



HAL
open science

Récupération améliorée après césarienne : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité de la Clinique des Cèdres

Katia Gheraieb

► To cite this version:

Katia Gheraieb. Récupération améliorée après césarienne : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité de la Clinique des Cèdres. Gynécologie et obstétrique. 2019. <dumas-02285471>

HAL Id: dumas-02285471

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02285471v1>

Submitted on 12 Sep 2019

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.



HAL Authorization

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 DE MAIEUTIQUE

**Récupération améliorée après césarienne :
Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité de
la Clinique des Cèdres**

Par : Katia GHERAIEB

Mémoire soutenu le 17 Juin 2019

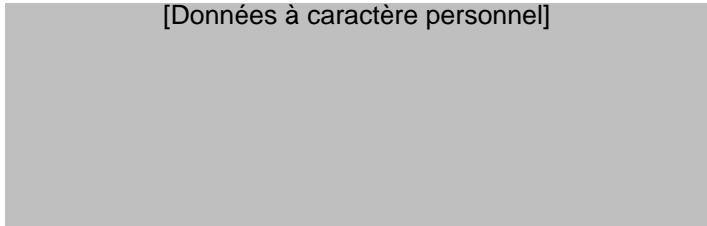
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année 2019

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

**Récupération améliorée après césarienne :
Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité de
la Clinique des Cèdres**

Par : Katia GHERAIEB

[Données à caractère personnel]



En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année 2019

RESUME

Objectifs : Evaluer l'application du protocole de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) chez les patientes ayant bénéficié d'une césarienne programmée à la Clinique des Cèdres à Echirolles. Identifier les complications survenues pendant le séjour en maternité.

Méthodes : Nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles basée sur le protocole de réhabilitation améliorée du service. Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, monocentrique, rétrospective dont la période d'étude s'étendait du 1^{er} Décembre 2017 au 31 Mai 2018.

Résultats : Concernant les grands principes de la RAAC, le premier lever et l'administration du traitement antalgique par voie orale étaient conformes à 81% et 85% respectivement. Pour le retrait de la sonde urinaire, le taux de conformité était de 84% si les patientes revenaient du bloc opératoire avant 16h et 11% après 16h. L'obturation de la voie veineuse était réalisée de façon conforme à 35%. Enfin, la reprise précoce des boissons et de l'alimentation était conforme pour 30% des dossiers. La principale complication pouvant être liée à la RAAC était la rétention aiguë d'urine et concernait 10% des patientes incluses.

Notre étude était marquée par un manque de traçabilité : 42 critères sur 62 avaient un pourcentage de données non retrouvées supérieur ou égal à 20%.

Conclusion : Suite à notre étude, une réunion de sensibilisation du personnel de la maternité a été réalisée, le protocole de réhabilitation améliorée a été modifié et une deuxième évaluation des pratiques professionnelles est à prévoir.

Mots clefs :

Réhabilitation améliorée après chirurgie – Césarienne – Complications post-opératoires

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol after an elective cesarean section at Clinique des Cèdres in Echirolles and identify the postoperative complications.

Methods: Adherence of Professional Practices to the ERAS protocol was evaluated. This descriptive, observational, single-centre, retrospective study was conducted between 1st December 2017 and 30th May 2018.

Results: Regarding the main principles of ERAS, first out-of-bed activity and oral analgesic administration were compliant with the protocol at 81% and 85%, respectively. Urinary catheter withdrawal compliance rate was 84% if the patients returned to the ward from the operating room before 4 pm and 11% after 4pm. A successful venous catheter locking was reported in 35% of cases and early oral fluid and solid intakes in 30% of cases. The main complication observed was acute urine retention and involved 10% of the included patients; it was not clear whether this was ERAS induced.

Unrecovered data percentage greater or equal to 20% concerned 42 out of 62 criteria, which is an indication of low traceability.

Conclusion: Following this study, an awareness meeting for the maternity staff was conducted, the ERAS protocol was modified and a new study should be conducted to assess professional practices.

Keywords:

Enhanced Recovery After Surgery – Cesarean Section – Postoperative Complications

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury

- Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, Présidente du jury ;

- Mme Corinne DUPONT, Sage-Femme chargée de coordination des soins au sein du réseau périnatal AURORE, Co-présidente du jury ;

- Mme Christelle MOREON, Sage-femme Coordinatrice de la maternité des Hôpitaux Drôme Nord, Membre invité du Jury ;

- Dr Stephan MIOT, Gynécologue Obstétricien à la Clinique des Cèdres, Directeur 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 Jocelyne DUJOURDIL, Sage-Femme Coordinatrice de la maternité de la Clinique des Cèdres ;

pour votre précieuse aide et le temps que vous m'avez accordé tout au long de ce mémoire

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

pour votre bienveillance et votre soutien durant cette formation

- Mr Lionel CURTO, Sage-femme, Enseignant référent, co-directeur de ce mémoire ;

Pour vos conseils et vos relectures durant ce travail ainsi que votre soutien durant cette dernière année d'étude

- L'équipe du PMSI de la Clinique des Cèdres ;

pour leur gentillesse et leur accueil pendant le recueil de données

- Mme Mathilde CHEIX, traductrice, correctrice et enseignante d'anglais ;

Pour votre aide dans la traduction de la partie « Abstract »

- Esther LAGRANGE, Sage-Femme.

pour ton aide et tes conseils pour ce mémoire

Je remercie à titre personnel,

- Mes parents, ma famille et Clément ;

pour votre aide et votre soutien inconditionnel

- Catherine et Olga Barbe ;

pour votre soutien et votre gentillesse

- Mes amies et collègues de promotion.

pour votre esprit d'équipe et votre bienveillance tout au long de ces 4 années

TABLE DES MATIERES

TABLE DES SIGLES ET ACRONYMES	8
INTRODUCTION	9
MATERIEL ET METHODES	12
1) Type de l'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	13
6) Critères de jugement.....	14
7) Méthode d'analyse statistique.....	14
RESULTATS.....	15
1) Protocole obstétrical.....	16
2) Protocole anesthésique.....	20
3) Protocole post-opératoire.....	22
4) Complications durant le séjour en maternité	30
DISCUSSION	31
1) Limites de l'étude	31
a) Biais de sélection :	31
b) Biais d'information :	31
2) Analyse des résultats et comparaison à la littérature.....	32
a) L'utilisation du protocole RAAC à la Clinique des Cèdres.....	32
b) Les grands principes de la RAAC.....	33
c) L'analgésie per et post-opératoire	35
d) La surveillance post-opératoire.....	37
e) Les complications retrouvées en maternité.....	39
3) Propositions d'amélioration.....	42
a) Suggestions d'amélioration du dépistage des complications post-opératoire.....	42
b) Suggestions d'amélioration du protocole RAAC pour les césariennes de l'après midi.....	43
c) Suggestions d'amélioration de la traçabilité	44
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXES.....	52

TABLE DES SIGLES ET ACRONYMES

BYC : Bouillon Yaourt Compote

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

EVA : Echelle visuelle analogique

GRACE : Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

HPP : Hémorragie du post-partum

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat

IV : Intraveineux

NVPO : nausées et vomissements post-opératoires

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

RAU : Rétention aiguë d'urine

SAD : Sonde à demeure

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

VVP : Voie veineuse périphérique

INTRODUCTION

L'enquête nationale périnatale de 2016 indique que deux maternités sur trois utilisent un programme de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) auprès des patientes bénéficiant d'une césarienne [1].

En effet, ce programme est utilisé dans 58% des maternités de type I, 64% des maternités de type IIA, 66% des maternités de type IIB et 85% des maternités de type III [1].

Ce concept de récupération améliorée après chirurgie a été développé en chirurgie digestive par le Pr Henrik Kehlet. Il vise à contrôler les conséquences du « stress chirurgical » afin d'accélérer le rétablissement physique et psychique des patients opérés [2].

Ce « stress chirurgical » implique le système neuro-hormonal qui est à l'origine de l'augmentation du travail cardiaque, l'altération de la fonction pulmonaire, la douleur, les effets indésirables gastro-intestinaux (nausée, iléus), l'augmentation du système de coagulation [2].

Concrètement, le programme consiste en une prise en charge multidisciplinaire pré, per et post-opératoire. Il associe une analgésie multimodale, une ablation rapide du cathéter veineux périphérique et de la sonde urinaire, un lever précoce, une alimentation et reprise des boissons précoces. Le patient reçoit une information avant l'intervention, donne son consentement et est acteur de sa prise en charge [3].

L'utilisation d'un programme de récupération rapide après chirurgie dans le domaine de l'obstétrique est pertinent pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, le taux de césarienne en France, stable depuis 2010, est de 20.4% [19.7-21,1] ce qui représente environ 160 000 femmes par an [1]. Cela concerne donc un grand nombre de patientes.

Ensuite, la récupération rapide de l'état physique après une césarienne permet aux patientes d'être dans des conditions favorables à la création du lien mère-enfant.

Ainsi, une étude portant sur l'impact de la réhabilitation précoce post-opératoire sur le ressenti maternel et la satisfaction vis-à-vis du lien mère-enfant après une césarienne, a permis de mettre en évidence que 24 heures après la césarienne, les mères du groupe « réhabilitation précoce » se sentaient plus proche de leur nouveau-né et/ou estimaient le contact avec lui comme étant plus sûr par rapport aux mères du groupe « réhabilitation classique » 76% versus 27% ($P < 0.05$). Elles présentaient également une satisfaction plus importante vis-à-vis de leur relation avec le nouveau-né $9,3 \pm 0,9$ versus $8,2 \pm 1,5$ ($P < 0.05$) [4].

D'autres auteurs, ont permis de mettre en évidence que l'alimentation et la reprise précoce des boissons étaient associées à une amélioration de la satisfaction des patientes, sans augmentation des complications digestives [5–7].

Pour finir, la récupération améliorée après chirurgie possède un impact sur la maîtrise des dépenses de santé. L'évaluation de la RAAC par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en collaboration avec le Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE) montrait une réduction de 12 % de la durée

moyenne de séjour sur un échantillon de 30 services réduisant ainsi, le coût du séjour d'hospitalisation.

Ces constats ont poussé l'Assurance Maladie à proposer en 2018, des expérimentations nationales d'un système de financement forfaitaire couvrant l'ensemble de l'épisode de soin dans le domaine de la chirurgie et non plus la seule hospitalisation. Le but était d'engager les professionnels de santé à transformer le parcours de soin afin d'être en cohérence avec les objectifs de santé publique [8,9].

L'évaluation des pratiques professionnelles s'intègre dans la mise en place de la RAAC afin d'identifier les freins à lever dans un objectif d'amélioration permanente des soins [10].

Ainsi, nous avons décidé de faire une évaluation de pratiques professionnelles concernant le protocole RAAC de la Clinique des Cèdres, une maternité de type I, à Echirolles.

Nous avons choisi cette maternité car un protocole RAAC y a été créé en novembre 2016, donnant ainsi le temps à l'équipe soignante de s'habituer aux changements dans leur pratique et d'autre part, parce que l'équipe obstétricale portait de l'intérêt à ce programme.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'application du protocole de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) chez les patientes ayant bénéficié d'une césarienne programmée à la maternité de la Clinique des Cèdres.

