



HAL
open science

Conformité de la réhabilitation précoce après césarienne : étude rétrospective sur dossiers aux hôpitaux Drôme Nord site de Romans

Esther Lagrange

► To cite this version:

Esther Lagrange. Conformité de la réhabilitation précoce après césarienne : étude rétrospective sur dossiers aux hôpitaux Drôme Nord site de Romans. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01882223

HAL Id: dumas-01882223

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01882223>

Submitted on 26 Sep 2018

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT MAIEUTIQUE

**CONFORMITE DE LA REHABILITATION PRECOCE
APRES CESARIENNE :**
**ETUDE RETROSPECTIVE SUR DOSSIERS AUX
HOPITAUX DROME NORD SITE DE ROMANS**

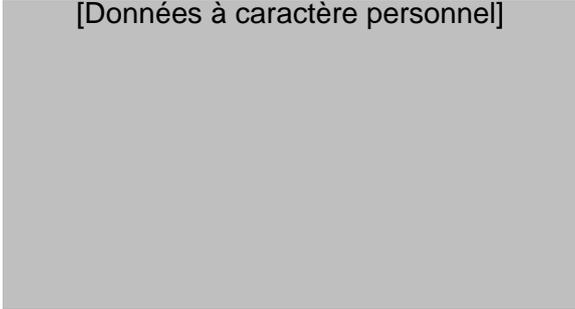
Par : Esther LAGRANGE

Mémoire soutenu le 20 Juin 2018
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année 2018

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT MAIEUTIQUE

**CONFORMITE DE LA REHABILITATION PRECOCE
APRES CESARIENNE :**
**ETUDE RETROSPECTIVE SUR DOSSIERS AUX
HOPITAUX DROME NORD SITE DE ROMANS**

Par : Esther LAGRANGE,
[Données à caractère personnel]



En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année 2018

RESUME

Introduction. La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) dans le cadre de la césarienne est une pratique qui est réalisée dans 64% des maternités françaises. A la maternité des Hôpitaux Drôme Nord, site de Romans, un protocole de RAAC a été mis en place depuis un an. L'objectif était de mener une évaluation des pratiques professionnelles dans les suites de la mise en place de ce protocole.

Matériels et méthodes. Une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, mono centrique, à partir des dossiers des patientes ayant bénéficiées d'une RAAC après une césarienne prophylactique entre le 1^{er} juin 2016 et le 30 mai 2017 aux HDN a été menée. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la conformité au protocole de service. Les objectifs secondaires étaient d'estimer la durée moyenne de séjour (DMS) et de recenser le nombre de complications durant les suites de la césarienne.

Résultats. Concernant les principes fondamentaux de la RAAC, 36,4% des patientes ont pu se mobiliser dans les six heures suivant la césarienne. La reprise rapide des boissons et de l'alimentation a été réalisée pour environ 30% des patientes. L'ablation de la sonde urinaire a été réalisée de façon conforme pour 27 patientes (75%) et celle du cathéter veineux l'a été pour 10 patientes (27,8%). La DMS était de 4,25 jours (+/- 0,87 jour) et deux complications post-opératoires ont été recensées, dont une seule estimée en lien avec la RAAC.

Cependant, il faut noter que sur les 75 items du protocole, 48 items (64 %) avaient un pourcentage de données non retrouvées supérieur ou égal à 20 %.

Conclusion. Les résultats obtenus lors de l'étude ont mis en évidence un manque de clarté du protocole de service ainsi qu'un manque de traçabilité des actes de soins et des dysfonctionnements organisationnels. Grâce aux résultats de l'étude, le protocole a été mis à jour et une seconde évaluation des pratiques professionnelles est prévue après une sensibilisation de l'équipe pluridisciplinaire.

Mots clés :

Réhabilitation améliorée après chirurgie – Durée moyenne de séjour – Complications post-opératoires

ABSTRACT

Objectives. Enhanced rehabilitation after surgery (ERAS) in the context of cesarean section is a practice that exists in 64% of French maternities. In the HDN maternity in Romans, an ERAS program has been put in for a year. The study objective was to conduct an evaluation of professional practices after the implementation of this protocol.

Material and methods. A descriptive, observational, retrospective, single-centric study based on ERAS patient records after a prophylactic caesarean section between the 1st, 2016 and May the 30th, 2017 at HDN was conducted. The main objective of the study was to assess compliance with the service protocol. The secondary objectives were to estimate the average length of hospital stay (ALHS) and to count the number of complications after a caesarean section.

Results. Regarding the basic principles of ERAS, 36.4% of patients were able to mobilize within six hours after cesarean section. 30% of the patients were quickly able to eat and drink. The removal of the urinary catheter was performed for 27 patients (75%) and the venous catheter for 10 patients (27.8%). The ALHS was 4.25 days (+/- 0.87 days) and two post-operative complications were identified (only one in relation to ERAS was estimated).

However, it should be noted that 48 out of the 75 items in the protocol (64%) had an unrecovered data percentage superior or equal to 20%.

Conclusion. The results obtained during the study revealed a lack of clarity of the service protocol as well as a lack of traceability of acts of care and organizational dysfunctions. Thanks to the results of the study, the protocol has been updated and a second evaluation of professional practices is planned after having raised the awareness of the multidisciplinary team.

Keywords :

Enhanced recovery after surgery – Average length of hospital stay – Post-operative complications

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

- Mme Chantal SEGUIN, Directrice du Département Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, présidente du jury ;

- Dr Virginie GUIGUE, Praticien Hospitalier en gynécologie obstétrique à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, co-présidente du jury ;

- Mme Christelle MOREON, Sage-femme Coordinatrice de la maternité des Hôpitaux Drôme Nord, directrice de ce mémoire ;

- Mr Lionel CURTO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, co-directeur de ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Je remercie plus particulièrement :

- Mme Christelle MOREON, Sage-femme, Sage-femme Coordinatrice de la maternité des Hôpitaux Drôme Nord, directrice de ce mémoire ;
pour le temps qu'elle m'a accordé et sa disponibilité tout au long de ce travail ;

- Mr Lionel CURTO, Sage-femme, Enseignant référent, co-directeur de ce mémoire ;
pour sa patience, ses conseils, son écoute et son soutien durant ces quatre dernières années d'étude et pour ce travail ;

- les Sages-femmes des Hôpitaux Drôme Nord ;
pour leur accueil et gentillesse lors du recueil de données ;

- ma famille et mes proches ;
pour leur soutien indéfectible et leur aide.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES SIGLES ET ACRONYMES	8
INTRODUCTION.....	9
1) Définition.....	9
2) Contexte et généralités.....	9
3) Enjeux et impact économique.....	10
4) Evaluation.....	11
5) Objectifs.....	11
MATERIEL ET METHODES	12
1) Type d'étude	12
2) Lieu et période d'étude	12
3) Recueil de données	12
4) Echantillon de l'étude	13
a. Critères d'inclusion.....	13
b. Critères d'exclusion	13
5) Référentiel de l'étude.....	14
6) Méthode d'analyse statistique	14
RESULTATS	15
1) Caractéristiques de l'échantillon	15
2) Au cours de la grossesse	15
a. En consultation obstétricale.....	15
b. Au secrétariat de maternité	16
c. En consultation d'anesthésie	17
3) La veille de la césarienne prophylactique.....	17
4) Le jour de la césarienne	18
a. En salle d'accouchement	18

b.	Au bloc opératoire.....	19
c.	En salle de réveil.....	20
d.	Au retour en unité mère-enfant	21
5)	Au cours du séjour en unité mère-enfant.....	22
6)	Durée de séjour des patientes	23
7)	Douleurs et complications post-opératoires	24
8)	Heures des césariennes prophylactiques.....	24
DISCUSSION		25
1)	Les limites de l'étude.....	25
a.	Biais de sélection	25
b.	Biais de traçabilité.....	26
2)	Analyse des résultats et comparaison à la littérature	27
a.	La RAAC aux HDN	27
b.	Les principes fondamentaux de la RAAC	28
c.	L'antalgie post-interventionnelle.....	29
d.	Les complications post-opératoires et la RAAC.....	30
e.	La durée moyenne de séjour	31
3)	Axes d'amélioration possibles et perspectives aux HDN.....	33
a.	Le protocole de RAAC	33
b.	Le consentement des patientes	33
c.	La traçabilité	34
d.	La prise en charge au bloc opératoire	34
e.	Sur le moyen terme.....	35
CONCLUSION		36
BIBLIOGRAPHIE		38
ANNEXE		40

TABLE DES SIGLES ET ACRONYMES

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

AM : Assurance Maladie

CSG : carte de groupe sanguin

EVA : échelle visuelle analogique

GO : gynécologue-obstétricien

GRACE : Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : héparine de bas poids moléculaire

HDN : Hôpitaux Drôme Nord

NAS : non adapté à la situation

NFP : numération de formule sanguine et plaquettes

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie

RAAC : récupération améliorée après chirurgie

RAI : recherche d'agglutines irrégulières

SA : salle d'accouchement

SAD : sonde à demeure

SSPI : salle de surveillance post-interventionnelle

UME : unité mère-enfant

VVP : voie veineuse périphérique

INTRODUCTION

1) Définition

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est une approche pluridisciplinaire de prise en charge globale du patient en période péri-opératoire. Elle comprend les périodes pré-, per- et post-opératoire, et vise au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures [1] [2].

