

2016-2017

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplômé d'Etat de Sage-Femme.
Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutique 2e année (DFASMA2)

Description des freins et des leviers des professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur la césarienne dite « naturelle »

Enquête prospective quantitative transversale déclarative monocentrique réalisée au CHU d'Angers (maternité de type III) entre le 24 octobre 2016 et le 24 janvier 2017

Marie-Laure CELLIER
Sous la direction du Docteur Philippe GILLARD

Soutenu publiquement le :
30 Mai 2017

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée Marie-Laure Cellier déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements sincères à tous ceux qui m'ont soutenue
dans la réalisation de ce mémoire :

*Le **Docteur Philippe Gillard** qui, en tant que directeur de mémoire, m'a guidée dans mon travail.*

***Madame Cécile Rouillard**, pour ses conseils et le temps passé
à m'aider pour la rédaction de ce travail.*

*Tous **les professionnels de santé** ayant participé à cette étude.*

***Le personnel de l'école de sage-femme** pour sa disponibilité, en particulier **Laurence Sadi**.*

*Ma **famille** pour son soutien de chaque instant.*

*Une pensée spéciale pour mes enfants, **Estéban, Eloïse** et **Alice**
pour leur compréhension, aide et patience...*

***Madame Sylvette Boucher Rambaud** qui m'a donnée envie d'exercer ce métier.*

*A tous mes **relecteurs**.*

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MATERIEL	3
1. Schéma d'étude.....	3
2. Population	3
METHODE	3
1. Le recueil de données.....	3
2. Les variables recueillies	4
3. Méthodes statistiques	6
RESULTATS.....	6
1. Diagramme de flux	6
2. Caractéristiques générales de la population source.....	7
3. Connaissances des professionnels de santé	7
4. Pratiques actuelles des professionnels de santé au bloc opératoire lors des césariennes programmées	8
5. Description des freins et des leviers sur la césarienne dite « naturelle » selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers	8
5.1. Phase anténatale : visite du bloc opératoire et admission de la patiente en position debout.....	8
5.2. Phase périnatale : identification des personnes présentes, écoute de musique, visualisation de la naissance et efforts de poussée.	10
5.3. Phase postnatale : modification du monitoring, peau à peau et allaitement au bloc opératoire, examen pédiatrique en présence de la mère.....	12
6. Evolution des pratiques professionnelles.....	15
6.1. Niveau de demande des usagers concernant l'amélioration de la prise en charge des césariennes	15
6.2. Amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles	15
6.3. Changements des pratiques professionnelles actuelles	15
6.4. Dispositions nécessaires à la mise en place de la césarienne dite « naturelle »	15
DISCUSSION	16
CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
TABLE DES FIGURES	27
TABLE DES TABLEAUX	27
ANNEXES	28

GLOSSAIRE

CHU	Centre hospitalier universitaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'état
N	Effectif total
NC	Non concerné
NS	Non significatif
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RR	Risque relatif
SA	Semaine(s) d'aménorrhée
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle

INTRODUCTION

En France, entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière. Il est passé de 17,4 % en 2000 à 20,2 % en 2007. Depuis, il reste stable (20,2% en 2014) (1)(2). D'après le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), en 2015, le taux des césariennes programmées à terme était de 6,3% (3). La définition de la césarienne programmée retenue par la Haute Autorité de Santé (HAS) est celle programmée à terme (> 36 Semaines d'Aménorrhée (SA) +6 jours), non liée à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail. (4)

Lors des césariennes programmées dites « classiques », la patiente hospitalisée la veille ou le matin de l'intervention, est accompagnée en fauteuil roulant au bloc opératoire. Après instauration de l'anesthésie locorégionale (péridurale ou rachianesthésie), pose de la sonde urinaire à demeure, pose des champs opératoires, la césarienne débute, avec présence d'un accompagnateur ou non en fonction des maternités. L'extraction du fœtus est réalisée par l'obstétricien derrière les champs opératoires ne permettant pas la visualisation de la naissance pour la mère et son accompagnateur. Le nouveau-né est ensuite présenté quelques minutes à la mère avant d'être accompagné dans une salle juxtaposée pour ses premiers soins et examen pédiatrique. Une fois l'intervention terminée, la mère est conduite en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI). En fonction des maternités et des SSPI, elle reste séparée de son enfant et de l'accompagnateur. En cas d'allaitement maternel, la première mise au sein est plus ou moins décalée dans le temps en fonction de l'activité en SSPI.

Les complications néonatales de ces césariennes sont la détresse respiratoire transitoire (35,5 %, Risque Relatif (RR) x 2-4,1), les décès périnataux (1,77%, RR x 2,7-3,2) et l'hypothermie (5). Les complications maternelles possibles sont l'augmentation de la mortalité périnatale (RRx3) secondaire à des complications d'anesthésie, aux infections et aux thrombo-embolies (6). Le retard et/ou des perturbations dans la mise en place de la relation mère-enfant et l'allaitement sont également rapportés (7). La césarienne est un facteur de risque d'échec d'allaitement maternel (RR x 3,03-4,6), d'autant plus lorsqu'elle survient chez une primipare (8).

De plus, selon l'enquête Césarine (9), les césariennes programmées, pour raisons médicales, peuvent être mal vécues. Comme en témoigne le récit des femmes lors de cette enquête, déception, sentiment d'échec ou de naissance « volée », d'« infantilisation » et de soumission, frustration de ne pas accoucher par les voies naturelles peuvent laisser des cicatrices psychologiques chez la mère auxquelles se rajoute la séparation mère/enfant souvent subie. ((9)(10)).

