



**HAL**  
open science

# Réhabilitation précoce en post césarienne : évaluation et mise en place d'un protocole à la maternité du CHU de Rouen

Lucie Tollet

► **To cite this version:**

Lucie Tollet. Réhabilitation précoce en post césarienne : évaluation et mise en place d'un protocole à la maternité du CHU de Rouen. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00905989

**HAL Id: dumas-00905989**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00905989>**

Submitted on 19 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.

N° 455

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

# **Réhabilitation précoce en post césarienne**

Evaluation de la mise en place d'un protocole

à la maternité du CHU de Rouen

Mémoire présenté par

Mademoiselle Lucie TOLLET

Née le 04 Mars 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION année 2013

- Pouvoir Landis - grand
- par & rentat en le grand
- Beaucoup de fois mangent car
- non rentat - fait un fait -
- Anesthésie pour en dire de doubleur qui est rentat
- Palate avec beaucoup de temps
- 60% de doubleur au 1er levé
- et par de beaucoup de de doubleur
- adople au 1er levé
- Bien rentat, utile, important pour que je

---

- Pour des fois - Audit lippeole  
 - ou rentat par le fait de moi ?  
 - Anesthésie de doubleur  
 - Anesthésie de palat  
 - Anesthésie de palat

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

# **Réhabilitation précoce en post césarienne**

Evaluation de la mise en place d'un protocole

à la maternité du CHU de Rouen

Mémoire présenté par

Mademoiselle Lucie TOLLET

Née le 04 Mars 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION année 2013

*A Madame Rachet, anesthésiste au bloc de gynécologie, directrice de ce mémoire,  
Pour sa présence à mes côtés, sa grande disponibilité et ses précieux conseils.*

*A Madame Le Guen, sage femme cadre enseignante, accompagnatrice de ce mémoire,  
Pour ses conseils et sa rapidité.*

*A mes parents, à ma famille  
Pour leur soutien et leurs encouragements à chaque étape de ma formation.*

*A Yoann,  
Pour sa présence et son soutien à toute épreuve.*

*A mes amis,  
Pour les bons moments passés ensemble.*

## Sommaire

<b>REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	2
1 La réhabilitation précoce.....	2
1.1 Principes et objectifs.....	2
1.2 La réhabilitation précoce en obstétrique.....	3
1.3 Mise en place au CHU de Rouen .....	3
1.4 Impact économique .....	4
2 La réhabilitation précoce post césarienne .....	5
2.1 L'analgésie .....	5
2.2 L'alimentation .....	7
2.3 La sonde urinaire .....	8
2.4 Les ocytociques .....	9
2.5 L'autonomie .....	10
3 Douleur et post partum.....	11
3.1 Définition et conséquences de la douleur.....	11
3.2 Les antalgiques .....	13
4 Evaluation et amélioration des pratiques .....	16
4.1 L'audit .....	16
4.2 La satisfaction maternelle.....	17
<b>METHODOLOGIE</b> .....	20
1 Objectifs de l'étude .....	20
2 Méthode et matériel.....	20
3 Critères de l'étude .....	22
4 Outils statistiques .....	26
<b>RESULTATS</b> .....	27
1 Profil de la population étudiée .....	27
4.3 Age .....	27

4.4	Origine géographique .....	27
4.5	Indice de masse corporelle .....	28
4.6	La parité et les antécédents obstétricaux .....	28
4.7	Allaitement .....	29
4.8	Les addictions .....	29
4.9	Conditions de la césarienne .....	29
5	Audit du protocole « triple AAA » .....	30
5.1	Surveillance .....	30
5.2	La réintroduction de la boisson .....	30
5.3	La réintroduction de l'alimentation .....	31
5.4	Ablation de la perfusion .....	32
5.5	Ablation de la sonde urinaire .....	33
5.6	Le premier lever .....	34
5.7	Les antalgiques avant la 6 <sup>ème</sup> heure .....	35
5.8	Antalgiques entre la 6 <sup>ème</sup> et la 24 <sup>ème</sup> heure .....	36
5.9	Autres traitements .....	36
5.10	EVA des premières 24 heures .....	37
6	Prise en charge par les sages-femmes des jours suivant les premières 24 heures...	38
7	Incidents au cours du post-partum et retour à l'autonomie .....	39
7.1	Incidents .....	39
7.2	Autonomie .....	40
8	Etude de la satisfaction des patientes .....	40
8.1	Satisfaction des patientes par rapport à leur prise en charge en suites de couches .....	40
8.2	Gêne majeure au retour du bloc opératoire .....	41
8.3	Facteurs associés à la douleur .....	42
8.4	Facteurs associés à la gêne par la perfusion .....	42
8.5	Facteurs associés à la gêne par la sonde urinaire .....	42

8.6	Facteurs associés à l'alitement .....	43
8.7	Facteurs associés à la difficulté de la mise en place du lien mère-enfant (LME) 43	
8.8	Facteurs associés à la faim et la soif.....	44
9	Ressenti des patientes face à la prise en charge de la césarienne.....	44
10	Commentaires des femmes interrogées.....	45
	<b>DISCUSSION</b> .....	47
1.	L'audit de pratique concernant le protocole « AAA ».....	47
1.1.	Les limites de l'audit .....	47
1.2.	Comparaison des 2 audits .....	47
2.	Qu'en est-il du protocole « AAA » et de sa mise en place aujourd'hui ?.....	48
2.1.	Les leviers de la mise en place du protocole .....	48
2.2.	Les freins à la mise en place du protocole.....	50
2.3.	Les incidents rencontrés durant l'étude .....	52
3.	Qu'en est-il du point de vue des patientes ?.....	53
3.1.	Les points positifs des patientes .....	53
3.2.	Les points négatifs des patientes .....	53
4.	Quelles améliorations sont encore possibles ?.....	54
4.1.	La prise en charge de la douleur.....	54
4.2.	La traçabilité et la prise en charge multidisciplinaire.....	57
4.3.	L'information .....	58



## INTRODUCTION

Le concept de la réhabilitation précoce est apparu dans des années 50 en chirurgie cardiaque grâce aux travaux de Henry Kehlet. Il la définit comme « une approche multidisciplinaire de la période post opératoire visant au rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques antérieures d'un patient opéré ». Cette approche nécessite une collaboration multidisciplinaire (anesthésistes, chirurgiens, personnel paramédical).

Ce programme permet de réduire la durée d'hospitalisation. Il prévient les complications post chirurgicales sévères (principalement thrombo-embolique dans le cas de la césarienne) et favorise une réalimentation et une déambulation précoces. Il est essentiellement basé sur l'obtention d'une analgésie de qualité grâce au principe d'analgésie multimodale.

Il est aujourd'hui utilisé dans de nombreux services et son efficacité sur la morbidité post opératoire et la satisfaction des patients n'est plus à démontrer. Il est depuis quelques années introduit dans certaines maternités où ce concept s'applique parfaitement pour l'installation de la relation mère-enfant.

Récemment, ce concept a été instauré au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. Nous avons voulu à travers ce mémoire nous pencher sur sa mise en place et ses résultats à travers un audit de pratiques associé à un questionnaire de satisfaction maternelle.

## REVUE DE LA LITTERATURE

### 1 La réhabilitation précoce

#### 1.1 Principes et objectifs

La réhabilitation précoce repose sur un principe de médecine factuelle, basé sur des faits clairement établis et des publications scientifiques appuyées par des cas cliniques, études de cohorte, méta analyses, essais cliniques contrôlés randomisés. Pour être valable, elle repose sur plusieurs faits, tous évalués en fonction de leurs bénéfices et de leurs effets indésirables. Ce principe doit impérativement suivre les évolutions de la médecine(28).

Les programmes de réhabilitation ont pour objectif, d'après la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), « une amélioration de l'évolution fonctionnelle des opérés et une réduction de la morbidité postopératoire, essentiellement par un contrôle de la physiologie et de l'organisation des soins péri opératoires »(38). Lors des césariennes cela impliquent une technique chirurgicale peu traumatisante, une anesthésie locorégionale, une gestion multimodale de la douleur, une prévention des nausées, des vomissements et des effets secondaires imputables aux morphiniques, une nutrition précoce, une minimisation du maintien de la voie veineuse périphérique et de la sonde urinaire, des soins postopératoires peu invasifs et une prévention des thromboses veineuses périphériques ce qui nécessite donc un engagement pluridisciplinaire(9).

Il en découle une réduction du temps de convalescence et de séjour grâce à une mobilisation et une autonomie plus précoce, ce qui représente un impact majeur sur le plan économique, ainsi qu'une augmentation de la satisfaction des patients retrouvée dans de nombreuses études(1).

## 1.2 La réhabilitation précoce en obstétrique

D'après l'OMS, les césariennes représentent aujourd'hui 25% des accouchements en France, or elle recommande un taux maximum de 15%. Cette différence s'explique par les évolutions de la pratique clinique, par la pression médico-légale et par la demande des femmes, du fait que la césarienne soit maintenant considérée comme une intervention chirurgicale mineure routinière. Elle véhicule une image de sécurité malgré les études démontrant un risque augmenté de complications materno-fœtale.

La césarienne est un geste chirurgical nécessitant une anesthésie qui peut créer un frein à la mise en place du lien mère-enfant. C'est pour cette raison que la restauration à l'état physiologique et le retour à l'autonomie sont primordiaux. La réhabilitation précoce en obstétrique repose donc sur une réduction du temps de retour à l'autonomie ainsi qu'une accélération de la récupération physiologique pour faciliter ce lien(16)(17).

## 1.3 Mise en place au CHU de Rouen

Le protocole de réhabilitation précoce, appelé « protocole triple AAA » signifiant Analgésie, Alimentation, Autonomie, a vu le jour suite à un état des lieux de la prise de charge de la douleur auprès des patientes césarisées. Chez certaines patientes, les professionnels de santé ont constaté une intensité élevée de la douleur en suites de couches malgré la prescription d'antalgiques. En parallèle, les anesthésistes notent une large appréhension sur l'utilisation de la morphine par les équipes soignantes. Ce fut donc l'occasion de refaire un point sur les différents analgésiques postopératoires, et d'inclure un programme de récupération rapide post césarienne.

Ce protocole reprend les principes de la réhabilitation précoce et compatible avec l'allaitement : (annexe I et II)

- une analgésie multimodale associant des analgésiques non morphiniques en traitement de base (paracétamol, Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS), Nefopam, Tramadol) et des morphiniques systématiques par voie intrathécale,

périmédullaire par l'anesthésie locorégionale ou de secours par voie orale (Actiskénan®)

- les boissons sont proposées dès le retour en suites de couches et une alimentation dès la 6<sup>ème</sup> heure et un passage aux antalgiques per os à partir de la 8<sup>ème</sup> heure.
- Un retrait dès la 8<sup>ème</sup> heure de la perfusion et de la sonde urinaire, suivi immédiatement si possible du premier lever.

Concernant la prescription d'antalgiques, les 24 premières heures du protocole post césarienne sont déterminées par les anesthésistes en fonction du déroulement de l'intervention et des contre-indications. Dès le premier jour du post partum, les sages-femmes prennent en charge l'analgésie de la patiente. Même si l'arrêté du 12 octobre 2011 précise la liste des médicaments qu'elles peuvent prescrire : « Pour chaque classe thérapeutique, [elles doivent] tenir compte du résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5121-21 du code de la santé publique, et notamment des indications, contre-indications éventuelles et des données relatives à la grossesse et l'allaitement. Toute commande de médicaments à usage professionnel ou toute prescription doit être rédigée conformément aux dispositions réglementaires »(18), les anesthésistes ont établis un « protocole patron » à l'intention des sages-femmes (annexe III) afin d'uniformiser les pratiques.

#### 1.4 Impact économique

Nous évoluons de nos jours dans une société où la pression économique est un enjeu majeur au cours de toutes hospitalisations. Le concept de la réhabilitation précoce vise avant tout une autonomie précoce de la patiente et une diminution du taux de complications post opératoire. Cependant, son but est également de réduire les dépenses de santé par une durée d'hospitalisation plus courte.

## 2 La réhabilitation précoce post césarienne

### 2.1 L'analgésie

Dans les années 1980, la morphine avait une très large place dans l'analgésie post opératoire. Il est aujourd'hui démontré dans de nombreuses études que cet antalgique utilisé seul ne diminue pas suffisamment la douleur post opératoire, en particulier à la mobilisation, et expose la patiente à de nombreux effets indésirables tels que nausées, vomissements, retard à l'apparition du transit intestinal, sédation excessive avec somnolence et retentissement respiratoire(37). On comprend alors que cette pratique gêne particulièrement en suites de couches et compromet l'allaitement maternel. Depuis le concept introduit par Henry Kehlet, l'analgésie idéale après césarienne est celle qui assure le confort de la mère avec le moins de sédation et d'effets indésirables possibles, compatible avec l'allaitement maternel et favorisant la réhabilitation précoce afin de ne pas entraver la relation mère-enfant. Il n'existe de nos jours aucun analgésique idéal, mais l'analgésie multimodale permet de limiter les effets indésirables en utilisant de faibles doses, tout en agissant au mieux sur la douleur(35)(40). Grâce aux études menées par la SFAR, l'intérêt de l'analgésie multimodale n'est plus à démontrer.

La prise en charge multimodale associe différentes drogues comportant des sites d'actions différents et permettant d'obtenir des effets synergiques. Ces antalgiques sont alors utilisés en quantité moindre, les effets secondaires dose dépendant sont donc eux aussi diminués. Cette technique a montré depuis une dizaine d'années sa supériorité en terme d'analgésie, en particulier à la mobilisation, et un retour plus rapide à la physiologie(40)(33).

Une infiltration cicatricielle ou un TAP bloc (bloc dans le plan transverse de l'abdomen) est alors réalisée au bloc opératoire. Cette méthode permet, comme la précédente, de réduire la quantité d'opiacés en post opératoire après une anesthésie générale pour permettre la réhabilitation précoce. Les études sont hétérogènes concernant ce sujet, mais plusieurs s'accordent sur un bénéfice des scores de douleur au repos et à la mobilisation, ainsi que sur la satisfaction maternelle(17)(16)(8).

En 1999, la voie orale n'était pas encore recommandée. Néanmoins, nous savons aujourd'hui qu'elle apporte intérêt au confort du patient, car elle ne nécessite plus le

maintien de la perfusion et permet alors une autonomie plus rapide. Elle est à privilégier dès que possible à partir du moment où il y a eu une reprise de l'alimentation orale. Elle est donc tout à fait recommandée dans ce contexte de réhabilitation précoce mais nécessite une éducation et une information des patients de la part de l'équipe soignante(35).

Les recommandations de l'analgésie multimodale de la SFAR ont été réévaluées en 2005 : « Elle consiste à associer des médicaments analgésiques et des techniques ayant des sites d'action différents et complémentaires, à l'origine d'interactions additives voire synergiques »(37). Il est également démontré une efficacité dans l'association anesthésie locorégionale et analgésie systémique. La voie orale est aujourd'hui recommandée dans le contexte du post opératoire immédiat pour toutes les chirurgies n'entraînant pas d'iléus post opératoire.

Dans le protocole « triple AAA », ces recommandations sont appliquées :

- l'analgésie multimodale occupe une part importante
- les antalgiques sont donnés par voie orale, en systématique, dès la reprise de l'alimentation à partir de la 6<sup>ème</sup> heure
- les césariennes doivent être réalisées soit sous rachianesthésie qui associe la Bupivacaïne® (un anesthésique local) et 2 morphiniques (le Sufenta® à action rapide et la morphine à durée d'action prolongée), soit sous péridurale qui associe la Naropeïne® ou la Xylocaïne® (des anesthésiques locaux) et ces 2 même morphiniques
- en cas de césarienne sous anesthésie générale, l'infiltration cicatricielle ou de TAP bloc est développé

Cependant, l'analgésie multimodale ne permet pas à elle seule de réduire la morbidité et la convalescence post opératoire. Il faut pour une meilleure efficacité l'inclure dans une stratégie de prise en charge complète telle que celle décrite par la définition de la réhabilitation précoce.

## 2.2 L'alimentation

La césarienne est facteur de complications, en particulier sur le plan digestif. Une de ces complications est l'iléus post opératoire, défini comme une inhibition fonctionnelle de l'activité motrice du tube digestif. Il est favorisé par l'ouverture de la cavité péritonéale, de l'alitement prolongé et de l'utilisation d'opiacés. Le traitement classique a recours à l'utilisation de sonde naso-gastrique jusqu'à la reprise du transit, à l'introduction des boissons et de l'alimentation respectivement à l'apparition des gaz et des selles, au drainage abdominal jusqu'à la reprise du transit et à un premier lever tardif. L'ensemble de ces conduites a été réévalué suite au concept de réhabilitation précoce(34).

Traditionnellement, en post césarienne, l'alimentation solide n'était proposée qu'après une reprise des premiers gaz, et si la patiente ne présentait ni nausées, ni vomissements car une alimentation trop précoce entraînerait davantage de nausées, de vomissements, et des distensions abdominales. Or il a été démontré dans de nombreuses études que cette attitude n'était pas adaptée, qu'il n'y a jamais eu clairement d'intérêt au jeûne post opératoire et que la reprise précoce de l'alimentation est possible sans risque (3)(40). Contrairement aux idées reçues, la césarienne, étant une chirurgie pelvienne, n'a pas d'effet significatif sur le transit(17).

Ces études ont comparé les différences entre une alimentation précoce (boissons vers la 1<sup>ère</sup> heure et alimentation vers la 6<sup>ème</sup> heure) et la reprise traditionnelle de l'alimentation. Elles s'accordent à dire qu'il n'y a pas d'augmentation de la morbidité gastro-intestinale, que le transit est repris plus précocement, et qu'il n'y a pas d'augmentation des nausées, vomissements et diarrhées. Aucun effet indésirable n'a été mis en évidence et l'on note une haute satisfaction des patientes ainsi qu'une diminution de la faim et de la soif dans les groupes avec alimentation précoce. Il faut noter que l'alimentation est légère et progressive (par exemple potage, laitage, ou petit déjeuner selon le moment de la césarienne, suivi d'un repas complet dès le 2<sup>ème</sup> repas)(40)(12)(16)(17).

Aujourd'hui, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande une alimentation légère et précoce dès la 6<sup>ème</sup> heure après la césarienne, si celle-ci est possible(42). Le protocole « tripe AAA » s'appuie sur cette

recommandation et préconise la boisson à volonté dès le retour en suites de couches, et l'alimentation dès la 6<sup>ème</sup> heure.

### 2.3 La sonde urinaire

Parmi les complications de la césarienne, on retrouve fréquemment celles liées au maintien de la sonde urinaire. Elles sont regroupées en 2 types de complications : l'infection urinaire et la rétention urinaire.

La rétention urinaire comprend des niveaux de gravité différents, allant de la dysurie à la rétention urinaire aigüe.

- La dysurie est une difficulté à l'évacuation de la vessie. Etant le plus souvent indolore et d'installation progressive, elle passe souvent inaperçue.
- La rétention urinaire est décrite selon les auteurs de l'ordre de 0,7 à 17,9% des accouchements voie basse. Elle est définie par une absence de miction 6h après l'accouchement, associée à un volume vésical supérieur à 400ml et suspectée devant une douleur sus pubienne, une impériosité associée à une impossibilité d'uriner et confirmée par une échographie des résidus post-mictionnels(7).
- La rétention aigüe d'urine est définie par une impossibilité d'uriner spontanément dans les 96h suivant l'accouchement, associée à un résidu post mictionnel supérieur à 150ml. Elle représente 0,05 à 0,1% des accouchements(11).

Les deux facteurs de risques de la rétention urinaire sont un remplissage vasculaire supérieur à 750ml et l'utilisation d'opiacés qui altère la contractibilité du détrusor et atténue la sensation d'envie d'uriner. Ce sont donc des pathologies peu fréquentes et difficiles à apprécier après une césarienne du fait de l'utilisation des anesthésiques locaux, des opiacés par voie locorégionale et du maintien de la sonde urinaire pendant 24h(11). La rétention urinaire est considérée lorsqu'il n'y a pas eu de miction spontanée 12h après l'ablation de la sonde urinaire (Pr D. Benhammou).

L'infection urinaire est fréquente après le portage de sonde urinaire à demeure. Elle est proportionnellement liée au temps de maintien de la sonde, celle-ci créant une agression des tissus et une réponse inflammatoire. Elle est source d'inconfort postopératoire.