2) Contexte et généralités

La RAAC est apparue en 1990, suite aux travaux du Pr. Henrik Kehlet et al. , et concernait uniquement les chirurgies coliques [3]. Depuis, la RAAC s'est étendue dans de nombreux pays, notamment au Royaume-Uni, et à diverses spécialités telles que la chirurgie gynécologique, la chirurgie digestive ou encore la chirurgie urologique [4].

En France, des protocoles de RAAC sont mis en place au sein de certaines maternités, pour la prise en charge des patientes ayant eu une césarienne.

La césarienne est une chirurgie, cause de stress physique et psychique pour la patiente, et peut être liée à des complications post-opératoires responsables d'une convalescence de longueur variable. L'objectif est donc de lutter contre tout ce qui retarde la récupération de la patiente.

En 2016, l'enquête de périnatalité recense les maternités déclarant utiliser un protocole de RAAC. Ainsi, 58% des maternités de type I, 64% des maternités de type II a, 66% des maternités de type II b et 85% des maternités de type III déclarent en utiliser un. L'enquête montre également que le nombre de maternités utilisant un protocole de RAAC augmente avec le nombre d'accouchements qu'elles réalisent par an (<500 accouchements : 47% des maternités ont un protocole de RAAC ; 500-999 accouchements : 59%, 1000-1499 accouchements : 53% ; 1500-1999 accouchements : 74% ; 2000-3499 accouchements : 83% ; ≥ 3500 accouchements : 85%) [5].

Au total, 64% des maternités ayant participé à cette enquête déclarent une prise en charge par RAAC.

Les principes fondamentaux de la RAAC, dans le cadre de la césarienne, sont le lever et la mobilisation précoce de la patiente, l'ablation rapide de la voie veineuse périphérique (VVP) et de la sonde à demeure (SAD), ainsi que la reprise précoce de l'alimentation et des boissons [1] [2].

3) Enjeux et impact économique

L'instauration de la RAAC dans les maternités a pour objectif principal le bien-être de la patiente. Elle facilite la récupération rapide dans les suites de l'intervention et un retour précoce à l'autonomie. Elle permet une diminution des complications post-opératoires et de la durée du séjour des patientes. Cela permet de plus une meilleure instauration de la relation mère-enfant garantissant la satisfaction maternelle [6].

La mise en place de protocoles de RAAC a également un impact économique, avec une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) des patientes, réduisant donc les coûts liés à l'hospitalisation [7] [8].

Pour ces raisons, en 2018, l'assurance maladie (AM) encourage le virage ambulatoire et l'adaptation des prises en charge en établissement, afin d'améliorer l'efficacité du système de santé [9]. Cette démarche de l'AM, en accord avec l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), va dans le sens d'une expansion des protocoles de RAAC au sein des maternités françaises.

D'autres enjeux sont à prendre en compte, notamment pour les professionnels de santé, ils sont principalement liés au travail pluridisciplinaire et à l'organisation des soins [1].

4) Evaluation

La maternité des Hôpitaux Drôme Nord (HDN) est une maternité de type II a, réalisant environ 1100 naissances par an. Un protocole de RAAC dans le cadre des césariennes programmées a été mis en place en janvier 2016.

Comme tout changement majeur dans une pratique en santé, celle-ci nécessite d'être évaluée afin d'améliorer la qualité des soins. Nous avons donc souhaité faire une évaluation des pratiques professionnelles concernant le protocole de RAAC pour les césariennes programmées, au sein de la maternité des HDN site de Romans, compte tenu de sa mise en place récente et de l'expansion de ce type de protocole au sein des maternités françaises.

5) Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la conformité au protocole de service de RAAC, mis en place en janvier 2016.

Les objectifs secondaires sont d'estimer la DMS des patientes ayant bénéficiées d'une RAAC ainsi que de recenser le nombre de complications qui ont pu survenir durant les suites de leur césarienne.

MATERIEL ET METHODES

1) Type d'étude

Cette première phase d'évaluation des pratiques professionnelles sur la RAAC est une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, monocentrique [10].

2) Lieu et période d'étude

Le recueil de données a été fait au sein de la maternité des HDN, sur le site de Romans. Cette étude porte sur tous les cas de RAAC entre le 1^{er} juin 2016 et le 30 mai 2017.

3) Recueil de données

Quatre-vingt-dix césariennes prophylactiques ont été réalisées entre juin 2016 et mai 2017. Ces cas ont été recensés après analyse des cahiers d'accouchements. Parmi ces 90 cas, 36 correspondaient à des RAAC. Ceux-ci ont donc été utilisés pour constituer l'échantillon de l'étude.

Afin d'évaluer la conformité au protocole interne de RAAC, une grille de recueil de données¹ a été réalisée contenant notamment les 75 items du protocole et permettant le recueil des informations contenues dans les 36 cas de l'échantillon. Le recueil de données s'est fait par une analyse :

- des dossiers obstétricaux manuscrits (dossiers AUDIPOG) des 36 cas de l'étude,
- des dossiers de soins papier pour 36 dossiers (cas survenus entre le 1^{er} juin 2016 et le 30 mai 2017),
- des dossiers de soins informatiques pour 14 dossiers (cas survenus entre 1^{er} décembre 2016 et 30 mai 2017).

¹ Cf. Annexe 1 : Grille de recueil de données réalisée à partir du protocole de RAAC des HDN

En effet, il est important de noter que le dossier de soins informatisé a été mis en place à la maternité des HDN à compter du 1^{er} décembre 2016 pour la partie hospitalisation en maternité.

Les 75 items sont répartis dans le protocole en quatre phases :

- au cours de la grossesse (26 items),
- la veille de l'admission (un item),
- le jour de l'admission, comprenant elle-même quatre phases : en salle d'accouchement (SA) (15 items), au bloc opératoire (6 items), en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) (2 items) et au retour du bloc en unité mère-enfant (UME) (16 items),
- le séjour en UME (9 items).

Les données ont été classées en deux catégories. La première catégorie contient les données ayant été retrouvées dans les dossiers des patientes et pouvant alors être qualifiées de conformes au protocole, non conformes au protocole ou non adaptées à la situation (NAS). La deuxième catégorie contient les données non retrouvées dans les dossiers des patientes.

4) Echantillon de l'étude

Pour cette étude, 36 cas de RAAC ont été étudiés.

a. Critères d'inclusion

Les patientes ayant eu une césarienne prophylactique et dont le terme de RAAC apparaissait dans le dossier obstétrical ou le dossier d'anesthésie ont été inclus dans l'échantillon.

b. Critères d'exclusion

Toutes les patientes ayant accouché voie basse, ayant eu une césarienne en urgence (code vert, code orange et code rouge), ayant eu une césarienne prophylactique dont le dossier ne contenait pas le terme de RAAC, et les patientes ayant eu une césarienne se compliquant en période peropératoire ont été exclues de l'étude.

5) Référentiel de l'étude

Le référentiel est le protocole de service² de la maternité des HDN, datant de janvier 2016.

6) Méthode d'analyse statistique

L'analyse statistique a été faite grâce au logiciel R2Web.

² Cf. Annexe 2 : Référence Kaliweb PARPPM200 « Réhabilitation précoces des césariennes programmées, sauf pathologies associées et sauf complications peropératoires »

RESULTATS

1) Caractéristiques de l'échantillon

Tableau I : Caractéristiques de la population de l'étude (N=36)

		Population totale	
		n	%
Parité			
	≤1	18	50
	2	9	25
	≥ 3	9	25
Antécédents césarienne			
	Oui	24	66.7
	Non	12	33.3

La moyenne d'âge des patientes de l'échantillon est de 36 ans avec un écart-type de 5,7 ans. Dans l'échantillon, 50% des accouchées sont des nullipares ou primipares, 25% sont des deuxièmes pares et 25% ont eu trois enfants ou plus. Vingt-quatre d'entre elles (66,7%) ont déjà eu une césarienne.

2) Au cours de la grossesse

a. En consultation obstétricale

Tableau II : Actions à mener et informations à donner durant la grossesse (N=36)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conformité		Non-conformité		n	%
	n	%	n	%		
Eligibilité	0	0	0	0	36	100
Informations sur les complications des césariennes	13	36,1	0	0	23	63,9
RAAC notée en rouge	4	11,1	32	88,9	0	0
Date de la césarienne	36	100	0	0	0	0
Bilan préopératoire	26	72,2	0	0	10	27,8
Vérification carte de groupe sanguin (CGS)	28	77,8	0	0	8	22,2
Informations sur l'appel la veille de la césarienne	0	0	0	0	36	100
Informations alimentaires	1	2,8	0	0	35	97,2

Les critères d'éligibilité, sont laissés à l'appréciation des gynécologues-obstétriciens (GO). Pour l'ensemble des cas de l'étude, aucune donnée concernant l'éligibilité à la RAAC n'a été retrouvée dans les dossiers de soins. Sur les 36 cas, 32 (88,9%) n'avaient pas la mention RAAC notée en rouge sur le dossier AUDIPOG.

Pour 13 patientes (36,1%), l'information concernant les complications possibles de l'intervention ont été données et tracées dans le dossier ; pour les 23 autres cas (63,9%) cela n'a pas été tracé dans le dossier.

