est ainsi noté. Nous pouvons émettre les hypothèses que cette différence soit dû à des changements d'avis des patientes exprimant finalement une crainte à l'idée de voir leurs viscères (28), ou une réticence de la part de certains professionnels soignants pour la même raison ou par méconnaissance du projet de naissance. Or, les parents sont encouragés à voir la naissance de leur enfant pour établir un premier contact visuel, qui permettra à l'enfant de se repérer dans son nouveau milieu extra-utérin. C'est un regard « parentalisant » pour le couple et rassurant pour l'enfant (29).

Puis le nouveau-né est ensuite directement placé sur sa maman dans le bloc durant la durée de l'intervention et si son état ne nécessite pas de soins particuliers. Ce contact prolongé est très plébiscité (95,2%), or réalisé que dans 78,6% des cas. Le score d'Apgar était parfait pour l'ensemble de la population étudiée (égal à 10 à une, cinq et 10 minutes de vie) et aucun soin de réanimation n'a été nécessaire pour les nouveau-nés de notre étude; ce qui exclut ce motif comme cause potentielle d'absence de contact prolongé. Cet écart de 17,4% entre le souhait exprimé en consultation et la réalisation pratique de cette intervention pourrait être expliqué par les 11,9% de nouveau-nés hypotrophes éventuellement emmenés en pouponnière ou en couveuse, ou bien à l'initiative de la sage-femme en charge du nouveau-né en prévention de l'hypothermie néonatale.

Lorsque le contact prolongé est effectué, le nouveau-né est maintenu au chaud emballé dans des serviettes chaudes et sous une couverture chauffante sur sa maman. Le peau à peau a déjà démontré ses bienfaits en permettant un attachement mère-enfant, une augmentation des taux et de la durée de l'allaitement et à une diminution de l'anxiété maternelle et de la dépression post-partum (23). Le CMCO ne suit pas forcément cette pratique du peau à peau au bloc opératoire, les sagesfemmes l'expliqueraient par des hypothermies du nouveau-né dans un environnement opératoire plutôt frais. Dans la littérature, certains auteurs ont proposé de maintenir la température du bloc à 25 degrés afin de pallier aux hypothermies néonatales éventuelles liées à la pratique du peau-à-peau (28), ce qui n'est pas réalisable en pratique pour respecter les conditions d'hygiène et d'asepsie en milieu interventionnel. Il aurait été intéressant d'extraire les températures des nouveau-nés en sortie de bloc opératoire pour confirmer cette hypothèse.

Dans la littérature, le clampage et section du cordon sont la plupart du temps réalisés par l'obstétricien puis recoupé secondairement par le papa (12), tandis que le protocole « CésarZen » du CMCO propose la section directe du papa après lavage chirurgical des mains et port de gants stériles, ce qui est plutôt novateur dans ces pratiques. Celle-ci est étonnement peu souhaitée (40,5%) et réalisée dans 38,1% des cas. En effet, nous ne trouvons pas de taux de section de cordon ombilical par les accompagnants en salle de naissance dans la littérature, mais en pratique, nous les estimons à plus de trois quarts des accouchements. On retrouve peu de discordance

entre le souhait initial et la réalisation en pratique de cette intervention dans notre étude (écart de 5,9%) et si on imagine que certains papas changent d'avis, nous pouvons estimer que ce souhait est ainsi en général respecté.

La tétée de bienvenue est majoritairement souhaitée (73,8%) même si rarement effectuée en pratique (11,9% des cas). Or selon la HAS, une tétée précoce favorise « une succion efficace, augmente le lien mère-enfant, favorise le maintien de la température et l'homéostasie métabolique du nouveau-né, le maintien de la glycémie du nouveau-né, favorise le transit intestinal et diminue la fréquence de l'ictère néonatal, augmente la durée de l'allaitement, augmente le taux d'ocytocine maternel favorable à la contraction utérine et à l'éjection du lait, favorise les capacités de l'enfant à réguler ses apports alimentaires » (31,32).

Un grand écart de 83,9% est cependant remarqué entre le souhait et la réalisation pratique. La littérature est pauvre sur la tétée de bienvenue au bloc opératoire, car bien que bénéfique pour la mise en place de l'allaitement et les bienfaits du nouveauné, celle-ci reste compliquée à mettre en place et donc peu souvent pratiquée. Aussi, l'intervention chirurgicale nécessite une position maternelle non favorable à l'allaitement pouvant expliquer la non-réalisation de cette pratique.

La présence du conjoint et d'un fond musical est également largement pratiqué actuellement lors de ces nouvelles pratiques de césariennes « naturelles ».

Le fond musical en peropératoire était très souvent souhaité (78,6%), nous démontrant un réel attrait pour cette pratique. Or, nous n'avons aucun item dans DIAMM® nous permettant de savoir si celle-ci a en effet été pratiquée, rendant l'évaluation de cette pratique impossible. La musicothérapie réduirait les réponses physiologiques et cognitives de l'anxiété chez les patients subissant des césariennes (33). De plus, la musique est une intervention simple et peu onéreuse qui peut être facilement mise en œuvre dans la pratique clinique quotidienne (34) et qui serait très bénéfique. Quant à la présence du conjoint, elle participerait également à la diminution de l'anxiété, en se mettant dans un environnement avec une personne connue, proche et de grand soutien. Pour une grande majorité des patientes, la présence de leur conjoint semble être impératif et très important pour la réassurance. Certaines femmes apprécient réellement que leur conjoint puisse leur tenir la main durant l'intervention (11). Les bras non-contentionnés permettraient de soulager les femmes et permettre le contact

avec leur conjoint et leur bébé pour diminuer l'anxiété et augmenter la satisfaction maternelle. Cette pratique est réalisée au CMCO (sauf certaines exceptions relevées dans les commentaires téléphoniques avec la sage-femme dédiée). Cependant, l'anxiété maternelle était relativement fréquemment retrouvée dans les commentaires (19%), ce qui témoignerait d'une efficacité variable de ces pratiques.

Enfin, le peau à peau entre le nouveau-né et l'accompagnant était souhaité dans 90,5% des cas, mais réalisé dans uniquement 83,3% des cas, soit un écart de 8% entre le souhait et la pratique. Nous émettons l'hypothèse qu'il s'agisse de changements d'avis de l'accompagnant ou que le bébé soit resté tout le long de l'intervention et ses suites contre sa maman, manquant ainsi de temps pour le peau à peau avec l'accompagnant.

Globalement, nous pensons que les écarts entre les souhaits et la pratique peuvent être dus à la réticence de certains praticiens quant à certaines pratiques (baisse du champ avec vision du corps incisé parfois sujet à controverse, le contact prolongé avec le nouveau-né qui se refroidit vite au bloc opératoire), les oublis avec les aléas des interventions ou encore les changements d'avis des couples (papas qui ne souhaitent plus couper le cordon, etc.). Nous émettons également l'hypothèse que certaines césariennes réalisées finalement en urgence, aient pu créer des écarts entre les souhaits et la réalisation du projet de naissance, même si certains commentaires stipulaient que leur projet avait tout de même pu être réalisé.

 Satisfaction des femmes quant au programme et identifications de facteurs influençant le vécu psychoémotionnel des césariennes Avec 59,3% de participation (pour N=48), nous pouvons estimer une évaluation du bénéfice psycho-émotionnel du programme « CésarZen » de qualité avec un taux de réponse satisfaisant.

L'excellent taux de 90,4% de réponses « positives » à notre questionnaire (patientes répondant uniquement par les items « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord ») est représentatif d'une grande satisfaction des femmes et d'un réel engouement pour le programme. Le CMCO propose donc un programme qui plait, ce qui est confirmé par la note moyenne donnée à 9,7/10 dans l'item « satisfaction de la prise en charge globale 48h après retour à domicile » par exemple ou encore par les réponses à la question n°5 dans le questionnaire sur l'évaluation psycho-émotionnelle du programme, et qui portait sur la satisfaction globale des évènements à laquelle une seule femme a répondu négativement (2,1%) et ainsi 97,9% de femmes conquises. Certaines l'ont même exprimées spontanément en commentaire libre, en plus des items et réponses aux questions préétablies (40,5%).

L'avis des femmes interrogées (n=42) était unanime quant au fait qu'elles étaient actrices de leur césarienne, qu'elles ont pu exprimer leur avis et participer activement à celle-ci (100% de réponses positives à la question n°1 du questionnaire). Nous émettions l'hypothèse que la participation active favoriserait le bon vécu psychoémotionnel de la césarienne et nous confirmons, qu'elle y contribue effectivement au vu de ces résultats et de commentaires libres sur le sujet (« participation active du papa et possibilité de voir la naissance de bébé très appréciés »). Cependant, il y avait 21,8% de commentaires libres qui faisaient état d'un écart entre le projet de naissance initialement émis et la réalisation pratique de celui-ci, sans que nous ayons pu identifier les détails de cette insatisfaction. Nous n'avions pu émettre que des facteurs hypothétiques sur les raisons de cette discordance entre souhait et réalité. Ce motif expliquait certains choix de femmes à répondre par « plutôt d'accord » que par « tout à fait d'accord ».

Nous pouvons également assurer que l'équipe soignante du CMCO était d'un grand soutien psychologique, entourante et d'une agréable compagnie d'après les patientes, car une seule femme (2,1%) a répondu par la négative « plutôt pas d'accord » à la question n°2 sans l'argumenter en commentaire libre. De plus, 50% (21/42) de femmes

renseignaient librement à la sage-femme dédiée au programme des compliments à propos de l'équipe soignante lors de l'appel téléphonique effectué 48 heures après retour à domicile, tels que « L'équipe a su me rassurer » ou encore « Super accueil, équipe bienveillante. Je me suis sentie entourée et écoutée ».