En 2005, afin d'améliorer la prise en charge des césariennes programmées, la maternité Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, à Londres développe le concept de césarienne dite « naturelle », également nommée Woman-Centred / Family-Centred Cesarean Birth, Gentle C-section. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire de la césarienne programmée visant à « humaniser » la prise en charge de la patiente (11). Ce sont des actions simples d'optimisation de la pertinence et de visibilité du parcours de soin, du prénatal au post-natal, des femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme.

En anténatal, il s'agit de proposer à la femme de s'approprier l'environnement physique du bloc opératoire et de la rendre actrice de sa prise en charge. La visite du bloc opératoire est proposée avant la césarienne programmée. L'admission de la patiente au bloc opératoire se fait en position debout.

En périnatal, l'environnement du bloc opératoire est repensé. Il se veut plus accueillant par la présentation de la totalité des membres de l'équipe prenant en charge la patiente et par la présence du père encouragée. L'environnement sonore peut également être modifié par l'écoute de musique choisie par la patiente/couple.

La naissance est également réfléchiée en fonction des désirs de la patiente/couple autour de la présentation et l'accueil de leur enfant. Les champs opératoires sont abaissés (ou non s'ils sont déjà transparents ou avec une fenêtre) afin que la femme/couple visualise la naissance. La naissance est faite sans traction manuelle de la part de l'obstétricien mais grâce à un effort de poussée doux de la femme. Le monitoring est modifié (bras dominant laissé libre, mise en place des capteurs à saturimètre et brassard à tension sur les membres inférieurs après établissement du différentiel membre inférieur/membre supérieur après l'induction anesthésique) pour faciliter le contact mère-enfant. Le clampage tardif du cordon ombilical est réalisé.

En post natal, le peau à peau est immédiatement instauré et maintenu le plus longtemps possible au bloc opératoire. La première mise au sein a lieu en salle opératoire et l'examen pédiatrique est réalisé en présence de la femme ou des deux parents. ((11)(12)(13)(14)).

Les césariennes dites «naturelles» présentent des avantages en termes de lien mère-enfant, de régulation de la température du nouveau-né, de vécu et d'implication dans la naissance pour les parents et de mise en place de l'allaitement ((10)(11)). Les femmes peuvent grâce à cette prise en charge, si elles le désirent, vivre cette chirurgie comme une véritable naissance (11).

Cependant, à ce jour, cette technique novatrice est très peu utilisée en France. Seules quelques maternités (Hôpital privé les Franciscaines Versailles, Clinique La Muette Paris, Clinique Santa Maria Nice) proposent cette alternative et de manière non exhaustive en fonction des possibilités logistiques des établissements.

Les femmes et couples ont de plus en plus un véritable souhait de s'approprier la naissance de leur enfant, moment unique dans la vie du couple, en témoignent les projets de naissance, les ouvertures de salles «physiologiques» ou «nature» au sein des établissements et l'expérimentation des maisons de naissance.

L'espace physiologique au sein de la maternité d'Angers a été créé en 2011 en réponse aux attentes des femmes accouchant par voie basse. En termes d'équité des soins, une démarche de réflexion sur la qualité de la prise en charge des voies hautes a toute sa place.

Les professionnels intervenant dans le parcours de soin des patientes lors des césariennes programmées au sein de la fédération de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers sont-ils informés de cette alternative à la césarienne dite «classique»? Quels freins et leviers à la mise en place potentielle de la césarienne dite «naturelle» peuvent-ils faire remonter?

L'objectif principal de cette étude est de recueillir les avis des professionnels (avantages, inconvénients, freins, conditions) sur la mise en place de la césarienne dite «naturelle». L'objectif secondaire est d'évaluer les connaissances des professionnels sur cette pratique.

Afin de guider cette étude, les hypothèses émises sont les suivantes :

- Les freins remontés par les professionnels empêchent la mise en place d'un protocole de césarienne dite «naturelle».
- Les professionnels sont prêts à changer leur pratique et à mettre en place un protocole de césarienne dite «naturelle».

Une enquête prospective quantitative transversale déclarative monocentrique au CHU d'Angers (maternité de type III) entre le 24 octobre 2016 et le 24 janvier 2017 a été réalisée afin de répondre à ces hypothèses.

MATERIEL

1. Schéma d'étude

Enquête prospective quantitative transversale déclarative monocentrique réalisée au CHU d'Angers (maternité de type III) entre le 24 octobre 2016 et le 24 janvier 2017.

2. Population

La population source était les professionnels intervenant dans le parcours de soin des patientes lors des césariennes programmées au sein de la fédération de gynécologie obstétrique du CHU d'Angers.

2.1. Sélection de la population

Critères d'inclusion :

- Avoir assisté à au moins une césarienne depuis 1 an.
- Etre un :
 - Professionnel en obstétrique : Gynécologue-obstétricien, interne d'obstétrique, sage-femme ayant une activité clinique à 50% minimum,
 - Professionnel en anesthésie : Médecin anesthésiste, interne d'anesthésie, Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE),
 - Professionnel en pédiatrie : Pédiatre, interne de pédiatrie.

Critères de non-inclusion :

- Questionnaire incomplet,
- Réponses hors délai (au-delà du 24/01/2017).

METHODE

1. Le recueil de données

Les données ont été recueillies à partir d'un auto-questionnaire anonyme (annexe I) en ligne via Google Forms® (<https://docs.google.com/forms>) entre le 24 octobre 2016 et le 24 janvier 2017.

Il interrogeait les professionnels intervenant dans le parcours de soin des patientes lors des césariennes programmées au sein de la fédération de gynécologie obstétrique du CHU d'Angers sur leurs connaissances sur la césarienne dite « naturelle » et la description des freins et des leviers à sa mise en place.

La participation à l'étude était basée sur le volontariat des professionnels.

