



HAL
open science

Satisfaction des patientes selon le type de suture cutanée choisi lors de la césarienne : fils résorbables versus agrafes

Noa-Lyse Perroni

► To cite this version:

Noa-Lyse Perroni. Satisfaction des patientes selon le type de suture cutanée choisi lors de la césarienne : fils résorbables versus agrafes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02305873

HAL Id: dumas-02305873

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02305873>

Submitted on 4 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 20 Juin 2019

par

Noa-Lyse PERRONI

Née le 10 Juillet 1996

**Satisfaction des patientes selon le type de
suture cutanée choisi lors de la césarienne**

Fils résorbables versus Agrafes

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Anne-Charlotte Laurent

Gynécologue-Obstétricien, Maternité Port-Royal (14^{ème})

JURY :

Mme Charlotte Roquillon

Sage-Femme, Port-Royal

Mme Anne Chantry

Sage-Femme Enseignante, ESF de Baudelocque

Mme Mathilde Barrois

Gynécologue-Obstétricien, Maternité Port-Royal (14^{ème})

Mémoire N° : 2019PA05MA37

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, le Dr Anne-Charlotte LAURENT, d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de mon premier travail de recherche. Je la remercie pour son aide, ses conseils et son engagement.

Un grand merci au Dr Hélène COLLINOT, pour sa patience, sa bienveillance, son implication et son aide considérable dans mes analyses statistiques.

Je tiens à remercier Mme CHANTRY pour son écoute, ses conseils et son soutien notamment dans l'émergence de ce mémoire ; l'équipe pédagogique et les secrétaires de l'école de sages-femmes de Baudelocque, pour l'accompagnement et les enseignements riches, reçus durant cette formation.

Je remercie également le Dr Sarah VIEILLEFOSSE pour son aide dans la mise en place de cette étude à la maternité Antoine Bécclère.

Je remercie toutes les patientes qui ont accepté de participer à ce projet.

Je tiens à remercier les sages-femmes, en particulier Anaïs et Mélanie de La Pitié-Salpêtrière, les étudiantes sages-femmes et infirmières, qui ont pris le temps de recueillir les questionnaires distribués ; ainsi que toutes les personnes ayant contribué à l'enrichissement de ce mémoire.

Je remercie également Mme BERMUDE Jacqueline pour sa rigueur, sa patience, son investissement dans la relecture ce mémoire.

Je remercie mes futures consœurs pour ces années passées ensemble, en particulier mon « binôme de Master », Maïté, pour tous ces beaux moments et souvenirs partagés.

Enfin, je remercie (et je ne remercierai jamais assez) Mme MONROSE Fabienne, ma mère, pour sa confiance, son soutien sans faille durant ces années d'études et sa faculté sans égal à trouver « LES mots qui boostent ».

Un grand MERCI à tous.

Résumé

Introduction : Entre 2010 et 2016, le taux de césariennes en France a peu varié et est resté stable, aux alentours de 20,6%.

Cette intervention chirurgicale conduit à une naissance et majore également la morbi-mortalité maternelle, du fait des complications qui pourraient survenir.

Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressés à la suture cutanée aux fils résorbables ou avec des agrafes. Que ce soit dans la littérature scientifique ou les recommandations du CNGOF, il n'y a pas de consensus et le choix de la méthode de suture reste à l'appréciation de l'opérateur.

Dans les articles comparant ces deux types de sutures (fils résorbables et agrafes), la douleur, la survenue de complications et l'aspect esthétique de la cicatrice étaient les éléments le plus fréquemment évalués.

La satisfaction des patientes, quant à elle, était étudiée dans un objectif secondaire voire non évaluée.

Objectifs : Comparer la satisfaction des patientes en termes de douleur, de mobilisation et d'image corporelle, selon la méthode de suture cutanée utilisée pour la césarienne : Fils résorbables versus Agrafes

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, quantitative menée dans 3 maternités d'Ile-de-France, entre avril 2018 et mars 2019, auprès de femmes ayant accouché par césarienne (programmée ou en urgence), d'un singleton, à un terme ≥ 37 SA. Les participantes devaient compléter, à 3 jours et 6 semaines du post-partum, des questionnaires de satisfaction, portant sur différents thèmes.

Le critère de jugement principal était la satisfaction des patientes qui était évaluée à l'aide de la perception de la douleur, la mobilisation et l'image corporelle des patientes.

Résultats : Au total, 162 femmes ont participé à l'étude : 75 « Fils résorbables » et 87 « Agrafes ».

Pour la satisfaction des patientes, entre les deux groupes, aucune différence n'a été observée ($p = 0,23$).

Pour la douleur, les patientes suturées aux fils seraient plus algiques au premier lever, que celles ayant une suture avec des agrafes (EVA à 7 vs 5 ; $p=0,01$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour la mobilisation, l'image corporelle et l'implication de la mère dans les soins du nouveau-né.

Conclusion : La suture cutanée choisie au moment de la césarienne n'aurait pas d'impact sur la satisfaction maternelle.

Mots-clés : Césarienne – Fils résorbables – Agrafes – Satisfaction

Abstract

Introduction: From 2010 to 2016, the rate of caesarean section in France remained constant, around 20,6%. This surgical procedure leads to a birth but also increase the risk of maternal morbidity and mortality, because of the risks of complications.

In our study, we've focused on the sutures with staples or with subcuticular sutures. Regardless of the articles or the CNGOF's recommendations, there is no consensus and the choice remain to the operator preferences.

In the articles that we read about the sutures, the outcomes are often, the pain perception, the wound complications or cosmesis. Patient satisfaction was whether not evaluated or as a secondary outcome.

Objective: To compare patient satisfaction with the perception of pain, their ability to move and their body image, according to their group.

Study design: Prospective study, in 3 hospitals in Paris, carried out from April 2018 too March 2019. With women who had a caesarean section (emergency or a scheduled one), a singleton, at 37SA of term.

At 3 days and 6 weeks after the caesarean, the women had to complete a survey.

The primary outcome was the patient satisfaction, by evaluating their answer about different topics.

Results: At the end of the study, 162 women answered: 75 in the subcuticular group and 87 for the staples.

There was no difference between the group, for satisfaction ($p=0,23$).

For the perception of pain, patient with subcuticular suture are more likely to feel pain at the first lift (Pain score 7 vs 5; $p= 0,01$). There is no significative difference between the two groups in terms of mobilization, and mother involvement in newborn's care.

Conclusion: The suture closure chose for the skin, during a caesarean delivery, wouldn't have impact on the maternal satisfaction.

Keywords : Caesarean section – Subcuticular suture – Staples – Satisfaction

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	4
Abstract	6
Table des matières	8
Liste des tableaux	10
Liste des figures	11
Liste des annexes	12
Liste des abréviations	13
Introduction	15
Première partie : MATERIEL ET METHODE	22
Problématique.....	22
Hypothèses.....	23
Objectifs	23
Type d'étude	23
<i>Quoi ? Quand ? Où ? Comment ?</i>	23
⊗ Antoine Béclère	24
⊗ Port-Royal	24
⊗ La Pitié-Salpêtrière.....	24
Déroulement de l'étude.....	25
1. <i>Étude à court-terme</i>	26
2. <i>Étude à long-terme</i>	27
Calendrier.....	28
Critères d'inclusion	28
Critères d'exclusion	29
Variables retenues	29
1. <i>Caractéristiques de la population</i>	29
A. <i>Caractéristiques maternelles</i>	29
B. <i>Caractéristiques obstétricales</i>	30

C.	Caractéristiques néonatales	30
2.	<i>Variables étudiées</i>	30
A.	La douleur	30
B.	La mobilisation	31
C.	L'image corporelle	31
D.	L'investissement de la mère dans les soins du nouveau-né.....	32
E.	Le choix final.....	32
F.	L'évaluation de la douleur.....	32
	Considérations éthiques et réglementaires	33
	Stratégie d'analyse	34
	Deuxième partie : RESULTATS	35
	Description de la population	35
	Caractéristiques de la population d'étude	36
	Principaux résultats	41
1.	<i>Étude à court-terme</i>	41
A.	La douleur	41
B.	La mobilisation	42
C.	L'image corporelle	43
D.	L'implication de la mère dans les soins du nouveau-né.....	45
E.	Satisfaction globale en suites de couches.....	46
2.	<i>Étude à long-terme</i>	49
A.	Évaluation à 6 et 8 semaines	49
B.	Satisfaction globale à 6-8 semaines	51
	Troisième partie : DISCUSSION	53
	Les points forts	53
	Les biais et limites	54
	Résumé & Discussion des principaux résultats.....	55
A.	La douleur	56
B.	La mobilisation	57
C.	L'image corporelle	57
	Résumé & Discussion des résultats secondaires	58
A.	L'implication maternelle dans les soins du nouveau-né	58

B. Le choix final.....	59
Comparaison avec la littérature.....	61
Implications, Perspectives et Ouverture.....	63
Conclusion.....	67
Bibliographie	69
Annexes.....	72

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTES	37
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT.....	39
TABLEAU 3 : CARACTERISTIQUES DES NOUVEAU-NES.....	40
TABLEAU 4 : LA DOULEUR	42
TABLEAU 5 : LA MOBILISATION.....	43
TABLEAU 6 : L'IMAGE CORPORELLE	44
TABLEAU 7 : L'INVESTISSEMENT DANS LES SOINS DU NOUVEAU-NE.....	46
TABLEAU 8 : CHOIX FINAL EN SUITES DE COUCHES	46
TABLEAU 9 : ÉVALUATION A 6-8 SEMAINES	50
TABLEAU 10 : CHOIX FINAL A 6-8 SEMAINES.....	51
TABLEAU 11: SCORES EN SDC ET A S6-S8.....	61

Liste des figures

FIGURE 1: SCHEMA DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ETUDE	22
FIGURE 2: PARTICIPATION A L'ETUDE A COURT-TERME	35
FIGURE 3: PARTICIPATION A L'ETUDE A LONG-TERME	35

Liste des annexes

ANNEXE 1: NOTE D'INFORMATIONS A L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES.....	73
ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE N°1 : ÉTUDE A COURT-TERME.....	75
ANNEXE 3: QUESTIONNAIRE N°2 : ÉTUDE A LONG-TERME.....	82
ANNEXE 4: SCORES DE SATISFACTION	85
ANNEXE 5: NOUVELLE PRESENTATION DU CHOIX FINAL EN SDC ET A S6-S8	89

Liste des abréviations

Afrique SS : Afrique Subsaharienne

APD : Anesthésie péridurale

APD + RACHI : Anesthésie péridurale associée à une rachianesthésie

ARCF : Anomalies du rythme cardiaque fœtal

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CSP : Catégories socio-professionnelles

Selon l'INSEE :

- 1- Agriculteurs exploitants
- 2- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4- Professions Intermédiaires
- 5- Employés
- 6- Ouvriers
- 7- Retraités
- 8- Autres personnes sans activité professionnelle / Étudiants

CSP + : Catégories socio-professionnelles allant de 2 à 4 selon la nomenclature de l'INSEE

CSP - : Catégories socio-professionnelles allant de 5 à 8 selon la nomenclature de l'INSEE

C0 : Jour de l'accouchement

C1-2-3 : 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} jour du post-partum après accouchement par césarienne

EPS : Estimation des pertes sanguines

EVA : Échelle Visuelle Analogique

Fils NR : Fils non résorbables

Fils R : Fils résorbables

HAS : Haute Autorité santé

HPP : Hémorragie du post-partum

IMC : Indice de Masse Corporelle

RACHI : Rachianesthésie

PERRONI Noa-Lyse

SDC : Suites de couches

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

Stag : Stagnation de la dilatation

Introduction

La césarienne est une intervention chirurgicale permettant la naissance d'un ou plusieurs enfants par la réalisation d'incisions successives allant de la peau jusqu'au muscle utérin au niveau du segment inférieur (1)(2) . Cette intervention pouvant être programmée ou pratiquée dans des contextes d'urgence, peut aussi être réalisée pour des indications maternelles ou fœtales.

1. Épidémiologie

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 (3), la fréquence des césariennes réalisées en France entre 2010 et 2016 est restée stable (20,8% en 2010 contre 20,2% en 2016), le taux de césariennes pratiquées pour les présentations du siège, les grossesses multiples et les utérus cicatriciels a peu varié sur cette période. En ce qui concerne le taux de césariennes réalisées avant travail, celui-ci a diminué, en passant de 11% en 2010 à 9,4% en 2016. (3)

On remarque également une forte variabilité entre les pays du monde. A l'échelle de l'Europe, selon le rapport EURO-PERISTAT de 2015, la France occuperait la 7^{ème} place sur 31 pays (28 pays de l'UE, la Norvège, l'Islande et la Suisse), se classant ainsi parmi les pays ayant les taux de césariennes les plus bas. Les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède, Norvège) quant à eux occupent la tête de ce classement avec des taux compris entre 15,5 et 17,3%.(4)(5)

2. Les complications de la césarienne

La césarienne étant une intervention chirurgicale, sa réalisation expose la patiente à la fois aux risques de l'accouchée mais aussi à ceux de l'opérée abdominale. Ainsi, par rapport à l'accouchement par voie basse, la césarienne qu'elle soit programmée ou réalisée

pendant le travail, majore la morbi-mortalité maternelle, notamment du fait des complications anesthésiques, du risque hémorragique, thromboembolique et infectieux.

Une revue systématique de la littérature, associée à une méta-analyse, datant de janvier 2016 a évalué le risque de survenue de complications maternelles (l'hémorragie du post-partum, l'infection puerpérale ou le décès), selon la voie d'accouchement.

Cette étude a montré que les femmes accouchant par césarienne seraient exposées à un risque plus important d'infections puerpérales, d'infections de la suture et de décès. (6)

De même, une étude de cohorte menée en Italie entre 2001 et 2007 visant à estimer le risque de survenue de complications selon le mode d'accouchement a montré que, par rapport aux femmes accouchant par voie basse, la fréquence des complications est augmentée chez les femmes césarisées notamment les complications anesthésiques (OR 2.18; 95% CI 1.02–4.65) et infectieuses (OR 1.46; 95% CI 0.89–2.40). (7)

Aussi, en comparant la survenue de complications selon le type de césarienne : programmée ou en urgence, on constate que le risque de complications globales est diminué lorsque la césarienne est pratiquée avant travail, d'autant plus si elle est effectuée avant la rupture des membranes. (8)(9)(10)

On comprend ainsi que l'accouchement par césarienne expose les femmes à plus de risques que l'accouchement par voie basse, indépendamment de la parité, des antécédents obstétricaux, et du moment de survenue de la césarienne : avant ou pendant le travail.