L'objectif secondaire était de rechercher les complications survenues pendant le séjour en maternité.

MATERIEL ET METHODES

1) Type de l'étude

Il s'agissait d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), descriptive, observationnelle, rétrospective, monocentrique.

2) Lieu et période d'étude

Le recueil de données a été réalisé à la maternité de la Clinique des Cèdres. Il s'agissait d'un établissement privé à but lucratif et d'une maternité de type I. Cette étude portait sur tous les cas de RAAC entre le 1^{er} décembre 2017 et le 31 mai 2018.

3) Recueil de données

Cinquante et une césariennes programmées ont été réalisées entre décembre 2017 et mai 2018. Parmi ces 51 cas, 40 correspondaient à des RAAC. Ces derniers ont donc constitué l'échantillon de l'étude.

Dans le but d'évaluer la conformité des 40 cas de l'échantillon au protocole RAAC du service, une grille de recueil de données¹ a été réalisée.

Celle-ci était composée des 62 critères du protocole, organisés en 3 parties :

- dix-sept critères pour la partie « protocole obstétrical » ;
- dix critères pour la partie « protocole anesthésique » ;
- trente-cinq critères pour la partie « protocole post-opératoire ».

Les données retrouvées étaient classées en deux catégories: « conforme » si le critère était réalisé de façon optimale, « non conforme » si le critère était réalisé mais de façon non conforme au protocole. Les données non retrouvées étaient considérées comme non tracées.

¹ Annexe I : Grille de recueil pour l'évaluation du protocole RAAC

Les informations ont été collectées à partir du dossier obstétrical informatisé sur le logiciel EXPERTIZ et du dossier papier archivé.

Nous avons également recueilli l'âge, la parité, les antécédents obstétricaux, l'endroit du dossier où la mention « RAAC » apparaissait, le motif de césarienne, la date et l'heure de l'hospitalisation et de l'intervention, l'heure de fin d'intervention et les complications durant le séjour.

4) Echantillon de l'étude

Dans notre étude, 40 cas de RAAC ont été étudiés.

a) Critères d'inclusion

Étaient éligibles l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'une césarienne programmée dont la mention « RAAC » était retrouvée sur le cahier d'accouchement ou dans le dossier obstétrical informatisé sur le logiciel EXPERTIZ.

b) Critères d'exclusion

Étaient exclues de l'étude les patientes ayant bénéficié d'une césarienne programmée sans mention « RAAC », les césariennes en urgence et les patientes ayant accouché par voie basse.

5) Référentiel de l'étude

Le référentiel était le protocole de service de la maternité de la Clinique des Cèdres mis en place en octobre 2017².

² Annexe II: Réhabilitation précoce post-opératoire après césarienne, version 2, Octobre 2017, Clinique des Cèdres

6) Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le nombre de réponses « conforme » de chaque critère du référentiel qui a été traduit par un pourcentage de conformité. Le critère de jugement secondaire était le pourcentage des complications survenues pendant le séjour en maternité.

7) Méthode d'analyse statistique

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R4Web.

RESULTATS

Tableau I: Description des caractéristiques de l'échantillon (N=40)

Age (années) m, et	33	5,7
Parité n, (%)		
1	6	(15)
2	17	(42,5)
3	13	(32,5)
≥4	4	(10)
<i>Antécédents de césarienne n, (%)</i>		
Non	10	(25)
Oui (n=30)	30	(75)
1	15	(50)
2	11	(37)
≥ 3	4	(13)
<i>Motif de césarienne n, (%)</i>		
Utérus cicatriciel	19	(47,5)
Siège	9	(22,5)
Bassin rétréci	6	(15)
Convenance	3	(7,5)
Placenta praevia	2	(5)
Antécédent de rupture utérine	1	(2,5)

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 33 ans avec un écart type de 5,7 ans.

Quinze pour cent des patientes étaient des primipares. Parmi les multipares, la majorité (42,5%) était des deuxièmes pares.

Soixante-quinze pour cent des patientes ont déjà eu une césarienne.

Les motifs de césariennes pour utérus cicatriciel et siège concernaient 70 % des patientes.

1) Protocole obstétrical

Tableau II: Informations réalisées pendant le suivi de grossesse (N=40)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conforme		Non-Conforme		Non tracé	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
L'obstétricien informe la patiente au sujet du protocole RAAC	2	(5)	0	(0)	38	(95)
Le consentement oral de la patiente est recueilli	1	(2,5)	4	(10)	35	(87,5)
La fiche d'information est donnée à la patiente	6	(15)	0	(0)	34	(85)
Lors de la création de l'intervention sur EXPERTIZ, est noté dans la case commentaire « protocole RAAC »	16	(40)	0	(0)	24	(60)

Pour 95 % des dossiers, nous n'avons pas trouvé de traces écrites sur le fait que l'obstétricien avait informé la patiente au sujet du protocole RAAC.

Pour 87,5 % des dossiers, le recueil du consentement oral de la patiente n'a pas été retrouvé.

Pour 10 %, le recueil du consentement n'était pas conforme. En effet, pour quatre dossiers le consentement oral a été recueilli par la Sage-Femme au moment de l'hospitalisation.

La fiche d'information signée par la patiente n'a pas été retrouvée dans 85 % des cas.

Le commentaire « protocole RAAC » était présent et conforme pour 40 % des dossiers.

Tableau III: Hospitalisation et informations données à l'admission (N=40)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conforme		Non-Conforme		Non tracé	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Hospitalisation</i>						
Si l'intervention à lieu l'après-midi						
hospitalisation H-3 (n=7)	3	(42,9)	4	(57,1)	0	(0)
Si l'intervention à lieu le matin						
hospitalisation la veille (n=33)	32	(97)	1	(3)	0	(0)
A l'entrée la sage-femme vérifie que la mention RAAC est notée (fiche d'inscription au bloc)	22	(55)	1	(2,5)	17	(42,5)
La sage-femme revoit avec la patiente que celle-ci a bien eu l'information et qu'elle l'a bien comprise	2	(5)	0	(0)	38	(95)
La sage-femme réexplique à la patiente le parcours de soin, du bloc opératoire à sa sortie	14	(35)	1	(2,5)	25	(62,5)
La sage-femme montre à la patiente comment se lever et se recoucher après l'intervention	1	(2,5)	0	(0)	39	(97,5)

Quatre patientes (57,1 %) ont été hospitalisées de façon non-conforme quand l'intervention avait lieu l'après-midi. Effectivement, le délai entre l'heure de l'admission et l'heure de l'intervention était supérieur à trois heures.

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des patientes ont été hospitalisées de façon conforme lorsque l'intervention avait lieu le matin.

La mention RAAC a été vérifiée pour 55 % des dossiers. Un dossier était jugé non conforme car le protocole RAAC a été proposé par la Sage-Femme.

Le fait que la Sage-Femme vérifie que la patiente avait bien reçu l'information et qu'elle l'avait bien comprise, n'a pas été retrouvé dans 95 % des dossiers.

La réexplication du parcours de soin n'a pas été retrouvée pour 62,5 % des dossiers. Un dossier était jugé non conforme car le protocole RAAC avait été proposé par la Sage-Femme.

Pour 97,5 % des dossiers, le fait que la Sage-Femme montre à la patiente comment se lever et se recoucher après l'intervention n'a pas été retrouvé.

Tableau IV: Soins pré-opératoire (N=40)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conforme n	(%)	Non-Conforme n	(%)	Non tracé n	(%)
Le jour de l'intervention la patiente a pris sa douche à la Bétadine ou à l'Hibiscrub	32	(80)	0	(0)	8	(20)
Si hospitalisation à H-3 : dépilation et douche faites à domicile (n=7)	1	(14)	2	(29)	4	(57)
La patiente revêt une chemise d'opérée (ouverte au dos) et une 2 ^{ème} chemise d'opérée en guise de peignoir	22	(55)	0	(0)	18	(45)
La patiente est accompagnée en salle d'accouchement par un membre du personnel	12	(30)	0	(0)	28	(70)
La patiente quitte la 2 ^{ème} blouse, ses pantoufles et met des sur chaussures et une charlotte	17	(42,5)	0	(0)	23	(57,5)
La patiente est accompagnée à pied en salle de césarienne	11	(27,5)	0	(0)	29	(72,5)
Sondage par l'IDE du bloc opératoire après rachianesthésie	28	(70)	1	(2,5)	11	(27,5)

La douche à la Bétadine® avant l'intervention était conforme pour 80 % des patientes.

Pour les patientes hospitalisées trois heures avant l'intervention, la réalisation de la douche et de la dépilation à domicile n'a pas été retrouvée pour 57 % d'entre-elles. Pour 29 % des dossiers, ce critère était non conforme car les patientes n'avaient pas de Bétadine® à domicile.

Le critère concernant la chemise d'opérée était conforme à 55 %.

Trente pour cent des patientes étaient accompagnées en salle d'accouchement par un membre du personnel. Cette information n'a pas été retrouvée pour 70 % des dossiers.

Le critère concernant les sur chaussures et la charlotte n'a pas été retrouvé pour 57,5 % des dossiers.

Onze patientes (27,5 %) ont été accompagnées à pied en salle de césarienne. Nous n'avons pas retrouvé cette information dans 72,5 % des dossiers.

Le sondage a été réalisé de façon conforme pour 70 %. Un dossier était jugé non conforme car le sondage a été réalisé par une Sage-Femme, l'Infirmier(e) n'étant pas disponible. Enfin, le sondage vésical a été jugé non tracé pour 27,5 % des dossiers car soit la partie « sondage » n'apparaissait pas sur la feuille « compte rendu bloc », soit le nom de l'Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat (IDE) n'apparaissait pas.

2) Protocole anesthésique

Tableau V: Prescriptions pré et per opératoire (N=40)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conforme		Non-Conforme		Non tracé	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
A jeun solide 6H avant l'intervention	26	(65)	0	(0)	14	(35)
A jeun liquide clair 2H avant l'intervention	25	(62,5)	0	(0)	15	(37,5)
Pré médication 800mg de Tagamet	29	(72,5)	0	(0)	11	(27,5)
Rachianesthésie : Bupivacaïne + Sufentanil® (n=40)	31	(77,5)	9	(22,5)	0	(0)
Péridurale : + Sufentanil®	NE*	NE	NE	NE	NE	NE
Pas de morphine intra técal (n=0)						
Perfusion : NACL ou Ringer lactate 500ml + Ephédrine 2 ampoule	33	(82,5)	6	(15)	1	(2,5)
Néosynéphrine® 1 ampoule si nécessaire	23	(57,5)	0	(0)	17	(42,5)
Pabal 1 ampoule	36	(90)	0	(0)	4	(10)
Infiltration pariétale en fin d'intervention par chirocaine 0.125 40ml + 1 ampoule de catapressan	33	(82,5)	3	(7,5)	4	(10)
Prévention des NVPO* : droleptan 1.25mg et dexaméthazone 8mg en fin d'intervention	22	(55)	0	(0)	18	(45)

*NE : non évaluable, NVPO= nausées vomissements post-opératoires

Vingt-six patientes (65%) étaient à jeun pour les solides de façon conforme. Pour 35 % des dossiers, cette information n'a pas été retrouvée.