Nous pouvons également dire que le programme « CésarZen » favorise des premiers instants mère-enfant plus « naturels » avec le nouveau-né directement installé sur sa maman et le contact prolongé réalisé dans la grande majorité des cas. En effet, à la question n°3 sur l'accouchement rêvé, une seule patiente a répondu par « plutôt pas d'accord » (2,1%), en le justifiant par le fait d'avoir été trop « emmitouflée » et contentionnée (cf. 5.7. Contexte psycho-émotionnel et médical des patientes « insatisfaites » : patiente n°3). Or, le protocole du CMCO stipule que la contention des membres supérieurs en « CésarZen » n'est pas nécessaire et cette contention n'est pas non plus justifiée par une césarienne réalisée finalement en urgence. Les commentaires libres reflétaient tout de même une grande majorité de réponses positives comme par exemple des femmes qui relataient « C'était mon plus bel accouchement, c'était très émouvant et j'ai pu garder mon bébé 40 minutes avec moi» ou encore « un vrai vécu d'accouchement ». Cependant, la proportion de « tout à fait d'accord » et de « plutôt d'accord » était pour cette question très disparate (respectivement 56,3% et 41,7%), comparée à toutes les questions où la grande majorité était « tout à fait d'accord ». Nous supposons que cette réserve émise à cette question était liée à la perception de l'accouchement rêvé par certaines femmes, qui reste dans les mœurs, un accouchement obtenu par voie basse et non par voie chirurgicale. Une patiente nous précisait même qu'elle était « tout à fait d'accord » sur le fait que les premiers instants avec son bébé correspondaient à ce qu'elle s'était imaginée « à partir du moment où la césarienne s'imposait ».

De plus, 16,7% des patientes exprimaient avoir un mauvais vécu d'une césarienne antérieure (renseigné en commentaire libre lors de la consultation « RAAC » par la sage-femme dédiée). Celles-ci constituaient une réelle population cible de notre programme. Parmi elles, 26,1% ont renseigné en commentaire libre une comparaison très positive de leur « CésarZen » par rapport à une césarienne antérieure. Ainsi, nous pouvons affirmer que le programme « CésarZen » permettrait un meilleur vécu par rapport à une césarienne « classique », ce qui est une réelle réussite pour les

pratiques de service du CMCO. En effet, parmi les patientes concernées à la question n°4, 90,3% des femmes étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » sur le vécu comparé à une césarienne antérieure. Il existe probablement un biais de sélection, puisque parmi les motifs des césariennes précédentes de ces patientes, on compte une proportion non négligeable de césariennes réalisées en urgence et le facteur de l'urgence altère considérablement le vécu de la césarienne. Cependant, il y avait aussi des antécédents de césariennes programmées parmi ces patientes, et là aussi le vécu de la « CésarZen » semblait meilleur. Une femme a rédigé le commentaire suivant : « Césarienne incomparable à mon ancienne césarienne programmée. J'ai aimé le fait d'être actrice, ce qui facilite le début de la parentalité, la lumière tamisée, la musique, la récupération physique rapide (très peu de douleurs), etc. » ou « je regrette qu'il n'y ait pas eu ce programme pour mes précédentes césariennes (programmées) », ce qui nous permet de penser que ce programme améliore le vécu des césariennes en général.

Il y avait tout de même 9,7% (n=3) des patientes ayant répondu de façon plus négative (« plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ») en estimant que leur vécu serait alors identique à leur(s) césarienne(s) antérieure(s) voire davantage altéré. Ces trois patientes (cf. III. 5.7. Contexte psycho-émotionnel et médical des patientes « insatisfaites ») l'expliquaient par le fait d'avoir eu des effets indésirables comme des nausées et/ou vomissements durant une longue période, une équipe d'anesthésie exprimant ouvertement leur discordance quant à la prise en charge de la patiente (absence d'asepsie verbale), des céphalées importantes durant l'intervention, une hémorragie de la délivrance avec une intervention très longue, une contention et « emmitouflage » compromettant tout contact avec le conjoint ou le bébé ou encore le trajet à pied entre la salle d'accueil et le bloc opératoire. Ces motifs étaient pour certains quasi-inévitables (nausées et/ou vomissements malgré des faibles doses de morphine suivant les dernières recommandations ; l'hémorragie de la délivrance), les pratiques du CMCO en annexe V étant en accord avec les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France CNGOF concernant la prévention de de ces complications) (35). Certains motifs étaient plutôt évitables comme les problèmes d'asepsie verbale ou la contention des membres supérieurs non recommandés lors de « CésarZen » mais ont heureusement été rares (ne concernaient qu'une patiente).

Enfin, d'autres facteurs pouvant impacter le vécu psychoémotionnel de la césarienne ont étaient relevés par la sage-femme dédiée dans les commentaires RAAC/ « CésarZen », comme l'asthénie (23,8% des cas) et l'anxiété (19%) lors des appels, sans avoir de réel impact sur la satisfaction globale du programme.

5. Forces et limites de l'étude

Nous avons atteint un taux de participation élevé (51,9% pour obtenir n=42), valorisant la fiabilité de notre étude, qui a été obtenu grâce à l'insertion du questionnaire dans le « journal de bord ». Celui-ci était donné systématiquement à toutes les patientes concernées à la sortie de l'USC et avait déjà été expliqué en consultation préopératoire lors des consultations RAAC/ « CésarZen ».

Notre travail est original, car le vécu des césariennes en urgence est fréquemment étudié au dépend de celles dites programmées. De plus, notre étude allie finalement enquête de satisfaction et évaluation des pratiques professionnelles d'un programme très récent et plébiscité du CMCO dont le retour est attendu par les équipes concernées.

Nous avons réalisé une étude prospective, qui permet la mise en évidence d'incohérences ou de résultats inexpliqués, mais permet surtout la mise en lumière de points forts du programme, et ainsi d'en tirer des conclusions pour l'avenir. En effet, nous avons pu mettre en évidence certains résultats inexpliqués, comme par exemple parfois le non-respect de la trame horaire des étapes de la RAAC ou parfois le non-respect de projets de naissance, ou encore un taux de rétention urinaire non négligeable (27,8%), qui suscitent nos interrogations et nous permet d'améliorer nos pratiques. Nous y voyons également des pistes d'améliorations notamment concernant le réchauffement des bébés en peau à peau, la faisabilité de la tétée de bienvenue, l'installation des patientes pour un premier contact apprécié avec son bébé ou encore pour l'asepsie verbale de la part des soignants devant les patientes.

Cette étude a également permis de mettre en évidence les points forts du programme déjà suggérés comme une participation active et une autonomie rapide et appréciée, mais également d'autres points forts inattendus comme la possibilité de suivre un

projet de naissance lors d'une césarienne, ce qui n'est pas proposée dans d'autres maternités d'Alsace et encore moins « à la carte » ou avec section directe du cordon possible. Une patiente nous témoignait qu'il s'agissait d'un « programme qui mériterait d'être plus répandu et qui a motivé son choix d'accoucher au CMCO ».

Ainsi, notre étude a permis de confirmer nos deux hypothèses que le programme « CésarZen »/RAAC améliore le vécu psycho-émotionnel d'une césarienne programmée et d'autre part et que la participation active du couple permet une expérience plus positive d'un accouchement « non naturel ». Notre étude a également permis de répondre à nos objectifs. En effet, nous avons pu évaluer les bénéfices psycho-émotionnels du programme sur le vécu de la césarienne programmée, tout en identifiant certains facteurs qui influencent ce vécu, à savoir l'équipe soignante entourant les femmes, la participation active via un projet de naissance personnalisé choisi et le contact prolongé avec leur enfant.

Nous évaluons lors de notre étude le vécu des césariennes qui est fonction de facteurs très subjectifs (ex : les EVA), nous avons donc un biais de subjectivité ajouté à celui de « non-réponse ». Nous relevons également un biais de confusion influençant le vécu des césariennes, le post-partum étant souvent influencé par un « baby-blues » et des hormones fluctuantes que ce soit suite à une césarienne ou un accouchement voie basse. De plus, notre programme de RAAC est également influencé par des facteurs externes, comme par exemple certains retours à domicile plus tardifs liés à la prolongation d'hospitalisation de nouveau-nés nécessitant certains soins médicaux (surveillance du poids, prise en charge d'un ictère néonatal par exemple).

Nous relevons également que notre étude comporte un faible effectif (n=42), puisque le nombre de césariennes programmées reste faible (réalisation de 81 « CésarZen » sur les sept mois de notre étude, ce qui représent moins de 5% des accouchements totaux) et cet effectif s'expliquait aussi par le taux de non remplissage de certains « journaux de bord ». La sage-femme dédiée au programme était un réel atout pour améliorer la fidélité des patientes au programme, et pour leur rappeler de remplir au mieux leur auto-évaluation, que ce soit pour le journal de bord ou pour le questionnaire sur le vécu psycho-émotionnel. Cette dernière tentait de compléter les items manquant par téléphone lors de l'appel 48 heures après retour à domicile, ce qui pouvait

également créer un biais de mémorisation mais permettait d'augmenter le nombre de données recensées.

De plus, au début de notre étude, les questionnaires étaient anonymisés et donc non rattachables au contexte du « journal de bord » pour six d'entre elles, et ont donc dû être exclues de l'analyse. Les patientes aux questionnaires rendus non identifiés et les patientes qui ne l'ont pas rendu ne présentaient pas de contexte particulier qui pourrait l'expliquer comme un retour très précoce (jour moyen de retour estimé à 4,8) ou un contexte de césarienne difficile ou compliqué. Ces patientes étaient d'âge moyen estimé à 33,7ans, de gestité moyenne à 3,2 grossesses par femme et de parité moyenne estimée à 2,2 enfants par femme. Cependant, nous pourrions expliquer ces non-retours pour quatre sur 39 d'entre elles (10,3%), par la présence de barrière linguistique ou de contexte psychosocial.

V. Conclusion

Le CMCO a mis en place un programme périopératoire nommé « CésarZen » permettant aux couples la réalisation d'un projet de naissance personnalisé, dès lors réservé aux accouchements par voie basse; associé à un programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie, dans le but d'améliorer le vécu des femmes accouchant par césarienne.

Nous nous étions interrogés sur les effets bénéfiques de ce programme sur le vécu psychoémotionnel de la césarienne programmée. Notre étude a permis de mettre en évidence un haut taux de satisfaction de ce programme qui contribue à un meilleur vécu de l'accouchement par césarienne. En effet, 97,9% de femmes sont satisfaites par la prise en charge globale de leur accouchement par « CésarZen » et 90,3% des femmes font état d'un meilleur vécu par rapport à une césarienne antérieure.

Notre objectif secondaire était d'identifier les facteurs qui améliorent le vécu d'une césarienne. Notre étude a démontré que l'établissement d'un projet de naissance personnalisé avec l'équipe soignante, la participation active des couples, l'accompagnement et soutien psychologique par une équipe soignante bienveillante ou encore la réalisation d'interventions les plus proches possibles de l'accouchement naturel afin d'amenuiser les aspects chirurgicaux de celui-ci favorisaient un meilleur vécu de la césarienne. Des témoignages comme « C'était mon plus bel accouchement » nous forcent à constater que ce type de programme devrait ainsi, au vu des bénéfices psychoémotionnels rapportés, se généraliser dans toutes les maternités.

