



HAL
open science

La césarienne est aussi une naissance. Peut-on humaniser la césarienne ? Enquête d'opinion des professionnels à la maternité du CHU de Rouen

Alice Morandi

► To cite this version:

Alice Morandi. La césarienne est aussi une naissance. Peut-on humaniser la césarienne ? Enquête d'opinion des professionnels à la maternité du CHU de Rouen. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00903615

HAL Id: dumas-00903615

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00903615>

Submitted on 12 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

LA CESARIENNE EST AUSSI UNE NAISSANCE

**Peut-on humaniser la césarienne ?
Enquête d'opinion des professionnels
à la maternité du CHU de Rouen**

Mémoire présenté par
Mademoiselle Alice MORANDI
Née le 06 mars 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2013

Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont aidée et soutenue à la réalisation de ce mémoire :

Monsieur le Professeur Marpeau, mon directeur de mémoire, pour ses précieux conseils, sa générosité, sa réactivité et son intérêt porté au sujet,

Madame Hebert, ma guidante, pour ses conseils, son encadrement et sa grande disponibilité,

Madame Egal, pour ses recherches et son aide,

Tous les professionnels qui ont bien voulu répondre à mon enquête,

Ma famille, pour son soutien, et tout particulièrement ma mère pour le temps qu'elle m'a consacré, ses conseils avisés et ses encouragements,

Germain, pour sa compréhension, son aide et sa présence,

Claire, Camille et Justine pour leur soutien tout au long de mes études, les bons moments passés ensemble et ceux à venir,

Nanou, pour m'avoir donné l'envie d'exercer ce métier.

MERCI

Sommaire

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	
1. La césarienne aujourd’hui	2
1.1 Epidémiologie	2
1.2 La naissance par césarienne vécue par la mère	3
1.2.1 La naissance : une expérience	3
1.2.2 La césarienne sur demande maternelle	5
1.3 La naissance par césarienne vécue par l’enfant.....	7
1.3.1 Relation avec le monde extérieur	7
1.3.2 Relation avec sa mère.....	8
1.4 La naissance par césarienne vécue par le père	11
1.4.1 Le per opératoire	11
1.4.2 Le post-opératoire immédiat	12
2. La voix des usagers	13
2.1 Les associations	13
2.2 La réglementation : un désir constant d’améliorer la qualité de prise en charge	15
3. Sur le terrain, au bloc opératoire	17
3.1 Une prise en charge pluriprofessionnelle	17
3.2 Environnement et contraintes	18
3.2.1 La sécurité.....	18
3.2.2 L’architecture et l’hygiène.....	19
ENQUETE	
1.Objectifs	22
2.Méthodologie	22
2.1 Modalités de l’enquête	22
2.2 Structure du questionnaire	24

RESULTATS

1.Profil de la population	26
2.Les pratiques professionnelles au bloc opératoire	27
3.L'évolution des pratiques professionnelles hors du bloc opératoire	32
DISCUSSION.....	38
CONCLUSION	53

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Introduction

La naissance constitue un moment unique dans la vie d'un couple. Dès les premières heures, des interactions privilégiées ont lieu entre les parents et l'enfant, ce qui favorise l'établissement du lien et l'accueil de l'enfant réel.

En France, la naissance par césarienne concerne de plus en plus de femmes. Pour un bon nombre d'entre elles, une observation est récurrente : le regret partagé par la mère et par le père, de ne pas avoir été réunis pendant et après la césarienne, pour vivre pleinement la naissance.

La sage-femme accompagne la naissance par césarienne. Afin d'apporter aux familles une meilleure prise en charge, elle a également l'obligation réglementaire et déontologique, de faire évoluer les pratiques professionnelles.

Confronté quelquefois à un vécu peu satisfaisant, la question d'une modification de la procédure peut se poser au bloc opératoire, quand la césarienne est programmée et lors du post-opératoire immédiat, s'il est sans complication, pour permettre la réunion de la triade père-mère-enfant.

Dans ce travail, nous avons choisi de recueillir les avis des professionnels, sur des pratiques peu ou non effectuées, à la maternité du CHU de Rouen. Afin de guider notre raisonnement, nous avons émis l'hypothèse suivante :

« Au bloc opératoire et lors du post-partum immédiat, le processus organisationnel d'une césarienne peut être amélioré »

Après un rappel des données théoriques concernant le vécu de la naissance par césarienne, la participation active des usagers dans leurs parcours de soins et les contraintes de fonctionnement au bloc opératoire, nous présenterons les résultats de notre étude visant les choix des professionnels à la maternité du CHU de Rouen. Puis nous discuterons ces résultats et réfléchirons aux aménagements possibles, afin de concilier au mieux les désirs des patientes et ceux des professionnels.

Revue de la littérature

1. La césarienne aujourd'hui

1.1 Epidémiologie

Le but premier de la médecine obstétricale est de faire naître l'enfant dans les meilleures conditions possibles, afin de favoriser le bien-être de la mère et celui de son enfant.

La césarienne est une intervention, qui consiste à pratiquer l'ouverture de la paroi abdominale et celle de l'utérus gravide, afin d'en extraire le fœtus vivant. L'OMS préconise un taux de césariennes à environ 15%(54). Cependant, il existe des variations selon les pays et les régions géographiques. Egalement, d'autres facteurs importants interviennent, comme le statut des établissements, qu'ils soient publics ou privés, et le niveau de la maternité.

En France, en 1991 ce taux était de 14%, puis a atteint 18% en 2001(35). Il se stabilise aujourd'hui à 21%(22).

La césarienne semble devenir un acte banalisé pour le grand public, qui connaît mal ses conséquences sur la mortalité et la morbidité maternelles. La tendance est de considérer ce mode d'accouchement comme étant plus sûr pour la femme et pour le nouveau-né. Cependant, comparativement à la voie basse, la césarienne majore la morbidité maternelle et périnatale et augmente, par un facteur 3.3, la mortalité maternelle. Ces risques se renforcent lors d'une césarienne en cours de travail(6). La mortalité se caractérise essentiellement par des embolies pulmonaires, des hémorragies... Du fait de la couverture antibiotique, systématique en cas de césarienne, le taux de décès par sepsis, équivaut à ceux des accouchements voie basse(10). Egalement, les suites opératoires demeurent plus lourdes. L'autonomie des patientes s'effectue plus tardivement, induisant une durée d'hospitalisation plus longue.

Sur le plan économique, le surcoût de l'accouchement par césarienne, par rapport à la voie basse, varie entre 2 et 3 fois(22).

Pour Barrat et all(12), l'augmentation des césariennes se justifie en partie, par une meilleure connaissance de l'hypoxie fœtale lors du travail, par une stagnation de la

dilatation, souvent associée à un trouble du rythme cardiaque fœtal. Ils notent également, l'accroissement des césariennes itératives, en lien avec l'augmentation du nombre des utérus cicatriciels.

La césarienne représente une naissance particulière, parfois désirée, mais parfois redoutée. Un bon nombre de césariennes est inévitable, voire indispensable, mais comment cette pratique de naissance est-elle vécue ?

1.2 La naissance par césarienne vécue par la mère

Donner naissance, constitue pour la femme, un événement psychique et physique important. La naissance d'un enfant est un moment unique dans la vie. Si pour certaines femmes, la césarienne pose peu de problème d'acceptation, pour d'autres cette naissance peut être plus difficile à vivre. En effet, ne pas pouvoir donner naissance naturellement, peut se révéler fortement déstabilisant, dans l'intégration du rôle de mère et même dans la reconnaissance de sa féminité.

1.2.1 La naissance : une expérience

Le passé psycho-affectif de la femme, mais aussi la relation, qu'elle entretient avec son corps sexué, peuvent avoir une influence sur le vécu de la naissance. Chertok(1), affirme que la maternité apparaît comme une crise intégrative : si elle doit permettre une assomption du rôle maternel, dans la réalité des relations mère-enfant, elle implique aussi la reviviscence des conflits structurants, qui ont jalonné l'histoire de la mère. Parfois, lors d'une césarienne, la mère ressent de la frustration et éprouve la sensation, d'avoir été privée d'un moment unique. Elle culpabilise de ne pas donner naissance par les voies naturelles. Certaines se définissent comme incompetentes, voire diminuées, dans leur capacité à être mères et l'estime d'elles-mêmes peut en être ébranlée. Les témoignages en ce sens, de femmes césarisées, sont nombreux et forts « *Je n'ai pas sorti mon enfant, on me l'a enlevé de mon ventre, on m'a volé mon accouchement* »(41). Ces sentiments varient suivant, l'expérience personnelle de la mère, son degré de confiance en elle et l'image, qu'elle se représente de la maternité. Odent(8), dans ses recherches en santé primale, démontre que la césarienne peut avoir des conséquences sur la personnalité, notamment provoquer une « *altération de*

la capacité d'aimer ». Ainsi, l'une des conséquences directes de la césarienne, serait de perturber l'établissement de la relation mère-enfant, et ceci dès la naissance.

La naissance d'un enfant ne doit pas rester une expérience difficile et ne doit pas compromettre l'instauration de la relation mère-enfant, aussi la pratique de certains gestes peut optimiser ce moment.

D'après Dubernard et Distriquin(16), le contact avec la réalité, en cas de césarienne, serait moins décevant, si l'information était donnée durant la grossesse. Il est donc indispensable, que l'équipe médicale puisse amener les parents à réfléchir, sur un éventuel recours à la césarienne, pendant les consultations prénatales ou lors de la préparation à la naissance et à la parentalité.

Par ailleurs, trois types d'anesthésie sont possibles: la rachianesthésie, l'anesthésie péridurale ou l'anesthésie générale. Que la césarienne soit programmée ou non, c'est l'anesthésie locorégionale qui est la plus fréquemment utilisée(24). L'anesthésie locorégionale maintient la conscience de la mère pendant l'intervention, ainsi la naissance est réellement vécue. Ceci implique un accompagnement des parents et du nouveau-né, par la parole mais également par l'attitude.

Pour Halfon(20), le vécu désigne la construction mentale par la femme d'une situation donnée. Ceci représente à la fois un mélange de réalités objectives, de fantasmes, d'affectif et d'interprétation. A la naissance, la qualité de rencontre avec l'enfant réel est capitale. Elle conditionne le cheminement psychique des parents, qui pourront alors faire le deuil de l'enfant imaginaire et de l'enfant fantastique. Lors d'une césarienne, hors contexte d'urgence vitale pour le nouveau-né ou la mère, il est important de prendre le temps de présenter l'enfant à sa mère au bloc opératoire, sinon elle ne peut véritablement attester de la fin de la grossesse et de son nouveau statut de mère.

D'après l'étude effectuée sur le vécu de la césarienne par l'association Césarine(41), sur 7947 femmes césarisées, hors contexte d'urgence vitale pour le nouveau-né, 82.18 % des femmes ayant répondu au questionnaire, auraient vu leur enfant pour la première fois au bloc opératoire, mais seulement 38.66 % auraient eu un contact réel avec leur enfant.

Si la césarienne se déroule sous anesthésie générale, l'inconscience de la patiente est un obstacle à la rencontre mère-enfant(24).

Egalement, à la fin de l'intervention au bloc opératoire et si l'enfant n'est plus aux côtés de sa mère, les professionnels de santé se doivent de communiquer avec la patiente(33). En effet, il reste important d'expliquer à la mère avec qui et où se trouve son nouveau-né, lui donner des informations sur son état de santé et sur les soins qui lui sont prodigués.

Si l'établissement du lien mère-enfant n'a pu s'appliquer dans les premières minutes de vie, il reste primordial de favoriser cette relation lors du post-partum immédiat, soit dans les deux heures suivant l'intervention.

Pour Halfon(20), lors d'une naissance par césarienne, le vécu du post-partum immédiat, est noté plus négatif que lors d'un d'accouchement voie basse.

Il semble important de réunir la triade père-mère-enfant lors du post partum immédiat. D'une part, cela permet un premier contact peu de temps après la naissance. D'autre part, il est démontré que l'enfant est plus réceptif dans les deux heures qui suivent la naissance, aussi est-il plus apte à la communication. Pour Odent(8), la présence de l'enfant auprès de sa mère, lors de cette période, permet non seulement de faciliter l'établissement du lien mère-enfant mais également optimise l'instauration de l'allaitement maternel.

L'information, la valorisation du rôle de la mère, le premier contact précoce puis répété pendant les premières heures qui suivent la naissance, apparaissent comme des éléments primordiaux pour favoriser le vécu positif de la césarienne. Cependant, il est important de préciser que certaines femmes acceptent très bien la naissance par césarienne et parfois même la réclament.

1.2.2 La césarienne sur demande maternelle

Certaines femmes sollicitent expressément une césarienne. Le taux de césariennes dites de « convenance », reste difficile à évaluer, car la plupart des hôpitaux n'enregistrent pas la notion de "demande maternelle" dans leurs dossiers.

De plus, les études sont controversées : aux Etats-Unis, une conférence sur la césarienne sur demande maternelle, en a recensé 4 à 18% et à l'inverse, pour l'étude Listening to Mothers, l'estimation est de 0.06% (étude menée auprès de 1574 mères en 2006)(41).

Une naissance par césarienne peut néanmoins être demandée avec insistance par convictions sociales, familiales ou personnelles, sans pour autant être réalisée, le médecin refusant de donner son accord. Il existe plusieurs raisons à cette demande. Pour Liliane Maury Pasquier(50), présidente de la Fédération suisse des sages-femmes, de plus en plus de femmes souhaiteraient avoir recours à la césarienne car elles la considèrent comme rassurante. De plus, l'acte se planifie ce qui permet de s'organiser. Des femmes ayant vécu un accouchement difficile ne veulent pas le revivre(50). D'autres pensent que l'accouchement voie basse va détériorer leurs parties génitales, induire des troubles sexuels, des incontinences urinaires ou anales, ou encore que la douleur sera moindre lors d'une césarienne(50).

D'après MacLennan et all(23), la césarienne effectuée en cours de travail ou après plusieurs grossesses (même si les accouchements sont tous effectués par césarienne), ne réduit pas le risque d'incontinence. Il semble donc, que la répétition des grossesses élimine le bénéfice de la césarienne, pour protéger le périnée.

