



Impact de la réhabilitation précoce post-opératoire sur le ressenti maternel et la satisfaction vis-à-vis du lien mère-enfant après une césarienne

Anne Laronche

► To cite this version:

Anne Laronche. Impact de la réhabilitation précoce post-opératoire sur le ressenti maternel et la satisfaction vis-à-vis du lien mère-enfant après une césarienne. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01233040

HAL Id: dumas-01233040

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233040>

Submitted on 24 Nov 2015

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.

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES – HOPITAL SAINT ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE – FACULTE DE MEDECINE
MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

Impact de la réhabilitation précoce post-opératoire sur le
ressenti maternel et la satisfaction vis-à-vis du lien mère-enfant
après une césarienne

Directeur de mémoire : Pr Dan Benhamou

Année universitaire : 2014-2015

Laronche

Anne

Merci...

Au Professeur Dan Benhamou, directeur de ce mémoire, pour son implication, son enthousiasme et ses précieux conseils.

Aux chefs de service et cadres sages-femmes des maternités de l'hôpital de Créteil, de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre et de l'hôpital Robert Debré, pour avoir permis la réalisation de ce mémoire.

Aux sages-femmes en suites de couches, pour le temps consacré à cette enquête et l'aide ainsi apportée.

Aux patientes, pour leur participation essentielle.

Et aussi...

A ma famille, pour la force et la ténacité transmises.

A Anton, pour son soutien, sa patience et sa confiance.

A Alexandra, Anna, Camille, Caroline, Cécile, Claire, Clémence, Emma, Julie, Kevin, Marie, Marion, Ouyssal et Sarah. Pour le chemin parcouru ensemble depuis quatre ans (ou plus), bravo et merci.

A Antoine, Morgane, Marie et Sophie, pour leurs encouragements.

A Madame Nicolai, pour son écoute attentive.

Sommaire

Introduction	1
I. Réhabilitation précoce post-césarienne.....	2
1. Définition	2
2. Les différentes composantes.....	2
2.1 L'analgésie	2
2.2 Reprise des boissons et de l'alimentation.....	4
2.3 Voie veineuse périphérique	5
2.4 Sonde urinaire à demeure.....	6
2.5 Mobilisation précoce	6
II. Le lien mère-enfant	8
1. Définition	8
2. Attachement et naissance d'une relation.....	8
2.1 La part de l'inné.....	8
2.2 Les différentes interactions.....	10
2.3 La part de l'acquis	10
3. Evolution de la relation durant les premiers jours	11
4. Cas particulier de la césarienne	11
4.1 Distance induite par l'opération et difficultés associées	11
4.2 Apports de la réhabilitation précoce post-césarienne	12
5. La satisfaction maternelle	14
III. Patientes et méthodes.....	16
1. Objectif de l'étude et hypothèse.....	16
2. Type d'étude.....	16
3. Déroulement de l'étude.....	16
3.1 Au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil	17
3.2 Au Centre Hospitalier Universitaire du Kremlin-Bicêtre	17
3.3 Au Centre Hospitalier Universitaire Robert Debré	18
4. Outil méthodologique	18
4.1 Elaboration et validation du questionnaire destiné aux patientes.....	18
4.2 Elaboration du questionnaire destiné à être rempli par les professionnels de santé du service	20
4.3 Paramètres étudiés (à travers les deux types de questionnaires)	20
4.4 Utilisation	22
5. Population cible.....	22
5.1 Description de l'échantillon et mode de recrutement.....	22
5.2 Critères d'inclusion	23
5.3 Critères d'exclusion.....	23
6. Variables retenues et stratégie d'analyse.....	24
6.1 Variables principales.....	24

6.2	Variables secondaires	24
6.3	Analyse statistique	25
IV.	Résultats.....	26
1.	Constitution et description de la population d'étude	26
2.	Caractéristiques générales.....	27
2.1	Age des patientes	27
2.2	La parité	27
2.3	Les antécédents obstétricaux.....	27
2.4	Le type de césarienne	28
3.	Caractéristiques des soins post-opératoires.....	28
3.1	Horaires des premières boissons après la césarienne.....	28
3.2	Horaires du premier repas	29
3.3	Type du premier repas	29
3.4	Horaires du deuxième repas	30
3.5	Horaires d'ablation de la sonde urinaire à demeure	30
3.6	Horaires d'ablation de la VVP	30
3.7	Horaires du premier lever	31
4.	Retentissements sur le sentiment maternel et la satisfaction vis-à-vis de la création du lien mère-enfant	31
4.1	Score douloureux	31
4.2	Humeur maternelle	33
4.3	Ressenti du contact avec le nouveau-né.....	34
4.4	Portage du nouveau-né	34
4.5	Soins apportés au nouveau-né	35
4.6	Maintien du nouveau-né auprès de sa mère la nuit.....	36
4.7	Type d'allaitement.....	36
4.8	Sentiment vis-à-vis du déroulement de l'allaitement	37
4.9	Satisfaction maternelle vis-à-vis du lien avec le nouveau-né	38
4.10	Raisons de l'insatisfaction.....	39
V.	Discussion	40
1.	Critère de jugement principal.....	40
2.	Autres critères.....	41
3.	Limites et biais.....	43
4.	Perspectives.....	45
	Conclusion	47
	Annexes	48
	Glossaire	57
	Bibliographie	58

Introduction

Depuis quelques années le principe de réhabilitation précoce a vu son application se répandre en obstétrique. Ce mode de prise en charge post-opératoire vise à un retour anticipé à l'état physiologique, physique et psychique, du patient après une intervention chirurgicale. Il associe pour cela différentes composantes : analgésie multimodale et efficace, retrait anticipé de tous les cathéters et reprise d'une mobilisation et des repas plus précoce.

Plus de 20% des naissances en France se font aujourd'hui par césarienne. Cette intervention est de plus en plus considérée comme une intervention mineure, avec une maîtrise des risques hémorragique, infectieux et thromboembolique notamment. Cependant le déroulement du post-partum après une césarienne reste souvent marqué par des difficultés, en particulier la douleur, la gêne associée à la perfusion et à la sonde urinaire à demeure. Cela renforce l'alitement prolongé et contrarie les parturientes dans les soins à apporter au nouveau-né.

La réhabilitation précoce post-opératoire a de nombreux bénéfices à apporter en obstétrique. Plusieurs études ont déjà montré son intérêt et l'absence de danger associée à cette prise en charge, notamment en terme de diminution de la douleur et de favorisation de la mobilisation et de l'autonomie. La réhabilitation précoce peut ainsi permettre d'atténuer les difficultés rencontrées dans les 24 à 48 premières heures après la naissance, répondant ainsi aux spécificités post-opératoires de la césarienne qui sont celles du post-partum : bouleversement physique et psychique pour la mère, nécessité d'apporter des soins au nouveau-né et création du lien avec lui. Il est en effet établi que les premières heures et les premiers jours suivants la naissance sont essentiels à la création du lien mère-enfant.

La réhabilitation précoce des césariennes se développe et intéresse de plus en plus de maternités. De nombreuses études ont été publiées en sa faveur. Dans ce contexte, il nous a paru pertinent d'étudier un aspect peu abordé jusqu'ici, et cependant observé sur le terrain, il s'agit de l'impact d'un protocole de réhabilitation précoce sur la création du lien mère-enfant et plus particulièrement sur le ressenti maternel vis-à-vis de ce lien.

Nous avons organisé notre réflexion autour de la problématique suivante : la réhabilitation précoce post-césarienne apporte-t-elle un meilleur ressenti et une satisfaction plus importante des mères vis-à-vis de la relation avec leur nouveau-né, par rapport à un protocole classique ?

Après quelques rappels sur la réhabilitation précoce, ainsi que sur le lien mère-enfant et la satisfaction en lien avec la réalisation d'une césarienne, nous présenterons notre étude et les résultats obtenus. Nous terminerons ensuite par une analyse et une discussion autour de ces résultats.

I. Réhabilitation précoce post-césarienne

1. Définition

Le concept de réhabilitation précoce post-opératoire a été initié et développé par Kehlet dans les années 1990 (1). Ces dernières années, son application à la césarienne a été croissante. Cette prise en charge péri opératoire a pour objectif de faciliter la convalescence post-opératoire en permettant une restauration rapide des facultés physiques et psychiques préopératoires de la patiente après césarienne. Pour cela, elle associe différentes composantes : une analgésie multimodale, la limitation des soins invasifs (perfusion, sonde urinaire à demeure [SAD]), une reprise précoce des boissons et de l'alimentation. Tous ces éléments concourent eux-mêmes à une mobilisation anticipée. Le principe de réhabilitation précoce permet également de réduire le traumatisme chirurgical et la « réponse au stress chirurgical » qui est à l'origine de modifications neuro-hormonales (tachycardie, hypertension artérielle, hyperglycémie, réponse immunologique de type inflammatoire...) pouvant perturber le fonctionnement physiologique du corps, et par exemple la physiologie de la lactation (1-4).

Dans le domaine de l'obstétrique, la restauration rapide de l'état physiologique est primordiale en raison des soins que sollicite d'emblée le nouveau-né et de la relation qui doit se créer avec lui. Dans ce contexte, il est important que l'ensemble des éléments de la réhabilitation précoce soit mis en place. Nous allons les détailler.

2. Les différentes composantes

2.1 L'analgésie

L'analgésie post-opératoire doit avant tout être multimodale. Dans 99% des cas, la césarienne a lieu sous anesthésie locorégionale (ALR), nous nous intéresserons donc uniquement à cette situation (5).

Selon les circonstances de la césarienne, celle-ci a lieu sous anesthésie péridurale (APD) – le plus souvent pour les césariennes en urgence- ou sous rachianesthésie – qui concerne en général les césariennes programmées. Une des premières composantes analgésiques post-interventionnelles consiste :

- En cas de césarienne sous rachianesthésie, à injecter de la morphine intratéchale en fin d'intervention. Cette injection permet de couvrir la douleur des premières 12 à 24 heures post-opératoires. Suite à de nombreuses études, il a été observé que la dose optimale, produisant une bonne qualité d'analgésie avec de moindres effets secondaires, est autour de 100µg de morphine (6,7). Cette dose peut être utilisée sans risques de gravité, notamment de dépression respiratoire (8).
- En cas de césarienne sous APD, il s'agit d'injecter de la morphine péridurale en fin d'intervention. L'injection permet dans ce cas de soulager la patiente en moyenne durant les 24

premières heures qui suivent la césarienne. Le problème posé par cette injection péridurale est l'apparition d'effets secondaires, tels que les nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) et le prurit, mais aussi d'effets plus graves, particulièrement la dépression respiratoire qui peut survenir de façon retardée. Les différentes études sur le sujet rapportent qu'une dose proche de 2mg de morphine péridurale permettrait d'assurer une analgésie efficace avec une diminution des risques liés aux effets secondaires (6,9). Cette dose est d'autant plus efficace qu'elle est associée à la prise d'analgésiques per os.

Les analgésiques per os sont une des composantes de l'analgésie post-opératoire. Ils comprennent :

- Le paracétamol, aux doses habituelles. Ce dernier potentialise l'effet analgésique, sans ajouter d'effets indésirables supplémentaires. De plus son utilisation n'est pas contre-indiquée en cas d'allaitement maternel.
- Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) complètent très efficacement l'action de la morphine péri-médullaire, avec une diminution importante des douleurs au repos ainsi qu'à la mobilisation (6,10,11). Si leur utilisation n'est pas contre-indiquée dans les trois premiers jours du post-partum, où le passage dans le colostrum est jugé minime, elle est plus souvent controversée après la montée de lait. Une étude récente résumant les données de la littérature montre cependant que le passage dans le lait s'effectue à des doses jugées non nocives pour le nouveau-né, et que les AINS et notamment l'ibuprofène sont « généralement compatibles » avec l'allaitement (12).
- La morphine par voie orale peut également être administrée. Cependant elle constitue d'avantage un antalgique de « secours », utilisé lorsque les antalgiques de palier I et II n'ont pas apporté une efficacité suffisante.

La prise de ces antalgiques oraux pourrait aujourd'hui être facilitée et son efficacité optimisée par le principe de la prise orale des antalgiques contrôlée par les patients (PCOA ou patient controlled oral analgesia). Ce concept est développé par analogie au principe d'analgésie morphinique autocontrôlée par voie intraveineuse (PCA ou patient controlled analgesia). L'objectif étant de répondre au mieux aux besoins de chaque patiente pour le soulagement de sa douleur. Les premières études sur le sujet montrent d'ailleurs une meilleure analgésie ainsi qu'une meilleure satisfaction des patientes, en cas de PCOA (13,14).

Des méthodes d'anesthésie locale peuvent également être utilisées dans le cadre de la césarienne. Il existe deux techniques principales:

- Le bloc de paroi ou Transverse Abdominal Plane block (TAP-block) qui consiste en une injection d'anesthésique local entre le muscle oblique interne et le muscle transverse, suite à la fermeture du plan chirurgical de la césarienne. Son efficacité a été montrée par

plusieurs études (13,15,16). Il présente l'avantage d'éviter le recours aux morphiniques et donc leurs effets secondaires.

- L'instillation continue d'analgésiques par le biais d'un cathéter multi-perforé disposé dans le plan sous cutané ou péritonéal, à proximité de la cicatrice de la césarienne. De même que pour le TAP-block, l'efficacité de cette technique a été montrée avec une diminution des scores douloureux, et présente elle aussi l'avantage de l'épargne morphinique (17). Cependant l'inconvénient principal de cette méthode réside dans le fait qu'elle nécessite le maintien d'un cathéter et donc une contrainte à la mobilisation.

Ces deux techniques d'analgésie locales sont encore peu développées actuellement dans le cadre de la césarienne.

La douleur produite par une césarienne est particulièrement forte et tenace et intervient comme un frein à la reprise de la mobilisation et donc de l'autonomie (2,13,18). Elle peut également accentuer la fatigue post-opératoire. De plus elle est susceptible de devenir chronique (19,20). Sa prise en charge est donc essentielle, que ce soit au repos afin d'assurer une vraie récupération, ou lors de la mobilisation afin de ne pas la contraindre. L'association des différents éléments à disposition permet de potentialiser leurs effets et d'assurer une analgésie efficace (6,10,11). Par ailleurs, l'introduction rapide de l'alimentation permet elle aussi de lutter contre la fatigue et l'alitement.

2.2 Reprise des boissons et de l'alimentation

Les pratiques habituelles en post-partum après une césarienne consistent à réintroduire les boissons entre la 12^{ème} et la 24^{ème} heure post-opératoire selon la présence ou non de bruits hydro-aériques, et la nourriture au-delà de la 24^{ème} heure, en fonction des premiers gaz. Le premier repas est en général un repas léger, composé de nourriture liquide (compote, laitage, potage).

Dans le cadre de la réhabilitation précoce, les boissons sont autorisées sans limite dès le passage en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI), un premier repas léger est possible quatre à huit heures après l'intervention selon les protocoles de service et les repas classiques complets sont repris dès le deuxième repas. L'innocuité de ce type de prise en charge a été démontrée par plusieurs études. Celles-ci se rejoignent toutes sur le fait qu'il n'existe pas plus de risques de complications gastro-intestinales lorsque les patientes sont autorisées à boire et à s'alimenter rapidement après l'intervention (21-25). Ainsi Patolia et al dans leur étude randomisée ne retrouvent pas un taux significativement plus élevé d'iléus post-opératoire dans le groupe « alimentation précoce » par rapport au groupe contrôle, respectivement 31,7% contre 26,7% (22). C'est le cas également de l'étude de Kramer et al qui rapporte une absence de symptômes d'iléus chez 50% des patientes bénéficiant d'une réalimentation précoce, contre 39,4% des patientes suivant le protocole classique ; les taux de nausées et de vomissements ressentis sont les mêmes dans les deux groupes, respectivement environ 14% et 5,5% (24). La

réalimentation précoce peut donc se faire sans risque supplémentaire, le plus souvent elle permet même une reprise plus rapide du transit intestinal (22,23). En cas d'utilisation de morphiniques, l'introduction précoce des boissons et repas est globalement bien tolérée ; durant les huit premières heures post-opératoires les NVPO ont tendance à être plus importants qu'en l'absence d'utilisation de morphine, cependant ces effets indésirables disparaissent le plus souvent définitivement après le premier repas (21). Cela confirme l'intérêt d'accélérer la reprise des repas. L'alimentation et l'hydratation anticipées après une césarienne permettent ainsi de diminuer les sensations de faim et de soif et l'inconfort généré (26). La diminution de ces symptômes fonctionnels est associée à une augmentation de la satisfaction maternelle, qui peut être interprétée comme l'expression de l'amélioration du bien-être des patientes (26). Ainsi, une fois les patientes hydratées et alimentées par voie orale, il devient envisageable de retirer leur perfusion.