Dans un premier temps, la sage-femme, responsable de la gestion des risques et des équipes de nuit, a été sollicitée pour diffusion du questionnaire. Elle a fourni les adresses email pour les sages-femmes, obstétricien(e)s, pédiatres et anesthésistes (soit une adresse email professionnelle individuelle soit une adresse email personnelle) afin de procéder à l'envoi. Pour les autres professionnels, la sage-femme responsable a demandé de contacter :

- une pédiatre au sein du service de pédiatrie du CHU d'Angers, afin d'obtenir les adresses email des internes de pédiatrie,
- une anesthésiste au sein de la fédération de gynécologie-obstétrique, afin d'obtenir celles des internes d'anesthésie,

- le responsable du service des infirmiers anesthésistes pour celles des infirmiers anesthésistes
- et le secrétariat de la fédération de gynécologie obstétrique pour celles des internes d'obstétriques.

Les adresses email (personnelles) ont été récupérées de la sorte. L'accès aux adresses mails des internes d'anesthésie a été refusé. Pour les infirmiers anesthésistes, leur responsable a souhaité transmettre le lien du questionnaire par lui-même.

Le 24/10/2016, des emails ont été transmis aux professionnels, de manière anonyme et en copie cachée invisible, contenant un lien vers l'auto-questionnaire en ligne (Google Forms®, <https://docs.google.com/forms>). Ce même jour, un email a été adressé au responsable des infirmiers anesthésistes contenant une notice sur la marche à suivre pour transmettre le lien de l'auto-questionnaire en ligne (Google Forms®, <https://docs.google.com/forms>) aux infirmiers anesthésistes.

Suite à des difficultés d'accès à l'enquête en ligne depuis les postes informatiques du CHU d'Angers, des exemplaires papiers imprimés depuis Google Forms®, (<https://docs.google.com/forms>), ont été distribués aux professionnels de santé ou à leur secrétariat le 2 décembre 2016. Les professionnels ont été informés de la distribution des exemplaires papiers par mail ce même jour.

Des rappels par emails ont été effectués le 7 novembre 2016 et les 2 et 21 décembre 2016.

Les exemplaires papiers ont été retournés à l'école de sage-femme ou ont été récupérés aux secrétariats médicaux le 17 janvier 2017.

2. Les variables recueillies

Le questionnaire a été testé par deux sages-femmes en activité hospitalière (CH de Laval, CH de Mayotte), deux étudiantes sages-femmes de DFASMa2 (école de Nîmes et d'Angers), une sage-femme en activité libérale et une infirmière diplômée d'état exerçant au bloc obstétrical (Hôpital Paris Saint Joseph) entre le 24/09/2016 et le 14/10/16.

A la suite de ces tests, le questionnaire a été réajusté.

Le recueil des points de vue des professionnels a été divisé en trois parties correspondant aux temps du parcours de soins de la patiente bénéficiant d'une césarienne programmée (prénatal, périnatal et postnatal) afin de faciliter la compréhension du répondant.

Les termes «Favorable» et «Défavorable» ont été remplacés par «Avantage(s)» et «Inconvénient(s)» pour la description des points de vue des professionnels afin de faciliter leur compréhension.

La variable «Aucun» a été rajoutée pour la description des avantages et inconvénients afin de proposer toutes les possibilités logiques de réponses.

Les questions, où les réponses étaient limitées en nombre, ont été formatées afin d'obtenir le nombre exact de réponses souhaitées.

Les questions ont été numérotées afin de faciliter l'analyse par la suite.

Le questionnaire (annexe 1) définitif se divisait en 5 parties (items 1 à 36).

2.1. Caractéristiques de la population source (items 1 à 7)

- Sexe
- Age
- Profession
- Nombre d'années d'exercice depuis le diplôme
- Lieux d'exercices antérieurs
- Participation à au moins une césarienne dans l'année précédente (entre octobre 2015 et octobre 2016). Sur le questionnaire en ligne, un verrouillage a été mis en place. En cas de réponse négative, l'enquête était automatiquement arrêtée. Sur le questionnaire papier, il était précisé d'arrêter le remplissage en cas de réponse négative.

2.2. Connaissances des professionnels sur la césarienne dite « naturelle » (item 8 à 9)

- Connaissance de la technique

2.3. Pratiques actuelles des professionnels au bloc opératoire lors des césariennes programmées (item 10)

- Fréquence de la réalisation (de « jamais » à « toujours ») de :
 - Visite préalable du bloc opératoire avant la césarienne
 - Admission de la patiente en position debout
 - Présentation des membres de l'équipe
 - Ecoute de musique
 - Baisse du champ opératoire
 - Efforts de poussée maternels
 - Peau à peau instauré et maintenu au bloc opératoire
 - Modification du monitoring
 - Allaitement au bloc opératoire
 - Examen pédiatrique en présence des deux parents

2.4. Description des freins et des leviers (plusieurs choix possibles) sur la césarienne dite « naturelle » selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers (items 11 à 31)

- Phase anténatale :
 - Visite préalable du bloc opératoire avant la césarienne
 - Admission de la patiente en position debout
- Phase périnatale :
 - Présentation des membres de l'équipe
 - Ecoute de musique
 - Baisse du champ opératoire
 - Efforts de poussée maternels
- Phase postnatale :
 - Peau à peau instauré et maintenu au bloc opératoire
 - Modification du monitoring
 - Allaitement
 - Examen pédiatrique devant la mère

2.5. Evolution des pratiques professionnelles (items 32 à 36)

- Avis des professionnels sur le niveau de demande d'amélioration de la prise en charge des césariennes (de 0 « absence de demande » à 10 « demande très importante »)
- Césarienne dite « naturelle » comme amélioration de la qualité des soins aux patientes, aux nouveau-nés et des pratiques professionnelles
- Changements à effectuer prioritairement (2 choix obligatoires)
- Dispositifs nécessaires à la mise en place (plusieurs choix possibles)

3. Méthodes statistiques

Les réponses enregistrées en ligne étaient automatiquement classées dans un tableur Excel® en ligne (<https://docs.google.com/spreadsheets>).