De plus, il est reconnu qu'à court terme, la césarienne comporte plus de risques que la voie basse. Certaines femmes pensent, qu'une naissance par césarienne protège leur enfant. Cependant, diverses études(28) prouvent que la césarienne perturbe la survenue de modifications physiologiques, permettant l'adaptation cardiorespiratoire normale du nouveau-né. Une césarienne à terme ou proche du terme (en particulier avant travail) est un facteur de risque de survenue de détresse respiratoire du nouveau-né. Morrison(28), dans une étude basée sur 33 289 nouveau-nés de terme supérieur ou égal à trente sept semaines d'aménorrhée, retrouve deux fois plus de détresse respiratoire du nouveau-né, en cas de césarienne pendant le travail versus voie basse, et six fois plus de risques en cas de césarienne programmée versus voie basse.

La demande de césarienne est aussi plus fréquente actuellement, car les patientes souhaitent être davantage intégrées dans les décisions médicales(33). L'évolution actuelle de la relation médecin-patient s'engage vers un processus d'échanges, où la patiente devient un acteur essentiel du choix, après avoir reçu les informations de l'obstétricien.

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (58), l'acceptation d'une césarienne de convenance personnelle devrait avoir été précédée, outre le devoir d'information, d'un effort de compréhension de la demande, puis d'orientation du choix, voire de persuasion. Il s'agit le plus souvent de l'expression d'un certain nombre de croyances et de peurs.

Il est indiscutable que la décision éclairée diminue significativement la fréquence des interventions chirurgicales mal étayées(41). C'est pourquoi il existe une fiche d'informations sur la césarienne programmée(58). De plus, d'après le CNGOF, si les échanges entre le médecin et le patient, n'aboutissent pas à une "décision partagée", il reste possible pour le médecin de faire état de la "clause de conscience" et d'orienter la patiente vers un de ses confrères(58).

1.3 La naissance par césarienne vécue par l'enfant

1.3.1 Relation avec le monde extérieur

A la naissance, l'enfant change totalement de milieu. C'est une rupture entre le monde aquatique, homogène, serein et le monde aérien, bruyant, lumineux et frais.

Au bloc opératoire, les conditions d'accueil du nouveau-né ne sont pas favorables: lumières puissantes, température fraîche, séparation souvent directe. Les sensations corporelles, cutanées et auditives, importantes pour le bien être de l'enfant, sont modifiées par rapport à un accouchement voie basse. Le nouveau-né a davantage besoin d'être rassuré au sein du bloc opératoire.

Pour Maurer(7), la séparation mère-enfant est un traumatisme pour le nouveau-né. A la naissance, l'enfant a des besoins fondamentaux, qui doivent être respectés : contacts physiques, sentir l'odeur corporelle de la mère, être au chaud, se nourrir, être bien contenu... La sage-femme doit, dans la mesure du possible, créer une atmosphère agréable pour l'enfant, afin de limiter le traumatisme.

Si l'enfant présente des difficultés d'adaptation à sa naissance, les mesures médicales pour lui venir en aide sont évidemment précieuses et essentielles. Dans le cas contraire, l'enfant peut ne pas être emporté tout de suite.

D'après Dolto(49), le nouveau-né, dès les premières minutes de vie, baigne déjà dans le langage et comprend lorsqu'on s'adresse à lui. Les professionnels doivent encourager la relation précoce mère-enfant et expliquer aux parents qu'il est bon de parler à leur enfant. S'il y a impossibilité de réunir l'enfant et ses parents, le personnel soignant doit verbaliser à l'enfant les raisons de leur absence, lui expliquer ce qu'on lui fait et pourquoi, afin de l'aider à surmonter la douleur des examens régulièrement pratiqués à la naissance.

1.3.2 Relation avec sa mère

Lorsque la mère et l'enfant sont séparés à la naissance, il se crée une séparation physique. L'enfant ne fait plus partie intégrante du corps de sa mère. Ceci engendre des remaniements physiques et psychiques importants.

D'après Pilliot(26), c'est la mère qui va instaurer une continuité entre les deux mondes. Un pic important de catécholamines, consécutif à la naissance, dont l'effet dure environ deux heures, met le nouveau-né dans un état d'éveil actif, qui lui permet de créer des liens avec son entourage. Ces deux heures suivant la naissance, constituent une période clé dans l'attachement du nouveau-né à sa mère et à son père. Tous les sens du nouveau-né sont en éveil, c'est le moment propice à l'apprentissage et à la mémorisation. Le nouveau-né est naturellement attiré par les visages, et plus particulièrement par le regard. Au moment de la naissance, l'essentiel se produit, le regard « fondateur » et « parentalisant », que Pilliot nomme le protoregard.

De plus, l'enfant est capable de reconnaître les sons, comme les voix de sa mère ou de son père, ceux entendus in-utéro(27). Lui permettre de les entendre, favorise son apaisement.

De nombreuses études démontrent, que le peau à peau, favorise l'attachement de la mère et de son enfant.

D'une part, le peau à peau précoce et prolongé, augmente la sécrétion d'ocytocine chez la mère, ce qui induit une meilleure rétraction utérine, favorise l'attachement de la dyade mère-enfant et accroît la réussite de l'allaitement maternel.

D'autre part, le peau à peau permet une meilleure adaptation à la vie extra-utérine, facilite la thermorégulation du nouveau-né et stabilise les glycémies néonatales(21). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (56), les soins essentiels au nouveau-né doivent être effectués après une période de contact prolongé avec sa mère. Ces recommandations concernent les femmes ayant mis au monde un enfant sain né à terme. D'après l'International Liaison Committee on Resuscitation 2005, le nouveau-né est « sain » lorsqu'il est à terme, que le liquide amniotique est resté clair, que le nouveau-né respire ou crie et qu'il a un bon tonus(15).

Pour certains auteurs(21), la césarienne ne constitue pas, en elle-même, une contre-indication au peau à peau, mais sa réalisation reste souvent difficile dans la pratique. Pour pallier le problème, des équipes proposent la réalisation du peau à peau avec le père(21).

Par ailleurs, des accidents de type arrêts cardio-respiratoires ont été décrits dans les deux heures qui suivent la naissance, chez des nouveau-nés à terme, présumés sains en peau à peau. Une surveillance récurrente du dégagement des voies aériennes supérieures est nécessaire afin d'éviter le phénomène de confinement, facteur de risque de la mort subite du nouveau-né(21). Une des réticences majeures, à la pratique du peau à peau, réside dans la crainte d'un refroidissement de l'enfant. Or, de nombreuses études s'accordent pour dire que le maintien de la température est excellent lorsque les nouveau-nés sont en peau à peau. Une seule réserve a été émise

chez les enfants inférieurs à vingt huit semaines d'aménorrhée (SA), au cours de la première semaine de vie(15).

Egalement, pour certaines mères, le désir d'allaiter et de faire une mise au sein précoce, s'avèrent des actes essentiels. Selon Odent(8), les comportements de la mère et de l'enfant sont influencés par de nombreuses hormones impliquées dans le travail et l'accouchement. Ces hormones jouent un rôle dans l'interaction mère-enfant et dans l'initiation de la lactation. Le taux de béta-endorphines s'élèvent pendant l'accouchement voie basse et stimulent la sécrétion de prolactine, elle même responsable de la lactation. Une femme, qui donne naissance par césarienne, aurait plus de difficultés pour la mise au sein et aurait davantage besoin d'aide et d'accompagnement.

Lors du post-partum immédiat, il est donc important que l'enfant soit placé dans de bonnes conditions. Il peut ainsi téter efficacement. Le séparer de sa mère, à ce moment, perturbe son comportement et sa succion(43).

Il est donc essentiel, si l'état de santé de l'enfant et de la mère le permettent, de pratiquer un accueil « physiologique », même si la naissance se fait par césarienne. Il convient de favoriser l'échange de regard et le premier contact précoce mère-enfant. Si possible, il faut initier et surveiller le peau à peau, pour faciliter l'adaptation extra-utérine et la rétraction utérine.

Aussi, après une césarienne, il est important de procéder à une tétée précoce et donc d'éviter la séparation mère-enfant, ce qui favorise l'allaitement maternel. Par ailleurs, lors d'une naissance par césarienne, le père est également présent, l'inclure dans le processus de la naissance est tout aussi important.

1.4 La naissance par césarienne vécue par le père

1.4.1 Le per opératoire

La présence du père en salle de naissance est certes admise et reconnue de nos jours, mais elle ne va pas de soi pour tous les pères.

La naissance par césarienne se pratique au bloc opératoire, et dans la majorité des cas, la présence du père n'est pas admise. Selon Le Camu(4) la présence du père au bloc opératoire n'est pas souhaitable car une césarienne reste principalement une intervention chirurgicale.

Pour le père, désireux d'assister à la césarienne, être écarté de la naissance, peut être vécu comme une frustration. L'attente étant chargée émotionnellement, il craint pour la vie de sa femme et celle de son futur enfant. Il va se retrouver seul dans un moment unique(40). D'après Cloatre(36), 73,6% des hommes présents au bloc opératoire ont le sentiment de participer à la naissance, contre 7,1% des pères qui restent en salle de naissance.

Pour Fonty(2), la médicalisation de la naissance amoindrirait l'angoisse du père. Il aurait en effet, le sentiment que la césarienne requiert davantage de maîtrise par rapport à une naissance voie basse. Frydman(3), souligne que la présence du père au bloc opératoire est un soutien moral essentiel pour la femme. Sa présence est rassurante, lui permet de surmonter son angoisse et d'accepter le geste médical. Le père prend plaisir à accueillir son enfant dans les premières minutes de sa vie. Le vécu de la naissance à deux, reste ainsi inscrit dans la mémoire du couple. Le sentiment d'être inutile, voire non intégré dans le processus de la naissance, est amoindri.

S'agissant des principes de qualité, certaines patientes ont des désirs bien spécifiques réservés à la naissance de leur enfant. La qualité de prise en charge est directement corrélée au vécu de chaque patient(11).

1.4.2. Le post-opératoire immédiat

Après la césarienne, la mère est en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) pendant un temps minimum de deux heures(6). Si cette salle est commune à toutes les interventions gynécologiques et obstétricales, le père et le nouveau-né n'y accèdent pas. Le père est avec son enfant, en salle de naissance. Ceci lui permet de vivre les premiers instants privilégiés et favorise la création du lien.

Généralement, le père assiste aux premiers soins, pesée et examen clinique du nouveau-né. Certaines mères éprouvent un sentiment de frustration d'avoir été écartées de ces moments symboliques(41).

Pour Billot(35), le père, témoin de ces examens, les transmettra à sa compagne. Il reste un témoin capital et représente pour la mère, le garant de ces instants. Il saura, à tout moment, lui restituer avec émotion. Cependant, le désir de vivre ce moment à trois, reste important. Le fait de voir l'enfant nu et d'apprécier toutes ses capacités, permet aux parents d'avoir une première rencontre avec leur enfant, de pouvoir poser toutes leurs questions et d'être rassurés(36).

Pendant le post partum immédiat, le peau à peau est souvent proposé au père, compte tenu de l'absence de la mère. Le père peut alors s'impliquer, et prendre le relais de la mère, momentanément indisponible. Le père se sent investi et utile dans les soins et le bien-être de son enfant(40). Dans ce schéma, la mère reste seule, au minimum les deux premières heures, qui suivent la naissance. La mère et l'enfant sont donc privés d'une relation précoce, parfois si désirée.

La séparation de la triade à la naissance et dans le post-opératoire immédiat, a donc diverses incidences sur l'instauration du lien mère-père-enfant, sur le développement de l'enfant, sur la mise en route de l'allaitement maternel et sur le bien-être psychique de la mère. Par conséquent, il s'avère nécessaire de tout mettre en œuvre, dans la mesure des possibilités et dans le respect de la législation, pour que la naissance demeure un moment unique.

Aussi, les attentes et les droits des usagers, le rôle de chaque professionnel, les contraintes législatives et architecturales, doivent être considérés.

2. La voix des usagers

S'agissant de la naissance, les désirs parentaux sont exigeants. Actuellement, les associations d'usagers se multiplient. Il est indispensable de connaître et de prendre en compte les aspirations de ces associations, afin de pouvoir améliorer la qualité de prise en charge.

2.1. Les associations

En 2005, un groupe de mères confrontées à la naissance par césarienne, a créé l'association Césarine. Cette structure accueille et rassemble des bénévoles et des professionnels de santé. C'est un espace d'échange, de soutien et d'information des parents. Ainsi, Césarine s'adresse à tous les parents ou futurs parents, usagers du système de santé périnatal, qui sont ou pourraient être confrontés à la césarienne. Le but est d'apporter une information claire, documentée et objective, des témoignages, et de proposer un soutien de mère à mère. Elle s'adresse également aux professionnels de santé en formation ou en activité, ainsi qu'aux réseaux et associations de périnatalité et de parentalité. Les objectifs sont d'alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur les taux de césariennes en augmentation, d'humaniser la pratique des césariennes, de permettre une meilleure compréhension de la césarienne et de l'accouchement vaginal après césarienne(41).

Depuis 2009, l'association a mis en ligne un questionnaire sur le vécu du déroulement des césariennes. Actuellement, d'après 7947 réponses, 59.52% ont déclaré avoir mal, voire très mal vécu psychologiquement la naissance et souhaitent une prise en charge améliorée(41).

Par ailleurs, le CIANE (Collectif Interassociatif autour de la naissance), est constitué d'associations françaises tels que : « la Leche league », « Bien naître en Normandie », « La cause des parents » etc. Concerné par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie, il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé(42).

Le CIANE a pour ambition de faire ressortir les attentes, les demandes et les droits des couples et d'améliorer les conditions de la naissance en France. Il vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité.

Le CIANE considère le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilisation comme des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'amélioration du système de soins. Il est présent sur le plan national et aussi régional dans différentes instances comme la Commission Nationale de la Naissance et la Haute Autorité de la Santé(42).

Un questionnaire est également en ligne pour permettre d'améliorer l'information sur les lieux d'accouchement et permettre au CIANE de mieux représenter toutes les femmes. Cette enquête porte sur le respect des souhaits et du vécu de l'accouchement, en référence à la loi Kouchner. Ce questionnaire concernait les femmes qui ont accouché par voie basse ou par césarienne en cours de travail. L'enquête, réalisée à partir de 5640 réponses, révèle que le pourcentage de femmes formulant des souhaits sur le déroulement de leur accouchement, augmente régulièrement (36% en 2005 et 57% en 2011). Parmi les femmes qui ont formulé des souhaits, 63% d'entre elles estiment que l'équipe a fait de son mieux pour les respecter. Ceci met donc en évidence la préoccupation des professionnels de santé à effectuer une prise en charge de qualité(11).

Le CIANE est également constitué d'une association d'usagers de la périnatalité, l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (l'AFAR). Cette association favorise l'accès à l'information des personnes, leur permettant d'effectuer leurs choix en matière d'accouchement et d'accueil du nouveau-né, et fait en sorte que ces choix soient respectés et appliqués, y compris les actions en justice.