2.3 Voie veineuse périphérique

La problématique de la durée du maintien de la voie veineuse périphérique (VVP) en post-partum est très fortement corrélée à celle de l'agent utérotonique utilisé et de la durée nécessaire à son efficacité. Celui-ci est utilisé après un accouchement afin de prévenir les hémorragies du post-partum et les atonies utérines. La molécule la plus couramment utilisée est l'ocytocine ou Syntocinon®, plus de 80% des maternités déclarent l'utiliser (5). On dispose actuellement de peu d'études sur la durée ou la dose minimale efficace de l'ocytocine dans la prévention des hémorragies du post-partum et des atonies utérines. Une étude a montré le bénéfice d'une administration de 30UI de Syntocinon® durant les quatre premières heures post-opératoires, mais aucune étude n'a évalué l'intérêt de poursuivre cette thérapeutique sur un délai plus long (27).

Une autre molécule utérotonique est également disponible mais son utilisation est moins répandue : la carbétocine ou Pabal®, un analogue de l'ocytocine. Celle-ci présente l'intérêt d'une demi-vie quatre à dix fois plus longue que le Syntocinon®, et pourrait donc concilier la nécessité d'une thérapeutique efficace par une injection unique avec un retrait plus rapide de la perfusion. En cas d'utilisation de carbétocine, la perfusion peut être retirée à la sortie de la SSPI, avec maintien d'un cathéter obturé pendant 24 heures. Plusieurs études ont montré l'efficacité de la carbétocine par rapport à l'ocytocine dans la prévention des hémorragies du post-partum, avec une même fréquence des effets indésirables (28,29). Son utilisation est aujourd'hui limitée par son coût plus élevé.

Une enquête de pratique nationale a rapporté que le retrait de la VVP survenait à la 24^{ème} heure post-opératoire dans 51% des cas et dans les 24 à 48 heures dans 26% des cas environ (5). Le maintien d'une perfusion pendant plusieurs heures ou jours après l'intervention est incontestablement un frein à la mobilisation des patientes et donc à leur autonomie. Permettre qu'elle soit retirée le plus précocement possible est un élément essentiel de la réhabilitation précoce après une césarienne, et les

efforts doivent être poursuivis dans ce sens. De même un autre soin invasif doit aussi être limité, il s'agit de la sonde urinaire à demeure.

2.4 Sonde urinaire à demeure

De façon classique la SAD est mise en place avant l'intervention et est retirée environ 12 à 24 heures après. L'objectif initial est de protéger la vessie d'un éventuel traumatisme chirurgical durant l'opération, puis d'éviter l'apparition d'une rétention aigue d'urines en post-partum.

Une étude randomisée réalisée en 2003 a comparé deux groupes de patientes ayant bénéficié d'une césarienne (30). Dans le premier groupe les patientes n'étaient pas du tout sondées à demeure pour la césarienne, tandis que dans le groupe contrôle elles avaient une SAD pendant l'intervention et jusqu'à 12 heures après. Dans le groupe sans SAD, seules 6% des femmes décrivent un inconfort lors de la première miction contre 93% dans le groupe contrôle et les patientes non-sondées se lèvent également en moyenne deux fois plus rapidement que celles avec une SAD. Parmi les femmes non-sondées seules 4,4% ont nécessité un sondage évacuateur dans le post-partum. L'étude conclut que la SAD n'est pas une nécessité lors de la réalisation d'une césarienne.

Les pratiques actuelles correspondent à un intermédiaire entre le protocole classique et les conclusions de cette étude. Les patientes sont sondées à demeure pour l'intervention, et la SAD est retirée à la sortie de la SSPI. Cela est associé à un remplissage vasculaire moins important durant l'opération (limité à environ 500ml), afin d'éviter le risque de rétention aigue d'urines. Cette pratique permet de réduire l'inconfort associé au maintien de la sonde, ainsi que la gêne lors des premières mictions et l'apparition d'infections urinaires. Mais le bénéfice essentiel apporté par ce retrait précoce est la possibilité de se mobiliser beaucoup plus facilement, bien qu'il nécessite une surveillance plus rapprochée de la miction par le personnel soignant.

2.5 Mobilisation précoce

Après une césarienne, la déambulation précoce est permise par la mise en place effective des éléments décrits ci-dessus. En effet une analgésie efficace au repos ainsi qu'au mouvement, limite l'alitement et incite à la mobilisation. Celle-ci est d'avantage encouragée lorsque tous les soins invasifs et gênants non indispensables ont été supprimés et que la patiente a repris des forces grâce à une alimentation complète. Cette mobilisation précoce prévient ainsi la survenue de complications thromboemboliques post-opératoires, déjà favorisées par l'état d'hypercoagulabilité présent durant la grossesse et aggravées par la césarienne (1,31,32).

Ainsi nous pouvons constater que la réhabilitation précoce post-césarienne comporte de nombreux composants, et ceux-ci sont interdépendants : retirer, par exemple, les différents cathéters sans assurer une analgésie de qualité n'aurait que peu d'intérêt pour la patiente. Mais ces composants sont également corrélés à l'évolution d'autres pratiques : par exemple, l'utilisation d'autres ocytociques que le Syntocinon® pour réduire la durée de perfusion, ou l'administration systématique d'antiémétiques pour favoriser une alimentation précoce. La réhabilitation précoce permet à la fois une amélioration du bien-être des patientes mais également une diminution de la morbidité liée à la césarienne.

Plus la mise en place du protocole sera complète et pertinente et plus le bénéfice sur le vécu et le bien-être des femmes sera important, qu'il s'agisse du retentissement physique de la césarienne ou des difficultés psychiques comme celles rencontrées pour la création du lien mère-enfant.

II. Le lien mère-enfant

1. Définition

Le lien mère-enfant désigne l'ensemble des interactions et des échanges qui se produisent entre une mère et son enfant et qui forment le socle de leur relation. Il s'agit d'une composition en évolution permanente et à géométrie variable selon les apports de l'un et de l'autre. L'établissement de ce lien débute dès la naissance (et même in-utero) par l'attachement. Celui-ci est défini comme « le lien primordial qui unit une mère à son nouveau-né », et est décrit comme un comportement instinctif et un besoin vital du nouveau-né au même titre que l'alimentation ou le maintien de la normothermie (33). La théorie de l'attachement a été élaborée par le psychanalyste anglais Bowlby (34). Elle comporte différents éléments, et ne peut s'élaborer que dans la réciprocité de ces différents éléments. L'attachement associe également des comportements innés et acquis pour se construire.

2. Attachement et naissance d'une relation

2.1 La part de l'inné

Elle correspond aux compétences respectives que possèdent la mère et le nouveau-né pour initier un premier contact.

2.1.1 Chez le nouveau-né

Bowlby affirme « qu'à la naissance, ou très peu de temps après, tous les systèmes sensoriels fonctionnent », c'est précisément sur ses cinq sens que le nouveau-né va s'appuyer pour faire connaissance avec sa mère (34). Le toucher, l'ouïe et l'odorat ont subi le développement le plus important in utero et sont donc les sens les plus perfectionnés à la naissance. Le toucher constitue le premier langage et le premier moyen de communication du nouveau-né immédiatement après la naissance, ce dernier touche et est touché. Grâce à l'odorat, il reconnaît l'odeur de sa mère et celle de son sein. De même, l'ouïe lui permet d'identifier la voix de ses parents, qu'il a enregistrée durant sa vie in utero. A un moindre degré, sa bouche et ses yeux lui permettent d'explorer son environnement proche. Il distingue dès lors le goût du liquide amniotique ou celui du lait, mais aussi les différentes textures et formes (peau par rapport au mamelon par exemple). La vue est le sens qui possède la discrimination la plus faible à la naissance, mais le nouveau-né peut malgré tout différencier les contours ou suivre une personne en mouvement. L'ensemble des informations apportées par les sens entraîne une vague de stimuli sensoriels, à l'origine d'un sentiment de sécurisation. Ce que perçoit et ressent le nouveau-né crée également un continuum entre vie intra et extra-utérine. En plus de ses cinq sens, il possède également des réflexes archaïques, qui favorisent le rapprochement avec sa mère. Il s'agit de la succion, du grasping ou agrippement, de l'orientation ou comportement de poursuite, des pleurs. L'ensemble de ces comportements involontaires contribuent à l'attachement et ainsi à la survie

du nouveau-né (34). Le système endocrinien du bébé favorise également la mise en relation du couple mère-bébé, par la production de deux hormones : la noradrénaline et les β -endorphines. La noradrénaline contribue fortement à l'instauration du lien en augmentant l'état de vigilance ; elle est produite en grande quantité à la naissance et notamment après le clampage du cordon (33,35). Les β -endorphines sont produites de façon importante après la naissance, et d'avantage après une césarienne par rapport à une voie basse, et contribuent à la perception positive du nouveau-né proche de sa mère (33,36,37).

Cet ensemble physiologique permet le mouvement du nouveau-né vers sa mère et contribue à leur rencontre et au maintien de leur proximité. Le peau à peau est ainsi le support adéquat à l'expression de ces phénomènes physiologiques. De son côté, la mère est également sous l'influence de processus psychiques et hormonaux.

2.1.2 Chez la mère

La mère dispose, tout comme son bébé, de ses sens pour faire connaissance avec lui. Le regard et le toucher ont un rôle principal dans l'appréhension de ce nouvel être qu'est l'enfant (38,39). A travers le regard, la mère prend conscience de l'existence de son nouveau-né, et permet le passage de celui-ci de l'imaginaire à la réalité (38). Ce processus n'est pas immédiat, il nécessite souvent quelques heures, parfois quelques jours, après l'accouchement. Grâce aux caresses et au contact direct « ventre à ventre », elle apprivoise délicatement son bébé, observe ses réactions, se rapproche. Cela contribue à activer les mécanismes sensoriels qui eux-mêmes permettent la reconnaissance (33). Bien qu'ils participent eux aussi à la création de ces premiers liens, l'odorat et l'ouïe y ont une part moins importante. Grâce à l'ouïe, la mère est attentive aux demandes du nouveau-né, mais cela est d'avantage observé au cours des premiers jours, voire des premières semaines. Très rapidement après la naissance, la mère est submergée par des décharges hormonales. La principale hormone en jeu est l'ocytocine, autrement appelée « hormone de l'attachement ». Des études ont en effet montré que le taux plasmatique d'ocytocine augmente spontanément durant le travail, l'accouchement et le début du post-partum et cette élévation est à l'origine d'un comportement d'approche vers le nouveau-né (40,41). De plus, lorsque le peau à peau est établi, cela stimule d'avantage la sécrétion d'ocytocine et entretient ainsi le cercle vertueux de l'attachement (39). De façon analogue à ce qui se produit chez le nouveau-né, la mère sécrète elle aussi des neuropeptides et notamment des β -endorphines. Ces dernières semblent contribuer au rapprochement et à l'acceptation entre la mère et son enfant, chez l'animal l'administration d'un antagoniste de cette hormone « altère l'émergence d'un comportement maternant » (42). En plus des bouleversements endocriniens qui s'opèrent en elle, des modifications psychiques se produisent également et notamment ce que Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire » (43). Ce terme désigne une période d'hypersensibilité transitoire du post-partum, où les sens maternels sont particulièrement en alerte, permettant ainsi une attention particulière vers le

nouveau-né et le renforcement du lien avec lui. Durant le post-partum la femme établit des chemins psychiques pour construire son identité de mère (38).

2.2 Les différentes interactions

Nous l'avons vu, les sens de la mère et du bébé sont largement mis à contribution lors de leur rencontre et permettent la mise en place d'interactions précoces et multiples. Le couple mère-bébé communique et se lie selon différents types d'interactions (44) :

- Interactions comportementales : peau à peau, synchronisation des mouvements et des postures dans le couple mère-bébé, échange et maintien du regard au travers duquel s'échangent des ressentis, expression vocale du nouveau-né, de ses besoins et dialogue.
- Interactions affectives : elles désignent l'influence réciproque des émotions du nouveau-né et de sa mère et leur mise en adéquation. Stern définit cet échange comme un « accordage affectif » (45).
- Interactions fantasmatiques : il s'agit de la réciprocité entre le psychisme de la mère et celui de son enfant et du chemin parcouru par la mère entre le bébé imaginaire et celui de la réalité. Ces interactions sous-tendent les interactions comportementales, par la confrontation entre ce qui avait été imaginé et ce qui se présente à la mère.

Les différents travaux, notamment ceux de Bowlby et de Lebovici, montrent, et Bowlby l'affirme, que le comportement d'attachement « fait partie de la nature humaine » (34,44). A partir d'attitudes innées réalisées par la mère et le nouveau-né, le développement de l'acquis peut se produire.

2.3 La part de l'acquis

Dans la relation mère-enfant en construction, l'acquis recouvre l'environnement général dans lequel s'est déroulée la grossesse et se déroulent l'accouchement et le post-partum. Une grossesse marquée par une pathologie, un accouchement ne correspondant pas aux attentes de la parturiente, des douleurs importantes en post-partum ou le transfert du nouveau-né en néonatalogie, sont des éléments pouvant influencer sur la création du lien (38). Ils interviennent en effet comme des « parasites » et ne permettent pas à la mère ou à l'enfant d'être pleinement disponible pour rencontrer l'autre. A l'inverse lorsque les événements de la maternité se sont déroulés sans difficultés et sans incongruence majeure entre l'imaginaire et le réel, cela favorise la disponibilité de l'un et de l'autre pour que s'établisse entre eux la relation. A partir de ce moment, l'acquis va permettre de renforcer l'inné mais aussi le lien et la dyade mère-bébé.

A la lumière de ces différentes notions, il est aisé de comprendre la nécessité d'une proximité physique (et notamment visuelle et tactile) entre la mère et son bébé, immédiatement après la naissance, afin que les liens se tissent et que la relation se développe. Une fois la phase de reconnaissance et d'identification traversée, il est indispensable de conserver cette proximité, afin de permettre le renforcement du lien.

3. Evolution de la relation durant les premiers jours

Les premiers liens étant tissés, la mère et le nouveau-né vont passer à une phase d'adoption mutuelle (38). La mère découvre et apprend par tâtonnement à décoder les signes de son nouveau-né et à y répondre de manière de plus en plus adéquate. Le nouveau-né communique, sollicite ses parents et s'attache durablement à ces figures qui répondent à ses besoins. La dyade mère-enfant et/ou la triade mère-père-enfant s'accorde et s'ajuste progressivement, dans une relation façonnée par eux-mêmes.

Il arrive cependant que ce processus de reconnaissance, de rencontre et d'adoption se trouve perturbé par des événements survenant durant le travail et/ou l'accouchement. La césarienne, en séparant précocement la mère et son nouveau-né, fait partie de ces situations particulières pour la création du lien mère-enfant.

4. Cas particulier de la césarienne

4.1 **Distance induite par l'opération et difficultés associées**

Les différents éléments qui composent et permettent l'établissement du lien mère-enfant, ne trouvent pas, ou difficilement, de résonance dans le cadre de la naissance par césarienne. En effet dans la prise en charge classique d'une césarienne, que celle-ci ait lieu de façon programmée ou durant le travail, une séparation précoce va survenir entre la mère et l'enfant. Or nous avons vu précédemment l'importance de la proximité après la naissance pour que se tissent les liens.

Dans le déroulement d'une césarienne, après l'extraction du fœtus, ce dernier est remis à la sage-femme qui le montre brièvement à sa mère, permettant parfois un contact « joue à joue » et quelques baisers, puis l'enfant est emmené dans une pièce différente et souvent éloignée. Il y reçoit ses premiers soins et fait parfois connaissance avec son père. Pendant ce temps, au bloc opératoire la suture de la césarienne est réalisée, elle dure environ 30 à 45 minutes. Ce laps de temps, la mère et son nouveau-né le passent séparés l'un de l'autre. Selon les protocoles de service, le bébé peut ensuite rejoindre sa mère en SSPI, y effectuer un premier peau à peau et une première tétée. Dans d'autres cas le nouveau-né ne rejoindra sa mère que lors du passage en suites de couches. Une fois transférée dans ce service, les difficultés vont souvent perdurer. Comme nous l'avons dit plus haut, la parturiente est confrontée à une douleur importante et à des difficultés de mobilisation qui ne vont pas lui permettre

un contact physique rapproché avec son enfant, et vont donc être à l'origine de difficultés à répondre à ses besoins et à se sentir active dans son rôle de mère. Plusieurs études ont ainsi montré que les mères séparées de leur nouveau-né dans les premières heures après la naissance (notamment en cas de césarienne) rencontrent plus de difficultés pour débiter et poursuivre l'allaitement maternel (3,46,47).

Par ailleurs, la césarienne est fréquemment à l'origine d'un vécu douloureux pour les femmes (48). Le sentiment qu'elles éprouvent vis-à-vis de cette intervention varie en fonction de l'image qu'elles ont de leur propre corps, de leur culture, de leur psychisme et de leur entourage, et notamment du regard porté par leur conjoint sur la situation (49). Les modalités de réalisation de la césarienne influent également sur le ressenti, selon que la césarienne s'est déroulée de façon programmée ou urgente, du degré d'urgence et des éventuelles complications associées. D'une manière générale, les parturientes ressentent une forme de dépossession et de perte de contrôle sur leur accouchement (49,50). Elles se sentent coupables et ont le sentiment d'avoir abandonné leur enfant. Si leurs valeurs culturelles ou personnelles sont en contradiction avec la césarienne, comme c'est souvent le cas par exemple chez les femmes d'origine africaine pour qui elle «représente un déshonneur», ou si le conjoint se montre peu soutenant et rassurant dans cette épreuve, cela peut renforcer la perception négative de la femme (49). L'effraction corporelle et physique que représente la césarienne, engendre parfois un réel traumatisme pour les patientes, s'associant quelquefois à un sentiment d'impuissance (49,50).