Actuellement, certaines études jugent possible le retrait immédiat de la sonde urinaire après l'intervention. Les doses d'analgésiques utilisées pour les césariennes ne posent pas de problème car elles sont faibles et l'effet est limité à une durée de 2-4 heures pour les anesthésies péridurales et 6h pour les rachianesthésies, le risque urinaire en est donc réduit(16)(17). Il a été démontré un gain de confort, une réduction du risque d'infection urinaire et un faible taux (de l'ordre de 4%) de recathétérisation urinaire pour rétention. Cependant il est important de noter que pour cette étude menée par J. Gohoreishi, qu'aucune des patientes ne recevait de morphine périmédullaire(16)(17)(22). En pratique, il est recommandé de retirer la sonde urinaire quand la réhydratation est satisfaisante. Il faut ensuite être très vigilant pour la recherche d'une rétention urinaire cliniquement ou échographiquement(17). La Conférence de Consensus sur les Infections Urinaires Nosocomiales recommande de limiter au maximum la sonde à demeure en post césarienne et de préférer l'auto sondage qui, s'il est réalisé dans les mêmes conditions d'asepsie, réduit les infections urinaires et améliore la qualité de vie(25). Son désavantage est la douleur lors de sa réalisation. Il doit être associé à une surveillance du résidu post-mictionnel par échographie bladder sus pubienne. Un retrait entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> heure semble donc être un bon compromis.

#### 2.4 Les ocytociques

La césarienne augmente le risque d'hémorragie du post partum. Il est donc important d'utiliser les ocytociques, comme moyen de prévention. Au cours de la grossesse, le nombre de récepteurs à l'ocytocine augmente sous l'influence des œstrogènes, avec un pic au moment du terme. Ceci explique l'efficacité de l'ocytocine même à très faible dose(16)(17).

L'ocytocine est une hormone naturelle synthétisée par la posthypophyse. Elle existe de nos jours sous forme d'ocytocine de synthèse, le Syntocinon®, ayant une constitution et des propriétés pharmacologiques identiques à celle de l'hormone naturelle. Il est à la fois préventif et curatif de l'hémorragie de la délivrance. Selon le Vidal, il s'utilise en France pour 3 indications : « pour une insuffisance des contractions utérines (en début ou en cours de travail), pour une chirurgie obstétricale (césarienne, interruption de grossesse... pour l'obtention d'une bonne rétraction utérine) ou pour une atonie utérine consécutive à une hémorragie de la délivrance ». Pour la césarienne, il est

utilisé en traitement préventif à la posologie de 5 à 10UI en intraveineuse lente après clampage du cordon et maintenue plus ou moins longtemps en raison de sa demi vie courte (de 3 à 17 minutes)(32)(23). Cette posologie varie selon les pays anglo-saxons, elle est utilisée à une dose de 30 à 40UI pendant les 4 premières heures du post partum. Plusieurs études randomisées ont pu mettre en évidence l'efficacité de la posologie anglo-saxonne par une réduction du taux d'hémorragie de la délivrance, du volume des pertes sanguines, des transfusions et du recours aux doses supplémentaires d'utérotoniques(16)(17).

Aujourd'hui il existe une nouvelle molécule, la carbétocine, nommée Pabal®. Il s'agit d'un analogue synthétique d'ocytocine humaine, s'utilisant uniquement en prévention de l'atonie utérine après un accouchement par césarienne sous anesthésie loco-régionale. Grâce à sa demi-vie d'environ 40 minutes, il est administré à la posologie de 100microgrammes/ml en injection unique, après la naissance (et de préférence avant l'expulsion du placenta). Il permet ainsi de réduire le maintien de la perfusion, ce qui semble être plus compatible avec le principe de réhabilitation précoce. Il est rapporté les mêmes effets indésirables qu'avec le Syntocinon®, c'est-à-dire essentiellement des nausées et des vomissements, mais à une fréquence identique ou plus faible selon les sources(23).

## 2.5 L'autonomie

L'objectif d'autonomisation précoce est présent tout au long de ce protocole. En effet, la prise en charge active de la douleur, l'ablation précoce de la voie périphérique, de la sonde urinaire et l'alimentation par voie orale permettent un premier lever possible entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> heure du post partum, ce qui est très important pour la mise en place du lien mère-enfant. Ce lien s'établit dans les premières heures après la naissance par l'interaction entre la mère et son nouveau-né, grâce au proto-regard, au peau à peau, à l'allaitement et aux soins qu'elle pourra lui prodiguer. L'allaitement et les soins de l'enfant nécessitent une certaine autonomie maternelle, favorisée par ce lever précoce. Il permet également aux mères d'aller rapidement voir leur bébé dans le service de néonatalogie lorsque celui-ci est hospitalisé pour des raisons médicales, afin de favoriser ce lien difficile à établir dans ces conditions.

Le deuxième point important de cette autonomie précoce est la prévention des thromboses veineuses profondes et de sa grande complication : l'embolie pulmonaire. Elles sont la 3<sup>e</sup> cause de mortalité post partum en France et sont 20 fois plus fréquentes chez la femme césarisée. Sa physiopathologie est la combinaison de trois facteurs : la stase veineuse favorisée par l'alitement, la lésion de l'endothélium favorisée par la chirurgie, et l'activation des facteurs de la coagulation favorisée par l'accouchement(10). La prévention de cette pathologie était déjà très largement répandue par l'administration d'anticoagulants en sous cutané associée au port de bas de contention. Elle est complétée par les règles d'hygiène de vie qui, selon L'ANAES, sont le lever précoce, la mobilisation et la surélévation des jambes. Le CNGOG recommande une prévention veineuse large mais il n'existe pas de protocole précis et uniforme de nos jours(42).

### 3 Douleur et post partum

#### 3.1 Définition et conséquences de la douleur

La douleur est définie par l'OMS comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite au terme d'un tel dommage ». C'est toujours une expérience subjective, colorée par les apprentissages antérieurs et les motivations actuelles. Une douleur psychogène, sans lésion objective, est aussi légitime qu'une douleur physique. Elle possède de nombreuses composantes : une composante sensorielle due aux mécanismes nerveux permettant le décodage de la qualité, l'intensité et la localisation des messages douloureux, une composante affective due aux tonalités désagréables, pénibles, parfois insupportables, menant à un état anxio-dépressif, une composante cognitive regroupant les processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse, une composante comportementale due aux manifestations verbales et non verbales de la personne qui souffre, une composante socio-économique avec des réactions différentes selon la profession, et enfin une composante culturelle selon les lieux et les traditions religieuses(21).

La césarienne associe une douleur somatique liée à l'incision et une douleur viscérale liée aux contractions utérines. Elle est difficile à évaluer à cause de ses

nombreuses composantes, mais elle est décrite principalement comme intense dans les premières 24 à 48 heures, décroît le 2<sup>ème</sup> jour et perdure jusqu'au 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> jour(27). Elle se renforce également aux moments de la mobilisation. Son intensité est placée en 3<sup>ème</sup> position après celle de la chirurgie thoracique et de la chirurgie sus-ombilicale(2).

La douleur s'évalue grâce à des échelles déterminant le ressenti par le patient lui-même car il est avéré qu'il y a une grande divergence entre le « vécu du malade » et l'impression du médecin. Il s'agit de l'échelle verbale simple, de l'échelle visuelle analogique (EVA) et de l'échelle numérique (EN). Ces échelles permettent de quantifier à un instant donné le niveau de douleur afin de déclencher un traitement adéquat à partir d'algorithmes prédéfinis puis ensuite d'évaluer l'efficacité du traitement administré(33). Or l'audit national réalisé par D. Fletcher et consacré à la douleur post opératoire met le doigt sur le fait que l'utilisation du score de douleur à la sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle reste très faible (19,8%), et que l'évaluation aux mouvements ainsi qu'après l'administration d'antalgiques supplémentaires est rare. Il est recommandé de l'évaluer au moins une fois par équipe soignante avec un recueil écrit accessible à tous(41).

L'analgésie post opératoire est un domaine qui a longtemps sous évalué et parfois même négligé. On sait aujourd'hui qu'il y a un lien entre l'intensité de la douleur post opératoire et le risque de chronicisation de la douleur (douleur perdurant plus de 3 mois)(36). Une étude anglaise a montré que la douleur post opératoire limite les mouvements pour s'asseoir, se lever, marcher. Elle est aussi un obstacle à une bonne position d'allaitement, aux soins d'hygiène, pour les repas et l'élimination. Il s'avère qu'elle est également un frein à la mise en place du lien mère-enfant et qu'elle augmente le risque de dépression du post partum(13).

En France, les « plans douleur » se sont succédés depuis 1994 avec pour objectif la lutte contre la douleur considérée comme le 5<sup>ème</sup> signe vital par l'américain DM. Philips à la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(41). Les recommandations sur la prise en charge de la douleur ont été dernièrement réactualisées sous la forme d'une Recommandation formalisée d'Experts en 2009, malgré un faible niveau de preuve du à la multiplicité de protocoles différents et à la spécificité de chaque chirurgie(28).

### 3.2 Les antalgiques

#### ➤ Le paracétamol (Perfalgan®, Dafalgan®)

Le paracétamol est un antalgique de palier 1, le plus prescrit en période post opératoire. Il cumule une action antalgique et antipyrétique. Il est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée, faisant suite à des actes de chirurgie mineure et/ou des états fébriles. Son mécanisme est encore mal élucidé. Il agirait principalement au niveau du système nerveux central. Aux doses thérapeutiques, c'est l'antalgique de choix pendant l'allaitement maternel ; il procure une analgésie efficace pour 4 heures avec très peu d'effets secondaires, il est donc donné 1g toutes les 6 heures en systématique. Il doit être prescrit par voie orale dès que possible car sa biodisponibilité est proche de 100% et son début d'action est de l'ordre de 30 minutes. Cependant, il est insuffisant à lui seul pour l'analgésie des premières 24 heures, il doit donc être associé aux AINS chaque fois que cela est possible(28)(23)(39)(37).

#### ➤ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Profenid®, Bi-profénid®)

Les AINS sont également des antalgiques de palier 1. Ils sont essentiels pour soulager la douleur post opératoire, en particulier la douleur inflammatoire et la composante viscérale de la douleur post césarienne. Ce sont de puissants antalgiques, antipyrétiques et antihyperalgésiques. A faible dose, ils sont également anti-inflammatoires. Ils inhibent la synthèse de prostaglandine via une inhibition des COX1 et COX2. Une de leurs limites est leur délai d'action de 2 à 4 heures quelque soit la voie d'administration, il faut donc anticiper leur prise par une prescription en systématique. Dans notre protocole, ils sont prescrits à la posologie de 100mg LP (libération prolongée) toutes les 12 heures. De plus, il est important de respecter leurs nombreuses précautions d'emploi et contre indications, en particulier les infections évolutives, les hémorragies du post partum, et les autres non spécifiques au post-partum(28)(23)(37)(39).

Les AINS ont été introduits en systématique que récemment en post opératoire, avec le concept d'analgésie multimodale, afin de diminuer la quantité de morphine. En

effet, ils permettent une épargne morphinique d'environ 50% diminuant les nausées et les vomissements, la sédation et la durée de l'iléus post opératoire provoqués par la morphine(28)(23)(37)(39).

Les AINS passent dans le lait maternel, mais avec un passage mineur, inférieur à 4%. Les avis sur leur prescription au cours de l'allaitement sont divergents, mais la plupart s'accordent à dire qu'à condition de limiter leur dose et leur durée, ils sont sans risques maternels et néonataux. Aucun évènement particulier n'a été rapporté(28)(23)(37)(39).

➤ Le Néfopam (Acupan®)

Le Néfopam est un antalgique d'action centrale non morphinique de palier 1 de la famille des benzoxacines. Il diminue la transmission de l'information douloureuse entre les neurones de premier et deuxième ordre. Il est indiqué dans le traitement symptomatique des affections douloureuses aiguës, notamment pour les douleurs post opératoires. Les études mettent en évidence une activité antihyperalgésique, ainsi qu'une synergie importante avec les AINS lui donnant toute sa place dans l'analgésie multimodale. De plus, il augmente l'efficacité du paracétamol sur l'épargne morphinique. Son mode d'administration n'existe que par voie parentérale. En post opératoire il est utilisé en sublingual, avec une biodisponibilité de 40%. Un de ses métabolites est actif en sublingual et explique une partie de l'effet antalgique. Seulement, il n'y a que très peu d'études sur l'efficacité du Néfopam par voie orale(28)(37)(23)(39)

Le Néfopam est utilisable à la posologie de 20mg renouvelables toutes les 4 heures sans aucun effet rapporté au cours de l'allaitement pendant les 24 à 48 premières heures après l'accouchement. Cependant, étant donné l'absence d'études, il est préférable de suspendre l'allaitement au delà de cette période(28)(37)(23)(39).

➤ Le Tramadol (Topalgic®)

Le Tramadol est un analgésique central de synthèse de palier 2, dont la structure chimique est proche de celle de la morphine. Son métabolisme principal de biotransformation est le O-déméthyl-tramadol au potentiel analgésique 2 à 4 fois

supérieur à celui du Tramadol. Mais toutes les personnes n'ont pas les mêmes capacités de métabolisation, l'efficacité analgésique est donc différente selon les patientes. Il est utilisé pour le traitement des douleurs modérées à intenses de l'adulte, à la posologie de 50 ou 100mg renouvelables toutes les 4 à 6h sans dépasser 400mg/24h. Son association avec le paracétamol et/ou les AINS augmente l'efficacité du Tramadol et permet de diminuer ses doses. Son association avec la morphine n'est pas contre-indiquée mais augmente le risque d'effets secondaires (dépression respiratoire, nausées, vomissements, confusion, constipation) du fait de leur action synergique(28)(37)(23)(39)(18).

Les études chez les femmes allaitantes sont limitées, mais d'après le Crat (centre de référence des agents tératogènes chez la femme enceinte), la quantité retrouvée de Tramadol et de son métabolite actif chez le nouveau-né allaité est de l'ordre de 3% aux doses thérapeutiques maternelles maximales. Aucun événement néonatal n'a été observé, son utilisation est donc envisageable en première intention pour le traitement des douleurs résistantes aux antalgiques de palier 1 dans les 2 à 4 jours suivant l'accouchement. Il faut pour autant rester vigilant sur la surveillance du nouveau-né, en particulier sur le risque de dépression respiratoire. Si le traitement doit être suivi plus longtemps, il est conseillé de suspendre l'allaitement(28)(37)(23)(39)(18).

➤ Morphinique (Actiskénan®)

L'Actiskénan® est un agoniste pur des récepteurs opioïdes de palier 3. C'est un morphinique à libération immédiate par voie orale. Il est indiqué pour le traitement des douleurs intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible. Sa posologie est de 10mg renouvelables à 4 heures d'intervalle. Ses effets indésirables les plus fréquents sont une somnolence, une confusion, des nausées et des vomissements, et sont augmentés par l'association à certaines molécules comme le Tramadol. Ils peuvent par contre être associés avec le Néfopam qui combine un effet antalgique et antihyperalgésique. Ses effets sont à l'origine de la faible utilisation de morphiniques en suites de couches, malgré le très faible risque en prise unique. Il est recommandé d'utiliser la morphine à libération immédiate par voie orale, à débiter en même temps que la reprise de l'alimentation orale, selon le protocole de notre service, et après un

laps de temps de 18 heures après l'administration de morphine intrathécale(40))(37)(23)(39).

La morphine se concentre dans le lait maternel mais chez le nouveau-né l'effet de premier passage hépatique de cette molécule ainsi que les doses faibles transférées en cas d'utilisation de courte durée ne présentent pas de risque pour celui-ci. En cas d'allaitement, il est utilisé pendant 24 à 48 premières heures sans risque. En cas d'administration répétée ou au-delà de cette période, il est préférable de suspendre l'allaitement par manque de données(40))(37)(23)(39).

#### 4 Evaluation et amélioration des pratiques

##### 4.1 L'audit

La démarche qualité est basée sur la capacité à satisfaire les besoins et les attentes du patient. Le décret du 14 avril 2005 recommande une « analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ». Il vise l'amélioration constante de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé et la promotion de la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience(20). Cette démarche qualité doit à chaque fois faire l'état des risques encourus par rapport aux bénéfices escomptés. Pour cela, elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle et fait référence à des recommandations selon une méthode élaborée et validée par la Haute Autorité de santé (HAS) : l'audit en est la démarche la plus classique. En parallèle, la composante économique est en permanence présente.

L'audit clinique est une méthode expérimentée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 1990 à 1997. Il est défini par l'HAS comme « une méthode d'amélioration de la qualité par comparaison à des références admises ». Il mesure les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue dans un but de s'orienter vers l'action, en tenant compte de la charge de travail(29). Il est important de préciser que l'objectif est ciblé sur l'amélioration des pratiques et non sur l'évaluation des personnes. L'audit clinique ciblé est également une



méthode d'évaluation des pratiques qui permet, à l'aide d'un nombre limité de critères, de comparer ces pratiques à des références admises, en vue de les améliorer(30). Il s'adresse directement aux responsables médicaux, ainsi qu'aux cadres.

Il existe deux types d'évaluation. La première, basée sur les aspects techniques des soins est centrée sur les pratiques : c'est l'audit. La deuxième, basée sur les aspects humains des soins est centrée sur l'avis des patients. Il est plus facile d'améliorer la structure et les procédures que le résultat pour le patient(4).

#### 4.2 La satisfaction maternelle

La satisfaction est la mesure dans laquelle les objectifs souhaités ont été atteints. Dans le domaine de la santé, c'est un concept assez récent mais qui est devenu obligatoire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 qui assure l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. Elle a pour but d'évaluer la qualité des soins(19).

De nombreuses études de satisfaction en périnatalité ont été menées à l'étranger, comme par exemple le « *salmon's item list* » en Allemagne, qui évalue la satisfaction maternelle entre les 48 et 96 premières heures du post partum afin de prendre en compte l'adaptation émotionnelle, le confort physique, le ressenti et l'expérience négative. On retrouve également le « *mackey satisfaction rating scale* » au Royaume Uni qui évalue la satisfaction générale, la satisfaction de soi, de l'arrivée de l'enfant, du contact avec la sage-femme et du soutien du conjoint. En France, les études ont pris de l'ampleur à la fin des années 2006 avec la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation en Santé) afin de faire un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes accouchées avant la concrétisation du plan de périnatalité qui prône l'humanisation des soins(19).

Les soins à l'hôpital sont parfois critiqués par les patients et leur famille, en cause la dépersonnalisation des soins et les objectifs de qualité fixés en fonction de l'avis de professionnels eux même. Il est donc très important de connaître les attentes du patient dans le but d'humaniser l'hospitalisation(5). Les aspects relationnels et humains sont très importants pour les patients et influencent de façon importante leur perception de la qualité des soins(21). Il est possible de trouver de hauts niveaux de satisfaction

alors que les pratiques sont imparfaites et les niveaux de douleurs élevés. Le degré de satisfaction doit donc prendre en compte la prise en charge de la douleur, la communication, la prise en charge des effets secondaires et l'affichage de la volonté de soulager le patient(41).

**ETUDE**

## **METHODOLOGIE**

### **1 Objectifs de l'étude**

Nous voulons réfléchir sur l'efficacité d'un protocole récemment élaboré dans le service du Pr. Marpeau à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, sa faisabilité dans les conditions réelles de travail et ses limites : le protocole « AAA » qui signifie « Alimentation, Autonomie, Analgésie ».

Notre projet est basé sur 4 objectifs :

- Etudier la mise en place et le respect du protocole dans ce service, par les professionnels soignants, ainsi que l'homogénéisation des pratiques.
- Relever les freins et les leviers liés à l'élaboration et à l'application du protocole.
- Comptabiliser et identifier les pathologies pouvant être imputées à cette prise en charge.
- Evaluer la satisfaction maternelle.

### **2 Méthode et matériel**

#### **➤ Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude unicentrique et prospective afin de permettre une étude qualitative des dossiers en parallèle à un questionnaire de satisfaction maternelle.