Ces résultats sont prometteurs pour l'avenir et fidélisent ainsi les couples à la maternité du CMCO. La relation soignant/patient est aussi favorisée et améliorée par ce programme, accueillant un climat de confiance. De plus, ce type d'étude est bénéfique pour les équipes du CMCO pour permettre d'apprécier l'impact de leur programme sur les femmes concernées et d'ajuster les pistes d'amélioration retrouvées et réduire les écarts relatifs retrouvés entre les souhaits des projets de naissance des couples et leur réalisation en pratique.

Pour aller plus loin, notamment dans la préparation psychologique des femmes et ainsi palier à une anxiété persistante, des vidéos de césariennes « naturelles » ainsi que de

bloc opératoire sont présentées aux femmes durant la consultation pré-opératoire dans certaines maternités. Ce n'est pas le cas du CMCO et cela pourrait constituer un axe d'amélioration dans la pratique de service. Celle-ci, associée à une prise éventuelle de mélatonine en pré-opératoire (ayant déjà fait ses preuves) pour les femmes qui appréhendent le plus la césarienne, pourrait rendre le moment de la naissance toujours plus agréable.

VI. Bibliographie

- 1. Broche D-E, Courtois L, Maillet R, Riethmuller D. Césariennes. EMC Obstétrique. janv 2008;3(1):1-16.
- 2. Gosset M, Ilenko A, Bouyou J, Renevier B. Césarienne en urgence. J Chir Viscérale. 1 févr 2017;154(1):48-50.
- Indications de la césarienne programmée à terme [Internet]. [cité 9 déc 2019].
 Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics indications-cesarienne.pdf
- 4. Haute Autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Rev Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.
- Knibiehler Y. Accoucher Femme, sages-femmes et médecins depuis le milieux du XXe siècle. Éditions de l'école nationale de la santé publique. Rennes; 2007. 188 p.
- ENP 2016 rapport complet [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wpcontent/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf
- 7. Morin S, Poutignat N, Evrard I. Césarienne programée à terme: rapport long [Internet]. 2015 p. 35. Disponible sur: https://www.has-sante.fr
- 8. Belemkasser S. Le vécu psychologique des femmes accouchant par césarienne. Vocat Sage-Femme. juill 2016;15(121):23-5.
- 9. Césarine Témoignages [Internet]. Césarine. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.cesarine.org
- 10. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. Soc Sci Med. 1 juin 2007;64(11):2272-84.
- 11. Puia D. First-Time Mothers' Experiences of a Planned Cesarean Birth. J Perinat Educ. 2018;27(1):50-60.
- 12. Briex M. Césarienne naturelle. Spirale. 2015; N° 76(4):86-9.

- 13. Benhamou D. La césarienne naturelle. Anesth Réanimation. juill 2015;1(4):313-7.
- 14. Qu'est-ce que l'approche bienveillante en césarienne et qu'est-ce que la césarienne bienveillante? [Internet] [cité 13 févr 2021]. Disponible sur: https://www.drvelemir.fr/actualites/quest-ce-que-approche-bienveillante-encesarienne-quest-ce-que-cesarienne-bienveillante/
- 15. Haute Autorité de Santé. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC): état des lieux et perspectives. HAS; 2016 p. 73.
- Loughlin SM, Alvarez A, Falcão LFDR, Ljungqvist O. The History of ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Society and its development in Latin America. Rev Col Bras Cir. 3 juin 2020;47:e20202525.
- 17. Grace Asso Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après ChirurgiE [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.grace-asso.fr/
- 18. OMS | La césarienne: une intervention à ne pratiquer qu'en cas de nécessité médicale [Internet]. WHO. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/fr/
- Menard S, Theau A, Le Ray C. Réhabilitation et humanisation en cours de césarienne: le point de vue de l'obstétricien. Prat En Anesth Réanimation. avr 2016;20(2):78-82.
- 20. Chan CL-J, Tan CW, Chan JJI, Sultana R, Chua T-E, Chen HY, et al. Factors Associated with the Development of Postnatal Depression After Cesarean Delivery: A Prospective Study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020;16:715-27.
- 21. cesarienne.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.grace-asso.fr/wp-content/uploads/grace-pdf/Protocoles/cesarienne.pdf
- 22. La mélatonine pour l'anxiété préopératoire et postopératoire chez l'adulte [Internet]. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: /fr/CD009861/ANAESTH_lamelatonine-pour-lanxiete-preoperatoire-et-postoperatoire-chez-ladulte

- 23. Liu Z-Q, Du W-J, Yao S-L. Enhanced recovery after cesarean delivery: a challenge for anesthesiologists. Chin Med J (Engl). 5 mars 2020;133(5):590-6.
- 24. Les blocs périmédullaires chez l'adulte. Ann Fr Anesth Réanimation. juill 2007;26(7-8):720-52.
- 25. Dupland A, Aubrun F, Donnadieu S, Jouffroy R. Effets secondaires de l'administration de morphine en titration intraveineuse: évaluation du retentissement sur la satisfaction des patients lors du séjour en SSPI. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 juin 2012;13(3):134-40.
- Diemunsch P. Conférence d'experts Texte court. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. Ann Fr Anesth Réanimation. oct 2008;27(10):866-78.
- 27. Fuchs F, Benhamou D. CÉSARIENNE ET POST-PARTUM: RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE.:10.
- 28. Smith J, Plaat F, Fisk N. The natural caesarean: a woman-centred technique. Bjog. juill 2008;115(8):1037-42.
- 29. Pilliot M. Le regard du naissant. Spirale. 1 avr 2006;no 37(1):79-96.
- 30. Marret S, Marpeau L. « Césarienne programmée n'est pas la panacée! ». Gynécologie Obstétrique Fertil. oct 2010;38(10):559-60.
- 31. Fqvoriser l'allaitement maternel: processus-évaluation [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf
- 32. Beake S, Bick D, Narracott C, Chang Y. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. Matern Child Nutr [Internet]. oct 2017 [cité 17 avr 2021];13(4). Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/mcn.12390
- 33. Handan E, Sahiner NC, Bal MD, Dissiz M. Effects of Music during Multiple Cesarean Section Delivery. J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP. mars 2018;28(3):247-9.

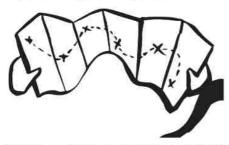
- 34. Hepp P, Hagenbeck C, Gilles J, Wolf OT, Goertz W, Janni W, et al. Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. BMC Pregnancy Childbirth. déc 2018;18(1):435.
- 35. RPC: les hémorragies du post-partum [Internet]. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf

VII. Annexes

ANNEXE I: Journal de bord patient

Journal de bord patient

Programme de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) CésarZen



Pôle de gynécologie obstétrique et fertilité







Le jour de l'opération Retour des soins continus

						LL le
J'aibu: □a	ssez 🏻	un peu l	□ pas du to	out		
l'ai mangé :	□ assez	□un pe	u 🗆 pas	du to	ut	
l'ai māché du	chewing	-gum: 🗆	loui 🗆 r	non		
l'ai eu des na	usées :	□ oui □	non			
le me suis lev	éeà:	heure				
le suis arrivé	en mate	ernité :				
□à pied □	en faute	uil roulant	🗆 en lit			
Au repos 0 (nul 0)			E 37 8	9 1	0 (intolés	able 🐯
À la mobilis				-	M. Troncolle	The same
a (nul 🙂)		Were State of the		9 1	o (intolér	able 2)
-						
Après l'opéra	ion, je v	ais (forme ,	moral, bie	n être	:	
O (três mal 😤	1 2	3 4 5	6 7 8	9	10 (très b	ien. 🗢)
Remargues :						
A THE COLUMN TWO IS NOT THE						

3

1er jour après l'opération



J'ai bu: □ assez □ un peu □ pas du tout
J'ai mangé: □ assez □ un peu □ pas du tout
J'al māché du chewing-gum : 🔲 oul 🗎 non
J'al eu des nausées : 🗆 oul 🗆 non
Je suis sortie de ma chambre :
🗆 à la salle de petit déjeuner
☐ autre (relais H, bureau d'état civil, marcher dans le couloir)
J'étais debout ou au fauteuil (hors du lit) : □ moins de 4h □ +de 4h
Sur une échelle de 0 (nul) à 10 (intolérable), mon plus haut niveau de douleur après l'opération était :
Au repos 9 (nul *) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (intolérable *)
À la mobilisation (si je bouge) :
0 (nul 😂) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (intolerable 😩)
Après l'opération, je vais (forme , moral, bien être) : 0 (très mal 😌) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très bien 😂)
Remarques:

2ème jour après l'opération

'al mangé :	□a	5502	8 1	Jur	per	1	□ pa	s du	tout			
J'al mâché du	che	win	g-gu	m:		oui		non				
Je suis sortie SI OUI, pou D à la sa D autre	or all	er: e pe	tit d	éjeu	ner				er da	ns le	couloi	r)
l'étais debout	t ou a	u fi	ute	uil (1015	du t	t) : [] mo	ins di	e 4h	□ +¢	ie 4h
Sur une échel douleur après Au repos 0 (nul 😅)	l'op	érat	ion i	tait								
À la mobilis											ne a common	
a (nul 😅)							8	9	10 (intoli	erable	=1
Après l'opéra 0 (très mal 🐸					-					(très	bien	<u>e</u>)
Remarques :												

3ème jour après l'opération

/ /20 J'ai bu: 🗆 assez 🗖 un peu 🗆 pas du tout J'ai mangé: □ assez □ un peu □ pas du tout J'al maché du chewing-gum : 🗆 oui 🖾 non Je suis sortie de ma chambre : 🛛 oui 🖸 non SI OUI, pour aller: □ à la saile de petit déjeuner ☐ autre (relais H, bureau d'état civil, marcher dans le couloir) J'étais debout ou au fauteuil (hors du lit) : □ moins de 4h □ +de 4h Sur une échelle de 0 (nul) à 10 (intolérable), mon plus haut niveau de douleur après l'opération était : 0 (nul 3) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (intolérable 3) A la mobilisation (si je bouge): 0 (nul 4) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (intolérable 4) Après l'opération, je vais (forme , moral, bien être) : 0 (très mal 2) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très bien 2)

4ème jour après l'opération

l'ai bu : □ assez □ un peu □ pas du tout /_/20_
l'al mangé: □ assez □ un peu □ pas du tout
l'ai maché du chewing-gum: 🗆 oui 🗆 non
e suis sortie de ma chambre :
'étais debout ou au fauteuil (hors du lit) : ☐ moins de 4h ☐ +de 4h
Sur une échelle de 0 (nul) à 10 (intolérable), mon plus haut niveau de fouleur après l'opération était : Au repos 0 (nul 😇) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (intolérable 💯)
A la mobilisation (si je bouge): 0 (nul 🗢) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (intolérable 😕)
Après l'opération, je vais (forme , moral, bien être) :) (très mal 😕 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très bien 😂)
Remarques :
7

5ème jour après l'opération

6



8

Avant votre sortie

0 (pas du tout satisfa	it #)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (très satisfait 😊
Sur une échelle de C en charge de la césa usqu'à la sortie de	rienne	de	pu								
0 (pas du tout satisfa	dt 🙁 🚶	1	2	3	¥	5	б	7	8	9	10 (très satisfait

DOCUMENT

À remettre à votre sage-femme lors de votre sortie de maternité

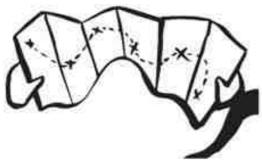
Merci !