La femme n'ayant pas pu s'accomplir en tant que mère par l'acte d'accoucher, elle doute ensuite de sa capacité à être mère et à prendre soin de son nouveau-né (49). La distance des premières heures, voire des premiers jours, fragilise le lien, perturbe la mise en route des sécrétions hormonales et renforce le sentiment d'incapacité éprouvé par cette nouvelle mère. Ainsi le cercle vertueux de l'attachement mère-bébé est remplacé par le cercle vicieux d'une relation instable où se mêlent doute, douleur et détresse.

Il est cependant possible d'intervenir à certains niveaux du processus afin de modifier et d'améliorer la prise en charge de ce couple mère-enfant, et par ce biais la prise en charge du nouveau-né par sa mère.

4.2 Apports de la réhabilitation précoce post-césarienne

La réhabilitation précoce après césarienne ne permettra jamais de restaurer la blessure de ne pas avoir accouché naturellement, si tel était le désir de la parturiente. Elle peut cependant permettre d'atténuer les difficultés qui entourent la naissance par césarienne et renforcent cette blessure, car elle autorise une proximité plus importante et plus précoce entre la mère et son bébé. En favorisant ainsi le contact précoce, elle peut concourir à faire vivre le post-partum et les suites de couches de façon quasi

identique pour la femme ayant bénéficié d'une césarienne par rapport à celle ayant accouché par voie basse.

Grâce aux éléments qui le composent (diminution de la douleur, limitation des soins invasifs, mobilisation anticipée), le concept de réhabilitation précoce peut permettre d'obtenir une disponibilité physique de la mère, qui se sent alors capable de prendre soin de son nouveau-né et se met psychologiquement en accord avec lui pour créer le lien mère-enfant et assurer pleinement son rôle dans la dyade mère-enfant.

Un concept récent vient compléter et approfondir celui de réhabilitation précoce, il s'agit de la « césarienne naturelle » (51). L'objectif de cette pratique est de reproduire, lors de la césarienne, les événements tels qu'ils se déroulent dans un accouchement par voie basse. La patiente est invitée à venir au bloc opératoire en marchant plutôt qu'allongée sur un brancard. Les appareils de surveillance, tels que l'oxymètre de pouls et le brassard à tension, sont placés aux membres inférieurs plutôt qu'aux bras et aux mains afin de libérer la mère et de faciliter la mise de l'enfant dans ses bras. Pour cette raison également, la perfusion est positionnée préférentiellement sur le bras non-dominant. Le père est autorisé à entrer au bloc opératoire et à rester auprès de sa femme durant toute l'intervention. Au moment de la naissance, le champ opératoire peut être abaissé si les parents souhaitent assister à la naissance de leur enfant. Celle-ci se fait également de façon différente : une fois la tête sortie on laisse le fœtus s'extraire presque spontanément de l'utérus, avec seulement une aide de l'obstétricien qui place un doigt sous chaque aisselle. Il est aussi possible de proposer à la parturiente d'exercer une poussée afin d'accompagner la sortie de son enfant. Une fois l'enfant né, la sage-femme le récupère et le place en peau à peau contre sa mère, où il va rester durant tout le temps de la suture chirurgicale. La mère et son nouveau-né peuvent faire connaissance.

Sans mettre obligatoirement en place tous les éléments de cette nouvelle conception de la césarienne, le simple fait de permettre le peau à peau immédiatement après l'extraction pourrait améliorer l'attachement et le lien mère-enfant de façon durable. Plusieurs études ont notamment montré que ce contact précoce, permettait une amélioration de l'allaitement maternel (52-54).

Ainsi l'ensemble des mesures mises en place pour optimiser le déroulement de la césarienne ont pour objectif d'améliorer la condition physique de la parturiente mais également son état psychique et son ressenti à la suite de l'intervention. A travers le ressenti c'est la satisfaction globale à l'égard de cet événement qui tend à être majorée.

5. La satisfaction maternelle

Le dictionnaire Larousse définit la satisfaction comme un sentiment de « joie, contentement, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, de ce qu'on désire ». La satisfaction correspond ainsi au degré de concordance entre les attentes liées à un événement et le déroulement réel de celui-ci. Il s'agit donc d'une notion subjective, qui implique le plus souvent de nombreux déterminants.

La satisfaction des mères lors de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites peut être intégrée dans un ensemble plus général qui est la satisfaction des patients recevant des soins. Cette satisfaction est aujourd'hui de plus en plus souvent évaluée et elle est considérée comme un marqueur de la qualité des soins.

Depuis une dizaine d'années quelques études en France et à l'étranger ont cherché à mesurer le contentement des parturientes avant, pendant et après la naissance de leur enfant (55-62). Il ressort de ces différentes enquêtes, que la satisfaction des mères lors de l'accouchement et dans ses suites dépend de nombreux facteurs, et notamment de la parité, du mode de déroulement d'éventuels accouchements précédents, de la survenue de complications, du sentiment de contrôle, du soutien de l'entourage et de l'équipe soignante, de la douleur et de l'état du nouveau-né à la naissance.

Le degré de satisfaction exprimé par les mères lors de cet événement si particulier est le reflet de la confrontation entre leurs souhaits et la réalité de l'événement. Il apporte un éclairage sur les émotions positives et négatives ressenties, notamment par rapport au déroulement de l'accouchement mais également vis-à-vis de cette relation mère-enfant qui débute et se construit.

Nous l'avons vu précédemment, la césarienne peut être à l'origine d'un ressenti négatif de la naissance et des premiers instants passés avec le nouveau-né. L'évaluation de la satisfaction maternelle vis-à-vis de ce moment particulier est donc un indicateur intéressant du vécu de la césarienne et des suites de celle-ci.

La réhabilitation précoce post-césarienne améliore l'intervention à différents niveaux : bénéfiques sur la santé physique de la parturiente, sur la satisfaction de son état, et sur son bien-être physique et psychologique. Elle contribue ainsi à la diminution de la morbidité maternelle associée à la césarienne. La durée du séjour en maternité est elle aussi diminuée, avec tous les bénéfices en terme de santé publique et d'économie que cela engendre. Nous percevons également de quelle façon l'application du concept de réhabilitation précoce peut influencer positivement la relation mère-nouveau-né et le ressenti de la mère, cependant nous disposons à l'heure actuelle de peu de preuves scientifiques pour l'affirmer. En concevant notre étude, l'objectif était donc de démontrer cette

hypothèse et de répondre à notre question de recherche : la réorganisation des soins post-opératoires des césariennes influence-t-elle le ressenti maternel et la satisfaction vis-à-vis du lien mère-enfant ?

III. Patientes et méthodes

1. Objectif de l'étude et hypothèse

L'objectif de cette étude était de comparer l'impact d'un programme de réhabilitation précoce post-césarienne sur le ressenti maternel et la satisfaction vis-à-vis de la création du lien mère-enfant, par rapport à un protocole classique de prise en charge post-opératoire.

Notre hypothèse était la suivante : le ressenti maternel vis-à-vis du lien mère-enfant est amélioré, dans les trois premiers jours suivant la naissance, chez les patientes bénéficiant d'une réhabilitation précoce suite à leur césarienne, par rapport à celles bénéficiant d'une réhabilitation classique. Ce paramètre a donc constitué le critère de jugement principal.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, qualitative, comparative et multicentrique. La comparaison était réalisée entre une maternité où la réhabilitation précoce post-césarienne n'est pas appliquée et deux maternités où celle-ci est mise en place.

3. Déroulement de l'étude

Nous avons d'abord défini les critères d'inclusion suivants concernant les maternités :

- Maternité de type 3
- Maternité située en région Ile-de-France
- Relative proximité géographique
- Existence ou absence clairement définie d'une réhabilitation précoce post-césarienne. Si une réhabilitation précoce était en place, celle-ci devait l'être au minimum depuis quelques mois.

A partir de ces critères nous avons « présélectionné » cinq maternités : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Robert Debré, le CHU du Kremlin-Bicêtre, le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de Créteil, le CHI de Poissy et le CHI André Grégoire de Montreuil.

Nous les avons ensuite contactés par téléphone, le plus souvent directement auprès du chef de service ou de la cadre sage-femme. Ce premier contact avait pour but de confirmer la présence ou non d'un programme de réhabilitation post-césarienne dans le service, puis de présenter l'étude et d'obtenir un premier rendez-vous pour une éventuelle mise en place de l'enquête dans le service.

Nous avons rencontré la cadre sage-femme ou le médecin responsable et l'équipe de Suites de Couches (SDC) le quatre novembre 2014 au CHI de Poissy et le 20 novembre 2014 au CHI de Montreuil. Suite à ces deux entretiens respectifs nous avons pu constater que ces deux maternités réalisaient une réhabilitation précoce post-césarienne, alors qu'elles devaient initialement être incluses comme maternité n'appliquant pas de protocole de réhabilitation précoce. Nous n'avons donc pas poursuivi la mise en place de l'étude dans ces deux maternités.

Le déroulement de l'étude au CHU Robert Debré, au CHU du Kremlin-Bicêtre et au CHI de Créteil est détaillé ci-dessous.

3.1 Au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

Une rencontre a été organisée le 15 octobre avec la sage-femme en charge des enquêtes réalisées dans la maternité, les cadres sages-femmes des SDC et de l'Unité Kangourou ainsi que les sages-femmes présentes ce jour-là. Préalablement à ce rendez-vous nous avons discuté par téléphone avec la sage-femme responsable des enquêtes et les cadres, afin d'établir la mise en place de l'étude dans le service.

Le 15 octobre 2014 l'outil et les modalités de déroulement de l'étude sont présentés, approuvés et l'étude est lancée. Nous convenons avec l'équipe, de recueillir environ 25 questionnaires. L'étude doit se dérouler jusqu'au 31 décembre 2014.

Du 15 octobre 2014 au 19 décembre 2014, nous nous sommes rendus deux fois par semaine dans le service afin de compléter la distribution des questionnaires effectuée par les sages-femmes du service.

L'étude s'est achevée le 19 décembre 2014 après avoir recueilli 39 questionnaires dont 32 réellement exploitables.

3.2 Au Centre Hospitalier Universitaire du Kremlin-Bicêtre

Après un premier rendez-vous téléphonique avec la cadre des SDC, une rencontre est fixée le huit octobre 2014 avec cette dernière ainsi que la cadre de la salle de naissance. Nous discutons de la mise en place de l'étude dans le service. Le 13 octobre 2014 nous sommes conviés à une réunion de l'équipe des sages-femmes pour présenter notre étude et obtenir leur aide sur le terrain. L'étude est lancée suite à cette réunion, comme au CHI de Créteil, nous convenons de rassembler environ 25 questionnaires, avec une durée prévue jusqu'au 31 décembre 2014.

Du 13 octobre 2014 au 30 janvier 2015 nous nous sommes rendus deux à trois fois par semaine, dans le service de SDC pour distribuer les questionnaires auprès des patientes et les récupérer.

L'étude s'est prolongée un mois de plus que prévu, afin de recueillir tous les questionnaires nécessaires, elle s'est achevée le 30 janvier 2015. A cette date nous avons obtenu 20 questionnaires, dont 13 réellement inclus dans l'étude.

3.3 Au Centre Hospitalier Universitaire Robert Debré

Après un contact téléphonique avec le chef de service de gynécologie-obstétrique, puis avec la cadre sage-femme, nous avons rencontré cette dernière le huit octobre 2014 afin d'établir la mise en place de l'étude. Les sages-femmes n'ont pas été amenées à distribuer les questionnaires, nous nous sommes chargés de le faire. L'étude a été planifiée du huit octobre au 31 décembre 2014. Durant les premières semaines nous nous sommes déplacés deux à trois fois par semaine dans le service pour proposer aux patientes de participer à l'étude et récupérer ensuite leurs questionnaires. Cela ne suffisant pas, nous avons intensifié notre présence et nous sommes allés tous les jours de la semaine à partir du 24 novembre 2014. L'étude s'est poursuivie au-delà de la date initialement prévue, pour se clôturer le 30 janvier 2015, après avoir recueilli 47 questionnaires dont 6 secondairement exclus.

Chaque fois que l'étude se mettait en place dans l'un de ces services, nous apportions une ou plusieurs pochettes contenant une quinzaine d'exemplaires des deux questionnaires à distribuer aux patientes (Annexes I et II) ainsi que ceux à compléter par l'équipe (Annexe III). La pochette contenait également une enveloppe pour déposer les questionnaires remplis. Une feuille était également à disposition des sages-femmes : celle-ci reprenait une présentation rapide de notre étude, les critères d'inclusion et d'exclusion des patientes, ainsi que la chronologie de distribution des questionnaires et nos coordonnées pour nous contacter en cas de besoin (Annexe IV).

Nous allons maintenant détailler le contenu de ces questionnaires, ainsi que la méthodologie utilisée pour les construire.

4. Outil méthodologique

4.1 Elaboration et validation du questionnaire destiné aux patientes

Afin d'élaborer le questionnaire destiné aux patientes nous avons utilisé deux études ayant déjà traité le lien mère-enfant en relation avec la césarienne, ainsi que certaines études ayant traité la satisfaction notamment en lien avec l'accouchement.

- L'étude de Carlander et al publiée en 2010 (47). Cette étude avait pour objectif de rechercher des différences dans la relation mère-enfant entre les naissances par césarienne et celles par voie

basse. L'outil utilisé était un questionnaire comportant 18 questions regroupées en quatre catégories :

- Contact avec le nouveau-né
- Contact avec le partenaire
- Sentiments vis-à-vis de l'allaitement
- Humeur

Nous nous sommes inspirés des catégories « contact avec le nouveau-né » et « humeur » afin de construire notre questionnaire.

- L'étude de Weiss et al publiée en 2009 (63). Cette dernière visait à évaluer les besoins et les préoccupations des patientes ayant subi une césarienne en urgence ou de façon programmée. Un entretien à questions ouvertes était réalisé auprès de chaque patiente afin d'évaluer l'adaptation des patientes sur le plan physique, émotionnel, social et dans le rôle de mère. Nous avons repris la structure générale de leur questionnaire, en effet nous avons questionné les patientes sur les différents thèmes suivants : difficultés physiques (douleur, gêne vis-à-vis des sondes et cathéters, alimentation...), difficultés psychiques (humeur, relation avec leur nouveau-né, satisfaction...), difficultés « techniques » (soins au nouveau-né, allaitement...).
- La lecture d'articles sur l'évaluation de la satisfaction maternelle en obstétrique, et notamment l'étude de Smith LF qui construit un questionnaire multidimensionnel et analyse la satisfaction lors de l'accouchement à travers 30 items, nous a orienté sur le choix de certaines questions (59).

Afin de faciliter le remplissage des questionnaires, les réponses étaient présentées sous forme de cases à cocher ou de croix à placer sur une échelle d'évaluation analogique. Les questions ont été formulées de façon à ce que les questionnaires soient accessibles ; sans influencer les réponses apportées.

Différentes études ont montré que ce sont le plus souvent les 24 à 48 premières heures suivant la césarienne qui sont les plus difficiles pour les patientes. C'est également cette période sensible que vise à améliorer la réhabilitation précoce. Nous avons donc décidé de cibler notre étude sur les trois premiers jours du post-partum. Ainsi les patientes incluses dans l'étude devaient remplir un premier questionnaire environ 24 heures après la césarienne, puis un deuxième environ trois jours après la césarienne. Les deux questionnaires étaient identiques. De cette façon il était possible d'évaluer l'évolution de l'état des patientes et de la construction du lien mère-enfant.

Les questionnaires à remplir étaient identiques à J1 et à J3 de la césarienne. Cependant à J1, deux questions supplémentaires étaient posées : la parité et les antécédents de césarienne et/ou d'accouchement voie basse.

Nous avons fait lire et évaluer le questionnaire par un psychiatre et une psychologue en maternité et nous avons tenu compte de leurs remarques et avons modifié la formulation de certaines questions.

4.2 Elaboration du questionnaire destiné à être rempli par les professionnels de santé du service

En plus du questionnaire précédemment décrit, un autre questionnaire a été réalisé. Celui-ci devait être rempli par les professionnels du service ou par nous-même lors de l'inclusion d'une patiente dans l'étude.

Ce questionnaire avait pour objectif de résumer les conditions générales post-opératoires concernant la patiente, et notamment les éléments présentant une différence selon qu'il s'agissait d'une réhabilitation classique ou d'une réhabilitation précoce.

Nous avons orienté les questions sur les points suivants : type de césarienne, horaire des premières boissons et des premiers repas, horaire du premier lever, horaire d'ablation de la perfusion et de la sonde urinaire. Les horaires étaient définis à partir de l'heure de la césarienne.