Une étude de dossiers comprend l'analyse du protocole « AAA » (prescrit par les anesthésistes pour les 1<sup>ères</sup> 24 heures du post-partum) puis les prescriptions et la surveillance maternelle menées par les sages-femmes pour les jours suivants d'hospitalisation (annexe IV). Nous avons ensuite questionné les femmes entre le 3<sup>ème</sup> jour du post-partum et la sortie afin que celles-ci puissent avoir le temps de recul nécessaire pour donner un point de vue objectif sur leur prise en charge. Ce questionnaire concerne uniquement les points traités par le protocole de réhabilitation précoce en suites de couches (annexe V).

### ➤ Période d'évaluation

Notre étude a commencé le 29 octobre 2012 et s'est terminée le 8 décembre 2012 (6 semaines) afin d'avoir un laps de temps de 6 mois entre la mise en place du protocole et le début de notre étude pour que celui-ci soit bien mis en pratique dans le service. Face à la difficulté de retrouver certains critères, nous avons décidé de recommencer un deuxième audit identique du 8 décembre 2012 au 12 janvier 2013 (5 semaines), après avoir informé les professionnels de l'existence et des objectifs de ce mémoire.

### ➤ Critères d'exclusion

Nous avons choisi pour cette étude d'inclure toutes les césariennes pratiquées durant la période de l'audit et d'analyser les dossiers au cas par cas pour garder uniquement les césariennes sans complications et/ou celles n'entraînant pas de modifications du protocole de base à cause de l'état clinique maternel. Nous avons donc exclu les dossiers présentant les critères suivants :

- Les femmes ne parlant pas français
- Les femmes ne passant pas leurs suites de couches dans le service d'obstétrique 2 pour des raisons d'organisation du personnel
- Les femmes ayant une pathologie préexistante à la grossesse nécessitant une modification du protocole (au cas par cas : RCH, maladie de Crohn, certaines endométrioses, SAPL, vessie neurologique, maladie de Willebrand, insuffisance respiratoire)
- Les femmes ayant un diabète insulino-dépendant (préexistant ou gestationnel)
- Les femmes césarisées pour suspicion ou diagnostic d'infection
- Les femmes ayant eu des pertes sanguines nécessitant un traitement par Nalador®
- Les femmes césarisées pour insertion anormale du placenta entraînant une hémorragie
- Les femmes césarisées pour pathologies vasculaire : HRP, pré-éclampsie, HELLP syndrome
- Les femmes césarisées en urgence pour rupture utérine, rupture d'anévrisme
- Les femmes ayant eu une plaie vésicale pendant la césarienne

### ➤ **Taille de l'échantillon**

Il y a eu au cours de ces 2 périodes au total 148 césariennes (82 pour la première période et 66 au cours de la deuxième), dont 63 inclusions (32 pour le premier audit et 31 pour le deuxième). Nous avons donc 30 dossiers minimum recommandés par la Haute Autorité de Santé pour un audit de pratiques. Pour compléter cet audit, nous avons un total de 56 questionnaires (1 patiente a refusé de répondre et 5 femmes sont sorties avant de remplir le questionnaire et que nous puissions les rencontrer).

## 3 Critères de l'étude

### ➤ **Profil de la patiente et mode de césarienne**

- L'âge est réparti en 6 classes de variables quantitatives : les 15-20 ans, 20-25 ans, 25-30 ans, 30-35 ans, 35-40 ans et 40-45 ans.
- L'IMC est partagé en 4 classes : <18 (maigre), 18-25 (poids normal), 25-30 (surpoids), >30 (obésité).
- l'origine ethnique des patientes
- le nombre de cigarettes consommées avant la grossesse et éventuellement en suites de couches. Cependant, il est impossible de retrouver dans les dossiers le nombre réellement consommé en suites de couches.
- La parité
- Les antécédents de césarienne
- Le mode d'allaitement

Les césariennes sont réparties en 2 groupes :

- Urgentes ou programmées
- L'anesthésie générale ou loco-régionale

### ➤ **Analyse de la prise en charge par les sages-femmes en suites de couches**

Notre étude comprend 2 parties :

- « l'audit 1 » comprenant les 32 premiers dossiers

- « l'audit 2 » avec les 31 dossiers suivants où cette fois les professionnels ont été avertis de l'existence et des critères recherchés dans cet audit.

Notre audit est composé de 10 critères détaillés ci-dessous, chacun ayant été étudié dans les 63 dossiers et classé en 3 catégories :

- « oui » si la prescription de l'anesthésiste est respectée
- « non » si cette prescription n'a pas été correctement suivie
- « non renseigné » si nous n'avons pas retrouvé l'information dans le dossier.

Notons que les anesthésistes ont parfois modifiés ces prescriptions de base en fonction des patientes.

Les 10 critères de l'audit :

- La surveillance : le protocole spécifie que les patientes doivent être vues dans le service de suites de couches à H2, H4, H6, H12, H16, H20 et H24 le premier jour.
- La mise à disposition de la boisson : selon le protocole, la boisson doit être proposée dès l'arrivée en suites de couches. Les anesthésistes n'ont modifié cette base dans aucun des 63 dossiers.
- La reprise de l'alimentation : l'alimentation doit être légère (bouillon, yaourt, compote) et peut être proposée dès la 6<sup>ème</sup> heure post-césarienne. Aucune des prescriptions des 63 dossiers n'a été modifiée par les anesthésistes.
- L'ablation de la perfusion : le protocole préconise son ablation entre la 8<sup>ème</sup> heure et la 12<sup>ème</sup> heure. Les anesthésistes ont modifié la prescription pour 2 dossiers, 1 pour hémorragie per opératoire et 1 pour obésité morbide.
- L'ablation de la sonde urinaire : elle doit également être retirée entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> heure.
- Le premier lever : il peut se faire selon le protocole entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> heure du post-partum en même temps que l'ablation de la perfusion et de la sonde urinaire si la patiente se sent prête à se mobiliser. Aucune patiente n'a eu de prescription modifiée par les anesthésistes.
- Dispensation des antalgiques pour les 6 premières heures : les sages-femmes doivent donner systématiquement 1g de Paracétamol IV(perfalgan®) et 100mg

d'AINS IV (profénid®) selon le protocole. Si l'EVA est supérieure à 3, les sages-femmes peuvent administrer du Néfopam (Acupan®). Les anesthésistes ont modifié cette prescription pour 5 dossiers en supprimant le Profénid® pour allergie connue, hémorragie ou hyperthermie.

Notons que nous avons répondu « oui » si les antalgiques ont été donnés aux bons horaires et selon les EVA décrites par les patientes ou « non » si ces critères n'ont pas été respectés, mais pour aucun dossier nous n'avons pu évaluer l'efficacité des antalgiques administrés car nous n'avons pas retrouvé de réévaluation de l'EVA dans l'heure suivant la prise de l'antalgique.

- Dispensation des antalgiques de la 6<sup>ème</sup> à la 24<sup>ème</sup> heure du post-partum : avec regret, nous n'avons pas pu étudier ce critère ni dans l'audit 1, ni dans l'audit 2.
- Autres traitements : il s'agit de l'anti-émétique Zophren® administré si les femmes ont des nausées et/ou des vomissements, et de l'anti-sécrétoire gastrique (Inexium®) si elles ont des gastralgies à cause des AINS.
- Respect de l'évaluation des EVA : pour être utile dans la prescription d'antalgiques, les EVA doivent être suivies et non ponctuelles. Elles doivent être demandées aux patientes à chaque surveillance. Notons que le fait qu'une EVA élevée n'a pas été réévaluée dans l'heure suivante n'a pas été pris en compte.

Critères nous permettant de compléter notre audit :

- Prise en charge par les sages-femmes pour les jours suivants : nous avons voulu intégrer dans notre étude les jours suivants les premières 24h. Ils ne font plus partie du protocole mis en place par les anesthésistes, mais ils représentent la prise en charge du post-partum faite par les sages-femmes suite à la césarienne. Il était intéressant pour nous de s'attarder sur le suivi de la douleur. Incidents : il nous paraît très utile de compléter cet audit par les incidents qu'ont pu avoir nos 63 patientes afin d'évaluer les conséquences de ces nouvelles pratiques.
- Autonomie : Une patiente autonome est une femme capable de se lever sans l'aide d'un soignant, de manger et faire sa toilette seule. Dans le cas des nouvelles accouchées, ce terme comprend également l'aptitude à s'occuper seule de son enfant, bien entendu pour des soins qu'elle connaît déjà. Nous ajouterons que cette information est difficile à interpréter à travers un dossier médical et que ce résultat est peut être biaisé par une définition non consensuelle.



➤ **Etude du questionnaire de satisfaction maternelle concernant leur prise en charge en suites de couches**

Nous avons voulu à travers ce questionnaire évaluer la satisfaction maternelle concernant le séjour en suites de couches, en se basant uniquement sur les 3 grands critères du protocole développés précédemment : Alimentation, Autonomie, Analgésie. Il s'agit d'apprécier le ou les élément(s) inconfortable(s) suite à la césarienne et d'essayer de comprendre pourquoi ils le sont grâce à l'analyse du dossier de cette même patiente.

Ce questionnaire est composé de 5 questions :

- La première nous permet de savoir si le séjour en suite de couches a été satisfaisant pour la femme d'une manière générale.
- La deuxième met le doigt sur ce qui a le plus « dérangé » les patientes dans les premières heures du post opératoire entre la faim, la soif, la sonde urinaire, la perfusion, la douleur au repos, à la mobilisation, l'alitement et la difficulté à établir le lien mère enfant. Il s'agit d'une réponse à choix multiples.
- La troisième question permet d'avoir le ressenti des patientes durant leur séjour au niveau de l'encadrement des professionnels, de la prise en charge de la douleur, et du vécu de cette césarienne par rapport à ce qu'elles avaient imaginé. Il s'agissait également d'une réponse à choix multiples.
- Une fois ces questions ciblées sur le protocole, nous leur avons demandé leur niveau de satisfaction sur la prise en charge en suites de couches.
- Une dernière question laissait le champ libre à des améliorations possibles suivant leur vécu.

➤ **Recensement des complications engendrées par le protocole « triple AAA »**

Il est possible que ce protocole puisse engendrer des pathologies maternelles en voulant obtenir une autonomie trop précoce. Nous les avons donc recherchées dans la totalité des dossiers étudiés afin de les comptabiliser et de définir leur nature.

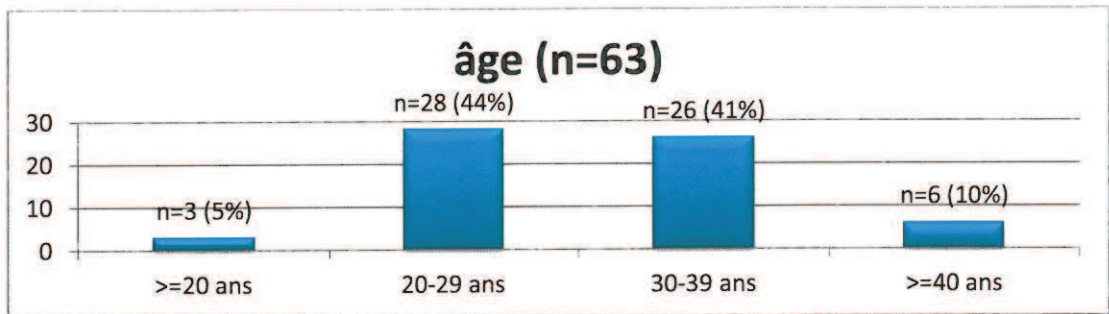
4 Outils statistiques

L'exploitation des données de notre étude a été réalisée à l'aide du logiciel excel version 2007.

## RESULTATS

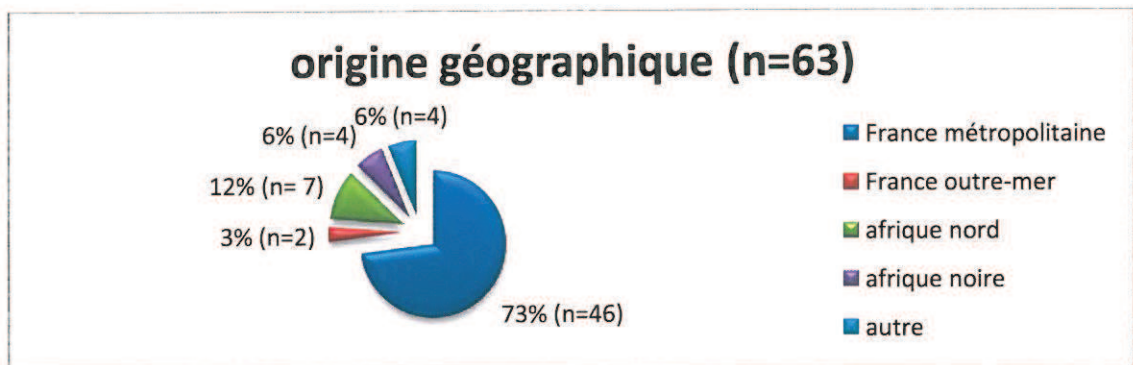
### 1 Profil de la population étudiée

#### 4.3 Age



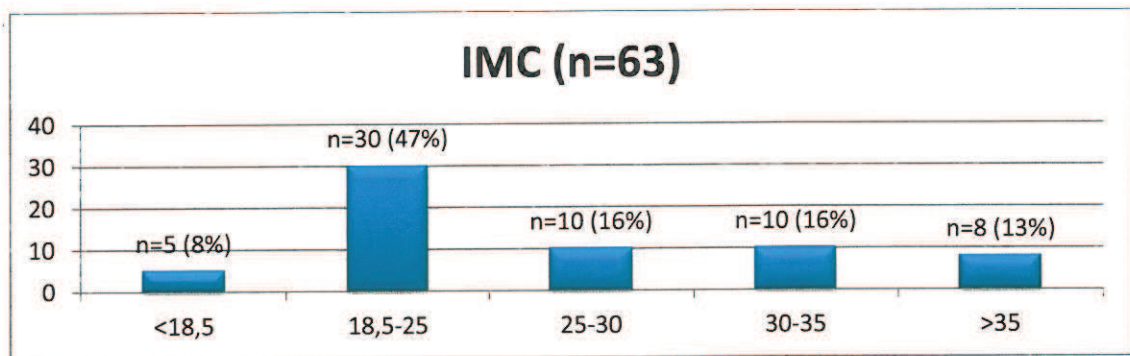
86% de nos patientes sont âgées de 20 à 39 ans. La plus jeune avait 17 ans et la plus âgée 42 ans.

#### 4.4 Origine géographique



La majeure partie de notre population est représentée par la France métropolitaine.

#### 4.5 Indice de masse corporelle

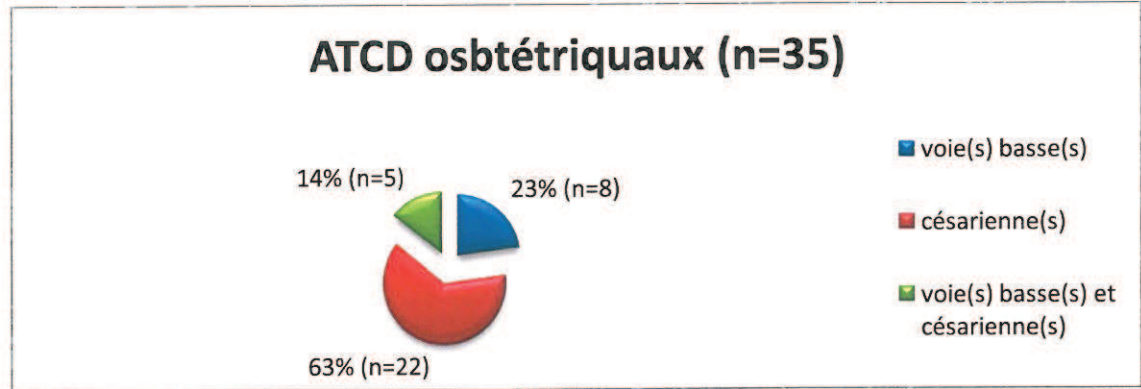


Il s'agit ici des IMC avant la grossesse. Nous notons que 25% de notre population est obèse ou en obésité morbide. L'IMC le plus bas est de 17,3 et le plus élevé de 44,2.

#### 4.6 La parité et les antécédents obstétricaux

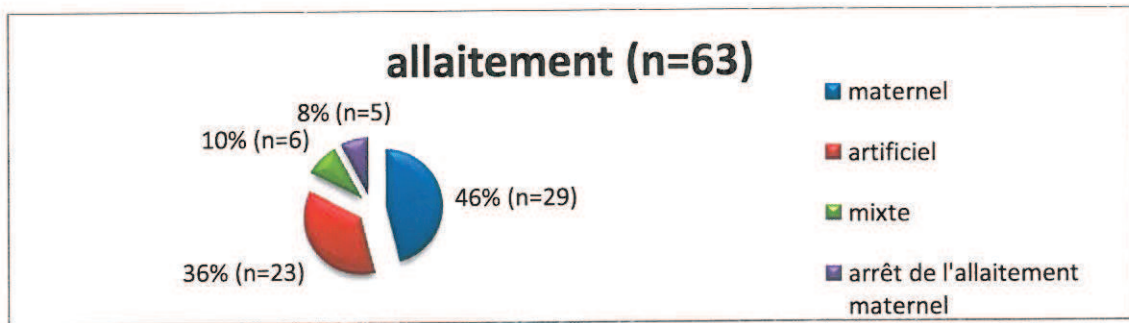
Notre population comporte 44% de primipares et 56% de multipares.

Mode d'accouchement de ces multipares :



77% de notre population a déjà un antécédent de césarienne.

#### 4.7 Allaitement



54% des femmes ont choisi l'allaitement maternel, même si certaines d'entre-elles l'ont arrêté durant le séjour en suites de couches.

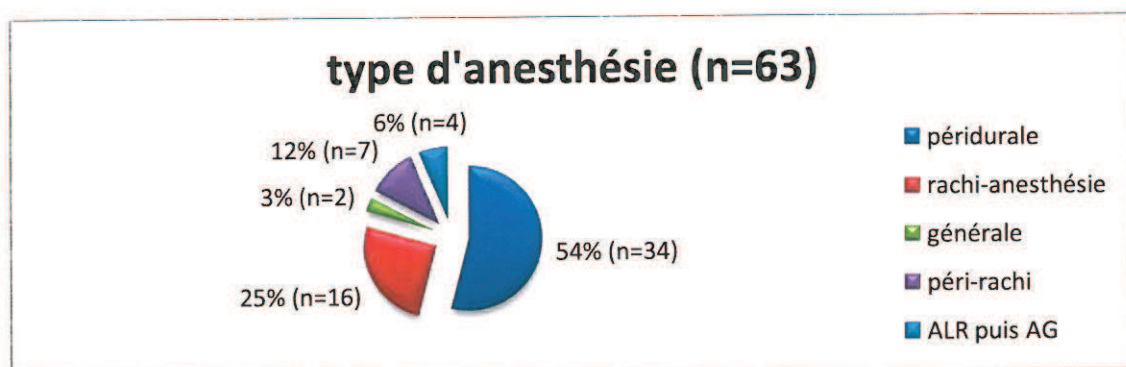
#### 4.8 Les addictions

Notre population ne présentait qu'un seul mode d'addiction : le tabac.

Cependant nous avons seulement 16% de fumeuses, consommant entre 1 et 12 cigarettes par jour avant la grossesse. Il est impossible d'avoir le nombre de cigarettes par jour en suites de couches car ces données ne sont pas retranscrites dans le dossier.

#### 4.9 Conditions de la césarienne

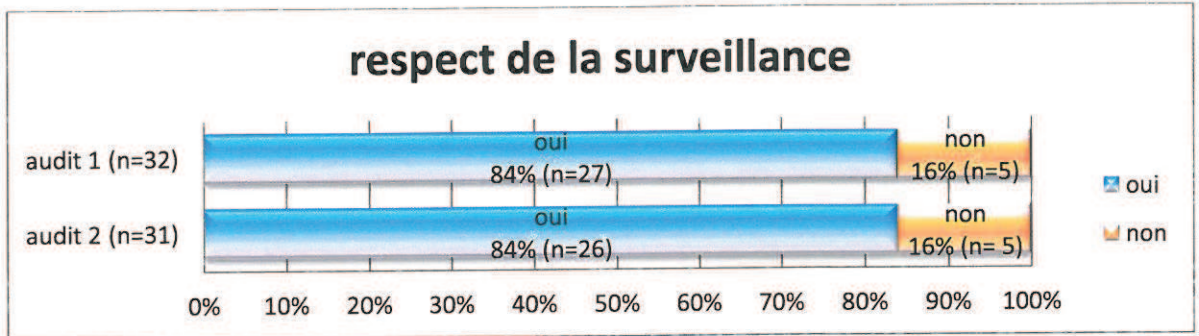
Nous avons relevé dans notre population 71% de césariennes en urgence, majoritairement pour cause fœtale. 29% étaient programmées pour cause maternelle et/ou fœtale.