Il existe bien d'autres associations, qui ont également toute leur importance. Informés et soutenus, les usagers deviennent plus exigeants quant à leur prise en charge, leurs droits ayant évolué avec les nouvelles réglementations.

2.2 La réglementation : un désir constant d'améliorer la qualité de prise en charge

Suivre une démarche de qualité est une priorité devenue constante dans notre société. La Haute Autorité de Santé (HAS) a été créée par la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, pour renforcer la qualité en santé, afin d'assurer à tous les patients, un accès équitable à des soins efficaces et de qualité.

Selon la HAS(56), la qualité des services délivrés doit correspondre à la qualité attendue. Ceci est valable pour la prise en charge des césariennes, mode de naissance fréquent.

La voix des usagers est de plus en plus considérée dans notre société. Les droits des patients ont considérablement progressé au cours de la dernière décennie. La loi du 4 mars 2002, dite «Loi Kouchner»(33), relative aux droits des malades, à la qualité du système de santé et au droit fondamental à la protection de la santé, a pour but de répondre aux attentes des patients, d'améliorer leurs droits et de redéfinir le rôle essentiel des professionnels de santé.

Ainsi, par cette loi, Kouchner, a permis aux usagers de mieux être entendus et compris, de participer pleinement aux choix qu'impliquent leur état de santé. Cette loi a donc révolutionné les rapports entre les patients et les professionnels de santé.

En instaurant une « démocratie sanitaire » centrée sur le patient, celui-ci devient le principal acteur de son parcours de soins. Ceci s'applique à la prise en charge des naissances. Les patientes exigent une réelle qualité des soins et souhaitent des prises en charge personnalisées. La satisfaction du patient peut être directement corrélée à sa sensation d'être impliqué dans les décisions médicales. Aussi, est-il

important de prendre en compte les désirs des patientes et d'essayer d'améliorer la prise en charge des césariennes.

La loi du 4 mars 2002, reconnaît un droit général pour toute personne, d'être informée sur son état de santé par les professionnels. L'information délivrée est destinée, à éclairer la personne sur son état de santé et l'aider à prendre les décisions concernant sa santé, en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt. Cette information doit être claire, hiérarchisée et compréhensible(33).

Pour la césarienne, comme tous actes chirurgicaux, la balance bénéfice-risque doit être expliquée dans ses moindres détails(58).

Plus récemment, l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) (34), a introduit dans le code de la santé publique, la notion de développement professionnel continu. Celui-ci a pour objectifs, l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins(47).

D'après l'article L4133-1 du code de la santé publique, les professionnels de santé, ont obligation de formation professionnelle continue. Ils ont donc obligation réglementaire et déontologique d'effectuer des soins de qualités(34).

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 a introduit la certification au sein du système de santé français. La certification est une procédure d'évaluation externe et indépendante de l'établissement de santé. Elle permet d'évaluer son fonctionnement global et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Tous les quatre ans, des professionnels de santé mandatés par la HAS, réalisent les visites de certification(56).

Le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 a instauré la création, dans chaque établissement de santé public ou privé, d'une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Cette commission permet d'associer les représentants des usagers, au fonctionnement des établissements de santé. La CRUQPC a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de

faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients, en associant les représentants des usagers. Elle doit permettre des modalités de règlement des litiges centrés sur le dialogue avec les usagers. Transmis aux agences régionales en santé (ARS), les rapports des CRUQPC permettent à celles-ci d'avoir une vision globale du respect des droits des patients et de la qualité des soins des établissements de santé dans leur région(46).

En ce qui concerne les césariennes, la CRUQPC reçoit diverses réclamations de patientes. Ceci permet à chaque établissement de prendre en compte les remarques positives comme négatives et d'ajuster leur prise en charge. Divers constats ont été faits et permettent, entre autres, de dire que la politique en faveur des usagers doit être davantage priorisée dans les établissements. L'accès à l'information et le respect des droits des usagers doivent encore être renforcés(46).

Le patient est désormais acteur dans le système de santé. Il existe diverses réglementations visant à améliorer la qualité de prise en charge. Les professionnels se doivent de faire évoluer les pratiques professionnelles, afin d'apporter une meilleure prise en charge. Ceci s'applique également au bloc opératoire.

3. Sur le terrain, au bloc opératoire

3.1 Une prise en charge pluri professionnelle

Lors d'une césarienne, plusieurs professionnels interviennent. La sage-femme accompagne le couple dès son arrivée dans les services de la maternité. Le chirurgien porte l'indication opératoire et l'anesthésiste est chargé de l'analgésie. Les infirmiers anesthésistes et aides-soignants font connaissance avec la patiente en salle préopératoire. Les infirmiers du bloc opératoire, rencontrent le plus souvent la patiente en salle d'opération. La prise en charge est donc pluridisciplinaire. Pour la patiente, souvent angoissée, il est important que chaque professionnel se présente, afin de lui apporter les repères nécessaires(13).

Le fonctionnement d'un bloc opératoire repose sur un phénomène multidimensionnel et génère des interactions entre les soignants. Il existe donc une double dynamique : celle du professionnel, qui utilise toutes ses connaissances et compétences pour soigner un patient, et celle en tant qu'individu propre, avec ses forces et ses faiblesses. L'organisation pluridisciplinaire permet de renforcer et d'enrichir les compétences additionnées de chaque membre. La force naît de la complémentarité des compétences et des métiers(17).

Aucun bloc ne fonctionne avec la seule présence de l'équipe chirurgicale ou anesthésique. Les équipes ainsi réunies peuvent mobiliser de nombreuses ressources individuelles et collectives pour être plus compétentes et créatives(17).

Concernant la naissance par césarienne, chaque professionnel joue un rôle précis dans les divers temps de l'acte chirurgical. Pour essayer d'améliorer la prise en charge, en lien avec la demande des usagers, il est nécessaire de concerter chaque professionnel. Ceux-ci doivent parfois faire des concessions, pour satisfaire au mieux les patientes(17).

Cependant, l'évolution des pratiques, l'augmentation de la technicité et la diminution de la durée de séjour, nécessitent une vigilance permanente pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire et diminuer la survenue d'évènements indésirables. C'est pourquoi il existe diverses contraintes strictes à respecter au sein d'un bloc opératoire.

3.2. Environnement et contraintes

3.2.1. La sécurité

Les contraintes du bloc opératoire sont très sévères, basées sur la sécurité du patient, l'efficacité des actes et la gestion des coûts(18). Les performances, sur les plans financier et organisationnel, restent des éléments importants, pour un établissement de santé.

L'optimisation des blocs opératoires, renforcée par la tarification à l'activité (T2A), a pour objectif d'accroître le nombre de patientes à opérer, dans les meilleures conditions de sécurité possible et à un niveau de qualité satisfaisant(39).

D'après Bazin(17), la qualité primordiale d'un bloc opératoire doit être basée sur le réconfort apporté lors de l'accueil, l'impression de sécurité et de professionnalisme, et sur la prise en charge de la douleur. En second, viennent l'absence de iatrogénie suivant la pathologie et l'urgence, et enfin le bien-être des professionnels.

Au bloc opératoire, la sécurité des patients est en lien avec la qualité du travail en équipe multi professionnelle. La HAS a créé une check-list, visant à améliorer le partage des informations et à réaliser une vérification croisée, de critères considérés comme essentiels avant, pendant et après toute intervention chirurgicale(56). La check-list permet de réduire la morbi-mortalité postopératoire de près de 30 %. La césarienne étant une intervention chirurgicale, cette check liste est donc appliquée au bloc opératoire. Les critères considérés indispensables sont vérifiés pour toutes les césariennes et le cas échéant, la décision prise en cas de non-conformité est tracée, afin de mettre en œuvre des améliorations spécifiques.

3.2.2. L'architecture et l'hygiène

Le bloc opératoire possède une architecture particulière par sa technicité, qui répond à un cahier des charges spécifique. Celui-ci allie sécurité, technicité, confort et fiabilité.

Un bloc opératoire comprend des salles d'opération, des salles de surveillance post-interventionnelles, des couloirs où circulent des flux importants de personnel, de patients, de matériel(18). Chacun exerce des fonctions et observe des règles bien précises.

Pour les césariennes en urgence, le temps est compté entre le moment où la décision d'effectuer la césarienne est prise et le moment où l'incision est pratiquée. Le

tout est soumis à des règles exigeantes d'hygiène et doit contenir un minimum de matériel technique fixé légalement(18).

La demande la plus fréquente des couples, est que le père puisse assister à la césarienne. L'architecture comme l'hygiène peuvent être des raisons de refus d'un établissement de santé.

D'après le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN), la césarienne multiplie par six le risque d'infection et celle réalisée en urgence génère plus d'infections nosocomiales que la césarienne programmée(57).

Au bloc opératoire, chacun se doit de limiter au maximum la circulation des particules et micro-organismes indésirables, à proximité ou au contact des plaies opératoires. La maîtrise de la contamination particulaire et biologique doit être performante. L'environnement (air, eau, surfaces) doit donc être maîtrisé. Ceci impose des contraintes d'habillement et de déplacement, avec des conséquences sur l'organisation des soins et le comportement des professionnels(14).

D'après Dubernard et Distriquin(16), le père est un soutien pour la mère, mais le bloc est régi par des règles d'asepsie, qu'il doit respecter. Il serait alors nécessaire de préparer le père, avant d'aller au bloc, acte plus facilement réalisable lors d'une césarienne programmée.

La tenue au bloc opératoire se compose d'une tunique avec des manches courtes et d'un pantalon. Aucune autre tenue n'y est admise. Les bijoux sont interdits, montre et alliance comprises. Des chaussures spécifiques doivent être mises dans l'enceinte du bloc. Après s'être habillé, le personnel revêt un masque chirurgical et une coiffe. Il pratique ensuite un lavage simple des mains(25). Un professionnel de santé doit donc accompagner le père, pour lui expliquer ces principes d'hygiène et lui fournir le matériel nécessaire.

Egalement, dans la salle d'opération, certaines zones sont dites stériles et ne doivent impérativement pas être touchées lors de l'intervention, par risque de le

contaminer(57). Le père doit avoir reçu cette information et être accompagné par un professionnel de santé en salle d'opération, afin de ne pas faire de faute d'hygiène.

Après l'intervention, la patiente est soumise à une surveillance constante et adaptée à son état, qui dure environ deux heures. Celle-ci doit être effectuée par un personnel compétent dans une salle de réveil adaptée à cet usage(55).

La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), sous la responsabilité du médecin anesthésiste, dispose de l'équipement nécessaire à la surveillance de l'opérée ainsi qu'au rétablissement et au maintien des fonctions vitales(55). Dans la mesure du possible, cette salle doit être à proximité du bloc opératoire, pour limiter la durée de transport du patient et permettre l'intervention rapide d'un médecin anesthésiste(29). Elle est régie par des règles strictes d'hygiène et un protocole des conditions de passage est élaboré(55).

Cette salle accueille tous les patients venant d'être opérés, notamment si ce bloc opératoire est dit général. Néanmoins, un des désirs des couples est d'être réunis, avec l'enfant, lors du post-opératoire immédiat. L'architecture de la salle, les mesures d'hygiène et la confidentialité, vis à vis des autres patientes, sont autant de raisons qui justifient l'absence du père et celle de l'enfant lors de cette période.

Ainsi, il existe diverses contraintes au bloc opératoire, qui sont à prendre en compte, pour tenter d'effectuer une prise en charge améliorée des césariennes.

Enquête

1. Objectifs

Parfois, la solitude ressentie au bloc opératoire et en salle de réveil, le peu de contact avec l'enfant et le manque d'information ternissent l'image sublimée de la naissance. Parallèlement, les pères peuvent se sentir dépossédés et ceci génère de l'inquiétude malgré toute l'attention et l'accompagnement du personnel hospitalier.

Pourquoi procédons-nous ainsi, quand la césarienne est programmée et le post-opératoire immédiat sans complication ?

Dans certaines maternités, la présence du père est admise au bloc opératoire et les premiers soins délivrés au nouveau-né peuvent être vus par la mère. Lors du post-opératoire immédiat la mère, le père et l'enfant se retrouvent, la première mise au sein et le peau à peau peuvent donc avoir lieu, comme pour une naissance par voie basse.

Nous pouvons nous interroger sur ces procédés divergents d'une maternité à l'autre. Au regard d'un vécu parfois peu satisfaisant des couples et, face au besoin permanent pour un établissement de santé, de proposer une démarche de qualité, il apparaît nécessaire d'améliorer la prise en charge de la naissance par césarienne et de faire évoluer les pratiques professionnelles.

Nous émettons l'hypothèse suivante : le processus organisationnel d'une césarienne peut être amélioré.

2. Méthodologie

2.1 Modalités de l'enquête

Nous avons choisi d'effectuer une étude prospective, par un questionnaire unicentrique, dans les services de gynécologie obstétrique de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.

Nous avons ciblé un seul établissement de santé, pour que les critères architecturaux, les protocoles internes de prise en charge et les degrés de pathologies

n'entrent pas en considération dans les résultats de notre étude. Les conclusions obtenues, seront spécifiques à la maternité du CHU de Rouen, qui correspond à un niveau 3.

Le taux annuel de césariennes était de 23.92% en 2011 et de 26.28% en 2012. Ce taux s'avère donc en augmentation. En 2012, 698 femmes ont été concernées par la naissance par césarienne. Ce chiffre représente un nombre important de patientes prises en charge dans ce contexte. Dans cet établissement, la salle de naissance et le bloc opératoire sont côte à côte. Les patientes césarisées sont en majorité surveillées dans la salle de surveillance post-interventionnelle. Cette salle et les salles opératoires restent communes à l'obstétrique et à la gynécologie.

Nous avons choisi de recueillir le point de vue des professionnels de santé sur les pratiques non effectuées majoritairement, voire non exploitées dans cette maternité. Le but étant, non pas de regarder si les pratiques professionnelles actuelles sont satisfaisantes, mais d'élaborer un état des lieux sur des pratiques, qui pourraient être modifiées et de voir, quels changements les professionnels seraient en mesure d'accepter.

Notre population regroupe tous les professionnels de santé (obstétriciens, anesthésistes, sages-femmes, IBODE, IADE, pédiatres...) qui, lors d'une césarienne, accompagnent de près ou de loin la mère, le père et l'enfant. Le questionnaire est identique pour tous les professionnels.