Nous avons élaboré les réponses sous forme d'échelles avec une tranche horaire à cocher, semblable à celle présente ci-dessous.



Ce questionnaire comportait également la date et l'heure de la césarienne.

Les éléments apportés par ce questionnaire permettaient de s'assurer que les patientes incluses avaient effectivement bénéficié du type de réhabilitation post-opératoire initialement prévu dans leur maternité.

Par la suite, nous allons détailler de façon plus précise chaque item présent dans les questionnaires.

4.3 Paramètres étudiés (à travers les deux types de questionnaires)

4.3.1 Caractéristiques de la patiente

Age de la patiente : afin de rendre anonymes les questionnaires, nous avons utilisé la date de naissance de la patiente comme numéro d'anonymat. Celui-ci était écrit sous forme d'un numéro à six chiffres « jj/mm/aa ». Il était inscrit sur les trois questionnaires appartenant à une même patiente.

Parité : cette caractéristique était recueillie auprès de la patiente à travers la question suivante : « il s'agit de votre... 1^{er}/2^{ème}/3^{ème} enfant... ». La réponse était à cocher parmi les différentes propositions.

Antécédents d'accouchement voie basse et/ou de césarienne : cette question était également renseignée par la patiente. La question étant la suivante : « indiquez le nombre d'accouchement voie basse et/ou de césarienne que vous avez déjà eu (sans compter celle que vous venez d'avoir) ». Les réponses étaient présentées sous forme de deux colonnes, une pour les césariennes et l'autre pour les accouchements voie basse, avec le chiffre correspondant à cocher.

4.3.2 Caractéristiques de la césarienne et de la prise en charge post-opératoire

Les informations suivantes sur la césarienne étaient recueillies dans le questionnaire à remplir par les professionnels : césarienne programmée ou en urgence, date et heure de la césarienne.

Le questionnaire interrogeait également sur les paramètres de la prise en charge post-opératoire et plus particulièrement sur la durée entre la césarienne et :

- Les premières boissons reçues
- Les deux premiers repas et le type (léger ou complet)
- L'ablation de la sonde urinaire à demeure
- L'ablation de la voie veineuse périphérique
- Le premier lever

4.3.3 Ressenti de la patiente

Les différents paramètres suivants étaient évalués à propos du ressenti de la patiente :

- Humeur générale : triste/heureuse, rassurée/inquiète
- Ressenti du contact avec le nouveau-né : proximité/distance, sécurité/instabilité/difficulté
- Sentiments vis-à-vis de l'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel : aisance/inquiétude/progression/difficulté/ découragement
- Echelle de satisfaction de la relation avec le bébé, graduée de « pas du tout satisfaite » à « totalement satisfaite ». En cas d'insatisfaction, les raisons de celle-ci pouvaient être détaillées : douleur, gêne à la mobilisation, fatigue, nausées et/ou vomissements, gêne liée à la perfusion, gêne liée à la sonde urinaire à demeure, faim ou soif, autre.

4.3.4 La douleur de la patiente

Celle-ci était autoévaluée à l'aide d'une Echelle Visuelle Analogique (EVA), graduée de « aucune douleur » à « douleur maximale imaginable », elle était répétée deux fois : au repos et à la mobilisation.

4.3.5 Questions « techniques »

Il s'agissait de questions relatives à la réalisation des soins et au type d'allaitement : fréquence et durée de portage du nouveau-né, degré d'aisance dans la réalisation des soins, maintien ou non du nouveau-né auprès de sa mère la nuit, allaitement artificiel/maternel/mixte.

4.4 Utilisation

Le questionnaire destiné aux professionnels était rempli par les sages-femmes du service ou par nous-même lors de l'inclusion de la patiente dans l'étude, en lui posant les questions. Si cette inclusion était précoce, à H12 par exemple, et que certains éléments de la réhabilitation n'étaient pas encore connus, le questionnaire était complété par la suite.

Les deux questionnaires destinés aux patientes étaient remplis par celles-ci à H24 et J3 de leur césarienne environ, de façon autonome.

5. Population cible

5.1 Description de l'échantillon et mode de recrutement

Nous avons défini la taille de l'échantillon de notre étude à 100 patientes, réparties comme suit : 50 patientes dans le groupe « réhabilitation précoce » et 50 patientes dans le groupe « réhabilitation classique ». Ce chiffre a été déterminé car il répondait à la nécessité d'obtenir des valeurs significatives pour les conclusions de l'enquête et il correspondait à une faisabilité réaliste dans le temps de réalisation d'un mémoire.

Les deux caractéristiques principales de l'échantillon étaient :

- L'accouchement par césarienne
- La présence ou l'absence de réhabilitation précoce dans les suites opératoires de la césarienne.

Dans les trois services de suites de couches où l'étude s'est déroulée, les patientes étaient sélectionnées selon les critères d'inclusion et d'exclusion explicités ci-dessous. Nous proposons ensuite à chaque patiente sélectionnée de participer à l'enquête.

Les explications suivantes étaient données à la patiente :

- Il s'agit d'une enquête dans le cadre d'un mémoire d'étudiante sage-femme visant à évaluer le ressenti des mères vis-à-vis de leur nouveau-né suite à une césarienne.
- Il y a deux questionnaires à remplir, le premier environ 24 heures après la césarienne, le deuxième environ trois jours après. Le remplissage se fait sans les professionnels de santé.
- L'anonymat de la patiente est respecté.
- La patiente peut se retirer de l'étude à tout moment si elle le souhaite.

L'accord de la patiente était ensuite recueilli. Une fois la patiente incluse dans l'étude, sa date de naissance était inscrite sur les trois questionnaires la concernant. Les questionnaires étaient ensuite complétés selon la chronologie présentée ci-dessus.

5.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Parturiente ayant bénéficié d'une césarienne programmée ou en urgence, notamment pour les motifs suivants : utérus cicatriciel ou multi cicatriciel, présentation du siège et/ou bassin rétréci, stagnation de la dilatation, non engagement de la présentation à dilatation complète, placenta prævia sans complication, anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF) avec bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né à la naissance.
- Césarienne survenue à terme (>37SA).
- Compréhension suffisante du français pour remplir les questionnaires seule

5.3 Critères d'exclusion

5.3.1 Maternels

- Complications de la césarienne : infection, hémorragie, accident thromboembolique
- Certaines pathologies gravidiques : pré-éclampsie, HELLP syndrome, cholestase gravidique, stéatose hépatique aigue gravidique, infection materno-fœtale par séroconversion pendant la grossesse (type syphilis, cytomégalo virus, rubéole...)
- Certaines pathologies préexistantes : drépanocytose, lupus, syndrome des anti phospholipides, maladie neuromusculaire, cardiopathie ayant une incidence sur la grossesse, séropositivité HIV ou hépatite B ou C
- Certaines pathologies psychiatriques préexistantes : schizophrénie, troubles bipolaires, dépression en cours traitée ou non

5.3.2 Fœtaux/Néonataux

- Nouveau-né prématuré <37SA
- Nouveau-né hospitalisé en néonatalogie quel que soit le motif et le terme
- Nouveau-né présentant une malformation ou une pathologie : trisomie 21, fentes labio-palatines, malformations des membres, spina bifida...
- Nouveau-né dont l'état a nécessité une réanimation à la naissance ou dans les heures suivantes

5.3.3 Autres

- Grossesse multiple
- Césarienne sous anesthésie générale

6. Variables retenues et stratégie d'analyse

6.1 Variables principales

Nous avons défini les variables suivantes comme principales :

- L'âge des patientes
- La parité
- Les antécédents obstétricaux
- Le type de césarienne réalisé

Ces variables représentent les caractéristiques générales des patientes.

Le critère de jugement principal a été défini à partir de la question 3 « Que diriez-vous du contact avec votre bébé d'une façon générale ? ». Il s'agit donc du sentiment maternel vis-à-vis de la création du lien avec le nouveau-né.

6.2 Variables secondaires

L'ensemble des soins post-opératoires après la césarienne ont été inclus dans les variables secondaires :

- Horaire des premières boissons
- Horaires et types des deux premiers repas reçus
- Horaire d'ablation de la SAD
- Horaire d'ablation de la VVP
- Horaire du premier lever.

De même les réponses aux questions une et deux, puis quatre à neuf du questionnaire ont également été incluses dans cette catégorie :

- Score de douleur (évalué par une EVA)
- Humeur maternelle
- Fréquence de portage du nouveau-né
- Difficultés à apporter les soins au nouveau-né
- Maintien du nouveau-né auprès de sa mère la nuit
- Type d'allaitement
- Sentiment vis-à-vis du déroulement de l'allaitement
- Score de satisfaction (évalué par une « Echelle Visuelle de Satisfaction »)

6.3 Analyse statistique

Les variables quantitatives (notamment des scores de douleur renseignés sur les EVA, des scores de satisfaction et du sentiment vis-à-vis de l'allaitement) sont présentées sous forme de moyenne et écart type et ont été traitées comme des variables continues et gaussiennes avec des tests paramétriques (tels que le test de t de Student et l'analyse de variance).

Pour les variables qualitatives présentées sous forme de catégories, elles sont présentées en pourcentages et traitées par le test du Chi2.

Les résultats ont été analysés en comparant le groupe « réhabilitation précoce » et le groupe « réhabilitation classique » à H24 ou J1 et à J3.

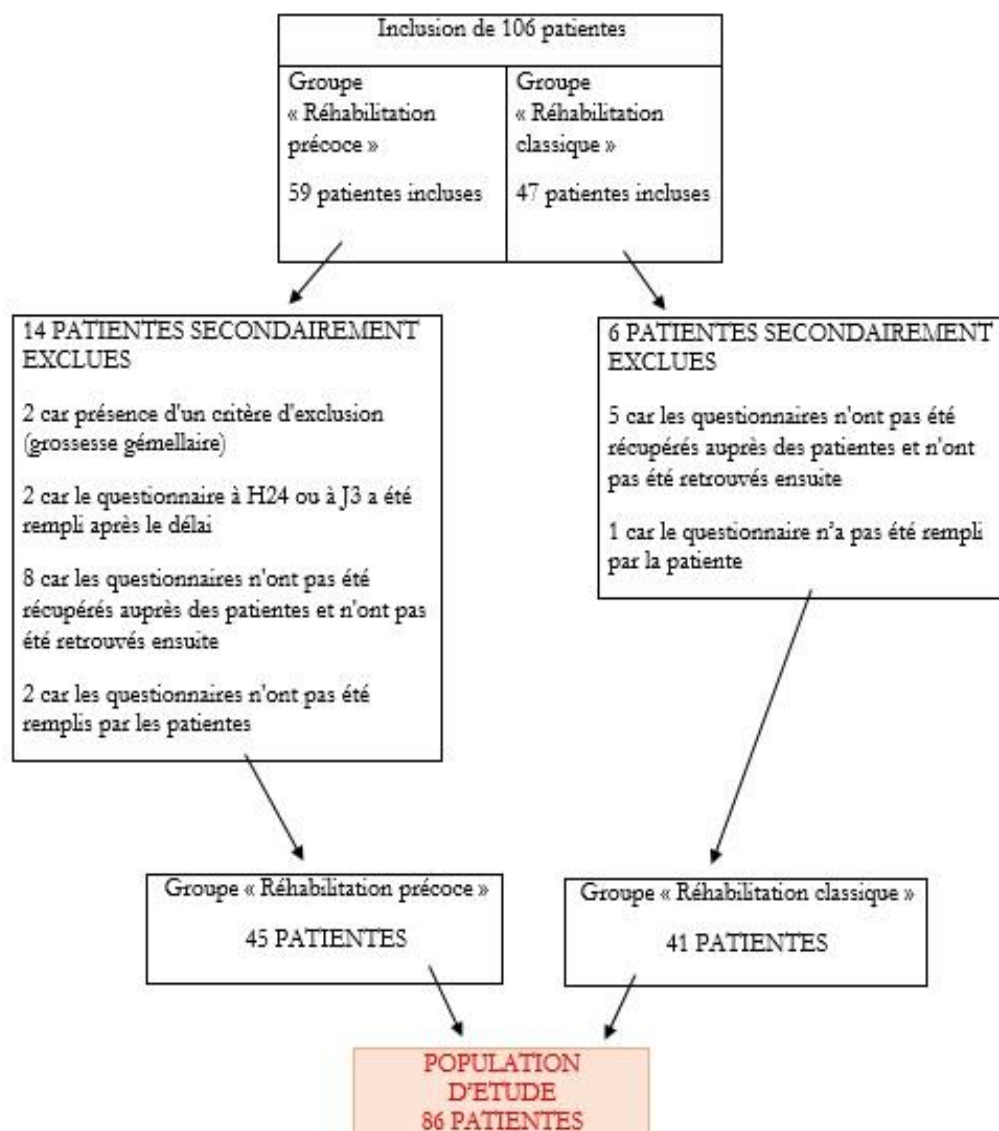
Les résultats ont été saisis grâce au logiciel « Excel » sur Microsoft. Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel « OpenEpi » (<http://www.openepi.com>). Pour les différents tests effectués, nous avons considéré qu'il existait une différence significative entre les deux groupes lorsque le risque d'erreur alpha était inférieur à 5% ($p < 0,05$).

IV. Résultats

1. Constitution et description de la population d'étude

Nous avons proposé à 106 patientes de participer à l'étude. Aucune n'a refusé. Les parturientes recrutées au CHI de Créteil et au CHU du Kremlin-Bicêtre étaient incluses dans le groupe « Réhabilitation précoce », celles qui étaient recrutées au CHU Robert Debré étaient incluses dans le groupe « Réhabilitation classique ».

Vingt patientes ont été secondairement exclues de notre étude. La constitution de la population d'étude est présentée dans le diagramme de flux suivant.



Notre population d'étude était donc constituée de 86 patientes ayant bénéficié d'une césarienne, réparties comme suit :

- 45 patientes dans le groupe « réhabilitation précoce »
- 41 patientes dans le groupe « réhabilitation classique ».

2. Caractéristiques générales

2.1 Age des patientes

Dans les deux groupes, les patientes ont entre 23 et 50ans.

Dans le groupe « réhabilitation précoce », l'âge moyen est 33ans ($\pm$ 6ans).

Dans le groupe « réhabilitation classique », il est de 34ans ($\pm$ 7ans).

L'application du test de Student permet de retrouver $p=0,27$, il n'existe donc pas de différence significative entre l'âge des patientes du groupe « réhabilitation précoce » et celles du groupe « réhabilitation classique ».

2.2 La parité

Les patientes sont regroupées selon deux catégories concernant leur parité : primiparité ou multiparité. Dans le groupe « réhabilitation précoce » trois patientes n'ont pas répondu à cette question, dans le groupe « réhabilitation classique », une patiente n'a pas répondu.

La répartition des patientes selon leur parité est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : répartition des patientes selon leur parité

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
Primipare	18 (43)	10 (25)
Multipare	24 (57)	30 (75)

La comparaison de la parité entre les deux groupes par le test du Chi2 montre une différence significative ($p=0,007$). On observe qu'il y a significativement plus de primipares dans le groupe « réhabilitation précoce » et plus de multipares dans le groupe « réhabilitation classique ».

2.3 Les antécédents obstétricaux

Les antécédents obstétricaux concernent la réalisation d'une ou des césariennes antérieures et/ou d'un ou des accouchements antérieurs par voie basse.

Le tableau suivant reprend les différentes catégories d'antécédents et leurs représentations selon les deux groupes.

Tableau II : répartition des antécédents obstétricaux

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
Patientes ayant eu un ou des AVB	7 (16)	13 (32)
Patientes ayant eu une ou des césariennes	14 (31)	15 (37)
Patientes ayant eu un ou des AVB et une ou des césariennes	3 (7)	2 (5)
Patientes n'ayant eu ni césarienne, ni AVB	17 (38)	10 (24)
Antécédents non renseignés	4 (9)	1 (2)

Le test du Chi2 montre une différence significative pour la présence d'antécédents obstétricaux ($p=0,02$). Dans le groupe « réhabilitation précoce », les patientes sont significativement plus nombreuses à n'avoir eu ni césarienne, ni accouchement voie basse.

2.4 Le type de césarienne

Les césariennes sont classées en deux groupes : césarienne programmée ou césarienne en urgence. Leur répartition dans les deux groupes est exposée dans le tableau ci-dessous.

Tableau III : répartition des types de césarienne dans les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
Césarienne programmée	17 (38)	13 (32)
Césarienne en urgence	28 (62)	28 (68)

Les deux types de césarienne sont répartis de façon homogène dans les deux groupes ($p=0,37$).

3. Caractéristiques des soins post-opératoires

3.1 Horaires des premières boissons après la césarienne

Les horaires des premières boissons autorisées après la césarienne sont répartis en trois catégories : boissons reçues en SSPI, entre la sortie de SSPI et H6, et au-delà de H6.