92% des femmes ont bénéficié d'une anesthésie loco-régionale (péridurale, rachi-anesthésie ou péri-rachi combinée). Seulement 9% ont eu une anesthésie générale.

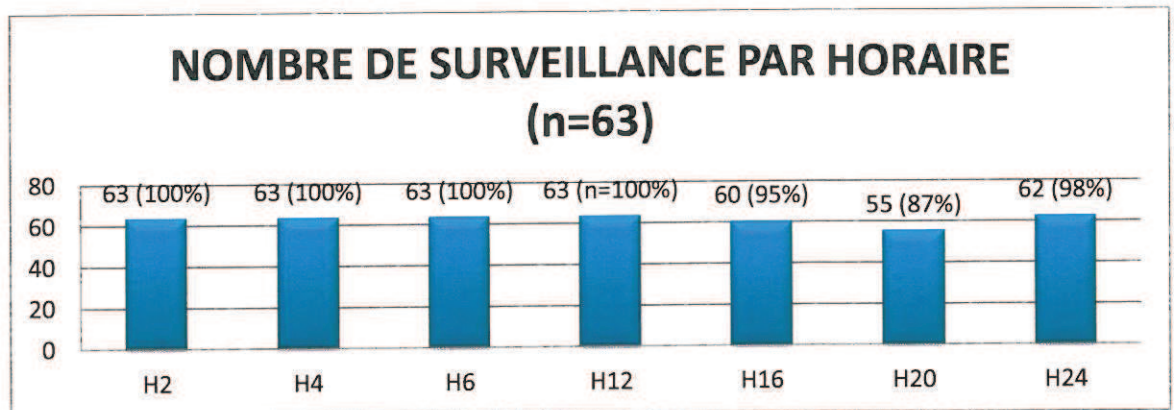
## 5 Audit du protocole « triple AAA »

### 5.1 Surveillance



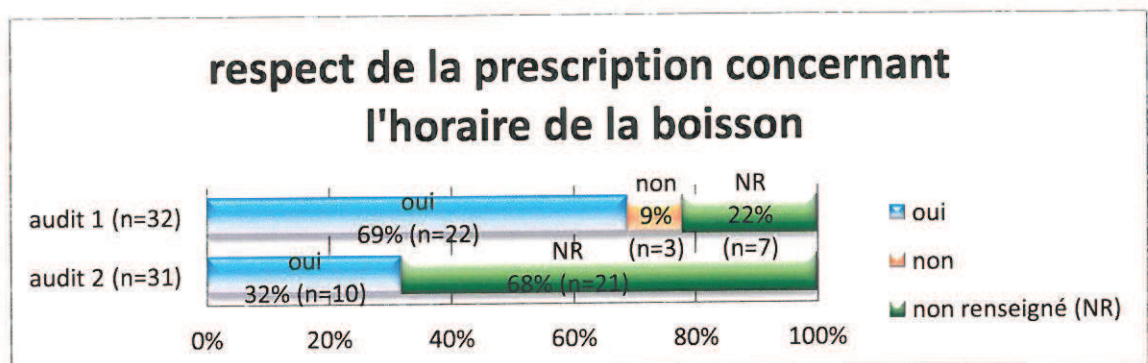
Les résultats sont égaux dans l'audit 1 et 2 avec un taux de surveillance respecté à 84%.

➤ Lorsque la prescription n'est pas respectée :



Les surveillances omises sont à H16 et H20.

### 5.2 La réintroduction de la boisson



Dans l'audit 1 :

- **69% des prescriptions ont été respectées**
- 9% des femmes n'ont pas eu d'eau à disposition à leur arrivée
- **Nous n'avons pas retrouvé cette information pour 22% des dossiers.**

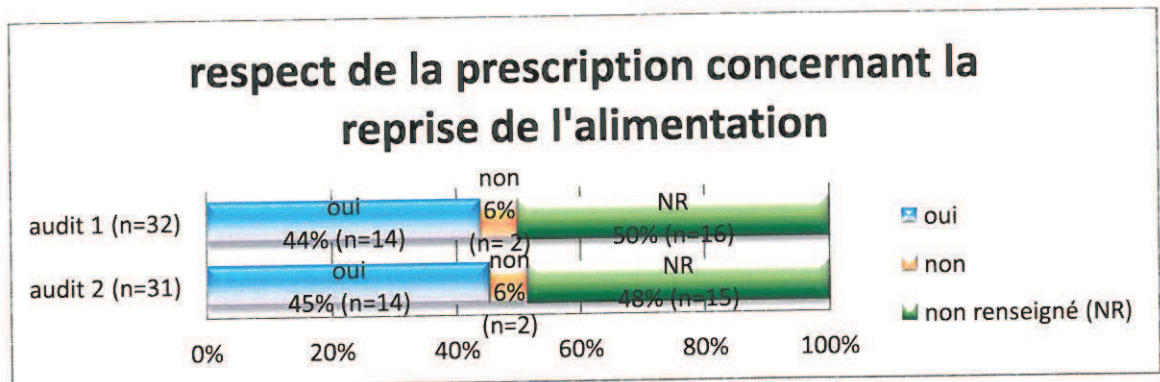
Dans l'audit 2 :

- **il a été respecté pour 32% des femmes**
- **68% des dossiers ne contiennent pas ce critère.**

➤ Lorsque la prescription n'est pas respectée :

L'eau a été donnée à la 5<sup>ème</sup> heure pour 2 dossiers (pour un dossier l'horaire du protocole tombait la nuit et pour l'autre dossier il s'agit d'une césarienne sous anesthésie générale) et à la 4<sup>ème</sup> heure pour 1 dossier sans explication possible retrouvée.

### 5.3 La réintroduction de l'alimentation



Dans l'audit 1 :

- **44% des prescriptions sont respectées**
- 6% ne sont pas respectées
- **50% de dossiers pour lesquels nous n'avons pas retrouvé l'information.**

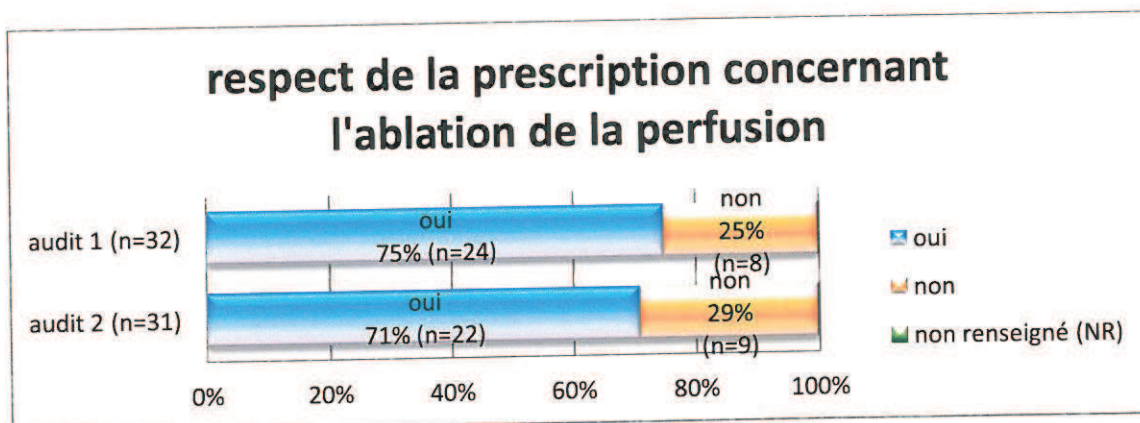
Dans l'audit 2 :

- **les prescriptions sont respectées dans 45% des cas**
- non respectées dans 6%
- **nous n'avons pas retrouvé l'information dans 48% des dossiers.**

➤ Lorsque la prescription n'est pas respectée :

Les femmes ont eu une alimentation reprise plus tard car elles avaient vomi au moment de la réintroduction de la boisson. Nous n'avons retrouvé aucune cause pour un de ces dossiers. Il s'agissait pour l'une d'entre elles d'une césarienne sous anesthésie générale.

5.4 Ablation de la perfusion



Dans l'audit 1 :

- **75% des prescriptions ont été respectées**
- 25% ne l'ont pas été.

Dans l'audit 2 :

- **71% ont également été respectées**
- 29% ne l'ont pas été.

Les modifications de prescriptions ont été bien suivies par les sages-femmes dans le service de suites de couches et nous avons retrouvé cette information dans l'ensemble des dossiers.

➤ Lorsque la prescription n'est pas respectée :

Dans ce cas, la perfusion a été retirée en moyenne 15h30 après l'opération.

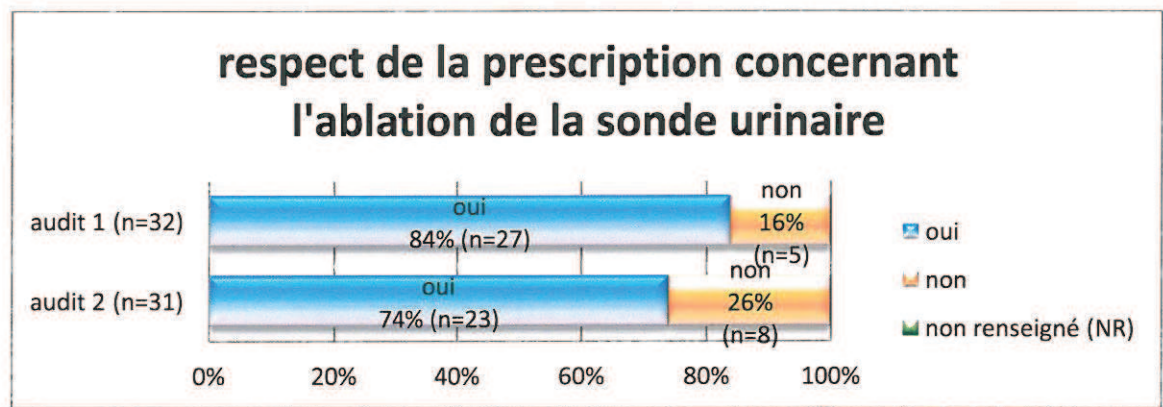
Pour 5 dossiers, la déperfusion n'a pas été respectée car c'était la nuit, l'heure a donc été retardée pour respecter le sommeil des patientes. L'heure a été également retardée en attente d'un bilan infectieux pour 2 dossiers, en attente de la fin de la perfusion



d'ocytocine pour 2 autres, ou pour continuer un peu plus longtemps les antalgiques intra-veineux pour 2 dossiers également.

Sur ces 17 dossiers étudiés, nous en avons comptabilisé 6 pour lesquels aucune cause expliquant le maintien de la perfusion n'a été retrouvée.

### 5.5 Ablation de la sonde urinaire



Dans l'audit 1 :

- **84% des femmes ont eu leur sonde urinaire retirée entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> heure**
- 16% l'ont gardée plus longtemps.

Dans l'audit 2 :

- **la prescription a été respectée pour 71% des dossiers**
- elle est non respectée à 26%.

La prescription modifiée par les anesthésistes a bien été respectée. Ce critère est noté dans la totalité des dossiers.

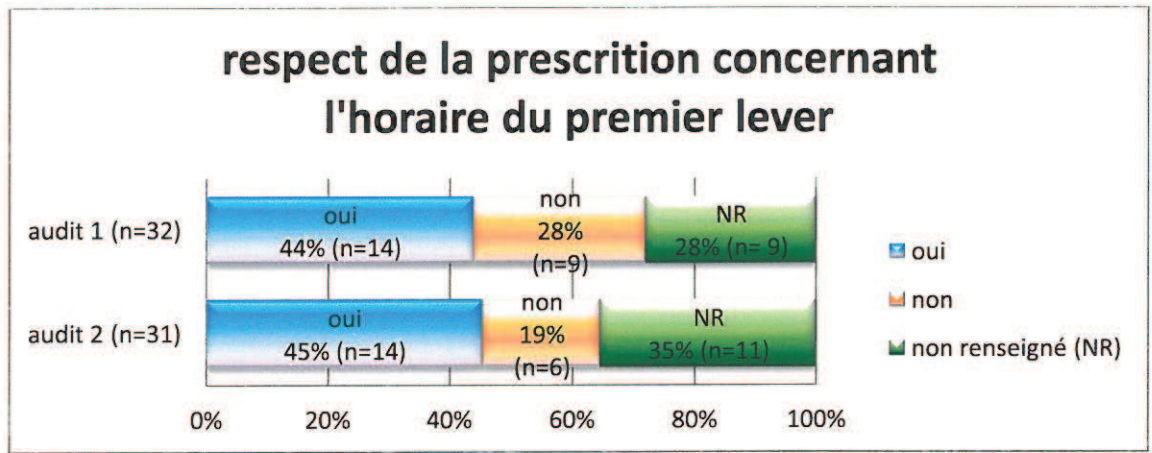
➤ Lorsque la prescription n'est pas respectée :

La sonde urinaire est retirée en moyenne au bout de 17h40 après la césarienne.

Les femmes l'ont gardée plus longtemps car les sages-femmes ont choisi de la retirer en même temps que la perfusion qu'elles ont également gardée plus longtemps. 3 ablations se sont faites le matin pour respecter le sommeil des patientes. Pour 3 autres patientes la sonde urinaire a été laissée pour surveiller la diurèse post opératoire peu productive.

Il reste 3 dossiers pour lesquels aucune explication n'a été retrouvée.

## 5.6 Le premier lever



Dans l'audit 1 :

- **la prescription a été respectée à 44%**
- **non respectée à 28%**
- **nous n'avons pas trouvé ce renseignement dans 28% des dossiers.**

Dans l'audit 2 :

- **45% des prescriptions ont été respectées**
- **19% ne l'ont pas été**
- **35% ne contiennent pas cette information.**

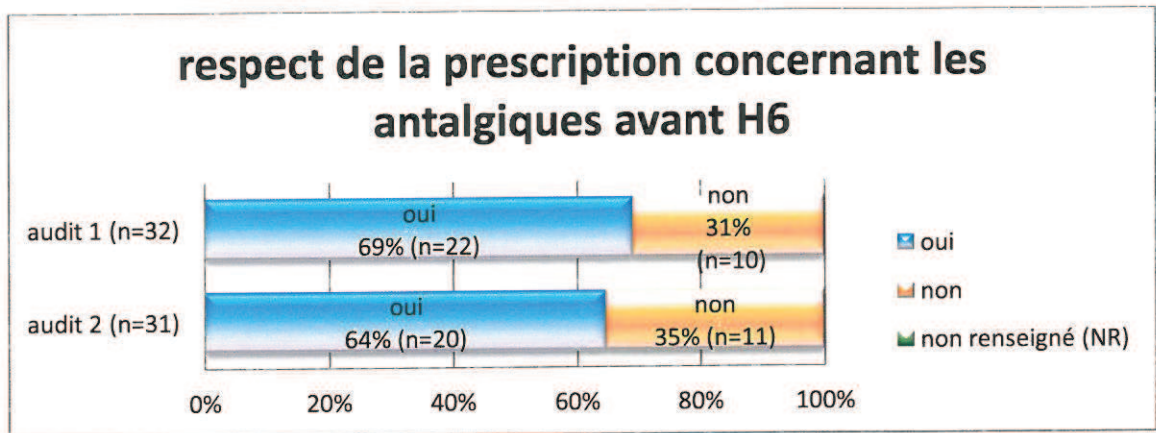
➤ Lorsque la prescription n'est pas respectée :

Les patientes se sont levées en moyenne à 15H50 après l'opération.

La majorité s'explique par un horaire tombant la nuit. Pour les autres, 5 patientes ne se sont pas levées car elles avaient encore soit leur perfusion, soit leur sonde urinaire, soit les deux.

Il y a 2 dossiers où nous n'avons retrouvé aucune cause visible.

## 5.7 Les antalgiques avant la 6<sup>ème</sup> heure



Dans l'audit 1 :

- **les prescriptions ont été respectées à 69% au total**
- elles sont non respectées à 31%.

Dans l'audit 2 :

- **elles ont été bien suivies à 64%**
- non suivies à 35%

Toutes les informations ont été retrouvées dans les dossiers.

➤ Lorsque la prescription n'est pas respectée :

Une de ces prescriptions modifiée par les anesthésistes n'a pas été bien respectée car elle contre-indiquait seulement l'Ibuprofène per os et non pas le Profénid® qui n'a pas été donné. Les 2 autres n'ont pas été respectées car elles n'ont pas bénéficié d'Acupan® alors que les femmes cotaient leur EVA supérieure à 3. Nous constatons que lorsque les AINS ont été contre-indiqués, les femmes n'ont pas eu d'Acupan® systématiquement à la place comme prescrit dans le protocole.

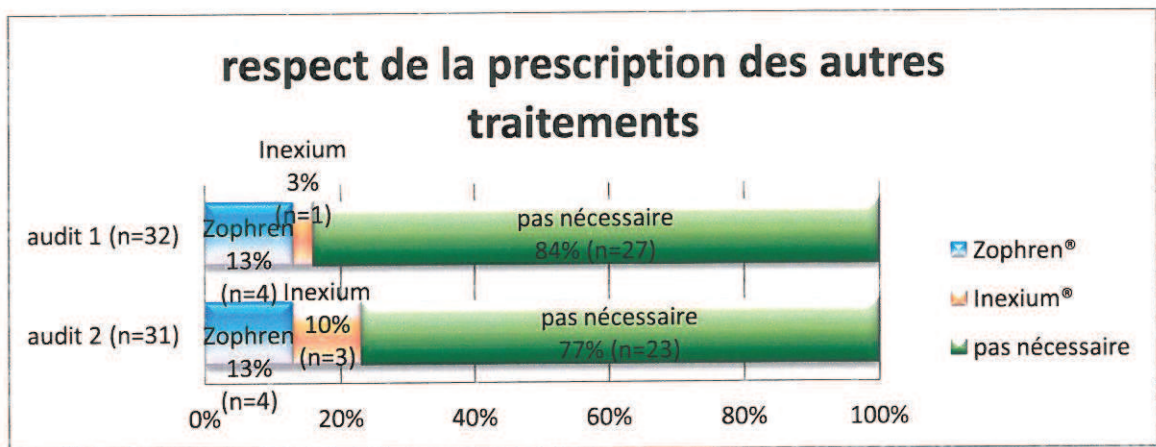
Dans 21 autres dossiers, les prescriptions n'ont pas été respectées. Il s'agit en majorité (15 patientes) de Profénid® non administré, quelques fois pour des patientes avec une EVA supérieure à 3. 1 patiente n'a bénéficié d'aucun antalgique, 1 autre n'a pas eu de paracétamol et 4 ne se sont pas vues administrer d'Acupan® alors que leur EVA était supérieure à 3.