L'information alimentaire a été tracé pour une patiente (2,8%). Pour l'ensemble de l'échantillon (100%), la traçabilité de l'appel la veille de l'intervention n'a pas été faite dans les dossiers des patientes.

b. Au secrétariat de maternité

Les neuf items correspondant à cette partie du protocole sont : la remise du questionnaire d'anesthésie, la remise du rendez-vous d'anesthésie, la préparation de la fiche de programmation du bloc opératoire avec la notation RAAC, l'annotation du bloc et de l'appel la veille de la césarienne sur l'agenda en SA, la remise de la fiche d'information sur les césariennes prophylactiques, la remise de l'ordonnance pour les bas de compression médicale et pour la Bétadine®, la remise de la fiche de conseil pour la dépilation et la douche, la remise de la fiche d'information alimentaire et enfin la remise de la prière d'admettre avec le jour d'entrée. Les données concernant ces neuf items n'ont pu être retrouvées, faute de traçabilité.

c. *En consultation d'anesthésie*

Tableau III : Actions, vérifications et prescriptions à réaliser par l'anesthésiste (N=36)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conformité		Non-conformité		n	%
	n	%	n	%		
Récupérer le questionnaire	36	100	0	0	0	0
Dossier rempli	36	100	0	0	0	0
Vérification du bilan préopératoire	16	44,4	0	0	20	55,6
Vérification CGS	20	55,5	0	0	16	44,5
Vérification des traitements	36	100	0	0	0	0
Informations données	31	86,1	0	0	5	13,9
Besoin de commande de sang	13	36,1	0	0	23	63,9
Préadmission demandée à la patiente	0	0	0	0	36	100
Prescriptions préopératoires	6	16,7	0	0	30	83,3

Le dossier d'anesthésie est rempli pour les 36 patientes (100%) et la vérification des traitements a été réalisée en systématique (100%). Pour 31 d'entre elles (86,1%), les informations sur l'anesthésie ont été données et tracées dans le dossier d'anesthésie.

La vérification de la carte de groupe sanguin (CGS) a été tracée pour 20 patientes (55,5%) ; et pour les 16 autres (44,5%) cela n'a pas été écrit dans le dossier d'anesthésie.

Dans 20 cas (55,6%), la vérification du bilan préopératoire n'a pas été retrouvée dans le dossier d'anesthésie des patientes.

La préadmission demandée à la patiente n'a pas été retrouvée dans 36 cas (100%) ; cette information n'étant pas tracée dans le dossier.

3) La veille de la césarienne prophylactique

L'appel de la patiente pour préciser l'heure d'entrée en SA le jour de la césarienne prophylactique n'étant pas tracé, aucune donnée n'a pu être retrouvée pour les 36 cas de l'échantillon.

4) Le jour de la césarienne

a. *En salle d'accouchement*

Tableau IV : Actes de soins, vérifications et traçabilités à réaliser en SA (N=36)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conformité		Non-conformité		n	%
	n	%	n	%		
Bracelet d'identification posé et vérifié	31	86,1	0	0	5	13,9
Vérification AUDIPOG	0	0	0	0	36	100
Vérification CGS	33	91,7	0	0	3	8,3
Vérifications des bilans sanguins	32	88,9	0	0	4	11,1
Fiche de liaison remplie	25	69,4	0	0	11	30,6
Port des bas de contention	1	2,8	0	0	35	97,2
Monitoring	34	94,4	0	0	2	5,6
Prélèvement RAI	33	91,7	0	0	3	8,3
Pose VVP	34	94,4	0	0	2	5,6
Pose Ringer lactate®	19	52,8	0	0	17	47,2
Pose patch EMLA®	14	38,9	0	0	22	61,1
Tagamet® donné	20	55,6	0	0	16	44,4
Remise livret d'accueil	2	5,6	0	0	34	94,4
Retour en chambre	10	27,8	0	0	26	72,2
Prise en charge du père	0	0	0	0	36	100

Il n'y a pas de traçabilité concernant la vérification du dossier AUDIPOG des patientes, les données n'ont pas été retrouvées dans 100% des cas.

La vérification des CGS et des bilans sont conformes respectivement dans 33 cas (91,7%) et 32 cas (88,9%) ; pour les autres, les données n'ont pas été tracées.

Pour un cas de l'échantillon (2,8%), le port des bas de contention veineuse à l'entrée est conforme ; pour les 35 autres cas (97,2%), cette information n'a pas été tracée.

Une fiche de liaison entre le bloc opératoire et la SA a été retrouvée, conformément au protocole, dans 25 dossiers (69,4%).

La pose d'un Ringer Lactate®, d'un patch EMLA®, la prise de Tagamet® sont des données qui n'ont pas été retrouvées respectivement dans 17 cas (47,2%), 22 cas (61,1%) et 16 cas (44,4%).

Aucune donnée n'a été retrouvée concernant une prise en charge des pères lors des césariennes prophylactiques. Dans 26 cas (72,2%), le passage en chambre des patientes en attendant leur prise en charge par le bloc opératoire n'a pas été tracée.

b. Au bloc opératoire

Tableau V : Actes de soins, vérifications et prescriptions à réaliser au bloc opératoire (N=36)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conformité		Non-conformité		n	%
	n	%	n	%		
Pose SAD	0	0	0	0	36	100
Infiltration pariétale ou Tap bloc	19	52,8	0	0	17	47,2
Syntocinon®	36	100	0	0	0	0
Prescription per os d'AINS et de paracétamol	19	52,8	17	47,2	0	0
Besoin d'une prescription de Zophren®	7	19,4	0	0	29	80,6
Prescription d'HBPM	36	100	0	0	0	0

Les données concernant la pose de la SAD ont été considérées comme non retrouvées dans 100% des cas ; la date et l'heure de pose de la SAD n'étaient pas tracées sur le dossier du bloc opératoire ; seul le numéro de lot de la SAD a été écrit.

Pour 100% des cas, l'utilisation de Syntocinon® a été faite, conformément au protocole ; c'est aussi le cas pour la prescription d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM).

Pour 17 patientes (47,2%), les prescriptions médicamenteuses faites par les anesthésistes ne sont pas conformes puisqu'elles ne sont pas uniquement per os mais combinées (per os et intraveineux).

c. *En salle de réveil*

Tableau VI : Surveillances et actes de soin à réaliser en SSPI (N=36)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conformité		Non-conformité		n	%
	n	%	n	%		
Fiche de surveillance post césarienne remplie en SSPI	36	100	0	0	0	0
Obturation VVP à la sortie de SSPI	2	5,55	32	88,9	2	5,55

Pour les 36 patientes (100%) de l'étude, une fiche de surveillance post interventionnelle en SSPI a été remplie.

L'obturation de la VVP à la sortie de SSPI est non conforme dans 88.9% des cas ; deux patientes sont revenues en UME avec une VVP obturée, conformément au protocole de RAAC, et 32 patientes sont revenues avec une perfusion d'attente.

d. Au retour en unité mère-enfant

Tableau VII : Surveillances et actes de soins à réaliser le premier jour en UME (N=36)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conformité		Non-conformité		n	%
	n	%	n	%		
Fiche de surveillance postopératoire	17	47,2	0	0	19	52,8
Surveillance à H1	28	77,8	7	19,4	1	2,8
Surveillance à H2	25	69,4	10	27,8	1	2,8
Surveillance à H4	15	41,6	20	55,6	1	2,8
Surveillance à H6	15	41,6	20	55,6	1	2,8
Boisson post-opératoire	12	33,3	0	0	24	66,7
Nausées et vomissements	2	5,6	0	0	34	94,4
Repas léger à H1	10	27,8	0	0	26	72,2
Repas le soir	7	19,4	1	2,8	28	77,8
Lever précoce avant H6	12	33,4	21	58,3	3	8,3
Lever avant J1	33	91,7	3	8,3	0	0
Ablation SAD avant mobilisation	27	75	4	11,1	5	13,9
Surveillance globe vésical	0	0	0	0	36	100
Miction spontanée dans le 6h post retrait SAD	18	50	6	16,7	12	33,3
Avis de GO pour surveillance de la reprise mictionnelle	1	2,8	0	0	35	97,2
Sondage évacuateur si rétention urinaire	1	2,8	0	0	35	97,2

La surveillance en UME a été retrouvée non conforme à H1, H2, H4 et H6, respectivement dans 7 cas (19,4%), 10 cas (27,8%), 20 cas (55,6%) et 20 cas (55,6%) ; la surveillance étant faite en décalage (précocement ou tardivement) par rapport au protocole.

Concernant la reprise des boissons au retour de bloc, la prise d'un repas léger à H1 post retour de bloc et le repas du soir, les informations n'ont pas été retrouvées respectivement dans 24 cas (66,7%), 26 cas (72,2%) et 28 cas (77,8%). La reprise rapide des boissons et de l'alimentation post-césarienne ont été conformes, respectivement pour 12 (33,3%) et 10 patientes (27,8%).

Dans l'échantillon de l'étude, 21 patientes (58,3%) ont eu un lever dans les 6 heures post interventionnelle. De plus, parmi les 36 cas, 33 (91,7%) ont eu, conformément au protocole, un lever avant la fin des 24 premières heures post-césarienne.

L'ablation de la SAD avant la mobilisation de la patiente a été réalisée, de façon conforme dans 27 cas (75%), de façon non-conforme, et sans justification tracée dans le dossier, dans 4 cas (11,1%). Pour les 5 cas (13,9%) restants, aucune donnée n'a été retrouvée.

Dans les 36 cas de l'échantillon, l'information concernant la miction spontanée dans le 6h post retrait de la SAD a été retrouvée dans la moitié des cas.