Tableau IV : horaires des premières boissons dans les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
En SSPI	12 (27)	7 (17)
SPPI-H6	29 (64)	20 (49)
>H6	4 (9)	14 (34)

Il existe une différence significative entre les deux groupes ($p=0,00007$). Dans le groupe « réhabilitation précoce » les patientes sont une majorité à recevoir de l'eau avant H6. Dans le groupe « réhabilitation classique », elles sont une majorité à recevoir de l'eau plus de six heures après la césarienne.

3.2 Horaires du premier repas

Les horaires du premier repas après la césarienne sont classés en deux groupes : premier repas servi moins de six heures après la césarienne ou plus de six heures après.

Tableau V : répartition des horaires du premier repas dans les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
< H6	29 (64)	11 (27)
>H6	16 (36)	30 (73)

Les horaires du premier repas sont significativement différents dans le groupe « réhabilitation précoce » et dans le groupe « réhabilitation classique » ($p<0,05$).

3.3 Type du premier repas

Le premier repas est défini comme léger ou complet.

Tableau VI : répartition du type de repas dans les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
Repas léger	24 (53)	13 (32)
Repas complet	21 (47)	28 (68)

Il existe une différence significative entre le type de repas reçu par les patientes des deux groupes ($p=0,02$).

3.4 Horaires du deuxième repas

Les horaires du deuxième repas après la césarienne sont classés en deux groupes : premier repas servi moins de 12 heures après la césarienne ou plus de 12 heures après.

Tableau VII : répartition des horaires du deuxième repas dans les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
< H12	20 (44)	8 (20)
>H12	24 (53)	33 (80)

Les horaires du deuxième repas reçu après la césarienne sont différents dans les deux groupes ($p<0,0001$).

3.5 Horaires d'ablation de la sonde urinaire à demeure

Les horaires de retrait de la SAD sont séparés selon les trois groupes suivants : retrait effectué en SSPI, entre le SSPI et 24 heures après la césarienne, au-delà de 24 heures après la césarienne.

Tableau VIII : répartition des horaires d'ablation de la SAD dans les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
En SSPI	32 (71)	0 (0)
SSPI – H24	13 (29)	24 (58)
>H24	0 (0)	16 (39)

La SAD est retirée significativement plus tôt dans le groupe « réhabilitation précoce » par rapport au groupe « réhabilitation classique » ($p<0,0001$).

3.6 Horaires d'ablation de la VVP

L'ablation de la VVP se définit comme le retrait de la perfusion, qu'elle soit associée ou non au maintien d'un cathéter obturé. Les horaires d'ablation de la VVP sont répartis de la même façon que pour la SAD : retrait en SSPI, entre le SSPI et H24, au-delà de 24 heures.

Tableau IX : répartition des horaires d'ablation de la VVP dans les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
En SPPI	6 (13)	0 (0)
SPPI-H24	38 (84)	15 (37)
>H24	1 (2)	26 (63)

La VVP est retirée significativement plus tôt dans le groupe « réhabilitation précoce » par rapport au groupe « réhabilitation classique » ($p < 0,0001$).

3.7 Horaires du premier lever

Le premier lever est classé en deux catégories : lever survenu avant H12 et lever survenu au-delà de H12 après la césarienne.

Tableau X : répartition des horaires du premier lever dans les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
< H12	42 (93)	0 (0)
>H12	3 (7)	41 (100)

Dans le groupe « réhabilitation précoce » le premier lever survient significativement plus tôt que dans le groupe « réhabilitation classique » ($p < 0,05$).

4. Retentissements sur le sentiment maternel et la satisfaction vis-à-vis de la création du lien mère-enfant

4.1 Score douloureux

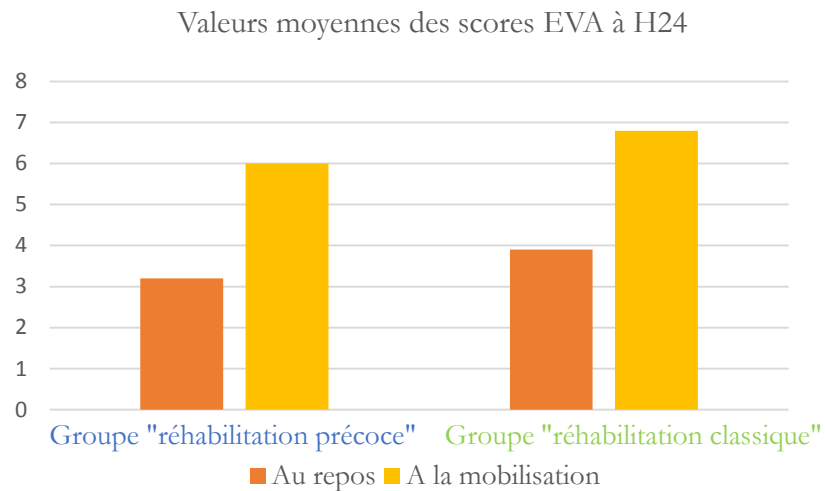
La douleur est évaluée grâce à une EVA allant de « aucune douleur » équivalant au chiffre zéro à « douleur maximale imaginable » équivalant au chiffre dix. L'évaluation est répétée au repos et à la mobilisation.

Vingt-quatre heures après la césarienne, dans le groupe « réhabilitation précoce » :

- Au repos, les scores EVA sont entre 0 et 9,5. Le score moyen est de 3,2 ($\pm 2,4$).
- A la mobilisation, les scores EVA sont entre 0 et 10. Le score moyen est de 6 ($\pm 2,5$).

Dans le groupe « réhabilitation classique » :

- Au repos, les scores EVA sont entre 0 et 10. Le score moyen est de 3,9 ($\pm 2,3$).
- A la mobilisation, les scores EVA sont entre 2 et 10. Le score moyen est de 6,8 ($\pm 2,1$).



Graphique 1 : scores moyens de douleur à H24 pour le groupe « réhabilitation précoce » et le groupe « réhabilitation classique ».

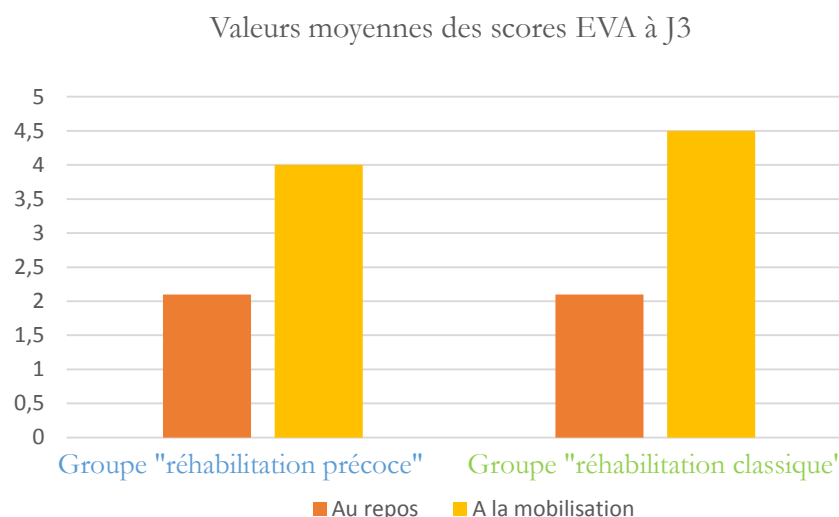
Le test Anova ne retrouve pas de différence significative entre les scores de douleur des deux groupes, que ce soit au repos ($p=0,86$) ou à la mobilisation ($p=0,27$) 24 heures après la césarienne.

Trois jours après la césarienne, dans le groupe « réhabilitation précoce » :

- Au repos : les scores EVA sont entre 0 et 9,5. Le score moyen est de 2,1 ($\pm 2,2$).
- A la mobilisation : les scores EVA sont entre 0 et 10. Le score moyen est de 4 ($\pm 2,8$).

Dans le groupe « réhabilitation classique » :

- Au repos : les scores EVA sont entre 0 et 6. Le score moyen est de 2,1 ($\pm 1,4$).
- A la mobilisation : les scores EVA sont entre 0 et 10. Le score moyen est de 4,5 ($\pm 2,2$).



Graphique 2 : *scores moyens de douleur à J3 pour le groupe « réhabilitation précoce » et pour le groupe « réhabilitation classique ».*

Il existe une différence significative entre les scores de douleur des deux groupes au repos ($p=0,004$) trois jours après la césarienne. En revanche cette différence n'est pas retrouvée à la mobilisation ($p=0,12$).

4.2 Humeur maternelle

L'humeur générale de la mère 24 heures après la césarienne et trois jours après est présentée selon deux classes:

- « Humeur plutôt positive », qui regroupe les réponses « heureuse », « heureuse et rassurée », « rassurée ».
- « Humeur plutôt négative », qui reprend les autres propositions : « triste », « triste et rassurée », « triste et inquiète », « inquiète ».

Tableau XI : *expression de l'humeur maternelle dans les deux groupes à H24 à et J3*

		Groupe « réhabilitation précoce » Effectif (%)	Groupe « réhabilitation classique » Effectif (%)
A H24	Humeur plutôt positive	40 (89)	27 (66)
	Humeur plutôt négative	5 (11)	14 (34)
J3	Humeur plutôt positive	40 (89)	32 (78)
	Humeur plutôt négative	5 (11)	9 (22)

Vingt-quatre heures après la césarienne, les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont significativement plus nombreuses à exprimer une humeur positive que les patientes du groupe « réhabilitation classique » ($p < 0,05$). On retrouve ce résultat trois jours après la césarienne ($p = 0,04$).

4.3 Ressenti du contact avec le nouveau-né

De même que pour l'humeur générale, le ressenti du contact avec le nouveau-né est présenté selon deux catégories :

- Ressenti plutôt positif, regroupant les réponses « vous vous sentez proches », « vous vous sentez proches et le contact est sûr », « le contact est sûr »
- Ressenti plutôt négatif, regroupant les réponses « vous vous sentez proches et le contact est instable », « vous vous sentez proches et le contact est difficile », « le contact est instable », « le contact est difficile », « vous vous sentez distants/éloignés », « vous vous sentez distants/éloignés et le contact est instable », « vous vous sentez distants/éloignés et le contact est difficile ».

Tableau XII : expression du ressenti vis-à-vis du contact avec le nouveau-né à H24 et à J3

	Groupe « réhabilitation précoce »		Groupe « réhabilitation classique »	
	H24	J3	H24	J3
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Ressenti plutôt positif	43 (96)	45 (100)	19 (46)	31 (76)
Ressenti plutôt négatif	2 (4)	0 (0)	22 (54)	10 (24)

Vingt-quatre heures après la césarienne, les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont plus nombreuses à répondre positivement à propos du lien avec leur nouveau-né que les patientes du groupe « réhabilitation classique » ($p < 0,05$). On retrouve également ce résultat trois jours après la césarienne.

4.4 Portage du nouveau-né

Les réponses à la question concernant la fréquence de portage du nouveau-né sont regroupées dans une première catégorie « rarement ou de temps en temps » et une deuxième catégorie « fréquemment ou autant que vous voulez ».

Tableau XIII : comparaison de la fréquence de portage du nouveau-né entre les deux groupes

	Groupe « réhabilitation précoce »		Groupe « réhabilitation classique »	
	H24	J3	H24	J3
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Rarement ou de temps en temps	11 (24)	7 (16)	30 (73)	3 (7)
Fréquemment ou autant que vous voulez	34 (76)	38 (84)	11 (27)	38 (93)

Vingt-quatre heures après la césarienne, les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont plus nombreuses que les patientes du groupe « réhabilitation classique » à déclarer pouvoir porter leur nouveau-né fréquemment ou autant qu'elles le veulent ($p < 0,05$).

A J3 de la césarienne, il n'existe plus de différence significative de fréquence de portage entre les deux groupes ($p = 0,06$).

4.5 Soins apportés au nouveau-né

Les soins au nouveau-né (bain, change etc...) sont évalués selon le degré de difficulté rencontré par les mères pour les réaliser. Les réponses sont classées en deux catégories de la façon suivante :

- avec beaucoup ou avec quelques difficultés
- avec très peu de difficulté ou sans aucune difficulté.

Tableau XIV : Degré de difficulté pour réaliser les soins entre les deux groupes à H24 et à J3

A	Groupe « réhabilitation précoce »		Groupe « réhabilitation classique »	
	H24	J3	H24	J3
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Avec beaucoup de difficultés ou Avec quelques difficultés	27 (60)	14 (32)	35 (86)	13 (32)
Avec très peu de difficultés ou Sans aucune difficulté	18 (40)	30 (68)	6 (14)	28 (68)

A H24 après la césarienne, les patientes du groupe « réhabilitation classique » sont plus nombreuses que les patientes du groupe « réhabilitation précoce » à rencontrer « beaucoup de difficultés » ou « quelques difficultés » à effectuer les soins auprès du nouveau-né ($p < 0,05$).

A J3 de la césarienne, cette différence n'est pas significative entre les deux groupes ($p = 0,98$).

4.6 Maintien du nouveau-né auprès de sa mère la nuit

Les patientes qui sont restées avec leur nouveau-né toute la nuit constituent une première catégorie, celles qui sont restées avec lui une partie de la nuit ou qui ne l'ont pas du tout gardé constituent une deuxième catégorie.

Tableau XV : répartition du maintien du nouveau-né avec sa mère la nuit entre les deux groupes à H24 et à J3

	Groupe « réhabilitation précoce »		Groupe « réhabilitation classique »	
	H24	J3	H24	J3
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Toute la nuit	19 (42)	39 (87)	12 (29)	39 (95)
Une partie de la nuit ou Pas du tout	26 (58)	6 (13)	29 (71)	2 (5)

A H24 après la césarienne, il n'existe pas de différence significative du maintien du nouveau-né auprès de sa mère la nuit, entre le groupe « réhabilitation précoce » et le groupe « réhabilitation classique » ($p = 0,057$).

A J3 les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont plus nombreuses à ne pas être restées avec leur nouveau-né toute la nuit par rapport aux patientes du groupe « réhabilitation classique » ($p = 0,038$).

4.7 Type d'allaitement

Les différents types d'allaitement sont regroupés de la façon suivante :

- allaitement maternel (ou au sein)
- allaitement artificiel (ou au biberon) et allaitement mixte (sein et biberon).

Tableau XVI : répartition du type d'allaitement entre les deux groupes à H24 et à J3

	Groupe « réhabilitation précoce »		Groupe « réhabilitation classique »	
	H24	J3	H24	J3
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Allaitement maternel	29 (64)	25 (57)	20 (48)	20 (49)
Allaitement artificiel ou allaitement mixte	16 (36)	19 (43)	21 (52)	21 (51)

Vingt-quatre heures après la césarienne, les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont significativement plus nombreuses à effectuer un allaitement maternel que les patientes du groupe « réhabilitation classique » ($p=0,02$).

Trois jours après la césarienne, les patientes effectuant un allaitement maternel et celles effectuant un allaitement mixte ou artificiel sont aussi nombreuses dans le groupe « réhabilitation précoce » que dans le groupe « réhabilitation classique » ($p=0,25$).

4.8 Sentiment vis-à-vis du déroulement de l'allaitement

Pour l'évaluation du ressenti vis-à-vis du déroulement de l'allaitement les propositions « à l'aise », « rassurée » et « progressivement plus à l'aise » sont considérées comme des sentiments positifs. Les propositions « en difficulté », « inquiète », « découragée » et « inconfortable » sont considérées comme des sentiments négatifs.

Tableau XVII : répartition du sentiment vis-à-vis de l'allaitement entre les deux groupes à H24 et à J3

	Groupe « réhabilitation précoce »		Groupe « réhabilitation classique »	
	H24	J3	H24	J3
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Sentiment plutôt positif	31 (69)	31 (69)	19 (46)	28 (68)
Sentiment plutôt négatif ou neutre	14 (31)	14 (31)	22 (54)	13 (32)

A 24 heures de la césarienne les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont plus nombreuses à ressentir à un sentiment plutôt positif vis-à-vis de leur allaitement que les patientes du groupe « réhabilitation classique » ($p=0,001$).

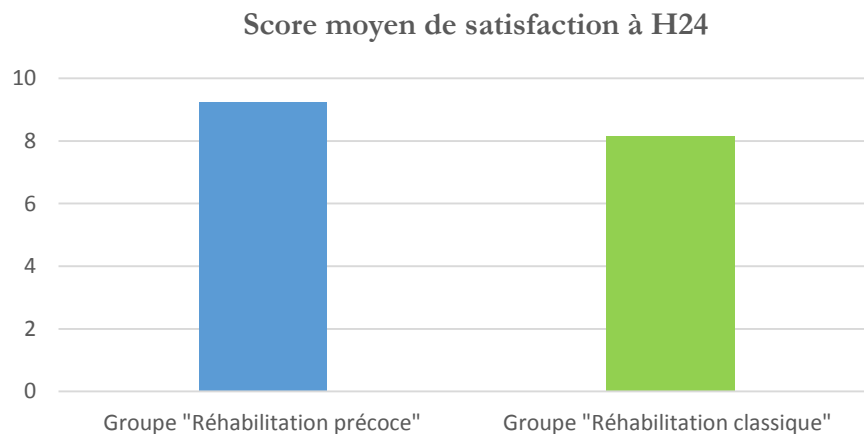
A trois jours de la césarienne, le sentiment vis-à-vis de l'allaitement est globalement réparti de la même façon dans les deux groupes ($p=0,92$).