La distribution s'est faite dans les services de salle de naissance et au bloc opératoire. Les sages-femmes changent régulièrement de services. Aussi, afin de ne pas se limiter à l'avis des sages-femmes, présentes en salle de naissance, des questionnaires furent déposés dans les services de suites de couches et en consultations prénatales. Enfin, les questionnaires ont été remis régulièrement lors du staff post-garde, lieu de réunion des divers professionnels.

Le questionnaire a été diffusé du 10 septembre au 10 décembre 2012. Sur 120 questionnaires distribués, 102 ont été recueillis, soit un taux de réponses de 85%.

2.2 Structure du questionnaire

Le questionnaire (annexe I) est constitué majoritairement de questions fermées avec des réponses à choix multiples, mais aussi de questions ouvertes, afin de laisser libre cours à l'expression.

Le questionnaire se compose de 4 parties :

> **Le profil de la population** questions 1 à 4 :

- Sexe
- Profession
- Temps d'exercice depuis le diplôme
- Temps d'exercice à la maternité du CHU de Rouen

> **Les pratiques professionnelles au bloc opératoire** questions 5 à 12 :

- Baisse du champ opératoire
- Présentation de l'enfant dès sa naissance
- Peau à peau et mise au sein au bloc opératoire
- Examen clinique de l'enfant devant sa mère
- Examen clinique différé du nouveau-né
- Présence du père au sein du bloc opératoire.

> **Les pratiques professionnelles pendant le post-opératoire immédiat** questions 13 à 17 :

- Lieu idéal entre la salle de naissance et la salle de réveil (SSPI) pour :
 - Effectuer la surveillance post-interventionnelle d'une femme césarisée sous anesthésie locorégionale et sous anesthésie générale
 - Surveiller le globe utérin
 - Réunir la triade
 - Effectuer une mise au sein précoce
- Réunion de la triade lors de cette période
- Conditions de surveillance du globe utérin (seules les sages-femmes et IADE/IDE de salle de réveil ont été sollicitées pour répondre à cette question)

> **Concernant l'évolution des pratiques professionnelles** questions 18 à 20 :

▪ Avis des professionnels sur la demande des usagers concernant l'amélioration de la prise en charge

▪ Témoignages sur des pratiques différentes dans d'autres structures

▪ Changements à effectuer en priorité

Résultats

Les résultats ont été exploités à l'aide des logiciels EXCEL et STATA version 7.

1. Profil de la population

Sexe	N=102	Pourcentage (%)	
Féminin	73	71.57	
Masculin	29	28.43	
Profession	Professionnels présents (1)	Réponses n=102	(%)
Obstétricien	11	10	90.9
Anesthésiste (2)	7	6	85.71
Pédiatre	11	1	9.09
Sage-femme	69	47	68.11
Cadre	4	1	25
Puériculteur	6	4	66.67
IBODE	12	3	25
IADE	20	9	45
Aide-soignant	52	3	5.77
IDE (SSPI)	6	4	66.67
Etudiant : Interne	9	8	88.89
Externe	14	1	7.14
ESF	11	5	45.45
Temps d'exercice total	N=102	(%)	
[3mois-10ans[	61	59.81	
[10-20ans[	22	21.57	
[20-30ans[	12	11.76	
[30 et +[	7	6.86	
Temps d'exercice au CHU	N=102	(%)	
[3mois-10ans[	70	68.63	
[10-20ans[	22	21.57	
[20-30ans[	6	5.88	
[30 et +[	4	3.92	

(1) Professionnels présents au CHU de Rouen lors de la période de l'étude (chiffres récoltés grâce à l'aide de Mmes Egal, Dujardin et Riou)

(2) Réponses venant de 5 référents et 1 interne

2. Les pratiques professionnelles au bloc opératoire

Baisse du champ opératoire	N=102	(%)
Oui	66	64.71
Non	31	30.39
Non répondu	1	0.98
Non interprétable (1)	4	3.92
Avis des professionnels présents au bloc opératoire	Oui	(%)
Obstétriciens n=10	8	80
Anesthésistes n=6	4	66.67
Sages-femmes n=47	33	70.21
IBODE/IADE n=12	9	75
Les 66 professionnels favorables ont indiqué 139 sources (2)	Réponses	(%)
Facile à réaliser	37	56.06
Important de voir l'enfant naître	53	80.3
Ne perturbe pas le bon déroulement de l'opération	29	43.94
Si patiente le désire	16	24.24
Si chirurgien expérimenté	2	3.03
Non justifié	2	3.03
Les 31 professionnels défavorables ont indiqué 55 sources (2)	Réponses	(%)
Pour confort de travail	3	9.68
Mesures d'hygiène	13	41.93
Possibilité de présenter l'enfant autrement	26	83.87
Trop impressionnant	8	25.8
Fonction du contexte (3)	4	12.9
Non justifié	1	3.23

(1) Professionnels ayant répondu « oui » et « non » à la fois

(2) Plusieurs réponses étant possibles

(3) Plusieurs réponses ont été citées :

-défavorable si : césarienne en urgence, fœtus en siège, grande prématurité ou trouble sévère du rythme du cœur fœtal

-favorable si : césarienne programmée ou en urgence relative

Présentation de l'enfant à sa mère dès sa naissance	N=102	(%)
Oui	102	100
Peau à peau au bloc opératoire	N=102	(%)
Oui	50	49.02
Non	48	47.06
Non interprétable (1)	4	3.92
Les 50 professionnels favorables ont indiqué 88 sources (2)	Réponses	(%)
Meilleure relation mère-enfant	46	92
Meilleure adaptation à la vie extra-utérine	12	24
Facile à réaliser	18	36
Satisfaction de la mère	7	14
Meilleure température en peau à peau	1	2
Si courte durée	1	2
Si accord du personnel du bloc	1	2
Si sage-femme présente	2	4
Les 48 professionnels défavorables ont indiqué 80 sources (2)	Réponses	(%)
Charge de travail supplémentaire	3	2.08
Retarde l'examen clinique	6	12.5
Installation difficile	46	95.83
Risque de refroidissement de l'enfant	12	25
Difficultés pour la surveillance	5	10.42
Mesures d'hygiène	4	8.33
Risque de vomissement maternel	1	2.08
Gêne le travail	3	6.25

(1) Professionnels ayant répondu « oui » et « non » à la fois

(2) Plusieurs réponses étant possibles

Mise au sein au bloc opératoire	N=102	(%)
Oui	21	20.59
Non	81	79.41
Les 21 professionnels favorables ont indiqué 40 sources (2)	Réponses	(%)
Facile à réaliser	3	14.29
Meilleure relation mère-enfant	18	85.71
Favorise la mise en place de l'allaitement	18	85.71
Meilleur vécu de l'accouchement	1	4.76
Les 81 professionnels défavorables ont indiqué 116 sources (2)	Réponses	(%)
Charge de travail supplémentaire	5	6.17
Retarde l'examen clinique	5	6.17
Installation difficile	64	79.01
Risque de refroidissement de l'enfant	7	8.64
Mauvaises conditions pour allaiter	12	14.81
Non urgent	18	22.22
Gêne de travail	1	1.23
Nécessite une prise en charge particulière	4	4.94
Examen clinique du nouveau-né fait devant sa mère	N=102	(%)
Oui	63	61.76
Non	30	29.42
Non répondu	4	3.92
Non interprétable (1)	5	4.9
Les 63 professionnels favorables ont indiqué 63 sources (2)	N=102	(%)
Savoir ce que l'on fait à son enfant	18	28.57
Non justifié	45	71.43
Les 30 professionnels défavorables ont indiqué 30 sources (2)	Réponses	(%)
Difficile à réaliser au bloc	17	56.67
Nécessaire immédiatement	2	6.67
Favorise le stress parental	3	10
Mère pas en état	1	3.33
Pas vu en salle de naissance	1	3.33
Non justifié	6	20

(1) Professionnels ayant répondu « oui » et « non » à la fois

(2) Plusieurs réponses étant possibles

Différer l'examen clinique du nouveau-né	N=102	(%)
Oui	58	56.86
Non	32	31.37
Non répondu	11	10.79
Non interprétable (1)	1	0.98
Les 58 professionnels favorables ont indiqué 58 sources (2)	Réponses	(%)
Pas d'urgence à réaliser cet examen (3)	18	31.03
La mère peut accompagner les soins	4	6.9
Si la mère le souhaite	3	5.17
Si la mère est en état	2	3.45
Non justifié	31	53.45
Les 32 professionnels défavorables ont indiqué 32 sources (2)	Réponses	(%)
Outil de dépistage précoce	15	46.87
Possible de le réitérer	5	15.62
Gestion des papiers administratifs	1	3.12
Non justifié	11	34.37
Présence du père au bloc opératoire	N=102	(%)
Oui	62	60.78
Non	35	34.31
Non interprétable (1)	5	4.9
Les 62 professionnels favorables ont indiqué 128 sources (2)	Réponses	(%)
Meilleur vécu	56	90.32
Meilleur accueil de l'enfant	21	33.87
Moins de stress parental	39	62.9
Inclus le père à la naissance	1	1.61
Si césarienne programmée ou urgence modérée	5	8.06
Si demande du père	3	4.84
Si le père a été préparé	1	1.61
Non justifié	2	3.2

(1) Professionnels ayant répondu « oui » et « non » à la fois

(2) Plusieurs réponses étant possibles

(3) Les professionnels ont précisé que l'examen du nouveau-né complet peut être fait à 2 heures de vie si l'enfant se porte bien

Les 35 professionnels défavorables ont indiqué 98 sources (2)	Réponses	(%)
Problème d'hygiène	22	62.86
Inconfort de travail	21	60
Charge de travail supplémentaire	14	40
Problème de place	19	54.29
Traumatisme possible pour le père	19	54.29
Problème de confidentialité vis à vis des autres patientes	1	2.86
Obstacle à la formation des internes	1	2.86
Non justifié	1	2.86
Avis des professionnels présents au bloc opératoire	Oui	(%)
Obstétriciens n=10	6	60
Anesthésistes n=6	1	16.67
Sages-femmes n=47	32	68.08
IBODE/IADE n=12	4	33.33
Parmi les anesthésistes et IADE/IBODE défavorables, soit 13 professionnels, 39 sources sont indiquées (2)	Réponses	(%)
Inconfort de travail	8	61.54
Problème de place	11	84.61
Problème d'hygiène	7	53.85
Traumatisme possible pour le père	7	53.85
Travail supplémentaire	6	46.15
Aide pour habiller le père effectuée par : 123 sources ont été indiquées (2)	Réponses	(%)
La sage-femme	40	39.21
L'aide soignant	53	51.96
L'IBODE	9	8.82
L'IADE	2	1.96
Celui qui a le temps	9	8.82
Non répondu	10	9.8

(2) Plusieurs réponses étant possibles

3. L'évolution des pratiques professionnelles hors du bloc opératoire

Lieu idéal pour : Effectuer la surveillance post-interventionnelle d'une femme césarisée sous anesthésie LOCOREGIONALE		
	N=102	(%)
Salle de réveil	16	15.69
Salle de naissance	76	74.51
Non répondu	3	2.94
Non interprétable (1)	7	6.86
Profession exercée par les 16 professionnels préférant la salle de réveil (SDR)		
	SDR	%
Sages-femmes n=47	11	23.40
IDE de SSPI n=4	1	25
Etudiants SF n=5	2	40
Puériculteurs n=4	2	50
Lieu idéal pour : Effectuer la surveillance post-interventionnelle d'une femme césarisée sous anesthésie GENERALE		
	N=102	(%)
Salle de réveil	98	96.08
Salle de naissance	1	0.98
Non répondu	2	1.96
Non interprétable (1)	1	0.98
Lieu idéal pour : Effectuer la surveillance par la sage-femme du globe utérin tous les quarts d'heure		
	N=102	(%)
Salle de réveil	7	6.86
Salle de naissance	79	77.45
Non répondu	3	2.94
Non interprétable (1)	13	12.75
Avis des sages-femmes		
	N=47	(%)
Salle de réveil	5	10.64
Salle de naissance	37	78.72
Non répondu	1	2.13
Non interprétable (1)	4	8.51
Lieu idéal pour : Présence des parents lors de l'examen clinique de l'enfant		
	N=102	(%)
Salle de naissance	99	97.06
Non répondu	3	2.94

(1) Professionnels ayant répondu « oui » et « non » à la fois

Lieu idéal pour : La réunion de la triade père-mère-enfant	N=102	(%)
Salle de réveil	1	0.98
Salle de naissance	95	93.14
Non répondu	3	2.94
Non interprétable (1)	3	2.94
Lieu idéal pour : Effectuer une mise au sein précoce	N=102	(%)
Salle de réveil	5	4.9
Salle de naissance	83	81.37
Non répondu	2	1.96
Non interprétable (1)	12	11.77
Réunion de la triade (père-mère-enfant) lors du post-partum immédiat	N=102	(%)
Oui	100	98.04
Non	1	0.98
Non répondu	1	0.98
Les 100 professionnels favorables ont indiqué 100 sources (2)	Réponses	(%)
Meilleur vécu	43	43
Fonction du contexte clinique	3	3
Si place en salle de naissance	3	3
Si professionnel présent	2	2
Non justifié	49	49
Le professionnel défavorable a indiqué 1 source	Réponses	(%)
Moment fait pour se reposer	1	100
Si la salle de réveil est VIDE : présence de l'enfant aux cotés de sa mère	N=102	(%)
Oui	92	90.2
Non	7	6.86
Non interprétable (1)	3	2.94
Les 92 professionnels favorables ont indiqué 166 sources (2)	Réponses	(%)
Meilleure relation mère-enfant	82	89.13
Facile à réaliser	50	54.35
Si examen clinique fait	2	2.17
Si surveillance	11	11.96
Meilleure adaptation à la vie extra utérine	14	15.22
Meilleur vécu	5	5.43
Non justifié	2	2.17

(1) Professionnels ayant répondu « oui » et « non » à la fois

(2) Plusieurs réponses étant possibles

Les 7 professionnels défavorables ont indiqué 11 sources (2)	Réponses	(%)
Charge de travail supplémentaire	5	71.43
Installation difficile	3	42.86
Pas la fonction de la salle de réveil	1	14.28
Equipe de salle de réveil non formée	1	14.28
Non justifié	1	14.28
Si la salle de réveil est VIDE : présence du père aux cotés de sa compagne		
	N=102	(%)
Oui	90	88.24
Non	12	11.76
Les 90 professionnels favorables ont indiqué 149 sources (2)	Réponses	(%)
Meilleure relation père-enfant aux cotés de la mère	66	73.33
Moins d'inquiétude paternelle	72	80
Père est un soutien pour la mère	4	4.44
Meilleur vécu	1	1.11
Père fait le peau à peau tout en étant avec sa femme	1	1.11
Non justifié	5	5.55
Les 12 professionnels défavorables ont indiqué 15 sources (2)	Réponses	(%)
Charge de travail supplémentaire	3	25
Problème d'hygiène	8	66.67
Pas la fonction de la salle de réveil	2	16.67
Fatigue maternelle	1	8.33
Non justifié	1	8.33

(2)Plusieurs réponses étant possibles

Pour la question concernant l'organisation actuelle vis à vis de la surveillance du globe utérin, seules les sages-femmes (SF), les infirmiers(ères) de salle de réveil (IDE) ou infirmiers(ères) anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) étaient invités à répondre.