Sur 36 patientes, une d'entre elles (2,8%) a nécessité un sondage urinaire évacuateur secondaire, suite à une rétention aiguë d'urine après le retrait de la SAD. Pour les 35 autres cela n'a pas été nécessaire.

5) Au cours du séjour en unité mère-enfant

Tableau VIII : Actes de soin et surveillances à réaliser durant le séjour en UME (N=36)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conformité		Non-conformité		n	%
	n	%	n	%		
Retrait VVP à J1 (n=36)	10	27,8	11	30,6	15	41,6
NFP à J1 (n= 36)	29	80,6	0	0	7	19,4
NFP à J3 (n= 36)	25	69,4	0	0	11	30,6
HBPM journalière (n= 36)	36	100	0	0	0	0
Douche à J2 (n= 36)	21	58,3	0	0	14	41,7
Ablation pansement à J2 (n= 36)	25	69,4	1	2,8	10	27,8
Ablation d'1/2 agrafes à J5 (n= 13)	1	7,7	1	7,7	11	84,6
Ablation totalité des agrafes à J7 (n= 0)	NC*	NC	NC	NC	NC	NC
Rendez-vous avec opérateur à 1 mois post césarienne (n= 36)	11	30,6	0	0	25	69,4

* non concerné

Le retrait de la VVP a été réalisé, de façon conforme dans 10 cas (27,8%), de façon plus tardive dans 11 cas (30,6%) et pour les 15 cas (41,9%) restants, aucune donnée n'a été retrouvée.

La traçabilité de la numération de formule sanguine et plaquettaire (NFP) à J1 et à J3 n'a pas été retrouvée respectivement dans 7 cas (19,4%) et 11 cas (30,6%).

La traçabilité de la douche et l'ablation du pansement faites à J2 n'ont pas été retrouvées respectivement dans 14 cas (41,7%) et 10 cas (27,8%).

Compte tenu des sorties précoces des patientes, seules 13 patientes étaient encore présentes au sein de la maternité à J5. Parmi ces 13 patientes, aucune information n'a été retrouvée concernant l'ablation d'une agrafe sur deux à J5 pour 11 (84,6%) d'entre elles. A J7, lors de l'ablation du reste des agrafes, plus aucune des 13 patientes restantes n'était encore présente dans la maternité.

6) Durée de séjour des patientes

La DMS des patientes de l'étude, est de 4,25 jours avec un écart-type de 0,87 jour.

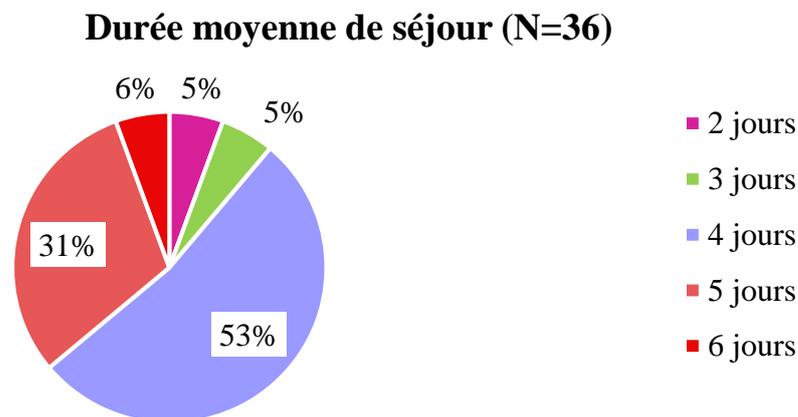


Figure 1 : Durée moyenne de séjour des patientes

Dix-neuf patientes (53%) ont une durée de séjour de quatre jours. La durée de séjour maximale est de six jours et la durée de séjour minimale est de deux jours.

7) Douleurs et complications post-opératoires

Tableau IX : Douleurs et complications post-opératoires (N=36)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conformité		Non-conformité		n	%
	n	%	n	%		
EVA \geq 4 les 24 premières heures post-césarienne	10	27,8	23	63,9	3	8,3
Complications durant le séjour	2	5,6	34	94,4	0	0

L'échelle visuelle analogique (EVA) a été cotée supérieure à quatre, durant les 24 premières heures post-césarienne, par dix patientes (27,8%).

Deux patientes (5,6%) ont présenté une complication durant le séjour. Ces complications étaient : une rétention aigüe d'urine nécessitant un sondage évacuateur secondaire et une atonie utérine à 2 heures post-opératoire nécessitant une prise en charge en SA.

8) Heures des césariennes prophylactiques

Heure d'intervention des césariennes prophylactiques (N=36)

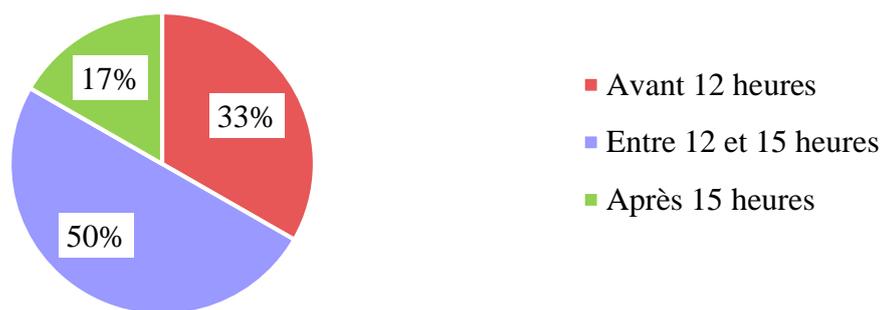


Figure 2 : Heure d'intervention des césariennes prophylactiques

Six patientes ont eu une césarienne après 15 heures conduisant à un retour en UME au-delà de 17 heures. Dix-huit ont eu une césarienne entre 12 heures et 15 heures. Et douze autres ont eu une césarienne avant 12 heures.

DISCUSSION

1) Les limites de l'étude

a. Biais de sélection

Dans cette étude, la difficulté principale a été de reconnaître les dossiers des patientes ayant eu une RAAC. Seuls 4 des 36 dossiers comportaient une mention RAAC sur le dossier obstétrical AUDIPOG. Pour les autres, la sélection s'est faite à partir des dossiers anesthésiques des patientes.

D'autre part, nous n'avons pas pu établir si les patientes pouvaient véritablement bénéficier d'une RAAC ou non, le protocole ne définissant pas clairement de critères d'éligibilité.

Le Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE) établit dans son protocole que les patientes éligibles sont celles bénéficiant d'une césarienne prophylactique ou d'une césarienne en cours de travail (la période préopératoire n'étant pas concernée) [11]. Le protocole est ensuite applicable si trois conditions sont remplies : la patiente doit avoir eu une délivrance non-hémorragique, elle ne doit pas habiter seule et elle doit avoir un téléphone portable.

De même, le groupe GRACE établit des critères d'exclusion au protocole de RAAC :

- un ASA³ ≥ 3 ,
- des affections associées sévères ou mal équilibrées (cardiaque, pulmonaire, diabète, immunodépression, coagulopathie ou traitement anticoagulant à visée curative, corticothérapie au long cours),

³ Le score ASA (American Society of Anesthesiologists) qualifie l'état de santé préopératoire d'un patient permettant d'évaluer le risque anesthésique c'est à dire la morbidité et la mortalité. On distingue 6 classes. Les deux premières regroupent les patients globalement en bonne santé.

- une impossibilité pour la parturiente de contacter son médecin ou le service hospitalier, en cas de besoin.

Par souci d'exhaustivité, il semble important de pouvoir rajouter des critères d'éligibilité ou d'exclusion au protocole de RAAC des HDN, afin de sélectionner les patientes pouvant réellement prétendre à ce type de prise en charge.

b. Biais de traçabilité

La deuxième difficulté de cette étude a été la traçabilité des informations. De nombreux actes pratiqués ne sont pas tracés, comme par exemple la mise en dérivation d'un Ringer Lactate® (17 dossiers non tracés) ou le retrait de la VVP en UME à J1 post-césarienne (15 dossiers non tracés). Cela ne permet pas de savoir si le protocole de RAAC mis en place aux HDN est appliqué de façon conforme. Mais cela met cependant en évidence un défaut de traçabilité au sein de la maternité des HDN.

Si l'on prend l'ensemble des items, on peut constater que 48 items (64%) ont un pourcentage de données non retrouvées supérieur ou égal à 20%. Ces résultats confirment le manque de traçabilité aux HDN et donc l'importance d'y remédier, afin d'assurer la qualité des soins mais aussi pour garantir une meilleure expertise médico-légale en répondant aux lois en vigueur [12] [13].

Il est cependant important de noter que durant la période de l'étude, le dossier de soins en maternité a été informatisé en décembre 2016. Ce changement d'outils de traçabilité a pu générer une perte d'informations impactant ainsi les chiffres de l'étude. De plus, aux HDN, il existe une multiplicité de supports, à la fois informatiques, avec ORBIS pour la bureautique et les ordonnances, et Cristal Net pour le dossier de soins, mais également manuscrits, avec le dossier AUDIPOG pour le suivi de la grossesse, l'accouchement, la consultation post-natale et le dossier d'anesthésie.

A la suite du changement de mode de recueil des données, une période d'adaptation et de maîtrise du nouvel outil par l'équipe médicale a été nécessaire. Et des ajustements se sont avérés utiles afin d'établir un protocole de surveillance adapté et complet. En effet, de nombreux dossiers informatiques ne contenaient pas les mêmes critères de surveillance, et tous ou presque, étaient différents. Tout ceci était peu propice à une traçabilité des actes de la part des soignants.