4.9 Satisfaction maternelle vis-à-vis du lien avec le nouveau-né

La satisfaction maternelle vis-à-vis de la création du lien mère-enfant est évaluée grâce à une échelle visuelle analogique de satisfaction, construite par analogie avec l'échelle visuelle analogique de cotation de la douleur. L'échelle est présentée comme un trait entre « pas du tout satisfaite » (correspondant à un score égal à 0), à « totalement satisfaite » (correspondant à un score égal à 10), bornes entre lesquelles la patiente inscrit une marque correspondant à son ressenti.

Vingt-quatre heures après la césarienne :

- dans le groupe « réhabilitation précoce », les scores de satisfaction se situent entre 6,5 et 10, avec un score moyen égal à 9,3 ($\pm 0,9$)
- dans le groupe « réhabilitation classique » les scores de satisfaction se situent entre 6 et 10, le score moyen est 8,2 ($\pm 1,5$).

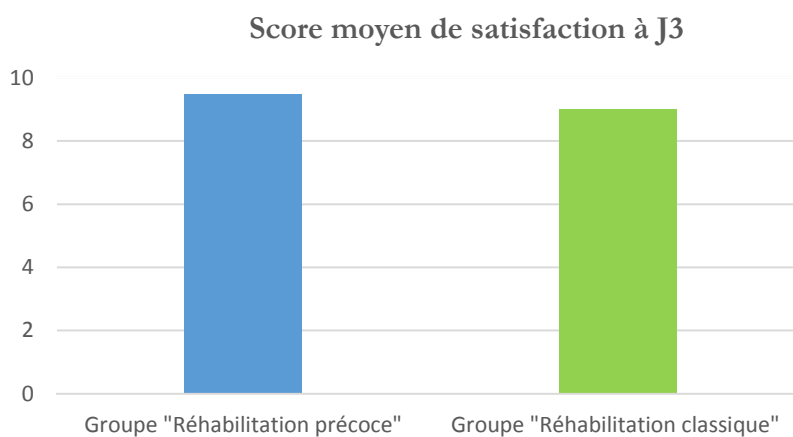


Graphique 3 : score moyen de satisfaction maternelle à H24 dans les groupes « réhabilitation précoce » et « réhabilitation classique »

L'analyse statistique montre que les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont d'avantage satisfaites de la relation avec leur nouveau-né 24 heures après la césarienne que les patientes du groupe « réhabilitation classique » ($p=0,0046$).

Trois jours après la césarienne :

- dans le groupe « réhabilitation précoce », les scores de satisfaction se situent entre 6 et 10, avec un score moyen égal à 9,5 ($\pm 0,7$)
- dans le groupe « réhabilitation classique » les scores de satisfaction se situent entre 7 et 10, le score moyen est 9,0 ($\pm 0,9$).



Graphique 4 : *score moyen de satisfaction maternelle à J3 dans les groupes « réhabilitation précoce » et « réhabilitation classique »*

Trois jours après la césarienne il n'existe pas de différence significative de satisfaction chez les mères du groupe « réhabilitation précoce » par rapport à celles du groupe « réhabilitation classique » ($p=0,20$).

4.10 Raisons de l'insatisfaction

Un nombre important de patientes n'a pas répondu à cette question, quel que soit le score de satisfaction renseigné. Ensuite les trois premières réponses « douleur », « fatigue » et « difficultés à la mobilisation » sont les réponses le plus fréquemment retrouvées (seules ou associées), puis les autres réponses apparaissent mais de façon plus dispersée.

V. Discussion

Les principaux résultats de notre étude montrent que l'application d'un protocole de réhabilitation précoce après une césarienne est associée à une meilleure satisfaction et à un ressenti plus positif des mères vis à vis de la relation avec leur nouveau-né. En effet, les patientes bénéficiant d'une réhabilitation précoce sont plus nombreuses à déclarer se sentir proches et/ou à avoir un contact sûr avec leur bébé à J1 et à J3 du post-partum, par rapport aux patientes ayant eu un protocole de soins classique.

Cela nous permet donc de confirmer notre hypothèse.

1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de notre étude est le ressenti maternel vis-à-vis de la relation mère-enfant à J1 et à J3 du post-partum. La réalisation d'une réhabilitation précoce est associée à un sentiment maternel plus positif vis-à-vis du contact avec le nouveau-né que lorsqu'il s'agit d'une réhabilitation classique. Un jour après la césarienne, les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont plus deux fois plus nombreuses à répondre qu'elles se sentent proches de leur nouveau-né et/ou qu'elles estiment le contact avec lui comme étant sûr, par rapport aux patientes du groupe « réhabilitation classique ». Trois jours après la césarienne, dans le groupe « réhabilitation précoce » l'ensemble des patientes expriment un sentiment positif vis-à-vis de la relation avec leur nouveau-né, alors qu'elles sont environ 3 patientes sur 4 à exprimer ce même sentiment dans le groupe « réhabilitation classique ». La différence diminue donc entre les deux groupes au cours du post-partum, mais reste cependant significative en faveur du groupe « réhabilitation précoce ». L'impact d'un programme de réhabilitation précoce sur la création du lien mère-enfant apparaît donc vérifié et positif.

Ces résultats sont confirmés par ceux obtenus pour l'humeur maternelle et les scores de satisfaction. En effet, à J1 du post-partum les mères du groupe « réhabilitation précoce » présentent une humeur plus positive que les mères du groupe « réhabilitation classique ». Elles expriment également une satisfaction plus importante vis-à-vis de la relation avec leur nouveau-né.

A J3, les mères ayant bénéficié d'une réhabilitation précoce restent plus nombreuses à s'exprimer de façon positive à propos de leur humeur, bien que les scores de satisfaction retrouvés à ce stade du post-partum tendent à se rapprocher entre les deux groupes. L'amélioration plus nette de la satisfaction à J3 chez les patientes du groupe « réhabilitation classique » peut être mise en lien avec la diminution des difficultés rencontrées pour prendre soin du nouveau-né. De plus, le score moyen de satisfaction étant déjà élevé à J1 chez les patientes ayant eu une réhabilitation précoce, celui-ci peut plus difficilement augmenter encore à J3.

On observe donc une corrélation entre les résultats de ces trois questions. La répartition des émotions positives ou négatives exprimées par les mères des deux groupes est en lien avec la satisfaction qu'elles décrivent vis-à-vis de la relation avec leur nouveau-né.

2. Autres critères

Les résultats de notre enquête montrent que l'âge des patientes est réparti de façon globalement identique dans le groupe « réhabilitation précoce » et dans le groupe « réhabilitation classique ». De même la répartition des césariennes réalisées en urgence et celles réalisées de façon programmée est semblable dans les deux groupes.

Les résultats observés pour les caractéristiques des soins post-opératoires correspondent aux attentes que nous avions lors du choix des maternités, renforçant la validité de nos résultats. Les patientes incluses dans le groupe « réhabilitation classique » ont reçu des soins en rapport, cela est également valable pour les patientes du groupe « réhabilitation précoce ». En effet l'ablation de la SAD, de la VVP et le premier lever avaient lieu plus tardivement dans le groupe « réhabilitation classique » que dans le groupe « réhabilitation précoce ». De même les premières boissons et le premier repas étaient reçus plus longtemps après la césarienne dans le groupe « réhabilitation classique » que dans le groupe « réhabilitation précoce ».

La réhabilitation précoce n'est pas associée à une douleur moindre, en dehors de celle ressentie à J3 au repos, qui est moindre pour les patientes ayant bénéficié d'une réhabilitation précoce par rapport à celles ayant bénéficié d'un protocole classique.

A H24 au repos, dans les deux groupes, la douleur est le plus souvent évaluée comme une douleur modérée, alors qu'elle est en revanche considérée comme intense à la mobilisation pour ces deux groupes. A J3 la douleur est plutôt mineure au repos pour les deux groupes, et elle atteint le stade « douleur modérée » lors des mouvements.

Ainsi les scores douloureux observés sont plutôt élevés, notamment dans les 24 premières heures après la césarienne. La similitude des résultats retrouvée entre les deux groupes suggère que l'application d'un protocole de réhabilitation précoce n'apporte pas d'amélioration sur la diminution de la douleur dans les suites de l'intervention. Cela interroge également sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur, quel que soit le type de réhabilitation. Enfin, à la lecture de ces résultats la douleur ne semble pas être un facteur déterminant dans la relation mère-enfant en construction et la satisfaction qui en résulte, ou elle peut en tout cas être influencée par d'autres facteurs qui diminuent son impact.

Nous ne disposons pas d'études antérieures ayant évalué l'impact d'une réhabilitation précoce sur la douleur associée à une césarienne, afin de comparer nos résultats. Dans d'autres domaines chirurgicaux, les protocoles peuvent inclure des stratégies analgésiques plus puissantes dans le groupe

avec récupération rapide (telles que l'analgésie péridurale continue par cathéter utilisée pendant les premiers jours postopératoires) et l'on conçoit alors que dans ce cas, les scores douloureux puissent être moindres. Dans le cadre de la césarienne, les protocoles analgésiques sont très stéréotypés et donc globalement similaires quelles que soient les modalités de prise en charge (rapide ou classique).

Pour le portage et les soins apportés au nouveau-né, la réhabilitation précoce facilite la réalisation de ces différents actes, qui sont plus fréquents et effectués avec moins de difficulté par les parturientes du groupe « réhabilitation précoce » par rapport à celles du groupe « réhabilitation classique » à J1 du post-partum. Cette différence est probablement liée aux facilités que les patientes du groupe « réhabilitation précoce » ont pour se déplacer, du fait d'être libérées de leur perfusion et de leur SAD. A J3 du post-partum les parturientes des deux groupes ont globalement les mêmes facilités à effectuer les soins et à porter leur nouveau-né, les patientes du groupe « réhabilitation classique » étant elles aussi, à ce stade, majoritairement libérées des contraintes liées aux différents cathéters.

Le type d'allaitement a été divisé en deux catégories et nous avons différencié l'allaitement maternel exclusif des allaitements mixte et artificiel. En effet, l'allaitement maternel exclusif nécessite souvent un investissement plus important de la mère et est d'avantage à l'origine de difficultés de mise en place, notamment dans les premiers jours du post-partum. L'allaitement maternel est donc celui qui risque le plus d'être influencé par l'état physique et psychique de la mère.

Le taux d'allaitement maternel exclusif observé dans notre échantillon est proche du taux national : environ 57% des patientes de notre étude allaitaient exclusivement contre 59% au niveau national (64). Cela suggère que notre échantillon possède une représentativité pertinente. Ce taux est plus élevé dans le groupe « réhabilitation précoce » par rapport au groupe « réhabilitation classique » à J1 de la césarienne. A trois jours de celle-ci, le taux d'allaitement exclusif est identique dans le groupe « réhabilitation classique », tandis que dans le groupe « réhabilitation précoce » les patientes allaitant exclusivement au sein sont moins nombreuses, réduisant ainsi l'écart entre les deux groupes. Cet « abandon » de l'allaitement maternel exclusif observé dans le groupe « réhabilitation précoce » peut être mis en lien avec la proportion de primipares, plus importante dans ce groupe. Ce type de patientes, confrontées à un premier allaitement, rencontrent généralement plus de difficultés que des patientes ayant déjà été mères et ayant déjà eu une expérience dans la réalisation de la mise au sein. Elles sont donc plus à risque de se décourager et de préférer arrêter l'alimentation au sein ou d'associer celle-ci avec la prise de biberons.

Il est également important de souligner que le choix d'un allaitement exclusif ou non, ainsi que sa poursuite dans les premiers jours après la naissance, dépend également beaucoup de politiques locales d'accompagnement et de soutien de l'allaitement maternel, variant selon les maternités.

Les sentiments exprimés vis-à-vis du déroulement de l'allaitement sont plus souvent positifs chez les patientes du groupe « réhabilitation précoce » 24 heures après la césarienne. Trois jours après

la césarienne, les patientes satisfaites de leur allaitement sont en nombre équivalent dans le groupe « réhabilitation précoce » par rapport à H24. En revanche dans le groupe « réhabilitation classique » elles sont plus nombreuses à être satisfaites qu'à H24, rejoignant ainsi les résultats observés à propos des soins et du portage du nouveau-né.

Le temps passé la nuit avec le nouveau-né est représenté de façon équivalente dans les deux groupes à vingt-quatre heures de la césarienne. Trois jours après la césarienne, les patientes du groupe « réhabilitation précoce » sont plus nombreuses à avoir confié leur nouveau-né à l'équipe soignante une partie ou la totalité de la nuit, par rapport aux patientes du groupe « réhabilitation classique ». La présence ou non du nouveau-né auprès de sa mère la nuit ne semble pas avoir de conséquence sur la satisfaction de cette dernière vis-à-vis de la relation avec lui. Par ailleurs, le maintien du contact entre la mère et son nouveau-né la nuit ne dépend pas spécifiquement du type de réhabilitation appliqué mais d'avantage des pratiques variant selon les équipes soignantes.

Ainsi l'application d'une réhabilitation précoce après césarienne est associée à un ressenti plus positif des mères vis-à-vis des soins apportés à leur nouveau-né et de la relation en construction dont elles retirent davantage de satisfaction. La différence observée entre le groupe « réhabilitation précoce » et le groupe « réhabilitation classique » se situe majoritairement dans les vingt-quatre premières heures après la césarienne, la réhabilitation précoce post-opératoire semble donc améliorer principalement le vécu des 24 à 48 premières heures du post-partum.

3. Limites et biais

Notre étude a été réalisée sous la forme d'un essai non randomisé, en comparant différentes maternités sélectionnées selon leurs pratiques. L'idéal aurait été de comparer les deux protocoles de soins post-opératoires de façon randomisée au sein d'un même service. L'inclusion de plusieurs maternités induit un biais de sélection, certains résultats observés pouvant ainsi être liés à des prises en charge différant selon le service et non spécifiquement selon l'application ou non d'un protocole de réhabilitation précoce.

Notre échantillon est constitué de 86 patientes, il s'agit d'une population de faible taille. Cela ne permet pas de rapporter les résultats à la population générale des patientes accouchant par césarienne et bénéficiant de l'un ou l'autre type de réhabilitation post-opératoire. Cependant dans le temps imparti et avec les moyens à disposition pour réaliser l'enquête il était difficile de constituer un échantillon plus représentatif pour palier ce biais de sélection.

Concernant les caractéristiques de notre échantillon, la parité n'est pas représentée de manière égale dans les deux groupes de patientes, puisque les primipares sont plus représentées dans le groupe « réhabilitation précoce » et les multipares plus nombreuses dans le groupe « réhabilitation classique ». Cependant cette différence semble plutôt en faveur de l'hypothèse de notre étude : en effet dans le groupe « réhabilitation précoce », nous pourrions penser que puisqu'il s'agit de patientes qui sont mères pour la première fois, elles seraient moins à l'aise pour les soins, l'allaitement et moins satisfaites de la relation débutante avec leur nouveau-né. Les résultats obtenus semblent infirmer cette hypothèse, suggérant un effet spécifique du type de prise en charge.

En corrélation avec la différence de parité, il existe entre les deux groupes une disparité à propos des antécédents obstétricaux. En effet, il y a non seulement plus de primipares dans le groupe « réhabilitation précoce » mais il y a également plus de patientes « sans antécédents obstétricaux ». Dans le groupe « réhabilitation classique » les patientes sont également plus nombreuses à avoir déjà exclusivement accouché par voie basse précédemment. Cela peut être interprété comme un facteur supplémentaire d'insatisfaction. L'accouchement par voie basse est plutôt synonyme d'autonomie dans le post-partum et le souvenir de celui-ci comparé avec la césarienne actuelle peut être un motif de déception et de difficultés rencontrées dans les suites de l'intervention. Cela pourrait constituer un biais dans les résultats obtenus.

Afin d'affiner la pertinence des informations relevées et de s'assurer de la clarté des questions posées aux patientes, il aurait été souhaitable de distribuer les questionnaires une première fois à quelques patientes et de recueillir ensuite leur avis. Cela nous aurait peut-être permis d'ajuster ou de préciser certaines questions.

Ainsi pour le questionnaire concernant les caractéristiques post-opératoires de la césarienne, les tranches horaires « H24-H36 » et « H36-H48 » ont été ajoutées à la main par la suite lorsque cela était nécessaire.

Nous avons différencié les césariennes en deux catégories : celles réalisées en urgence et celles réalisées de façon programmée. Nous aurions pu affiner cette question en déclinant les différents motifs de césarienne en urgence: césarienne pour stagnation de la dilatation, pour non-engagement à dilatation complète, pour anomalies du rythme cardiaque fœtal etc... Cela aurait permis de distinguer des degrés d'urgence et une influence éventuelle sur le ressenti maternel.