3. La césarienne : Statut d'accouchée / Statut de mère

La césarienne confère à la patiente un double statut : opérée/accouchée.

Le statut d'opérée abdominale nécessite essentiellement une prise en charge médicale avec la réhabilitation, les soins locaux, la mise en place des traitements antalgiques, anticoagulants et autres, ainsi que la prise en charge des éventuelles complications post-opératoires. (1)

Le statut d'accouchée quant à lui, implique une prise en charge globale de la patiente, tant sur le plan médical que psycho-affectif. En effet, la césarienne permet la naissance d'un enfant et conduit la patiente à passer également du statut de femme à celui de mère.

La patiente requiert alors un accompagnement dans son nouveau rôle de mère et dans ses premières interactions avec son nouveau-né, notamment pour les soins et l'alimentation.

Cet accompagnement comprend dans un premier temps l'écoute de son vécu (sentiment de satisfaction, d'échec de l'accouchement par les voies naturelles, de ne pas avoir pris part à cette naissance...), de son anxiété et de ses éventuelles appréhensions quant à son rôle de mère.

Par la suite, on retrouve la prise en considération des difficultés rencontrées par ces femmes dans les soins du nouveau-né : le portage, l'allaitement (maternel ou artificiel) ou encore le bain et les changes... Ces différents soins, rentrent dans le cadre du *caregiving*.

En effet, le *caregiving* correspond à l'ensemble des comportements visant à répondre aux besoins de l'enfant aussi bien sur le plan affectif que physique (11). Ces comportements de *caregiving*, peuvent être influencés par le stress, la fatigue maternelle, ses douleurs, ses possibles craintes à l'égard de la cicatrice de césarienne et autres(11) (12). La mise en place de ces comportements de *caregiving* est favorisée par l'ocytocine ; l'hormone de l'attachement. (12)

L'attachement relève d'une synergie entre l'inné et l'acquis. L'inné fait intervenir le système sensoriel et hormonal de la mère et du nouveau-né. L'acquis, quant à lui est influencé par l'environnement, c'est-à-dire les facteurs extérieurs pouvant modifier le processus de l'attachement, tels que le déroulement de la grossesse, les circonstances de la naissance, les premiers contacts entre la mère et son enfant et l'état de santé maternel. (12) (13)

Du fait de l'accouchement par césarienne, la mère est moins disponible dans les premières heures de vie de son nouveau-né : contact bref avec le nouveau-né dans les instants qui suivent la naissance, séparation le temps de la suture et de la surveillance en SSPI (selon l'organisation des structures), douleurs, fatigue maternelle qui sont autant d'éléments qui influencent les interactions mère-enfant. (12) (13)

4. Les sutures de césarienne

Sur le plan technique, en s'intéressant plus précisément à la suture cutanée, les méthodes de sutures les plus fréquemment retrouvées dans la littérature sont les agrafes et les fils résorbables.

En France, il n'existe pas de consensus quant à la méthode de suture cutanée à privilégier. D'ailleurs, les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de Décembre 2010 ne préconisent pas de méthode de suture, faute de données probantes (14). Le choix de la suture cutanée reste donc à l'appréciation de l'opérateur.

Toutefois, une méta-analyse publiée en mai 2015 dans l'American Journal de Gynécologie-Obstétrique (15), basée sur 12 essais contrôlés randomisés a comparé les sutures cutanées aux fils résorbables à celles avec des agrafes, sur 3112 participantes.

Les critères de jugement retenus étaient : les complications liées à la suture, la douleur, la satisfaction des patientes, l'aspect esthétique de la suture évalué à la fois par un dermatologue et par le patient, ainsi que le temps opératoire.

Les principaux résultats ont montré que les patientes suturées avec des fils résorbables seraient significativement moins exposées au risque de désunion de suture que celles suturées avec des agrafes (RR, 0,29 ; 95% CI, 0,20-0,43). (15)(16)

Cependant, aucune différence significative entre ces deux méthodes de sutures n'a été observée que ce soit pour l'infection, l'hématome ou encore le risque de ré hospitalisation dans les 30 jours du post-partum. Aussi, en termes de perception de la

douleur, de satisfaction et d'aspect esthétique, on ne retrouve pas de différence significative entre les groupes d'études. (16)

En ce qui concerne le temps opératoire, dans ces études, il serait allongé de sept minutes chez les patientes suturées avec des fils. (15)(17)(18)



Illustration 1 : Photos de césariennes à J1/J2 suturées avec des agrafes (à gauche) et des fils résorbables (à droite) (19)(20)

Source : Césarine <http://www.caesarean.org.uk/ScarPictures.html#group1>



Illustration 2 : Photos de césariennes datant de 3 à 5 ans, suturées avec des agrafes (à gauche) et des fils résorbables (à droite) (19)(20)

Source : Césarine https://www.cesarine.org/apres/cicatrice/popup_photo_3.php

5. Justification de l'étude

Au cours des stages réalisés dans les différents services de périnatalité (consultations, salle de naissances, suites de couches), il ressort des discussions avec les patientes, les obstétriciens, les sages-femmes et les autres membres de l'équipe soignante, que les agrafes constituent la méthode de suture cutanée la plus utilisée, avec quelques rares praticiens

recourant aux sutures aux fils résorbables ou non résorbables. Selon les professionnels interrogés, la suture avec les agrafes réduirait le temps opératoire de 15 à 30 minutes et permettrait une meilleure cicatrisation.

D'après les témoignages de femmes ayant expérimenté les deux types de sutures dans le cadre d'un accouchement ou d'une autre intervention, les sutures avec agrafes seraient associées à un moins bon vécu des suites opératoires. Ces patientes rencontrées notamment à l'occasion des consultations de suivi de grossesse ou aux explorations fonctionnelles, ont insisté sur le caractère « douloureux » et « impressionnant » de la suture avec les agrafes allant jusqu'à dire qu'elles avaient été « agrafées ». Aussi, certaines ont souligné les difficultés rencontrées à la mobilisation et pour participer aux soins du nouveau-né.

À ce propos, les données de la littérature comparant la perception de la douleur et le recours aux antalgiques entre les femmes ayant eu soit une suture de césarienne avec des fils résorbables ou des agrafes, ne montrent aucune différence significative entre ces deux groupes (15)(16). Il en va de même pour l'aspect esthétique de la cicatrice et la satisfaction de la patiente (21).

En ce qui concerne la satisfaction générale des patientes, dans les études menées sur le sujet, elle a été estimée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA), la même que celle utilisée pour évaluer la douleur : 0 équivaut à une absence de douleur et une satisfaction moindre ; 5 ou 10 (selon l'échelle) correspond à une douleur maximale pour l'échelle d'EVA et une patiente très satisfaite dans l'étude.

Mise à part l'EVA, il n'existe dans la littérature ni méthode de quantification, ni critères autres que l'aspect esthétique pour en permettre l'évaluation (15,16,21). Nous ne savons pas si la satisfaction a été évaluée à l'aide de questions fermées, ou encore, si des critères de satisfaction ont été préalablement établis.

C'est donc à partir de cette observation qu'émerge ce mémoire. Dans une démarche de prise en charge globale des femmes, il s'agira ici de considérer la patiente ayant accouché par césarienne sous ses divers statuts : opérée, accouchée et mère. Celui-ci a pour objectif d'évaluer la satisfaction des patientes ayant accouché par césarienne selon le type de suture cutanée choisi par l'opérateur.

Cette satisfaction sera évaluée, de façon indirecte, à partir de critères d'évaluation objectifs tels que la douleur, la mobilisation et l'image corporelle des femmes, permettant d'analyser l'état maternel post-opératoire. Dans un objectif secondaire, nous étudierons l'implication de ces patientes dans les soins du nouveau-né : le portage, l'allaitement et les soins.

6. Question de recherche

- Quel est l'impact du type de suture sur la satisfaction des patientes en termes de douleur, de mobilisation et d'image corporelle ? Et, quelles en sont les répercussions sur l'état de santé maternel et les interactions mère-enfant ?

Afin de répondre à cette problématique, nous tâcherons d'étudier l'impact du type de suture sur la douleur, la mobilisation et l'image corporelle maternelle, éléments permettant d'évaluer l'état de santé de la mère.

L'étude de cet état de santé maternel est indispensable pour établir un lien entre la suture cutanée et les interactions mère-enfant dans les premières semaines post-natales. Ces différents items contribueront à étudier la satisfaction globale des patientes selon le type de sutures cutanées.

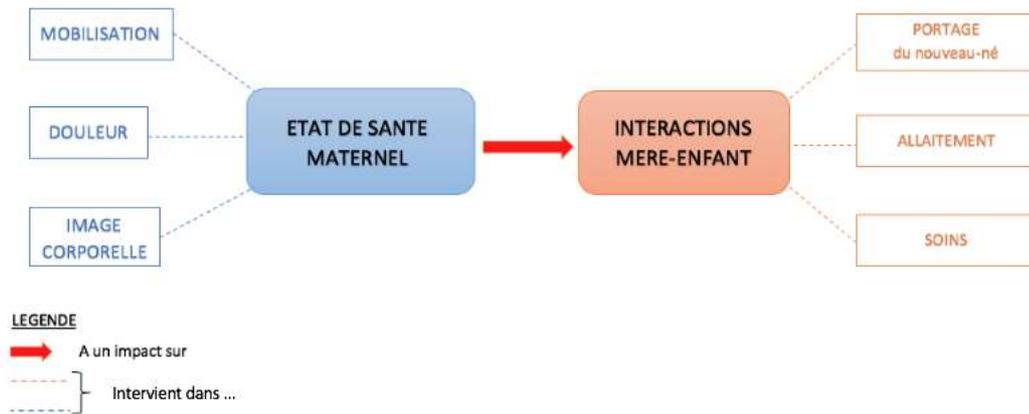


Figure 1: Schéma de la mise en œuvre de l'étude

Première partie : MATERIEL ET METHODE

Problématique

Quel est l'impact du type de suture sur la satisfaction des patientes : la douleur, la mobilisation et l'image corporelle ? Et, quelles en sont les répercussions sur l'état de santé maternel et les interactions mère-enfant ?

Hypothèses

Pour mener notre étude, nous avons émis les hypothèses suivantes :

1. Le type de suture choisi par l'opérateur influence favorablement ou défavorablement la réhabilitation maternelle et l'image corporelle des femmes.
2. Les douleurs, les difficultés rencontrées à la mobilisation et les modifications de l'image corporelle maternelle impactent l'investissement de la mère dans ses interactions mère-enfant.
3. Les patientes suturées aux fils résorbables sont plus satisfaites de leur suture, que celles ayant des agrafes.

Objectifs

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer la satisfaction des femmes selon la méthode de suture cutanée en termes de douleur, de mobilisation et d'image corporelle maternelle.

Dans un second temps, nous étudierons les interactions de la mère avec son nouveau-né à travers son investissement dans les soins et l'allaitement.

Type d'étude

Quoi ? Quand ? Où ? Comment ?

Il s'agissait d'une étude quantitative, prospective, multicentrique réalisée sur la période d'avril 2018 à mars 2019, dans trois maternités franciliennes. Nous avons pour objectif de constituer deux groupes homogènes composés de 75 patientes chacun. Afin d'atteindre cet objectif, nous avons mené nos recherches sur 3 maternités à savoir : Antoine Béclère (Type III), Port-Royal (Type III) et La Pitié Salpêtrière (Type IIb).

- **Antoine Béclère**

Maternité de type III située à Clamart (92) : 537 césariennes réalisées entre avril et octobre 2018, dont 422 suturées avec des agrafes et 26 suturées avec un surjet intradermique au Monocryl® 3/0.

- **Port-Royal**

Maternité de type III située dans le XIV^e arrondissement de Paris : 347 césariennes réalisées entre septembre et décembre 2018.

- **La Pitié-Salpêtrière**

Maternité de type IIb située dans le XIII^e arrondissement de Paris : 192 césariennes réalisées entre septembre 2018 et mi-janvier 2019.

Ces trois centres d'études, présentaient des protocoles de césarienne comparables en termes d'antibioprophylaxie, de réhabilitation, de traitements antalgiques, de déroulement et de durée de séjour en suites de couches. En effet, lors du passage au bloc opératoire, les patientes reçoivent deux grammes d'Augmentin® en cas de césarienne en urgence. A l'issue de l'intervention, elles restent deux heures en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ou salle de réveil.

Durant cette phase d'observation, la mère est séparée du nouveau-né, qui lui, reste en salle de naissance avec le père ou un autre accompagnant, où il recevra ses premiers soins. Une fois ces deux heures de surveillance écoulées, la sonde urinaire à demeure est retirée en SSPI ou en suites de couches (selon les maternités) et la perfusion est remplacée par un cathéter veineux obturé qui sera retiré le lendemain, à C1, selon les résultats de la numération formule sanguine. Le premier lever survient généralement dans les 2 à 6 heures qui suivent le retrait de la sonde à demeure.

En ce qui concerne les antalgiques reçus en suites de couches (SDC), les patientes reçoivent de façon systématique 1g de *Paracétamol* 4 fois par jour, 50mg de *Kétoprofène* 4 fois par jour (*jusqu'à la montée laiteuse*). Si les douleurs persistent, les patientes peuvent recevoir

PERRONI Noa-Lyse

40mg de *Néfopam* per os, dans 48 à 72 premières heures associé à 160 mg de *Phloroglucinol* (environ toutes les 8 heures).

Pour ce qui est de la durée du séjour, les patientes et leurs nouveau-nés passent entre 4 et 5 jours en suites de couches. Selon les maternités, le premier bain a lieu au premier (J1) ou deuxième (J2) jour de vie. Durant le séjour, les soins peuvent être réalisés par les membres de l'équipe soignante ou par les parents. Cela dit, avant le retour à domicile, les soignants veillent à ce que les parents sachent les réaliser en autonomie.

Déroulement de l'étude

Les questionnaires ont été élaborés avec l'aide de sages-femmes enseignantes et de sages-femmes cliniciennes, afin d'étudier les grands axes de la prise en charge des patientes en suites de couches que sont, sur le plan somatique: l'analgésie, le lever et la déambulation (22) associés aux problématiques des premiers jours après la naissance comme l'investissement dans les soins du nouveau-né.

Au début de l'étude, les questionnaires ont été relus par des sages-femmes cliniciennes de la maternité Antoine Béclère et testés par 3 patientes. Les retours obtenus nous ont permis d'améliorer nos questionnaires.