Les réponses des exemplaires papiers ont été enregistrées manuellement sur le formulaire Google Forms® (<https://docs.google.com/forms>).

L'ensemble des réponses a été ensuite importé manuellement sur le logiciel « Sphinx » afin de réaliser l'analyse statistique.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage. Le test du Chi2 a été utilisé pour la comparaison des données. Lorsque l'effectif était inférieur à 5, le test exact de Fischer a été utilisé.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type. Les données ont été croisées par le test de Student.

Le risque α de 1ère espèce à 95% a été choisi, les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0,05.

RESULTATS

1. Diagramme de flux

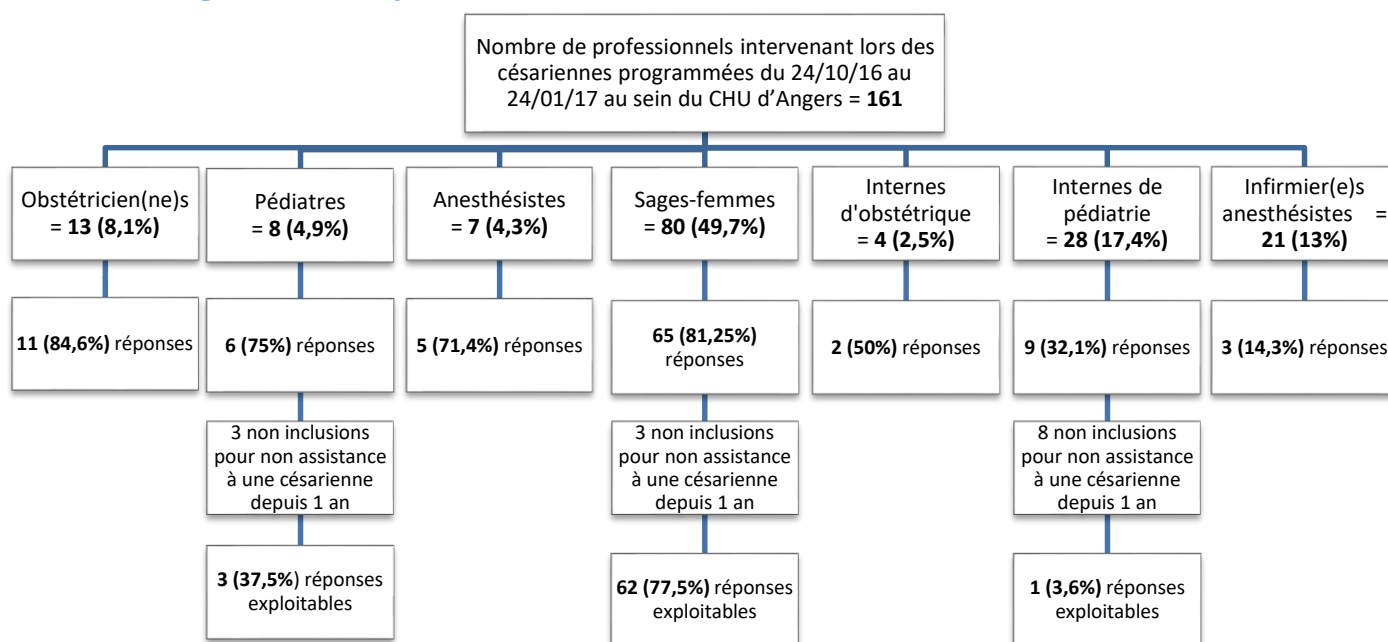


Figure 1 Flow Chart des effectifs : nombre de professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers entre le 24/10/16 et le 24/01/17, recrutés pour cette enquête.

2. Caractéristiques générales de la population source

Tableau I Caractéristiques générales de la population source. * NS = Non significatif

Echantillon N=87	ECHANTILLON (n, %)	p-value
Genre		
Masculin	8 (9,2)	p<0,01
Féminin	79 (90,8)	
Age (en tranche d'âge)		
[25-30[	20 (23)	p<0,01
[30-40[	44 (50,6)	
[40-50[	12 (13,8)	
≥50	11 (12,6)	
Age moyen (en années)	36,2 ± 9,1	
Profession		
Gynécologue – obstétricien	11 (12,6)	p<0,01
Interne en gynécologie - obstétrique	2 (2,3)	
Sage-femme	62 (71,3)	
Pédiatre	3 (3,5)	
Interne en pédiatrie	1 (1,2)	
Anesthésiste	5 (5,8)	
Infirmier anesthésiste	3 (3,5)	
Nombre d'années d'exercice depuis le diplôme (en tranche d'âge)		
[1-5[	26 (29,9)	NS*
[5-10[	21 (24,1)	
≥10	40 (46)	
Age moyen (en années)	10,9 ± 8,96	
CHU d'Angers unique lieu d'exercice depuis le diplôme :		
Oui	44 (50,6)	NS*
Non	43 (49,4)	
Exercices antérieurs (n=43):		
Libéral	5 (5,8)	p<0,01
Maternité de type I	16 (18,4)	
Maternité de type II	23 (26,4)	
Maternité de type III	27 (31)	
Maison de naissance	1 (1,2)	
Etranger	4 (4,6)	

3. Connaissances des professionnels de santé

13/87 (14,9%, p<0,01) professionnels interrogés connaissaient la césarienne dite « naturelle ». Les professionnels connaissant la césarienne dite « naturelle » étaient 2/11 (18,2%) des obstétriciens, 10/62 (16,12%) des sages-femmes et 1/5 (20%) des anesthésistes (p=15,32).