## 5.8 Antalgiques entre la 6<sup>ème</sup> et la 24<sup>ème</sup> heure

Pour favoriser l'autonomie des patientes, les antalgiques systématiques sont distribués aux patientes pour la journée. Nous ne savons donc pas quand les antalgiques ont été pris, ni même s'ils ont été pris. **Il est donc impossible d'évaluer le respect de la prescription anesthésique, ni d'évaluer leur efficacité.**

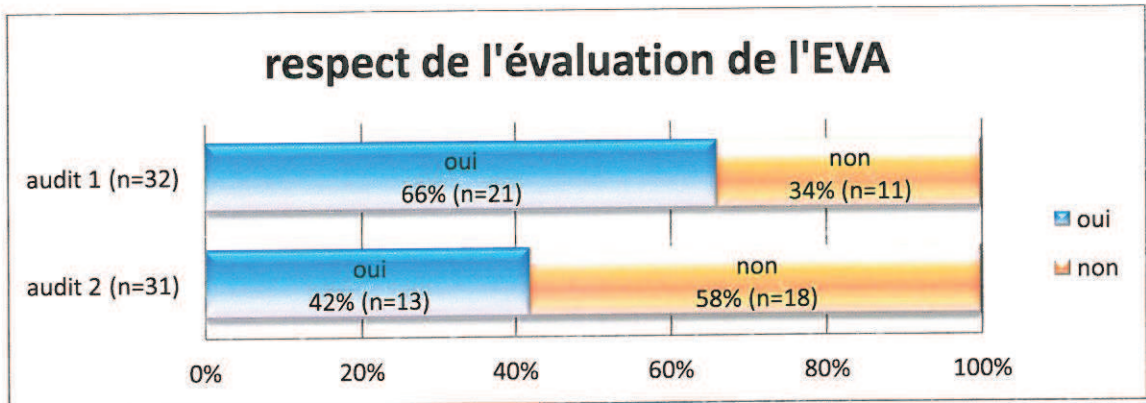
Dans ce contexte, il est seulement possible de comptabiliser le nombre d'Acupan® et de morphiniques per os (Actiskénan®) administrés car ce ne sont pas des antalgiques à disposition des patientes. Nous retrouvons donc leurs horaires d'administration, accompagnés la plupart du temps des EVA des patientes. Nous notons donc que l'Acupan® est un antalgique largement utilisé par les sages-femmes, celui-ci étant utilisé dans 20 dossiers sur les 64. L'Actiskénan® est quant à lui administré dans seulement 3 dossiers, dont un pour une césarienne sous anesthésie générale.

## 5.9 Autres traitements



Dans la majorité des cas ces traitements n'ont pas été donnés car l'état clinique de ces femmes n'en justifiait pas le besoin.

## 5.10 EVA des premières 24 heures



Dans l'audit 1 :

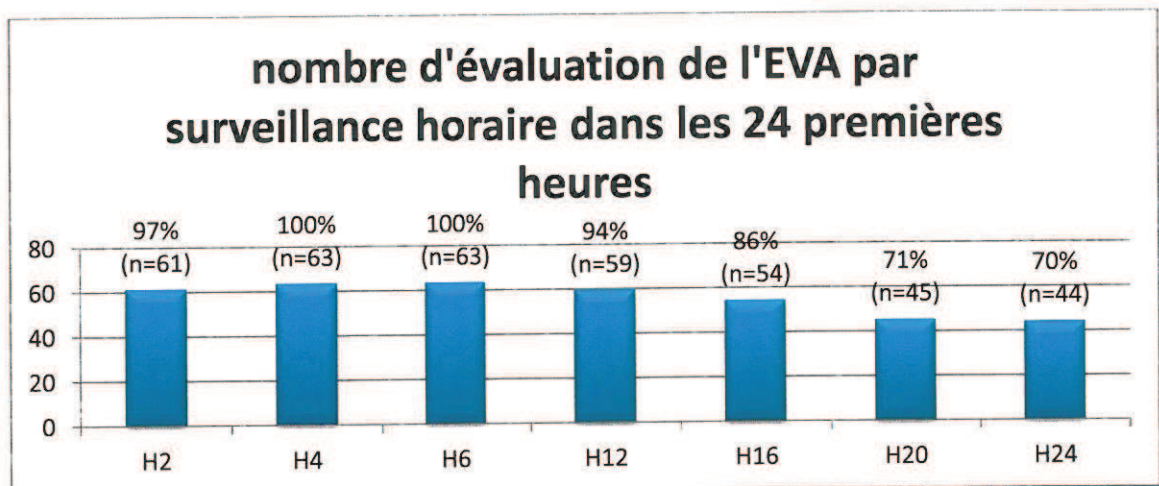
- **34% des EVA n'ont pas été évaluées à chaque surveillance**

Dans l'audit 2 :

- **58% des EVA n'ont pas été évaluées à chaque surveillance**

Nous avons comptabilisé 27 dossiers pour lesquels il manque au moins une EVA au moment de la surveillance dans les 1<sup>ère</sup> 24 heures.

- Lorsque la prescription n'est pas respectée :



Les EVA n'ont pas toujours été évaluées jusqu'à la 24<sup>ème</sup> heure. Nous avons aussi 8 dossiers où des EVA à la mobilisation sont manquantes que nous n'avons pas comptabilisé dans ce graphique.

## 6 Prise en charge par les sages-femmes des jours suivant les premières 24 heures

### ➤ Concernant l'évaluation des EVA :

Elles ne sont que très rarement cotées au moment des surveillances et nous avons comptabilisé 23 dossiers sur les 46 sans aucune EVA retranscrite de la 24<sup>ème</sup> heure du post-opératoire au jour de la sortie.

### ➤ Concernant les antalgiques :

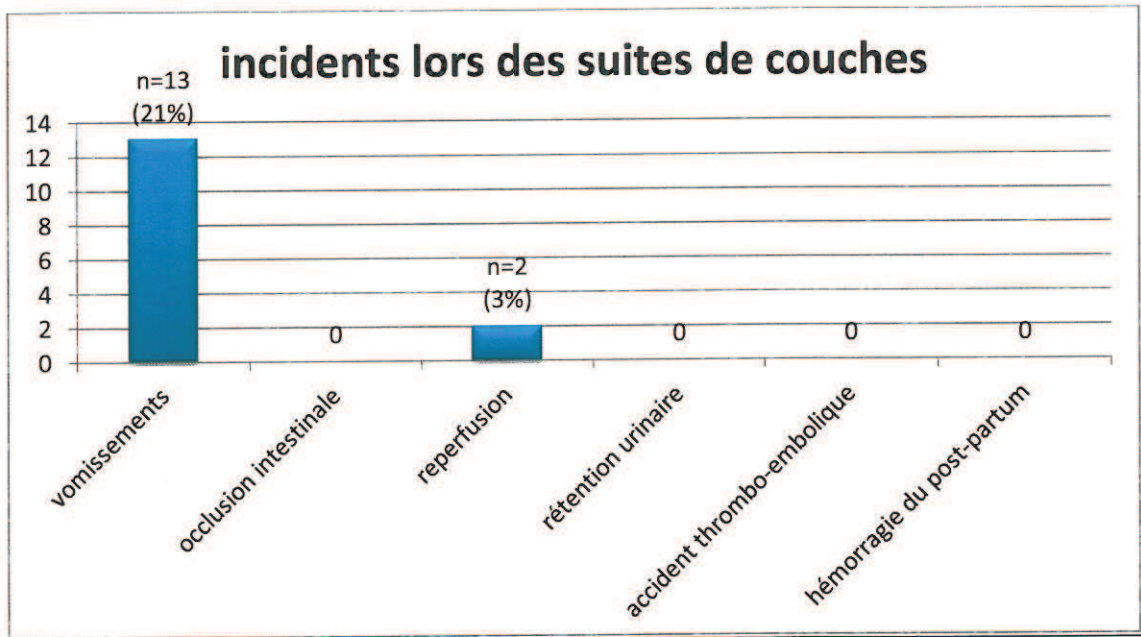
Ici encore les antalgiques systématiques sont mis à disposition des patientes pour la journée, nous ne pouvons pas dire à quels moments, ni pourquoi ils ont été pris. Nous notons que lorsque les sages-femmes avaient besoin d'administrer un antalgique en supplément de ceux donnés en systématique, leur choix se tournait très majoritairement vers l'Acupan®. 18 patientes en ont reçu au moins 1 les jours suivant les premières 24h contre 1 patiente seulement ayant eu du Topalgic® (antalgique conseillé par les anesthésistes en supplément ou si contre-indication du Bi-profénid®) et 1 de l'Actiskénan®. Nous avons remarqué que pour ces 2 dernières patientes ces antalgiques avaient été prescrits par les anesthésistes. Il a également été prescrit pour 2 patientes du Spasfon® (un antispasmodique) ainsi que du Débridat® (un modificateur de la motricité digestive) pour des ballonnements gênant l'autonomie.

### ➤ Concernant les ordonnances de sortie :

Nous remarquons au cours de notre étude que dans seulement 20 dossiers sur les 63 (32%), du Paracétamol figure sur l'ordonnance de sortie. Les 43 autres femmes n'ont aucun antalgique prescrit si besoin à leur sortie de la maternité.

## 7 Incidents au cours du post-partum et retour à l'autonomie

### 7.1 Incidents

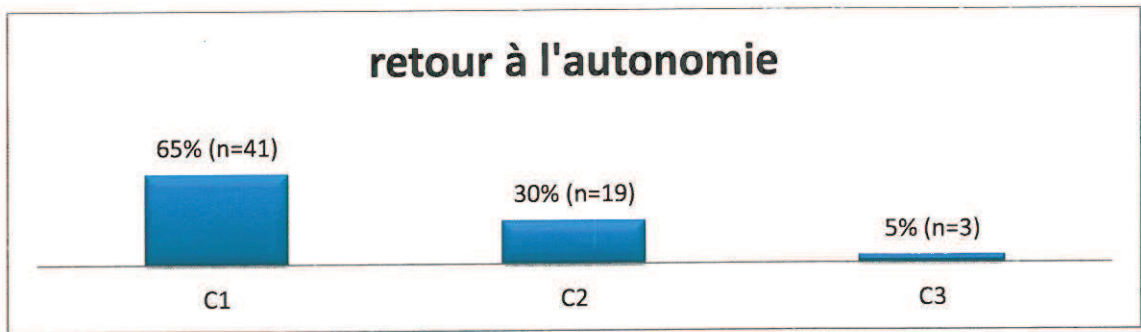


**13 patientes ont eu des nausées et/ou des vomissements** dans les 24 heures post-opératoires, toutes après avoir bu une carafe d'eau ou au moment du premier repas. Ces nausées/vomissements ne se sont pas reproduits par la suite.

**2 patientes ont été reperfusées**, une pour une administration de Vénofér® (fer intraveineux) et une pour le traitement d'une endométrite du post-partum.

Aucune patiente n'a eu de rétention urinaire : 1 a eu un sondage urinaire évacuateur avec 550cc d'urine 10 heures après l'ablation de la sonde urinaire à demeure, et 1 patiente 8 heures après l'ablation avec 800cc d'urine. Elles n'ont eu toutes les 2 aucune difficulté par la suite pour retrouver une miction spontanée.

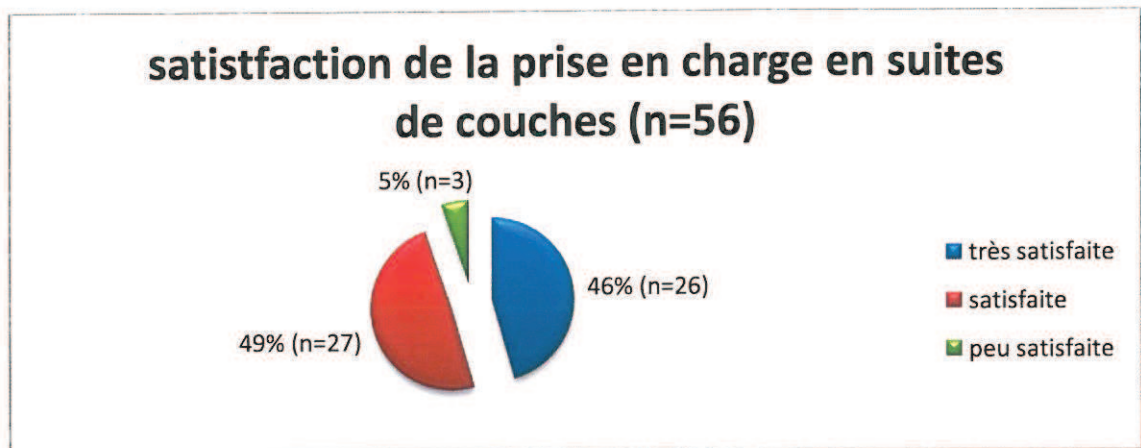
## 7.2 Autonomie



**65% des femmes sont autonomes le 1<sup>er</sup> jour du post-partum** (c'est-à-dire de la 24<sup>ème</sup> à la 48<sup>ème</sup> heure = C1), 30% le deuxième jour (de la 48<sup>ème</sup> heure à la 72<sup>ème</sup> heure = C2) et 5% le troisième jour (de la 72<sup>ème</sup> heure à la 96<sup>ème</sup> heure = C3).

## 8 Etude de la satisfaction des patientes

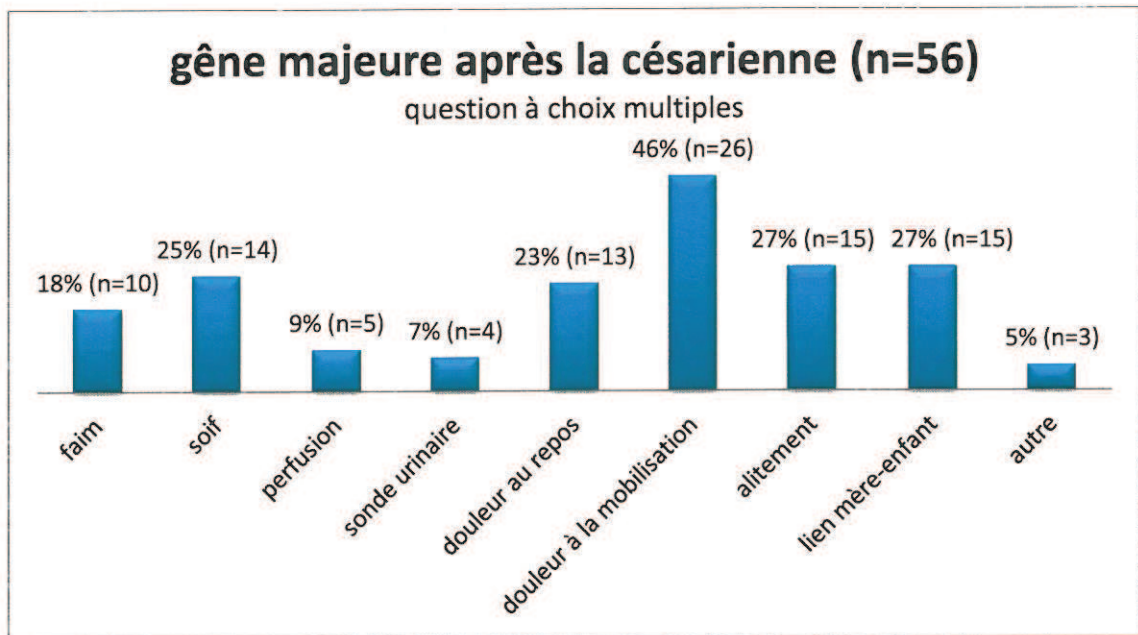
### 8.1 Satisfaction des patientes par rapport à leur prise en charge en suites de couches



**Le total de femmes satisfaites, voire très satisfaites, est de 95%** contre 5% de femmes peu satisfaites.



## 8.2 Gêne majeure au retour du bloc opératoire

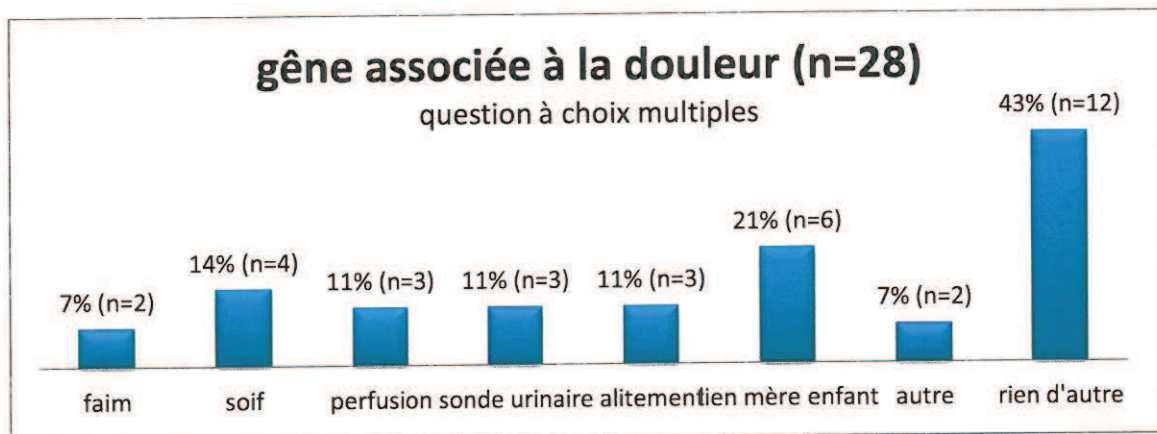


**La réponse majoritaire des femmes est la douleur à la mobilisation qui comprend le moment du 1<sup>er</sup> lever (46%).** Elles ont répondu ensuite à égalité l'allaitement et la difficulté pour la mise en place du lien mère-enfant (27%), suivi de près par la soif (25%) et la douleur au repos (23%).

Les femmes qui ont répondu « autre » ont spécifié qu'il s'agissait pour une patiente du bruit, pour une autre de nausées et une a précisé que le premier lever avait été très douloureux. Celles ayant répondu « faim » et « soif » nous ont toutes précisé qu'il s'était déroulé un long moment entre leur dernier repas et l'heure de la césarienne.

### 8.3 Facteurs associés à la douleur

Rappelons qu'il s'agissait d'une question à choix multiples. Au total, 28 patientes (50%) ont été gênées par la douleur, que ce soit au repos ou à la mobilisation. Nous nous sommes alors intéressés aux items que les femmes ont associés à la douleur.



**43% de ces femmes ont dit être gênées uniquement par la douleur.** 21% ont eu des difficultés pour établir le lien mère enfant. Vient ensuite la soif à 14%, l'alitement, la perfusion et la sonde urinaire à 11%. Les « autres » réponses sont les nausées et le premier lever.

### 8.4 Facteurs associés à la gêne par la perfusion

ablation perfusion :	<12h (n=46)		>12h (n=17)	
	gênée	Non gênée	gênée	Non gênée
	3 (7%)	43	2 (12%)	15

Le pourcentage de femmes qui nous ont répondu être dérangées par la perfusion est plus élevé chez les patientes l'ayant gardée plus de 12 heures.

### 8.5 Facteurs associés à la gêne par la sonde urinaire

ablation sonde urinaire :	<12h (n=50)		>12h (n=13)	
	gênée	Non gênée	gênée	Non gênée
	2 (4%)	48	2 (15%)	11

Les femmes ayant gardé la sonde urinaire plus longtemps que les 12 heures recommandées par le protocole nous ont dit plus souvent être gênées par celle-ci que les femmes ayant eu la sonde urinaire retirée entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> heure.

### 8.6 Facteurs associés à l'alitement

1 <sup>er</sup> lever :	<12 (n=28)		>12h (n=15)		non renseigné (n=20)	
	gêne alitement	pas gênée	gêne alitement	pas gênée	gêne alitement	pas gênée
	16 (57%)	12	7 (47%)	3	5 (25%)	15

Il semble qu'il n'y a pas de rapport entre la gêne de l'alitement et l'horaire du premier lever.