Une fois les questionnaires définitifs établis, avec l'accord des cadres et chefs de service, l'étude a été étendue aux autres centres. Un message d'informations a été communiqué par mail aux sages-femmes des maternités et des fiches d'informations ont été publiées dans chaque poste de soins/bureau des sages-femmes de suites de couches (cf. *Annexe n°1*). Le projet et ses objectifs ont été présentés directement aux sages-femmes des services lors de la distribution des questionnaires.

Ces rencontres ont été l'occasion de répondre à leurs éventuelles questions et d'insister sur leur rôle dans cette étude notamment dans la distribution et le recueil des questionnaires. Ils nous ont également permis de prendre connaissance des contraintes du service. De même, des classeurs de recueil étaient mis en évidence, dans les postes de soins afin d'être visibles des équipes soignantes. Par ailleurs, des mémos pouvaient être affichés

sur les écrans/claviers d'ordinateurs, tout cela dans le but d'optimiser la communication autour de cette étude.

1. Étude à court-terme

Le premier questionnaire (*cf. Annexe n°2*) permettait d'évaluer la satisfaction des patientes à court-terme, et était distribué idéalement au 3^{ème} jour du post-partum. Le délai de 3 jours post-césarienne a été choisi afin de limiter les biais liés à la fatigue maternelle ou autres éléments, pouvant rendre les patientes moins réceptives à l'étude.

La sélection des patientes a été permise grâce aux échanges avec l'équipe (sages-femmes, infirmières et auxiliaires de puériculture) quant au déroulement des premiers jours en SDC, la disponibilité de ces patientes et leur possible adhésion au projet. Par la suite, le recueil de données a été effectué dans les dossiers médicaux ou à défaut dans les logiciels DIAMM ou FUSION.

A la distribution des questionnaires, chaque patiente a bénéficié d'un entretien court, de 3 à 5 minutes voire plus selon la demande. Cet entretien permettait d'exposer les consignes importantes et de recueillir l'adhésion de la patiente, notamment pour la suite de l'étude.

La distribution faite, les sages-femmes de garde étaient informées de la participation des patientes à l'étude. Afin de limiter le risque d'oubli, des mémos étaient collés à la fois dans le dossier des patientes à la page « Sortie » ou « Examen de sortie » ainsi que sur le classeur dans lequel les questionnaires recueillis étaient rassemblés.

Dans le but d'optimiser le recrutement des patientes, la distribution était faite de façon régulière, tous les 2 à 3 jours selon le nombre de césariennes réalisées dans les centres et les besoins de l'étude. Dans le cas où des patientes seraient à C0 ou C1, au moment de la distribution, un questionnaire était glissé dans leur dossier médical avec un mémo à

l'attention des sages-femmes. Sur ce questionnaire, était précisée la date à laquelle il devait être complété.

2. *Étude à long-terme*

Le second questionnaire (*cf. Annexe n°3*) étudiait la satisfaction de ces patientes sur le long-terme, entre 6 à 8 semaines du post-partum (conformément à la méthodologie employée dans la littérature (15) (16)). Pour le compléter, les patientes avaient le choix entre, le compléter en ligne ou en restituer la version papier reçue en SDC au médecin qu'elles rencontreraient à la consultation post-natale, six à huit semaines après l'accouchement.

Initialement, seule la version papier avait été envisagée. Cependant, nous étions confrontés à quelques contraintes organisationnelles notamment l'absence de visite post-natale dans deux des trois centres d'études et le risque de perte de ce questionnaire. Les pertes de questionnaires seraient liées, soit à des oublis, soit à l'absence de ces patientes à la visite post-natale.

Comme mentionné précédemment, sur les trois maternités d'études, deux ne proposaient pas de visite post-natale, les patientes répondaient donc directement en ligne. Il en va de même pour le troisième centre où la plupart des patientes a choisi de compléter le questionnaire en ligne.

Pour ce faire, les patientes devaient compléter l'autorisation fournie avec le questionnaire n°1 (*cf. Annexe n°2*) et renseigner leur adresse mail.

Dans le cas, où l'adresse mail, ne serait pas renseignée, cela serait considérée comme un refus de participer à la deuxième partie de l'étude. Ainsi à six semaines du post-partum, un mail avec le lien les invitant à compléter un questionnaire Google® leur était envoyé. En absence de réponse de leur part, un mail de relance était envoyé à 8 semaines. Nous avons recueilli les dernières réponses fin mars 2019.

Calendrier

Les questionnaires ont été distribués dans ces maternités sur des périodes différentes. L'étude a débuté le 4 avril 2018 à la Maternité Antoine Béchère, cependant à la fin du mois d'août 2018, seulement une dizaine de questionnaires de patientes suturées avec des fils résorbables a été recueillie.

Par conséquent, afin de pallier ce manque et d'accroître le nombre de sujets, nous avons étendu l'étude à deux maternités : Port-Royal et la maternité de La Pitié Salpêtrière, maternité où les césariennes sont essentiellement suturées aux fils résorbables.

Ainsi, à Antoine Béchère la distribution et le recueil ont été réalisés entre avril et octobre 2018, à Port-Royal de septembre à décembre 2018 et à La Pitié Salpêtrière entre septembre 2018 et la mi-janvier 2019.

Nous avons choisi d'évaluer la satisfaction des patientes à partir de trois critères les plus objectifs possibles à savoir : la douleur, la mobilisation et l'image corporelle. Ces éléments sont le reflet l'état de santé maternel ; état de santé pouvant impacter, comme nous l'avons exposé précédemment sur les interactions mère-bébé, notamment son investissement dans les soins au nouveau-né (portage, bains/changes et alimentation) que nous avons choisi d'étudier pour ce sujet.

Pour mener cette étude, nous avons proposé aux patientes de répondre à deux questionnaires distribués à différents moments du post-partum (*cf. Annexes 2 et 3*)

Critères d'inclusion

Les patientes retenues pour cette étude étaient :

- Des primipares ou des multipares
- Comprenant la langue française

- Ayant accouché d'un singleton
- A un terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhées

En ce qui concerne l'intervention, les césariennes programmées ou en urgence étaient incluses, à condition que la suture cutanée soit réalisée uniquement avec des agrafes ou du fils résorbables.

Critères d'exclusion

Étaient exclues les patientes ayant :

- IMC \geq 35
- Cicatrice cutanée médiane sous-ombilicale
- Des pathologies pouvant modifier la cicatrisation telles que le diabète préexistant de type 1 ou 2 ou une maladie du collagène
- Fait un hémorragie du post-partum > 1L
- Césarienne pratiquée sous anesthésie générale (AG)
- Enfant hospitalisé en néonatalogie ou à l'Unité Mère-Enfant (nouveau-nés séparés de leur mère)
- Suture réalisée aux fils non résorbables
- Suture cutanée cumulant les agrafes et les fils

Variables retenues

1. Caractéristiques de la population

A. Caractéristiques maternelles

Les caractéristiques générales des participantes retenues pour cette étude sont : l'âge, les origines géographiques, l'IMC et la catégorie socioprofessionnelle (établie à partir de la nomenclature de l'INSEE *cf. page 10*) (23).

Sur le plan médical, n'ont été retenus que les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques pouvant avoir un impact sur le déroulement de la césarienne, la réalisation de la suture, la survenue de complications et la satisfaction des patientes.

Pour les antécédents obstétricaux, nous avons choisi de relever la parité des participantes, le nombre d'accouchements par voie basse et le nombre de césariennes antérieures, dans ce cas, la méthode de suture utilisée pour chacune d'elle était précisée.

B. Caractéristiques obstétricales

En ce qui concerne, les caractéristiques obstétricales, les variables recueillies sont le terme d'accouchement, le mode de mise en travail (spontané, déclenchement ou césarienne programmée), le type d'analgésie (péridurale ou rachianesthésie), le type de césarienne (en urgence ou programmée), l'indication de la césarienne ainsi que la survenue d'une hémorragie de la délivrance (≥ 500 ml).

C. Caractéristiques néonatales

Pour le nouveau-né, les renseignements retenus sont le poids de naissance, le pH, l'Apgar à 5 minutes et le type d'allaitement en suites de couches.

2. Variables étudiées

A. La douleur

Pour étudier la douleur, les patientes ont été interrogées, à l'aide de questions fermées. Dans un premier temps, nous les avons interrogées sur la fréquence d'utilisation des antalgiques. La douleur a été évaluée à partir d'une échelle visuelle analogique (EVA), allant de 0 à 10 (0 = aucune douleur et 10 = la pire des douleurs imaginables), à différents

moments du séjour en suites de couches : 24 heures après l'intervention, au 3^{ème} jour du post-partum, en l'absence de prise d'antalgiques ainsi qu'au premier lever.

B. La mobilisation

En ce qui concerne la mobilisation, elle a également été étudiée à l'aide de questions courtes et fermées. Ces questions portaient sur l'heure du premier lever (supérieur ou inférieur à 4 heures). Nous avons choisi le seuil de 4 heures, car il s'agit du délai moyen de survenue du premier lever.

Selon les centres d'études, le premier lever était réalisé après le retrait de la sonde urinaire, qui était retirée soit en SSPI ou en SDC dans 2 à 6 heures post-césarienne. Pour le premier lever, nous avons choisi d'utiliser la médiane de 4 heures comme seuil.

Nous avons également évalué la douleur associée au premier lever et la fréquence des levers de manière générale. Aussi nous leurs avons demandé si elles estimaient avoir besoin d'aide pour réaliser les activités quotidiennes. Dans cette partie, les patientes avaient la possibilité de développer leurs réponses et de préciser les activités pour lesquelles elles se sentaient limitées.

C. L'image corporelle

L'image corporelle est « *la façon dont notre corps nous apparaît à nous même* » (24).

L'étude de l'image corporelle constitue l'une des pièces centrales de cette étude. En effet, la représentation que la mère a de son corps est à prendre en compte dans l'état de santé maternel. De même, comme nous l'avons dit en introduction, la femme ayant accouché par césarienne, découvre son nouveau corps, avec les « traces » de la grossesse mais également cette suture de césarienne.

Nous avons choisi d'analyser cette variable à partir de questions semi-ouvertes portant sur le jugement que portent ces femmes sur la suture et sur leurs corps, ainsi que les éventuelles appréhensions et peurs, qu'elles pourraient avoir par rapport à la suture.

D. L'investissement de la mère dans les soins du nouveau-né

Dans un objectif secondaire, nous nous sommes intéressés à l'investissement de la mère dans les soins du nouveau-né, nous avons choisi de l'étudier à partir des activités réalisées couramment en suites de couches que sont le bain, les changes, la mise au sein ou l'alimentation au biberon et le portage.

L'implication maternelle, peut être influencée par différents facteurs comme la douleur, la limitation des mouvements, la modification de l'image corporelle maternelle ou autres. Nous voulions ainsi voir, à travers ces questions, si la méthode de suture employée, pouvait également impacter l'investissement de la mère dans les soins du nouveau-né.

E. Le choix final

Dans une question finale, nous avons demandé aux femmes, quelle serait la méthode de suture qu'elles choisiraient si elles en avaient le choix.

Ce choix final, qu'il soit identique, différent du type de suture utilisé chez ces patientes, pourrait refléter la satisfaction globale de ces patientes à partir des différents points abordés dans ce questionnaire : la douleur, la mobilisation, l'image corporelle et l'implication de la mère dans les soins du nouveau-né.

F. L'évaluation de la douleur

Pour évaluer la satisfaction des patientes, nous avons choisi d'établir pour les deux questionnaires, un score de satisfaction à partir d'éléments objectifs.

Pour cela, nous avons retenu, pour chaque questionnaire, les questions suivantes :

- Pour le questionnaire n°1 (*cf. Annexe n°2*) : 2-3 (pour la douleur), 5-6 (pour la mobilisation), 8 (pour l'image corporelle) et 12-13-15 (pour l'implication de la mère dans les soins).
- Pour le questionnaire n°2 (*cf. Annexe n°3*) : 2-3-4 (pour la douleur), 6 (pour la mobilisation), 9 (pour l'image corporelle) et 12 (pour l'implication de la mère dans les soins).

Pour chaque question, nous avons utilisé une échelle numérique allant de 0 à 2 points. Les questions fermées étaient notées selon un mode binaire (0 ou 1 point), les questions pour lesquelles il y avait 3 réponses possibles étaient notées de 0 à 2 points (*cf. Annexe n°4*). Pour l'EVA, nous avons établi des classes : de 0 à 3 = 2 points ; de 4 à 6 = 1 point et de 7 à 10 = 0 point (*cf. Annexe n°4*).

Au final, le questionnaire de suites de couche était noté sur 18 points et celui du questionnaire à 6 à 8 semaines post-accouchement était sur 9 points. Ces différents scores obtenus, nous ont permis d'évaluer la satisfaction des participantes à l'aide de valeurs numériques.

Considérations éthiques et réglementaires

Pour débiter cette étude, il a fallu, d'abord obtenir l'accord des chefs de service et cadres supérieurs des différents sites. Aussi, pour le deuxième questionnaire, étude à long terme, les patientes ont dû compléter et signer une autorisation (*cf. Annexe n°2*), sur laquelle elles devaient renseigner une adresse mail afin de recevoir le questionnaire en ligne. Les autorisations qui n'étaient pas complétées, étaient considérées comme un refus.

Stratégie d'analyse

Les données ont été présentées par leurs moyennes et déviations standards pour les variables continues de distribution normale. Pour les variables continues de distribution non normale, nous avons utilisé les médianes et distances interquartiles.

Pour évaluer les différences entre le groupe « Fils résorbables » et le groupe « Agrafes », nous avons utilisé un test de Student ou un test de Mann-Whitney pour évaluer, respectivement, les variables continues de distribution normale ou non normale.

Pour les variables catégorielles des groupes, nous avons utilisé un test de Chi2 ou un test de Fisher si les effectifs théoriques de certaines classes étaient inférieurs à 5. Une différence était significative quand p était inférieur à 0,05. Le logiciel R version 3.4.4 (R core team) a été utilisé pour les analyses statistiques.