Vingt-cinq patientes (62,5 %) étaient à jeun pour les liquides de façon conforme. Pour 37,5 % des dossiers, cette information n'a pas été retrouvée.

La prémédication par Tagamet® a été réalisée de façon conforme pour 72,5 % des patientes. Dans 27,5 % des dossiers, cette information n'a pas été retrouvée.

Le protocole de rachianesthésie a été réalisé de façon conforme pour 77,5 % des patientes. Pour 22,5 % d'entre elles, le protocole de rachianesthésie était réalisé de façon non conforme. En effet, d'autres produits que la bupivacaïne et le sufentanil ont été utilisés.

Aucun dossier n'était concerné par l'anesthésie péridurale.

La perfusion était conforme dans 82,5 % des dossiers. Pour six dossiers, la perfusion était jugée non conforme. En effet, pour trois dossiers l'utilisation d'éphédrine n'a pas été réalisée et pour trois autres dossiers du Voluven® et du Bionolyte® ont été utilisés en plus du Nacl ou Ringer Lactate®.

La Néosynéphrine® a été utilisée chez 23 patientes.

L'utilisation de Pabal® a été réalisée de façon conforme pour 90 % des patientes.

L'infiltration pariétale a été réalisée de façon conforme pour 82,5 % des dossiers. Pour trois dossiers, nous avons jugé ce critère non conforme car l'infiltration a été réalisée avec de la Naropeine® (ropivacaïne) et non pas avec de la Chirocaïne® (lévobupivacaïne).

Enfin, la prévention des nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) était réalisée de façon conforme pour 55 % des patientes. Pour 45% des dossiers, cette information n'a pas été retrouvée.

3) Protocole post-opératoire

Tableau VI : Prescriptions et surveillance post-opératoire (N=40)

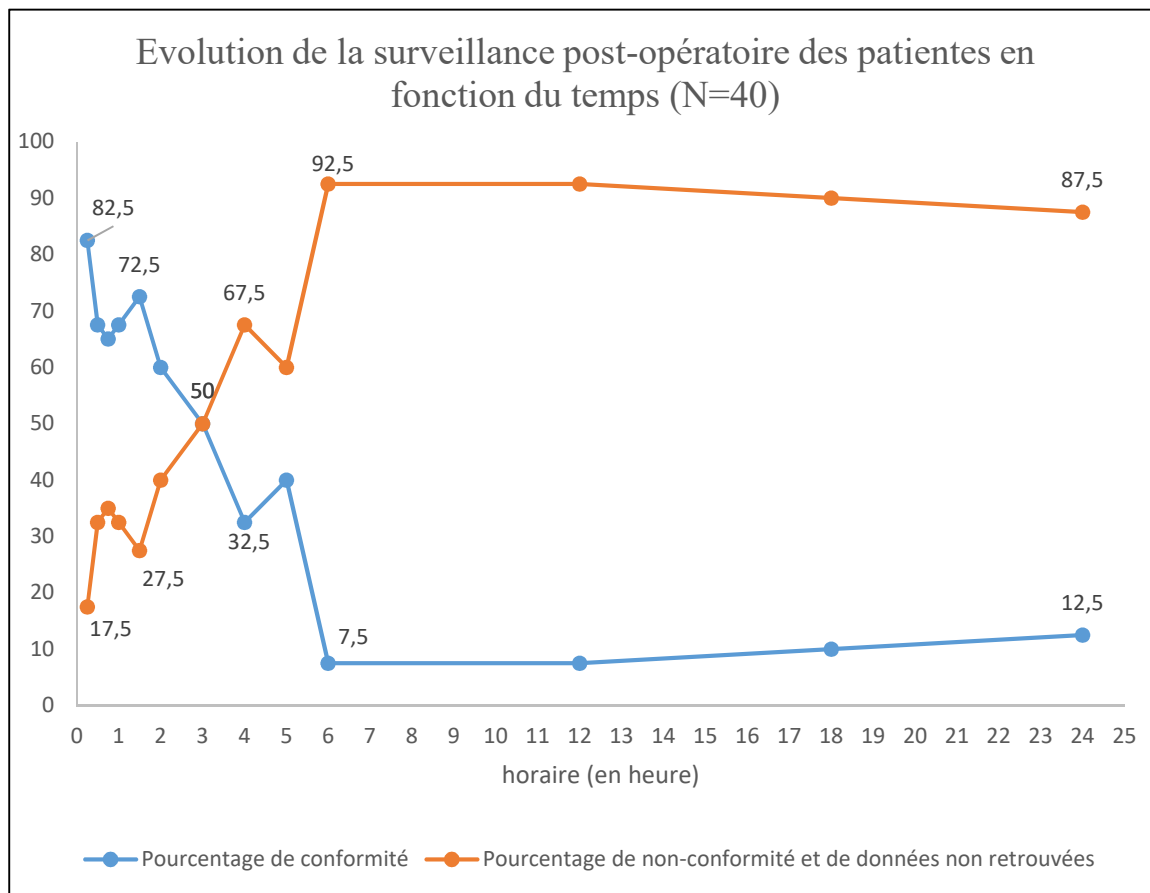
	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conforme n	(%)	Non-Conforme n	(%)	Non tracé n	(%)
Prescription du protocole « RAAC » après l'intervention par l'obstétricien	10	(25)	2	(5)	28	(70)
Surveillance du post- partum immédiat en salle d'accouchement (si possible) (n=31)						

Le protocole RAAC post-opératoire a été prescrit de façon conforme pour 25% des dossiers.

Pour deux dossiers la prescription RAAC était non conforme car elle avait été réalisée par une Sage-Femme.

La surveillance post-partum a été réalisée en salle d'accouchement pour 31 patientes. La surveillance des neuf autres patientes a été réalisée en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI).

Figure 1 : Surveillance horaire post-opératoire des patientes (N=40)



En ce qui concernait la surveillance post-opératoire :

A 15, 30, 45 et 60 minutes, la surveillance était conforme pour 82,5 %, 67,5 %, 65 % et 67,5 % des dossiers respectivement.

Pour la surveillance à 15, 45 et 60 minutes, deux dossiers étaient non conformes car soit les pertes sanguines, soit le pouls n'apparaissaient pas. Pour la surveillance à 30 minutes, trois dossiers étaient non conformes pour les mêmes raisons.

A 1 heure et 30 minutes et H2, la surveillance était conforme pour 72,5 % et 60 % des dossiers respectivement. Quatre et huit dossiers, étaient non conformes car soit le pouls, soit les pertes n'apparaissaient pas ou alors, la surveillance avait été réalisée tardivement.

La surveillance était conforme pour 50 % des dossiers à H3.

A H4 et H5, la surveillance était non conforme pour 35% et 25% des dossiers respectivement, car soit les constantes n'apparaissaient pas soit, la surveillance avait été réalisée tardivement.

A H6, H12, H18 et H24, la surveillance n'avait pas été retrouvée pour 52,5 %, 85 %, 72,5 % et 77,5 % des dossiers. La surveillance était non conforme respectivement pour 16, 3, 7 et 4 dossiers car soit les constantes, soit le globe utérin, soit les pertes sanguines n'apparaissaient pas dans la surveillance ou bien, la surveillance avait été réalisée tardivement.

Tableau VII : Sondage urinaire et voie veineuse périphérique (N=40)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conforme		Non-Conforme		Non tracé	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Obturation de la voie veineuse périphérique à H2	14	(35)	26	(65)	0	(0)
<i>Ablation de la sonde urinaire</i>						
Si retour avant 16h						
Ablation sonde urinaire avant retour dans le service (n= 31)	26	(84)	5	(16)	0	(0)
Si retour après 16h						
Ablation à 6h le lendemain (n=9)	1	(11)	7	(78)	1	(11)
<i>Surveillance reprise mictionnelle</i>						
4h après l'ablation de la sonde à demeure : (n=12) *						
Stimuler la patiente pour les boissons (1 verre/h) (n=12)	4	(33)	2	(17)	6	(50)
Surveillance du globe vésical (n=12)	2	(17)	0	(0)	10	(83)
6h après l'ablation de la sonde à demeure : Si pas de miction spontanée ou résidus post-mictionnels > 100ml au bladder-scan (n=4)						
Appel de l'obstétricien	1	(25)	3	(75)	0	(0)
Sondage évacuateur	1	(25)	NE	NE	NE	NE
Surveillance de la miction suivante 4h après	2	(50)	0	(0)	2	(50)
Sondage à demeure	NE	NE	NE	NE	NE	NE

*27 patientes ont repris une diurèse spontanée avant les 4 heures suivant l'ablation de la sonde à demeure. Les données étaient manquantes pour la reprise mictionnelle chez n=1 patiente.

L'obturation de la voie veineuse périphérique était non conforme pour 65 % des patientes : dans 17 dossiers, elle avait eu lieu trop tard (entre la troisième et la quatrième heure post-opératoire) et dans 9 dossiers, elle avait eu lieu trop tôt (entre 45 minutes et 1 heure et 30 minutes).

En ce qui concernait l'ablation de la sonde à demeure (SAD) : pour les patientes revenant dans le service de suites de couche avant 16 heures, l'ablation était conforme à 84 %. Pour 16 %, ce critère était non conforme car l'ablation de la SAD avait eu lieu après le passage en suites de couche. Pour les patientes revenant dans le service de suites de couche après 16 heures, l'ablation de la SAD était conforme à 11 %. Pour sept dossiers sur les neuf concernés, la sonde a été retirée soit dans la journée, soit dans la nuit, soit après six heures du matin.

La stimulation de la patiente pour les boissons n'a pas été retrouvée pour 50 % des dossiers. La surveillance du globe vésical n'a pas été retrouvée pour 83 % des dossiers.

Pour les quatre patientes qui n'avaient pas repris de miction spontanée six heures après l'ablation de la sonde urinaire :

L'Obstétricien a été appelé de façon conforme pour une patiente (25 %), tandis que pour trois patientes (75 %), il n'a pas été appelé.

Le sondage évacuateur a été réalisé de façon conforme pour une patiente (25 %). Pour trois patientes nous l'avons considéré comme non évaluable. En effet, ce soin n'avait pas été réalisé car les patientes avaient repris une miction spontanée au bout de sept, huit et neuf heures après l'ablation de la SAD.

La surveillance mictionnelle quatre heures après la vidange vésicale a été réalisée de façon conforme pour deux patientes (50 %) et pour les deux autres, cette surveillance n'a pas été retrouvée. Le sondage à demeure était non évaluable car les quatre patientes avaient repris une diurèse spontanée.