Il est aussi important de noter qu'aux HDN, durant la période de l'étude, il y a eu de nombreux GO et anesthésistes intérimaires qui pouvaient ne pas connaître les protocoles du service ou les différents logiciels de la maternité. Ceci pouvant être en partie responsable du manque de traçabilité mais aussi avoir un impact sur la conformité au protocole de RAAC.

Il faut enfin préciser qu'aux HDN, dans le service de maternité, la mise en place de la RAAC n'a reçu aucune subvention ou aide afin de lancer ce programme, contrairement au service d'orthopédie des HDN par exemple, qui s'est vu attribuer une infirmière dédiée à la RAAC dans son service. Ce manque de supports et de moyens peut être à l'origine de certains dysfonctionnements tant sur le plan de la traçabilité, que de l'organisation des soins.

2) Analyse des résultats et comparaison à la littérature

a. La RAAC aux HDN

Aux HDN, ont lieu environ 1100 accouchements par an. Durant la période de l'étude, c'est-à-dire de juin 2016 à mai 2017, sur 90 césariennes programmées, 36 ont pu bénéficier d'une RAAC. Cela représente 40% des césariennes programmées durant la période de l'étude.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, de chiffre permettant une comparaison de la proportion de RAAC par rapport au nombre de césariennes programmées. Une comparaison entre les 40% de RAAC des HDN et les autres maternités françaises n'a pu être possible. Cependant, nous pensons qu'un plus grand nombre de patientes serait éligible à cette prise en charge aux HDN.

Une utilisation plus fréquente de la RAAC, après une césarienne prophylactique mais aussi après une césarienne en cours de travail, serait sûrement possible notamment grâce à une meilleure sensibilisation des professionnels de santé.

b. Les principes fondamentaux de la RAAC

Les objectifs principaux de la RAAC sont le retour rapide à la physiologie et à l'autonomie de la patiente. Afin de remplir ces objectifs, il faut respecter certains principes fondamentaux tels que :

- le lever et la mobilisation précoce,
- l'ablation précoce de la VVP : à la sortie de SSPI en absence de complication, ou le soir de l'intervention,
- l'ablation précoce de la SAD : après la fin de la césarienne, le sondage urinaire évacuateur pouvant être une alternative à la SAD,
- la reprise précoce de l'alimentation et des liquides [1] [11].

Dans cette étude, le lever et la mobilisation n'ont pas été faits de façon très précoce puisque seulement 12 des 36 patientes (soit 36,4%) ont pu se lever dans les 6 heures suivant la fin de la césarienne. Cependant, dans les 24 premières heures suivant la fin de la césarienne, 33 patientes (91,7%) ont pu se mobiliser. Le retour tardif des patientes dans le service d'UME du fait de la réalisation de la césarienne dans l'après-midi (au-delà de 12 heures) pour 24 patientes peut expliquer que le lever et la mobilisation ne puissent être optimisés pour toutes les patientes. Il faut savoir qu'à partir de 15 heures il n'y a plus qu'une seule sage-femme en UME aux HDN pour s'occuper de l'ensemble du service, ce qui est probablement à l'origine des levers plus tardifs, mais aussi du décalage rencontré dans la surveillance post-interventionnelle des patientes au retour en UME. Compte tenu de ces chiffres, il nous semble important de réaliser une réflexion avec le bloc opératoire afin d'obtenir des plages horaires pour pratiquer les césariennes plus tôt le matin afin de pouvoir réaliser la RAAC de façon optimale.

A la mobilisation s'associe le retrait, au préalable, de la SAD, qui a été réalisé de façon conforme au protocole pour 27 patientes (75%).

Concernant la reprise précoce de l'alimentation et des liquides, les données ne sont majoritairement pas tracées par l'équipe obstétricale. Les dossiers non tracés sont respectivement 24 (66,7%), 26 (72,2%) et 28 (77,8%) pour la reprise des boissons au retour de SSPI, pour la prise d'un repas léger à une heure du retour de SSPI et pour la prise d'un repas standard le soir. A l'heure actuelle, ces critères de surveillance ne sont pas prescrits en systématique dans le dossier informatique, et ne font pas partie non plus des critères de la fiche de surveillance des césariennes au retour de bloc dans les dossiers papier.

Il est donc important de mettre en place, au niveau informatique, un protocole unique et identique de prise en charge post-césarienne pour les patientes ayant une RAAC. Ce protocole devra donc contenir des critères prédéfinis afin de faciliter la prescription des actes à réaliser durant le séjour, la surveillance et la traçabilité par l'équipe médicale.

En ce qui concerne le dernier des critères principaux de la RAAC, l'ablation de la VVP pose un problème, tant au niveau de la traçabilité, que dans la conformité du geste. En effet, l'ablation de la VVP a été faite conformément au protocole pour dix patientes (27,8%) mais a été jugée non conforme pour 11 patientes (30,6%). Aucune justification concernant le maintien de la VVP n'a été tracée dans le dossier de soins pour ces 11 patientes. Pour les 15 autres patientes (41,6%), cette donnée n'a pas été retrouvée dans les dossiers médicaux des patientes.

c. L'antalgie post-interventionnelle

Dans notre étude, l'obturation de la VVP à la sortie de SSPI est non-conforme pour 32 des patientes de l'étude (88,9%). Ces patientes ont eu des antalgiques par voie parentérale et ont bénéficié de perfusion d'hydratation suite à la césarienne, ce qui est contraire aux principes généraux de la RAAC que ce soit dans le protocole des HDN ou dans les recommandations de

la HAS ou du groupe GRACE. La prescription médicamenteuse par les anesthésistes doit être faite per os afin de favoriser une récupération rapide des patientes.

Une étude française, présentée au Congrès national de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, montre qu'après une césarienne prophylactique, l'analgésie per os précoce contrôlée par la patiente n'est pas inférieure à l'analgésie parentérale standard en ce qui concerne la gestion de la douleur des patientes césarisées [16]. Il semble donc important de faire une sensibilisation auprès de l'équipe de SSPI, pour que les patientes remontent en UME avec une VVP obturée afin que le relais médicamenteux per os se fasse de façon précoce.

d. Les complications post-opératoires et la RAAC

Concernant la survenue des complications post-opératoires, sur 36 patientes, deux ont développé des complications : une patiente a eu une rétention aiguë d'urine et une autre patiente a eu une atonie utérine secondaire à l'intervention. La survenue de l'atonie utérine étant indépendante de la prise en charge par RAAC, seule la rétention aiguë d'urine peut être retenue comme une complication liée à la RAAC, ce qui correspond aux données de la littérature. Une étude de *Rousseau et al* de 2017, expose le fait que la RAAC améliore la qualité de la récupération et l'autonomie des patientes sans pour autant augmenter significativement le taux de complications, sauf pour les rétentions aiguës d'urine qui impliquent dans la période post-partum une surveillance de la reprise mictionnelle des patientes [14]. Dans notre étude, une seule patiente a développé une rétention aiguë d'urine ce qui est donc un chiffre très rassurant et encourageant pour les suites du programme de RAAC au sein de la maternité.

La non augmentation des complications post-opératoires est également constatée dans les autres disciplines utilisant la RAAC comme par exemple pour la chirurgie colorectale [15].

e. La durée moyenne de séjour

Dans de nombreuses études issues de la littérature internationale, une des principales conséquences de la RAAC d'un point de vue économique, est la diminution de la DMS [17]. La RAAC a été mise en place dans la chirurgie colorectale et déjà, à ses débuts, la diminution de la DMS était importante, pouvant aller jusqu'à plusieurs jours d'hospitalisation en moins [18]. Cette diminution de la DMS est aussi constatée dans les autres disciplines ayant mis en place des protocoles de RAAC. Une étude française, faite en 2017, au sein d'un hôpital de la région parisienne, a montré que la DMS, pour les patientes ayant bénéficié d'une RAAC après leur césarienne prophylactique, était significativement plus faible que pour celles ayant eu une prise en charge standard (3,92 jours vs 4,34 jours $P < 0,01$) [14].

Dans l'étude faite aux HDN, la DMS pour les patientes ayant eu un protocole de RAAC est en moyenne de 4,25 jours. Dans l'enquête de périnatalité de 2016, la DMS, pour les femmes ayant eu un accouchement par césarienne sans transfert néonatal, est en moyenne de 4,8 jours [5]. Il y a donc une différence faible mais non négligeable entre une prise en charge standard et une prise en charge avec un protocole de RAAC.

De plus, l'étude ayant été faite rapidement après la mise en application du protocole, on peut espérer que cette diminution de la DMS va encore s'accroître avec les ajustements du protocole, permettant ainsi une majoration des bénéfices financiers de la RAAC en maternité.

La Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2014 a estimé que la DMS standard, après un accouchement par césarienne, était de 96 heures à 120 heures. De plus, elle définit les sorties précoces de la maternité, réservées aux couples mère-enfant à bas risque, comme des séjours de moins de 96 heures en cas de césarienne, c'est-à-dire de moins de quatre jours [19]. Compte-tenu de cette définition faite par la HAS et les données de la littérature internationale, les patientes ayant eu une RAAC pour leur césarienne pourraient également bénéficier d'une sortie

précoce de la maternité en l'absence de refus de la patiente ou de complications maternelles ou fœtales. Cette démarche s'inscrit dans le retour rapide à la physiologie et l'autonomie.