Deuxième partie : RESULTATS

Description de la population

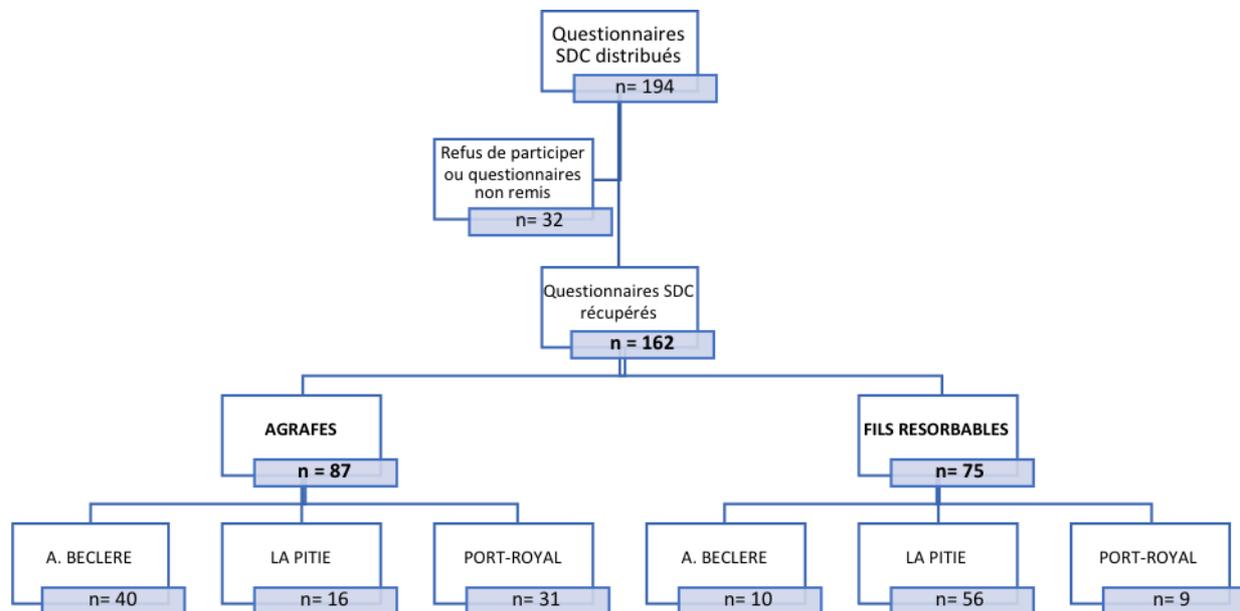


Figure 2: Participation à l'étude à court-terme

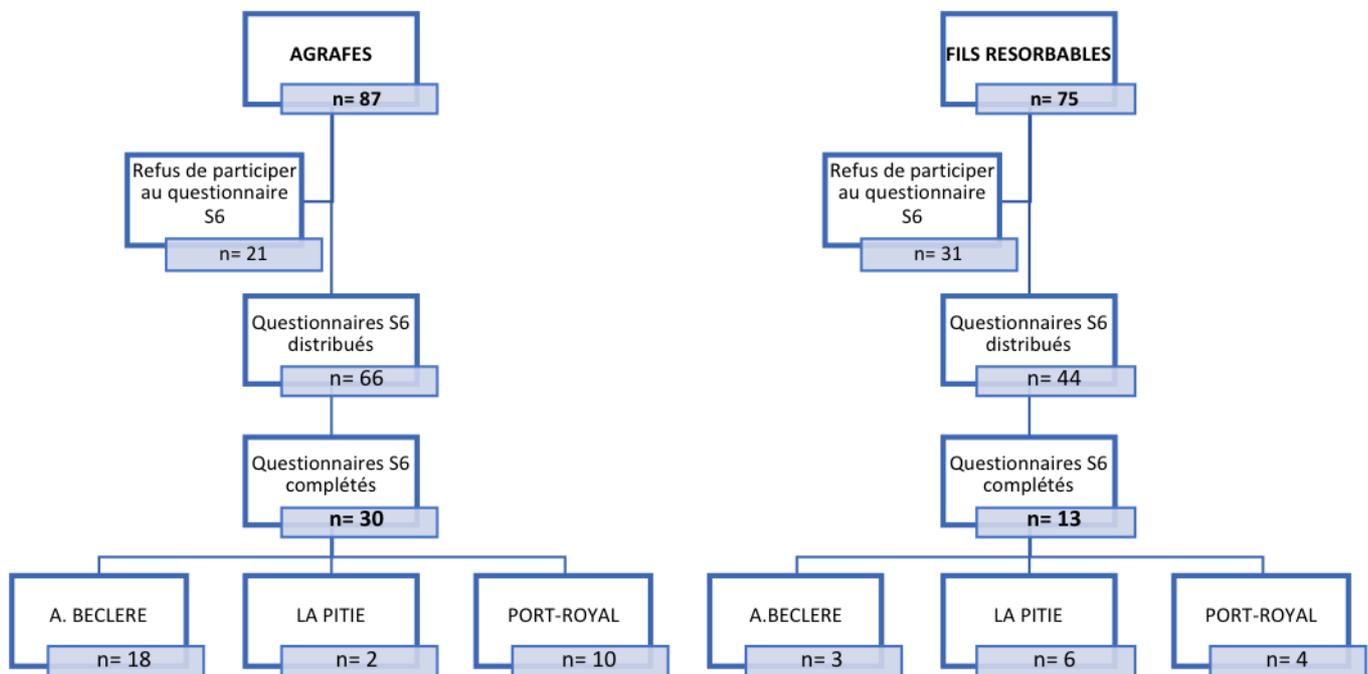


Figure 3: Participation à l'étude à long-terme

Pour le questionnaire à court-terme, parmi les 32 patientes n'ayant pas participé à l'étude (soit 16,5% de la population initiale), on dénombre 19 patientes suturées aux fils non résorbables et 13 suturées avec des agrafes.

En ce qui concerne le questionnaire à long-terme, on note un faible taux de participation à ce questionnaire (26,5%), avec une majorité de réponses chez les patientes ayant une suture avec des agrafes (70%).

Caractéristiques de la population d'étude

		Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	P
Lieu d'accouchement, n (%)				<0,001
	<i>A. Béclère</i>	10 (13,3)	40 (46)	
	<i>Port-Royal</i>	9 (12)	31 (36)	
	<i>La Pitié</i>	56 (75)	16 (18,4)	
Âge (moyenne +/- SD)				0,53
		33,39 +/- 5,4	32,86 +/- 5,2	
Origine géographique, n (%)				0,94
	<i>Caucasienne</i>	39 (52)	49 (56)	
	<i>Afrique du Nord</i>	15 (20)	13 (15)	
	<i>Afrique SS</i>	11 (15)	13 (15)	
	<i>Amérique du N</i>	0	1 (1,1)	
	<i>Amérique du Sud</i>	0	1 (1,1)	
	<i>DOM-TOM</i>	6 (8)	7 (8)	
	<i>Autres</i>	4 (5,3)	3 (3,4)	
Niveau socio-économique n (%)				0,31
	<i>CSP +</i>	67 (89,3)	73 (83,9)	
	<i>CSP -</i>	8 (10,7)	14 (16,1)	
IMC (médiane [Q1 ; Q3])				0,47
		24 [22 ; 27]	23[22 ; 26]	

Parité (médiane [Q1 ; Q3])				0,034
		2 [1 ; 2]	1 [1 ; 2]	
Parité, n (%)				0,04
	1	36 (48)	54 (62)	
	2	26 (35)	28 (32,2)	
	>2	13 (17,3)	5 (6)	
Nombre de césariennes antérieures, n (%)				0,13
	0	48 (64)	66 (76)	
	1	23 (31)	17 (20)	
	2	4 (5)	2 (2,3)	
	≥3	0	2 (2,3)	
Sutures antérieures n (%)		N= 27	N=21	0,79
	<i>Agrafes</i>	9 (33,3)	8 (38,1)	
	<i>Fils R</i>	6 (22,2)	5 (24)	
	<i>Fils NR</i>	1 (4)	0	
	<i>Fils + Agrafes</i>	0	1 (5)	
	<i>2 méthodes expérimentées</i>	2 (7,4)	0	
	<i>Non précisées</i>	9 (33,3)	7 (33,3)	

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes

On remarque qu'il existe des différences dans la répartition des patientes selon les lieux d'étude. En effet, dans le groupe « Fils résorbables », 75% des participantes avaient accouché à la maternité de La Pitié Salpêtrière, contre 18,4% dans le groupe « Agrafes ».

Les deux groupes d'études étaient toutefois comparables sur l'âge, l'origine géographique, le niveau socio-économique, l'IMC.

Sur le plan obstétrical, on observe plus de primipares dans le groupe « Agrafes » (62% versus 48%) ($p=0,04$). Les participantes du groupe « Fils résorbables » étaient essentiellement des multipares (≥ 2), 52,3% contre 38,2% dans le groupe « Agrafes ». Malgré

cette différence, le nombre de césariennes antérieures était comparable entre les deux groupes.

		Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	P
Terme d'accouchement (médiane [Q1 ; Q3])				0,59
		39 [38,1 ; 40]	39 [39 ; 40]	
Mode de mise en travail, n (%)				0,73
	<i>Travail spontané</i>	46 (61,3)	48 (55)	
	<i>Déclenchement</i>	6 (8)	8 (9,2)	
	<i>Césarienne Programmée</i>	23 (31)	31 (36)	
Type de césarienne, n (%)				0,81
	<i>Urgence</i>	53 (71)	63 (72)	
	<i>Programmée</i>	22 (29)	24 (28)	
Indications de la césarienne, n (%)				0,31
	<i>ARCF</i>	35 (47)	30 (34,4)	
	<i>Stagnation</i>	11 (15)	18 (21)	
	<i>Stag + ARCF</i>	3 (4)	4 (5)	
	<i>Utérus cicatriciel</i>	11 (15)	12 (14)	
	<i>Non engagement</i>	1 (1,3)	7 (8)	
	<i>Autres (présentation fœtale,</i>	14 (19)	16 (18,4)	

	<i>désir maternel...</i>			
Analgésie, n (%)				0,09
	<i>APD</i>	49 (65)	56 (64,4)	
	<i>Rachianesthésie</i>	22 (29)	31 (36)	
	<i>APD + RACHI</i>	4 (5,3)	0	
EPS (médiane [Q1 ; Q3])				0,07
		400 [300 ; 400]	300 [200 ; 400]	
HPP (500 < EPS < 1000 ml), n (%)				0,98
		7 (8)	8 (9,2)	

Tableau 2 : Caractéristiques de l'accouchement

En ce qui concerne l'accouchement, les deux groupes étaient comparables pour le terme d'accouchement, le mode de mise en travail, l'indication de la césarienne, l'analgésie et l'estimation des pertes sanguines.

	Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	p
Poids de naissance en g (Moyen +/- SD)			0,33
	3265,1 +/- 475,9	3338,3 +/- 474,9	
Apgar à 5 minutes, n (%)			0,86
	< 7	1 (1,33)	1 (1,14)
	> 7	74 (99)	86 (99)
pH artériel (médiane [Q1 ; Q3])			0,32
	7,26 [7,22 ; 7,32]	7,28 [7,23 ; 7,31]	
pH artériel, n (%)			0,5
	< 7,10	0	2 (2,3)
Type d'allaitement, n (%)			0,13
	<i>All. Maternel</i>	42 (56)	60 (69)

	<i>All. Artificiel</i>	16 (21,3)	17 (20)	
	<i>All. Mixte</i>	17 (23)	10 (11,5)	

Tableau 3 : Caractéristiques des nouveau-nés

Pour ce qui est des caractéristiques des nouveau-nés, aucune différence significative n'a été observée.

Principaux résultats

1. Étude à court-terme

A. La douleur

			Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	P
Fréquence de prise des antalgiques					<0,001
	<i>Systematique</i>		27 (36)	64 (74)	
	<i>Si Douleurs</i>		47 (63)	22 (25,3)	
	<i>Aucune prise</i>		1 (1,3)	1 (1,14)	
EVA dans les 24 h post-césarienne (Médiane [Q1 ; Q3])					0,07
			6 [4 ; 7]	5 [3 ; 6,5]	
EVA au premier lever (médiane [Q1 ; Q3])					0,01
			7 [5 ; 8]	5 [3 ; 7]	
EVA à C3 (médiane [Q1 ; Q3])					0,17
			4 [3 ; 5]	3 [2 ; 4]	
EVA sans antalgique (médiane [Q1 ; Q3])					0,4
			7 [5 ; 8]	6 [4 ; 8]	
EVA, n (%)					
<i>Dans les 24h post- césarienne</i>		0-3	18 (24)	26 (30)	0,16
		4-6	27 (36)	39 (45)	
		7-10	29 (39)	22 (25,3)	
<i>Au 1^{er} lever</i>		0-3	14 (19)	24 (28)	0,038
		4-6	22 (29)	31 (36)	
		7-10	39 (52)	26 (30)	
<i>C3</i>		0-3	35 (47)	47 (54)	0,68
		4-6	31 (41)	31 (36)	
		7-10	8 (11)	9 (10,3)	

	Sans ATG	0-3	7 (9,3)	11 (13)	0,44
		4-6	25 (33,3)	21 (24,1)	
		7-10	33 (44)	28 (32,2)	

Tableau 4 : La douleur

On remarque que les patientes du groupe « Agrafes », utilisaient significativement plus d'antalgiques que les patientes du groupe « Fils résorbables » : 74% des participantes suturées avec des agrafes disaient avoir recours systématiquement aux antalgiques, contre 36% dans le groupe « Fils résorbables ».

Les deux groupes ont des EVA globalement comparables à l'exception de l'EVA au premier lever.

Les participantes suturées aux fils résorbables avaient une EVA au premier lever significativement plus élevée que les participantes du groupe « Agrafes », avec une médiane estimée à 7 pour le groupe « Fils résorbables » contre 6 pour le groupe « Agrafes », (p=0,01).

Cette différence pourrait s'expliquer par des différences de protocoles entre les centres d'études.

En effet, la majorité des patientes du groupe « Fils résorbables » avaient accouché à La Pitié Salpêtrière, maternité où le premier lever survient, au plus tôt dans les 2 heures qui suivent leur arrivée en SDC, soit 2 heures après le retrait de la sonde urinaire à demeure.

Tandis que, dans les deux autres centres d'étude, les patientes étaient levées dans les 4 à 6 heures qui suivaient le retrait de la sonde urinaire. Alors, un 1^{er} lever plus précoce pourrait expliquer les différences observées.