### 8.7 Facteurs associés à la difficulté de la mise en place du lien mère-enfant (LME)

1 <sup>er</sup> lever :	<12h (n=28)		>12h (n=15)		non renseigné (n=20)	
	difficulté LME	pas difficulté	difficulté LME	pas difficulté	difficulté LME	pas difficulté
	4 (14%)	24	4 (27%)	11	5 (25%)	15
ablation perfusion :	<12H ((n=46)		>12H (n=17)			
	difficulté LME	pas difficulté	difficulté LME	pas difficulté		
	7 (15%)	39	6 (35%)	11		
ablation sonde urinaire :	<12h (n=50)		>12H (n=13)			
	difficulté LME	pas difficulté	difficulté LME	pas difficulté		
	11 (22%)	39	2 (15%)	11		

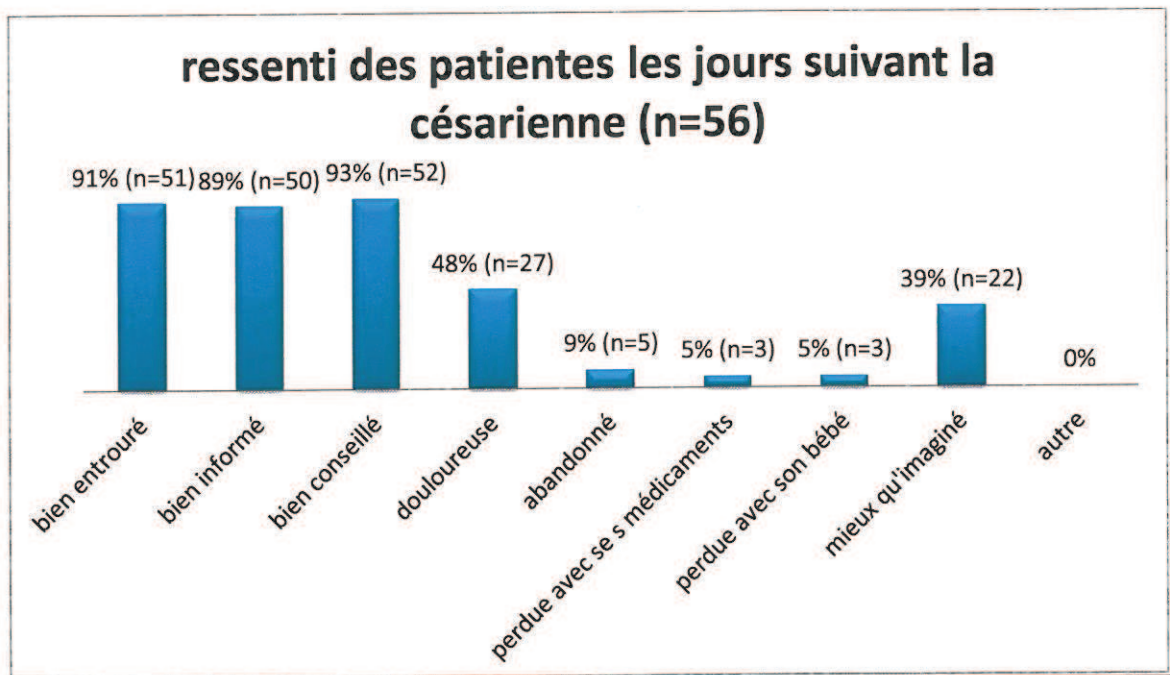
Le lien mère enfant semble plus difficile à mettre en place pour les femmes lorsque le premier lever n'est pas fait avant la 12<sup>ème</sup> heure du post-partum ou que la perfusion a été laissée plus longtemps. En revanche, la sonde urinaire ne semble pas altérer cette relation.

## 8.8 Facteurs associés à la faim et la soif

repas :	H6 (n=28)		>H6 (n=4)		non renseigné (n=31)	
	faim	Pas faim	faim	Pas faim	faim	Pas faim
	2 (7%)	26	1 (25%)	3	7 (23%)	24
boisson :	H2 (n=31)		>H2 (n=2)		non renseigné (n=30)	
	soif	Pas soif	soif	Pas soif	soif	Pas soif
	5 (16%)	26	0	2	9 (30%)	21

La majorité des patientes ayant été dérangées par la faim ont eu soit un repas servi après la 6<sup>ème</sup> heure du post-partum, soit nous n'avons pas retrouvé dans le dossier le moment du premier repas. Nous ajoutons cependant que la plupart de ces patientes nous ont précisé d'elles mêmes que le temps entre leur dernier repas et la césarienne avait été très long.

## 9 Ressenti des patientes face à la prise en charge de la césarienne



La grande majorité des femmes césarisées a répondu être bien entourée, informée et bien conseillée par l'ensemble de l'équipe soignante. 48% des patientes ont été algiques les jours suivant la césarienne. 9% nous ont dit s'être senties abandonnées dans leur chambre, en particulier la nuit, et 5% des femmes se sont sentis perdues pour s'occuper de leur bébé.

A travers ce questionnaire, 39% nous ont dit s'être mieux rétablies que ce qu'elles avaient imaginé pour une césarienne. Parmi elles se trouvent 9 primipares et 13 multipares, dont 12 d'entres-elles ayant déjà un antécédent de césarienne.

#### 10 Commentaires des femmes interrogées

Durant l'analyse de ce questionnaire posé aux femmes en suites de couches, nous avons pris soin de noter chacun des commentaires des patientes. Ils ont été répertoriés en annexe VI de ce mémoire.

## DISCUSSION

## DISCUSSION

### 1. L'audit de pratique concernant le protocole « AAA »

#### 1.1. Les limites de l'audit

Notre étude comporte seulement 63 patientes. Certes, nous respectons le nombre de dossiers recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS), à savoir 30 à 50 dossiers maximum pour un audit de pratique. Nous avons commencé avec un audit de 32 dossiers, mais nous avons été gênés par le manque d'informations retranscrites dans le dossier médical. Un deuxième audit a alors été réalisé avec 31 dossiers en informant les différents professionnels du service de son existence. Nous avons étudiés ces 63 dossiers pour notre étude. Cependant ce nombre est parfois limite en particulier pour pouvoir utiliser les statistiques recueillis dans les questionnaires de satisfaction donnés aux patientes. Nous nous servons donc de ce questionnaire uniquement pour enrichir les résultats de l'audit.

Notons également il s'agit d'une étude de pratique rétrospective car l'audit repose sur la recherche d'informations dans le dossier de la patiente. Une part non négligeable de ces informations est alors inévitablement perdue, en particulier les éléments concernant la traçabilité de la douleur ou des besoins fondamentaux, trop peu souvent renseignée dans les dossiers. On peut supposer que ces informations ont été relevées oralement mais non retranscrites dans les dossiers.

#### 1.2. Comparaison des 2 audits

Nous avons laissé un délai de 6 mois entre la mise en place du protocole et notre étude afin qu'il entre dans les pratiques de tous les jours.

L'audit est un moyen d'évaluer les pratiques des professionnels. Son but n'est pas d'établir un jugement critique envers les soignants, mais d'améliorer les pratiques. Il est important pour notre métier de toujours être dans l'auto-évaluation afin de progresser dans notre travail quotidien.

Pour perfectionner nos pratiques, un audit seul ne suffit pas. Nous avons donc comparé les 2 audits. Logiquement, nous nous attendions à recueillir une meilleure traçabilité des différentes étapes du protocole dans le 2<sup>ème</sup> audit puisque les professionnels étaient prévenus. Cependant, nous constatons que la surveillance a été respectée de la même manière dans les deux audits, par contre l'heure de l'alimentation et l'heure du premier lever ont été mieux respectées dans l'audit 2 même si l'heure du premier lever y est moins renseignée. En revanche, l'horaire de la boisson, de l'ablation de la perfusion et de la sonde urinaire, le respect des antalgiques avant H6 et la cotation des EVA des premières 24 heures ont été moins respectés dans l'audit 2.

Deux facteurs peuvent expliquer cette constatation. D'une part les équipes soignantes n'étaient pas les mêmes lors du premier et du deuxième audit et d'autre part, le laps de temps laissé entre ces deux audits n'a pas été suffisant pour permettre aux professionnels de réajuster leurs pratiques. Nous pouvons donc penser que ces résultats sont dus à un manque de temps d'adaptation face à ce protocole récemment mis en place.

## 2. Qu'en est-il du protocole « AAA » et de sa mise en place aujourd'hui ?

### 2.1. Les leviers de la mise en place du protocole

Avant la mise en place de ce protocole, les femmes césariées n'étaient autorisées à manger seulement après la réapparition des gaz, ce qui pouvait prendre plusieurs jours parfois. Aujourd'hui, l'horaire de la boisson est dans l'ensemble bien respecté puisque seulement 9% des femmes n'ont pas eu leur boisson au retour dans le service. Il en est de même pour la reprise de l'alimentation, avec seulement 12% de femmes n'ayant pas eu un repas proposé dès la 6<sup>ème</sup> heure du post-partum. Le non respect de ces prescriptions s'explique soit par un horaire de reprise de l'alimentation tombant la nuit, les patientes voulaient peut-être se reposer à ce moment là, soit par des nausées et/ou des vomissements à la réintroduction de la boisson. Nous n'avons retrouvé aucune cause pour seulement 2 dossiers de l'étude.

En ce qui concerne la sonde urinaire et la perfusion, avant le protocole « AAA », elles étaient retirées au bout de 24 heures et constituaient les obstacles majeurs au retour



à l'autonomie. La perfusion est gênante pour la mobilisation et les soins au nouveau-né. La sonde urinaire est, comme nous le précise encore une patiente, inconfortable lors des mouvements. Aujourd'hui le protocole préconise de les retirer entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> heure, un acte discuté à son lancement par peur de reperfusion et de rétention urinaire trop fréquente.

Au travers de cet audit, nous remarquons que 75% des dossiers de l'audit 1 et 71% de l'audit 2 ont respecté cette prescription. Pour plus de la moitié des dossiers pour lesquels la prescription n'a pas été respectée, une cause valable a été retrouvée : l'horaire de la déperfusion et de l'ablation de la sonde urinaire tombait la nuit, les sages-femmes étaient en attente du résultat d'un bilan infectieux ou attendaient la fin de la perfusion d'ocytocine. Pour quelques patientes, elles n'ont pas retiré la sonde urinaire afin de pouvoir surveiller efficacement la diurèse. En revanche, dans certains dossiers nous pouvons discuter le fait de laisser la perfusion pour administrer des antalgiques en intra-veineux chez une femme algique, car il est actuellement reconnu que les antalgiques per os et intra-veineux ont la même efficacité. Il est donc possible de privilégier à la fois l'analgésie et l'autonomie.

L'étude montre que lorsque la prescription n'est pas respectée, la perfusion est en moyenne retirée au bout de 15H30 et la sonde urinaire au bout de 17H40.

Le premier lever représente lui aussi, avec l'ablation de la perfusion et de la sonde urinaire, une étape très importante pour l'autonomie de la femme et le développement du lien mère-enfant. Il est recommandé entre la 8<sup>ème</sup> et la 12<sup>ème</sup> heure du post-partum également. Mais il faut pour cela que la patiente ne soit pas algique pour que ce lever lui semble naturel et non imposé.

28% des patientes de l'audit 1 et 19% de l'audit 2 ne se sont pas levées à l'heure recommandée, mais ceci se justifie encore une fois par l'attente du matin (pour le respect du sommeil des patientes et l'attente d'un petit déjeuner avant le lever), ou le maintien un peu plus long de la perfusion et de la sonde urinaire. Lorsque la prescription n'a pas été respectée, les femmes ont pu se lever pour la première fois en moyenne 15H55 après l'opération. Il y a donc ici un gros progrès par rapport à l'horaire du premier lever avant (qui s'effectuait vers la 24<sup>ème</sup> heure du post-partum) et après la mise en place du protocole.

Certes nous n'avons pas toujours retrouvé de cause au non respect des prescriptions, mais dans l'ensemble ces 3 préconisations sont bien respectées et consciencieusement suivies par les sages-femmes. De ce fait, nous avons fait d'énormes progrès en ce qui concerne l'horaire de l'ablation de la perfusion, de la sonde urinaire et du premier lever. Nous devons également préciser que ces critères sont à évaluer au cas par cas pour chaque patiente et que les sages-femmes peuvent décider pour raisons médicales de ne pas les appliquer à l'heure conseillée.

## 2.2. Les freins à la mise en place du protocole

Les résultats de l'audit 1 et 2 sont strictement identiques sur le plan de la surveillance post opératoire. Les anesthésistes ont recommandé un minimum de 7 surveillances dans les premières 24 heures suivant l'opération. Il s'agit ici du strict minimum. Or, 16% des femmes de chaque audit n'ont pas bénéficié des 7 surveillances préconisées, précisant cependant que les 4 premières sont respectées pour la totalité des dossiers. Nous pourrions supposer que les femmes sont moins surveillées lorsque c'est la nuit, pour ne pas trop perturber leur sommeil, alors que nous constatons que les surveillances ont en réalité été oubliées durant la journée. Peut être la charge de travail dans le service était-elle importante ces jours là ?

La réintroduction de la boisson et de l'alimentation sont des besoins fondamentaux favorisant le retour à l'autonomie de la patiente, mais trop peu renseignés dans les dossiers. Pour la boisson, l'audit 1 compte un taux de 22% de dossiers pour lesquels nous n'avons pas retrouvé cette information contre 68% dans l'audit 2, alors que le personnel était cette fois averti de l'étude. Pour l'alimentation, nous avons un taux de 50% de dossiers où cette information ne figure pas dans l'audit 1, et 48% dans l'audit 2. Il se peut que pour de nombreuses patientes l'information ait été relevée seulement à l'oral par le personnel soignant et qu'aucune trace ne figure dans le dossier.

En ce qui concerne le premier lever, nous constatons que ce renseignement est trop peu présent dans les dossiers, avec 28% dans l'audit 1 et 35% dans l'audit 2 de femmes dont nous ne savons pas quand elles ont pu se lever.

L'évaluation et la prise en charge de la douleur sont sans doute les éléments les plus importants pour permettre un retour à une autonomie précoce. Pourtant, nous constatons qu'ils restent les principaux points à améliorer alors que la césarienne est

considérée comme une des interventions les plus douloureuses, accentuée aujourd'hui par une mobilisation précoce. Elle devrait donc bénéficier d'une meilleure analgésie post opératoire.

En outre, nous savons aujourd'hui qu'une prise en charge inadaptée de la douleur post opératoire peut entraîner des conséquences graves avec un risque de chronicisation de la douleur.

Pour les 24 premières heures, seulement 66% des patientes de l'audit 1 et 42% de l'audit 2 ont eu leur douleur évaluée à chaque surveillance. Il y a même 7 patientes sur les 63 dont l'évaluation de leur douleur s'est arrêtée à la 12<sup>ème</sup> heure post opératoire ou avant. De plus, la réévaluation post antalgique dans l'heure suivante n'a été retrouvée que dans 3 dossiers seulement. Il s'agissait dans les 3 cas de patientes hyper-algiques. En ce qui concerne les antalgiques des 6 premières heures post chirurgicales, seulement 69% dans l'audit 1 et 64% dans l'audit 2 ont respecté la prescription de l'anesthésiste.

Lorsqu'elle n'a pas été respectée, il s'agit majoritairement de patientes non algiques ayant eu juste du paracétamol administré alors que la prescription recommande paracétamol + AINS de façon systématique. Pour les patientes non algiques, il est important d'utiliser la synergie de ces 2 antalgiques de manière préventive pour anticiper la douleur d'une mobilisation précoce. Remarquons également que lorsque les AINS sont contre-indiqués en post-partum, ils doivent être remplacés par l'administration d'Acupan® systématique, même si la patiente n'a pas une EVA supérieure à 3. Or aucune des patientes concernées n'a eu d'Acupan® en systématique mais uniquement en curatif pour une douleur déjà présente.

Il est ensuite impossible pour nous d'évaluer l'efficacité des antalgiques après la 6<sup>ème</sup> heure car les femmes étant déperfusées, les antalgiques à partir de cette heure sont donnés per os. Les sages-femmes délivrent alors les antalgiques systématiquement (paracétamol + AINS) à la patiente pour les prochaines 24 heures, en lui expliquant comment les prendre. Le problème est alors que nous ne savons pas quand les patientes ont pris leurs antalgiques, ni pourquoi, ni quelle a été leur efficacité.

Il a été impossible pour nous de faire des statistiques sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur après les premières 24 heures car ces éléments ne sont pas tracés dans les dossiers des patientes. Nous pouvons juste remarquer que 36% des dossiers ne

contiennent aucune EVA à partir de cet horaire, et que les antalgiques systématiques sont fournis à la patiente pour la journée, sans évaluation de ceux-ci.

Au cours de cette étude, le refus de prendre des antalgiques de la part de certaines patientes algiques nous a étonné. Ces femmes allaitaient toutes leur bébé, nous pensons que ce refus est du à une mauvaise information de la part des professionnels sur le risque de passage dans le lait maternel.

### 2.3. Les incidents rencontrés durant l'étude

Parmi nos 63 dossiers, 20% de nos patientes ont eu soit des nausées, soit des vomissements, soit les 2. Certes il s'agit d'un effet indésirable lié à la césarienne, mais ces vomissements semblent plutôt liés à la réintroduction de l'alimentation. On peut se demander si les soignants se sont préoccupés de demander aux femmes si elles avaient envie de manger. Il ne faut pas oublier que ce protocole est une base de travail pour l'équipe mais que les soins doivent avant tout être adaptés au cas par cas, et toute patiente venant de subir une intervention chirurgicale n'a pas forcément envie de boire et manger si tôt.

Seulement 2 patientes sur les 63 incluses dans notre étude (3%) ont été reperfusées, une pour permettre l'administration de Vénofér® et une autre en raison d'une endométrite du post-partum. Egalement 2 patientes ont eu besoin d'un sondage évacuateur unique à la suite de l'ablation de la sonde urinaire sans autres complications. Les sages-femmes ont pris la décision pour quelques femmes, lorsqu'elles avaient un doute sur une rétention urinaire, d'utiliser l'échographie bladder scan à leur disposition.

Cet audit nous permet de mettre le doigt sur les avancées encourageantes grâce à l'application de ce protocole et sur certaines améliorations que nous pouvons y apporter. Nous voulons maintenant corrélérer l'avis de nos patientes face à cette prise en charge.

### 3. Qu'en est-il du point de vue des patientes ?

#### 3.1. Les points positifs des patientes

Le point positif à retenir de ce questionnaire est que 95% de nos patientes interrogées sont très satisfaites ou satisfaites de la prise en charge qu'elles ont pu avoir. Seulement 5% n'ont pas été satisfaites. Il s'agit uniquement d'un problème relationnel avec l'équipe soignante. De plus, 39% ont trouvé que leurs suites de couches avaient été plus faciles que ce qu'elles imaginaient. Parmi elles, se trouvent 55% de femmes ayant déjà eu une césarienne, lesquelles trouvent qu'elles ont une meilleure mobilisation et se sentent moins malade. Nous relevons également qu'elles ont été pour la grande majorité bien entourées, conseillées et informées par l'équipe et qu'elles ont acquis une autonomie plus précoce.

Grâce à notre questionnaire, une seule patiente s'est plainte de nausées/vomissements (causés par l'anesthésie), 18% avaient très faim et 25% très soif après la césarienne. C'est plus la durée à jeun beaucoup avant la césarienne qui semble longue. D'après le professeur D. Benhammou, instaurateur de la réhabilitation précoce post césarienne en France, une réintroduction de la boisson ou même juste une humidification de la bouche de la patiente en salle de réveil permettrait de diminuer encore cette sensation de soif sans engendrer plus de complications.

Nous constatons que très peu de femmes ont répondu avoir été gênées par la perfusion (9%) et la sonde urinaire (7%). Il s'agit en majorité des femmes pour lesquelles l'ablation a été retardée par rapport à l'heure recommandée du protocole. La plupart déclare être peu gênées par l'alitement même si 27% sont gênées, ce qui est, certes, une valeur encore élevée mais qui s'explique par l'envie de s'occuper de son bébé le plus rapidement possible.

#### 3.2. Les points négatifs des patientes

Dans notre questionnaire, 50% des femmes ont répondu avoir été gênées par la douleur le premier jour, que ce soit au repos ou à la mobilisation. Elles ont également été douloureuses pour 48% des patientes les jours suivants. Un grand nombre de patientes étaient douloureuses et avaient du mal à s'occuper de leur bébé. Certaines ont

précisé que « les antalgiques ne sont pas assez forts (et que) c'est la pire de ses 4 césariennes au niveau de la douleur », qu'elle a « été très douloureuse le premier jour, les antalgiques systématiques et l'Acupan® ne suffisaient pas ». Elles ont été plus nombreuses à se lever après la 12<sup>ème</sup> heure, et nous remarquons que, même si la cause de l'arrêt n'a pas été clairement exposée, 4 des 5 patientes ayant décidé d'arrêter leur allaitement maternel ont été très gênées par la douleur. Contrairement aux idées reçues, dans cette étude, l'origine ethnique de la patiente ne modifie pas son ressenti à la douleur. On y trouve cependant plus de césariennes en urgence, plus d'anesthésies générales et plus de femmes aux âges extrêmes chez les patientes douloureuses.

En ce qui concerne le premier lever et l'analgésie, nous remarquons que ce point reste à améliorer. Lors du questionnaire, 46% des femmes nous disent être algiques à la mobilisation après la césarienne, ce qui correspond notamment au moment du premier lever. Quelques patientes nous ont précisé avoir connu un moment très douloureux lors du lever, en nous disant que « le premier lever a été difficile au niveau de la douleur », ou qu'elles avaient « été gênées pour le premier lever à cause de la douleur ». Une autre nous confie « avoir été levée trop rapidement, on (l'a) sortie de (son) lit. Elle n'imaginait pas une telle douleur au lever ». Elles sont également 48% à rester algiques les jours suivant la césarienne.