Cependant, malgré ces efforts, la France reste néanmoins au-dessus des normes de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques⁴ (OCDE) en ce qui concerne la DMS [20]. En 2015, la DMS à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les pays de l'OCDE était d'environ 8 jours (7,8 jours). La France se classe 4^{ème} avec une DMS des plus élevée avec 10,1 jours. Concernant la DMS pour un accouchement voie basse sans complication, elle est de 2,9 jours dans les pays de l'OCDE. En France, la DMS est de 4 jours, ce qui la classe encore en 4^{ème} position des pays avec une DMS des plus élevées puisque seules la Hongrie, La République Slovaque et la République Tchèque ont une DMS plus longue, respectivement 5 jours, 4,9 jours et 4,2 jours.

Concernant la DMS après une césarienne, on estime celle-ci à 3,9 jours au Canada, à 3,6 jours aux Etats-Unis [21]. Au Royaume-Uni, le séjour en maternité est de 2,4 jours pour les primipares et 1,6 jours pour les multipares et celui-ci était prolongé en cas de naissance par extraction instrumentale ou césarienne. Ces DMS très courtes peuvent s'expliquer néanmoins par les frais élevés liés à l'hospitalisation et qui restent à la charge des patientes.

Au vue de ces données, il semble que la France ait une DMS plus longue que de nombreux autres pays dans le monde, que ce soit pour les accouchements par voie basse ou par césarienne. Cette comparaison aux autres pays met en évidence un décalage dans les pratiques et dans le système de soins. Des programmes de sorties ont été mis en place dans certains pays afin d'augmenter la DMS en maternité des patientes, c'est le cas par exemple aux Etats-Unis.

⁴ Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) est née en 1961 et est actuellement constituée de 35 pays et regroupe plusieurs centaines d'experts. Elle publie fréquemment des études économiques analyses, prévisions et recommandations de politique économique et des statistiques, principalement concernant ses pays membres.

En France, la démarche est tout autre, et a pour but de la diminuer. La RAAC serait donc un moyen de se rapprocher de la moyenne fixée par l'OCDE concernant la DMS en maternité.

3) Axes d'amélioration possibles et Perspectives aux HDN

a. Le protocole de RAAC

Après avoir réalisée cette étude, il nous est apparu que le protocole de RAAC des HDN n'était pas suffisamment clair notamment en ce qui concerne les heures de surveillance en UME après le retour de SSPI. Il semble donc nécessaire de simplifier et d'améliorer certains critères du protocole. Le protocole devrait être axé sur les RAAC uniquement et tous les critères dédiés au secrétariat ne devraient plus y avoir leur place. Et ceux du protocole correspondant à une césarienne programmée ne devraient plus y figurer non plus.

D'autre part, il semble important de rajouter des critères d'éligibilité à la RAAC.

b. Le consentement des patientes

La RAAC vise à rendre à une patiente son autonomie le plus rapidement possible en l'aidant dans sa récupération. Pour pérenniser cette démarche, la patiente doit être actrice de sa convalescence et donc être informée de la prise en charge dont elle pourrait bénéficier.

C'est pour cette raison, qu'il nous semble important de mettre en place une fiche d'information sur la RAAC ainsi qu'un formulaire de consentement à cette pratique. Un formulaire de consentement éclairé existe déjà pour les césariennes. Il faudrait donc adapter ce formulaire pour les césariennes RAAC ou en créer un spécifique⁵. Ces documents seraient à remettre en systématique aux patientes pouvant être éligibles à la RAAC.

⁵ Cf Annexe 3 : Feuille de consentement à la RAAC

Pour améliorer la RAAC en maternité, il pourrait aussi être envisagé d'utiliser certaines pratiques du service d'orthopédie notamment leur passeport qui comprend et regroupe tous les documents nécessaires à la RAAC.

c. La traçabilité

Afin d'améliorer la traçabilité des actes de soins, il devrait être clairement écrit dans le dossier de la patiente, si elle fait partie d'un programme de RAAC ou non. Cette information est importante puisqu'elle permettrait de pouvoir prescrire à cette patiente la surveillance adaptée ainsi que les soins à réaliser durant le séjour et à quels moments ils devraient être faits dans le cadre de la RAAC.

Une feuille ⁶ comportant les critères d'éligibilité de la patiente au protocole de RAAC pourrait être ajoutée dans le dossier de la patiente par le médecin après avoir apposé sa signature et son accord.

La traçabilité pourrait également être optimisée par l'amélioration du plan de soins informatisé. Un travail en collaboration avec le service informatique est donc à organiser.

Une réunion d'information auprès de toutes les équipes intervenant dans la RAAC serait à prévoir afin de rappeler les principes fondamentaux de la RAAC et d'exposer les nouvelles mises à jour du protocole. Une présentation des résultats de cette étude pourrait également être faite à ce moment-là, ayant pour but une sensibilisation de l'équipe.

d. La prise en charge au bloc opératoire

Il serait intéressant de faire une réunion d'information avec l'équipe du bloc opératoire et d'anesthésie pour que les patientes quittent la SSPI avec une VVP obturée et pour que les

⁶ Cf Annexe 4 : Feuille d'éligibilité à la RAAC

anesthésistes prescrivent, à la sortie du bloc opératoire, uniquement des médicaments en prise per os.

De plus, il serait souhaitable qu'une traçabilité de la pose de la SAD soit faite de façon plus appropriée, c'est-à-dire que le dossier ne comporte pas uniquement le numéro du lot de la SAD et la date de péremption mais aussi l'identité de la personne qui a posé la SAD et l'heure de pose.

La mise en pratique du protocole de RAAC en UME dépend en grande partie de l'heure à laquelle la césarienne a été faite. La plage horaire de la césarienne peut être à l'origine de dysfonctionnements organisationnels entre les différents services. En effet, plus elle est faite tardivement, moins il y a de personnels soignants en UME pouvant pratiquer les soins nécessaires à la RAAC et au bon moment. De plus, un premier lever en milieu de nuit, par exemple, est difficile à mettre en œuvre et non adapté. Pouvoir discuter des plages horaires attribuées par le bloc opératoire pour les césariennes programmées, en s'appuyant sur l'évaluation conduite ici, serait bénéfique pour les patientes. Pratiquer les césariennes en début de matinée serait l'idéal pour l'organisation des RAAC et donc pour le confort des patientes et leur récupération dans la première journée post-opératoire.

e. Sur le moyen terme

Un plan d'action regroupant l'ensemble des actions correctives mis en avant grâce à ce travail doit être établi.

Une fois l'ensemble des actions correctives mises en place, il faudrait faire dans un an, une deuxième évaluation des pratiques professionnelles afin de constater si une évolution des pratiques au sein de la maternité et du bloc opératoire a pu être observée, permettant de réaliser ainsi une réelle évaluation des pratiques professionnelles comme recommandé par la HAS.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la conformité au protocole de RAAC pour les césariennes programmées, au sein de la maternité des Hôpitaux Drôme Nord, mis en place en janvier 2016.

Concernant les critères fondamentaux de la RAAC, nous avons noté une mobilisation précoce dans les six heures suivant la fin de la césarienne pour 36,4% des patientes. La reprise rapide des boissons et de l'alimentation post-césarienne ont été conformes pour ces 2 items pour environ 30% des patientes. L'ablation de la sonde a été réalisée, de façon conforme dans 27 cas (75%). L'ablation de la VVP a été réalisée à J1 pour 27,8% des patientes et la prescription médicamenteuse par voie orale a été faite pour 52,8% d'entre elles.

Cependant, il est important de souligner qu'un nombre important de données n'ont pas été retrouvées, faute de traçabilité dans le dossier de soins.

La multiplicité des intervenants et l'utilisation de divers supports constituant le dossier de soins sont probablement à l'origine de ce défaut de traçabilité.

D'autres dysfonctionnements organisationnels ont été mis en avant grâce à cette étude. Des critères d'éligibilité à la RAAC n'étaient pas inclus dans le protocole. L'information donnée aux patientes ou encore leur adhésion à cette prise en charge n'étaient pas recueillies ou tracées dans le dossier. Et l'horaire des césariennes programmées n'a pas été jugée très adaptée à une prise en charge par RAAC.

Concernant nos objectifs secondaires, le nombre de complications post-césarienne s'élève à 5,6%, et la DMS de 4,25 jours semble plus courte que la DMS des femmes ayant une césarienne sans protocole de RAAC.

Suite à cette étude, une réunion d'information pluridisciplinaire avec les services concernés par la prise en charge des RAAC va être programmée afin d'améliorer les pratiques et la traçabilité. Un nouveau protocole de RAAC va être rédigé et mis en place dans le service de maternité des HDN. Une deuxième évaluation des pratiques professionnelles sera réalisée un an après la mise en place du nouveau protocole de RAAC.

En France, les protocoles de RAAC après césarienne sont de plus en plus utilisés dans les maternités. C'est pourquoi, faire une évaluation de ces protocoles permettrait dans un premier temps d'optimiser la prise en charge des patientes en uniformisant et en coordonnant les pratiques entre les différents intervenants.