Ces professionnels décrivaient la césarienne dite « naturelle » comme « une véritable naissance et non une simple intervention » en favorisant le respect du choix des parents et les interactions précoces entre la mère/le père et le nouveau-né. Les éléments nécessaires à cette prise en charge étaient, pour eux, la visite du bloc opératoire (1/13, 13,7%), les efforts expulsifs de la patiente (5/13, 38,5%), la visualisation de la naissance (6/13, 46,1%), la naissance autonome du nouveau-né (2/13, 15,4%), le peau à peau au bloc opératoire (7/13, 53,8%, p<0,01), le clampage tardif (2/13, 15,4%) et la présence du père (3/13, 23,1%).

4. Pratiques actuelles des professionnels de santé intervenant au bloc opératoire lors des césariennes programmées

Tableau II : Pratiques actuelles des professionnels intervenant au bloc opératoire lors des césariennes programmées au CHU d'Angers. *NC = Non concerné

Echantillon N=87	Jamais n(%)	Rarement n(%)	Souvent n(%)	Toujours n(%)	NC* n(%)	p- value
Visite du bloc	73 (83,9)	7 (8,1)		2 (2,3)	5 (5,8)	p<0,01
Admission au bloc debout	71 (81,6)	12 (13,8)		1 (1,2)	3 (3,5)	p<0,01
Identification des personnes présentes	9 (10,3)	14 (16,1)	46 (52,9)	16 (18,4)	2 (2,3)	p<0,01
Ecoute de musique	62 (71,3)	22 (25,3)	1 (1,2)		2 (2,3)	p<0,01
Présence du père	1 (1,2)	2 (2,3)	61 (70,1)	23 (26,4)		p<0,01
Visualisation de la naissance	7 (8,1)	59 (67,8)	19 (21,8)		2 (2,3)	p<0,01
Naissance douce	31 (35,6)	49 (56,3)	2 (2,3)		5 (5,8)	p<0,01
Clampage tardif	6 (6,9)	22 (25,3)	53 (60,9)	5 (5,8)	1 (1,2)	p<0,01
Monitoring modifié	46 (52,9)	29 (33,3)	6 (6,9)		6 (6,9)	p<0,01
Peau à peau instauré	40 (46)	34 (39,1)	11 (12,6)		2 (2,3)	p<0,01
Peau à peau maintenu	69 (79,3)	13 (14,9)	3 (3,5)		2 (2,3)	p<0,01
Allaitement au bloc	81 (93,1)	3 (3,5)	1 (1,2)		2 (2,3)	p<0,01
Examen pédiatrique avec les 2 parents	72 (82,8)	8 (9,2)	3 (3,5)		4 (4,6)	p<0,01

5. Description des freins et des leviers sur la césarienne dite « naturelle » selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers

5.1. Phase anténatale : visite du bloc opératoire et admission de la patiente en position debout

Tableau III Recueil des opinions (favorable, non favorable à la réalisation) des professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur les étapes de la phase anténatale. *NS = Non significatif

	Visite du bloc opératoire en anténatal réalisable n(%)	p-value	Admission de la patiente en position debout réalisable n (%)	p-value
Echantillon (n=87)	76 (87,4)	p<0,01	83 (95,4)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=13)	13 (100)		13 (100)	
Sages-femmes (n=62)	54 (87,1)	p<0,01	59 (95,2)	p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=4)	4 (100)		3 (75)	NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=8)	5 (62,5)	NS*	8 (100)	

Parmi les professionnels non favorables à la visite du bloc opératoire en anténatal (11/87, 12,6%) et à l'admission de la patiente en position debout (3/87, 4,6%), il s'agissait pour la totalité d'entre eux de professionnels n'ayant «jamais» réalisé ces étapes lors de leur pratique antérieure.

5.1.1. Descriptions des freins et leviers de la phase anténatale

Tableau IV Description des freins et leviers (plusieurs choix possibles) selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur les étapes de la phase anténatale.* NS =Non significatif

LEVIERS	Importance pour la femme/couple de s'approprier l'environnement n(%)	Importance pour la femme/couple d'être autonome et actrice de ses soins n(%)	Facilité de réalisation n(%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=161)	81 (50,3)	47 (29,2)	30 (18,6)	3 (1,9)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=22)	11 (50)	6 (27,3)	5 (22,7)		NS*
Sages-femmes (n=124)	60 (48,4)	40 (32,3)	23 (18,6)	1 (0,8)	p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=5)	4 (80)		1 (20)		NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=10)	6 (60)	1 (10)	1 (10)	2 (20)	NS*
FREINS	Difficulté d'organisation de service n(%)	Possibilité de présenter le bloc opératoire d'une autre façon (visite 3D, photos...) n(%)	Mesures d'hygiène n(%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=142)	47 (33,1)	40 (28,2)	34 (23,9)	21 (14,8)	NS*
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=18)	7 (38,9)	3 (16,7)	4 (22,2)	4 (22,2)	NS*
Sages-femmes (n=101)	32 (31,7)	29 (28,7)	25 (24,8)	15 (14,9)	NS*
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=5)	1 (20)	1 (20)	2 (40)	1 (20)	NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=18)	7 (38,9)	7 (38,9)	3 (16,7)	1 (5,6)	NS*

5.1.2. Commentaires et suggestions sur la phase anténatale.

50/87 (57,5%, p<0,01) des personnes ont répondu que la visite du bloc opératoire pourrait avoir lieu lors d'une consultation spécifique avec une sage-femme, comme ce qui est déjà fait pour l'espace physiologique et 23/87 (26,4%) des personnes lors des séances de préparation à l'accouchement dispensées au CHU d'Angers.