B. La mobilisation

		Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	p
1^{er} lever				0,11
	≤ 4 heures	45 (60)	58 (67)	

	> 4 heures	30 (40)	23 (26,4)	
Fréquence des levers				0,78
	<i>Dès que possible</i>	52 (69,3)	62 (71,3)	
	<i>Limités</i>	21 (28)	25 (29)	
	<i>Jamais</i>	1 (1,33)	0	
Patientes nécessitant de l'aide pour se mobiliser				0,79
		23 (31)	25 (29)	

Tableau 5 : La mobilisation

En ce qui concerne la mobilisation, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes d'étude.

Pour rappel, le premier lever survient dans les 2 à 6 heures qui suivent le retrait de la sonde urinaire à demeure. Pour évaluer l'étude de la mobilisation, nous avons donc choisi le délai de 4h parce qu'il s'agit, d'une part de la médiane entre 2 heures et 6 heures et d'autre part, parce que selon les professionnels rencontrés, les premiers effets de l'anesthésie locorégionale sur la mobilité s'estomperaient en général dans les 4 heures post-césarienne, il s'agirait alors d'un délai favorable à un premier lever.

C. L'image corporelle

		Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	p
Patientes ayant regardé la cicatrice, n (%)				0,81
		61 (81,3)	72 (83)	
Quel regard portez-vous sur la cicatrice ? n (%)				0,02
	<i>Satisfaisant</i>	44 (59)	35 (40,3)	
	<i>Neutre</i>	13 (17,3)	31 (36)	

	<i>Insatisfaisant</i>	10 (13,3)	13 (15)	
Patientes ayant des peurs/appréhensions, n (%)				0,001
		17 (23)	42 (48,3)	
Patientes dont l'image corporelle est modifiée, n (%)				0,82
		20 (27)	25 (29)	

Tableau 6 : L'image corporelle

Concernant l'étude de l'image corporelle, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes : qu'elles aient été suturées aux fils résorbables ou avec des agrafes, les participantes jugeaient, la représentation qu'elles avaient de leur corps, inchangée.

Par rapport à la cicatrice, nous avons relevé toutefois des différences significatives, quant au regard qu'elles portent sur la cicatrice. 59% des patientes du groupe « Fils résorbables » ont jugé la cicatrice « satisfaisante » contre 40,3% dans le groupe « Agrafes » (p=0.02).

Pour ce qui est, des peurs et des appréhensions, il y avait une différence significative entre les participantes: les patientes suturées avec des fils résorbables en surjet intradermique semblaient avoir moins d'appréhensions (p=0.001).

Pour rappel, dans cette partie, nous avons utilisé des questions semi-ouvertes ; ainsi les participantes avaient la possibilité de compléter leurs réponses. A la question sur les peurs et appréhensions, 56 participantes ont accepté de commenter leurs réponses (30,4% du groupe « Fils résorbables » contre 70% du groupe « Agrafes »).

Parmi les réponses recueillies, on remarque que, dans le groupe « Fils résorbables » les peurs relatives au risque de « désunion » sont les plus fréquentes (24%) au même titre que celles en rapport à la cicatrisation, « mauvaise cicatrisation » (24%) et l'aspect esthétique (24%). Contrairement au groupe « Agrafes », dans lequel il s'agissait essentiellement du risque de « désunion » qui représentait 36% des réponses, suivi de l'aspect « impressionnant » des agrafes sur la peau (21% des réponses).

D. L'implication de la mère dans les soins du nouveau-né

Le tableau 7 regroupe l'ensemble des réponses des participantes aux questions portant sur leur investissement dans les soins du nouveau-né.

	Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	P
Patientes ayant participé au 1^{er} bain, n (%)			0,98
	51 (68)	59 (68)	
En cas de non-participation au bain, qui l'a fait ?	(N= 24 soit 32%)	(N=28 soit 32,2%)	0,28
<i>Conjoint(e)</i>	17 (71)	15 (53,6)	
<i>Accompagnant(e)</i>	0	0	
<i>Équipe soignante</i>	7 (29,2)	13 (46,4)	
Réussite au portage (Berceau → Bras), n (%)			1
	73 (97,3)	85 (98)	
Réussite au portage (Bras → Berceau), n (%)			1
	73 (97,3)	84 (96,6)	
Patientes présentant des difficultés pour : n (%)			0,57
<i>Positionner le bébé</i>	15 (20)	16 (18,4)	
<i>Alimenter le bébé</i>	13 (17,3)	21 (24,1)	
En cas de difficultés, qui l'a fait ?	(N= 28 soit 37,3%)	(N= 37 soit 42,5%)	
<i>Conjoint(e)</i>	6 (21,4)	7 (19)	
<i>Accompagnant(e)</i>	0	0	
<i>Équipe soignante</i>	4 (14,3)	8 (22)	
Patientes ayant eu recours à la crèche,			0,54

n (%)			
	34 (45,3)	35 (40,2)	

Tableau 7 : L'investissement dans les soins du nouveau-né

Le tableau 7 regroupe l'ensemble des réponses des participantes aux questions portant sur leur investissement dans les soins du nouveau-né. On remarque, qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes d'études que ce soit pour la participation aux bains, aux changes, pour le portage et l'alimentation.

E. Satisfaction globale en suites de couches

Dans la question finale nous avons interrogé les patientes sur le type de suture qu'elles choisiraient, si elles le pouvaient.

		Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	p
Choix final, n (%)				
	<i>Fils résorbables</i>	60 (80)	36 (41,4)	<0,001
	<i>Agrafes</i>	3 (4)	14 (16,1)	0,019
	<i>Indifférent</i>	12 (16)	37 (43)	<0,001

Tableau 8 : Choix final en Suites de couches

Nous avons relevé des différences significatives entre les groupes d'étude. D'abord, les participantes du groupe « Fils résorbables » opteraient à nouveau, pour une suture aux fils résorbables ($p < 0,001$).

Pour ce qui est de la suture avec des agrafes, 16,1% des participantes du groupe « Agrafes », contre 4% du groupe « Fils résorbables » choisiraient cette méthode de suture.

Enfin, nous avons constaté qu'au sein du groupe « Agrafes », les avis étaient partagés entre les sutures aux fils résorbables (41,4%) et la réponse « Indifférent » (43%).

A cette question, nous avons demandé aux patientes de justifier leur réponse. A partir de celles-ci, nous avons fait les observations suivantes :

Parmi les participantes ayant choisi la suture avec agrafes (ce qui représente 10,5% de la population), nous avons recueilli 8 commentaires (2 du groupe « Fils résorbables » contre 6 du groupe « Agrafes »).

- Dans le groupe « Agrafes », les raisons principales de ce choix étaient que ce type de suture soit « moins douloureux » (33,3%) et qu'il soit associé à un meilleur vécu (33,3%).
- Dans le groupe « Fils résorbables », les 2 patientes ayant justifié leur réponse, ont mentionné l'aspect esthétique, en disant que la cicatrice serait plus « belle ».

Pour les patientes ayant fait le choix de la suture aux fils résorbables (59,26% de la population), 60 participantes ont justifié leur réponse.

- Dans les deux groupes d'études, l'argument récurrent était le caractère « résorbable » de cette méthode. Cet argument a été retrouvé dans 41% des réponses obtenues dans le groupe « Fils résorbables » contre 31,3% dans le groupe « Agrafes ».
- Dans le groupe « Fils résorbables », la deuxième raison évoquée était la douleur, cette méthode était jugée moins douloureuse (20,5% des réponses) et l'aspect esthétique (18% des réponses).
- Parmi les arguments des patientes du groupe « Agrafes », en faveur des fils résorbables, on retrouve le caractère impressionnant des agrafes (25%) et le fait que la suture aux fils résorbables soit associée à moins de douleur (19%).

Pour les patientes ayant coché la réponse « Indifférent » (soit 30,24% de la population).

Nous avons obtenu 17 commentaires (13 du groupe « Agrafes » contre 4 du groupe « Fils »).

- Dans le groupe « Fils résorbables », les deux raisons principales de ce choix étaient « une bonne expérience avec les deux méthodes » (50% des réponses) et la « confiance accordée à l'équipe médicale » (50% des réponses).

- Alors que dans le groupe « Agrafes », la raison principale de ce choix était la « confiance en l'équipe médicale » (69,2%) suivie de la méconnaissance des autres méthodes de sutures (31%) : « Je ne connais pas d'autres méthodes » ou « Je ne connais pas les différences entre les sutures ».

2. Étude à long-terme

A. Évaluation à 6 et 8 semaines

		Fils résorbables n= 13	Agrafes n= 30	P
Lieu d'accouchement, n (%)				0,0087
	<i>A. Béclère</i>	3 (23,1)	18 (60)	
	<i>Port-Royal</i>	4 (31)	10 (33,3)	
	<i>La Pitié</i>	6 (46,1)	2 (6,7)	
Patientes ayant présenté des complications, n (%)				1
		2 (15,4)	6 (20)	
Patientes ayant des douleurs, n (%)				0,49
		3 (23,1)	11 (36,7)	
EVA S6 médiane [Q1 ; Q3]				0,016*
		0 [0 ; 0]	2[1 ; 2]	
Prise ATG (OUI)				1
		1 (8)	3 (10)	
Reprise des activités quotidiennes				0,43
	<i>1^{ère} semaine post-césarienne</i>	6 (46,2)	11 (36,7)	
	<i>> 1 semaine après l'intervention</i>	6 (46,2)	11 (36,7)	
	<i>1 mois après l'intervention</i>	1 (8)	8 (26,7)	
Avez-vous regardé la cicatrice ? (OUI)				1
		13 (100)	29 (96,7)	
Avez-vous touché à la cicatrice ? (OUI)				0,3
		13 (100)	26 (86,7)	
Quel regard portez-vous sur la cicatrice ? n (%)				0,04

*Nombreuses données manquantes rendant les résultats ininterprétables
PERRONI Noa-Lyse

	Satisfaisant	7 (54)	19 (63,3)	
	Neutre	4 (31)	1 (3,3)	
	Insatisfaisant	2 (15,4)	10 (33,3)	
Patientes ayant des peurs/appréhensions, n (%)				0,72
		3 (23,1)	6 (20)	
Patientes dont l'image corporelle est modifiée, n (%)				1
		3 (23,1)	6 (20)	
Investissement dans les soins modifié (OUI), n (%)				0,65
		1 (8)	5 (16,7)	

Tableau 9 : Évaluation à 6-8 semaines

Pour l'évaluation à long-terme (entre 6 et 8 semaines post-natales), seules 43 patientes ont participé à celle-ci (soit 26,5% de la population d'étude totale).

Face à ce faible taux de participation, les résultats obtenus étaient difficilement interprétables, d'autant plus que la répartition des participantes entre les groupes et les centres était inégale.

Aussi, certaines participantes n'ont pas répondu à l'ensemble du questionnaire, nous empêchant ainsi de tirer de conclusion des résultats obtenus.

Cela dit, nous avons pu observer des tendances. D'abord, entre 6 à 8 semaines du post-partum, il n'y avait pas de différence entre les groupes « Fils résorbables » et « Agrafes » en termes de douleurs, de complications, de mobilisation ou encore d'image corporelle. Pour ce qui est des complications, bien qu'il n'y ait pas de différence significative, nous avons noté 2 complications dans le groupe « Fils résorbables » et 6 dans le groupe « Agrafes ».

Nous avons demandé aux femmes de préciser les complications rencontrées. Parmi celles recensées, nous avons obtenu dans le groupe « Fils résorbables », 2 commentaires :

PERRONI Noa-Lyse

« Abscès interne » et « Désunion ». Dans le groupe « Agrafes », nous avons recueilli 5 commentaires, les complications étaient « Hématome de parois » (2 réponses), « Abscès de parois » (2 réponses) et « Allergie aux agrafes » (1 réponse).

Par ailleurs, on relève qu'à long terme, les participantes du groupe « Agrafes » ont tendance à juger la cicatrice « Insatisfaisante » (33,3%) contre 15,4% dans le groupe « Fils résorbables ». Alors qu'au questionnaire à court-terme (distribué en suites de couches), elles avaient tendance à être plutôt satisfaites ou neutres.

B. Satisfaction globale à 6-8 semaines

Comme dans le questionnaire de suites de couches, nous avons interrogé les patientes sur le type de suture qu'elles choisiraient si elles le pouvaient et leur avons demandé de justifier leurs réponses.

		Fils résorbables n= 13	Agrafes n= 30	P
Choix final, n (%)				
	<i>Fils résorbables</i>	11 (85)	7 (23,3)	<0,001
	<i>Agrafes</i>	1 (8)	11 (36,7)	0,07
	<i>Indifférent</i>	1 (8)	12 (40)	0,07

Tableau 10 : Choix final à 6-8 semaines

Pour le choix de la méthode aux fils résorbables, nous avons observé une différence significative entre les groupes, avec 85% des participantes du groupe « Fils résorbables » ayant opté pour une suture aux fils résorbables contre 23,3% dans le groupe « Agrafes ».

Pour les deux autres options, aucune différence n'a été observée. Au sein du groupe « Agrafes », les avis étaient partagés entre « une méthode indifférente » (40%) et les agrafes (37%).

En ce qui concerne, les raisons ayant motivé leur choix, nous avons fait les constats suivants :

Pour les participantes ayant opté pour la suture avec des agrafes (28% de la population soit 11 du groupe « Agrafes » et 1 participante du groupe « Fils résorbables »), nous avons pu recueillir 7 commentaires :

- Dans le groupe « Agrafes », ce choix s'expliquait essentiellement par une « bonne expérience » avec cette méthode de suture et une « bonne cicatrisation ».
- Dans le groupe « Fils résorbables », la participante avait justifié son choix par son mauvais vécu avec la suture aux fils résorbables.

Parmi les participantes, ayant fait le choix de la suture aux fils résorbables, on dénombre 11 participantes du groupe « Fils résorbables » contre 7 du groupe « Agrafes ». Nous avons obtenu 18 commentaires.

Les principaux arguments retrouvés, dans les deux groupes étaient, par ordre de fréquence ; une cicatrice « plus belle ou plus fine », « un bon vécu », le caractère « moins impressionnant/moins effrayant » des fils résorbables.

Enfin, pour le choix « Indifférent », nous avons obtenu 2 commentaires, un par groupe. Ces deux participantes s'accordaient à dire qu'elles seraient satisfaites, qu'elles aient des fils résorbables ou des agrafes.

Troisième partie : DISCUSSION

Les points forts

En parcourant la littérature comparant les sutures aux fils résorbables à celles avec des agrafes, nous avons constaté que souvent les études s'intéressaient aux complications, à la douleur ou encore à l'aspect esthétique de la suture mais rarement à la satisfaction des patientes (15) (21). Les avis recueillis étaient essentiellement ceux des professionnels (obstétriciens ou chirurgiens plastiques) (25) et le point de vue des patientes ainsi que leur satisfaction étaient soit évalué dans un objectif secondaire ou alors non évalués.