Parmi les 47 sages-femmes de notre étude, **plusieurs réponses étant possibles** :

-63.83% (30 sages-femmes) pensent que la surveillance du globe utérin n'est pas facile à effectuer. Parmi elles 76.67% effectuent cette surveillance en collaboration avec une IDE ou IADE et pour 60.86% d'entre elles, ce mode de fonctionnement ne leur convient pas.

Parmi les 13 IDE de salle de réveil et IADE de notre étude, **plusieurs réponses étant possibles** :

53.85% pensent que la surveillance du globe utérin est facile à réaliser toutes les 15 minutes.

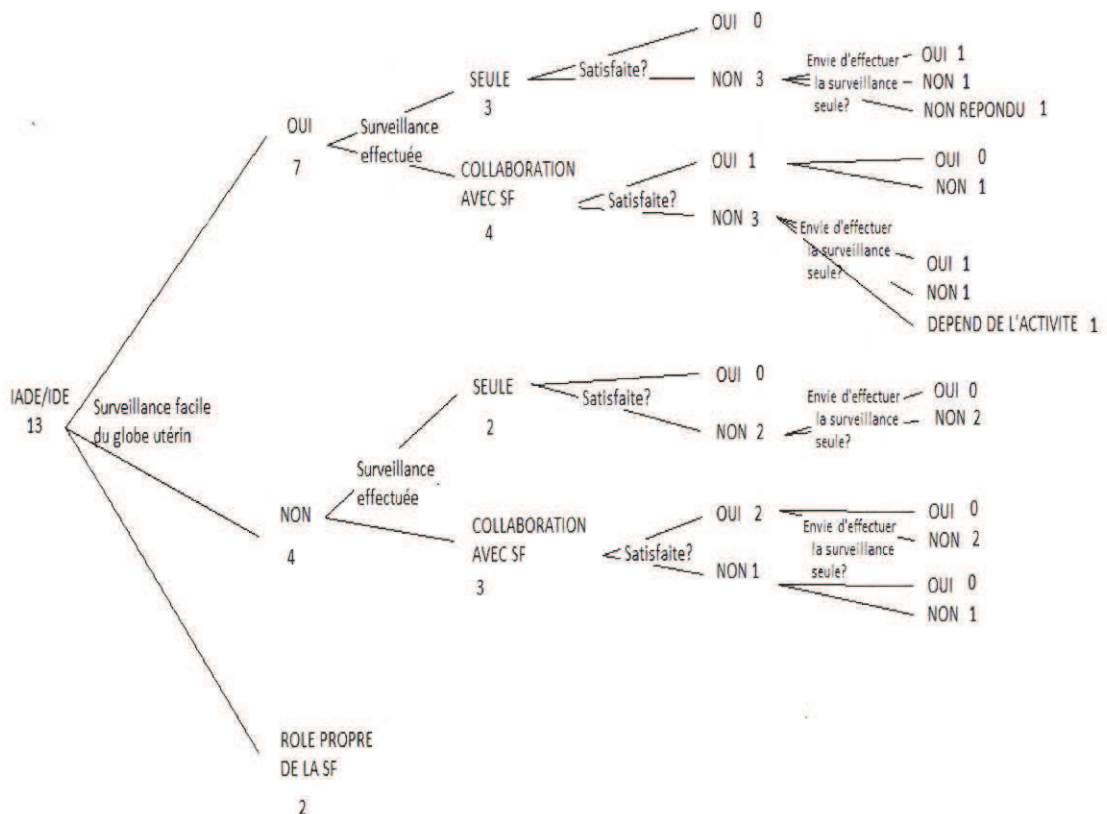
-Parmi elles : 42.86% effectuent seules la surveillance et ne sont pas satisfaites par ce mode de surveillance

57.14% effectuent la surveillance en collaboration avec une sage-femme et 75% d'entre elles ne sont pas satisfaites du mode de surveillance.

Parmi les 13 IADE/IDE, 76.92% ne souhaitent pas réaliser seules la surveillance du globe utérin et 15.38% des IADE/IDE ont précisé que la surveillance du globe utérin était le rôle propre de la sage-femme.

Cf. schéma 2 ci-dessous : Arbre décisionnel, résumant les différents choix des IDE et IADE, concernant la facilité de surveillance du globe utérin, si cette surveillance est effectuée seule ou en collaboration, si le mode de surveillance leur convient et enfin si elles souhaitent pouvoir effectuer seules cette surveillance.

Schéma 2 :



Avis des professionnels concernant la demande d'amélioration de la prise en charge de la part des usagers		N=102	(%)	
[0 - 2]		10	9.8	
[3 - 4]		21	20.59	
[5 - 6]		31	30.39	
[7 - 8]		27	26.47	
[9 - 10]		6	5.88	
Non répondu		7	6.87	
Moyenne			5.73	
Expérience de prise en charge différente dans une autre maternité		N=102	(%)	
Oui		30	29.41	
Non		21	20.59	
Non répondu		51	50	
Les 30 professionnels ayant eu une autre expérience de prise en charge ont indiqué 43 sources (2)		Réponses	(%)	
Peau à peau précoce avec le père		3	10	
Médecins plus présents avant et après le bloc		1	3.33	
Père présent en salle de réveil		6	20	
Peau à peau au bloc opératoire		2	6.67	
Séparation mère-enfant plus longue qu'au CHU		2	6.67	
Salle de réveil propre à la salle de naissance		2	6.67	
Surveillance du post-opératoire immédiat par IDE seule		2	6.67	
Père présent au bloc opératoire		17	56.67	
Enfant avec sa mère dans le post-opératoire immédiat		7	23.33	
Jamais de père au bloc opératoire		1	3.33	
Principaux changements à effectuer	Changement n°1 (n=102)	(%)	Changement n°2 (n=102)	(%)
Présence du père au bloc opératoire	21	20.59	4	3.93
Baisser le champ	9	8.82	10	9.8
Présenter l'enfant dès sa naissance	22	21.57	9	8.82
Peau à peau au bloc opératoire	6	5.88	6	5.88
Mise au sein au bloc opératoire	0	0	5	4.9
Examen clinique devant la mère	6	5.88	4	3.93
Réunion de la triade lors du PP	23	22.55	33	32.35
imm.(1) Mise au sein lors du PP imm.(1)	0	0	8	7.84
Peau à peau lors du PP imm.(1)	3	2.94	8	7.84
Non répondu	5	4.9	8	7.84
Non interprétable	7	6.87	7	6.87

(1) Post-partum immédiat (2) Plusieurs réponses étant possibles

Discussion

Nous avons mis en lumière grâce à la littérature, l'impact, que peut avoir une naissance par césarienne et notamment les incidences sur la relation mère-enfant, l'estime de soi, le vécu parental, l'influence sur l'adaptation à la vie extra-utérine pour le nouveau-né et les difficultés de mise en place de l'allaitement maternel.

Il ne s'agit pas, de faire de la césarienne, un évènement dramatique. Néanmoins, il est nécessaire de souligner les effets physiques, psychologiques et affectifs qu'elle suscite, afin de mieux appréhender les réactions dans toute leur complexité.

Depuis plusieurs décennies, l'augmentation incontestable du nombre de césariennes en France, nous amène à réfléchir sur nos pratiques professionnelles. Compte tenu, du nombre de patientes prises en charge dans ce contexte, il faut s'attacher particulièrement à l'accueil de l'enfant à naître. Apporter quelques touches d'humanité à nos pratiques, en conservant la rigueur qui les entoure, constitue un point essentiel.

L'objectif principal est d'améliorer la prise en charge de la naissance par césarienne à la maternité du CHU de Rouen, en conciliant l'avis des professionnels, la demande des usagers et la législation.

L'échantillon de **notre population** se compose de 102 professionnels de santé majoritairement féminins. Ceci peut s'expliquer, par le taux important de réponses émanant des sages-femmes (47 sur 102). Selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), la profession compte 98.2% de femmes(44).

Parmi les professionnels de la maternité du CHU de Rouen, ont participé à notre étude, 90.9% d'obstétriciens, 88.89% d'internes de spécialité, 85.71% d'anesthésistes, 68.11% de sages-femmes, et 66.67% de puériculteurs et infirmiers de salle de surveillance post-interventionnelle. Le taux de réponses est donc très bon. 59.81% des professionnels exercent depuis moins de 10 ans. Ils possèdent donc un regard nouveau sur les pratiques.

La préoccupation majeure formulée par les couples, concerne **la présence du père au bloc opératoire**. D'après l'étude de Billot(35), 62% des hommes auraient aimé assister à la césarienne et 84% des femmes auraient souhaité la présence de leur compagnon, car pour 76% d'entre elles, leur conjoint représente un soutien moral important.

D'après notre étude, 60.78% des professionnels sont favorables à la présence du père au bloc opératoire. Parmi eux, 90.32% pensent que cette pratique permet aux parents de vivre pleinement la naissance et 62.9% estiment que cela favorise une réduction du stress parental.

Au bloc opératoire, nous pouvons observer que 60% des obstétriciens et 68.08% des sages-femmes sont favorables à la présence du père. Parmi les 34.31% des professionnels opposés à cette pratique, nous comptons 83.33% des anesthésistes et 66.67% des IADES/IBODE. Les raisons principales invoquées sont, le problème de place au bloc opératoire (84.61%), l'inconfort de travail (61.54%), le problème d'hygiène (53.85%) et le risque de traumatisme du père à la vue de l'abdomen ouvert de sa compagne (53.85%).

Nous notons un différend entre les équipes chirurgicales et anesthésiques. En effet, elles ont construit, au cours de leurs parcours professionnels, des identités et des exercices différents. D'après la méthode à raisonner d'Harvard, il faut essayer de concilier au maximum les deux équipes et leur donner un intérêt commun : le patient(52).

Aussi, concernant l'inconfort de travail relevé par les professionnels d'une part et la demande forte émanant des couples d'autre part, un compromis devrait pouvoir se trouver.

Pour les césariennes programmées, la rachianesthésie est devenue la technique de choix. L'inconvénient de cette technique est l'hypotension maternelle. Cependant, celle-ci est en partie prévenue par coremplissage et par adjonction prophylactique de vasopresseur dès la ponction intrathécale et la mise en place en décubitus latéral

gauche systématique jusqu'à l'extraction foetale(9).

Par ailleurs, la péri-rachianesthésie peut être justifiée si la durée prévisible de l'intervention est inhabituellement longue. L'avantage est de limiter l'hypotension par injection moindre d'anesthésique.

Au moment de l'incision la patiente est, à priori, hémodynamiquement stable. Après le clampage du cordon, un bolus d'ocytociques est injecté en intraveineux. Si une hémorragie survient malgré cette prévention, l'anesthésiste peut être amené à intervenir dans l'urgence(5).

Ainsi, lors de l'intervention, de l'incision aux premières minutes de vie de l'enfant, l'anesthésiste intervient rarement comparativement au début de l'anesthésie et après la délivrance.

Le père pourrait donc, entrer au bloc opératoire au moment de l'incision, assister à la naissance de son enfant, vivre les premiers instants de vie avec sa compagne et sortir ensuite du bloc opératoire avec le nouveau-né.

Les anesthésistes et IADES peuvent alors, surveiller la patiente dans de bonnes conditions, dans les moments où ils sont les plus amenés à agir dans l'urgence.

D'après Dubernard et Distriquin(16), il n'est pas chose facile de faire pénétrer les pères au bloc opératoire, l'asepsie verbale devant être de rigueur. Cependant, les équipes y sont aguerries du fait de l'augmentation des césariennes sous anesthésie locorégionale. Pour remédier aux problèmes d'hygiène et de place, une tenue de bloc (pantalon, chemise, sabots, charlotte et masque) peut être fournie au père et il conviendrait de lui attitrer un siège à la tête de la patiente. Le choix de cet emplacement permet d'éviter les fautes d'hygiène et de ne pas voir l'abdomen ouvert.

En outre, si la demande du père s'effectuait au cours de la grossesse, il serait possible de le préparer, en lui expliquant le déroulement de l'intervention, les mesures strictes d'hygiène à respecter et en l'informant des possibles complications. D'après Garel(19), les informations reçues lors de la grossesse, sont vécues comme apaisantes voire rassurantes, pour chacun des parents.

L'accompagnement du père, la fourniture de sa tenue de bloc et l'entrée en salle d'opération, peuvent être réalisés par la sage-femme. Si la césarienne est programmée ou en urgence relative, la sage-femme est à priori disponible, au moment de la mise en place de l'anesthésie et elle a déjà établi un lien de confiance avec le père.

39.21% des professionnels pensent que ce rôle pourrait revenir à la sage-femme. 51.96% ont également proposé un accompagnement du père par l'aide-soignant de bloc. Cependant, l'aide soignant n'a pas, ou peu de contact avec le père, avant l'intervention. Dans l'atmosphère inconnue du bloc opératoire, le père serait peut être plus à l'aise avec la sage-femme.

L'accompagnant, doit veiller à la fermeture des portes des salles opératoires annexes, dès lors que le père est présent dans l'enceinte du bloc. A la maternité du CHU de Rouen, les salles opératoires étant côte à côte, il est essentiel de respecter la confidentialité des autres patientes opérées.

Lors de l'intervention, il peut être demandé de **baisser le champ opératoire**, afin de voir l'enfant naître.

Notre étude révèle, que 64.71% des professionnels sont favorables, y compris la majorité de ceux présents en salle d'opération.

Parmi les professionnels favorables, 80.3% pensent qu'il est important pour la mère de voir naître son enfant et cette pratique est facile à réaliser pour 56.06%.

Parmi les professionnels défavorables (30.39%), nous remarquons que 83.87% d'entre eux, pensent qu'il est possible de présenter l'enfant autrement et 41.93% soulignent le risque de fautes d'hygiène.

Pour Koubi(38), le fait de ne pas voir son enfant naître, caché par le champ, alimente le sentiment de manque, de frustration.