Tableau VIII: Alimentation et prise en charge de la douleur (N=40)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conforme n	(%)	Non-Conforme n	(%)	Non tracé n	(%)
Boisson à H2	11	(27,5)	8	(20)	21	(52,5)
Antalgique per os en systématique	34	(85)	6	(15)	0	(0)
<i>Repas léger à H4 et normal dès le repas suivant</i>						
Césarienne jusqu'à 12h (n=13)						
Alimentation à H4	4	(31)	4	(31)	5	(38)
Yaourt compote vers 16h	1	(8)	5	(38)	7	(54)
repas léger le soir	2	(15)	0	(0)	11	(85)
Césarienne après 12h (n=27)						
Alimentation à H4	8	(29,6)	4	(14,8)	15	(55,6)
Bouillon yaourt compote le soir = BYC	9	(33,3)	2	(7,4)	16	(59,3)
Petit déjeuner et repas du lendemain normaux	4	(15)	0	(0)	23	(85)

Le critère concernant les boissons était conforme pour 27,5 % des dossiers. Pour 52,5 % des dossiers, ce critère n'a pas été retrouvé. L'apport de boisson était non conforme pour 20% des dossiers. Effectivement, pour cinq dossiers, l'apport de boisson a été réalisé entre la troisième et la quatrième heure post-opératoire. Pour trois dossiers, l'apport de boisson a été réalisé à la première heure post-opératoire.

L'administration du traitement antalgique per os était conforme pour 85 % des dossiers. Pour 15 % des dossiers, ce critère était non conforme. En effet, pour six patientes, un traitement antalgique intraveineux (IV) a été administré dans les 24 heures suivant l'intervention.

Pour les césariennes ayant eu lieu jusqu'à 12 heures, le critère concernant l'alimentation était conforme pour 31 % des patientes. Pour 31 % des dossiers, ce critère était non conforme car le repas avait été donné cinq heures après l'intervention.

En ce qui concernait la collation de 16 heures, ce critère était non retrouvé pour 54 % des dossiers et non conforme pour 38% des dossiers : Pour trois dossiers, la collation a été donnée à 17 heures. Pour deux dossiers, la collation était composée d'un bouillon, un yaourt et une compote (BYC).

En ce qui concerne le repas du soir, ce critère n'a pas été retrouvé pour 85% des dossiers.

Pour les césariennes ayant eu lieu après 12 heures, le critère concernant l'alimentation était conforme à 30%. Pour 15% des dossiers ce critère était non conforme, le repas ayant été servi tardivement (cinq heures après l'opération) ou précocément (trois heures après l'opération).

En ce qui concerne la collation du soir, ce critère n'a pas été retrouvé pour 16 dossiers et non conforme pour 2 dossiers. Effectivement, pour un dossier, le repas a été apporté par la famille, pour un autre dossier, un repas léger a été servi à la place d'un repas de type BYC.

En ce qui concerne les repas suivants, le critère n'a pas été retrouvé à 85 %.

Tableau IX: Mobilisation post-opératoire (N=40)

	Données retrouvées				Données non retrouvées	
	Conforme		Non-Conforme		Non tracé	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Lever précoce</i>						
Si retour de bloc avant 16h lever dans les 6 premières heures (n=32)	26	(81)	5	(16)	1	(3)
A partir de J1, la patiente prend tous ses repas au fauteuil	2	(5)	0	(0)	38	(95)
La patiente fait des allers-retours dans les couloirs plusieurs fois par jour	2	(5)	0	(0)	38	(95)

Le critère concernant le lever était conforme dans 81 % des dossiers. Aucune donnée n'a été retrouvée pour un dossier. Ce critère était non conforme pour 16 % des dossiers, le lever ayant eu lieu entre la septième heure et la dixième heure.

Pour 95 % des dossiers, les critères concernant la prise des repas au fauteuil et les allers et retours dans le couloir n'ont pas été retrouvés.

4) Complications durant le séjour en maternité

Tableau X: Complication lors du séjour en suites de couche (N=40)

Troubles digestifs	n, (%)	7	(17,5)
• Diarrhées		5	(12,5)
• Constipation		2	(5)
• Nausées/vomissements		0	(0)
Rétention aiguë d'urine	n, (%)	4	(10)
Réhospitalisation	n, (%)	2	(5)
• Hématome de paroi		1	(2,5)
• Abscess de paroi		1	(2,5)
Désunion de cicatrice	n, (%)	2	(5)
HPP	n, (%)	1	(2,5)

*HPP= hémorragie du post-partum

Sept patientes étaient concernées par des troubles digestifs : cinq patientes décrivaient des diarrhées et deux patientes rapportaient une constipation. Les nausées et vomissements post-opératoires ne concernaient aucune patiente.

La rétention aiguë d'urine avait concerné quatre patientes (10 %). Parmi elles, une seule patiente avait nécessité un sondage évacuateur, les autres avaient repris une diurèse spontanée.

Deux patientes ont été réhospitalisées : une patiente pour un hématome de paroi et une patiente pour un abcès de paroi.

L'hémorragie du post-partum (HPP) concernait une patiente.

DISCUSSION

1) Limites de l'étude

a) Biais de sélection :

Une de nos difficultés était de retrouver la mention RAAC dans les dossiers. Cette mention était retrouvée en commentaire dans la partie « intervention » pour 16 dossiers. Pour les 24 autres dossiers la mention était notée soit sur la consultation d'anesthésie, soit dans les observations faites par l'Anesthésiste, ou bien, par la Sage-Femme lors de l'admission de la patiente.

Les Sages-Femmes rencontraient également cette difficulté, ce qui avait eu un impact sur la conformité du protocole. Dans notre étude, elle avait eu un impact sur la conformité de l'information faite à la patiente lors de son admission.

b) Biais d'information :

Biais de traçabilité

L'utilisation du dossier médical informatisé constituait un biais de traçabilité. En effet, des données relevées oralement mais non retranscrites dans le dossier ont certainement conduit à une perte d'information. Dans notre étude, 42 critères sur 62 avaient un pourcentage de données non retrouvées supérieur ou égal à 20 %. Une étude portant sur la conformité de la réhabilitation précoce après césarienne aux Hôpitaux Drôme Nord sur la période de 1^{er} Juin 2016 au 30 Mai 2017, avait mis en évidence un pourcentage de données non retrouvées similaire [11].

A la maternité de la Clinique des Cèdres, lorsque le protocole RAAC post-opératoire n'était pas prescrit par l'Obstétricien, les Sages-Femmes ne pouvaient pas tracer certains soins aux emplacements prévus. Les informations devaient ainsi être retrouvées à plusieurs endroits différents en fonction des dossiers.

La traçabilité et la tenue du dossier médical sont des enjeux de confiance, de qualité des soins et de responsabilité entre les professionnels et les patients. Elle doit donc être améliorée afin de répondre aux exigences de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [12].

Biais d'appréciation

Notre recueil de données n'ayant pas été contrôlé, ceci induit un biais concernant l'appréciation de la conformité ou de la non-conformité des critères.

2) Analyse des résultats et comparaison à la littérature

a) L'utilisation du protocole RAAC à la Clinique des Cèdres

La Clinique des Cèdres utilise ce programme de réhabilitation améliorée après chirurgie chez des patientes ayant une césarienne au cours du travail. Dans ce cas de figure, les parties peropératoires et post-opératoires sont appliquées. Le protocole du service est régulièrement mis à jour et amélioré.

Du 1^{er} Décembre 2017 au 31 Mai 2018, sur 51 césariennes programmées, 40 ont bénéficié d'une réhabilitation améliorée. Ce qui représente un taux d'environ 78 % des césariennes programmées sur notre période d'étude. Nous avons contacté l'association GRACE qui participe à des audits de pratique clinique en fournissant des outils informatiques aux professionnels de santé. Nous souhaitons comparer ce taux de RAAC à d'autres maternités Françaises de type I. Les taux n'ont pas pu nous être fournis car il s'agit d'une base de données déclarative et l'exhaustivité de ces données n'était pas garantie. Il aurait fallu dans ce cas interroger directement les Programmes de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des maternités.

b) Les grands principes de la RAAC

L'obturation de la voie veineuse périphérique (VVP) à H2 était non-conforme à 65%. Pour 17 dossiers, l'obturation de la voie veineuse était réalisée de façon tardive. Les raisons d'une obturation tardive de la VVP peuvent être : une activité importante en salle d'accouchement ou en suites de couche, une patiente dont l'état physique est instable (au niveau hémodynamique, respiratoire, cardiaque), ou un traitement par voie intraveineuse en cours d'administration (antalgiques, oxytocine).

Pour la reprise des boissons à H2, notre étude avait mis en évidence 53 % de données non retrouvées. Nous pouvons en déduire qu'il s'agit d'oublis ou que l'état de la patiente ne permettait pas de réaliser la réintroduction précoce des boissons ou alors, que cet acte a été réalisé mais qu'il n'a pas été tracé. Différentes études se sont intéressées à la reprise précoce des boissons dans l'heure suivant la césarienne [5,13]. Cette pratique permettrait l'amélioration du confort et l'augmentation de la satisfaction des patientes, à jeun pendant plusieurs heures, en diminuant les sensations de faim et de soif, sans mettre en évidence l'apparition d'effets indésirables. Tous ces éléments nous permettent de conclure que la reprise précoce des boissons doit être encouragée et la traçabilité améliorée.

Sur le plan de la réalimentation à H4, notre étude retrouvait environ 30 % de conformité pour les césariennes réalisées avant et après 12 heures. Par contre cette donnée n'était pas retrouvée pour 56 % des césariennes ayant eu lieu après 12 heures. Des études comparant la réalimentation précoce, c'est-à-dire dans la sixième heure post-opératoire, à la réalimentation classique, c'est-à-dire alimentation solide à la reprise des gaz ou du transit, ont été menées.

Elles avaient montré que l'alimentation précoce était bien tolérée par les patientes et qu'elle favoriserait une diminution du délai d'apparition des bruits hydroaériques et de la durée

d'hospitalisation [14]. De plus, les risques de survenue d'un iléus paralytique et les effets indésirables gastro-intestinaux n'étaient pas augmentés [6,15].

Les nausées et vomissements post-opératoires peuvent être des freins à la réalimentation précoce mais ils n'étaient pas décrits par les patientes. Il nous semble donc important de favoriser la reprise d'une alimentation précoce et d'insister, une fois de plus, sur la traçabilité dans le dossier médical.

Le retrait de la sonde à demeure était conforme à 84 % pour les patientes dont le retour de bloc était réalisé avant 16 heures. En revanche, pour les patientes dont le retour de bloc était réalisé après 16 heures, nous retrouvons un taux de conformité de seulement 11 %.

Ce faible taux de conformité peut être lié à deux principales raisons.

Premièrement, le protocole du service manque de précision et peut être à l'origine de confusions lors de la prise en charge des patientes opérées l'après-midi. En effet, les patientes opérées le matin et celles opérées l'après-midi ont des parcours de soins différents mais il n'existe qu'un seul protocole. L'idéal serait de réaliser un protocole spécifique aux RAAC du matin et un protocole spécifique aux RAAC de l'après-midi.

Deuxièmement, l'ablation de la SAD pour les patientes dont le retour de bloc survient après 16 heures doit être réalisée par la Sage-Femme de la nuit. La journée, l'équipe est constituée d'une Sage-Femme, d'une Puéricultrice et de deux Auxiliaires de Puériculture. En revanche, la nuit l'équipe est en effectif restreint : une Sage-Femme et une Auxiliaire de puériculture. La charge de travail est donc plus importante et peut expliquer l'ablation tardive de la SAD.