A travers notre étude, menée sur une période de 11 mois, nous avons tenté d'approfondir et d'étayer cet aspect peu évalué. Pour cela, nous nous sommes intéressés à l'avis des patientes en les interrogeant à l'aide de questionnaires distribués au 3^e jour du post-partum et entre 6 et 8 semaines du post-partum.

L'un des points forts de cette étude est le nombre de participantes : 162 patientes (Fils résorbables, n=75 et Agrafes, n=87), qui est comparable à celui de l'étude de Rousseau par exemple (Fils résorbables n=52 et Agrafes n=49). (21)

Aussi, il s'agit d'une étude prospective, pour laquelle nous avons réalisé des questionnaires fondés sur des éléments concrets, qui font partie de la réalité des femmes dans le post-partum et la pratique quotidienne des professionnels de la périnatalité.

Pour mener à bien ce projet, nous avons réalisé une étude multicentrique, que nous devions adapter à l'activité dans les différents centres, la disponibilité des patientes et des professionnels. Les patientes ont été suivies à court et long terme. Le recueil de données et la distribution des questionnaires ont été réalisés dans les dossiers, par une seule et même personne.

Les biais et limites

Au lancement du projet, nous étions confrontés à des difficultés dans le recrutement des participantes. Initialement, ce projet devait être mené à Antoine Béclère et Port-Royal, mais face au faible effectif de patientes suturées aux fils (selon nos critères d'inclusion), il a fallu étendre le projet à un autre centre : La Pitié-Salpêtrière. Ce choix nous a alors exposé à un biais de sélection.

En effet, dans le groupe « Fils résorbables » 75% des participantes venaient de La Pitié Salpêtrière, la répartition des patientes de cette maternité n'étant pas équitable entre les groupes impliquait une prise en compte des différences de protocoles entre les maternités.

Les second biais de sélection retenu était les pertues de vues. En effet, nous avons estimé le taux de pertes à 16,5% et 26,5%, respectivement pour le questionnaire à court-terme et à long-terme. Ces pertues de vue étaient essentiellement liées au refus de participer et à la perte de questionnaires (oublis ou questionnaires non remis ou non complétés) (*cf. Figures 1 et 2*).

Nous avons pu limiter ce biais pour l'étude à court-terme, en optimisant la communication autour de l'étude avec des fiches d'informations (*Annexe n°1*), des mémos placés dans les dossiers... Cela dit pour l'étude à long-terme, mises à part les relances à 8 semaines, nous n'avions pas d'autres moyens d'action.

En effet, la principale limite de ce projet est liée au faible taux de participation à l'étude à long-terme (S6-S8). Initialement, nous voulions employer une méthodologie semblable a celle utilisée dans l'étude de Rousseau et al. à savoir évaluer la satisfaction en

interrogeant les patientes à différents moments du post-partum à C3 et à 6 à 8 semaines post-natales contre C1, C3 et S6 dans l'étude de Rousseau et al.(21). Nous avons donc opté pour un questionnaire en ligne qui nous semblait plus adapté, pour pallier les différentes contraintes rencontrées. Cependant, nous ne disposions pas d'autres moyens que les mails pour recontacter toutes ces femmes. Au total, nous n'avons recueilli que 43 réponses pour le questionnaire à long-terme, 13 réponses « Fils résorbables » contre 30 réponses « Agrafes », ce qui rend difficile l'interprétation des résultats sur un effectif aussi faible et surtout inégal entre les groupes d'étude.

D'autre part, la méthodologie employée nous exposait à un biais de mémorisation. En effet, certaines questions faisaient référence à des événements qui avaient eu lieu le jour de l'accouchement (C0) alors que les patientes recevaient le questionnaire à 3 jours du post-partum (C3). Ainsi, la qualité de leurs réponses en rapport avec les événements antérieurs (ex : EVA à l'arrivée dans le service ou au premier lever) pouvaient être altérée.

Enfin, nous voulions interroger les femmes sur leur investissement dans les soins du nouveau-né, tout en suivant une démarche quantitative. Pour cela, nous avons essayé de poser des questions fermées pour être le plus objectif possible. Toutefois, nous sommes conscients que la méthode quantitative n'est pas la plus adaptée pour évaluer cet aspect ; il conviendrait de réaliser une grille d'évaluation et surtout d'opter pour une approche qualitative.

Résumé & Discussion des principaux résultats

Pour rappel, nos hypothèses de départ étaient les suivantes :

1. Le type de suture choisi par l'opérateur influence favorablement ou défavorablement la réhabilitation maternelle et l'image corporelle des femmes.

2. Les douleurs, les difficultés rencontrées à la mobilisation et les modifications de l'image corporelle maternelle impactent l'investissement de la mère dans ses interactions mère-enfant.
3. Les patientes suturées aux fils résorbables sont plus satisfaites de leur suture, que celles ayant des agrafes.

A. La douleur

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact du type de suture sur la satisfaction maternelle en termes de douleur, de mobilisation et d'image corporelle.

A travers ces analyses, nous avons fait différents constats. D'abord sur le plan de la douleur, nous avons relevé des différences significatives entre les deux groupes d'étude, pour le recours aux antalgiques et l'EVA au 1^{er} lever. Ces différences observées pourraient s'expliquer par une répartition inégale des participantes entre les groupes (*cf. Tableau 1*) et des protocoles de services propres à chaque centre d'étude. Par exemple, dans le groupe « Fils résorbables », 75% des participantes avaient accouché à La Pitié Salpêtrière contre 12 et 13,3% respectivement à Port-Royal et Béclère.

Or à la Pitié-Salpêtrière, le premier lever survient au plus tôt dans les 2 heures qui suivent l'arrivée de la patiente en suites de couches, contrairement aux deux autres maternités où les patientes sont levées, au plus tôt dans les 4 heures. Cette différence significative observée pour l'EVA pourrait s'expliquer par un premier lever plus précoce à la Pitié-Salpêtrière.

Cela dit, lorsque nous avons interrogé les participantes sur le délai de survenue du 1^{er} lever, inférieur (ou égale) ou supérieur à 4 heures, nous n'avons pas observé de différence significative entre les groupes pouvant expliquer une EVA plus élevée chez les patientes suturées aux fils résorbables.

Il semblerait, qu'au premier lever, les sutures aux fils résorbables soient plus douloureuses que celles avec des agrafes.

Pour ce qui est du recours aux antalgiques, nous avons observé que les participantes du groupe « Agrafes » avaient tendance à prendre leurs antalgiques de façon systématique.

En confrontant, ces résultats à ceux de l'EVA sans prise d'antalgique ; il n'y a pas de différence significative entre les groupes pouvant expliquer une prise aussi fréquente de médicaments antalgiques dans le groupe « Agrafes ».

En interrogeant les professionnels, il s'avère que la recommandation de « prendre les antalgiques de façon systématique, en prévention de toutes douleurs » est courante dans tous les centres d'étude.

Il semblerait que cette prise d'antalgiques soit liée aux professionnels, à leurs conseils, plutôt qu'à une véritable douleur ressentie, que ces patientes chercheraient à atténuer.

Par ailleurs, il est à noter que 62% des patientes du groupe « Agrafes » étaient des primipares, peut-être auraient-elles tendance à respecter strictement les recommandations des professionnels contrairement aux multipares.

B. La mobilisation

Lorsque l'on s'intéresse, à la mobilisation, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes. A l'exception du 1^{er} lever pour lequel, les patientes suturées aux fils résorbables ont évalué la douleur avec une médiane à 7/10.

Cette douleur importante, n'a cependant pas eu de retentissement sur la fréquence des levers pendant le séjour ou sur la mobilité de manière générale, pour lesquels nous n'avons pas relevé de différence entre les groupes.

C. L'image corporelle

Pour ce qui est de l'image corporelle, pour le questionnaire de suites de couches, aucune différence significative n'a été observée. Cependant, les patientes du groupe fils résorbables semblaient plus satisfaites de leur cicatrice que celles suturées avec des agrafes. Nous avons fait le même constat pour les peurs et les appréhensions.

Au 3^e jour du post-partum, les patientes du groupe « Agrafes », portaient un regard « neutre » sur leur cicatrice ou la jugeaient « satisfaisante ». Alors qu'à 6 à 8 semaines post-natales, bien que le taux de participation soit faible, nous avons pu observer une tendance et constater qu'un tiers des participantes la jugeait « insatisfaisante ». Ces résultats restent difficilement interprétables car la participation à ce questionnaire est faible.

Ce faisceau d'arguments nous amène à invalider l'hypothèse n°1. Le type de sutures choisi par l'opérateur ne semblerait pas avoir d'influence sur la réhabilitation maternelle et l'image corporelle des femmes.

Résumé & Discussion des résultats secondaires

A. L'implication maternelle dans les soins du nouveau-né

Dans un objectif secondaire, nous voulions estimer les répercussions que pourrait avoir le type de suture cutanée sur l'état de santé de la mère et l'investissement de celle-ci dans les soins du nouveau-né.

L'état de santé maternel a été évalué dans la première partie, à travers l'étude de la douleur, de la mobilisation et de l'image corporelle. Maintenant, en s'intéressant à l'implication de la mère dans les soins, nous n'avons pas relevé de différence significative entre les « Fils résorbables » et les « Agrafes ». Que les patientes aient été suturées avec des fils résorbables ou des agrafes, elles parviennent à se mouvoir, participer au bain, aux changes, porter leur bébé et l'alimenter (au sein ou au biberon).

Dans notre questionnaire, nous les avons interrogés sur les difficultés rencontrées pour l'alimentation que ce soit pour un allaitement maternel, artificiel ou mixte. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes. Toutefois, quand bien même il y aurait des différences, elles seraient difficilement attribuables uniquement à la suture cutanée. En effet, en matière d'allaitement, et plus particulièrement d'allaitement maternel, les patientes

nécessitent un accompagnement et un soutien des équipes soignantes, surtout dans les premiers jours (pour la mise en route de l'allaitement) et cela indépendamment de la voie d'accouchement.

De même, les groupes étaient comparables sur tous les plans à l'exception de la parité. Il y avait essentiellement des multipares (≥ 2) dans le groupe « Fils résorbables », on aurait tendance à penser que les multipares présenteraient moins de difficultés que les primipares, pour les soins ou encore l'allaitement maternel. Cependant, ces résultats ont mis en évidence que la parité n'influçait pas l'investissement de la mère dans les soins, car les deux groupes d'études présentaient des taux comparables.

Ces différents éléments nous amènent à rejeter l'hypothèse n°2. Les difficultés rencontrées à la mobilisation et les modifications de l'image corporelle maternelle ne sembleraient pas impacter pas l'investissement de la mère dans ses interactions avec son nouveau-né.

B. Le choix final

Lors du choix final, en suites de couches, 80% des patientes du groupe « Fils résorbables » avaient choisi la suture aux fils résorbables. Alors que dans le groupe « Agrafes », les avis étaient partagés entre la suture aux fils résorbables (41,4%) et celle avec des agrafes (43%). En confrontant ce choix à leur avis sur la cicatrice (le regard qu'elles portaient sur la cicatrice), les résultats sont concordants et traduisent une bonne satisfaction globale.

Nous avons choisi de présenter les résultats obtenus différemment, en répartissant les choix des patientes à la question finale, à savoir : « Fils résorbables », « Agrafes » et « Indifférent », selon que celui-ci soit « Identique » ou « Différent » de la suture actuelle des patientes (*cf. Annexe n°5*).

Nous avons alors obtenu des différences significatives entre les groupes ($p < 0,001$). En suites de couches, les participantes du groupe « Fils résorbables » opteraient pour une suture

« Identique » (80%), alors que dans le groupe « Agrafes », les avis seraient répartis entre un choix « Différent », donc les fils résorbables ou « Indifférent », c'est-à-dire neutre.

Cela voudrait dire qu'à partir des différents facteurs étudiés (douleur, mobilisation, image corporelle...), il semblerait que les patientes du groupe « Fils résorbables » soient globalement plus satisfaites de leur suture, que les patientes du groupe « Agrafes », au point d'opter pour les fils résorbables pour une césarienne ultérieure.

Pour le questionnaire S6-S8, les participantes du groupe « Fils résorbables » restaient sur leur position initiale à savoir la suture aux fils résorbables. Ce choix concorde à la fois avec le regard satisfaisant qu'elles portaient sur la cicatrice, ainsi qu'avec leur choix final à l'issue du questionnaire à court-terme.

En ce qui concerne, le groupe « Agrafes », nous avons constaté des différences entre le choix en suites de couches et celui à S6-S8. En effet, contrairement à leurs réponses en suites de couches, à S6-S8 les participantes du groupe « Agrafes » avaient tendance à opter pour la suture avec des agrafes (36,7%) ou un choix « Indifférent » (40%).

En répartissant, les réponses obtenues entre les groupes « Identique », « Différent » et « Indifférent », il semblerait que des différences significatives soient observées ($p=0,02$) (cf. *Annexe n°5*).

Cependant, les résultats obtenus sont difficilement interprétables du fait du faible effectif.

A partir de ces résultats, nous avons voulu évaluer l'impact de la suture sur la satisfaction maternelle à l'aide de données factuelles. Pour cela, nous avons décidé d'établir un score à partir des réponses obtenues. Ce score nous permettrait de dire s'il existait ou non des différences entre les groupes en termes de satisfaction et de quantifier cette satisfaction.

Pour réaliser ce score, nous nous sommes appuyés sur les éléments les plus objectifs possibles des différents questionnaires (cf. *Annexe n°4*). L'étude à court-terme, était évaluée sur 18 points tandis que celle à long terme était sur 9 points.

	Fils résorbables	Agrafes	p
Score S6 /18 (Médiane [Q1 ; Q3])	n = 75	n = 87	0,23
	10 [8 ; 11]	10 [8 ; 12]	
Score S6-S8/9 (Médiane [Q1 ; Q3])	n = 13	n = 30	0,029
	7 [6 ; 8]	6 [5 ; 6,75]	

Pour l'étude à court-terme, la médiane des scores obtenus dans chaque groupe était égale ; 10 [8 ; 11] dans le groupe « Fils résorbables » et 10 [8 ; 12] dans le groupe « Agrafes » (p= 0,23).