#### 4. Quelles améliorations sont encore possibles ?

##### 4.1. La prise en charge de la douleur

La lutte contre la douleur existe depuis de nombreuses années en France. Elle est présente dans le nouveau programme des études de sage-femme de 2001, avec de l'anthropologie de la douleur, de la pharmacologie et l'étude des méthodes d'évaluation.

La présence de douleurs persistantes en post opératoire peuvent être dues à 2 facteurs : une sous évaluation et une sous estimation de la douleur des patientes entraînant une sous utilisation des antalgiques.

Il y a sûrement tout d'abord une sous-estimation de la douleur par le personnel soignant et par la patiente elle-même. En effet, la césarienne est une intervention chirurgicale particulière : les femmes ne sont pas malades, la finalité étant l'évènement heureux de la

naissance de leur enfant. Les femmes sont donc heureuses malgré la douleur de l'opération et très vite motivées pour se mobiliser afin de s'occuper seule de leur enfant. Personnels soignants et patientes ont trop souvent tendance à penser que la douleur est normale car la femme vient de subir une intervention chirurgicale, mais cette douleur est en réalité une douleur aigue et prévisible pouvant être évitée par les traitements antalgiques préventifs et/ou curatifs. En outre, il ne faut pas négliger les nombreuses douleurs du post-partum que ce soit les tranchées, les douleurs mammaires, lombaires, ou les douleurs dues à la cicatrice de la césarienne. Une sous-estimation ou un jugement minimaliste de la douleur du patient, ainsi qu'un défaut d'évaluation entraînent alors des prescriptions insuffisantes d'antalgiques.

On peut se demander comment évaluer la douleur ? Il s'agit d'une obligation sous la responsabilité du soignant. Le soignant doit être en mesure de reconnaître et entendre la douleur pour pouvoir l'évaluer. Il doit également connaître l'utilisation des antalgiques et réévaluer cette douleur dans l'heure qui suit l'instauration ou la modification d'un traitement. L'évaluation se fait par l'EVA ou l'EN pour l'intensité, mais la sage-femme doit également connaître la localisation, l'évolution et le retentissement de cette douleur sur le patient. Certes, la douleur est très subjective, elle comprend de multiples facteurs et est vécue différemment par tous les patients. Mais il ne faut pas oublier que seule la patiente peut évaluer sa douleur, et que même s'il s'agit d'une douleur psychogène ou non ressentie comme une véritable douleur par le soignant, ce sont des douleurs vécues et ressenties par la patiente. Il ne faut donc sous-estimer aucune douleur. Si un patient la décrit, c'est qu'elle existe réellement.

En ce qui concerne le premier lever, il doit s'effectuer selon différentes étapes qui ne semblent pas être suffisamment respectées aujourd'hui. Pour se mobiliser si tôt après une opération chirurgicale, il faut que la patiente en émette l'envie. Outre le désir de vouloir s'occuper de son bébé, il faut que l'analgésie soit irréprochable avant la mobilisation. Pour cela les antalgiques doivent être mis systématiquement et la douleur doit être évaluée avant, pendant et après le lever. Il est important d'évaluer la douleur de la patiente avant le lever, et de savoir si elle est prête à se mobiliser. Il ne faut pas oublier que ce protocole est aussi basé sur le cas par cas, qu'il faut donc s'adapter aux patientes. Il ne sert à rien de vouloir à tout prix lever une patiente algique qui n'en a pas envie.

La première étape est donc d'évaluer la douleur par l'EVA ou l'EN avant le lever. Si la douleur est légère et que la patiente le souhaite, on peut faire le premier lever. Si la patiente est algique ou n'en manifeste pas l'envie, mieux vaut administrer un antalgique supplémentaire et lever la patiente quelques heures plus tard. La deuxième étape est ensuite d'évaluer la douleur après la mobilisation, et de la traiter d'emblée avant qu'elle ne s'installe dans la durée. La dernière étape est de retranscrire le suivi de la douleur dans le dossier. Or nous n'avons pas retrouvé dans les dossiers l'évaluation de cette douleur avant et après le lever.

De plus, si on administre un traitement, il faut avant tout savoir s'il est efficace en l'évaluant sur les premières 24 heures. Les sages-femmes doivent alors évaluer la douleur régulièrement avant la prise d'antalgique, puis la réévaluer dans l'heure qui suit. Un changement de palier n'est à envisager que, si après s'être assuré que l'antalgique est correctement administré et la dose maximale atteinte, le patient n'est pas soulagé. De plus, une administration régulière des doses optimales sans attendre que le patient le demande prévient la réapparition de la douleur. Après ces 24 heures d'évaluation du traitement, nous savons ce qui est efficace pour un patient donné, et une fois seulement sa douleur soulagée, il pourra être autonome avec ses antalgiques.

Dans cette étude, nous remarquons que la douleur n'est pas évaluée comme elle le devrait, que sa traçabilité n'est pas toujours bien respectée, et que la prescription d'antalgiques (qu'il s'agisse de respecter une prescription faite par les anesthésistes ou d'une prescription faite en toute autonomie) n'est pas systématique. De plus nous constatons une forte méfiance et une appréhension face à l'utilisation des morphiniques, pourtant indispensables pour une bonne analgésie post opératoire. Toute patiente encore algique après la 18<sup>ème</sup> heure (temps nécessaire pour éliminer la morphine injectée au moment de la césarienne) et après administration d'Acupan® devrait avoir systématiquement de l'Actiskénan®. Or seulement 3 de nos patientes en ont bénéficié. Nous ne pouvons pas dire exactement pour combien de femmes les morphiniques auraient été utiles du fait que l'efficacité des antalgiques ne soit pas évaluée et que les EVA ne soient pas toujours renseignées, mais 50% d'entre-elles ont spécifié avoir été algiques malgré les antalgiques. De plus, 2 des patientes ayant reçu de l'Actiskénan® ont signalé avoir été « bien soulagée avec les morphiniques mais le Doliprane® et l'Ibuprofème® ne soulagent pas assez » et « très douloureuse le premier jour, les antalgiques systématiques et l'Acupan® ne suffisaient pas ». Dans les deux cas, il aurait



été nécessaire de privilégier les morphiniques. Pourquoi cette sous utilisation des morphiniques ? Elle est sûrement due dans un premier temps aux contraintes d'utilisation de ces molécules conservées sous clés avec les toxiques, ainsi qu'au manque d'autonomie des sages-femmes pour les prescrire. Pourtant, ces morphiniques oraux sont automatiquement prescrits par l'anesthésiste selon ce protocole, les sages-femmes peuvent donc le donner aux patientes quand elles le jugent nécessaire, à condition de remplir une ordonnance de délivrance obligatoire pour les morphiniques. Il est également possible que l'Actiskénan® soit très peu utilisé par méconnaissance ou peur de cette molécule et de ses effets secondaires. Nous savons pourtant qu'à ces faibles doses, les risques maternel et néonatal sont quasiment nuls.

Enfin, nous avons observé que peu de femmes (32%) ont des antalgiques prescrits sur leur ordonnance de sortie. Nous savons pourtant qu'une fois rentrées chez elles, les femmes vont être très mobiles, ce qui peut réactiver la douleur. Les douleurs résiduelles peuvent ainsi perdurer quelques jours à quelques semaines. La prescription au minimum de paracétamol devrait donc être systématique lors de la sortie de la maternité.

En conclusion, l'évaluation de la douleur avant la prise d'antalgique et 1 heure après celle-ci devrait être systématiquement faite dans les premières 24 heures. Les antalgiques doivent être délivrés automatiquement toutes les 6 heures pour le paracétamol et toutes les 8 heures pour les AINS. En cas de contre-indications de ces derniers, l'administration d'Acupan® toutes les 4 heures doit être respectée. En cas de douleurs persistantes malgré le respect de ces antalgiques, les sages-femmes doivent alors donner de l'Actiskénan®. D'après le Pr. D.Benhammou et la prise en charge dans son service de césarienne, il est même recommandé d'administrer de manière systématique ces 3 premiers antalgiques afin d'avoir une analgésie efficace permettant la mobilisation.

#### 4.2. La traçabilité et la prise en charge multidisciplinaire

En ce qui concerne la réintroduction de la boisson, nous avons vu que 22% des dossiers de l'audit 1 et 68% de ceux de l'audit 2 ne donnent pas cette information. La reprise de l'alimentation est également non renseignée dans 50% de l'audit 1 et dans 48% de l'audit 2. Il est vrai que la reprise de l'alimentation des opérées doit être gérée

par les sages-femmes, mais une fois l'accord donné, il s'agit d'un travail commun et d'un acte délégué à l'aide-soignant présent. Il semble donc logique que ces 2 informations soient retranscrites dans le dossier par les aides-soignants dès que l'eau ou le repas est servi.

Nous avons aussi remarqué que le moment du premier lever n'est pas toujours noté dans le dossier. La pratique veut que la majorité des levers soient réalisés en présence des aides-soignants, ce sont donc ces professionnels qui, avec l'accord de la sage-femme, doivent coter la douleur avant et après le lever grâce à l'EVA ou l'EN, et ensuite retranscrire ces données avec l'heure du premier lever dans le dossier de la patiente.

Il semble que le manque d'évaluation de la douleur de la patiente soit dû à un manque de traçabilité dans le dossier, car en côtoyant les sages-femmes du service, nous sommes persuadés que ces informations sont recueillies oralement chez la grande majorité des femmes césariées mais non retranscrites. Les conduites à tenir sont alors adaptées à ces informations, mais ininterprétable dans une étude de dossier. D'après ce que nous avons remarqué en étudiant la prise en charge de la douleur par les sages-femmes, il semble que patients et soignants pensent encore que la douleur post accouchement est synonyme de normalité, comme le précise la citation de l'ancien testament « tu enfanteras dans la douleur ». De ce fait, les patientes se plaignent peu et les professionnels sous évaluent cette douleur. Nous pouvons alors comprendre le manque d'EVA, de prescription d'antalgique et d'évaluation de leur efficacité, ainsi que le manque de traçabilité.

En résumé, la prise en charge de la douleur, la réintroduction de l'alimentation et le premier lever sont des actes pourtant simples mais nécessitant une organisation de service particulière et bien rodée dans une maternité, impliquant les aides-soignants et les sages-femmes.

#### 4.3. L'information

Nous avons également remarqué un refus d'antalgiques de la part de certaines patientes. Il est important de bien expliquer à ces femmes que ces médicaments sont administrés à faibles doses et sur une courte durée, ce qui rend les risques de toxicité néonatale quasi nuls. L'allaitement ne justifie donc pas une limitation des

thérapeutiques. Il faut également leur préciser que, pour les mêmes raisons, avec ces médicaments, elles garderont toutes leurs capacités pour s'occuper de leur enfant.

Au vue de ce manque d'information et d'évaluation de la douleur, nous proposons de réaliser un carnet d'informations donné aux patientes à la suite de la césarienne. Il expliquerait la normalité de la douleur post opératoire, ses moyens d'évaluation et de prise en charge afin de les sensibiliser. Les sages-femmes doivent éduquer les femmes à la douleur pour qu'elles sachent la reconnaître, l'anticiper et la gérer en demandant elles-mêmes les antalgiques qu'elles trouvent nécessaires sans attendre que la douleur s'installe.

En demandant aux femmes ce qu'elles avaient imaginé à propos des suites de couches de césarienne, nous nous sommes rendus compte que beaucoup de femmes nous ont répondu n'avoir jamais envisagé un accouchement par césarienne pendant la grossesse. Une patiente dit « n'avoir jamais imaginé la césarienne (car elle) devait accoucher par voie basse » et une autre pense « qu'on devrait mieux nous préparer à la césarienne ». Il s'agit sans doute de femmes n'ayant pas suivi de cours de préparation à la naissance, mais il semble important d'aborder systématiquement ce point avec les patientes durant les consultations obligatoires de grossesse avec la sage-femme ou l'obstétricien, ou au moment de la consultation pré-anesthésiste. Les femmes doivent savoir que cet acte est possible au cours de tout accouchement et doivent y être préparées pour mieux accepter cette césarienne.

## CONCLUSION

Grâce à cet Audit de pratique concernant le nouveau protocole « AAA » instauré dans le service de césarienne du CHU de Rouen, nous remarquons qu'un gros progrès a été entamé en ce qui concerne la reprise de l'alimentation et de l'autonomie avec un horaire d'ablation de la perfusion, de la sonde urinaire et du premier lever bien respecté. Nous n'oublions pas que ce protocole est un modèle pour les sages-femmes mais qu'il doit toujours être adapté à la patiente.

Cependant quelques points importants restent encore à améliorer : la prise en charge de la douleur, sa traçabilité et le travail en équipe multidisciplinaire.

Nous sommes certains qu'une meilleure prise en charge de la douleur est possible et qu'il faut minimiser la notion de normalité de cette douleur encore ancrée dans nos esprits. Les sages-femmes sont à l'écoute de leurs patientes mais les outils à leur disposition pour la prise en charge de la douleur doivent être mieux utilisés, en particulier l'utilisation de l'EVA et sa traçabilité pour une bonne transmission entre les équipes.

Ce travail doit être multidisciplinaire et doit donc impliquer davantage les aides-soignants qui gèrent une partie des préconisations du protocole indispensables à la réhabilitation précoce. Ce sont-elles qui s'occupe de la distribution des repas et du premier lever, elles s'occupent donc également de la douleur en collaboration avec les sages-femmes qu'elles doivent informer. C'est pourquoi la traçabilité de cette douleur est essentielle.

En effet, les modalités de ce protocole sont en cours de changement grâce à l'implication de tout le personnel lors des réunions de service sur la prise en charge de la douleur. Ces changements au niveau de la prise en charge sont immenses, il est donc normal qu'ils soient longs à mettre en place. Malgré tout, l'évolution est aujourd'hui efficace et en marche, il est donc important de ne pas s'arrêter là. Il va falloir revoir les prescriptions de ce protocole pour une meilleure coordination de tous les personnels : anesthésistes, obstétriciens, sages-femmes et aides soignants.

## BIBLIOGRAPHIE

### ➤ Livres

(1) P. Diemunsch, E. Samain – anesthésie réanimation obstétricale – Paris – Masson – 2009 – 288p

### ➤ Articles

(2) M. Beaussier – Fréquence, intensité, évolution et retentissements de la douleur postopératoire en fonction du type de chirurgie « Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation » - 1998 – Vol 17 - p 471 à 493

(3) D. Benhamou, M. Técsy, N. Parry, F.J. Mercier, C. Burg – Audit of an early feeding program after Cesarean delivery: patient wellbeing is increased « Obstetrical and Pediatric Anesthesia » - 2002 – n°49 – p 814 à 819

(4) J. Bernard Gouyon, M. Daigne, I. Gasquet, A. Evrard – 37<sup>e</sup> journée de la société française de médecine périnatale « profession sage-femme » - 2008 – n°150 – p 30 à 33

(5) F. Bielen, I. Roch – la satisfaction et les attentes des patients : élaboration d'un questionnaire d'évaluation de l'opinion des patients hospitalisés concernant la qualité perçue des services hospitaliers « gestion hospitalière » - 2000 – n° 394 – p 171 à 178

(6) M. Bloor, M.J. Paech, R. Kayea – Tramadol in pregnancy and lactation « International Journal of Obstetric Anesthesia » - 2012 – n°21 – p 163 à 167

(7) A.C. Bouhours, P. Bigot, M. Orsat, N. Hoarau, P. Descamps, A. Fournié, A.-R. Azzouz – rétention vésicale du post-partum « progrès en urologie » - 2011 – vol 21 – p 11 à 17

(8) A. Bron, C. Beaussieu, M. Mollier-Descamps – Techniques d'analgésie locorégionale par infiltration d'anesthésiques locaux après césarienne : revue de la littérature et aspect médicoéconomique « La Revue Sage-Femme » - 2012 – n°11 – p 65 à 80

(9) C. Duruc, G. Alaux, O. Szymkiewick – Rehabilitation précoce postopératoire en chirurgie digestive « oxymag » - 2009 – n°107 – p 12 à 14

(10) M. Fuks – la thrombose veineuse profonde « l'infirmière magazine » - 2011 – n°282 – p 29 à 37

(11) A. Guiheneuf, B. Weyl – Rétention aiguë d'urine du postpartum. À propos de deux cas et revue de la littérature « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » - 2008 – n°37 – p 614 à 617

(12) D. Soriano, M.Dulitzki, N.Keidar, G.Barkai, S.Mashiach, D.Seidman – Early Oral Feeding After Cesarean Delivery « Obstetrics & Gynecology » - 1996 – vol 87 – p 1006 à 1008

(13) L.de Sousa, A.C Rodarti Pitanguí, F. Azevedo Gomes, A.Nakano, C. Homsí Jorge Ferreira – Measurement and characteristics of post-cesarean section pain and the relationship to limitation of physical activities – “Acta Paul Enferm” – 2009 – vol 22 – p 741 à 747

(14) G. Théry, Y.Vial, P. Hohlfeld – réhabilitation accélérée multimodale postcésarienne, la somme de toutes les astuces « revue médicale suisse » - 2010 – n° 268 – p 2005 à 2009

(15) Eric Viel, J.J. Eledjam – impact médical et économique des programmes de réhabilitation postopératoire précoce « oxymag » - 2005 – n°83 – p 15 à 19

(16) Anne Wyniecki, Monika Tescy, Dan Benhamou – la césarienne : une intervention qui doit maintenant bénéficier du concept de réhabilitation précoce postopératoire « le praticien en anesthésie réanimation » - 2010 – n°14 – p 375 à 382

(17) A. Wyniecki, D. Benhamou – réhabilitation précoce postopératoire après césarienne « la revue de médecine périnatale » - 2012 – n°4 – p 119 à 125

➤ **Textes officiels**

(18) Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires –  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024686131&dateTexte=&categorieLien=id> – 12 octobre 2011 –

➤ **Documents non publiés**

Mémoires

(19) J. Chauvin – Satisfaction maternelle et mode d'accouchement – mémoire sage-femme – Paris – 2010

(20) C. Leroux – Évaluation des pratiques professionnelles à la maternité du CHU de Rouen : « la tenue du partogramme ». Étude rétrospective à propos de 50 dossiers – mémoire sage-femme – Rouen – 2012

(21) K. Ouddasser – Evaluation de la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie en suites de couche – mémoire sage-femme – Rouen – 2010

#### Thèses

(22) C. Anzanel épouse Ciclet – Sondage vésical évacuateur en maternité : audit de pratiques et mise en place d'un kit de sondage clos au CHU de Grenoble – thèse pharmacie – Grenoble – 2012

#### ➤ Autres sources

(23) Vidal le dictionnaire-Issy les Moulineaux cedex 9- 2011

#### Conférence

(24) « réhabilitation précoce post césarienne » présenté par D. Benhammou – Evreux – Mars 2013

#### Compte-rendu de conférence

(25) Infection urinaire nosocomiale - Conférence de consensus co-organisée par la SPILF et l'AFU – 2002

#### Recommandations pour la pratique clinique

(26) D. Subtil, P. Vaast, P. Dufour, S. Depret-Mosser, X. Codaccioni, F. Puech – conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse – RPC – CHRU de Lille – 2000

#### Sites internet

(27) @ Analgésie postopératoire après césarienne –  
[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou06/html/d06\\_07/dou06\\_07.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou06/html/d06_07/dou06_07.htm) - consulté le 09.2012

(28) @ Analgésiques non morphiniques en postopératoire : médecine factuelle –  
[http://www.sfar.org/docs/actas\\_2011/2011\\_med\\_conf-actu\\_12\\_Beloeil.pdf](http://www.sfar.org/docs/actas_2011/2011_med_conf-actu_12_Beloeil.pdf) - consulté le 09.2012

(29) @ Audit clinique – [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit\\_clinique\\_2004\\_4pages.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_2004_4pages.pdf) – consulté le 09. 2012

(30) @ Audit clinique ciblé – [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit\\_clinique\\_2004\\_4pages.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_2004_4pages.pdf) – consulté le 09.2012

(31) @ comment améliorer la réhabilitation post-césarienne – <http://www.mapar.org> – consulté le 08.2012

(32) @ commission de la transparence : Syntocinon – [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/syntocinon\\_ct-5833.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/syntocinon_ct-5833.pdf) – consulté le 09.2012