Les suggestions émises étaient, étant donné la difficulté de prévoir l'activité au bloc, de proposer une visite sur le week-end (2/87, 2,3%) ou d'utiliser un support (photos, visite 3 D, film) (40/87, 46%) qui pourrait être utilisé lors de la réunion d'information donnée aux futurs parents sur la péridurale au CHU d'Angers (3/87, 3,5%) ou lors de la consultation anesthésique en collaborant avec les IADE (1/87, 1,2%). 6/87 (9%) des professionnels ont rajouté que cette phase prénatale était bénéfique pour diminuer l'anxiété de la femme/du couple et 1/87 (1,2%) des professionnels que cela permettrait de ne pas percevoir la grossesse comme une maladie.

5.2. Phase périnatale : identification des personnes présentes, écoute de musique, visualisation de la naissance et efforts de poussée.

Tableau V Recueil des opinions (favorable, non favorable à la réalisation) des professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur les étapes de la phase périnatale. *NS = Non significatif

	Identification des personnes présentes réalisable n(%)	p-value	Ecoute de musique durant la césarienne réalisable n (%)	p-value	Visualisation de la naissance et efforts de poussée réalisable n (%)	p-value
Echantillon (n=87)	85 (97,7)	p<0,01	85 (97,7)	p<0,01	82 (94,3)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=13)	11 (84,6)	NS*	11 (84,6)	NS*	13 (100)	
Sages-femmes (n=62)	62 (100)		62 (100)		59 (95,2)	p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=4)	4 (100)		4 (100)		3 (75)	NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=8)	8 (100)		8 (100)		7 (87,5)	NS*

Parmi les professionnels non favorables à l'identification des personnes présentes lors de la césarienne (2/87, 2,3%), il s'agissait pour 1/2 (50%) de professionnels ayant décrit leur pratique lors des césariennes programmées en réalisant «souvent» l'identification des personnes et pour 1/2 (50%) la réalisant «toujours». Parmi les professionnels non favorables à l'écoute de musique durant la césarienne (2/87, 2,3%) et à la visualisation de la naissance (5/87, 5,8%), il s'agissait pour la totalité d'entre eux de professionnels n'ayant «jamais» effectué ces étapes auparavant lors de leur pratique des césariennes programmées.

5.2.1. Description des freins et leviers de la phase périnatale

Tableau VI Description des freins et leviers (plusieurs choix possibles) selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur l'écoute de musique. *NS = Non significatif

LEVIERS à l'écoute de musique	Relaxant pour la patiente/couple n(%)	Amélioration du vécu n(%)	Facilité de réalisation n(%)	Effet antalgique n (%)	Amélioration de l'ambiance de travail n (%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=282)	78 (27,7)	74 (26,2)	40 (14,2)	40 (14,2)	49 (17,4)	1 (0,4)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=29)	9 (31)	8 (27,6)	4 (13,8)	3 (10,3)	4 (13,8)	1 (3,5)	NS*
Sages-femmes (n=215)	58 (27)	56 (26,1)	31 (14,4)	32 (14,9)	38 (17,7)		p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=15)	4 (27,6)	4 (27,6)	2 (13,3)	2 (13,3)	3 (20)		NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=23)	7 (30,4)	6 (26,1)	3 (13)	3 (13)	4 (17,4)		NS*

FREINS à l'écoute de musique	Difficulté d'organisation de service n(%)	Perturbation de la prise en charge par l'équipe soignante n(%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=84)	9 (10,7)	17 (20,2)	58 (69,1)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=13)	1 (7,7)	4 (30,8)	8 (61,5)	NS*
Sages-femmes (n=59)	7 (11,9)	10 (17)	42 (71,2)	p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=4)			4 (100)	
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=8)	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50)	NS*

Tableau VII Description des freins et leviers (plusieurs choix possibles) selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur la visualisation de la naissance et les efforts de poussée maternels. *NS = Non significatif

LEVIERS à la visualisation de la naissance et aux efforts de poussée	Importance pour la femme/couple de voir et d'être acteur dans la naissance de l'enfant n(%)	Amélioration du vécu n(%)	Facilité de réalisation n(%)	Absence de perturbation du déroulement de l'opération n (%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=199)	79 (39,7)	71 (35,7)	28 (14,1)	17 (8,5)	4 (2)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=31)	12 (38,7)	10 (32,3)	4 (12,9)	5 (16,1)		NS*
Sages-femmes (n=146)	58 (39,7)	53 (36,3)	21 (14,4)	12 (8,2)	2 (1,4)	p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=7)	3 (42,9)	3 (42,9)			1 (14,3)	NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=15)	6 (40)	5 (33,3)	3 (20)		1 (6,7)	NS*
FREINS à la visualisation de la naissance et aux efforts de poussée	Inconfort de travail n(%)	Mesures d'hygiène n(%)	Temps opératoire plus long n(%)	Perturbation du déroulement de l'opération n(%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=89)	8 (9)	19 (21,4)	14 (15,7)	14 (15,7)	34 (38,2)	NS*
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=12)		4 (33,3)	1 (8,3)	3 (25)	4 (33,3)	NS*
Sages-femmes (n=62)	7 (11,3)	10 (16,1)	11 (17,7)	8 (12,9)	26 (41,9)	NS*
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=7)		3 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)		NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=8)	1 (12,5)	2 (25)		1 (12,5)	4 (50)	NS*

5.2.2. Suggestions et commentaires libres sur la phase périnatale

Les commentaires rédigés étaient pour 1/87 (1,2%) des professionnels que le type de musique choisi par le couple pouvait engendrer une ambiance difficile à supporter pour l'équipe médicale. 1/87 (1,2%) des personnes interrogées a indiqué que la musique diffusée au bloc opératoire pouvait aussi permettre de diminuer le bruit des instruments, pouvant être source d'inquiétude.