D'après la charte de la personne hospitalisée(45), l'établissement de santé doit respecter les convictions des personnes accueillies. Certes, il est possible de présenter l'enfant autrement, mais si la patiente désire voir naître son enfant, cette décision lui appartient. Cet argument n'est donc pas convaincant et ne peut justifier un refus.

Concernant l'hygiène, les infirmiers anesthésistes, positionnés à la tête de la patiente, peuvent de la même manière que le champ est attaché en début d'intervention, le baisser momentanément, sans qu'il y ait de fautes.

Par contre, certains professionnels ont insisté sur l'importance du contexte. D'après Massardier, Golfier et Forgeard(6), en cas de difficulté d'extraction d'une présentation céphalique lors d'une césarienne, l'opérateur peut s'aider d'instruments. En cas de présentation podalique, l'extraction ne pose généralement pas de problème. Pour la présentation transverse, une version avec extraction est effectuée en saisissant un ou les deux pieds.

Même en cas de césarienne, l'obstétricien peut rencontrer des difficultés d'extraction. De plus, en cas de grande prématurité ou lors d'une césarienne effectuée pour trouble sévère du rythme cardiaque fœtal, l'enfant peut être en état de mort apparente à la naissance.

Si l'enfant ne peut pas être présenté dans de bonnes conditions à sa sortie, il est tout à fait légitime pour l'obstétricien, de refuser la baisse du champ opératoire, même en cours de césarienne, afin de ne pas laisser à la patiente, une mauvaise image de la naissance. Les explications données face à ce refus, peuvent être les bienvenues, afin de faciliter la compréhension et l'acceptation de la patiente.

Garel(19), a démontré que les facteurs, les plus influents sur la perception de la femme de son accouchement, concernent sa capacité à participer et à être témoin de la naissance.

La baisse du champ opératoire devrait donc pouvoir être proposée, si la patiente le désire et si de bonnes conditions d'extraction et d'adaptation à la vie extra-utérine semblent réunies.

La première rencontre de l'enfant avec sa mère (ou ses parents) peut également être bénéfique. Si l'enfant présente une bonne adaptation à la vie extra-utérine, 100% des professionnels sont favorables à la présentation dès sa naissance. Cette pratique est régulièrement effectuée à la maternité du CHU de Rouen. Cependant, il est important de préciser que la rencontre mère-enfant doit être de bonne qualité.

La possibilité pour la mère, d'accueillir son enfant, dans de bonnes conditions, s'avère essentielle. Si les bras de la patiente sont attachés pendant l'intervention, lui permettre de toucher ou d'embrasser son enfant, si elle le souhaite, constitue un point important. Les lunettes ou lentilles de contact étant retirées au bloc opératoire, il convient de s'assurer de la bonne vision de la mère.

Cette rencontre ne doit donc pas se restreindre à quelques secondes. Pour Maurer(7), la séparation mère-enfant est un traumatisme pour le nouveau-né. La sage-femme peut dès la naissance, sécher l'enfant et lui mettre son bonnet. Ces précautions permettent à l'enfant de ne pas se refroidir et de pouvoir prendre le temps de le présenter. Enfin, l'enfant peut être emmené hors du bloc opératoire avec son père.

Si la patiente le désire, la possibilité de revoir son enfant pendant la suture n'est pas exclue. Dans le cas contraire, il reste impératif pour la sage-femme d'informer la patiente sur l'état de santé de l'enfant et sur les soins prodigués.

Lors de cette période, la patiente peut désirer effectuer le peau à peau ou réaliser une première mise au sein.

Les professionnels sont mitigés sur la question du **peau à peau**, 49.02% sont favorables à cette pratique contre 47.06%.

Pour 92% des professionnels favorables, la pratique du peau à peau favorise la relation mère-enfant. 36% soulignent la facilité de réalisation, 24% pensent que cela permet une meilleure adaptation à la vie extra-utérine et 14% ont précisé que cela permettrait de dédramatiser la césarienne.

Selon les professionnels défavorables, le principal argument avancé, pour 95.83% d'entre eux, est l'installation difficile. 25% de ces professionnels avancent le risque pour l'enfant de se refroidir, la température étant fraîche au bloc opératoire. Cependant, d'après Labassi, Jehl et Sarret(21), le peau à peau est l'un des meilleurs moyens pour l'enfant de se réchauffer, facilitant la thermorégulation.

Le peau à peau au bloc opératoire, pourrait être envisagé sous certaines conditions. La surveillance de la sage-femme étant indispensable, cette pratique dépendrait de l'activité et de la demande.

Concernant **la mise au sein au bloc opératoire**, 79.4% des professionnels sont défavorables. 79.01% d'entre eux pensent que l'installation est difficile, 22.22% pensent que cela ne présente pas d'urgence, car la durée de réfection pour cette intervention, reste relativement courte.

D'après la HAS, l'allaitement n'est pas compromis, si l'enfant ne tète pas immédiatement à la naissance, car les nouveau-nés présentent une variété de comportements et ne sont pas tous prêts à téter au même moment. Il convient de favoriser une tétée, dans la première heure suivant l'accouchement, pour favoriser une succion efficace et augmenter le lien mère-enfant(56).

14.81% des professionnels ont souligné, que le bloc opératoire ne réunit pas les conditions pour donner le sein (pas d'intimité, absence de calme, vomissements maternels...). Effectivement, il est important, pour la mère et l'enfant d'être placés dans un environnement calme. La mère doit avoir une position confortable et être entourée par le personnel hospitalier(48).

Ainsi, la mise au sein serait plus propice en dehors du bloc opératoire, si la réunion mère-enfant se fait de façon rapide.

Actuellement, lors de la réfection de la césarienne, dans une salle annexe la sage-femme effectue les premiers soins à l'enfant, ses mesures anthropométriques et son examen clinique complet. Certaines mères expriment leur regret de ne pas avoir été conviées à ces premiers moments symboliques.

D'après Koubi(38), les mères césarisées qui ne peuvent témoigner et participer à ces instants, au même titre que lors d'un accouchement voie basse, accroissent leur sentiment de frustration et de manque.

61.76% des professionnels sont favorables à la réalisation de l'**examen clinique de l'enfant devant sa mère**, mais 71.43% n'ont pas justifié leur choix.

Parmi les 29.41% de professionnels défavorables, 56.67% ont mis en évidence la difficulté à réaliser cet examen au bloc opératoire. Il semble donc, que le réel problème ne soit pas lié à la présence de la mère, mais plutôt à la difficulté de sa réalisation devant elle alors qu'elle se trouve encore au bloc opératoire.

Effectuer cet examen dans de bonnes conditions, à l'intérieur de la salle d'opération paraît difficile. En effet, le bloc opératoire du CHU est commun aux interventions chirurgicales de gynécologie, la température y est fraîche et les mesures d'hygiène demeurent strictes.

Le plus simple serait alors de **différer cet examen**, après le transfert de la mère. 56.86% des professionnels adhèrent à cette proposition. Parmi les professionnels favorables, 31.03% estiment qu'il n'y a pas d'urgence à réaliser cet examen et précisent qu'il peut être pratiqué à deux heures de vie, si l'enfant se porte bien. A contrario, parmi les 31.37% des professionnels défavorables, 46.87% ont expliqué que cet examen était un outil de dépistage précoce et 15.62% pensent qu'il est possible de le réitérer.

La Société Suisse de Néonatalogie recommande, lors d'une adaptation normale à la vie extra-utérine, que les mesures de routine et l'examen clinique du nouveau-né ne soient effectués qu'après une période de deux heures ou au plus tôt après la mise au sein de l'enfant(59).

Les conditions d'acceptation, pour différer l'examen clinique du nouveau-né, pourraient être discutées par les pédiatres afin de permettre à la mère d'assister à ces premiers soins.

Le pédiatre, ayant répondu à notre questionnaire, était d'accord pour différer l'examen clinique, moyennant que l'enfant soit né après trente sept semaines d'aménorrhée, sans contexte infectieux, sans malformation ou syndrome nécessitant une prise en charge particulière et présentant, à priori, une bonne adaptation à la vie

extra-utérine. Pour tous les autres nouveau-nés, l'examen pourrait être réitéré, si les patientes le désirent.

Pour Odent(8), la présence de l'enfant auprès de sa mère, permet de faciliter l'établissement du lien mère-enfant et l'instauration de l'allaitement maternel.

Ainsi, la **réunion de la triade** s'impose comme le changement le plus important lors du post-partum immédiat.

Actuellement, les patientes césarisées sont surveillées majoritairement en salle de surveillance post-interventionnelle. Cette salle de réveil étant commune à la gynécologie et à l'obstétrique, le père et l'enfant n'y sont pas conviés pour des raisons de confidentialité et d'hygiène. Néanmoins, 90.2% des professionnels sont favorables à la présence de l'enfant aux côtés de sa mère, en cas de vacuité de cette salle.

Cependant, une surveillance étroite s'impose et exige la présence régulière de la sage-femme car les IDE de salle de réveil ne sont pas formées à la surveillance du peau à peau et à l'accompagnement de l'allaitement maternel.

88.24% des professionnels sont favorables à la présence du père en salle de réveil, si celle-ci est vide, ce qui permet de réduire l'inquiétude paternelle vis à vis de la santé de sa compagne et de vivre la naissance à trois.

Par ailleurs, 11.76% des professionnels opposés à cette pratique, avancent un problème d'hygiène. Pour y remédier, le père pourrait, conserver sa tenue de bloc s'il avait assisté à la naissance, ou l'enfiler dès son entrée en salle de réveil. Cependant, il faut noter que la salle de surveillance post-interventionnelle est rarement vide, surtout en journée.

Les professionnels sont unanimes, 96.08% pensent que la salle de réveil est le lieu le plus approprié pour effectuer la surveillance post-opératoire d'une patiente césarisée sous anesthésie générale. Si la mère est bien éveillée, faire venir le père et l'enfant en salle de réveil, pourrait être la solution pour réunir la triade.

En revanche, 74.51% estiment que la salle de naissance reste le lieu idéal pour la surveillance post-interventionnelle d'une femme césarisée sous anesthésie locorégionale.

De plus, 98.04% des professionnels de santé sont favorables à la réunion père-mère-enfant, lors du post-partum immédiat et pour 93.14%, le lieu idéal pour sa réalisation est la salle de naissance.

Parmi les professionnels favorables, 89.13% pensent que la relation mère-enfant sera renforcée, 54.35% estiment la réalisation facile et 15.22% ont précisé une meilleure adaptation à la vie extra-utérine pour l'enfant.

Cependant, 11.96% des professionnels favorables ont posé la condition d'une surveillance adaptée du nouveau-né, ce qui serait possible si cette surveillance se fait en salle de naissance, la sage-femme étant sur place.

97.06% des professionnels estiment que la salle de naissance correspond au lieu le plus approprié pour effectuer l'examen clinique du nouveau-né en présence des parents, et pour réaliser la mise au sein précoce, selon 81.37%.

En post-opératoire, il est essentiel pour les sages-femmes, de surveiller la tonicité du globe utérin et des saignements tous les quarts d'heure(6). 77.45% des professionnels et 78.72% des sages-femmes, considèrent la salle de naissance comme lieu idéal.

Actuellement, 63.83% des sages-femmes estiment cette surveillance difficile en salle de réveil et pour 60.86% ce mode de fonctionnement ne leur convient pas. Aussi, 55.32% ne souhaitent pas effectuer seules cette surveillance.

A contrario, 53.85% des IDE/IADE, pensent que la surveillance du globe utérin est facile, car elles sont sur place. Parmi elles, 42.86% effectuent cette surveillance seules. Il a été précisé, à juste titre, que la surveillance du globe utérin est une compétence de la sage-femme. De plus, 61.54% des IDE/IADE ne souhaiteraient pas réaliser seules la surveillance post-interventionnelle.

Si la patiente est en salle de réveil, la sage-femme doit venir vérifier le globe utérin et les saignements, toutes les 15 minutes. Si l'activité est importante en salle de naissance, c'est l'IDE ou l'IADE présent en salle de surveillance post-interventionnelle, qui effectue cette tâche.

Cependant, d'après le Décret n°2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(32), la surveillance du globe utérin et des saignements, n'apparaît pas. La surveillance actuelle, effectuée par la sage-femme sur le plan obstétrical et par une IDE sur le plan chirurgical, complique l'organisation.

Aussi, la surveillance post-interventionnelle par la sage-femme en salle de naissance peut être retenue comme solution, pour les patientes césarisées sous anesthésie locorégionale.

Cependant, plusieurs difficultés d'ordre médico-légal, apparaissent. Conformément à l'article D.6124-98 du code de la santé publique(30), la surveillance suivant le transfert de la patiente, après une intervention, doit être mise en œuvre dans une salle de surveillance post-interventionnelle. Cette surveillance a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination, et de faire face aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie.

Conformément aux articles D.6124-98 et D.6124-101 du code de la santé publique(30), les patientes admises en salle de surveillance post-interventionnelle, sont prises en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux.

Par ailleurs, d'après l'article D.712-46(31), sous réserve que les patientes puissent bénéficier des mêmes conditions de surveillance, une salle de travail située dans l'unité d'obstétrique, peut tenir lieu de salle de surveillance pour des accouchements par voie basse. Dans cette hypothèse, les patientes peuvent être prises en charge par des sages-femmes pour les seuls accouchements par voie basse en cas d'anesthésie générale ou locorégionale.

D'après la législation, une sage-femme peut alors être amenée à surveiller, en salle de naissance, une patiente accouchée par voie basse et ayant eu une anesthésie générale pour hémorragie sévère du post-partum, mais ne peut surveiller une patiente césarisée sous anesthésie locorégionale. Cet exemple met en évidence, l'opportunité d'une révision de la législation, concernant la surveillance post-interventionnelle des femmes césarisées. La sage-femme possède effectivement, toutes les compétences et connaissances nécessaires, pour effectuer en toute sécurité cette surveillance.

A la maternité du CHU de Rouen, les salles de naissance sont équipées pour effectuer une surveillance post-interventionnelle d'une femme césarisée. La salle de naissance et le bloc opératoire se situe au même étage et à quelques mètres. Il existe donc une grande rapidité des flux de patients et de personnel. Au moindre problème, la prise en charge peut s'effectuer rapidement.