De même, une question supplémentaire concernant la situation conjugale aurait pu être ajoutée dans le questionnaire rempli par les patientes à H24. Cet élément serait venu compléter les caractéristiques générales concernant les deux groupes, afin de renforcer ou non les similitudes observées. De plus, le soutien reçu du partenaire et la relation avec celui-ci sont des éléments importants lors de l'arrivée d'un enfant.

Ces imprécisions concernant les questionnaires sont susceptibles d'avoir apporté un biais de mesure et plus précisément un biais d'investigation.

Concernant l'inclusion des patientes dans l'étude, un biais de recrutement était possible dans le cas par exemple où certaines sages-femmes n'avaient pas été correctement informées sur les critères d'exclusion. Cependant notre présence régulière et fréquente dans les différents lieux d'étude a limité ce biais. Nous vérifions les dossiers des patientes que nous n'avions pas nous-même incluses et nos coordonnées avaient été transmises lors de nos différents passages aux sages-femmes qui nous ont questionnés au moindre doute.

Enfin, nous aurions souhaité réaliser des analyses complémentaires et multivariées entre certains résultats obtenus, par exemple le ressenti ou la satisfaction maternelle vis-à-vis de la relation avec le nouveau-né et le type de césarienne réalisé ou la parité. Ainsi nous aurions pu étayer nos conclusions. Cependant de telles analyses nécessitent de définir des sous-catégories dans chaque groupe. Compte tenu de la taille de notre échantillon, cela aboutit à des effectifs trop faibles pour obtenir des résultats significatifs et donc intéressants.

4. Perspectives

Il n'est pas possible de comparer les résultats de notre enquête avec ceux de la littérature afin de vérifier ou non leur validité. En effet, aucune autre étude n'a été réalisée jusqu'à ce jour à propos de l'impact de la réhabilitation précoce après césarienne sur le ressenti ou la satisfaction des mères vis-à-vis de la création du lien avec leur nouveau-né, dans les premiers jours après la naissance, ce qui fait par ailleurs l'originalité de ce travail. Il serait donc intéressant de reproduire cette étude à plus grande échelle et de façon randomisée afin de confirmer les résultats obtenus.

En revanche nos résultats viennent compléter ceux retrouvés concernant l'amélioration de la condition physique des patientes bénéficiant d'une réhabilitation précoce suite à leur césarienne, notamment en terme d'augmentation du bien-être exprimé par les patientes (26). Ils sont également en corrélation avec les études ayant montré qu'un plus grand contrôle et une attitude plus active par les parturientes au moment du travail et de l'accouchement augmentent leur satisfaction vis-à-vis de cet événement (57,60). La réhabilitation précoce n'influe pas sur la réalisation de l'accouchement par césarienne mais autorise en revanche une plus grande maîtrise du post-partum et des événements qui se jouent autour du nouveau-né.

Les bénéfices apportés par la réhabilitation précoce post-opératoire en obstétrique sont aujourd'hui vérifiés et admis, et les craintes liées à celle-ci tendent à se dissiper. Ainsi ce mode de prise en charge post-interventionnelle se généralise au sein des maternités, pour le plus grand intérêt des parturientes. Le déroulement du post-partum des mères ayant accouché par césarienne est donc en pleine mutation et connaît de nombreuses améliorations, notamment sur le plan de l'autonomie

désormais rendue plus précoce et permettant une participation plus effective des mères auprès de leurs nouveau-nés.

A la lumière des résultats que nous avons obtenus concernant la douleur, il semble cependant nécessaire de consacrer une étude à son évaluation et à l'efficacité de sa prise en charge dans le cadre de la césarienne. Pour l'essentiel, le problème n'est pas dans la définition des protocoles de prise en charge plus efficaces mais plutôt dans leur application en pratique, avec notamment la difficulté d'obtenir une administration systématique et régulière des analgésiques ou l'emploi large des anti-inflammatoires non stéroïdiens (10-12). De plus, d'autres progrès peuvent encore être réalisés à ce sujet, d'autant que des outils peu exploités sont à notre disposition aujourd'hui. C'est le cas par exemple du principe de PCOA (14) dont l'emploi pourrait faciliter la prise adéquate d'un antalgique morphinique en permettant aux patientes d'accéder sans délai au produit analgésique lorsqu'elles en ressentent le besoin. De plus, cette stratégie participe aussi au concept de réhabilitation précoce et permet à la patiente d'être plus impliquée dans sa propre convalescence. D'autres méthodes tels que les blocs de paroi (cathéter continu pariétal et TAP block) ont été bien étudiées récemment et leur place mieux définie (13-16).

Dans ce même objectif d'amélioration des conditions de réalisation des césariennes, il serait intéressant de réfléchir à la manière d'optimiser la prise en charge au bloc opératoire. En effet, bien que les césariennes soient réalisées par les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes sont toujours présentes lors de l'intervention. Ce sont elles qui récupèrent le nouveau-né à la naissance et font le lien avec la mère. C'est à ce niveau que des améliorations pourraient être apportées, en permettant par exemple la présence du père au bloc opératoire, en assurant un maintien du nouveau-né auprès de sa mère plusieurs minutes, plutôt que les quelques secondes généralement permises ou en autorisant le retour en salle de naissance pour la surveillance du post-partum, plutôt qu'en salle de réveil. C'est le concept de la césarienne naturelle (51).

Il est ainsi possible de repenser certaines de nos pratiques et d'apporter là encore des bénéfices aux parturientes et plus particulièrement au couple mère-enfant dans sa rencontre et sa construction.

Conclusion

De nombreux éléments, notamment la réhabilitation précoce post-opératoire, concourent à l'amélioration du post-partum des parturientes ayant accouché par césarienne, particulièrement sur le plan physique, le confort et la mobilité permise.

L'objectif de notre étude était d'évaluer le retentissement d'un programme de réhabilitation précoce post-césarienne sur le ressenti et la satisfaction maternelle vis-à-vis de la création du lien mère-enfant, par rapport à un programme classique.

Nous avons tenté de démontrer l'amélioration du ressenti et de la satisfaction des parturientes vis-à-vis du contact avec leurs nouveau-nés, en lien avec l'application d'une réhabilitation précoce, dans les trois premiers jours suivant la césarienne.

Au terme de notre enquête nous avons retrouvé une différence significative entre les deux populations. Cela nous permet de vérifier notre hypothèse. Les patientes ayant bénéficié d'un protocole de réhabilitation précoce se déclarent davantage satisfaites de la relation avec leur nouveau-né un jour après la naissance. De même, elles sont plus nombreuses à exprimer un ressenti plutôt positif vis-à-vis de cette relation débutante, un jour et trois jours après la césarienne. Les patientes rencontrant des difficultés à prendre soin de leur nouveau-né sont également moins nombreuses lorsqu'elles ont eu une réhabilitation précoce.

Ces résultats sont cependant à interpréter avec prudence. En effet il existait une différence dans la répartition de la parité entre nos deux échantillons, ainsi que dans les antécédents d'accouchement par voie basse vécus par les patientes. De plus la faible taille de notre échantillon ($n=86$) et la comparaison entre différentes maternités ne permettent pas de généraliser nos conclusions.

Ainsi il serait intéressant d'étudier le phénomène de façon randomisée dans un même service de suites de couches et sur un échantillon représentatif. Il semble important de travailler également sur la prise en charge de la douleur après une césarienne, celle-ci ne paraissant pas encore tout à fait maîtrisée.

A plus long terme, l'accompagnement, notamment au bloc opératoire, de la rencontre mère-enfant dans le cadre d'une césarienne et les améliorations que nous pourrions y apporter pourraient également faire l'objet d'une réflexion.

Annexes

Annexe I: questionnaire rempli par les patientes 24h après la césarienne

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LES PATIENTES **A H24** ENVIRON DE LA CESARIENNE.

Date de naissance de la patiente (n° d'anonymat) :

Bonjour, je suis étudiante sage-femme et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je réalise une étude auprès de femmes ayant eu une césarienne. Il s'agit principalement d'évaluer votre ressenti et votre satisfaction vis-à-vis de la relation que vous avez avec votre bébé.

Ce questionnaire est à remplir deux fois, un jour environ après votre césarienne (« H24 »), puis 3 jours (« J3 ») après environ (sur deux feuilles séparées).

Pour répondre, il vous suffit de cocher les réponses correspondantes. Si vous avez une question, n'hésitez pas à demander à la sage-femme.

Je vous remercie d'avance de votre participation et de l'aide précieuse que vous m'apporterez.

- 1) Évaluez votre douleur, actuellement, sur l'échelle suivante (en mettant une croix entre les deux extrêmes) :

Au repos :



Lorsque vous bougez :



- 2) Comment vous sentez-vous actuellement ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Heureuse ☐ Rassurée ☐ Triste ☐ Inquiète

- 3) Que diriez-vous du contact avec votre bébé d'une façon générale ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Vous vous sentez proches ☐ Vous vous sentez distants/éloignés

☐ Le contact est sûr (la construction du lien avec votre bébé est forte)

☐ Le contact est instable (la construction du lien avec votre bébé est incomplète/inconstante)

☐ Le contact est difficile (la construction du lien avec votre bébé est difficile)

- 4) Vous pouvez porter votre bébé (choisir parmi les réponses suivantes) :

- ☐ Rarement
- ☐ De temps en temps
- ☐ Fréquemment
- ☐ Autant que vous voulez

Tournez svp

5) Vous pouvez apporter des soins à votre bébé (couches, bain...) :

- ☐ Avec beaucoup de difficultés
- ☐ Avec quelques difficultés
- ☐ Avec très peu de difficultés
- ☐ Sans aucune difficulté



6) La nuit vous êtes restée avec votre bébé :

- ☐ Toute la nuit
- ☐ Une partie de la nuit
- ☐ Pas du tout

7) Comment allaitez-vous votre bébé :

- ☐ Au sein
- ☐ Au biberon
- ☐ Les deux

8) Comment vous sentez-vous par rapport à l'allaitement ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ A l'aise
- ☐ Rassurée
- ☐ En difficulté
- ☐ Inquiète
- ☐ Découragée
- ☐ Inconfortable
- ☐ « progressivement plus à l'aise »

9) D'une manière générale, comment vous sentez-vous dans la relation avec votre bébé ? (*mettez une croix entre les deux extrêmes sur l'échelle suivante*)

Pas du tout
satisfaite

Totalement
satisfaite

En cas de difficultés quelle(s) est/sont la ou les raison(s) ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Vous avez mal
- ☐ Vous êtes fatiguée
- ☐ Vous avez des difficultés pour bouger
- ☐ Vous avez des nausées et/ou vomissements, des démangeaisons
- ☐ Les perfusions vous gênent
- ☐ La sonde urinaire vous gêne
- ☐ Vous avez faim ou soif
- ☐ Autre :

10) Il s'agit de votre :

☐ 1^{er} enfant ☐ 2^{ème} enfant ☐ 3^{ème} enfant ☐ 4^{ème} enfant ☐ Plus

11) Indiquez le nombre d'accouchement voie basse et/ou de césarienne que vous avez déjà eu (sans compter celle que vous venez d'avoir) :

Accouchement voie basse

Césarienne

☐ 1

☐ 1

☐ 2

☐ 2

☐ 3

☐ 3

☐ 4

☐ 4

Merci beaucoup !

Annexe II : questionnaire rempli par les patientes 3 jours après la césarienne

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LES PATIENTES **A J3** ENVIRON DE LA CESARIENNE.

Date de naissance de la patiente (n° d'anonymat) :

Bonjour, je suis étudiante sage-femme et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je réalise une étude auprès de femmes ayant eu une césarienne. Il s'agit principalement d'évaluer votre ressenti et votre satisfaction vis-à-vis de la relation que vous avez avec votre bébé.

Ce questionnaire est à remplir deux fois, un jour environ après votre césarienne (« H24 »), puis 3 jours (« J3 ») après environ (sur deux feuilles séparées).

Pour répondre, il vous suffit de cocher les réponses correspondantes. Si vous avez une question, n'hésitez pas à demander à la sage-femme.

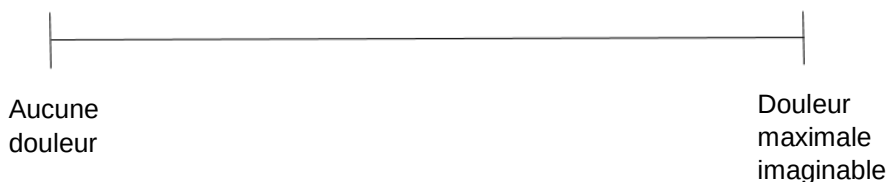
Je vous remercie d'avance de votre participation et de l'aide précieuse que vous m'apporterez.

- 1) Évaluez votre douleur, actuellement, sur l'échelle suivante (en mettant une croix entre les deux extrêmes) :

Au repos :



Lorsque vous bougez :



- 2) Comment vous sentez-vous actuellement ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Heureuse ☐ Rassurée ☐ Triste ☐ Inquiète

- 3) Que diriez-vous du contact avec votre bébé d'une façon générale ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Vous vous sentez proches ☐ Vous vous sentez distants/éloignés

☐ Le contact est sûr (la construction du lien avec votre bébé est forte)

☐ Le contact est instable (la construction du lien avec votre bébé est incomplète/inconstante)

☐ Le contact est difficile (la construction du lien avec votre bébé est difficile)

- 4) Vous pouvez porter votre bébé (choisir parmi les réponses suivantes) :

☐ Rarement

- ☐ De temps en temps
- ☐ Fréquemment
- ☐ Autant que vous voulez

Tournez svp

5) Vous pouvez apporter des soins à votre bébé (couches, bain...) :

- ☐ Avec beaucoup de difficultés
- ☐ Avec quelques difficultés
- ☐ Avec très peu de difficultés
- ☐ Sans aucune difficulté



6) La nuit vous êtes restée avec votre bébé :

- ☐ Toute la nuit
- ☐ Une partie de la nuit
- ☐ Pas du tout

7) Comment allaitez-vous votre bébé :

- ☐ Au sein
- ☐ Au biberon
- ☐ Les deux

8) Comment vous sentez-vous par rapport à l'allaitement ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ A l'aise
- ☐ Rassurée
- ☐ En difficulté
- ☐ Inquiète
- ☐ Découragée
- ☐ Inconfortable
- ☐ « progressivement plus à l'aise »

9) D'une manière générale, comment vous sentez-vous dans la relation avec votre bébé ? (*mettez une croix entre les deux extrêmes sur l'échelle suivante*)

Pas du tout
satisfaite

Totalement
satisfaite

En cas de difficultés quelle(s) est/sont la ou les raison(s) ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Vous avez mal
- ☐ Vous êtes fatiguée
- ☐ Vous avez des difficultés pour bouger
- ☐ Vous avez des nausées et/ou vomissements, des démangeaisons
- ☐ Les perfusions vous gênent
- ☐ La sonde urinaire vous gêne
- ☐ Vous avez faim ou soif
- ☐ Autre :

Merci beaucoup !

Annexe III : questionnaire rempli par les professionnels auprès de la patiente 24 heures après la césarienne

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR L'EQUIPE A **H24** ENVIRON DE LA CESARIENNE.

Date de naissance de la patiente (n° d'anonymat) :

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur la réhabilitation précoce post-césarienne et son impact sur la satisfaction maternelle vis-à-vis du lien mère-enfant, nous réalisons une étude comparative entre différentes maternités qui pratiquent ou non cette réhabilitation.

Ce questionnaire a pour objectif de préciser les conditions générales de la césarienne. Pour répondre, cochez dans la tranche horaire correspondante.

Merci d'avance du temps consacré au remplissage de ce questionnaire et de l'aide ainsi apportée.

1) Date et heure de la césarienne :

.....

2) Type de césarienne :

☐ Césarienne en urgence

☐ Césarienne programmée

3) Indiquez à quel moment la patiente a reçu ses 1ères boissons :



4) Indiquez l'heure et le type du 1^{er} repas:



☐ Repas léger (laitage, potage, compote...)

☐ Repas complet

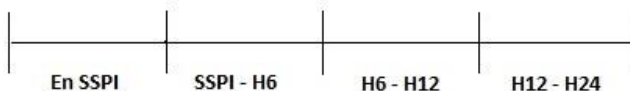
5) Du second repas (s'il a déjà eu lieu) :



☐ Repas léger (laitage, potage, compote...)

☐ Repas complet

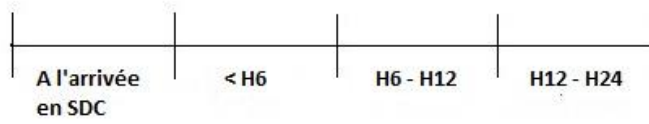
6) Indiquez à quel moment la sonde urinaire à demeure a été retirée :



7) Indiquez à quel moment la voie veineuse a été retirée (avec ou sans maintien d'un cathéter obturé) :



8) Indiquez l'heure du 1^{er} lever :



ETUDE REHABILITATION PRECOCE POST-CESARIENNE ET SATISFACTION MATERNELLE VIS-A-VIS DU LIEN MERE ENFANT.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme portant sur la réhabilitation précoce post-césarienne et son impact sur la satisfaction maternelle vis-à-vis du lien mère-enfant, nous réalisons une étude comparative entre différentes maternités qui pratiquent ou non cette réhabilitation. Vous travaillez dans l'une des maternités qui ont accepté de participer à cette étude et nous vous remercions de votre investissement. Voici quelques consignes pour vous orienter dans le déroulement de l'étude.