La visualisation de la naissance devait être un choix des parents car la vue du sang ou du site opératoire pouvait être choquant pour les parents (8/87, 9,2%) et pouvait entraîner un mauvais vécu pour les parents (7/87, 8,1%). 2/87 (2,3 %) personnes interrogées faisaient ressortir le fait que la visualisation de la naissance pouvait être refusée par les parents lorsque cela leur avait été proposé. 10/87 (12,1%) des professionnels estimaient qu'il était possible de présenter l'enfant autrement. 1/87 (1,2%) professionnels a proposé de présenter l'enfant sur le côté en laissant le champ opératoire afin de ne pas visualiser le site opératoire. 2/87 (2,3%) personnes interrogées signalaient l'absence de difficultés opératoires et de problèmes fœtaux comme indispensables à la réalisation de ces deux étapes.

5.3. Phase postnatale : modification du monitoring, peau à peau et allaitement au bloc opératoire, examen pédiatrique en présence de la mère

Tableau VIII Recueil des opinions (favorable, non favorable à la réalisation) des professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur les étapes de la phase postnatale. *NS = Non significatif

	Modification du monitoring réalisable n(%)	p-value	Peau à peau au bloc opératoire réalisable n (%)	p-value	Allaitement au bloc opératoire réalisable n (%)	p-value	Examen pédiatrique en présence de la mère réalisable n (%)	p-value
Echantillon (n=87)	37 (42,5)	NS*	55 (63,2)	NS*	29 (33,3)	NS*	80 (92)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=13)	5 (38,5)	NS*	5 (38,5)	NS*	2 (15,4)	NS*	9 (69,2)	NS*
Sages-femmes (n=62)	28 (45,2)	NS*	42 (67,7)	NS*	22 (35,5)	NS*	60 (96,8)	p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=4)	1 (25)	NS*	4 (100)		3 (75)	NS*	4 (100)	
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=8)	3 (37,5)	NS*	4 (50)	NS*	2 (25)	NS*	7 (87,5)	NS*

Parmi les professionnels non favorables (20/87, 23%) à la modification du monitoring, il s'agissait pour 10/20 (50%) de professionnels n'ayant «jamais» modifié le monitoring auparavant lors des césariennes programmées, 7/20 (35%) l'ayant «rarement» réalisé et 1/20 (5%) l'ayant «souvent» réalisé (2/20, 10% ont répondu «Non concerné»).

Parmi les professionnels non favorables (32/87, 36,8%) au peau à peau au bloc opératoire, il s'agissait pour 10/20 (50%) de professionnels n'ayant «jamais» mis en place de peau à peau au

bloc opératoire auparavant lors des césariennes programmées, 7/20 (35%) l'ayant «rarement» réalisé et 1/20 (5%) l'ayant «souvent» réalisé (2/20, 10% ont répondu «Non concerné»).

Parmi les professionnels non favorables à l'examen pédiatrique devant la mère (7/87,8%), il s'agissait pour 4/7 (57,1%) d'entre eux de professionnels n'ayant «jamais» réalisé l'examen pédiatrique devant la mère auparavant lors des césariennes programmées et 1/7 (14,3%) l'ayant «rarement» réalisé. (2/20, 28,6% ont répondu «Non concerné») (p=1,41)

5.3.1. Description des freins et leviers de la phase postnatale

Tableau IX Description des freins et leviers (plusieurs choix possibles) selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur le peau à peau et l'allaitement au bloc opératoire. *NS = Non significatif

LEVIERS au peau à peau et à l'allaitement au bloc opératoire	Importance pour le lien mère/enfant n(%)	Facilité de réalisation n(%)	Meilleure adaptation à la vie extra utérine n(%)	Amélioration du vécu n(%)	Favorise la mise en place de la lactation n(%)	Absence de perturbation du déroulement de l'opération n(%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=225)	79 (35,1)	6 (2,7)	20 (8,9)	69 (30,7)	43 (19,1)	5 (2,2)	3 (1,3)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=25)	11 (44)	2 (8)		7 (28)	2 (8)	1 (4)	2 (8)	p<0,01
Sages-femmes (n=173)	59 (34,1)	4 (2,3)	19 (11)	52 (30,1)	37 (21,4)	2 (1,2)		p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=10)	4 (40)			4 (40)	2 (20)			NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=17)	5 (29,4)		1 (5,9)	6 (35,3)	2 (11,8)	2 (11,8)	1 (5,9)	NS*
FREINS au peau à peau et à l'allaitement au bloc opératoire	Charge de travail supplémentaire n(%)	Difficulté d'installation n(%)	Risque d'hypothermie du nouveau-né n(%)	Risque d'asphyxie du nouveau-né n(%)	Retarde l'examen pédiatrique n(%)	Perturbation de la prise en charge par l'équipe soignante n(%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=219)	33 (15,1)	77 (35,2)	75 (34,3)	11 (5)	2 (0,9)	20 (9,1)	1 (0,5)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=31)	1 (3,2)	11 (35,5)	12 (38,7)	2 (6,5)	1 (3,2)	4 (12,9)		p<0,01
Sages-femmes (n=161)	27 (16,8)	58 (36)	55 (34,2)	6 (3,7)	1 (0,6)	13 (8,1)	1 (0,6)	p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=10)	4 (40)	1 (10)	2 (20)	3 (30)				NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=17)	1 (5,9)	7 (41,2)	6 (35,3)			3 (17,7)		NS*

4/87 (4,6%) personnes interrogées avaient rajouté comme frein la température trop froide du bloc opératoire (18-19°), 2/87 (2,3 %) l'asthénie et l'endormissement fréquent de la mère après la naissance et la nécessité d'une surveillance en continu et donc la disponibilité du personnel soignant (protocole interne de surveillance du « peau à peau »), l'inconfort dû à la configuration de la table de césarienne, 1/87 (1,2%) le risque de chute du bébé et de risque maternel (mauvaise prise de la PNI/SpO2, risque de déperfusion, de coudure de la perfusion, du non passage du Syntocinon®, des antibiotiques, des solutés de remplissage...).