En 2010, suite à une réunion à la maternité du CHU de Rouen, un protocole interne sur la surveillance post-interventionnelle des patientes césarisées, fut établi (annexe II). Ainsi, sous autorisation du médecin anesthésiste réanimateur, la surveillance des femmes césarisées sous anesthésie locorégionale, se ferait en salle de naissance, pour la nuit et le week-end, avec le renfort de l'IDE si la SSPI était vide (sous couvert de laisser une salle de naissance libre pour un accouchement imminent et la nécessaire négociation entre les équipes, lorsque la charge de travail des sages-femmes est forte).

Le problème de places en salle de naissance se pose, si toutes les patientes césarisées sous anesthésie locorégionale, retournent en salle de naissance.

Aujourd'hui, il existe six salles de naissance, une salle d'amnioscopie et trois salles de pré-travail. Elles sont toutes dotées d'un monitoring relié à un écran central. Le jour, l'équipe est composée de quatre sages-femmes de garde, dont une qui doit se consacrer exclusivement aux consultations d'urgence. La nuit, trois sages-femmes effectuent la garde.

Actuellement, toutes les patientes enceintes de plus de vingt quatre semaines d'aménorrhée, reçues aux urgences, sont examinées dans les salles de naissance. En semaine, les patientes surveillées pour terme dépassé, sont vues par des sages-femmes de consultation mais les week-ends, elles sont examinées en salle de naissance.

Ces consultations de patientes dont le travail n'a pas commencé, invalident une salle de naissance. Dans le cas d'une occupation totale des salles, le transfert d'une patiente césarisée ne peut se faire.

Au vu de l'organisation actuelle, la question du lieu de consultation, pourrait être débattue lors d'un groupe de travail. Nous pourrions envisager que, la sage-

femme attirée prenne en charge les consultations, et non les patientes en travail. Ainsi, quand le travail n'a pas commencé (consultation pour perte de liquide sans contraction utérine, baisse des mouvements actifs...), les salles d'amnioscopie ou de pré-travail, peuvent être utilisées en priorité. Il serait intéressant à moyen terme, de réfléchir à la création d'une autre salle, dédiée aux consultations.

Grâce à ces modifications d'organisation, nous pourrions sans doute parvenir régulièrement au transfert des patientes césarisées sous anesthésie locorégionale, en salle de naissance. De plus, cette méthode paraît être la plus facile pour réunir la triade, faciliter la surveillance du globe utérin par la sage-femme, effectuer, surveiller et encadrer le peau à peau et la mise au sein précoce. L'examen clinique pourrait également être vu par les deux parents. De façon générale, la prise en charge du post-partum immédiat serait sensiblement équivalente, à celle proposée pour les accouchements par voie basse.

Une expérience de prise en charge différente de celle proposée par la maternité du CHU de Rouen, a été vécue par 30 professionnels, soit 29.41%.

Pour 56.67% d'entre eux, la présence du père était permise au bloc opératoire. 23.33% ont expliqué que l'enfant se trouvait aux côtés de sa mère dans le post-partum immédiat et 20% que le père était présent en salle de réveil.

D'après le principe de l'innovation(51), une minorité peut aider à créer des comportements nouveaux ou à modifier les comportements existants. Les expériences différentes vécues par certains professionnels peuvent être un levier pour impulser de nouvelles pratiques et faire accepter ces méthodes.

Egalement, nous avons cherché à savoir, si les professionnels pensent qu'il existe une réelle **demande d'amélioration de prise en charge** de la part des usagers, ou si selon eux, ils sont satisfaits de celle proposée. Notre étude révèle que 56.86% des professionnels évaluent la demande d'amélioration des pratiques entre 5 et 8 sur une échelle de 10, ceci constitue un élément capital.

D'après le modèle transthéorique du changement(53), une personne changera plus facilement de comportement, si elle est convaincue des bienfaits de ce

changement. D'après notre étude, les professionnels sont en grande majorité conscients, de l'existence d'une forte demande émanant des usagers, aussi seront-ils plus enclins à changer leurs pratiques.

Partant de ce principe, nous avons demandé aux professionnels de formuler les deux principaux changements qu'ils souhaitent engager.

Trois changements se dégagent : la réunion de la triade lors du post-partum immédiat (54.9%), la présentation de l'enfant dès la naissance dans de bonnes conditions (30.39%) et la présence du père au bloc opératoire (24.5%).

Dans un premier temps, nous pourrions envisager, d'effectuer ces changements dans les conditions idéales, comme pour les césariennes programmées sous anesthésie locorégionale après trente sept semaines d'aménorrhée.

En 2012, à la maternité du CHU de Rouen, sur 698 césariennes, 192 étaient programmées, soit un taux de 27.5%.

La prise en charge idéale des césariennes, peut être anticipée dès le suivi de grossesse. Ainsi, le désir du père d'être présent au bloc opératoire, est évalué et cette mention peut figurer dans le dossier médical. Tous les professionnels sont donc informés. Egalement, les explications concernant la procédure peuvent être transmises au père, au titre de la préparation.

Le jour J au bloc opératoire, pendant l'installation et l'anesthésie de la patiente, la sage-femme peut accompagner le père pour qu'il s'habille en tenue de bloc. C'est le moment idéal pour lui faire les dernières recommandations (ne rien toucher en salle d'opération, suivre strictement les pas de son accompagnant, ne pas regarder vers l'abdomen de sa compagne...)

Au moment de l'incision, la sage-femme emmène le père s'asseoir à la tête de sa compagne. Si le couple le souhaite et si toutes les conditions sont réunies pour offrir une bonne présentation de l'enfant, alors l'infirmier anesthésiste pourra baisser le champ opératoire avec l'accord de l'obstétricien. Les parents assisteront donc à la naissance de leur enfant.

La sage-femme accueille le nouveau-né, si celui-ci présente une bonne adaptation à la vie extra utérine, elle le sèche rapidement et l'emmitoufle dans un linge propre et sec. Elle le présente ensuite à ses deux parents, qui peuvent le prendre quelques minutes dans leurs bras. La sage-femme couvre la tête de l'enfant d'un bonnet. Ensuite, la sage-femme et le père sortent du bloc opératoire. A ce moment, il sera vivement conseillé à ce dernier de ne pas regarder vers l'abdomen de sa compagne, même si le chirurgien bloque en partie cette vision.

Le père et l'enfant n'étant plus en salle d'opération, l'anesthésiste peut effectuer toutes interventions urgentes si nécessaire, sans aucune gêne.

Pendant la suture, la sage-femme et le père peuvent s'occuper de l'enfant en veillant à ce qu'il ne se refroidisse pas. Ceci peut se faire en salle de réanimation, annexe au bloc opératoire ou dans une salle de naissance, toutes deux équipées de tables radiant. Le père peut éventuellement être installé dans une salle de naissance pour prendre l'enfant dans ses bras ou effectuer le peau à peau.

Après l'intervention, et avec l'accord de l'anesthésiste, la patiente sera transférée en salle de naissance. Ceci permet au couple d'être réuni avec leur enfant. La sage-femme effectue ainsi, la surveillance du globe utérin et des saignements. La surveillance globale post-interventionnelle peut, par accord de protocole interne, être effectuée par la sage-femme. Ainsi, au moindre problème, le renfort des infirmiers anesthésistes ou des anesthésistes est possible rapidement. La prise en charge reste donc aussi sécuritaire.

Les premiers soins, la prise de mesures et l'examen clinique du nouveau-né complet peuvent être réalisés devant les parents. La sage-femme peut alors encadrer le peau à peau et la première mise au sein. La surveillance post-interventionnelle ressemblera sensiblement à celle proposée lors d'un accouchement par voie basse.

Une phase d'essai permettrait d'évaluer ces nouvelles pratiques. Les professionnels pourront ainsi s'approprier ce nouveau mode de fonctionnement et l'étendre à d'autres situations plus complexes.

Conclusion

La naissance par césarienne concerne aujourd'hui plus d'une naissance sur cinq. Cette évolution s'accompagne d'une réelle demande de la part des couples, pour faire reconnaître la césarienne comme une naissance à part entière.

Il convient de dédramatiser et de ne pas réduire ce moment à un acte purement chirurgical. Il est essentiel de proposer un accueil de l'enfant équivalent à celui d'une naissance par voie basse.

Notre enquête a permis de révéler, qu'une majorité de professionnels était favorable, à des apports de pratiques nouvelles.

L'aménagement principal, également réclamé par les couples, est la réunion de la triade lors du post-partum immédiat. Cette demande est non seulement justifiée mais aussi bénéfique.

Lors de cette période, toutes les conditions sont réunies pour effectuer le peau à peau et la mise au sein précoce. L'examen clinique du nouveau-né et ses premiers soins peuvent se réaliser devant les parents. Le père, présent aux côtés de sa compagne et de son enfant, atteste de leur bonne santé. Il est moins anxieux et peut profiter de ces instants privilégiés.

Les principales réticences concernent les aménagements au sein du bloc opératoire. L'accès à des personnes non professionnelles y est compliqué. Cependant, la majorité des professionnels est favorable à la présence du père au bloc opératoire. La césarienne doit rester principalement une naissance. La participation du père à ce moment est légitime. L'acceptation de quelques compromis, même minimes peut retentir de façon bénéfique sur le vécu des parents et le bien-être de l'enfant.

Quand une naissance se déroule dans de bonnes conditions, quelques modifications simples comme la baisse du champ opératoire et la présentation de l'enfant, n'altèrent pas la nature des pratiques.

Cette enquête a permis de mettre en lumière les changements de pratique réalisables à la maternité du CHU de Rouen et des solutions ont été proposées. Il serait maintenant nécessaire, de mettre en place des protocoles internes, afin de concrétiser certains projets.

Bibliographie

OUVRAGES :

- (1) CHERTOK L. — Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur — L'expansion — 1957 — 268 pages
- (2) FONTY B. — Les pères n'ont rien à faire dans la maternité — Paris — First Editions — 2003 — 232 pages
- (3) FRYDMAN R. et SCHILTE C. — Devenir père — Hachette pratique — 2004 — 324 pages
- (4) LE CAMU J. — Le vrai rôle du père — Edition Odile Jacob — 2003 — 189 pages
- (5) LEMBERT N, SALENGRO A, BONNET F. — Anesthésiologie 3^{ème} édition — Lavoisier — 2012 — 696 pages
- (6) MARPEAU L. coordinateur — Traité d'obstétrique — Issy-les-Moulineaux — Elsevier Masson — 2010 — 657 pages
- (7) MAURER W. — Mère et bébé l'un contre l'autre — Barret-sur-Méouge — Le Souffle d'Or — 2004 — 352 pages
- (8) ODENT M. — Césariennes : questions, effets, enjeux — Barret-sur-Méouge — Le Souffle d'Or — 2005 — 180 pages
- (9) ROEWER N, THIEL H. — Atlas de poche d'anesthésie — Flammarion — 2009 — 398 pages
- (10) SCHAAL J-P, RIETHMULLER D, MAILLET R. — Mécanique et techniques obstétricales — Montpellier — Sauramps médical — 1998 — pages 748 à 750

ARTICLES :

- (11) AKOUKA C. — Une enquête se penche sur le respect des souhaits des parturientes — « Contact sages-femmes, la lettre du Conseil de l'Ordre » — 2012 — n°33 — page 17
- (12) BARRAT J, MARPEAU L, MAGHIORACOS P, LARUE L, PERCQUE M. — Evolution du pourcentage des césariennes — « Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine » — séance du 16 octobre 1990 — n°7 — pages 969 à 983
- (13) BATT M, TROGNON A. — L'éthique de l'interaction au bloc opératoire — « Interbloc » — 2011 — n° 4 — tome XXX — pages 236 à 238
- (14) CEPISUL M. — Respect des compétences et communication au sein du bloc opératoire — « Droit déontologie et soin » — 2007 — vol 7 — n°3 — pages 350 à 359
- (15) CHISA R. — peau à peau en salle de naissance dans une maternité de niveau III : pratique et sécurité. Etude descriptive semi-expérimentale à propos de 50 sages-

femmes et 58 couples mère-nouveau-né à la maternité du centre hospitalier universitaire de Besançon — « la revue sage-femme » — n° 3 — vol. 8 — pages 138 à 144

(16) DUBERNARD F, DISTRIQUIN M. — Du côté des maternités amies des bébés « Profession sage-femme » — 2005 — n° 116 — page 46

(17) FAUCHERON J. et BAZIN J. — Réflexions d'un chirurgien et d'un anesthésiste autour du benchmarking des blocs opératoires — « Interbloc » — 2011 — n°3 — tome XXX — pages 175 à 177

(18) GALAN T. — L'environnement de travail au bloc opératoire — « Interbloc » — 2011 — n°2 — Tome XXX — pages 126 à 127

(19) GAREL, LELONG ET KAMINSKI — Psychological consequences of caesarean childbirth in primiparas — « Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology » — 1987 — Vol 6 — n°3 — pages 197 à 209

(20) HALFON Y. — Le vécu de la femme césarisée — « Bulletin officiel de la société française de PPO » — Janvier/février/mars 1989 — n° 116 — 19 pages

(21) LABASSI I, JEHL A, SARRET C. — Le peau à peau en salle de naissance « Profession sage-femme » — 2008 — n° 149 — pages 33-34

(22) : LANGER B, SCHLAEDER G. — Que penser du taux de césarienne en France ? « J Gynecol Obstet Biol Reprod » — 1998 — n°27 — pages 62 à 70

(23) MACLENNAN A, TAYLOR A, WILSON D. — The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery — « British Journal of Obstetrics and Gynaecology » — 2000 — Vol 107 — pages 1460 à 1470

(24) PALOT M. — Recommandations pour la pratique clinique — « Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction » — 2000 — vol 29 — pages 10 à 16

(25) PASCAL G, POULIQUEN X, GUILBAUD Y, LALOE V. — Hygiène au bloc opératoire — « Développement et santé » — 2010 — n° 199 — pages 88 à 90

(26) PILLIOT M. — Le regard du naissant — « cahiers de maternologie » — 2005 — n° 23-24 — pages 65 à 80

(27) RAZUEL C, BENCHOUK M, BONNET J, JARABO G, PIERRET B. — Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum? « La revue sage-femme » — 2010 — n° 5 — vol 9 — pages 240 à 249

(28) VUILLEMIN L. — Conséquences respiratoires néonatales de la césarienne « revues générales obstétrique » — 2012 — n° 163 — pages 1 à 3

TEXTES OFFICIELS :

(29) Arrêté — 7 janvier 1993 — relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b), de ce même code

(30) Code de la santé publique — Partie réglementaire – Etablissements et services de santé – Livre 1^{er}, Titre II, Chapitre IV, Sous section V

(31) Décret — n° 94-1050 — 5 décembre 1994 — relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique

(32) Décret — n° 2002-194 — 11 février 2002 — relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