ANNEXE II: Livret patient

A STATE OF THE PARTY OF THE PAR

Livret patient

Programme de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) CésarZen



Pôle de gynécologie obstétrique et fertilité







Pâle de gynéculogie-obstétrique et fertilité

CMCC

29 feet Links Petron, \$1300 Schillighten

delignation proprietation quantities per complication as 40.148 35 34 34.
NO statistics pass regularizant di contractor lai lagge formers qui vives sutilità dismission.

When all has been present on all surple during the control of anniplease with a programming daying fall in magazine di-

de note programme de récupération amultanée après récuriares « Casarilan »

8 Kigdt d'ann prior en stange procursalisée de voles republique visign à aprimier velle et buil au tangate entre procurant de soine.

Co programme a commercia discipi discount de cisianament, finan arrest primerillo conti uni esemeltadine 44.000 sono principio Persona alla suno continuera y colle pattina più de ballo el informatio à sino parattinon, finan en Apropunti let annotamento de settuno di discretta en la Programme del Parizio di Illinositio.

La Caraction will from an income a Comma time in one process and the print on persist of marks in income in a comma life in medicare a small best for print on rhange do notice decision, the order blood free, poor facilities onto a print one do notice belief at aircsi d'affantir la mellinare (fragglication provible en lough vier-tité

C'est en programme que nécessité vetre implication à nes vible et é est proposet en la transmistation de l'auté que décendant que une participation de la composité le program de crime, de la promière consultation jungé à votre retour à dessirée.

News were recommended the engagement on Nevel bles the uniter original dates write plabforminged.



Sommaire

L'équipe de suits	-
Avant la mainrance	
La connultation défine à la Casardire	_
La consultation d'aventhèsie	_
Lebfan sampin	
Cappel la sellie de setre adversaises	-6
La veille de l'heterventten : que pulo je manges/festre avent ma obseriente ? .	-7
La vella la Cotamentini i quelles provignes d'Auglère dels je respecter?	
Que dista je emember il la matemitis †	-9
La porte de la constante de	. 10
Oi no verdei le par le ma inisprienze l'	te
Quelles wort les étapes avent de me rendre dans le selle de opsarienne ?	-11
Comment se démois une césurienne ?	-11
Connect se dérante la naturante ?	12
Que se passe 1-5 evaulte 1	.13
Quanti seto ja rejoledno ma chambro de molección 1.	.14
As separate malacents	-15
Quet on passers it it is leadernam in to return to ?	-15
Que se passera 6.11 à partir du doualiera jour agrès la naturance?	-15
De introdicionalmicità	180
Quant prumata je remear 1 Asmichia?	.18
Quel salvi sera proposit une felo de retour à la minion ?	.16
Value jar province i regnoreche dress vertrollife; f	.11
Decaded analysis in the medical state of	60

L'équipe de soins

Make sever process that proper are elarge plantic organizations.

- Seriologue (http://ex.
- Mission enrithments:
- Control segme formation
- Sapri-hornes
- > Particulation, Auditores de particulatives.
- Konniträtsgevinz (köngsches
- Bideltüterres Pipchstagent
- Funitaries satisfied behaviorpers

Comprehen de Paparise entatais en preprintation entre à sans d'aprofities au le fond de mariet d'information.



5

Avant la naissance

La monutarium dédiée à la CasarZen

The Sage Tennes or was presented to programme (\$100 per, controlling)

La consultation d'anasthèse

Lis in his seminors printed and account of relevant, are assemble that Canadharia of preprinting all and alleganisms.



Le bilan savguie

Stree Jose Board with admission on milerate, or Biles cargain out & suffers on introducing Just to control ingle-cond of in otherwise and prices to board.



Cappel la sette de votre atteission en maternité

Le selle de la francesse se débude à actre discusie. Sons avez apparés par la missentie direct l'après med alle de sons transmittes. Commentés et color de l'information (in sons le molarest, est la paris de production de la color de l'information de la color de l'information de la color del la color de la



Avant l'intervention : que puls-je manger/boire avant ma césarienne ≥

A just of A house world (intervention, usus to photer also manger in furner in michal de cheming-just, also d'aver le mapie de vermannent perdant la strantique.

was process being men beginner object, the safety same fact, and do fould same polytell purpos 2% mount of necessaries, where for memory and all the process and the found between the con-



Avant l'intervention : quelles contignes d'hygiene dots-je respectes?

Le jour J

- Over that being fallerine comprise is builties at precing.
- No pais membre de localités de contact (acemer des localités).
- Every text regulage, serve market experient
 Herbit saw on region source.
- CONTRACTOR OF THE PERSON NAMED IN COLUMN 1
- Selimentin limit.







Or sharmony (prompty chairs perhap) assess or receipts

La veille et le jour J : prendre la douché pré-opératoire

Le deuthe s'effortur à votre dures (e.)

- Intilizer ver get door he er vir vhampering biguite i flamm med, amme jamets brieft.
 Ne get uit teer de gen tie door.
- Conserve patricities for publish demanders applies award from the publish demander (A to other too. B to other too.

 La cape from a whiteful to your publish.
- Lastrica (Nevena de poblicioses la jose da Taponarettos ha facestic



Les étapes de la dauche pré-opératoire

- S. Lawrence theory, or or clear per ATTA THE
- X. Savementral le rampé directament avec la riser an participant par la haut.
- S. Dissible has bee depended, to month(), but argues, and proposes governance (of the job relationships, let promit (prive (according)).
- Newscore part line photos of chosen die besel en bles.
- 5. Se serior was one accorde proper.
- 6. Herrie das elements propes.

he mette et zonne, se here hytretaete, et perfere, si disebreuit. Con produit, paperel dite in their door to pape et resident dite principe se désimble et des la consideration de la paperel et colle d'application.



(a principal ampioni et la pue esse public Médifica poi à conferte la service al bessite. La luga finance pur esse piende a despe conferte relacione la principal del como possi Myglinaj et principal di occasione, poi distribui de la mora conferte à l'acta de principal de principal.

Di some sone constatti den bisione sur notre pena, signalue bin.

Que dois-je emmener à la maternité ?

Référen-your à le plaquette « autre entrée se multimaté » qui sum à été rennie lers de mitre admiration.

Million Reprises and Younger (10)

- O doug patros de los des sometimo presenta desta la colle de artes destrados
- 23 un japout de dinarry que pour la reprise du travail le rection.
- 32 wire framework attention over sits anticomore. La presi de sits handspreside hatteurs, la mater, cara la cidadar aver Design qui ana archatillo.



Le jour de la naissance

shirty arrival & la Hallamoot he first to low indoor stalls resisseed.

Asset de lane rembre à la resissante jusces; une dissable mine las comissions distributados la page di a (an dissable par qui antico e (barry la regio di a Charry La regionali di a construction.

Les Vijnes delivert être fille ly volles allieurs et pleuting i ero que les lestilles de contact (per les des larentes à mar de la procession). Les problèmes des les processes de la processe de la procese de la processe de la processe de la processe de la processe de la pro

Oil me resides la jour de ma cesartenne?



Principle on a CPCD, a Crestor on its second of the control of the

10

Quelles sont les étapes avant de me modes en salle de laborheme?

9



A rece armine, your next received their one gains after the was prigners space to distance. But, with receive to prinsentation, but hard table on hast on their on his or as permitted to sage factors was discovery or companie effects that it is sage factors who factors or companie effects that it is not permitted to promount i and the entre extent of event factors have.

Lingua Titaliga da lline aprilatore son prito, veus sono enmensio è punt sono escre percopagneri da biox spiratore. Volos accompagneri son punti. Sono il distribito per linea de biox par l'impos el presente veus misibleme sonti de provente sono i registribite.

Comment se dérmite time césarionne?

La responsable diversity \$5 ex \$7.50.

tion perfection must not prove our to treat active per l'amostraire du bus de une corps per une important latte per l'amostréante deroite hai de witer des fractionnesses estau personnels.

tion ment requite allergie et le fait de cette range acte proprietement excetterare, mor groupes distribution des particules activités particulares de la challent des fluores des la challent des fluores des la challent des fluores des la challent des la challent de la competité de la particule de la challent de la competité particule de la challent de la competité de particule de la particule de la competité des la competité de la competité de la competité de la competité d

the architect mustiple your left nice proposed privatives one population as broader and tension spots Careachdon. Source of Broads & or part must in aged proliped. Let propose a market upon proposed perfora priducte do semalogo de vacados, hour effector Alice



There is no no learning and a province of the street of th

Le gyréchisson réalises alors une homise, le pius souveil harbenfale, bote de destait de pulse persettant. Describer de la partie tribuser de l'abbier. Parellant le situations voir aurer des sonablers les pressus, de l'abbier par une sonables.

Comment se déroule la paissance?

A se moment, al inco, flavor promodel, essai promode possour sales had matications de monagen, transfer essa flavora supera en alguns de proposición a la reconoció. Des proposos de flavora flavora de la la facilitación de la companya de proposición propias personales de la cortica de como la facilitación de color de como color.

Wife autompagned a promit proper to codion, at your Facili demonstrate to be considered for the facility of a promit per Colar viscos/facility and discriminate desired at an expect of the good state for a per state for a period of the facility of the fac



some enfield on placema pair forcement must be suite. It were sected pair to supprofessione qui ful marries un bissent and post thoughout evident soils never relationate. So so take, if were paid marries sous en crisilisat prolitique.