Une fois cette évaluation des pratiques réalisée, il semblerait pertinent de faire dans un deuxième temps, une enquête de satisfaction auprès des patientes ayant eu une RAAC afin d'estimer le bénéfice qu'elles en retirent. En ce qui concerne notamment, l'établissement de la relation mère-enfant en maternité, mais aussi en ce qui concerne leur état physique et psychologique durant leur séjour. Cette démarche aurait pour finalité la pérennisation et l'extension de la RAAC au sein de toutes les maternités françaises.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haute Autorité de Santé, «Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC): état des lieux et perspectives,» Juin 2016.
- [2] Haute Autorité de Santé, «Synthèse du rapport d'orientation : Programmes de récupération améliorée après chirurgie,» Juin 2016.
- [3] S. Moiniche; S. Bulow; P. Hesselfeld; A. Hestbaek; H. Kehlet, «Convalescence and hospital stay after colonic surgery with balanced analgesia, early oral feeding, and enforced mobilisation,» Avril 1995.
- [4] JC. Simpson; SR Moonesinghe; and al, «Enhanced recovery from surgery in the UK: an audit of the enhanced recovery partnership programme 2009-2012,» Octobre 2015.
- [5] Inserm ; DREES, «Enquête nationale périnatale rapport 2016: la naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010,» Octobre 2017.
- [6] A. Laronche; L. Popescu; D. Benhamou, «An enhanced recovery programme after caesarean delivery increases maternal satisfaction and improves maternal-neonatal bonding: a case control study,» Mars 2017.
- [7] A. Fouard; Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), «Aspects économiques de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, Deuxième Symposium GRACE,» Avril 2016.
- [8] Proxicare, «La récupération améliorée après chirurgie, un nouveau modèle de prise en charge des patients,» 2017.
- [9] Assurance Maladie, «Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des harges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018,» Juillet 2017.
- [10] Haute Autorité de Santé, «Développement professionnel continu: Audit clinique,» Juin 2017.
- [11] Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, «Protocole de réhabilitation améliorée après césarienne,» Septembre 2015.
- [12] Code de la Santé Publique, «Article R1112-2 relatif aux éléments constituant le dossier médical du patient,» 20 Juillet 2016.
- [13] ANES Service d'évaluation des pratiques professionnelles, «Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, dossier du patient: réglementation et recommandations,» Juin 2003.

- [14] A. Rousseau; M. Saadoun; I. Aime; M. Legen; M. Carbonnel; JM, Ayoubi, «Comparative study about enhanced recovery after cesarean section: what benefits, what risk?,» Juillet 2017.
- [15] WR. Sapanjersberg; J. Reurigs; F. Keus; CJ. Van Larrhoven, «Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery,» Février 2011.
- [16] A. Bonnal; A. Dehon; N. Nagot; V. Macioce; E. Nogue; E. Morau, «Patient-controlled oral analgesia versus nurse-controlled parenteral analgesia after caesarean section: a randomised controlled trial,» Mai 2016.
- [17] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; A. Fouard, «Aspect économiques de la réhabilitation améliorée après chirurgie,» Avril 2016.
- [18] M. Adamina; H. Kehlet; GA. Tomlinson; AJ. Senagore; CP. Delaney, «Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: a met-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery,» Juin 2011.
- [19] Haute Autorité de Santé, «Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux-nés,» Mars 2014.
- [20] Organisation de Coopération et de Développement Economiques, «Panorama de la santé 2017: les indicateurs de l'OCDE,» pages 184-185, 2017.
- [21] Haute Autorité de Santé, «Argumentaire scientifique: Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux-nés,» Mars 2014.

ANNEXE

Annexe 1 : Grille de recueil de données réalisée à partir du protocole de RAAC des HDN

Numéro de dossier :

Age :

Gestité :

Parité :

ATCD de césarienne :

ATCD d'accouchement voie basse :

	Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
A la consultation obstétricale			
Patiente informée des modalités et de la conduite à tenir en cas de complications			
RAAC notée en rouge sur le dossier Audipog			
Bilan préopératoire			
Carte de groupe valide			
Explication sur l'alimentation : à jeun à partir de 00h Eau jusqu'à 2h avant l'intervention			
Fiche d'information (césarienne programmée, réseau Aurore)			

	Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
Au secrétariat de maternité			
Consultation avec anesthésiste faite			
Fiche de programmation du bloc remplie et procédure RAAC notée dans « items particuliers »			
Bloc et appel de la veille notés sur l'agenda de la Salle d'Accouchement			
Ordonnance pour bas de contention et Bétadine rouge			
Fiche de conseil pour dépilation et douche			
Fiche d'information alimentaire			
Donner « prière d'admettre » avec jour d'entrée à la patiente			

	Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
La veille de l'intervention			
Appel de la patiente par la SF pour préciser l'heure d'entrée			

	Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
En SA			
Pose du bracelet d'identité et vérification			
Carte de groupe sanguin valide			
Bilans conformes			
Fiche de liaison unité de soins / service des Urgences / bloc opératoire remplie			
Port des bas de contention par la patiente			
Monitoring de 30 minutes			
RAI prélevée			
Pose de voie veineuse périphérique (VVP)			
Ringer Lactate 500 ml en dérivation			
Patch EMLA dans le dos			
Prémédication par Tagamet® 150 mg effervescent donné			
Remise du livret d'accueil			

	Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
Au bloc opératoire			
Pose SAD			
Infiltration pariétale ou Tap bloc			
Syntocinon®			
Prescription par l'anesthésiste	AINS et Paracétamol PO		
	Zophren®		
	HBPM le soir		
	Prescription Per Os seule		
	Prescription Per Os et IV		
	Prescription IV seule		

	Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
En SSPI			
Fiche de surveillance de SSPI	Remplie		
	Validation pour retour en maternité par Sage-Femme/Gynéco-Obstétricien/Anesthésiste		
Obturation de la VVP (sortie de la SSPI)			

		Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
Retour en maternité				
Heure de la césarienne	Avant 12h			
	Après 12h			
	Après 15h			
Fiche de surveillance post op	H1			
	H2			
	H4			
	H6			
Boisson au retour du bloc donnée				
Repas léger à H3 en absence de nausée				
Repas normal le soir si césarienne faite le matin				
Mobilisation par la SF	Lever précoce H4			
	Lever précoce H6			
	Lever > H6			
Ablation SAD	Complications			
	Mobilisation avant ablation de la SAD			
	< H4			
	< H6			
	> H6			
	Le lendemain si retour après césarienne au-delà de 17h			
Surveillance reprise miction	Miction reprise ≤ H6			
	Miction reprise après H6	Avis de l'obstétricien demandé		
		Sondage évacuateur		
		Reprise d'une miction dans les 4h après le sondage		
		Echographie vésicale réalisée		
EVA > 4 durant les 24 premières heures postop				

		Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
Séjour en UME				
Retrait de la VVP à J1				
J1 : NFP				
J3: NFP				
HBPM selon le protocole Aurore				
Ablation du pansement à J2				
Ablation des agrafes	½ à J5			
	Totalité à J7			
RDV à 1 mois avec GO				

		Oui n(%)	Non n(%)	Non renseigné n(%)
Objectifs secondaires				
Durée de séjour (jours)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	>7			
Complications				

Annexe 2 : Protocole de service de la RAAC aux HDN « Réhabilitation précoce des césariennes programmées »

	REHABILITATION PRECOCE DES CESARIENNES PROGRAMMEES - Sauf pathologies associées et sauf complications per-opératoires	Ref: PARPPM220 Date d'application : 14/01/2016 Version n° 1
---	--	---

Action	Nom et date visa
Rédaction	POURRE Corinne : le 20/11/2015
Validation technique	BELERY Agnès : le 30/11/2015 BOUDJEMA Youcef : le 20/11/2015 VANROY Christine : le 30/11/2015
Validation qualité	BOUTLY SALOU Monique : le 01/12/2015
Approbation	GALLO Nicolas : le 12/01/2016 MONTCHARMONT Hélène : le 03/12/2015

Réf HAS : Programme de réhabilitation rapide en chirurgie, Rapport d'orientation juillet 2014

Objet : Cette procédure vise à optimiser la récupération post opératoire, elle améliore la prise en charge du patient, elle nécessite l'implication de toutes les équipes médicales.

PENDANT LA GROSSESSE

A LA CONSULTATION OBSTETRICALE :

- Le médecin gynécologue vérifie que la patiente est éligible à la procédure.
- Prévenir la patiente qu'en cas de complications la procédure est caduque.
- Noter sur la page de garde du dossier Audipog en rouge césarienne Réhabilitation précoce des césariennes. (RAC)
- Fixer la date de la césarienne
- Prescrire le bilan pré op et contrôler la carte de groupe sanguin
- Informé la patiente que la veille après 16h la sage-femme de garde lui précisera par téléphone l'heure de la césarienne et donc l'heure d'entrée en salle d'accouchement (1h30 avant l'heure du bloc)
- Alimentation jusqu'à minuit la veille au soir. Eau jusqu'à 2h avant l'intervention.