CONSIGNES :

- Les patientes pouvant être incluses dans l'étude sont **les parturientes ayant bénéficié d'une césarienne programmée ou en urgence à terme**, y compris les césariennes en urgence pour anomalies du RCF avec suites favorables (=état néonatal normal, bonne adaptation à la vie extra-utérine). Les patientes doivent comprendre le français.
- **Critères d'exclusion de l'étude :**

Pour la mère :

- Complications de la césarienne : infection, hémorragie, accident thromboembolique
- Certaines pathologies gravidiques : pré-éclampsie, HELLP syndrome, cholestase gravidique, stéatose hépatique aigue gravidique, infection materno-fœtale par séroconversion pendant la grossesse (type syphilis, cytomégalovirus, rubéole...)
- Certaines pathologies préexistantes : drépanocytose, lupus, syndrome des anti phospholipides, maladie neuromusculaire, cardiopathie ayant une incidence sur la grossesse, séropositivité HIV ou hépatite B ou C
- Certaines pathologies psychiatriques préexistantes : schizophrénie, troubles bipolaires, dépression en cours traitée ou non

Pour le nouveau-né :

- Nouveau-né prématuré <37SA
- Nouveau-né hospitalisé en néonatalogie quel que soit le motif et le terme
- Nouveau-né présentant une malformation ou une pathologie : trisomie 21, fentes labio-palatines, malformations des membres, spina bifida...
- Nouveau-né dont l'état a nécessité une réanimation à la naissance ou dans les heures suivantes

Autres : grossesse multiple, césarienne sous AG

- Proposer aux patientes de participer à l'étude, en leur expliquant qu'elles devront remplir deux questionnaires anonymes, le 1^{er} environ 24h $\pm$ 4h après leur césarienne et le 2^{ème} environ 3 jours après leur césarienne. Ces questionnaires concernent leur ressenti général et vis-à-vis de la relation avec leur nouveau-né.
- Pour les patientes incluses :
 - **Inscrire la date de naissance** de la patiente sur les 3 questionnaires qui la concernent, celui-ci sert de n° d'anonymat.
 - Remplir le « **questionnaire professionnel** » concernant les conditions générales de la césarienne, à **H24 $\pm$ 4h de la césarienne**.

- Distribuer à la patiente le **1^{er} questionnaire « patiente » à H24 ± 4h** de la césarienne et le récupérer.
- Distribuer à la patiente le **2^{ème} questionnaire « patiente » à J3** environ de la césarienne et le récupérer.
- Déposer les questionnaires remplis dans la pochette prévue à cet effet.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous

contacter : [...@...](#) ou 06...

Pour Bicêtre : Pr Dan Benhamou : DECT 13...

Merci beaucoup !

Glossaire

SAD : Sonde à demeure, Sondage à demeure

ALR : Anesthésie loco-régionale

APD : Anesthésie péridurale

NVPO : Nausées et vomissements post-opératoires

AINS : Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

PCOA : patient controlled oral analgesia, prise orale des antalgiques contrôlée par les patients

PCA : patient controlled analgesia, analgésie morphinique autocontrôlée par voie intraveineuse

TAP-block : Transverse abdominal plane block, bloc de paroi

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

VVP : Voie veineuse périphérique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

SDC : Suites De Couches

EVA : Echelle Visuelle Analogique

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

Bibliographie

1. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth.* 1997;78(5):606-617.
2. Alfonsi P, Chauvin M. Intégration de la prise en charge de la douleur dans le cadre de la réhabilitation postopératoire. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* 2008;9(1):3-6.
3. Morau E, Bonnal A, Deras P, Dehon A. Césarienne, allaitement et douleur. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation.* 2012;16(4):206-212.
4. Hirose M, Hara Y, Hosokawa T, Tanaka Y. The effect of postoperative analgesia with continuous epidural bupivacaine after cesarean section on the amount of breast feeding and infant weight gain. *Anesth Analg.* 1996;82(6):1166-1169.
5. Jacques V, Vial F, Lerintiu M, Thilly N, Mc Nelis U, Raft J, et al. Réhabilitation périopératoire des césariennes programmées non compliquées en France : enquête de pratique nationale. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2013;32(3):142-148.
6. Allyn J, Mercier F. Comment améliorer la réhabilitation post-césarienne. *MAPAR.* 2006 ; 341-349.
7. Uchiyama A, Nakano S, Ueyama H, Nishimura M, Tashiro C. Low dose intrathecal morphine and pain relief following caesarean section. *Int J Obstet Anesth.* 1994;3(2):87-91.
8. Abboud TK, Dror A, Mosaad P, Zhu J, Mantilla M, Swart F, et al. Mini-dose intrathecal morphine for the relief of post-cesarean section pain: safety, efficacy, and ventilatory responses to carbon dioxide. *Anesth Analg.* 1988;67(2):137-143.
9. Singh SI, Rehou S, Marmai KL, Jones AP. The efficacy of 2 doses of epidural morphine for postcesarean delivery analgesia: a randomized noninferiority trial. *Anesth Analg* 2013;117:677-85.
10. Sun H-L, Wu C-C, Lin M-S, Chang C-F. Effects of epidural morphine and intramuscular diclofenac combination in postcesarean analgesia: A dose-range study. *Anesth Analg.* 1993;76:284-288.
11. Pavy TJ, Gambling DR, Merrick PM, Douglas MJ. Rectal indomethacin potentiates spinal morphine analgesia after caesarean delivery. *Anaesth Intensive Care.* 1995;23(5):555-559.
12. Bloor M, Paech M. Nonsteroidal Anti-inflammatory drugs during pregnancy and the initiation

- of lactation. *Anesth Analg*. 2013;116(5):1063-1075.
13. Wyniecki A, Tecsy M, Benhamou D. La césarienne : une intervention qui doit maintenant bénéficier du concept de réhabilitation précoce postopératoire. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 2010;14(6):375-382.
 14. Striebel H.W., Scheitza W., Philippi W., Behrens U., Toussaint S. Quantifying oral analgesic consumption using a novel method and comparison with patient-controlled intravenous analgesic consumption. *Anesth Analg*. 1998;86:1051-1053
 15. Belavy D, Cowlishaw PJ, Howes M, Phillips F. Ultrasound-guided transversus abdominis plane block for analgesia after Caesarean delivery. *Br J Anaesth*. 2009;103(5):726-730.
 16. Abdallah FW, Laffey JG, Halpern SH, Brull R. Duration of analgesic effectiveness after the posterior and lateral transversus abdominis plane block techniques for transverse lower abdominal incisions: a meta-analysis. *Br J Anaesth* 2013;111:721-35.
 17. Liu SS, Richman JM, Thirlby RC, Wu CL. Efficacy of continuous wound catheters delivering local anesthetic for postoperative analgesia: a quantitative and qualitative systematic review of randomized controlled trials. *Journal of the American College of Surgeons*. 2006;203(6):914-932.
 18. Mignon A. Quelle anesthésie-analgésie pour la césarienne en per et post-opératoire ? *J Gynécol Obst Biol Reprod*. 2008;37(4):5-7.
 19. Landau R. Analgésie obstétricale et douleurs du post-partum. *Douleur et analgésie*. 2007;20(3) :167-172.
 20. Nikolajsen L, Sørensen HC., Jensen TS., Kehlet H. Chronic pain following Caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004;48(1):111-116.
 21. Tshibangu-N A, Motte-Neuville F, Gepts E, Bailly A, Nguyen T, Hirsoux L. Morphine intrathécale et tolérance de l'alimentation précoce post-césarienne. *Ann Fr Anesth Réanim*. 2010;29(2):113-116.
 22. Patolia DS, Hilliard Jr RLM, Toy EC, Baker III B. Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obst Gynecol*. 2001;98(1):113-116.
 23. Malhotra N, Khanna S, Pasrija S, Jain M, Agarwala RB. Early oral hydration and its impact on bowel activity after elective caesarean section—our experience. *Eu Obst Gynecol Reprod Biol*.

- 2005;120(1):53-56.
24. Kramer RL, Van Someren JK, Qualls CR, Curet LB. Postoperative management of cesarean patients: The effect of immediate feeding on the incidence of ileus. *Obst Gynecol.* 1996;88(1):29-32.
 25. Kovavisarach E, Atthakorn M. Early versus delayed oral feeding after cesarean delivery. *Int Gynecol Obst.* 2005;90(1):31-34.
 26. Benhamou D, Técsy M, Parry N, Mercier FJ, Burg C. Audit of an early feeding program after Cesarean delivery: patient wellbeing is increased. *Can J Anesth.* 2002;49(8):814-819.
 27. Güngördük K, Asicioglu O, Celikkol O, Olgac Y, Ark C. Use of additional oxytocin to reduce blood loss at elective caesarean section: A randomised control trial. *Austr New Zeal J Obst Gynecol.* 2010;50(1):36-39.
 28. Murphy DJ, MacGregor H, Munishankar B, McLeod G. A randomised controlled trial of oxytocin 5IU and placebo infusion versus oxytocin 5IU and 30IU infusion for the control of blood loss at elective caesarean section—Pilot study. *ISRCTN 40302163. Eur J Obst Gynecol Reprod Biol.* 2009;142(1):30-33.
 29. Rath W. Prevention of postpartum haemorrhage with the oxytocin analogue carbetocin. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol.* 2009;147(1):15-20.
 30. Ghoreishi J. Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. *Int J Gynecol Obst.* 2003;83(3):267-270.
 31. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RDT. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *Br J Obst Gynecol.* 2001;108(1):56-60.
 32. James AH, Jamison MG, Brancizio LR, Myers ER. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: Incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(5):1311-1315.
 33. Dageville. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de pédiatrie.* 2011;18(9) : 994-1000.
 34. Bowlby J. *Attachement et perte, tome 1 l'attachement.* 5^{ème} édition. Paris : Presses Universitaires de France ; 2002.

35. Padbury JF, Diakomanolis ES, Hobel CJ, et al. Neonatal adaptation: sympatho-adrenal response to umbilical cord cutting. *Pediatr Res.* 1981;15:1483–7.
36. Facchinetti F, Bagnoli F, Sardelli S, et al. Plasma opioids in the newborn in relation to the mode of delivery. *Gynecol Obstet Invest.* 1986;21:6–11.
37. Weller A, Feldman R. Emotion regulation and touch in infants: the role of cholecystokinin and opioids peptides. 2003;24:779–88.
38. Darchis E. L'établissement du lien mère-bébé (J1-J6) et ses aléas. *Les dossiers de l'obstétrique.* 2002 ; 302 :24-29.
39. Landais M. Favoriser la rencontre parents-bébé en soutenant leurs compétences. *Vocation sage-femme.* 2013;104 :10-19.
40. Nissen E, Lilja G, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995; 74: 530–3.
41. Uvnas-Moberg K. Neuroendocrinology of the mother-child interaction. *Trends Endocrinol Metab.* 1996; 7: 126–31.
42. Keverne EB, Nevison CB, Martel FL. Early learning and the social bond. *Ann N Y Acad Sci* 1997;801:329–39.
43. Winnicott DW. *La mère suffisamment bonne.* Paris : Payot ; 2006.
44. Lebovici S, Mazet P, Visier JP. L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Paris : Eshel et Médecine et Hygiène ; 1989.
45. Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson.* Paris : PUF; 1989.
46. Brown A, Jordan S. Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *J Adv Nurs.* 2013;69(4):828-839.
47. Carlander A-K K, Edman G, Christensson K et al. Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sex Reprod Healthc.* 2010;1:27-34.
48. Somera MJ, Feeley N, Ciofani L. Women's experience of an emergency caesarean birth. *J Clin Nurs.* 2010;19(19-20):2824-2831.
49. Steffen G. La césarienne et ses conséquences pour la mère et l'enfant. *Les dossiers de l'obstétrique.* 2011;28(294):2-11.

50. Paquet V. Le vécu de la césarienne pratiquée en urgence : quelles conséquences psychologiques maternelles ? *Revue de l'infirmière*. 2001;72 :23-25.
51. Smith J, Plaat F, Fisk N. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG* 2008;115:1037–1042.
52. Velandia M, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatr*. 2012;101(4):360-7
53. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*. 2014 ; 27 : 37–40.
54. Moore ER. Randomized controlled trial of very early mother–infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52:116–125.
55. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. *Etudes et Résultats. DRESS*. 2008 ; 660.
56. Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Bürgin D. How do obstetric variables influence the dimension of the birth experience as assessed by Salmon's item list ? *Eur J Obst Gynecol and Reprod Biol*. 2004;115:43-50.
57. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2007;7:26.
58. Janssen P, Carty E, Reime B. Satisfaction with planned place of birth among midwifery clients in British Columbia. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51:91-97.
59. Smith LF. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care* 2001;10:17–22.
60. Harvey S, Rach D. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*. 2002 ;118 :260-267.
61. Dickinson J, Paech M. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian and New Zealand Journal Of Obstetrics and Gynecology*. 2003;43:463-468.
62. Chauvin J. Satisfaction maternelle et mode d'accouchement. Mémoire : école de sages-femmes : université Paris Descartes ; 2010.
63. Weiss M, Fawcett J, Aber C. Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *J Clinical Nurs*. 2009;18:2938–2948.
64. Kersuzan C. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS*. 2014 ; 27: 439-457.

Résumé

Introduction : l'objectif de notre étude était de comparer le retentissement d'un programme de réhabilitation précoce post-césarienne sur le ressenti et la satisfaction maternelle vis-à-vis de la création du lien mère-enfant, par rapport à un programme classique de prise en charge postopératoire.

Méthodes : nous avons mené une étude comparative, prospective et multicentrique dans trois maternités : l'hôpital Robert Debré (Paris, France) appliquant un programme classique, l'hôpital du Kremlin-Bicêtre (Val-de-Marne, France) et l'hôpital intercommunal de Créteil (Val-de-Marne, France) appliquant une réhabilitation précoce. Elle s'est déroulée du 8 octobre 2014 au 31 janvier 2015. Les patientes étaient interrogées sur leur ressenti vis-à-vis de la relation avec leur nouveau-né, à l'aide d'un questionnaire à remplir un et trois jours après la césarienne. Elles avaient bénéficié d'une césarienne programmée ou en urgence, à terme, sans complications, ni pathologie associée (n=86). Les nouveau-nés présentaient une bonne adaptation à la vie extra-utérine et étaient exempts de pathologies.

Résultats : l'analyse de nos résultats a montré que les patientes ont reçu des soins post-opératoires correspondant au groupe dans lequel elles étaient incluses. Les patientes du groupe « réhabilitation précoce » avaient un ressenti plus positif vis-à-vis du contact avec leur nouveau-né à un jour et trois jours du post-partum par rapport aux patientes du groupe « réhabilitation classique ». De même, elles avaient un degré de satisfaction supérieur à J1 et se sentaient plus à l'aise pour apporter des soins au nouveau-né, ainsi que pour le portage et l'allaitement.

Conclusion : dans notre enquête, l'application d'un protocole de réhabilitation précoce après une césarienne était associée à une amélioration de la satisfaction et à un ressenti plus positif des mères vis à vis de la relation avec leur nouveau-né.

Mots clés : réhabilitation précoce, césarienne, relation mère-enfant, ressenti, satisfaction

Abstract

Introduction : the objective of our study was to investigate the maternal impact of an enhanced recovery program after cesarean delivery, on the feelings and satisfaction towards creation of the mother-child bond, in comparison to a classical postoperative care.

Methods : a comparative, prospective and multicenter study was conducted in three maternity units: the Robert Debré maternity unit applies standard traditional postoperative care (Paris, France), while the maternity units of Bicêtre hospital (Val-de-Marne, France) and Hospital Intercommunal Créteil (Val-de-Marne, France) apply an enhanced recovery program. Were included patients after elective or emergency caesarean delivery who had given birth to full-term healthy singleton newborns (n=86). Data were collected from 8th October 2014 to 31st January 2015. Patients were asked about their feelings toward the relationship with their infant using a questionnaire, to be completed one and three days after cesarean delivery.

Results : patients received post-operative care in agreement with what was expected in the group in which they were included. Patients in the « enhanced recovery program » group had more positive feelings toward the relationship with their newborn on the first and third postpartum day in comparison with patients of the « classical care » group. Likewise, they had a greater maternal satisfaction level one day after cesarean delivery and were more comfortable in caring for their newborn, especially when cradling and breastfeeding the child.

Conclusion : our study suggests that application of an enhanced recovery program after cesarean delivery is associated with improved satisfaction and more positive maternal feelings toward the relationship with the newborn.

Keywords : enhanced recovery program, cesarean, mother-child bonding, feelings, satisfaction

Nombre de pages : 50

Nombre d'annexes : 4

Nombre de références : 64