Les d'imagiant promotent aver la débetiere du plieures, sont movest un arthorison (autre présent une lobertiere et un limitare de promotée de protonte l'adrian (afre de recomme les augrements). L'on présente des familles de protonnes de la présent de la présent de la famille de l'autre de l'autre de la présent des la présent de la pré

CONTRACTOR STATE STATE OF THE PARTY OF THE PARTY.

Lit signification promisions come profession and the first obstance power storm of primary control of the first out recover party powers for projects the prior is posted.

11

Care of the property process the state of the purpose per land and arrangements.

La barrar provincia de la granda de la Carlo de Alba de Carlo Carl

This west excell interests on sale to meet an electron with 10 years made captioned regions payment a some payment at 10 years of the effect.

Que se passe-r-il ensure ?

Let again be chose, Diguyar surpassess or middings of chose adjustment on target some, in processor, an executive Dennie, pasts, templostural or la distinct the book reporting, place process was admi-



L'altimentation de votre bété.

When prompting information were entired, by some as any following section with a finite order or the particular and disputition of the first factor and under a separation of the first factor and under a separation of the first factor and under the first factor and first factor fa



an game is pharmon, it must flow; just do revolve, were pourrey been they become the solution one, that frame, call, you do justice on the common support. As perfection one will be they are according to make the threating game also to make the common and the common support.



els aprile la primerar accumentation estádic programbine el l'information pour mome a faire de promies bases dinsi se su momentages à mandre programp accument.



all parts but the latents prime from write in car you

13

Communit girrer ma deviewr 7

A tour moment, a birther pay it informer in parramed subjected of Vitalization for two desirant part approximates with E'y reposite accommondation of the Vitalization in American are paint different in con-



Socker gas let suidiaments preserve and compa-

Figure 1 to the surprise as a primary or protection de primary par des endate planes (in the contratt of contra

A sel important in compositor some prime to entire communication application.

Quanti vars je rejoktišre ma chambre de maternitit ?

The duffered is rate of what as that do not the property and service of service or managing, dark some sharms



14

Le séjour en maternité

Que se pussero dell'a l'antiensain de la norssance ?

Vice poured present our disable. Le parametric sons tot et a bount de parametre de arragent term pent, que la francisse.



To select former and followers, he says former years proposed he judge d'est médicarrant lamphitheist he republie lathropie.

Charge viva experimente part les cores de soré. Mété: apprechange des cores du modos et vivão de pédiates, administratura des vivancies, constitues de l'apprechant de la justima plotéral.

If early important de las brook régulièrement, de recorder ou d'ibre appeal dans le fouleque de sette d'aussies encome à à 60 pai pass la reporte du brook inscriptual et la présentant de la philébrie " formation d'un natifié disse une consil, Visua deven configuer à partier sen bas de contraction, selles après autre sur le jouge à le ciulte peut natifié.

Que se passera t-li à partir du dessième jour agrès. La naissance ?

When participations have writed or in subure note billions in Yall pour love thorough the performance

The project time is been described in 27 to 27" you over Table in Figure.

Let suges become an appropriate it anyone about the contract of the contract o

Le retour au domicile

Quantif pourcele-perentime & dominion 7

In Transmist de arms 1921 et unió de apris enfect son autobre à America.

Les les les les plus de lors description, veux pour les sentres à America.

In partir four les pour pour on surfact des langu formes distrate dess de surface.

In Proposerse de Resul à Zamente (Philosophia).

Quel surei serà proposè une fois de retour à la maisne ?

. Visco continuent a porter for two dis numerico pardiant il must aprin la purpasses pour primerir la riagon de phistologia.

Vivos hora com a amountable poet satale $\gamma + 3.0$ compress quite la reconstrue and when grade imper year an exercise,

Le sego famos cuerdinables our rispellors & dentifica or carrie in la sereción subsame para primeira de est sometiga (finalese, étas physical, afacliament) et permitto sobre estraral la settification de la seriar en el sego del el sentiment un pratiques.



15 16

Valu-je pouvok reprendre mes assistics ?:

Disc, that he facult properties.

Hart Importants

- y development of the development mettes de l'ampteré pagimine en de Caul pendons à pressiones.
- . De reicher publishmeners.
- Septimble introductions.
- A Statute and declarged leading.
- . De la reposit.
- . De faire upon time attenues a part on April prints

Le martire des reprints pour se faire aures. Il terminat su viva le poutration





A Valer Modellikingto part observers - in histories at a company of the company o tale, to represent your sense measure name his is

Quant previous la maternité ?

Several re-

- detien
- de seguirons expresses partir sellon
- . e. depositive was lackwing.
- 4 de ductions Importantes.
- Remarked by annual removes, permane of their importants.

Charge its CPCS may propose your main function by constitution as:





When it the state of the state

18 17

ANNEXE III: CésarZen pour un enfantement personnalisé

10.7		Plike de Bynécisk	ngie-obstetrique-fertil	na -	GO-00356
#=		Pour un enfan	CésarZen tement personi		Western 2.1
Approuvé par « Prof. F.	DEPUREAE N	18/12/2000			Date d'application : 04/63/2021
Section d'application	DAG:	Service 8340	Service 9580	☐ Service VISC	

Le programme CésarZen est une personnalisation de la prise en charge des couples bénéficiant d'une césarienne programmée pour la naissance de leur enfant.

1. CONSULTATION DEDIEE AVEC UNE SAGE-FEMME (CONSULTATION RAAC)

- ✓ Information sur le protocole CésarZen
- ✓ Document d'information remis à la patiente (document d'information commun RAAC et CésarZen)
- Check-list des souhaits du couple remplie point par point et laissée dans le dossier

2. ARRIVEE DE LA PATIENTE DANS LE SERVICE

- Vérification des attentes du couple (check-list)
- ✓ Cette liste doit être transmise à l'IBODE lors du transfert au bloc opératoire.

3. ARRIVEE AU BLOC OPERATOIRE

- Début de la musique (avant rachianesthésie) : playlist à thème ou choisie par le couple.
- Installation des bras en croix, sans contention.
- ✓ Ambiance lumineuse tamisée et ambiance sonore maîtrisée.

o Pour l'accompagnant e

- Habillage en tenue verte
- Lavage simple des mains
- ✓ Entrée en salle de césarienne après validation de l'équipe d'anesthésie (rachianesthésie efficace)
- S'Il/elle souhaite couper le cordon : désinfection des mains à la solution hydro-alcoolique encadrée par l'équipe et passage d'un simple gant stérile sur la main dominante.

4. NAISSANCE

- Après hystérotomie, proposition de pousser pour accompagner la naissance avec ou sans siffiet
- ✓ Abaissement du champ opératoire après retrait des écarteurs et sortie de la tête fœtale (Idéalement un champ blanc peut être également posé sur la zone opératoire)
- Clampage du cordon, coupé par l'accompagnant.e si la longueur du cordon le permet, avec une paire de ciseaux stérile.
- Contact rapproché avec la maman pendant toute la durée de la fermeture du site opératoire avec couverture chauffante.

4. A LA FIN DE L'INTERVENTION

- La maman est transférée en unité de soins continus pour la surveillance post-opératoire
- Pendant ce temps, l'accompagnant e accompagne bébé pour les premiers soins en salle de naissance
- L'accompagnant e peut garder le bébé en peau à peau pendant ce temps d'attente
- ✓ Dès que la maman est installée aux soins continus, le bébé et l'accompagnant e peuvent la rejoindre dans sa chambre de réveil individuelle.
- Installation pour la première tétée.

Modifications deguis la version précédente : Emission mission			
Pedigo par	7 MT	16:12/12/2020	
Validé par	M. GERMALT, N. ELMER PWERRIG, C. TAVERNER	la 15/12/2010	
Heimologation qualities	C. PETERSCHWITT T. VIGNERON	le 28/01/2021	

ANNEXE IV : Césarienne RAAC : prise en charge pré-, per- et postopératoire

**	FIF		METTE AN UNIVERSITY			Clate d'application : 04/02/2021
ecou e	amplica	OH:	POJE Senio 648	Serve 1940	Service PSES	
OMMA	RE					
W		******	ELICIDI EL 😅			
I.	-	HEATES	ELIGIBLES <u>~</u>			
11.	LA	METHOD	Œ			
	A.	Préopè	ratoire			
		4.	E'Inscription au progra	mme opératokre 🌁		
		b.	Consultation RAAC Z			
			La veille de la césarier	The second secon		
		<u>d,</u>	Le jour de la cesariens	e <u>•</u>		
	В.,	Perope	ratoire			
		a.	Protocole d'anesthésie	peroperatoire Z		
		b.	Nausées/vomissements	<u>*</u>		
		<u>c</u>	Utératoniques 💌			
		<u>d.</u>	Drainage fermeture **			
		<u></u>	Sondage urinaire Z			
	C.	Postop	ératoire			
		11.	Unité de Soins Continu	r (USC)		
			1. Surveillance			
			2. Perfusion Z			
			3. Analgésie 🚾			
			4. Nausees/vomissem	ents		
			5. Sonde vésicale 🐣			
			6. Réalimentation =			
			7. Prévention thromb 8. Nouveau-né	oernaatique		
		ь.	Unité Mère-Enfant (UN	(E)		
		===	1. Transfert *			
			2. Surveillance			

I. PATIENTES ELIGIBLES POUR LA RAAC (PROUE SUMMERE)

Toutes les patientes devant bénéficier d'une césarienne programmée sauf ;

- Pathologie maternelle sous-jacente sévère (cardiopathie, néphropathie, maladie de système, diabète déséquitibre...)
 - A discuter au cas par cas selon la seventé de la maladie
- Suspicion d'anomalie d'insertion placentaire, type placenta accreta ou placenta percreta

II. LA METHODE

A. PREOPERATOIRE

a. Inscription au programme opératoire prepair sommaire !!

Pour toute inscription d'une césarienne au programme opératoire, téléphoner au cadre de santé du bloc opératoire poste 53478 ou en son absence, au secrétariat de gynécologie ou au cadre de gynécologie (sage-femme (SF)). Noter le nom de la patiente sur le planning de salle d'accouchement dans DIAMM (SF).