(33) @ Evaluation de la performance de prise en charge initiale de la douleur postopératoire : quels outils, quels résultats ? – [http://www.sfar.org/docs/actas\\_2011/2011\\_med\\_douleur\\_12\\_Fuzier.pdf](http://www.sfar.org/docs/actas_2011/2011_med_douleur_12_Fuzier.pdf) - consulté le 09.2012

(34) @ Gestion des complications précoces en chirurgie gynécologique pelvienne : complications hémorragiques, digestives et urinaires – [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=1506](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1506) – consulté le 09. 2012

(35) @ - Intérêt de la voie orale dans le traitement de la douleur post opératoire – [http://www.sfar.org/docs/actas\\_2011/2011\\_med\\_douleur\\_06\\_Belbachir.pdf](http://www.sfar.org/docs/actas_2011/2011_med_douleur_06_Belbachir.pdf) - consulté le 09.2012

(36) @ Intérêt des « acute pain service » ou des références douleur dans la prise en charge de la douleur postopératoire- [http://www.sfar.org/docs/actas\\_2011/2011\\_med\\_douleur\\_11\\_Estebe.pdf](http://www.sfar.org/docs/actas_2011/2011_med_douleur_11_Estebe.pdf) - consulté le 10.2012

(37) @l'analgésie multimodale – [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05\\_23/ca05\\_23.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05_23/ca05_23.htm) - consulté le 09.2012



(38) @ La réhabilitation périopératoire –  
[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06\\_25/ca06\\_25.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06_25/ca06_25.htm) - consulté le 09.2012

(39) @le crat – <http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3> - consulté le 10.2012

(40) @ Période postopératoire après césarienne : analgésie et réalimentation –  
[http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=328](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=328) – consulté le 09.2012

(41) @ Prise en charge de la douleur post opératoire : évaluation et amélioration de la qualité – [http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/med\\_B978-2-8101-0173-3.c0051.html](http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/med_B978-2-8101-0173-3.c0051.html) - consulté le 09.2012

(42) @ Recommandation pour la pratique clinique : Césarienne –  
[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_08.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM) - consulté le 08.2012

(43) @ Réussir son audit clinique et son plan d'amélioration – [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/reussir\\_un\\_audit\\_clinique\\_et\\_son\\_plan\\_damelioration\\_guide\\_2003\\_2009-10-20\\_11-09-52\\_821.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf) - consulté le 09.2012

## ANNEXES

**Annexe I :** Prescription et surveillance postopératoire après césarienne sous ALR (rachianesthésie ou péridurale) avec morphine en périmédullaire

**Annexe II :** Prescription et surveillance postopératoire après césarienne sous AG

**Annexe III :** Protocole « AAA ». Suites immédiates des césariennes

**Annexe IV :** Audit

**Annexe V :** Enquête de satisfaction

**Annexe VI :** Commentaires des patientes

## Annexe I

Prescription et surveillance postopératoire après  
césarienne sous ALR (rachianesthésie ou péridurale)  
**avec morphine en périmédullaire**

**- Commentaires :**

Naissance = H0 =

**Etiquette**  
patiente

**- Surveillance :**

- /15min pendant 2h, puis H2, H3, H4, H6
- puis /4h pendant 24h
- 
- Pouls, TA, FR, SaO2, douleur ( EVA),
- Score de sédation et de respiration ,
- Globe utérin, Diurèse, Saignement
- Régression bloc moteur Mbres inf

**- Boissons libres**

*entourez si : non*

**- Alimentation à partir de H6**

*entourez si : non*

Entourer le premier repas : petit-déjeuner      déjeuner      goûter      dîner

**- Ablation sonde urinaire à partir H8**

*entourez si : non*

**- Déperfusion à partir de H8**

*entourez si : non*

**- Premier lever à partir de H8**

*entourez si : non*

**- Bas de contention veineuse**

**- Bilan sang :**

le :

<p><b><u>Score Sédation</u></b> S0 = Eveillée</p> <p>S1 = Somnolente, facilement réveillable</p> <p>S2 = Somnolente, éveillable par stimulation verbale</p> <p>S3 = Somnolente, éveillable par stimulation tactile</p>	<p><b><u>Score Respiration:</u></b></p> <p>R0 = respiration lente, régulière, FR &gt; 10/min</p> <p>R1 = Ronflement, FR &gt; 10/min</p> <p>R2 = Respiration irrégulière ou FR &lt; 10/min</p> <p>R3 = Obstruction, tirage, pause ou apnée</p>	<p><b><u>si: S2, S3, R2 et/ou R3</u></b></p> <p><b>-Appel MAR</b></p> <p>-stimuler le patient</p> <p>- oxygène 10l/min</p>
--	---	--

**Perfusion :**

- 500 ml Serum phy + 10 IU synto à 60ml/h

**- Analgésie :**

ne pas administrer sédatifs et/ou morphiniques avant la 18 ème heure

**Avant H6**

En SSPI ou SdN ou en SdeC

**1g Paracétamol + 100 mg Profenid en IV**

si EVA > 3

**20 mg Acupan sublingual et/ou 1gr paracétamol IV :**

**H6 à H24**

En SdeC

**per os et systématiquement :**

- **Paracétamol** 1gr toutes les 6h
- **Bi Profenid LP 100** 1cp matin et soir

si EVA > 3 :

**Acupan : 20mg (max 6 / 24h)**

**Actiskénan 10 mg à partir de H18**

Si AINS contre-indiqués : Remplacer Profénid par Acupan en systématique

**- Autres Traitements :**

- 🍷 **Lovenox** :... ..ml/j SC *entourer début* : matin soir pdt ..j
- 🍷 **Zophren** 8mg orodispersible /12h si NVPO
- 🍷 **Inexium 20 mg/j** si gastralgies

Nom du MAR :.....

Le . ./... /... ..à... .h Signature :

## Annexe II

Prescription et surveillance postopératoire  
après **césarienne sous AG**

- Commentaires :

Naissance = H0 =

Etiquette  
patiente

- Surveillance :

- /15min pendant 2h, puis H2, H3, H4, H6
- puis /4h pendant 24h
- 
- Pouls, TA, FR, SaO2, douleur ( EVA),
- Score de sédation et de respiration ,
- Globe utérin, Diurèse, Saignement

- **Boissons libres à partir de H2** entourez si : non

- **Alimentation à partir de H6** entourez si : non

Entourer le premier repas : petit-déjeuner      déjeuner      goûter      dîner

- **Ablation sonde urinaire à partir H8** entourez si : non

- **Déperfusion à partir de H8** entourez si : non

- **Premier lever à partir de H8** entourez si : non

- **Bas de contention veineuse**

- **Bilan sang :** le :

<b>Score Sédation</b> S0 = Eveillée  S1 = Somnolente, facilement réveillable  S2 = Somnolente, éveillable par stimulation verbale S3 = Somnolente, éveillable par stimulation tactile	<b>Score Respiration:</b>  R0 = respiration lente, régulière, FR > 10/min  R1 = Ronflement, FR > 10/min  R2 = Respiration irrégulière ou FR < 10/min  R3 = Obstruction. tirage. nausée ou	<b>si: S2, S3, R2 et/ou R3</b>  - Appel MAR  - stimuler le patient  - oxygène 10l/min
---	---	---

- Perfusion :

- 500 ml Serum phy + 10 IU synto à 60ml/h

- Analgésie :

Au bloc après clampage du cordon :

- 👤 1gr Paracétamol + 20 mg Acupan + 10 à 20 mg Kétamine + Morphine (si rémifentanil)
- 👤 KT prépéritonéal + biberon Naropéine 2mg/ml 10 ml/h pdt 50 h ou TAP bloc

En SSPI : 100mg Profénid + Titration Morphine +/- Kétamine 5 à 10 mg

En suites de couches :

**Avant H6** si EVA>3 1gr paracétamol IV

**H6 à H24** per os et systématiquement :

- Paracétamol 1gr toutes les 6h
- Bi Profenid LP 100 1cp matin et soir

Si EVA > 3 : Acupan : 20mg / 4h max et/ou

Actiskenan 10mg / 4h max

Si AINS contre-indiqués : Remplacer Profénid par Acupan en systématique

- Autres Traitements :

- 👤 Lovenox :... ..ml/j SC entourer début : matin soir pdt ..j
- 👤 Zophren 8mg orodispersible /12hh si NVPO
- 👤 Inexium 20 mg/j si gastralgies

Nom du MAR :.....

Le . ./... /... ..à... .h Signature :

### Annexe III

#### Protocole AAA Suites immédiates des Césariennes

en dehors d'une mention particulière de l'anesthésiste ou de l'obstétricien

- **Boissons :**

Autorisées à partir de H1 si ALR, H2 si AG

En pratique : doivent être encouragées dès l'arrivée en suites de couches

- **Alimentation :**

Possible à partir de H6

Selon les souhaits de la patiente ( ne pas la forcer)

En pratique :

Si le premier repas après H6 est le petit-déjeuner ou le goûter : petit déjeuner ou goûter normal, repas suivant : « épargne digestive » puis repas suivants au choix de la patiente

Si le premier repas après H6 est le déjeuner ou dîner : potage-yaourt-compote (PYC) puis repas suivants au choix de la patiente.

- **Sondage urinaire :**

Ablation à partir de H8

En pratique : la retirer entre H8 et H12 selon l'organisation de l'équipe.

Si H8 tombe la nuit la retirer au petit matin.

Entre l'ablation de la sonde et H24 : surveillance de la première miction, de l'absence de globe vésical.

Il n'y a pas de diurèse minimale exigée pour retirer la sonde.

- **Perfusion :**

Ablation à partir de H8

En pratique : la retirer entre H8 et H12 selon l'organisation de l'équipe.

Si H8 tombe la nuit la retirer au petit matin.

( Les boissons sont encouragées dès H2, l'alimentation possible à partir de H6

Les ocytotiques sont arrêtés à H8, les antalgiques sont administrés per os dès H6)

Exception : voies d'abord très difficile : garder la perfusion avec un sérum physiologique au débit minimum jusqu'au résultat de la numération de J1.

- **Premier lever :**

Possible à partir de H8

En pratique : à réaliser entre H8 et H12 selon l'organisation de l'équipe.

Si H8 tombe la nuit réaliser le premier lever le lendemain matin.

#### Analgésie

JO (jusqu'à H24) : 2 situations :

- feuille bleue pour Césarienne sous ALR avec morphine en périmédullaire et
- feuille rose pour césarienne sous AG

**Cf feuilles de prescription postopératoire des médecins anesthésistes**

Penser à réévaluer l'EVA 1h après un antalgiques de secours

Traitement des effets 2 éventuels :

- gastralgies : Inexium 20 mg po/ j le soir ou le matin surtout si sensibilité particulière.
- nausées, vomissements : Zophren 8 mg orodispersible / 12h
- prurit invalidant (morphine ALR) : nubain 4 mg IVL

**Surveillance et Analgésie postopératoire  
des césariennes de J1 à J4-5**

**- Surveillance**

par la sage-femme minimum 3 fois / 24h matin, après midi et soir à **J1**  
minimum 2 fois / 24h : matin et soir de **J2 à sortie**  
Avec à chaque fois **EVA au repos et à la mobilisation**  
+ réévaluation 1 h après administration antalgique de secours

**- Analgésie**

Systematique sans attendre la douleur jusqu'à J4 minimum

- ☺ **Paracetamol** ( gélules ou effervescents) 1gr matin, midi et soir + 1g la nuit si besoin
- ☺ **Bi Profenid LP 100** 1cp matin et soir (+/- Profenid 100mg en interdose)\*

Antalgique de secours si EVA > 3 :

- ☺ **Topalgic 50 mg** : 1 à 2 cp /8h \*\*

possibilité d'utiliser Ixprim 1 à 2cp /8h en diminuant le paracétamol à 500 mg

**Contre-indication aux AINS**

- ☺ Utiliser l'antalgique de secours en systématique
- ☺ Réévaluer la contre-indication aux AINS à J1 ou J2 (si HPP)

Si Topalgic : surveillance du BB si allaitement

\* : Respecter minimum 6h entre deux prises de Profénid (IV, peros) et 12h entre 2 Biprofenid

\*\* : Tramadol = Topalgic = Contramal Ixprim = 37,5 mg Tramadol + Paracétamol

**Doivent être consignés sur les feuilles de surveillance en + des données habituelles :**  
**Jour et heure**

- du premier verre d'eau,
- du premier repas,
- de l'ablation de la sonde urinaire
- de la déperfusion,
- du premier lever,
- les EVA au repos et à la mobilisation,
- les effets secondaires et leur traitement.

Dr Delphine Provost, Pr Loïc Marpeau Mars 2012



**Annexe IV**

<b>AUDIT</b>
--------------

N° dossier : ..... BMI : ..... Cigarette/j : .....

Date césar : ..... âge : ..... ATCD obsté : .....

Heure : ..... Parité : ..... Ethnie : .....

Anesthésie : ..... Urgence ou programmée

allaitement : .....

	Oui	Non	NR	PR	observations
<b>La surveillance horaire a été respectée</b> H2-H4-H6-H12-H16-H20-H24 à JO 3 fois à J1    2 fois de J2 à sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>La boisson a été proposée dès l'arrivée en Suites de couches</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>L'alimentation à été proposée dès H6</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>La perfusion comprend 500ml sérum phy + 10UI de synto à 60ml/h</b> <b>L'ablation s'est effectuée entre H8-H12</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>L'ablation de la sonde urinaire s'est Effectué entre H8 et H12</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Le premier levé s'est effectué entre H8 et H12</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Les antalgique avant H6 ont été Respectés :</b> Si ALR : 1g para+100mg profénid IV Acupan 20mg SL et/ou 1g para IV si EVA>3 Si AG : 1g para si EVA>3 + Biberon naro 10ml/h pdt 50h ou TAP bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Les antalgiques entre H6 et H24 ont été</b> <b>Respectés :</b> 1g para/6h PO systé + biprofénid LP 100mg/12h PO systé Si EVA>3 : Acupan 20mg +/-actiskénan 10mg après H18 si besoin si CI AINS : acupan 20mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>les autres traitements ont bien été</b> <b>respectés :</b> Inexium 20mg le soir si gastralgies Zophren 8mg/12h si NVPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Les EVA ont été demandées à chaque</b> <b>Surveillances :</b> Au repos A la mobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Prescription d'antalgiques par la sage-femme de J1 à J4-5 :**

1g paracétamol/6h + biprofénid LP 100 LP/12h PO (+/- profénid 100mg en interdose)

Si EVA > 3 : topalgic 50mg 1à2 cp/8h

Si CI AINS : utilisé antalgique de secours + CI à réévaluer à J1-J2 si HPP

EVA au repos + à la mobilisation à chaque surveillance + réévaluation 1h après antalgique.

**Incidents :**

Vomissements

phlébite

Ballonnement

embolie pulmonaire

occlusion intestinale

atonie utérine

Reperfusion

hémorragie

Dysurie

Rétention urinaire

retour à l'autonomie

## Annexe V

### Enquête de satisfaction

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête de satisfaction concernant certains points de votre séjour en suites de couches. Ce questionnaire nous permettra d'évaluer et d'améliorer notre prise en charge pour une meilleure satisfaction des patientes.

Je vous remercie de votre participation, ainsi que de votre franchise.

Lucie Tollet, étudiante sage-femme en 4<sup>e</sup> année.

- Etes-vous contente de votre séjour en suites de couches ?

Oui  Non

- Qu'est-ce qui vous a le plus gêné ? (Plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> La faim	<input type="checkbox"/> La soif
<input type="checkbox"/> La perfusion	<input type="checkbox"/> La sonde urinaire
<input type="checkbox"/> La douleur au repos	<input type="checkbox"/> La douleur à la mobilisation
<input type="checkbox"/> L'alitement	<input type="checkbox"/> La difficulté de la mise en place du lien avec votre bébé

Autre : .....

Pourquoi ?

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

- Pendant votre séjour, vous vous êtes sentie... : (Plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Bien entourée	<input type="checkbox"/> Bien informée
<input type="checkbox"/> Bien conseillée	<input type="checkbox"/> Dououreuse
<input type="checkbox"/> Abandonnée	<input type="checkbox"/> Perdue pour prendre vos médicaments
<input type="checkbox"/> Perdue pour vous occuper de votre bébé	<input type="checkbox"/> Mieux que vous ne le pensiez

Autre : .....

Pourquoi ?

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

- Concernant votre prise en charge en suites de couches, vous êtes :

Très satisfaite  
 Satisfaite  
 Peu satisfaite

Pourquoi ?

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

- Si vous deviez avoir une césarienne pour une prochaine grossesse, que souhaitez-vous que l'on améliore ?

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

## Annexe VI

### COMMENTAIRES DES PATIENTES

#### POINTS POSITIFS :

- « j'ai été très bien entourée pour les soins de mon bébé »
- « c'est ma deuxième césarienne et je me sens mieux que pour la première »
- « les antalgiques ont été efficaces, je n'ai pas eu mal »
- « c'est ma deuxième césarienne et c'est mieux qu'avant au niveau de la mobilisation, la perfusion ... on ne se sent pas malade »
- « je n'ai pas eu mal du tout, j'ai été très bien accompagnée et on a pris le temps de m'expliquer les choses »
- « je n'ai eu aucune gêne et aucune douleur. je pensais que ça serait plus long pour s'en remettre »
- « j'ai été très contente qu'on ait retiré la perfusion plus tôt »
- « c'est ma deuxième césarienne, on a une meilleure mobilité et c'est mieux pour le lien mère-enfant »
- « les antalgiques m'ont bien soulagée, je m'attendais à quelque chose de plus lourd »
- « j'ai été mieux entourée que pour mes autres césariennes »

#### POINTS NEGATIFS :

- « j'ai été gênée par un mal de dos. C'était difficile pour l'allaitement »
- « je me suis sentie abandonnée la nuit »
- « on ne nous donne pas toujours les mêmes conseils suivant les personnes, il y a des problèmes de communication dans l'équipe »
- « j'avais mal donc j'ai eu du mal à m'occuper de mes bébés au début »
- « j'ai été perdue avec mes médicaments au début, je ne savais pas comment les prendre »
- « J'ai été douloureuse malgré les antalgiques les jours suivant la césarienne »
- « j'étais douloureuse lorsque je bougeais après la césarienne »
- « je n'avais jamais imaginé avoir une césarienne, je devais accoucher par voie basse »
- « J'ai dû réclamer des antalgiques autres que le paracétamol. C'est ma deuxième césarienne mais j'ai eu plus de douleur qu'à la première »
- « j'aurais aimé qu'on me prépare mieux à l'éventualité d'une césarienne car j'ai eu une césarienne en urgence et je n'étais pas prête »
- « j'ai eu du mal à m'occuper de mon enfant car j'étais trop fatiguée et j'avais mal »
- « les antalgiques ne sont pas assez forts. C'est la pire de mes 4 césariennes au niveau de la douleur »
- « j'ai eu mal à la mobilisation aussi à cause de la sonde urinaire qui fait mal lorsqu'on se lève. J'imaginais avoir moins mal »
- « j'ai été très douloureuse le premier jour, les antalgiques systématiques et l'Acupan® ne suffisaient pas »
- « j'ai été gênée par des nausées et la douleur le premier jour »
- « j'ai fait un malaise en me levant et j'ai eu du mal à m'occuper de mon bébé »
- « les antalgiques ne soulagent pas assez mais je n'ai pas osé réclamer »
- « on devrait mieux nous préparer à la césarienne »
- « j'ai été bien soulagée avec les morphiniques mais le Doliprane® et l'Ibuprofène® ne soulagent pas »
- « j'ai été levée trop rapidement, on m'a sortie de mon lit. Je n'imaginais pas une telle douleur au lever »
- « j'ai été gêné pour le premier lever à cause de la douleur. je n'ai pas pu bien voir les soins pour mon bébé car avant j'avais trop mal. Ça va mieux maintenant mais je ne sais pas faire les choses toute seule, je voudrais qu'on me remontre »
- « le premier lever a été dur au niveau de la douleur »
- « les antalgiques ont eu du mal à me soulager le premier jour, la douleur est difficile à gérer et c'est dur pour s'occuper de son bébé »
- « l'Acupan® soulage bien mais sans ça je ne pouvais pas me lever »
- « j'aurais aimé être plus autonome mais j'avais mal »