En ce qui concerne la mobilisation, le protocole était bien appliqué pour le lever précoce avec un taux de conformité à 81%. Cependant, ce pourcentage prend en compte les 32 patientes dont

le retour de bloc était fait avant 16 heures. En effet, le protocole du service ne prenait pas en compte le cas où la patiente revenait dans le service après 16 heures. Comme précédemment, ce problème peut être résolu par la création d'un protocole spécifique aux RAAC faites l'après-midi.

c) L'analgésie per et post-opératoire

Pour 23 % des dossiers, l'application du protocole de rachianesthésie était non conforme car d'autres produits que la bupivacaïne et le sufentanil avaient été utilisés pour la rachianesthésie. Ce taux de non-conformité peut-être dû à une méconnaissance du protocole d'anesthésie par les Anesthésistes titulaires.

Une conférence de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation portant sur la prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant, a classé l'intensité et la durée de la douleur post-opératoire en fonction du type de chirurgie [16]. La douleur post-césarienne est décrite comme une douleur forte durant les 48 premières heures qui suivent l'intervention.

Cette douleur est le résultat d'une double composante [17–19] : une composante somatique liée à la lésion des structures nerveuses (technique chirurgicale, longueur de l'incision, compression du tissu nerveux lors de la fermeture ou de la cicatrisation) ainsi qu'à l'inflammation tissulaire qui en résulte (libération de neuromédiateurs). L'autre, est une composante viscérale liée aux contractions utérines (tranchées).

Dans le protocole RAAC du service, aucune mention n'est faite concernant l'évaluation de la douleur en post-opératoire. Or, ceci est indispensable afin de réaliser une analgésie efficace.

La douleur a un impact sur la relation mère-enfant (mobilisation tardive, limitation des aptitudes maternelles aux soins du nouveau-né, mise en place de l'allaitement maternel retardée) [19].

Enfin, la douleur aiguë du post-partum est un facteur de risque indépendant de douleurs chroniques et de dépression du post-partum [17,20].

Dans une étude de cohorte prospective, *Eisenach et al* ont mis en évidence que les femmes présentant des douleurs aiguës sévères (échelle visuelle analogique (EVA) entre 7 et 10 sur 10) avaient 2,5 fois plus de risque de présenter une dépression du post-partum par comparaison aux femmes présentant des douleurs aiguës modérées (EVA entre 4 et 6 sur 10) [21].

Dans notre étude, l'administration du traitement antalgique per os était conforme à 85 %.

Pour six patientes, un traitement antalgique intraveineux a été administré dans les 24 heures suivant l'intervention. Pour deux patientes, l'EVA était cotée à 7 sur 10 ce qui avait nécessité l'administration d'Acupan® IV. Du paracétamol IV a été administré pour une patiente dont l'EVA était cotée à 2 sur 10. Enfin, pour trois patientes, l'EVA n'a pas été cotée et de l'Acupan® IV leur a été administré.

Une étude réalisée à Montpellier comparait l'analgésie intraveineuse versus l'analgésie orale contrôlée par la patiente après une césarienne programmée. Cette étude a mis en évidence que le traitement oral était tout aussi efficace que le traitement intraveineux dans le cadre de la gestion de la douleur [22].

Les autres avantages à utiliser des traitements antalgiques par voie orale sont : la facilité de stockage, la réduction du risque infectieux, un coût financier et environnemental moins important concernant l'achat et le traitement des déchets.

Il serait donc important d'ajouter au protocole du service l'évaluation obligatoire de la douleur qui pourra être réalisée à l'aide d'outils comme une réglette d'autoévaluation de la douleur et d'autre part, de privilégier le traitement par voie orale pour des scores de douleur inférieurs à trois sur dix.

d) La surveillance post-opératoire

A la Clinique des Cèdres, la surveillance des deux premières heures post-opératoires est le plus souvent effectuée en salle d'accouchement.

La surveillance est parfois réalisée en SSPI lorsque l'activité en salle d'accouchement est trop importante ou que l'état de santé de la patiente nécessite une surveillance plus attentive.

Au bout de ces deux heures et lorsque l'état de santé de la patiente permet le retour en chambre, cette surveillance est poursuivie par une Sage-Femme du service de suites de couche jusqu'à la fin de l'hospitalisation.

Surveillance post-opératoire jusqu'à H2

Dans notre étude, 9 patientes étaient surveillées par des Infirmiers dans le service de SSPI et 31 patientes étaient surveillées par les Sages-Femmes de salle d'accouchement.

Globalement, les patientes étaient bien surveillées pendant les deux premières heures post-opératoires. Par contre en SSPI, la surveillance du globe utérin et des pertes sanguines n'a pas été tracée pour deux patientes.

La surveillance du globe utérin et des pertes sanguines ne relève pas des compétences des Infirmiers (Décret n°2004-802). Ils doivent donc faire appel aux Sages-Femmes.

L'absence de ces deux paramètres pourrait s'expliquer par le fait que les Sages-Femmes ont bien été appelées mais que l'activité en salle d'accouchement ne leur permettait pas de venir en SSPI, ou alors, que la surveillance a été réalisée mais non tracée, ou bien, que les Sages-femmes n'ont pas été appelées.

La rétraction utérine doit être vérifiée au minimum toutes les 30 minutes durant les deux heures de surveillance post-partum (accord professionnel). De plus, la précocité du diagnostic d'HPP dépend de la qualité de la surveillance post-opératoire [23]. La solution pourrait être, dans ces cas-là, de faire appel à la Sage-Femme de suites de couche ou à l'Obstétricien.

En ce qui concerne le passage dans le service de suites de couche, 5 patientes surveillées en SSPI étaient de retour dans leur chambre avant H2 : 4 patientes au bout de 1 heure et 30 minutes et 1 patiente au bout de 45 minutes.

La surveillance maternelle en SSPI ou en salle d'accouchement est recommandée pendant une durée minimale de deux heures [23]. De plus, la salle d'accouchement et le service de SSPI sont des locaux équipés de tous les dispositifs médicaux nécessaires à la réanimation de la mère.

Il serait donc important de réunir l'équipe de SSPI afin de rappeler l'utilité de la surveillance des patientes dans des locaux équipés durant les deux premières heures post-opératoires.

Surveillance post-opératoire en suites de couche

De H3 à H24, les patientes étaient surveillées en suites de couche par une Sage-Femme.

Dans notre étude, nous avons observé que le taux de conformité diminuait fortement au cours du temps. Ce taux de conformité passait de 50 % à H3 à 12,5 % à H24.

Les raisons de cette chute du taux de conformité peuvent être :

- Une surveillance réalisée mais pas au bon moment par oubli, manque de temps ou souhait de ne pas déranger la patiente pendant son sommeil ;
- Une surveillance réalisée à la bonne heure mais non notée ou tracée tardivement dans le dossier informatisé ;
- Une surveillance non réalisée.

Les horaires de surveillance ayant les taux de conformité les plus bas correspondaient aux surveillances faites la nuit et le lendemain de l'intervention. Il est probable que des facteurs tels que le changement d'équipe, la multiplication des intervenants, l'équipe restreinte la nuit ou un manque de précision dans les transmissions peuvent, en partie, expliquer cette constatation.

L'hémorragie du post-partum se définit par la perte de 500 ml de sang ou plus, dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. L'incidence de cette complication est de 5 à 10 % des accouchements en France. La mortalité maternelle par hémorragie obstétricale a diminué en France (actuellement 1,6 décès/ 100 000 naissances vivantes), mais elle demeure la première cause de décès maternel (16 %) et la plus évitable (80 %) [24].

Il est donc indispensable de continuer à effectuer une surveillance complète et régulière des patientes durant les 24 heures qui suivent la césarienne afin de diagnostiquer précocément une hémorragie du post-partum.

e) Les complications retrouvées en maternité

Parmi les 40 patientes incluses dans l'étude, 16 ont développé des complications.

Quatre patientes étaient concernées par des complications du site opératoire.

Les facteurs de risque reconnus de l'abcès de paroi sont: l'obésité (OR : 2,0 ; IC95% 1,6-2,5), l'antécédent de césarienne (OR : 1,8 ; IC95% 1,6-2,0), l'hypertension artérielle (OR : 1,4 ; IC95% 1,2-1,6), la rupture prématurée des membranes (OR : 1,3 ; IC95% 1,1-1,6), le diabète gestationnel (OR : 1,2 ; IC95% 1,1-1,4) et les fausses couches à répétition (OR : 1,2 ; IC95% 1,1-1,5) [25] . Nous n'avons pas retrouvé d'études mettant en lien la RAAC et la survenue d'abcès de paroi.

En ce qui concerne l'hématome de paroi et la désunion de cicatrice, nous pouvons nous demander si la réhabilitation améliorée pourrait être à l'origine d'une augmentation de la survenue de ces complications du fait d'une mobilisation précoce et plus importante des patientes.

Une étude comparative portant sur les bénéfices et les risques de la réhabilitation améliorée post-césarienne retrouvait des complications du site opératoire similaires à notre étude : l'hématome de paroi, l'abcès de paroi et la déhiscence cutanée de la cicatrice mais dont la survenue n'était pas significativement plus augmentée entre le groupe RAAC et le groupe témoin. Cette conclusion peut toutefois être due à un manque de puissance de l'étude [26].

Pour les sept patientes concernées par des troubles digestifs, les données de la littérature ont montré que la réhabilitation améliorée n'augmentait pas les effets indésirables gastro-intestinaux [6,14,15].

Il existe de nombreuses définitions de la rétention aiguë d'urine dans le contexte du post-partum. Dans notre étude, nous avons considéré qu'il y avait une rétention aiguë d'urine (RAU) lorsqu'aucune miction spontanée n'avait eu lieu dans les six heures après l'ablation de la sonde à demeure [27].

Quatre patientes (10 %) avaient développé une (RAU). Les données de la littérature ne sont pas toutes en accord en ce qui concerne le lien entre la RAAC et la rétention aiguë d'urine.

En effet, l'étude de *Rousseau et al* comparant un groupe de patientes « réhabilitation améliorée » versus « réhabilitation classique » avait retrouvé un taux de RAU significativement plus important chez les patientes du groupe « réhabilitation améliorée » (11 vs 2, $p=0.01$) [26].

A l'inverse, d'autres études ont montré que le risque de RAU était faible. Cette complication concernait 4% des patientes dans les études de *Li. L* et de *J. Ghoreishi* [28,29] et 2.8% des patientes dans l'étude de *Cattin et al* [30].

Le risque de rétention aiguë d'urine serait dépendant de la dose d'anesthésique local utilisée lors de la rachianesthésie, du remplissage vasculaire pendant l'intervention, de la nature et de

la dose du morphinique administré par voie péri médullaire, des doses de morphiniques utilisées lors de l'analgésie post-opératoire et de l'immobilisation prolongée [31].