Fille de gynécologie-atritétique-fertillis	60-00317
GO-Césarienne RAAC : prise en charge pré-, per- et post- opératoire	Weroon 1 1
Agement par : Prof. P. DERUFLLE in 18/17/2020	Date of application : 04/02/7021
Section of application : POLE Service 6540 Service 4560 Dervice 4560	

La SE devra egalement ;

- S'assurer que la patiente a eu une consultation d'anesthésie ou a un rendez-vous à venir.
- Vérifier la carte de groupe de la patiente
- Vérifier la prescription du bilan sanguin : NFS, crase, RAI < 72h et mentionner à la patiente la date du bilan à réaliser, ainsi que la mention = à faxer au 03.69.55.34.35 = (Fax saile d'accouchement)
- · Prescrire une sérologie toxoplasmose si elle date de plus de 10) à la date de la césarienne
- Vérifier la prescription des bas de contention (Contention classe 2)
- Organiser un rendez-vous avec la sage-femme responsable de la RAAC (récupération précoce)
- Expliquer à la patiente les modalités de prise en charge (heure d'admission, douche) et lui donner la feuille d'explications (uniquement si rendez-vous RAAC impossible pour la patiente, avec le passeport RAAC)

b. Consultation RAAC (retour sommaire)

- O Par une sage femme formée à la RAAC
- Idéalement en couple
- Discussion/information sur le protocole RAAC et sur le protocole de personnalisation de la naissance (CésarZen)
- O Relever les souhaits/préférences du couple sur la feuille check-list qui reste dans le dossier papier
- O Verifier que le dossier soit complet
- O Remise du livret d'information

c. La veille de la césarienne perour summaire 1)

La SF programmeuse ou de l'Accueli Urgences (les week-ends) devra :

- a) A partir de 14h uniquement (pour éviter des changements de dernière minute): vérifier le programme des césariennes et appeler (1800E au 54808 pour connaître l'horaire des césariennes programmées et noter l'horaire dans l'agenda DIAMM - Planning Saille d'accouchement -.
- b) Informer les patientes de l'heure d'admission : 2 h avant l'heure prévue de la césarienne.
 La SF appelle la patiente pour l'informer de l'heure prévue de césarienne et remplir la check-list
- c) Vérifier et préparer le dossier des patientes à savoir

Pour la salle de naissance (50N):

- le dosaler médical de la patiente
- les documents concernant le nouveau-né (carnet de santé)

Pour l'Unité Mère-Enfant (UME) dans une pochette rauge plastique :

- le dossier anesthésique avec carte de groupe sanguin et recherche des aggistimmes irrégulières datant de moins de 72h
- le bilan préopératoire : crase, plaquettes, hémoglobine
- faire l'admission avec la date au lendemain + imprimer deux planches d'étiquettes (une planche sera mise dans le dossier médical)
- · préparer les bracelets d'identification

d. Le jour de la césarienne retour sommaire!)

La patiente se présentera en satie de naissance à l'heure convenue et sera accoeillie par la SF programmeuse. Celle-ci :

- vérifie par échographie les bruits du cœur (BOC) et la présentation.
- effectue l'admission dans Diamm
- valide l'admission dans « Gestion du Patient »
- récupére et vérifie la carte de groupe sanguin

- récupére le passeport RAAC et le laisse dans le dotsier violet.
- fait revêtir une chemise propre à la patiente
- venfie le port des bas de contention
- pose des bracelets d'identification selon la procédure de vérification de l'identité de la patiente
- prépare avec la patiente le « trousseau Soins Continus » (patiente et bébé)
- revolt avec la patiente les options souhaitées pour la CésarZen (check-l'ist CésarZen) et transmettra la check-list à l'équipe du bloc (IBODE).
- donne la prémédication par Cimétidine 400mg dans un fond d'eau 30 minutes avant l'intervention Pour rappel : boisson claire autorisée et encouragée jusqu'à 2 heures avant l'intervention (jus de pomme, tisane sucrée)

La patiente attend en salle Zen ou dans sa chambre de maternité jusqu'à ce que l'IBODE signale qu'elle peut être accueillie au bloc opératoire.

B. PEROPERATOIRE

Prise en charge de la patiente après son arrivée au bloc opératoire : L'équipe de SDN (SF/AS/AP) ou du service de maternité accompagne la patiente à pied au bloc opératoire avec l'accompagnant, e qui sera habillé, e en tenue de bloc et attendra en salle de naissance. La patiente sera prise en charge selon le protocole CésarZen (© GO-00356).

a. Protocole d'anesthésie peropératoire (retou summaire)

- Rachlanesthésie: Marcaine hyperbare 8 à 10 mg, Sufentanil 2.5µg; Morphine 100 µg
- Analgésie péridurale : Morphine 2 mg en cas de césarienne en cours de travail
- Co-remplissage: 500 ml cristalloïdes, surfout pendant les 5 à 10 premières minutes au début de la rachianesthésie (respecter le principe de restriction des perfusions)
- Vasopresseurs : utilisation précoce après rachianesthésie, monitorage TA / 1min jusqu'au clampage du cordon : Prévention de l'hypotension induite par la rachianesthèsie selon le protocole du
- Antibioprophylaxie: Cefazoline 2g avant l'incision (4g si IMC >35)
 - en cas d'allergie : Clindamycine 900mg avant l'incision (1200 mg si IMC>35).
- En fin d'intervention : infiltration sous aponévrotique de Ropivacaine 75 mg/10mL soit 20mL.

b. Nausees-Vomissements (intour terminary)

- Prévention des Namees-Vomissements au bloc opératoire : Dropéridol 0,625mg IV + Dexaméthasone 8mg IV systématiques en cours de césarienne
 - Mesures habituelles de prévention de l'hypotension
 - Mesures habituelles de compensation du jeune

c. <u>Utérotoniques</u> petous sommure!)

Au bloc opératoire :

- Ocytocine 5 UI/10minutes puls 20 UI/2h
- Pas de bénéfice démontré dans la littérature sur l'utilisation du Pabal.

THE RESIDENCE OF THE PROPERTY	je obstotrkym fertil	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	GO 001157
GO-Césarienne RAAC : pris	e en charge p ratoire	ré-, per- et post-	Version : 1.
Apprinted par : Prof. F. CONUNCE IN 18/12/2020			Date d'appoination : 04/02/2025
Section of application : TPOLE Service 6540	■ Service 1560	Service 9580	

d. Drainage/fermeture (retour sommalme)

L'utilisation des redons doit rester exceptionnelle et motivée par une complication chirurgicale ou un trouble de la crase documenté.

La fermeture cutanée par des fils résorbables doit être privilégiée pour le confort et l'allégement de la prise en charge post opératoire.

e. Sonde vésicale intour sommer ()

Une sonde à demeure est posée en début d'intervention.

Elle est retirée à la fin du geste chirurgical, avant la sortie de salle d'intervention

SAUF : hémorragie, plaie vésicale, nécessité d'une surveillance rapprochée de la diurèse...

C. POSTOPERATOIRE

a. Admission en unité de Soins Continus (USC) (retexe sommare !)

EN CAS DE COMPLICATION :

Si complication post anesthésique, l'IDE appelle le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) qui a fait l'anesthèsie, sinon le MAR de garde (poste 53525)

5i complication obstétricale, l'IDE appelle l'interne d'obstétrique (tableau de sarde) ou le chef d'obstétrique (poste 54794)

Installation de la patiente, après vérification de son identité

Transmission grale par l'IADE, l'IBODE ou le MAR accompagnant la patiente :

- Pathologie et précautions
- ATCD medico-chirurgicium
- Type de césarlenne
- Incident peroperatoire (chirurgical ou anesthesique)
- Vérification des bas de contention
- Vérification des prescriptions médicales

1. SURVEILLANCE (retour sommuire)

- · Constantes physiologique :
 - Tracé ECG, pulsations, température
 Oxymétrie, fréquence respiratoire

 - > TA/ 15 min
- État de conscience, coloration
- . Site opératoire : pansement, involution utérine, lochies
- Redon le cas échéant.
- · Perfusion : débit, perméabilité
- 51 rachianesthésie : surveillance du bloc moteur et sensitif.
- Si cathéter péridural : Ablation du cathéter péridural en sortie du bloc opératoire

2. PERFUSION (retuur communes!)

Poursuite de l'Ocytocine en perfusion jusqu'à 20 UI (2 heures), puis arrêt.

- . H2 : Obturation du cathéter veineux à la fin de la perfusion d'ocytocine
 - En l'absence de vomissements
 - En cas de saignements physiologiques et d'une tonicité utérine satisfaisante.
- H4 : Ablation du cathéter veineux périphérique :
 - En l'absence de complication maternelle pendant l'intervention
 - En l'absence de difficulté de perfusion.

Plie de gynécologie abstatrique fortilita	50-00IIIP
GO-Césarienne RAAC : prise en charge pré-, per- et post- opératoire	Wersen 13
Approved part Frot. F. DERUGUE IN 18/12/2020	Date d'approximan : 04/62/2021
Section d'application : POLE Service 6540 Service 9560 Service 9580	

1. ANALGESIE (retnur antenamel)

Evaluation de la Douteur

- EVA/1h (réglette EVA)
 Composité Comportement douloureux et appreciation verbale

Traitement donné en autogestion contrôlé les 48 premières heures suivant la césarienne :

SYSTEMATIQUE:

- 1. Paracetamol PO 1g x 4/24h systematique
 2. Kétoproféne LP PO 100mg x 2/24h systématique sauf contre-indication.
- 3. Acupan 20mg dans un Jus d'orange ou en sous lingual sur un sucre 4 à 6 fois/24h, systématique sauf contre-indication ou intolérance

SEEVANA:

Actiskenan 10 mg 4/24h si EVA 24 malgré 1, 2, 3

4. NAUSEES-VOWISSEMENTS crytour sommane ()

Ondamétron 4mg en IV associé à l'administration d'Acupan IV systématique. Puis, si besoin, Ondansetron 4mg x 3/24h maxi

NB : La reprise précoce de l'alimentation prévient la survenue des nausées-vantissements postopératoires en favorisant la reprise du transit.

5. SONDE VESICALE (***tuur austritaire f)

Surveillance de la reprise d'une miction apontanée et de l'absence de globe selon le protocole : GO-00185 Dépistage rétention urinaire dans le post-partum ou en chirurgle gynécologique

NB : La patiente doit avoir repris une bonne miction spontanée ou avoir bénéficié d'un bladder scan avec prise en charge adaptée (selon protocole GO-00185), avant sa sortie d'USC (H6 après ablation de la sonde à demesire).

6. REALIMENTATION (resour commune f)

- HZ:
 - Belssons:

Boissons libres (liquides clairs)

Chewing-gum :

Possibilité de mâcher pour faciliter la reprise du transit

- - Alimentation:

Repas leger (yaourt, compute, pain, biscottes, soupe)

Repas normal ensuite.