1 / 7

	REHABILITATION PRECOCE DES CESARIENNES PROGRAMMEES - Sauf pathologies associées et sauf complications per-opératoires	Ref: PARPPM220 14/01/2016
---	--	------------------------------

A LA CONSULTATION ANESTHESIE

Médecin anesthésiste et secrétariat

- Récupérer le questionnaire
- Remplir le dossier d'anesthésie
- Vérifier le bilan pré op et la carte de groupe sanguin
- Vérifier le traitement personnel
- S'assurer que les instructions ont bien été comprises
- Commander du sang si besoin
- Demander à la patiente de faire sa pré-admission au bureau des entrées
- Prescription pré-op

LA VEILLE

Sages - Femmes de la salle d'accouchement

Appel de la patiente pour préciser heure d'entrée

Page 3 sur 7

	REHABILITATION PRECOCE DES CESARIENNES PROGRAMMEES - Sauf pathologies associées et sauf complications per-opératoires	Ref: PARPPM220 14/01/2016
---	--	------------------------------

SECRETARIAT DE MATERNITE :

- Donner le questionnaire d'anesthésie à remplir pour le jour de la consultation avec l'anesthésiste
- Donner RDV anesthésie
- Remplir la fiche de programmation du bloc en notant dans « items particuliers » procédure RAC
- Noter le bloc et noter l'appel la veille sur agenda salle d'accouchement
- Donner la fiche d'information (césarienne programmée) (réseau Aurore)
- Donner ordonnance pour chaussettes de compression médicale et Bétadine rouge/douche (ICPLAN)
- Donner fiche de conseil pour dépilation et douche (ICPLAN)
- Donner fiche information alimentation (ICPLAN)
- Donner prière d'admettre avec jour d'entrée

Page 2 sur 7

	REHABILITATION PRECOCE DES CESARIENNES PROGRAMMEES - Sauf pathologies associées et sauf complications per-opératoires	Ref: PARPPM220 14/01/2016
---	--	------------------------------

A L'ENTREE

EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

- Vérifier :
 - l'identité et pose du bracelet d'identification
 - le dossier Audipog,
 - la carte de groupe sanguin,
 - les bilans
- Remplir fiche de liaison unité de soins/service des urgences/ bloc opératoire (sur kalweb réf : PARPFE48)
- Vérifier que la patiente porte bien ses chaussettes de compression médicale
- Faire monitoring
- Prélever RAI et compléter le bilan si besoin
- Poser VVP
- Poser 500ml Ringer
- Poser EMLA dans le dos
- Administrer la prémédication : Tagamet® 150mg effervescent
- Remise du livret d'accueil (comprenant : La fiche alimentaire DPFE13 (dite « fiche de non goûts »), la désignation d'une personne de confiance DPFE37, les directives anticipées et communication d'informations sur votre état de santé DPFE88, le questionnaire de sortie)

La patiente retourne dans sa chambre avec son dossier après admission en salle d'accouchement

Prise en charge du papa

Page 4 sur 7

	REHABILITATION PRECOCE DES CESARIENNES PROGRAMMEES Sauf pathologies associées et sauf complications per-opératoires	Ref : PARPPM220
		14/01/2016

AU BLOC

- Pose SAD
- Infiltration pariétale (gynécologue) ou Tap bloc (anesthésiste)
- Syntocinon® ou Pabal® (selon prescription gynécologue ou anesthésiste)
- Prescription par le médecin anesthésiste :
 - AINS et Paracétamol per os si absence de nausées et vomissements
 - Zophren® si nécessaire
 - HBPM le soir

SALLE DE REVEIL

- Remplir fiche de surveillance post césarienne (*Kaliweb : réf. DPFE150*)
- Obturation VVP à la sortie de la SSPI

Page 5 sur 7

	REHABILITATION PRECOCE DES CESARIENNES PROGRAMMEES Sauf pathologies associées et sauf complications per-opératoires	Ref : PARPPM220
		14/01/2016

RETOUR DANS LE SERVICE MATERNITE

- a) Surveillance post-op :
feuille de surveillance post op : *Kaliweb :Ref : DPFE147*
- b) Au minimum à H1, H2, H4, et H6
- c) Boisson au retour du bloc
- d) Repas léger 1H après si absence de nausées et vomissements puis repas normal le soir pour les césariennes du matin
- e) Mobilisation par la sage-femme: lever précoce dès que souhaité entre H4 et H6 après la césarienne (maximum J1)
- f) Ablation SAD avant mobilisation et en l'absence de complications
- g) Si césarienne l'après-midi et retour dans le service après 17h, ablation SAD le lendemain.

Surveillance :

- 4H après l'ablation de la SAD :
 - Surveillance du globe vésical, stimuler la patiente pour les boissons (1 verre par heure) et les mictions.
 - Si pas de mictions spontanées 6H après l'ablation ou si Echo montre résidus >300 ML : avis de l'obstétricien pour sondage évacuateur.
 - Si sondage évacuateur : surveillance de la miction suivante 4H après.

Page 6 sur 7

	REHABILITATION PRECOCE DES CESARIENNES PROGRAMMEES - Sauf pathologies associées et sauf complications per-opératoires	Ref : PARPPM220
		14/01/2016

SEJOUR

- a) J1 : Retrait de la voie veineuse si absence de problème
- b) J1 et J3 : bilan sanguin NFP
- c) HBPM selon protocole Aurore
- d) Ablation pansement à J2 après douche
- e) Ablation des agrafes : 1/2 à J5 et la totalité à J7
- f) Donner RDV avec opérateur 1 mois après la sortie.

Page 7 sur 7

Formulaire de consentement à la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

Je soussignée, Madame

certifie avoir reçu les informations concernant le protocole de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) pratiqué aux Hôpitaux Drôme Nord, dans la maternité de Romans sur Isère, et accepte d'en bénéficier lors de mon hospitalisation pour ma césarienne programmée.

Fait à

Le .../.../....

Signature

Eligibilité au protocole de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

Le .../.../...

Madame

- A un score d'ASA ≥ 3 oui non
- A des affections associées sévères ou mal équilibrées :
 - o Cardiaque oui non
 - o Pulmonaire oui non
 - o Diabète oui non
 - o Immunodépression oui non
 - o Coagulopathie ou traitement anticoagulant à visée curative oui non
 - o Corticothérapie au long cours oui non
- Possède un téléphone mobile ou fixe pour pouvoir contacter son médecin ou le service hospitalier, en cas de besoin oui non

Je, soussigné, Dr autorise

Mme a bénéficier d'un protocole de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) lors de sa césarienne.

Signature

RESUME

Introduction. La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) dans le cadre de la césarienne est une pratique qui est réalisée dans 64% des maternités françaises. A la maternité des Hôpitaux Drôme Nord, site de Romans, un protocole de RAAC a été mis en place depuis un an. L'objectif était de mener une évaluation des pratiques professionnelles dans les suites de la mise en place de ce protocole.

Matériels et méthodes. Une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, mono centrique, à partir des dossiers des patientes ayant bénéficiées d'une RAAC après une césarienne prophylactique entre le 1^{er} juin 2016 et le 30 mai 2017 aux HDN a été menée. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la conformité au protocole de service. Les objectifs secondaires étaient d'estimer la durée moyenne de séjour (DMS) et de recenser le nombre de complications durant les suites de la césarienne.

Résultats. Concernant les principes fondamentaux de la RAAC, 36,4% des patientes ont pu se mobiliser dans les six heures suivant la césarienne. La reprise rapide des boissons et de l'alimentation a été réalisée pour environ 30% des patientes. L'ablation de la sonde urinaire a été réalisée de façon conforme pour 27 patientes (75%) et celle du cathéter veineux l'a été pour 10 patientes (27,8%). La DMS était de 4,25 jours (+/- 0,87 jour) et deux complications post-opératoires ont été recensées, dont une seule estimée en lien avec la RAAC.

Cependant, il faut noter que sur les 75 items du protocole, 48 items (64 %) avaient un pourcentage de données non retrouvées supérieur ou égal à 20 %.

Conclusion. Les résultats obtenus lors de l'étude ont mis en évidence un manque de clarté du protocole de service ainsi qu'un manque de traçabilité des actes de soins et des dysfonctionnements organisationnels. Grâce aux résultats de l'étude, le protocole a été mis à jour et une seconde évaluation des pratiques professionnelles est prévue après une sensibilisation de l'équipe pluridisciplinaire.

Mots clés :

Réhabilitation améliorée après chirurgie – Durée moyenne de séjour – Complications post-opératoires

ABSTRACT

Objectives. Enhanced rehabilitation after surgery (ERAS) in the context of cesarean section is a practice that exists in 64% of French maternities. In the HDN maternity in Romans, an ERAS program has been put in for a year. The study objective was to conduct an evaluation of professional practices after the implementation of this protocol.

Material and methods. A descriptive, observational, retrospective, single-centric study based on ERAS patient records after a prophylactic caesarean section between the 1st, 2016 and May the 30th, 2017 at HDN was conducted. The main objective of the study was to assess compliance with the service protocol. The secondary objectives were to estimate the average length of hospital stay (ALHS) and to count the number of complications after a caesarean section.

Results. Regarding the basic principles of ERAS, 36.4% of patients were able to mobilize within six hours after cesarean section. 30% of the patients were quickly able to eat and drink. The removal of the urinary catheter was performed for 27 patients (75%) and the venous catheter for 10 patients (27.8%). The ALHS was 4.25 days (+/- 0.87 days) and two post-operative complications were identified (only one in relation to ERAS was estimated).

However, it should be noted that 48 out of the 75 items in the protocol (64%) had an unrecovered data percentage superior or equal to 20%.

Conclusion. The results obtained during the study revealed a lack of clarity of the service protocol as well as a lack of traceability of acts of care and organizational dysfunctions. Thanks to the results of the study, the protocol has been updated and a second evaluation of professional practices is planned after having raised the awareness of the multidisciplinary team.

Keywords :

Enhanced recovery after surgery – Average length of hospital stay – Post-operative complications