La RAU empêche la bonne involution utérine et est à l'origine de douleurs et de nombreuses autres complications dont la prise en charge nécessite des connaissances spécifiques en urologie [32].

La stase vésicale liée à la RAU, augmente la pression intra vésicale pouvant conduire à une dilatation des uretères, à une diminution du débit de filtration glomérulaire et à une augmentation de la créatininémie : c'est l'insuffisance rénale aiguë obstructive. Du fait de l'augmentation de la pression des cavités rénales, les reins vont surcompenser afin de maintenir une diurèse. Cette surcompensation peut persister après la vidange vésicale et entraîner une polyurie avec risque de déshydratation (Syndrome de levée d'obstacle). La conduite à tenir après la vidange vésicale est donc de surveiller la diurèse toutes les heures et d'effectuer une réhydratation parentérale en adaptant les entrées aux sorties.

La troisième complication de la RAU est l'hématurie *a vacuo*. Il s'agit d'une hématurie macroscopique survenant en cas de vidange vésicale trop rapide. Il est donc conseillé de réaliser une vidange vésicale progressive et de clamber la sonde quelques minutes tous les 500 mL.

Enfin, la distension vésicale peut aboutir à un claquage musculaire du détrusor³, la vessie perd alors ses capacités contractiles : c'est le « claquage » de vessie ou vessie claquée.

Compte tenu du taux important de RAU dans notre étude, il semblerait nécessaire de rappeler l'importance de l'uniformisation des pratiques au niveau de l'anesthésie per opératoire, de

³ Muscle lisse tapissant le dôme vésical composé de trois feuillets : la musculature plexiforme, la musculature circulaire et la musculature longitudinale

limiter le remplissage vasculaire quand la situation le permet et de respecter le protocole en cas d'absence de miction spontanée plus de six heures après l'ablation de la SAD.

3) Propositions d'amélioration

Dans un premier temps, nous suggérons de faire une réunion de sensibilisation avec l'équipe obstétricale et l'équipe du bloc opératoire pour présenter les résultats de notre étude et les points dont il faudrait améliorer la conformité et la traçabilité. Cette réunion servira également à rappeler les rôles de chacun et à insister sur la communication entre l'équipe du bloc opératoire et l'équipe obstétricale.

Dans un deuxième temps, nous proposons la création de deux protocoles distincts : un protocole spécifique aux RAAC du matin et un protocole spécifique aux RAAC de l'après-midi. Ceci permettrait d'éviter les confusions et d'augmenter la conformité de l'application du protocole.

Pour terminer, la simplification de certains critères du protocole tels que la tenue vestimentaire, l'heure de prise des repas et la composition de ceux-ci pourrait alléger le travail de l'équipe.

a) Suggestions d'amélioration du dépistage des complications post-opératoire

Surveillance horaire post-opératoire

Concernant la non-conformité pour les surveillances horaires en post-partum, nous avons proposé de modifier le logiciel en mettant en place une obligation de remplir des items indispensables afin de valider l'enregistrement de la surveillance. Il semblerait que cette proposition soit compliquée à mettre en place car elle pourrait contraindre l'équipe à remplir des items obligatoires lors d'une simple surveillance de la tension par exemple. En raison des résultats de notre étude, il serait bénéfique de faire une réunion d'information

avec l'équipe de SSPI et l'équipe obstétricale afin de rappeler l'importance de la surveillance en post-partum immédiat et du travail en équipe pluridisciplinaire.

Enfin, il nous semble important de rajouter à la surveillance post-opératoire une évaluation systématique de la douleur.

Surveillance de la reprise mictionnel

Par rapport à l'appel de l'Obstétricien en l'absence de miction spontanée six heures après l'ablation de la SAD, le taux de non-conformité était de 75%. La prise en charge des RAU nécessite des connaissances spécifiques en urologie. Le rôle de la Sage-femme est de dépister ces situations pathologiques et d'en référer au médecin.

b) Suggestions d'amélioration du protocole RAAC pour les césariennes de l'après midi

Prise en charge à l'admission

L'hospitalisation trois heures avant l'intervention pour les patientes opérées l'après-midi avait un taux de non-conformité de 57 %. Bien souvent, les Sages-Femmes manquaient de temps entre l'entrée de la patiente et l'intervention. C'est pour cela que nous souhaitons proposer soit d'avancer l'heure de l'hospitalisation, soit de ne réaliser des RAAC que le matin. Cette modification a déjà été réalisée peu de temps après la fin de notre recueil de données : les patientes opérées l'après-midi sont désormais hospitalisées à 8h le matin à condition d'avoir réalisé leur prélèvement vaginal la veille au laboratoire.

La réalisation de la douche et de la dépilation à domicile avait un taux de non-conformité de 29%. Il s'agissait de patientes n'ayant pas de Bétadine® à domicile. Depuis quelques mois, les patientes peuvent prendre leur douche au savon doux et non plus obligatoirement à la Bétadine® et des fiches explicatives sont présentes dans les douches de chaque chambre.

Sonde à demeure

En ce qui concerne l'ablation de la sonde à demeure pour les patientes de retour du bloc opératoire après 16 heures, il nous paraît intéressant de décaler l'heure de l'ablation entre 7 heures et 8 heures du matin.

Mobilisation

Il serait utile d'ajouter au protocole les modalités pour le premier lever des patientes revenant dans le service après 16 heures, car ce cas de figure n'était pas mentionné dans le protocole initial.

c) Suggestions d'amélioration de la traçabilité

Depuis le 20 Septembre 2018, les Obstétriciens peuvent choisir une « gamme opératoire ». Au moment de la création de l'intervention, ils peuvent désormais sélectionner pour leurs patientes un protocole de césarienne programmée classique ou de réhabilitation améliorée. Ceci permet de mettre plus clairement en évidence les femmes bénéficiant d'une réhabilitation améliorée mais aussi de prescrire de façon automatique le protocole RAAC post-opératoire.

En consultation

De nombreuses données concernant l'information de la patiente pendant le suivi de grossesse n'ont pas été retrouvées.

La fiche d'information expliquant les principes de la RAAC⁴ était remise à la patiente au cabinet de l'Obstétricien. Dans le cas où la patiente n'avait pas reçu cette fiche, elle lui était remise lors de son hospitalisation. Ainsi, les six fiches d'informations retrouvées dans les dossiers papier archivés pourraient correspondre à des cas où les patientes n'avaient pas reçu cette fiche pendant la grossesse et donc être non conformes au protocole. Les solutions pourraient être : de faire imprimer ces fiches d'informations par la Clinique afin de les fournir aux médecins, ou

⁴ Annexe III : Information sur la réhabilitation post-opératoire en cas de césarienne, Clinique des Cèdres.

alors, de les inclure dans le logiciel de prescription. Par la suite, ces fiches pourraient être signées et remises par les patientes aux Sages-Femmes lors de l'hospitalisation. Cela permettrait de confirmer que la patiente bénéficiera d'une césarienne avec réhabilitation améliorée et d'adapter l'information pré-opératoire.

Au bloc opératoire

La traçabilité concernant le mode de transfert de la patiente au bloc opératoire peut être améliorée. C'est une information importante pour l'équipe du bloc opératoire et notamment pour les brancardiers.

Une enquête de satisfaction quant à l'accompagnement des patients à pied au bloc opératoire⁵ a été réalisée à la Clinique des Cèdres. Elle visait les patients et le personnel soignant de plusieurs services de la Clinique. A l'heure actuelle, les résultats sont en cours d'analyse et permettront d'apporter certains ajustements.

Concernant la traçabilité de la pose de la sonde urinaire, il serait important que le nom du soignant qui a posé la SAD soit inscrit afin d'arriver à un taux de conformité de 100 %.

En post-opératoire

La traçabilité des allers et retours dans les couloirs et la prise des repas au fauteuil ne peut être améliorée que par l'interrogatoire des patientes. Les repas ne pouvant pas être servis par le personnel soignant, c'est l'information pré-opératoire de la patiente qui est essentiel à l'amélioration de ce critère.

⁵ Annexe IV : Enquête de satisfaction accompagnement du patient à pied au bloc opératoire, Clinique des Cèdres

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'application du protocole de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) chez les patientes ayant bénéficié d'une césarienne à la maternité de la clinique des Cèdres à Echirrolles.

Cette étude a permis de mettre en avant, un taux élevé d'utilisation de la RAAC au sein du service.

Notre étude a également permis de soulever deux problématiques essentielles :

-Un taux important de données non retrouvées lié à un manque de traçabilité. Ceci était probablement dû à l'existence d'un protocole RAAC unique au sein du service alors que les parcours de soins des patientes opérées le matin et celles opérées l'après-midi sont différents.

-Une diminution de la conformité de la surveillance post-opératoire au cours du temps pouvant s'expliquer par la multiplication des intervenants, l'équipe restreinte la nuit ou un manque de précision dans les transmissions.

Les Sages-Femmes ont un rôle majeur dans l'application de la réhabilitation améliorée après césarienne. Un questionnaire sur les freins et les leviers à l'utilisation de la réhabilitation améliorée après chirurgie en maternité permettrait de mettre en lumière leurs difficultés et d'imaginer d'autres solutions auxquelles nous n'avons pas pensé.

Après la modification du protocole, de la conclusion de l'enquête de satisfaction des patients accompagnés à pied au bloc opératoire et de la mise en place du système de choix de la « gamme opératoire », il serait très intéressant de refaire une nouvelle évaluation des pratiques. Ceci permettrait d'observer le pourcentage de patientes pour lesquelles la « gamme opératoire » est prescrite, les problèmes informatiques rencontrés et l'impact sur la traçabilité des soins en post-opératoire.

Pour finir, une enquête de satisfaction auprès des patientes ayant eu une RAAC permettrait de mettre en avant leur ressenti physique (douleur, faim, soif) et leur satisfaction vis-à-vis du lien mère-enfant.