NB : il n'y a pas lieu d'attendre la reprise du transit pour reprendre l'alimentation

7. PREVENTION DES COMPLICATIONS THROMBOEMBOLIQUES (retour command)

- Premier lever des H4
- Port de bas de contention systèmatique
- Prescription initiale des HBPM basée sur les facteurs de risques selon les recommandations CNGOF 2015. (ET, protocole à venir - Prévention de la maladie thromboembolique veineuse en post opératoire d'une césavienne non compliquée »)
- A réévaluer en cas de complications secondaires du post-partum (infection, prééclampsie, hémorragie...)

			nioge-otstatrique-fertill		60-00317
H G	O-Césarie	nne RAAC : p	rise en charge pr pératoire	ré-, per- et post	Werson: 1
Approved par : Prof. 7	DEPURLE H	18/12/2020	8		Date of application (D4/02/2021
Section d'application	: Draw	☐ 5enoce 6540	Service 1560	☐ 5ennce 9580	

B. NOUVEAU-NE (retour tommaire!)

En fin d'intervention, le bébé bénéficie des premiers soins et d'un penu à peau avec le papa en saile de naissance.

Il doit ensuite être rapproché de la maman dés son arrivée à l'USC.

- Tramfèré par la 5F ou AP/AS de salle de naissance (SDN)
- Vérification de l'état clinique : température, coloration cutanée, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tonicité... (feuille de surveillance à compléter)
- Mise au sein (1^{th*} mise au sein par AP de 5DN), biberon et surveillance, si besoin des dextros.

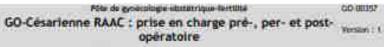
b. En Unité mère enfant (UME), après H6

1. TRANSFERT (retour sommire !)

Départ : l'AS ou IDE de l'USC

- vérifie auprès du personnel du secteur d'accuell la disponibilité de la chambre et organise les modalités de transfert avec le secteur concerné (heure, par le kiné (CMCO) ou le personnel du service)
- Information du kiné du transfert possible à pied.
 Si absence du kiné, le personnet de l'UME assure le transfert à pied, en chane, ou en lit (lit de l'UME) si contre-indication.
- > rassemble le dossier muman et nouveau-né dûment remplis
- Transmissions grates faites par téléphone par l'IDE
- Vérifie l'identité de la patiente avec le bracelet d'identification, place le nom ou l'étiquette vierge sur la porte
- Vérification du dossier, des antécédents et particularités
- Vérifie le Rhésos de la mère

Põte de gyootologie situtatrique fortilité



Approprie par : Prof. F. DERLEGUE IN 18/12/2000

Date (Euppointable) | 04/02/2025

Section d'application : ☐ FULL ☐ Service 6540 ■ Service 9560 ☐ Service 9580

2. SURVEILLANCE DE LA PATIENTE EN UNITE MERE-ENFANT (UME)

	JO à partir de Hó	31	JZ	1344+
ETAT GENERAL CONSTANTES TI TA T' EVA BNYOLUTION	Surveillance /4h	3X/j	2X/)	1X/]
LOCHES		A PARTICIPATION OF THE PARTICI		
PANSEMENT / CICATRICE		Ablation sous la douche Détersion à la Bétadine Scrub® Cicatrice à l'air titles	Détertion sous à la Bétadine Cicatrice à l'	e Scrub®
AUCTION	GO-00185 Depistage i	a reprise des mictions sportunées étention urinaire dans le post-partum hirurgie gyopcologique aveillance des SFU	BU + surveillance des des signes functionnels larinaires (SFU)	Surveillance des des SFU
CONTENTION		Port recommande pendant t	semines	N .
TAAJTEMEST	Arraignues en autogest autont la césarienne se RAAC Césarienne De HZ à H48 : 1. Paracetamo 2. Ketoproféro sauf contre-ind 3. Acupan Tim linguis sur un a contre-indicati	nédicuments à l'hôpital - sun contrôlès les 48 primitères heures fon le protocole médical péri opératoire I PO 1g x 4/24b <u>systématique</u> LP PO 100mg s 2/24b <u>systématique</u>	Autogration des antalgisselon le protocole med RAAL Cesarrenne De H48 à H72 : 1. Paracétamoi PO 1 systematique 2. Ketoprofène LP Positionatique 1. Acupen 20mg dam en sous timpusi sur un si EVA a4 maluré 1 e 4. Actiskenan 10 mg maigné 1 2 3 1	g x 4/24h O 100mg x 2/24h I un jux d'orange ou I sucre 4 à 6x/24h
		- En cas de Rhesus negatif : verification du Rhesus du nouveau né et selon injection de Rhophylacti GO-00039 Prévention de l'alle- immunisation foeto-maternelle Rho chez une femme RhO negatif - En cas de sevrage : en forction du puillait de la patient, prescription de Cabergolines (0,5mg x2cp en une prise unique)	Barra M.	
MUNICIPATION	Tik-mi	Minimum 2x/1	Régulti	TE.
SOINS D'WYGHENE	Si besoin toilette vulvaire - toilette au (avabo	Douche go tillette volvare + tillette au lavabo	Douche	Douche
ALIMENTATION .	CASE DESCRIPTION OF STREET AND DESCRIPTION OF STREET	urres / Repai leger H4 / puis repai dormi	MUNE :	
DIVERS	FO-0075-4 Réalimentarion postoperatoire Remise à la patiente du journal de bord + explications		-Bilan NP5 (si risque d'anèmie) et plaquettes -Education à l'auto lojection de Lovenox ©	Examen de sartie (1)

En parallèle de la surveillance spécifique de la césarienne, effectuer :

- Surveillance et examen clinique quotidiens de l'accouchée.
- Surveillance quotidienne du nouveau né (soins et alimentation)
- Soutien et accompagnement à la parentalité

(1) Examen de sortie :

- Par le médecin (ou la sage femme qui avance la sortie en cas de césarienne non compliquée et prescriptions médicales établies par le médecin).
- Transmissions à la sage-femme libérale +/- PRADO
- Carnet de santé complété (courbe de poids, date du Guthrie si fait, OEA)
- En cas de sortie précoce laisser un cartan test de Guthrie en pouponnière (avec nom prénam de la SF libérale et téléphone) et remplir un deuxième à danner dans le carnet de santé complété à la patiente pour le prélèvement par la SF libérale.
- Informer de la prise de rendez-vous en post natal
- Prescription des voccins de la rubéale et de la coqueluche si nécessaire (+1-grippe)
- Liaison psychosociale à faire si besoin
- Plaquettes d'Information et consells de sortie

Modifications deputs to version precedente ; Emission vistale					
Restigii par	C. ZUND, J. KERLEN, S. BEL, V. FAITOF	in 10/12/2020			
Valide par	N. ELMER-HARRIG, C. TAVERNER, S. BEL., V. FAITOT, O. GARBIN, S. HOESSLER, V. THEIET	in 15/12/2020			
Minimum Committees on column	C PETTOSCHAUTT T VICAGORDIN	in 28/01/2024			

ANNEXE V : Check-list césarienne programmée

Г		cologie abstatrique	-	GO-00161		
14	GO-Check-list césa Appel téléphonique de la patier	arienne program	mee :	Version : 2		
М	la veille de la césarienne jou le v	nte et vermontion du endredi pour les césa	riennes du lundi)	341		
	ouve par : Dr S. BEL. (e 27/11/2019	□ Service 9560	□ Service 9580	Pate d'application	11/05/12	2019
2601	nur d'application POLE Service 6540	Eliperatice apen	Service 9560			
	Etiquette de la patiente	Nom:				
	90 54	Prenom:				
		Fonction :				
		de l'appelant				
			Date :	/ /20		
	Appel de la veille			- Init		
					OUI	NON
1	Rappel de la date et heure de convocation p	our la césarienne	390 0000	0 V		
2	Rappel des règles de jeune préopératoire					
_	boissons) si traitement à prendre, le prendre		COLD TO STUDY DO STORY - TOO			
3	Rappel sur la douche préopératoire de la ve	ille (au savon doux «	shampoing + bro	ssage des dents)		
4	Rappel sur la douche préopératoire à faire à pas de shampooing et brossage des dents)	domicile le matin d	e l'intervention (au savon doux,		
5	Informations concernant la dépilation					
6	Ongles courts, pas de vernis ni de faux ongl	ies				
7	Pas de maquillage					
8	Penser à ramener les lunettes pour les porte	euses de lentilles de	contact			
9	Bilan préopératoire fait ? ou rappel du bilan du lundi Si patiente Rh négatif : faire le bilan sur le	was emensional error voewi	word and you continued to			
-	Documents à ramener le jour de la césarien				\vdash	-
10	pièce d'identité, livret de famille, reconnai	ssance anticipée, do	ssier médical per	sonnel)		
11	Se munir de son traitement personnel habiti	uel + ordonnance(s)	correspondante(s)		
12	Bas de compression					
13	Rappel de venir sans bijoux, objets de vales	ır ou argent liquide				
14	Eventuelles questions et commentaires :					
	2) Vérification du dossier médical					
	The Control of the Control			1	OUI	NON
1	DIAMM vérifié					
2	Présence de la consultation d'anesthésie					
3	Pour HTP					
	Dossier revu par l'anesthésiste Nom de l'anesthésiste :					
4	Commentaires :			-		Ø
	The state of the s					
3	3) Vérification du bilan					
					OUI	NON
	ultats papiers dans le dossier		27.36.2			
I I To I To a	ultats dans DIAMM (via Apicrypt ou scannes) o	u dans le serveur de	resultats			
	n à récupérer à l'admission					17
DEG	e et heure du bilan (RAI) :					

☐ Patiente non joignable :

Message laissé de rappeler l'accuet urgence gynéco-obstétrique ce jour au Hautepierre 03.88.12.83.11 / CMCD : 03.69.55.34.34.

☐ Fiche remplie le matin·même de l'admission

Pôle de gynécologie-obstetrique

GO-00161

GO-Check-list césarienne programmée : Appel téléphonique de la patiente et vérification du dossier médical

la veille de la césarienne (ou le vendredi pour les césariennes du lundi) Approuve per : Dr. 5. BEL. le: 27/11/2019

Date of application: 05/12/2019

Version: 2

Section of application:

Dosaier of anesthesie

DIVERS

o autres

exclus).

Brossage des dents

Dépliation : la Tandeuse

Attence d'effets personnels

· Localisation:

Premedication

patiente (à laisser en SDN)

DONNEES SOIGNANTES

Retrait des booux, piercing Retruit des prothèses :

POLE.