Par ailleurs, dans l'étude à long-terme, la médiane des scores du groupe « Fils résorbables » était de 7 [6 ; 8] et 6 [5 ; 6,75] pour le groupe « Agrafes » (p=0,029). Il semblerait que les différences observées soient significatives, cependant il est difficile de tirer une conclusion de ces résultats, car les effectifs sont trop faibles.

Ces derniers résultats nous permettent d'infirmer l'hypothèse n°3. Les patientes suturées aux fils résorbables ne sembleraient pas être plus satisfaites que celles suturées avec des agrafes.

Comparaison avec la littérature

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à la littérature comparant les sutures aux fils résorbables, aux sutures avec des agrafes. Ensuite, nous avons décidé de focaliser nos recherches sur l'étude de perception de la douleur, la mobilisation, l'aspect esthétique et la satisfaction des patientes.

Nous avons alors comparé les résultats de ces études à ceux que nous avons obtenus :

Pour la douleur, dans l'étude de Rousseau et al. (21) qui est un essai contrôlé randomisé regroupant 101 participantes, la douleur et la satisfaction étaient évaluées à 1, 2, 3 jours et 6 semaines du post-partum, à l'aide d'une échelle allant de 0 à 10. L'aspect esthétique de la suture était, quant à lui, évalué à 6 semaines du post-partum par des observateurs (des médecins) en aveugle. Ces analyses ont mis en évidence, des différences significatives en termes de douleurs à 6 semaines, entre les groupes : les patientes suturées avec des fils résorbables seraient plus algiques que celles suturées avec des agrafes.

Par ailleurs, dans l'étude de Sharma et al.(26), qui est un essai contrôlé randomisé, mené auprès de 130 femmes à 3 jours du post-partum et 112 femmes à 6 semaines post-natales, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes d'études pour les douleurs post-opératoires que ce soit à 3 jours ou à 6 semaines du post-partum.

Dans notre étude, à court-terme, nous n'avons pas relevé de différence significative entre les groupes à l'exception de l'EVA au premier lever, qui était plus élevée dans le groupe « Fils résorbables » (7 vs 5 ; $p=0,01$). En ce qui concerne l'étude à long-terme, nous n'avons pas pu interpréter les résultats, faute de données.

Pour ce qui est de l'aspect esthétique et de la satisfaction des patientes, dans la littérature (21)(26) aucune différence significative n'a été observée entre les groupes, pour ces deux critères.

Pour l'aspect esthétique, nous avons laissé la parole aux femmes et avons recueilli uniquement leurs avis (pas d'avis de professionnels) au 3^e jour du post-partum et à 6 semaines post-natales. A C3, il y avait des différences significatives entre les groupes.

Les patientes du groupes « Fils résorbables » jugeaient leur cicatrice « Satisfaisante » (59%) alors que dans le groupe « Agrafes », les avis étaient partagés entre « Satisfaisante » (40,3%) et « Neutre » (36%).

Par contre, à long-terme, 1/3 des participantes du groupe « Agrafes » jugeait la cicatrice « Insatisfaisante » (contre 15% au questionnaire à court-terme). Pour le groupe « Fils résorbables », cette observation a peu varié entre C3 et 6 semaines du post-partum.

Cependant, nous ne pouvons tirer de conclusion des résultats à long-terme en l'absence d'effectif suffisant.

Dans la littérature (26), l'aspect esthétique de la cicatrice était évalué par des médecins, à l'aide d'une échelle allant de 0 à 5, et aucune différence n'a été observée entre le groupe « Fils résorbables » et « Agrafes ».

Cependant, il est à noter que pour évaluer l'aspect esthétique de la cicatrice de césarienne, le point de vue choisi à son importance ; il existe une différence de jugement selon les observateurs : médecins ou patientes. En effet, pour une même suture, les médecins auront tendance à évaluer l'épaisseur de la cicatrice, son relief ou encore sa vascularisation, là où la patiente fondera son jugement sur son inconfort (douleurs, démangeaisons...) et l'épaisseur de la cicatrice (27).

Étant donné que pour notre étude, nous avons choisi de recueillir le point de vue des patientes, nous pourrions difficilement confronter ces résultats. Nous rappelons que l'aspect esthétique de la suture n'était pas le critère de jugement principal, mais constituait un élément nous permettant d'apprécier la satisfaction des patientes en termes d'image corporelle.

Dans notre étude, nous avons évalué la satisfaction globale, à partir du score que nous avons préalablement établi et nous n'avons observé aucune différence significative entre les groupes « Fils résorbables » et « Agrafes » (à court-terme, $p=0,23$).

De même, dans la méta-analyse de Mackeen et al.(15) (21)(26) réalisée sur une population de 3112 patientes, il semblerait qu'il n'y ait pas de différence significative pour la satisfaction entre les patientes suturées avec du fils résorbables et celles ayant des agrafes.

Implications, Perspectives et Ouverture

- **Quel sera l'impact de cette étude sur notre pratique clinique ?**

En qualité de sages-femmes, nous sommes amenées à accueillir en suites de couches des patientes ayant accouché par césarienne. De manière générale, cette expérience plus ou moins bien vécue et tolérée par les femmes, s'accompagne souvent d'interrogations : sur les douleurs, les soins à réaliser pour favoriser la cicatrisation, le nouveau-né (portage, capacité à s'en occuper...), l'aspect esthétique de la cicatrice et les grossesses ultérieures ...

A la découverte de la suture, au retrait du pansement, les interrogations et réactions sont souvent les mêmes : « Pourquoi ai-je des fils / des agrafes ? », « Qu'y a-t-il de mieux ? Les fils ou les agrafes ? », « Les agrafes font plus mal, non ? » ... et l'attitude des professionnels oscille entre la neutralité et l'exposé de leurs convictions personnelles sur le sujet.

Cette étude, nous aide à répondre de la façon la plus objective aux questions des patientes et de les rassurer grâce aux points de vue de patientes qui ont vécu la même expérience qu'elles. Nous pouvons les rassurer par rapport à l'évolution de leurs douleurs dans le temps, à leurs capacités à se mobiliser, à participer aux bains et aux changes, à mettre le bébé au sein ou lui donner le biberon.

Cette étude remet également en question nos aprioris personnels. En effet, partisans des agrafes ou des fils résorbables, nous avons tendance à valoriser un type de suture plutôt qu'un autre et c'est d'ailleurs à partir de ce constat qu'a émergé ce sujet de mémoire.

Maintenant, avec ces nouveaux éléments, nous pourrions dire aux patientes, d'abord qu'il n'existe pas de différence significative entre les sutures aux fils résorbables et avec les agrafes, en termes de douleur, de mobilisation, d'image corporelle maternelle. Ensuite, ajouter que la suture n'impacte ni l'état de santé maternel, ni son investissement dans les soins du nouveau-né. Et enfin, que la satisfaction des patientes à court et à long-terme est comparable dans les deux groupes d'étude.

- **Si c'était à refaire, quel type ou quel design d'étude serait à envisager ?**

Si l'on devait repenser ce projet. Il serait intéressant de réaliser un essai clinique contrôlé randomisé, afin de limiter les biais liés aux préférences/habitudes des opérateurs ; les internes auraient tendance à poser des agrafes, car ils sont en apprentissage et moins expérimentés, la méthode est plus rapide, alors que les chirurgiens seniors poseraient davantage de fils résorbables en surjet intradermique, peut-être parce qu'ils seraient plus à l'aise avec cette technique que les internes.

L'essai contrôlé randomisé en double aveugle (patientes et statisticiens) nous permettrait d'obtenir un nombre équivalent de sutures aux fils résorbables et avec des agrafes. Par ailleurs, pour augmenter le nombre de participantes et donc la puissance de l'étude, il conviendrait de multiplier les centres d'étude.

Pour ce qui est de la distribution et le recueil des questionnaires, idéalement il conviendrait d'avoir un à deux référents par centre d'étude, qui se rendraient sur place, tous les deux jours pour sélectionner les patientes, distribuer les questionnaires et les récupérer.

Aussi, il serait intéressant de prévoir des étiquettes à coller sur les dossiers des participantes, afin d'attirer l'attention des professionnels en charge de ces patientes, sur leur participation à l'étude et ainsi limiter les pertes de vue.

Pour l'étude à long-terme, toutes les participantes pourraient être recontactées par téléphone, entre 6 et 8 semaines post-natales pour répondre aux questionnaires.

- **Pour aller plus loin dans notre analyse**

Il serait peut-être intéressant d'envisager d'évaluer la satisfaction par thème.

Autrement dit, de proposer aux participantes de compléter une échelle soit numérique ou une échelle de Likert (« Satisfaite », « Neutre », « Insatisfaite ») à l'issue de chaque partie traitée dans le questionnaire ; à savoir la douleur, la mobilisation, l'image corporelle et l'investissement maternel dans les soins du nouveau-né. Ainsi, nous pourrions connaître la satisfaction maternelle pour chacun de ces aspects plutôt que de façon globale.

Par ailleurs, ce sujet pourrait être abordé selon une approche qualitative, en interrogeant les patientes une à une.

En effet, nous avons choisi d'évaluer la satisfaction des patientes en menant une étude quantitative. Cela dit, comme nous l'avons mentionné en introduction, la césarienne permet la naissance d'un enfant et conduit la mère à passer du statut de femme à celui de mère. A l'issue de l'intervention, la femme découvre ou redécouvre son corps, maintenant marqué par une cicatrice. Cette découverte sera plus ou moins bien vécue selon les représentations que ces femmes auront de la cicatrice et du type de suture cutanée utilisé.

Une approche qualitative nous permettrait de développer ce volet psychoaffectif et pourrait ainsi compléter nos analyses.

Conclusion

Concernant le type de suture cutanée à utiliser au moment de la césarienne : fils résorbables ou agrafes, il n'existe pas de consensus, car la littérature sur le sujet a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre elles.

Pour ce qui est de la satisfaction des patientes selon le type de suture cutanée, dans les études trouvées, aucune différence significative n'a été observée. Toutefois la méthode utilisée pour l'évaluation de la satisfaction n'était pas détaillée, ce qui a suscité notre questionnement, d'autant plus que les retours des patientes et les avis des professionnels semblaient s'opposer aux données de la littérature.

En réponse à notre problématique, nous pouvons dire qu'au vue des résultats obtenus, la satisfaction maternelle est comparable chez les femmes, que leur césarienne ait été suturée avec des agrafes ou des fils résorbables.

Nous avons également mis en évidence le fait que la douleur, la mobilisation et l'image corporelle maternelle et donc l'état de santé maternel, n'étaient pas modifiés par le type de suture choisi.

Enfin, pour ce qui est de l'implication maternelle dans les soins du nouveau-né, nous n'avons observé aucune différence.

En fin de compte, que les patientes aient eu une suture avec des agrafes ou des fils résorbables, leur satisfaction, leur réhabilitation et leur implication dans les soins ne sont pas impactées par le choix de l'opérateur.

Les résultats obtenus concordent donc avec ceux de la littérature sur le sujet.

A travers cette démarche de recherche, nous avons pu évaluer de façon objective la satisfaction des patientes et ainsi développer un aspect peu étudié dans les recherches déjà effectuées sur la question.

Pour aller plus loin dans l'étude de la satisfaction des patientes, il conviendrait d'adopter une approche qualitative afin d'évaluer l'aspect psychoaffectif de cette satisfaction ; en d'autres termes les autres facteurs qui expliqueraient le fait que la patiente soit satisfaite ou non du type de suture utilisé.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - La césarienne : ce que toute femme enceinte devrait savoir... Document d'information destiné aux femmes enceintes [Internet]. [Cité 11 févr 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1603546/fr/la-cesarienne-ce-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes
2. Masson E. Césariennes [Internet]. EM-Consulte. [Cité 10 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/69348/cesariennes>
3. rapport_enp_2016.pdf [Internet]. [Cité 21 janv 2018]. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf
4. Rapport européen sur la santé périnatale [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2013 [cité 30 janv 2019]. Disponible sur : <https://presse.inserm.fr/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale-la-france-dans-une-position-moyenne-mais-avec-le-taux-de-mortalite-le-plus-eleve-deurope/8283/>
5. Nouveau rapport européen Euro-Peristat [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [Cité 30 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/nouveau-rapport-europeen-euro-peristat/>
6. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:105.
7. Farchi S, Polo A, Franco F, Di Lallo D, Guasticchi G. Severe postpartum morbidity and mode of delivery: a retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. déc 2010;89(12):1600-3.
8. Hadar E, Melamed N, Tzadikvitch-Geffen K, Yogev Y. Timing and risk factors of maternal complications of cesarean section. *Arch Gynecol Obstet*. avr 2011;283(4):735-41.
9. Pallasmaa N, Ekblad U, Aitokallio-Tallberg A, Uotila J, Raudaskoski T, Ulander V-M, et al. Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(7):896-902.
10. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2003;348(10):946-950.
11. Solomon J, George C. Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Ment Health J*. 1996 ;17(3):183-97.

12. Saive A-L, Guédeney N. Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants. *Devenir*. 7 déc 2010 ; Vol. 22(4):321-38.
13. Laronche A. Impact de la réhabilitation précoce post-opératoire sur le ressenti maternel et la satisfaction vis-à-vis du lien mère-enfant après une césarienne. 28 mai 2015 ;71.
14. Les sutures lors de la césarienne - CNGOF.pdf [Internet]. [Cité 21 janv 2018]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_413_judlin.pdf
15. Mackeen AD, Schuster M, Berghella V. Suture versus staples for skin closure after cesarean: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2015;212(5): 621.e1-10.
16. Figueroa D, Jauk VC, Szychowski JM, Garner R, Biggio JR, Andrews WW, et al. Surgical Staples Compared with Subcuticular Suture for Skin Closure After Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* [Internet]. janv 2013 [cité 13 janv 2018];121(1). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3875219/>
17. Abdus-Salam RA, Bello FA, Olayemi O. A Randomized Study Comparing Skin Staples with Subcuticular Sutures for Wound Closure at Caesarean Section in Black-Skinned Women. *Int Sch Res Not* [Internet]. 28 oct 2014 [cité 15 mai 2019] ;2014. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4897048/>
18. Tuuli MG, Rampersad RM, Carbone JF, Stamilio D, Macones GA, Odibo AO. Staples Compared with Subcuticular Suture for Skin Closure After Cesarean Delivery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstet Gynecol*. Mars 2011 ;117(3):682.
19. Caesarean Scar Pictures [Internet]. [Cité 10 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.caesarean.org.uk/ScarPictures.html#group1>
20. Césarine / Photo de cicatrice [Internet]. [Cité 10 mai 2019]. Disponible sur : https://www.cesarine.org/apres/cicatrice/popup_photo_3.php
21. Rousseau J-A, Girard K, Turcot-Lemay L, Thomas N. A randomized study comparing skin closure in cesarean sections: staples vs subcuticular sutures. *Am J Obstet Gynecol*. Mars 2009 ;200(3): 265.e1-4.
22. Fuchs F, Benhamou D. Césarienne et post-partum. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2015;44(10):1111-7.
23. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee [Internet]. [Cité 30 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>
24. Reich M. Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *Inf Psychiatr*. 2009 ; Volume 85(3):247-54.