Ces travaux permettraient l'apport d'arguments supplémentaires à l'utilisation de la réhabilitation améliorée ainsi que la poursuite de l'amélioration de la qualité des soins dans le contexte de certification des établissements de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] EPOPé. Enquête nationale périnatale 2016. «Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010». Octobre 2017. Consulté le 4 avril 2018. Disponible sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
- [2] Kehlet H. «Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation». *Br J Anaesth* 1997;78:606–17
- [3] Haute Autorité de Santé. «Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ». Octobre 2016. Consulté le 29 décembre 2018. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac
- [4] Laronche A, Popescu L, Benhamou D. «An enhanced recovery programme after caesarean delivery increases maternal satisfaction and improves maternal-neonatal bonding: A case control study». *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;210:212–6
- [5] 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 Anaesth J Can Anesth* 2002;49:814–9
- [6] Kramer RL, Van Someren JK, Qualls CR, Curet LB. «Postoperative management of cesarean patients: The effect of immediate feeding on the incidence of ileus». *Obstet Gynecol* 1996;88:29–32
- [7] Soriano D, Dulitzki M, Keidar N, Barkai G, Mashiach S, Seidman DS. «Early oral feeding after cesarean delivery». *Obstet Gynecol* 1996;87:1006–8
- [8] Proxicare. «La récupération améliorée après chirurgie, un nouveau modèle de prise en charge des patients» 2017

[9] Ameli. «Rapports Charges et produits pour l'année 2018». Consulté le 1 janvier 2019. Disponible sur <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php>

[10] Haute Autorité de Santé. «Organisation d'un programme de récupération». Octobre 2016. Consulté le 1 janvier 2019. Disponible sur https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_2664650/en/organisation-d-un-programme-de-recuperation

[11] Lagrange E. «Conformité de la réhabilitation précoce après césarienne : étude rétrospective sur dossiers aux hôpitaux Drôme Nord site de Romans». 2018

[12] Loi du 4 mars 2002. Octobre 2002. Consulté le 7 mars 2019. Disponible sur <https://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Loi-du-4-mars-2002>

[13] Bar G, Sheiner E, Lezerovitz A, Lazer T, Hallak M. «Early maternal feeding following caesarean delivery: a prospective randomised study». *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:68–71

[14] Mangesi L, Hofmeyr GJ. «Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section». *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD003516

[15] Soriano D, Dulitzki M, Keidar N, Barkai G, Mashlach S, Seidman DS. «Early oral feeding after cesarean delivery». *Obstet Gynecol* 1996;87:1006–8

[16] Chauvin M. «Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant». 1997. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

[17] Nardi N, Campillo-Gimenez B, Pong S, Branchu P, Ecoffey C, Wodey E. «Douleurs chroniques après césarienne : impact et facteurs de risque associés». *Ann Fr Anesth Réanimation* 2013;32:772–8

[18] Wallois M. «Prise en charge de la douleur après césarienne sous anesthésie locorégionale». *Prat En Anesth Réanimation* 2015;19:28–33.

- [19] Deniau B, Faitot V, Bouhadjari N, Filippova J, Keïta H. «Réhabilitation post-césarienne». 2014. SFAR Conférence d'Actualisation
- [20] Eisenach JC, Pan P, Smiley RM, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. «Resolution of pain after childbirth». *Anesthesiology* 2013;118:143–51
- [21] Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. «Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression». *Pain* 2008;140:87–94
- [22] Bonnal A, Dehon A, Nagot N, Macioce V, Nogue E, Morau E. «Patient-controlled oral analgesia versus nurse-controlled parenteral analgesia after caesarean section: a randomised controlled trial». *Anaesthesia* 2016;71:535–43
- [23] Parant O, Guerby P, Bayoumeu F. «Obstetric and anesthetic specificities in the management of a postpartum hemorrhage (PPH) associated with cesarean section». *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2014;43:1104–22
- [24] Sentilhes L, Vayssière C, Mercier FJ, Aya AG, Bayoumeu F, Bonnet M-P, et al. «Postpartum hemorrhage: Guidelines for clinical practice - Text of the Guidelines (short text) ». *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2014;43:1170–9
- [25] Krieger Y, Walfisch A, Sheiner E. «Surgical site infection following cesarean deliveries: trends and risk factors». *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017;30:8–12.
- [26] Rousseau A, Sadoun M, Aimé I, Leguen M, Carbonnel M, Ayoubi JM. «Étude comparative sur la réhabilitation améliorée post-césarienne : quels bénéfices, quels risques ? ». *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie* 2017;45:387–92
- [27] Beaumont T. «Prevalence and outcome of postpartum urinary retention at an Australian hospital». *Midwifery* 2019;70:92–9.
- [28] Li L, Wen J, Wang L, Li YP, Li Y. «Is routine indwelling catheterisation of the bladder for caesarean section necessary? A systematic review». *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2011;118:400–9

[29] Ghoreishi J. «Indwelling urinary catheters in cesarean delivery». *Int J Gynecol Obstet* 2003;83:267–70

[30] Cattin A, De Baene A, Achon E, Bersot Y, Destoop Q, Pelissier A, et al. «Évaluation de la mise en place d'un protocole de réhabilitation précoce post-césarienne». *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie* 2017;45:202–9

[31] Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. «Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations». *Anesthesiology* 2009;110:1139–57

[32] Association Française d'Urologie. «Chapitre 20 - Rétention aiguë d'urine». 2016. Consulté le 14 avril 2019. Disponible sur <https://www.urofrance.org/congres-et-formationen/formation-initiale/referentiel-du-college/retention-aigue-durine.html>

ANNEXES

Annexe I : Grille de recueil pour l'évaluation du protocole RAAC

N° Dossier :

Age :

Gestité\parité :

Lieu de la mention RAAC :

ATCD obstétricaux :

Motif de la césarienne :

Date et heure de l'hospitalisation :

Date et heure de la césarienne :

Fin de l'intervention :

15min :	H4 :
30min :	H5:
45min	H6:
60min :	H12:
1h30 :	H18:
H2 :	H24:
H3 :	

Noter :

« Conforme » si heure de surveillance est exacte ou +/- 15min

« Non conforme » si l'heure de surveillance est décalée de plus de 15min mais moins d'1h

« Non tracé » si heure de surveillance est décalée de plus d'1h

Items posant problème :

-
-
-
-

Complications :

A- Protocole Obstétrical			
I- En consultation			
Critère d'évaluation	conforme	Non conforme	Non tracé
L'obstétricien informe la patiente sur le protocole RAAC			
Le consentement oral de la patiente est recueilli			
La fiche d'information est donnée à la patiente			
Lors de la création de l'intervention sur EXPERTIZ, est noté dans la case commentaire « protocole RAAC »			

Critère d'évaluation	Conforme	Non conforme	Non tracé
Hospitalisation :			
Δ Si l'intervention AM : hospit H-3			
Δ Si l'intervention le matin : Hospit la veille			
A l'entrée la sage-femme vérifie que la mention RAAC est notée (fiche d'inscription au bloc)			
La sage-femme revoit avec la patiente que celle-ci a bien eu l'information et qu'elle l'a bien comprise			
La sage-femme réexplique à la patiente le parcours de soin, du bloc opératoire à sa sortie			
La sage-femme montre à la patiente comment se lever et se recoucher après l'intervention			

Critères d'évaluation	conforme	Non conforme	Non tracé
Le jour de l'intervention la patiente a pris sa douche à la Bétadine ou à l'Hibiscrub			
Δ Si hospitalisation à H-3 : dépilation et douche faites à domicile			
La patiente revêt une chemise d'opérée (ouverte au dos) et une 2 ^{ème} chemise d'opérée en guise de peignoir			
La patiente est accompagnée en salle d'accouchement par un membre du personnel			
La patiente quitte la 2 ^{ème} blouse, ses pantoufles et met des sur chaussures et une charlotte			
La patiente est accompagnée à pied en salle de césarienne			
Sondage par l'IDE du bloc opératoire après rachianesthésie			

B- Protocole Anesthésique			
Critères d'évaluation	conforme	Non conforme	Non tracé
A jeun solide 6H avant l'intervention			
A jeun liquide clair 2H avant l'intervention			
Pré médication 800mg de tagamet			
Rachianesthésie : Bupivacaïne + Sufenta			
Péridurale : + Sufenta 5µg Pas de morphine intra téal			
Perfusion : NACL ou Ringer lactate 500ml + Ephédrine 2 amp			
Néosynéphrine® 1 amp si nécessaire			
Pabal 1 amp			
Infiltration pariétale en fin d'intervention par chirocaine 0.125 40ml + 1 amp de catapressan			
Prévention des NVPO : droleptan 1.25mg et dexaméthazone 8mg en fin d'intervention			

C- Protocole Post-opératoire			
Critères d'évaluation	Conforme	Non conforme	Non tracé
Prescription du protocole « RAAC » après l'intervention par l'obstétricien			
Surveillance post partum immédiat en salle d'accouchement (si possible)			
Surveillance Post-opératoire :	Pouls, pression artérielle, globe utérin, pertes sanguines		
15 min			
30 min			
45 min			
60 min			
1h30			
H2			
H3			
H4			
H5			
H6			
H12			
H18			
H24			

Sonde urinaire et voie veineuse périphérique			
Critères d'évaluation	Conforme	Non conforme	Non tracé
Obturation de la voie veineuse à H2			
Ablation de la sonde urinaire Δ Si retour avant 16h : Ablation SAD avant retour dans le service			
Δ Si retour après 16h : Ablation à 6h le lendemain			
Surveillance reprise mictionnelle :			
4h après l'ablation de la sonde à demeure :			
Δ Stimuler la patiente pour les boissons (1 verre/h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Surveillance du globe vésical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6h après l'ablation de la sonde à demeure : Si pas de miction spontanée ou résidus post-mictionnels > 100ml au bladder-scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Appel de l'obstétricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Sondage évacuateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Surveillance de la miction suivante 4h après	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ Sondage à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentation et prise en charge de la douleur			
Critères d'évaluation	Conforme	Non conforme	Non tracé
Boisson à H2			
Antalgique per os en systématique			
<p>Δ Césarienne jusqu'à 12h :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation H4 - Yaourt compote vers 16h - repas léger le soir <p>Δ Césarienne après 12h :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation H4 - Bouillon yaourt compote le soir - petit déjeuner/repas du lendemain normal 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Mobilisation			
Critères d'évaluation	Conforme	Non conforme	Non tracé
Lever précoce : Si retour de bloc avant 16h lever dans les 6 premières heures			
A partir de J1, la patiente prend tous ses repas au fauteuil			
La patiente fait des allers retours dans les couloirs plusieurs fois par jour			

CLINIQUE DES CEDRES - ECHIROLLES			
PROTOCOLE			
Titre : Réhabilitation précoce post opératoire après césarienne			
Référence	Révision	Date application	Page
OP/PMT/175	1	Octobre 2017	1/4
Rédaction : Dr Morin, Dr Gattaz		Vérification AQ : A. Boudrand	Approbation clinique : Dr Richalet
Destinataires : Gynéco-Obstétriciens, Anesthésistes, Sages-femmes, Puéricultrices, Auxiliaires de Puériculture			
n° de Révision :	Date :	Nature des modifications :	
R0	30/11/16	Création	
R1	17/10/17	Suppressions : §5.B : une sage-femme (ou par, si activité importante au bloc obstétrical). Ajouts : §5.C : Tous les ¼ d'heures la 1ère heure, toutes les ½ heures la 2ème heure.	

1 – Objectif

Réduire de façon raisonnée ce qui risque de retarder l'autonomie de la patiente après une césarienne programmée, c'est un concept inter disciplinaire.

2 - Personnes concernées

Obstétriciens,
Anesthésistes
Sages –femmes
Puéricultrice
Auxiliaires de Puériculture

3 – Matériels/équipements ou documents nécessaires

Informations orales + Fiche d'information RAC
2 Chemises d'opérée, charlotte, sur chaussures

4 – Points clés

Participation de la patiente à son parcours de soin
Hospitalisation à H-3 (pour les césariennes l'AM) et la veille pour les césariennes du matin
Départ au bloc opératoire à pied
Sondage au bloc opératoire
Plus de perfusion ni de SAD en post opératoire
Réalimentation précoce
Autonomie rapide de la patiente

5 - Actions :

A- Protocole anesthésique :

A JEUN SOLIDE 6H avant l'intervention
A JEUN LIQUIDE CLAIR 2H avant l'intervention
PM : 800 MG DE TAGAMET en systématique

- Rachi : Bupivacaïne + Sufenta®
- Péri : + Sufenta® 5 µg
Pas de morphinique intra técal

Ce document est la propriété de la Clinique des Cèdres. Il ne peut être diffusé à l'extérieur sans autorisation du responsable Assurance Qualité.