Patiente à jeun (6h alimentation, 2h boissons, pas de tabac)

Vérification de l'identité de la patiente + pose de bracelet

1 (CMCO) ou 2 (HTP) planches d'étiquettes du séjour en cours

DOMNÉES ADMINISTRATIVES ET MEDICALES

Autorisation d'intervention (mineur et tutelle) Carte de groupe sanguin avec 2 déterminations Bilan sangum avec RAt < 72 heures + NFS +Crase

Dossier radiologique (si non numérice) +/- ECG

HTP: Reconnaissance anticipée et/ou livret de famille

o auditives o dentaires o lentifles de contact o lunettes

Douche complète avec shampoing la veille (savos dous)

Prise de traitement personnel à dumicile.

Port d'une chemise propre + chariotte

Pose de bandes ou de has de compression

Douche préopératoire avec savon doux mono dose le matin (cheveux

o Creme

Vole veineuse périphérique en place + soluté d'entretien n°

o Basage

Vernis absent ou retiré, Absence de faux ongles

Vérimients bébé + couverture bébé

□ 5mv/ce 6540

LOGO

Service 9560

Date de la césarienne : ... Fiche à joindre ou dossier d'anesthésie et archivage dans le dossier patient. Osi Nom/Fonction du soignant Non requis Non Dossier médical + documents spécifiques à la grosseise apportenant à la

ANNEXE VI : CésarZen : Check-list

			Pôle de gynéc	cologie obstetrique		GO-00292
1	NAME OF THE PARTY		GO - CésarZ	en : Check-lis	ii.	Version : 1
20 minths	par Dr S. BEL In	14/11/2019				Oute d'application : 05/12/2019
Secteur d'	application : [POLE	∭Service t5#I	Service 9560	[*] Sendor 9580	
				de la patiente por r césarienne program		coractéristiques de la césarienne
	1	tiquette f	atiente	Date	de la consultation :	
				Faite	par (Nom/Fonction)	
				Sign	iture :	
8	Information 1	aite sor la Non 🔲	possibilité de prise	d'un jus clair jusqu	'à 2h avant l'Interver	etion :
*	Information (Out	aite sur la Non 🔲	něcessítě d'ětre à	jeun pour le solide (Sh avant ("interventio	0.1
LES ELE	MENTS SOUH	ITES POL	IR L'INTERVENTIO	ON SERONT RESPI	CTES DANS LA ME	SURE DU POSSIBLE :
*	le servi		ire à pied depuis : ernité loe			
*	Fond musical Oul	Souhaité : Non 🔲				
*	Présence d'ur Out Non		gnant : agnée par !	WWW	W-111-11-11	
*	Avec le	r pour aide souffleur souffleur				
*	Abaissement o	lu champ o	opératoire à la nais	sance avec t'avai du	chirurgien :	
8	L'accompagn Out	ant e sout Non 🔲	aite couper le cord	on après désinfectio	n des mains et port d	le gants stériles
A		ongé mama Non □	n /bébé en salle d'	intervention :		
		Non 🔲	ant.e /bëbë en sall	e de nassance :		
2	Tétée de bie Oui	Non				
×	Alimentation Selo Biberon		u-në :			
100	Observations	ži.				

Modifications deputs la ven Emission initiale	tion précédente :	
Rédigé par Validé par Homologation qualité	C. ZUND H.EUMER HAERRIG, C.MICHEL, C.TAYERNIER C. PETERSCHWITT - T. VIGNERON	le 03/06/2019 le 06/06/2019 le 28/11/2019

ANNEXE VII : Questionnaire portant sur le vécu psycho-émotionnel du programme « CésarZen » ajouté en fin de « journal de bord »

Avant votre sortie : au sujet de ma cesarZEN

And the state of t	and the second s	prises de décision : « J' décisions me concernan	al pu exprimer mon avis et »
□ tout à fait d'accord	☐ plutôt d'accord	plutôt en désaccord	D pas du tout d'accord
2) Soutien psycholog par l'équipe »	ique par l'équipe : «	x Je me suis sentie soute	enue émotionnellement
☐ tout à fait d'accord	☐ plutôt d'accord	plutôt en désaccord	pas du tout d'accord
3) Accouchement rêv je m'étais imaginé »	ré : « les premiers i	nstants avec mon bébé	correspondent à ce que
tout à fait d'accord	plutôt d'accord	☐ plutôt en désaccord	☐ pas du tout d'accord
	mme cesarZEN, j'a		nnes avant la CesarZEN sarienne que ma (mes) D pas dutout d'accord
5) Satisfaction global les évènements se so		« je suis globalement sa	stisfaite de la façon dont
☐ tout à fait d'accord	□ plutôt d'accord	plutôt en désaccord	☐ pas du tout d'accord
Remarques :			

ANNEXE VIII : Fiche d'enregistrement de l'étude

ref 21-008

Fiche de registre

Rédigée par : DPO

Description du traitement							
Nom / sigle	Evaluation du bénéfice psycho-émotionnel du programme de récupérat						
No. Chief	césarlenne programmée - Mémoire de fin d'études de sage-femme - O. Geiser						
	fiche : 20/01/2021 traitement : février et avril 2021						
Date de mise à jour fiche	Unte de mise à jour fiche						
Bases légales du traitement (licéité art. 6) Complénants d'information éventuels	Bases legales du tratament (licelie 17-6) Mission d'intérêt public du RT						
Exceptions (art. q.2)	9.2] Archives, recherche scientifique ou historique, statistiques						
Acteurs	Num Adresse CP	Ville Pays Tel-					
Responsable do traitement							
Service mediant on constr Sons-traiting	Maternité du CMCO (service mère-enfant, Pr. Philippe Deruelle, sage-fe	mme cadre: Mine Elmer-Haerrig)					
Hébergeur							
Delégné à la protection des données							
Responsable(s) conjecut(s)	P						
Finalité(s) du traitement effectué		and the second second					
Finalité	Evaluer les bénéfices du programme cosarzon et identifier les facteurs c	pil améliorent le vecu d'une cesarienne					
Mesures de sécurité	Mesures de sécurité techniques et organisationnelles / informations co	mplémentaires					
Description	Conformité aux règles de securité applicables que bases de données pau gérées par	e CRIF (note 1881)					
Un PAS a t-il ete réalise ?	Non applicable Dute: -						
Catégories de données personnelles	Thursdotton	Délai d'effacement					
concernées		AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF					
Etat civil, identité, données d'identification,	Nom, prinom	10/2021 (soutenance prévue en 09/2021)					
lmages_							
Vic professionnelle	2(m						
Vie personnelle (habitudes de vie, situation	Voir ought "données"	10/2021 (soutenance prévue en 09/2021)					
Smithitle, etc.)		A 6 50					
Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation	Non						
(revenue, attention framewer, attention focule, etc.)							
Données de connexion (adresse IP, lugs, etc.)	Non:						
Données de localisation (déplocements,	Non						
dannées GPS, GSM, etc.)							
Données sensibles	Description	Délai d'effacement					
Dounces révélant l'origine ruciale on ethnique	Mou						
0	101-						
Données résélant les opinions politiques	Soll						
Redigên pur: DPO	Fiche de registre ref 21-008						
Donoces revélant les convictions religionses	MARCH STREET						
on philosophiques							
Données révélant l'apportenance syndicale	Non						
Dannies génétiques	Non						
Données biométriques que fins d'identifier	Note						
une personne physique de numière unique							
Données concernant la santé	Virie onglet "dannéss"	to; 2021 (matemativ: prévie en 09/2021)					
Dannées concernant la vie sexuelle ou Porientation sexuelle	N04						
Données relatives à des condamnations	Non:						
pénales ou infractions							
Numéro d'identification national unique	Non						
(NIR pour la France)							
Sources des données traitées	Description						
	Diamm (dossier patient + fiches RAAC/Courzen) + journaux de bords mac/cosarse	m + questionnaire supplémentaire ajonté à la fin des journaiss					
	de bords jupiers						
Catégories de personnes concernées	Description						
	Ferances ayant bénéficié d'une résarienns programmée et participant au programm	e cesaraen entre le ser soût 2020 et svril 2021 (date de fin à voir					
	en fonction du nombre de rendua), 50 patientes concernées						
Dispute des necessarios	Description						
	Accis, tectification, opposition						
Auprès de qui des druits peuvent-ils être	Aupois de l'égripe de sours						
extreës?	an-						
Destinataires		Remarques					
Destinataires	la sugr-femme dédiée à Service interne qui traite les données	# · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	ersamen, sages-femmes						
	du service, chef de service.						
	du service, chef de service, Dr. Zilliax						

RÉSUMÉ:

Introduction: Les données de la littérature suggèrent que les accouchements par césarienne sont moins bien vécus par les couples que les accouchements par voie basse. Le CMCO a ainsi instauré un programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie associé à un projet de naissance personnalisé nommé « CésarZen » visant à améliorer le vécu des femmes accouchant par césarienne programmée. Notre objectif principal était d'évaluer les bénéfices psychoémotionnels de ce programme sur le vécu des césariennes. Notre objectif secondaire était d'identifier les facteurs améliorant ce vécu.

<u>Méthodologie</u>: Nous avons mené une étude prospective observationnelle unicentrique au sein de la maternité du CMCO en extrayant des données informatiques des patientes concernées et grâce à la diffusion d'un questionnaire pour les femmes dont l'accouchement était réalisé par césarienne programmée et bénéficiant du programme.

<u>Résultats</u>: Parmi les 42 réponses obtenues, 97,9% des femmes étaient satisfaites par la prise en charge globale et 90,3% des femmes concernées par une césarienne antérieure avaient un meilleur vécu grâce au programme. Les facteurs favorisant l'amélioration du vécu étaient la participation active des couples, un accompagnement spécifique par l'équipe soignante pour tendre vers une naissance plus physiologique et moins chirurgicale via le projet de naissance. Toutefois des améliorations sont à envisager sur la mise en place du peau à peau et de la tétée de bienvenue au sein du bloc opératoire.

<u>Conclusion</u>: Le programme « CésarZen »/RAAC satisfait les couples, contribuerait au meilleur vécu des césariennes programmées et devrait ainsi être étendu à d'autres maternités.

<u>Mots-clés</u>: Cesarean Section « césarienne », Program Evaluation, « évaluation d'un programme », Expressed Emotion « émotion exprimée », « période de récupération post-anesthésique », « mobilisation précoce »