25. Aabakke AJM, Krebs L, Phipps CB, Secher NJ. Subcuticular Suture Compared with Staples for Skin Closure After Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* oct 2013;122(4):878.
26. Sharma C, Verma A, Soni A, Thusoo M, Mahajan VK, Verma S. A randomized controlled trial comparing cosmetic outcome after skin closure with « staples » or « subcuticular sutures » in emergency cesarean section. *Arch Gynecol Obstet.* oct 2014;290(4):655-9.
27. Draaijers LJ, Tempelman FRH, Botman YAM, Tuinebreijer WE, Middelkoop E, Kreis RW, et al. The Patient and Observer Scar Assessment Scale: A Reliable and Feasible Tool for Scar Evaluation. *Plast Reconstr Surg.* Juin 2004 ;113(7):1960.

Annexes

Annexe 1: Note d'informations à l'attention des sages-femmes

A L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES DE SDC

MEMOIRE ÉTUDIANTE SAGE-FEMME

Mesdames, Messieurs,

Étudiante sage-femme en 5^e année à l'école de sages-femmes de Baudelocque, je réalise dans le cadre de mon mémoire, une étude de la satisfaction des patientes selon le type de suture cutanée choisi par l'opérateur lors de la césarienne.

Pour réaliser cette étude, je propose aux patientes de répondre à 2 questionnaires.

Les deux questionnaires seront donnés aux patientes à l'occasion de l'examen de sortie (C3).

- 1- Le premier questionnaire est à compléter par les patientes pendant leur séjour à la maternité et à remettre à la sage-femme à leur sortie.
- 2- Le second sera à compléter en ligne ou à restituer au médecin qu'elles rencontreront à la consultation post-natale.

Si elles le souhaitent, les patientes pourront également me le transmettre par mail.

Pour ce faire, elles devront renseigner leur adresse mail sur le questionnaire n°1, me permettant de les contacter par mail, pour leur envoyer et/ou récupérer le questionnaire n°2.

Un exemplaire du questionnaire n°2 pourra être glissé dans le dossier médical, afin que les patientes puissent le compléter à l'issue de la consultation post-natale (en cas d'oubli).

Je me tiens à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Je vous remercie pour votre aide et pour l'attention accordée à mon projet.

Cordialement

Noa-Lyse PERRONI

Mail : noa-lyse.perroni@orange.fr

Directrice de Mémoire : Dr Anne-Charlotte LAURENT

MEMOIRE Étudiante Sage-Femme

SATISFACTION DES PATIENTES

selon le type de suture cutanée lors de la césarienne

Objectif : 75 patientes dans chaque groupe d'étude

Population cible :

Critères D'INCLUSION :

- Primipares ou multipares
- Singleton
- AG \geq 37 SA
- Césarienne programmée et Césarienne en urgence
- Incisions cutanées transversales basses
- Agrafes seules
- Fils résorbables seuls

Critères D'EXCLUSION :

- IMC \geq 35
- Pathologies pouvant modifier la cicatrisation (diabète préexistant de type 1 ou 2 – maladie du collagène)
- Hémorragie du Post-Partum $>$ 1L
- Césariennes sous AG
- Enfant à l'UME (séparé de sa mère)
- Fils non résorbables
- Sutures cutanées Agrafes + Fils

PERRONI Noa-Lyse

Annexe 2: Questionnaire n°1 : Étude à court-terme

QUESTIONNAIRE n°1 (Merci de remettre ce questionnaire à la sage-femme **A VOTRE DEPART**)

SATISFACTION DES PATIENTES

selon le type de suture cutanée lors de la césarienne

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 5^e année à l'école de sages-femmes de Baudelocque, Paris.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à la satisfaction des femmes selon le type de sutures cutanées choisi par l'opérateur lors de la césarienne.

Je vous propose de répondre à ces questionnaires composés d'une dizaine de questions chacun :

- 3- Le premier questionnaire est à compléter pendant votre séjour à la maternité et **à remettre à la sage-femme à votre sortie.**
- 4- Le second sera à restituer au médecin que vous rencontrerez à la consultation post-natale.
Si vous le souhaitez, vous pouvez également me le transmettre par mail.
Pour ce faire, merci de me communiquer votre adresse mail.

Je vous remercie de l'attention accordée à mon projet.

Cordialement

Noa-Lyse PERRONI

AUTORISATION

Je soussignée Madame..... atteste par la présente avoir donné à Madame Noa-Lyse PERRONI, l'autorisation de me contacter.

Adresse email :

A

Le

Signature

SATISFACTION DES PATIENTES

selon le type de suture cutanée lors de la césarienne

Merci de remettre ce questionnaire à la sage-femme A VOTRE DEPART

N'hésitez pas à annoter et commenter vos réponses ☺

Nom :

Prénom :

Votre date de Naissance :

Date d'accouchement :

Date du jour :

Adresse e-mail (pour recevoir le 2^e questionnaire) :

1. Vous avez des :

Fils

résorbables

Agrafes

2. À quelle fréquence prenez-vous vos antalgiques (médicaments antidouleur) ?

Systématiquement, en prévention de toutes douleurs

Uniquement lorsque j'ai mal

Je préfère ne pas en prendre

3. Si vous deviez évaluer votre douleur sur une échelle de 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur imaginable), à combien l'estimeriez-vous dans les situations suivantes :

→ En ayant pris vos médicaments antidouleur :

- A votre arrivée dans le service de suites de couches (24h post-césarienne)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Aujourd'hui (3^e jour post-césarienne)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Lorsque vous ne prenez pas vos médicaments antidouleur (si vous en prenez habituellement)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Heure du premier lever après votre arrivée dans le service :

≤ 4 heures

> 4 heures

→ Si douleurs ressenties au premier lever, à combien évalueriez-

vous cette douleur ?



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. De manière générale, à quelle fréquence vous levez-vous ?

Dès que possible (j'essaie de me mobiliser au maximum)

Je limite mes déplacements (je ne me déplace que si nécessaire)

Je ne peux pas me lever

6. Avez-vous besoin d'aide pour bouger ou réaliser vos activités quotidiennes (s'habiller, se chausser...)? Si oui, lesquelles ?

OUI

NON

7. Avez-vous regardé votre cicatrice ?

OUI

NON

8. Quel regard portez-vous sur votre cicatrice ? Vous la jugez : (*Entourez*)

9. Avez-vous des appréhensions/peurs à l'égard de votre suture ?

OUI

NON

→ Si oui, lesquelles ? (*Réponses brèves*)

10. Trouvez-vous qu'elle modifie le regard que vous portez sur votre corps ?

OUI

NON

→ Si oui, pourquoi ? (*Réponse brève*)

11. Avez-vous participé au premier bain du nouveau-né ?

OUI

NON

→ Si non, qui s'en est chargé ?

Votre conjoint(e)

- Votre accompagnant(e)
- Un membre de l'équipe soignante

12. Parvenez-vous à prendre votre bébé dans vos bras, seule ? (Berceau → Bras)

- OUI NON

13. Parvenez-vous à déposer votre bébé dans son berceau, seule ? (Bras → Berceau)

- OUI NON

En ce qui concerne l'allaitement :

14. S'agit-il d'un allaitement :

- Maternel Artificiel Mixte

15. Avez-vous rencontré des difficultés pour :

- Prendre votre bébé ?
 OUI NON
- Si allaitement maternel, le mettre au sein ?
 OUI NON
- Si allaitement artificiel, lui donner le biberon ?
 OUI NON

→ Si oui, qui s'en est chargé ?

- Votre conjoint(e)
- Votre accompagnant(e)
- Un membre de l'équipe soignante

16. Au cours de votre séjour, avez-vous mis votre bébé à la crèche, pour vous permettre de vous reposer ?

- OUI NON

▪ A partir de vos réponses précédentes, si vous aviez le choix, quelle méthode de suture choisiriez-vous ?

- Fils
- Agrafes
- Indifférent

▪ Pour quelles raisons ? (Réponse brève)

Annexe 3: Questionnaire n°2 : Étude à long-terme

QUESTIONNAIRE n°2 (A remettre au médecin à la CONSULTATION POST-NATALE)

SATISFACTION DES PATIENTES

selon le type de suture cutanée lors de la césarienne

*Merci de ramener ce questionnaire **AU MOMENT DE VOTRE CONSULTATION POST-NATALE***

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Date d'accouchement :

1. Vous aviez des :

Fils résorbables

Agrafes

2. Depuis votre accouchement, avez-vous présenté des complications ?

OUI

NON

→ Si oui, de quel type ?

Hématome de parois

Abscess

Autres

Précisez :

3. Aujourd'hui, avez-vous des douleurs ?

OUI

NON

→ Si oui, à combien évalueriez-vous cette douleur :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Prenez-vous des médicaments antidouleur (antalgiques) ?

OUI

NON

5. (*Sutures avec **agrafes***) Comment avez-vous vécu le retrait des agrafes ?

Expérience douloureuse

→ À combien évalueriez-vous la douleur :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Libération

Indifférence

6. Quand avez-vous repris vos activités quotidiennes (s'habiller, se balader, faire les courses...)?

- 1 semaine après l'intervention
- > 1 semaine après l'intervention
- 1 mois après l'intervention

7. Avez-vous regardé votre cicatrice ?

- OUI NON

8. Avez-vous touché votre cicatrice ?

- OUI NON

→ Si oui :

- Pour réaliser des soins ?

- OUI NON

- Pour réaliser des massages ?

- OUI NON



9. Quel regard portez-vous sur votre cicatrice ? Vous la jugez : (*Entourez*)

10. Avez-vous des appréhensions/peurs à l'égard de votre suture ?

- OUI NON

→ Si oui, lesquelles ? (*Réponses brèves*)

11. Trouvez-vous qu'elle modifie le regard que vous portez sur votre corps ?

- OUI NON

→ Si oui, pourquoi ? (*Réponse brève*)

12. Trouvez-vous que votre cicatrice modifie votre investissement auprès de votre enfant ? (Ex : le prendre dans vos bras, l'alimenter, lui changer la couche...)

- OUI NON

→ Si oui :

- J'ai souvent besoin d'aide
- Je me sens limitée dans mes mouvements mais je fais de mon mieux
- Autres raisons

Précisez (Réponse brève)

- A partir de vos réponses précédentes, si vous aviez le choix, quelle méthode de suture choisiriez-vous ?
 - Fils résorbables
 - Agrafes
 - Indifférent

- Pour quelles raisons ? (*Réponse brève*)

Annexe 4: Scores de satisfaction

Questionnaire Suites de Couches

- Douleur sur 10 points

			Nombre de points attribués
Fréquence de prise des antalgiques			
	<i>Systematique</i>		0
	<i>Si Douleurs</i>		1
	<i>Aucune prise</i>		2
EVA			
<i>Dans les 24h post-césarienne</i>	<i>0-3</i>	2	
	<i>4-6</i>	1	
	<i>7-10</i>	3	
<i>Au 1^{er} lever</i>	<i>0-3</i>	2	
	<i>4-6</i>	1	
	<i>7-10</i>	0	
<i>C3</i>	<i>0-3</i>	2	
	<i>4-6</i>	1	
	<i>7-10</i>	0	
<i>Sans ATG</i>	<i>0-3</i>	2	
	<i>4-6</i>	1	
	<i>7-10</i>	0	

- Mobilisation sur 3 points

		Nombre de points attribués
Fréquence des levers		
	<i>Dès que possible</i>	2
	<i>Limités</i>	1

	<i>Jamais</i>	0
Aide		
	<i>NON</i>	1
	<i>OUI</i>	0

- Image corporelle sur 2 points

		Nombre de points attribués
Quel regard portez-vous sur la cicatrice ?		
	<i>Satisfaisant</i>	2
	<i>Neutre</i>	1
	<i>Insatisfaisant</i>	0

- Avec le nouveau-né sur 3 points

		Nombre de points attribués
Avez-vous des difficultés pour prendre votre bébé...		
<i>Bras → Berceau</i>	<i>NON</i>	1
	<i>OUI</i>	0
<i>Berceau → Bras</i>	<i>NON</i>	1
	<i>OUI</i>	0
Avez-vous des difficultés pour alimenter votre bébé ?		
	<i>NON</i>	1
	<i>OUI</i>	0

→ SCORE FINAL / 18 points

Questionnaire S6-S8

		Nombre de points attribués
Complications		
	<i>NON</i>	1
	<i>OUI</i>	0
EVA S6-S8		
	<i>0-3</i>	2
	<i>4-6</i>	1
	<i>7-10</i>	0
Prenez vous des antalgiques ?		
	<i>NON</i>	1
	<i>OUI</i>	0
Reprise des activités quotidiennes		
	<i>1^{ère} semaine post-césarienne</i>	2
	<i>> 1 semaine après l'intervention</i>	1
	<i>1 mois après l'intervention</i>	0
Regard sur la cicatrice		
	<i>Satisfaisant</i>	2
	<i>Neutre</i>	1

	<i>Insatisfaisant</i>	0
Trouvez-vous que votre cicatrice modifie votre investissement auprès de votre enfant ?		
	<i>NON</i>	1
	<i>OUI</i>	0

→ SCORE FINAL / 9 points

Annexe 5: Nouvelle présentation du choix final en SDC et à S6-S8

Choix final en Suites de Couches

		Fils résorbables n= 75	Agrafes n= 87	P
Choix final, n (%)				<i>< 0,001</i>
	<i>Identique</i>	60 (80)	14 (16,1)	
	<i>Différent</i>	3 (4)	36 (41,4)	
	<i>Indifférent</i>	12 (16)	37 (42,5)	

Choix final à S6-S8

		Fils résorbables n= 13	Agrafes n= 30	P
Choix final, n (%)				<i>0,02</i>
	Identique	11 (85)	11 (36,7)	
	Différent	1 (8)	7 (23,3)	
	Indifférent	1 (8)	12 (40)	

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.