PROTOCOLE

Titre : Réhabilitation précoce post opératoire après césarienne

Référence	Révision	Date application	Page
OP/PMT/175	1	Octobre 2017	2/4

- Perfusion : limitée : salé ou RL 500ML + Ephédrine 2 amp + Néosinéphrine® 1 ampoule si nécessaire
- Pabal 1 amp
- Infiltration pariétale en fin d'intervention par chirocaine 0.125 40 ml + 1 amp de catapressan
- Prévention des NVPO : droleptan 1.25 mg et dexaméthazone 8mg fin d'intervention

B- Protocole obstétrical :

- En consultation, au cabinet de l'obstétricien, celui-ci informe la patiente du protocole RAC et recueille son accord oral et lui remet une fiche d'information RAC. Lors de la création de l'intervention sur EXPERTIZ, il note dans la case « commentaire » : Protocole RAC
 - Hospitalisation à H - 3 (pour les césariennes l'AM) et la veille pour les césariennes du matin
- A l'entrée de la patiente, la SF vérifie que la mention RAC soit notée (sur la fiche d'inscription au bloc)
Si oui, la SF doit revoir avec la patiente qu'elle a bien eu l'information et qu'elle l'a bien comprise et réexpliquer son parcours de soin, du bloc opératoire à sa sortie.
Elle montre à la patiente comment se lever et se recoucher après l'intervention (Vidéos sur IPAD suites de couches).
- Le jour de l'intervention, après avoir pris sa douche (Bétadine ou Hibiscrub) la patiente revêt une chemise d'opéré (ouverte au dos) + une 2^{ème} chemise d'opérée ouverte devant (en guise de peignoir).
- Un membre du personnel l'accompagne en salle d'accouchement où elle quitte sa 2^{ème} blouse, ses pantoufles et met des surchaussures et une charlotte. Elle attend dans cette salle et est accompagnée, à pied, au bloc opératoire en salle de césarienne.
Sondage après rachianesthésie par l'IDE du bloc opératoire.

Attention pour les césariennes qui entrent à H-3, dépilation + douche faites à domicile

C- Protocole Post opératoire

- Après l'intervention, l'obstétricien prescrit le protocole « RAC » qui se trouve dans le logiciel Expertiz, dans les protocoles « post opératoire chirurgical »
 - Surveillance en salle d'accouchement si possible
 - Ablation Sonde urinaire avant retour dans service (sauf si retour après 16h)
 - Boissons à H 2
 - Obturation voie veineuse à H2
 - Repas léger (Potage compote) à H4 et repas normal dès le repas suivant =
 - o Césarienne jusqu'à 12h Yaourt compote vers 16h et léger Mat (jambon pâtes) le soir
 - o Césarienne après 12h (BYC = bouillon yaourt compote le soir) et petit déjeuner et repas du lendemain normaux
 - Lever dans les 6 premières heures (si retour de bloc avant 16h). Doit se lever seule selon la méthode qu'on lui a montrée.
 - Antalgiques per os en systématique (Protocole avec ou sans allaitement)
 - Surveillance reprise mictionnelle
 - o 4h après l'ablation stimuler la patiente pour les boissons (1 verre / heure) et les mictions + surveillance du globe vésical.
 - o 6h après l'ablation : si pas de miction spontanée ou résidus post-mictionnels >100ml au Bladder-scan (disponible en médecine ou au bloc opératoire... A transporter impérativement dans sa valise car matériel fragile).
1. appel de l'obstétricien
 2. sondage évacuateur
 3. surveillance de la miction suivante 4h après
 4. pas de sonde à demeure systématique sauf si Résidus >500 ml ou avis de l'obstétricien



PROTOCOLE

Titre : Réhabilitation précoce post opératoire après césarienne			
Référence	Révision	Date application	Page
OP/PMT/175	1	Octobre 2017	3/4

Surveillance Post-op (pouls, TA, globe utérin, pertes sanguines) : **Tous les ¼ d'heures la 1^{ère} heure, toutes les ½ heures la 2^{ème} heure, toutes les heures pendant 4h puis toutes les 6 heures les 24 premières heures**

Si la SAD n'a pas été enlevée le jour de la césarienne Ablation à 6h le lendemain, et même surveillance reprise mictionnelle.

A partir de J1, stimuler la patiente pour que TOUS les repas soient pris au fauteuil et qu'elle aille faire des allers retours dans le couloir plusieurs fois par jour (vérification à faire par les soignants et à valider dans le plan de soins ou à noter en transmission ciblée ou observation dans le dossier informatique de la patiente).

PROTOCOLE

Titre : Réhabilitation précoce post opératoire après césarienne			
Référence	Révision	Date application	Page
OP/PMT/175	2	Août 2018	4/4



**INFORMATION SUR LA REHABILITATION
POST OPERATOIRE EN CAS DE CESARIENNE**

Madame

Médecin

✦ **Pourquoi une réhabilitation précoce « améliorée » ?**

Les procédures de réhabilitation précoce améliorée après chirurgie sont un ensemble de mesures visant à réduire le stress (ou agression) chirurgical afin de rendre **les suites opératoires plus confortables et plus rapides**, permettant ainsi un retour aux activités habituelles (et la participation aux soins du bébé) dans de meilleures conditions.

Le rôle de la patiente dans cette prise en charge est primordial. Cette participation de la patiente dans les soins commence dès les consultations médicales avant l'opération et se poursuit après et au-delà du séjour à la clinique. La patiente devient un acteur de ses soins tout au long de cette période. Elle est impliquée directement dans la procédure de récupération.

✦ **Déroulement pratique de l'intervention et de ses suites (réhabilitation améliorée)**

- Vous serez à Jeun 6h avant l'intervention
- Vous serez admise « à pied » au bloc opératoire, accompagnée par un soignant de la maternité
- Une perfusion sera installée avant la réalisation de l'anesthésie locorégionale par l'anesthésiste mais un bouchon fermera (ou obstruera) le cathéter avant votre retour en chambre.
- Une sonde urinaire sera posée après l'anesthésie et retirée là aussi avant votre retour en chambre.
- Votre douleur post-opératoire sera prise en charge dès la fin de l'intervention pour permettre un lever précoce qui aura lieu dans les 6h suivant la césarienne.
- Votre 1^{er} lever sera réalisé en présence d'une sage-femme. Il doit être facile et confortable. La reprise d'une déambulation autonome est le garant de suites simples et de sécurité.
- Vous pourrez boire dès la 2^{ème} heure et un repas léger vous sera proposé dès la 4^{ème} heure après la césarienne.
- Vous devrez prendre tous vos repas au fauteuil.
- Vous devrez faire au moins 2 marches par jour, dans le couloir, dès le 2^{ème} jour.

Annexe IV: Enquête de satisfaction accompagnement du patient à pied au bloc opératoire,
Clinique des Cèdres



Etiquette du patient

**Enquête de satisfaction
accompagnement du
patient à pied au bloc
opératoire**

UNITE DE SOINS :

- CHIR 1
- UCA
- généraliste*

Depuis peu, nous avons mis en place le concept du patient accompagné au bloc opératoire à pied. Afin d'évaluer ce mode de transfert, nous aimerions avoir votre avis pour pouvoir améliorer la satisfaction des patients. Nous vous remercions de remplir de questionnaire et nous vous souhaitons un bon rétablissement.

INFORMATION	OUI	NON
Avez-vous été informé du mode transfert au bloc		
<input type="radio"/> En consultation chirurgien		
<input type="radio"/> En consultation anesthésie		
<input type="radio"/> A votre arrivée dans le service par le personnel soignant		

TENUE	OUI	NON
Avez-vous eu la tenue spécifique ?(kimono, chaussons)		
La trouvez vous adaptée ?		
A-t-on respecté votre intimité ?		

TRAJET	OUI	NON
Pensez vous que le mode de transfert est adapté à votre état de santé ?		
Pensez vous que le fait de partir à pied au bloc opératoire a diminué votre anxiété ?		

ARRIVEE AU BLOC OPERATOIRE	OUI	NON
Vous a-t-on installé confortablement ?		
A -t-on respecté votre intimité ?		

Commentaire :

RESUME

Objectifs : Evaluer l'application du protocole de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) chez les patientes ayant bénéficié d'une césarienne programmée à la Clinique des Cèdres à Echirolles. Identifier les complications survenues pendant le séjour en maternité.

Méthodes : Nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles basée sur le protocole de réhabilitation améliorée du service. Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, monocentrique, rétrospective dont la période d'étude s'étendait du 1^{er} Décembre 2017 au 31 Mai 2018.

Résultats : Concernant les grands principes de la RAAC, le premier lever et l'administration du traitement antalgique par voie orale étaient conformes à 81% et 85% respectivement. Pour le retrait de la sonde urinaire, le taux de conformité était de 84% si les patientes revenaient du bloc opératoire avant 16h et 11% après 16h. L'obturation de la voie veineuse était réalisée de façon conforme à 35%. Enfin, la reprise précoce des boissons et de l'alimentation était conforme pour 30% des dossiers. La principale complication pouvant être liée à la RAAC était la rétention aiguë d'urine et concernait 10% des patientes incluses.

Notre étude était marquée par un manque de traçabilité : 42 critères sur 62 avaient un pourcentage de données non retrouvées supérieur ou égal à 20%.

Conclusion : Suite à notre étude, une réunion de sensibilisation du personnel de la maternité a été réalisée, le protocole de réhabilitation améliorée a été modifié et une deuxième évaluation des pratiques professionnelles est à prévoir.

Mots clefs :

Réhabilitation améliorée après chirurgie – Césarienne – Complications post-opératoires

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol after an elective cesarean section at Clinique des Cèdres in Echirolles and identify the postoperative complications.

Methods: Adherence of Professional Practices to the ERAS protocol was evaluated. This descriptive, observational, single-centre, retrospective study was conducted between 1st December 2017 and 30th May 2018.

Results: Regarding the main principles of ERAS, first out-of-bed activity and oral analgesic administration were compliant with the protocol at 81% and 85%, respectively. Urinary catheter withdrawal compliance rate was 84% if the patients returned to the ward from the operating room before 4 pm and 11% after 4pm. A successful venous catheter locking was reported in 35% of cases and early oral fluid and solid intakes in 30% of cases. The main complication observed was acute urine retention and involved 10% of the included patients; it was not clear whether this was ERAS induced.

Unrecovered data percentage greater or equal to 20% concerned 42 out of 62 criteria, which is an indication of low traceability.

Conclusion: Following this study, an awareness meeting for the maternity staff was conducted, the ERAS protocol was modified and a new study should be conducted to assess professional practices.

Keywords:

Enhanced Recovery After Surgery – Cesarean Section – Postoperative Complications