(33) LOI — n° 2002-303 — 4 mars 2002 — relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

(34) LOI — n° 2009-879 — 21 juillet 2009 — Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

DOCUMENTS NON PUBLIES :

▪ Mémoires :

(35) BILLOT H. — Réflexion sur la présence des pères au bloc opératoire lors d'une naissance par césarienne — Sage-femme — Rouen — 2006

(36) CLOATRE C. — Vécu du couple lors de la césarienne programmée — Sage-femme — Rennes — 1999

(37) JACOB A. — Le vécu des femmes césarisées — Sage-femme — Rouen — 1993

(38) KOUBI A. — Le vécu psycho-affectif de l'accouchement par césarienne par le test de Rorschach — Thèse de recherche en vue de l'obtention du diplôme de psychologue — Rouen — 1995

(39) MAZIRE C. — La place des relations humaines dans la démarche d'optimisation et de rentabilité des blocs opératoires — Institut de formation des cadres de santé — Rouen — 2008

(40) RICHECOEUR S. — Quelle place pour le père au décours de la césarienne ? — Sage-femme — Nancy — 2009

AUTRES SOURCES :

▪ Sites internet :

(41) @ ASSOCIATION CESARINE — www.cesarine.org — consulté en mars 2013

(42) @ ASSOCIATION CIANE — www.ciane.net/ — consulté en novembre 2012

(43) @ ASSOCIATION LA LECHE LEAGUE — www.lllfrance.org/ — consulté en février 2013

(44) @ AUDITION DES SAGES-FEMMES — www.sante.gouv.fr — consulté en mars 2013

(45) @ CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE — www.sante.gouv.fr — consulté en mars 2013

(46) @ CRUQPC — www.ars.iledefrance.santé.fr — consulté en novembre 2012

(47) @ DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU — www.sante.gouv.fr — consulté en novembre 2012

(48) @ FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL, PROCESSUS-EVALUATION — www.has-sante.fr — consulté en mars 2013

(49) @ FRANCOISE DOLTO, 20 ANS DEJA — www.psychanalysemagazine.com — consulté en novembre 2012

(50) @ LA CESARIENNE N'EST PAS UN ACTE CHIRURGICAL ANODIN — www.lecourrier.ch — consulté en novembre 2012

(51) @ MINORITES ACTIVES, MOSCOVICI — www.psychosocial.canalblog.com — consulté en mars 2013

(52) @ METHODE A RAISONNER D'HARVARD — www.comedie.org/pdf/note_negociationraisonnee.pdf — consulté en décembre 2012

(53) @ MODELE TRANSTHEORIQUE DU CHANGEMENT — www.these.univ-lyon.fr — consulté en janvier 2013

(54) @ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE — www.who.int/fr — consulté en décembre 2012

(55) @ RECOMMANDATIONS DE LA SFAR — www.sfar.org/ — consulté en novembre 2012

(56) @ RECOMMANDATIONS DE LA HAS — www.has-sante.fr — consulté en mars 2013

(57) @ RECOMMANDATIONS DU CCLIN — www.cclin-sudouest.com — consulté en novembre 2012

(58) @ RECOMMANDATIONS DU COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANCAIS — www.cngof.asso.fr — consulté en novembre 2012

(59) @ SWISS SOCIETY OF NEONATOLOGY, RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE 2012 — www.neonet.ch — consulté en mars 2013

▪ **CR de réunion :**

(60) Groupe de travail sur l'environnement humain des césariennes, organisé par le réseau de périnatalité, Mme Grout et Mme Madeline.

▪ **Entrevues :**

(61) - Avec Mme Agram-Godefroy M, Co présidente de l'association Césarine

Annexes

Annexe I : Questionnaire

Questionnaire réalisé dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Mesdames, Messieurs, professionnels de santé,

Je réalise un mémoire de fin d'études sur : L'humanisation du post-opératoire immédiat des césariennes. J'ai choisi de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles monocentriques au CHU de Rouen. C'est pourquoi, je sollicite votre aide.

Ce questionnaire reste anonyme. Vous pourrez prendre connaissance des résultats lors de ma soutenance orale. Cependant, les conclusions ne seront pas forcément extrapolables à d'autres structures.

D'avance, je vous remercie vivement de votre collaboration.

Alice MORANDI,
étudiante sage-femme en 4^{ème} année.
Ecole de sages-femmes de Rouen.

I – A propos de vous :

1)-Etes-vous de sexe : (cochez la bonne réponse)

- Masculin
- Féminin

2)-Quelle profession exercez-vous ? (cochez la bonne réponse)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obstétricien | <input type="checkbox"/> IBODE |
| <input type="checkbox"/> Anesthésiste | <input type="checkbox"/> IADE |
| <input type="checkbox"/> Pédiatre | <input type="checkbox"/> Aide soignant |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Etudiant(e) en médecine |
| <input type="checkbox"/> Cadre | <input type="checkbox"/> Etudiant(e) Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> IDE ou Puériculteur(trice) | <input type="checkbox"/> Etudiant(e) paramédical |

3)-Depuis combien de temps pratiquez-vous cette profession ?

4)-Depuis combien de temps exercez-vous à la maternité du CHU de Rouen ?
.....

II – A propos des pratiques professionnelles au bloc opératoire :

5)-Pensez-vous que le champ opératoire **doive** être baissé au moment de la naissance de l'enfant ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Facile à réaliser
- Important que la femme puisse voir son enfant naître
- Ne perturbe pas le bon déroulement de l'opération
- Autre :

.....

Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Pour confort de travail
- Mesure d'hygiène
- Possibilité de présenter l'enfant autrement
- Autre ?

.....

6)- Si l'enfant présente une bonne adaptation à la vie extra-utérine, pensez-vous que la sage-femme **doive** présenter, quelques minutes, l'enfant à sa mère ?

- Oui
- Non

7)-**Si l'état de la mère et celui de l'enfant le permettent**, êtes-vous favorable au peau à peau au bloc opératoire ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Meilleur établissement de la relation mère-enfant
- Meilleure adaptation à la vie extra-utérine
- Facile à réaliser
- Autre :

.....

Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Charge de travail supplémentaire
- Retarde l'examen clinique de l'enfant
- Installation difficile
- Autre :

.....

8)- **Si l'état de la mère et celui de l'enfant le permettent**, êtes-vous favorable à une première mise au sein au bloc opératoire ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Meilleur établissement de la relation mère-enfant
- Favoriser la mise en place de l'allaitement maternel
- Facile à réaliser
- Autre :

.....

Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Charge de travail supplémentaire
- Retarde l'examen clinique de l'enfant
- Installation difficile
-

Autre ?.....

9)-Etes vous favorable pour que l'examen clinique du nouveau-né soit fait devant sa mère ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

.....

10)-Pensez-vous que l'examen du nouveau-né puisse être différé pour permettre à la mère d'y assister ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

.....

11)-Pensez-vous que le père puisse être présent au bloc opératoire ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ? (1 ou plusieurs réponses possibles, si plusieurs réponses hiérarchisez)

- Meilleur vécu de la naissance pour les parents
- Meilleur accueil de l'enfant
- Moins de stress parental
- Raisons médico-légales
- Autre :

.....

Si non, pourquoi ? (1 ou plusieurs réponses possibles, si plusieurs réponses hiérarchisez)

- Problème d'hygiène
- Inconfort de travail
- Charge de travail supplémentaire
- Problème de place dans le bloc-opératoire
-

Autre :

12)-Si le père était présent, selon vous, qui devrait l'habiller stérilement ?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> la Sage-femme | <input type="checkbox"/> l'IADE |
| <input type="checkbox"/> l'Aide soignant | <input type="checkbox"/> l'IBODE |

III – A propos des pratiques professionnelles pendant le post-opératoire immédiat :

13)- Selon-vous quel est le lieu qui est **idéalement** le plus approprié pour : (faites une croix dans l'une des deux propositions)

	Salle de réveil	Salle de naissance
Effectuer la surveillance post-interventionnelle d'une femme césarisée sous anesthésie locorégionale		
Effectuer la surveillance post-interventionnelle d'une femme césarisée sous anesthésie générale		
La surveillance de la sage-femme du globe utérin tous les quarts d'heure		
La présence des parents lors de l'examen clinique du nouveau-né		
La réunion de la triade (père/mère/enfant)		
Une mise au sein précoce		

14) -Lors de cette période (post-opératoire immédiat), êtes-vous favorable pour que la mère, le père et l'enfant soient réunis ?

Oui

Non

Pourquoi ?

.....
.....

Si la salle de réveil est VIDE :

15) -Etes-vous favorable à la présence de l'enfant aux côtés de sa mère, si son état le lui permet ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Meilleur établissement de la relation mère-enfant
 - Facile à réaliser
 - Meilleure adaptation à la vie extra-utérine
 - Autre :
-

Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Charge de travail supplémentaire
 - Retarde l'examen clinique de l'enfant
 - Installation difficile
 - Autre :
-

16) –Etes vous favorable à la présence du père lors de cette période ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Meilleur établissement de la relation père-enfant
 - Moins d'inquiétude paternelle
 - Autre :
-

Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Charge de travail supplémentaire
 - Problème d'hygiène
 - Autre :
-

Si vous êtes Sage-femme, IADE ou IDE répondez à cette question, sinon passez à la partie IV)

17-A) L'organisation actuelle vous permet-elle de surveiller facilement le globe utérin toutes les 15 minutes ?

- Oui
- Non

17-B) Effectuez-vous cette surveillance :

- Seule
- En collaboration : Avec une sage-femme
- Avec une IDE ou IADE

17-C) Ce mode de surveillance vous convient-il ?

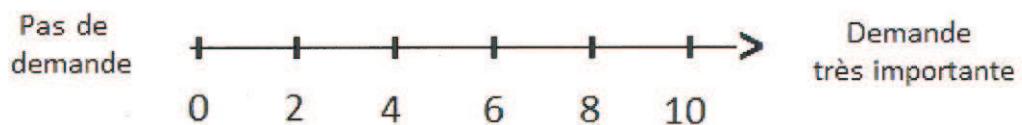
- Oui
- Non

17-D) Dans le cadre d'une évolution des pratiques professionnelles, si la loi vous le permet, serait-il plus facile d'effectuer la surveillance post-interventionnelle seule ?

- Oui
- Non

IV- A propos d'une éventuelle évolution des pratiques professionnelles :

18)- De votre point de vue, à combien évalueriez-vous la demande de la part des usagers pour améliorer la prise en charge autour de la césarienne ? (entourez le chiffre correspondant)



19) Si vous avez travaillé dans une autre maternité, la prise en charge des césariennes était-elle différente ?

- Oui
- Non

Si oui comment ?:

.....

.....

.....

20) -A l'avenir, si vous deviez effectuer principalement un changement dans votre pratique professionnelle, quel serait-il ? (cochez au maximum deux réponses, à hiérarchiser en notant 1 et 2 dans la case)

- Présence du père au bloc opératoire
- Baisser le champ opératoire à la naissance
- Présenter l'enfant à sa mère dès sa naissance
- Pratiquer le peau à peau au bloc opératoire
- Effectuer une mise au sein précoce au bloc opératoire
- Effectuer l'examen clinique devant la mère
- Réunir la triade lors du post-opératoire immédiat
- Effectuer une mise au sein précoce pendant le post-opératoire immédiat
- Pratiquer le peau à peau pendant le post-opératoire immédiat

Je vous suis très reconnaissante d'avoir répondu à ce questionnaire.

Mlle Morandi Alice

Annexe II : Compte rendu de réunion du 15/12/2010

REUNION DU 15/12/2010

OBJET: fonction de l'IDE en SSPI du secteur PME

Personnes présentes: Dr B. Rachet: Anesthésiste
F Egal: CSS gynéco-obst.
JL Vignot: CSS anesthésio
C Dujardin: CS anesthésio
F Levy: FF CS gynéco-obst.
C: IDE SSPI

En introduction, F.Egal nous rappelle qu'il est dommage que cette réunion n'ait pas eu lieu avant la prise de fonction de l'IDE en SSPI au bloc PME.

B Rachet rappelle que 2000 actes /an d'anesthésie ne sont pas pris en compte en salles de naissance. Consultations et actes nécessités par 6 SDN fonctionnant 24h/24 n'entrent pas dans les statistiques du secteur d'anesthésie.

Cette réunion est nécessaire pour apprendre à se connaître et connaître les différentes missions de chacun afin d'être dans la légalité et de continuer à travailler avec un seul objectif: améliorer la qualité des soins (sécurité, unicité du suivi et non séparation mère enfant autant que faire se peut). Pour ce faire, F.Egal propose de travailler sur l'unicité du lieu. C Dujardin nous communique un document sur la fonction d'IDE en SSPI en PME: l'IDE est issue du pool infirmier du pôle de réa anesthésie SAMU et est affectée en SSPI sous la responsabilité directe de l'encadrement IADE et des médecins anesthésistes du secteur d'anesthésiologie PME: "afin de maintenir la relation maman nouveau né, la surveillance anesthésique des femmes césarisées sous APD ou RACHI se maintiendra en SDN pour la nuit et week end, avec le renfort de l'IDE pour exercer surveillance clinique post interventionnelle, à condition qu'il n'y ait pas d'autre patientes en SSPI.

La surveillance du globe utérin est de la compétence de la sage-femme. Tout transfert de patiente en SSPI reste sous la seule responsabilité et autorisation du MAR. Lui seul peut autoriser cette entrée en SSPI. La surveillance des patientes ayant été césarisées sous AG se fera systématiquement en SSPI.

JL Vignot souligne qu'il faut écrire les missions de chacun afin d'éviter tout conflit entre les équipes.

Légalement, toute accouchée doit avoir une surveillance obstétricale pendant 2 heures quelque soit le mode d'anesthésie dont elle bénéficie. Une fois sortie de la salle de réveil après prescription de l'anesthésiste, elle peut retourner dans le service sauf si elle est encore sous surveillance obstétricale et sera dirigée comme il se doit vers la SDN afin que la SF assure la surveillance obstétricale nécessaire.

Dans ces conditions, les transmissions et communications entre les deux équipes seront essentielles: l'encadrement SF rappelle que les 6 SDN ont un taux d'occupation très variable fluctuant parfois sur un temps très court, qu'une SDN initialement destinée à un retour de patiente césarisée pour sa surveillance obstétricale, peut être reprise en urgence par une patiente sur le point d'accoucher. F.Egal rappelle la priorité à laisser une SDN libre pour un accouchement imminent et la nécessaire négociation entre les équipes lorsque la charge de travail des sages-femmes est forte.