Tableau X Description des freins et leviers (plusieurs choix possibles) selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers sur l'examen pédiatrique devant la mère. *NS = Non significatif

LEVIERS à l'examen pédiatrique devant la mère	Moment symbolique pour la mère n(%)	Appréciation des qualités du nouveau-né n(%)	Réassurance de la mère/couple n(%)	Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=164)	69 (42,1)	32 (19,5)	59 (36)	4 (2,4)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=18)	8 (44,4)	1 (5,6)	6 (33,3)	3 (16,7)	NS*
Sages-femmes (n=127)	53 (41,7)	28 (22,1)	46 (36,2)		p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=9)	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,2)		NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=10)	4 (40)		5 (50)	1 (10)	NS*
FREINS à l'examen pédiatrique devant la mère	Absence de lieu de réalisation n (%)	Difficulté d'organisation de travail n(%)		Aucun n(%)	p-value
Observations totales (n=113)	67 (59,3)	40 (35,4)		6 (5,3)	p<0,01
Obstétriciens et internes d'obstétrique (n=16)	8 (50)	8 (50)			NS*
Sages-femmes (n=82)	51 (62,2)	29 (35,4)		2 (2,4)	p<0,01
Pédiatres et internes de pédiatrie (n=4)	1 (25)			3 (75)	NS*
Anesthésistes et infirmiers anesthésistes (n=11)	7 (63,6)	3 (27,3)		1 (9,1)	NS*

5.3.2. Suggestions et commentaires libres concernant la phase post-natale

5/87 (5,8%) personnes interrogées proposaient l'installation de matériel adéquat (table avec rampe chauffante, type « panda ») au bloc opératoire à la fois pour lutter contre le risque d'hypothermie du nouveau-né, éviter la séparation mère-enfant et réaliser l'examen pédiatrique, 4/87 (4,6%) professionnels la possibilité de décaler l'examen pédiatrique dans le temps pour ne pas le réaliser au bloc opératoire où les conditions sont loin d'être optimales.

2/87 (2,3 %) professionnels soulignaient un effet positif sur le lien mère enfant entraînant un meilleur vécu (car actuellement la mère et l'enfant sont séparés dès la naissance).

2/87 (2,3%) professionnels proposaient la création d'une SSPI consacrée aux césariennes ou de retourner en salle de travail avec la surveillance post-opératoire faite par les sages-femmes.

6. Evolution des pratiques professionnelles

6.1. Niveau de demande des usagers concernant l'amélioration de la prise en charge des césariennes

Les professionnels ont évalué le niveau de demande des usagers concernant l'amélioration de la prise en charge des césariennes de 0 (absence de demande) à 10 (demande très importante). Le niveau moyen de demande a été évalué à 6,58 ($\pm 1,59$). 47/87 des professionnels (54%, $p < 0,01$) l'évaluaient à 7 ou 8.

6.2. Amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles

75/87 (86,2%, $p < 0,01$) professionnels estimaient que la césarienne dite « naturelle » pouvait améliorer la qualité des soins apportés aux patientes.

63/87 (72,4%, $p < 0,01$) professionnels considéraient que la césarienne dite « naturelle » pouvait améliorer la qualité des soins apportés aux nouveau-nés.

53/87 (60,9%, NS) professionnels estimaient que la césarienne dite « naturelle » pouvait améliorer les pratiques et la qualité de travail des professionnels.

6.3. Changements des pratiques professionnelles actuelles

Tableau XI : Changements des pratiques professionnelles actuelles selon les professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers (2 choix obligatoires)

CHANGEMENTS	n (%)	p-value
Visite du bloc opératoire avant la césarienne	19 (21,8)	$p < 0,01$
Admission de la patiente debout au bloc opératoire	28 (32,2)	
Identification de toutes les personnes présentes au bloc	21 (24,1)	
Ecoute de musique choisie par la patiente/couple	22 (25,3)	
Visualisation de la naissance par voie haute (champs abaissés ou transparents ou avec une fenêtre) associée à des efforts de poussée de la mère et naissance douce du nouveau-né	36 (41,4)	
Peau à peau immédiatement instauré et maintenu le plus longtemps possible +/- associé à l'allaitement en salle opératoire	31 (35,6)	
Monitoring modifié pour faciliter le contact mère-enfant	2 (2,3)	
Examen pédiatrique fait en présence des 2 parents	15 (17,2)	

75/87 (86,2%) professionnels estimaient que ces changements étaient réalisables dans le temps imparti actuellement aux césariennes programmées ($p < 0,01$).

6.4. Dispositions nécessaires à la mise en place de la césarienne dite « naturelle »

Tableau XII Dispositions nécessaires à la mise en place de la césarienne dite "naturelle" selon les professionnels intervenants lors des césariennes programmées au CHU d'Angers (plusieurs choix possibles)

DISPOSITIONS (Observations totales N= 170)	n (%)	p-value
Protocole d'éligibilité des patientes	29 (17,1)	$p < 0,01$
Protocole de prise en charge opératoire	40 (23,5)	
Présentation du dossier au staff	3 (1,7)	
Rédaction par les parents d'un "projet d'accompagnement"	15 (8,8)	
Vérification de l'absence de contre-indications et validation par un professionnel médical (obstétricien, sage-femme)	45 (26,5)	
Réunions d'information régulières pour les praticiens (mensuelles, trimestrielles, biannuelles...)	12 (7,1)	
Préparation à l'accouchement dédiée	19 (11,2)	
Aucune	7 (4,1)	

DISCUSSION

L'étude reposait sur une enquête monocentrique, limitant sa généralisation et sa représentativité. Ce choix réfléchi avait pour but de recueillir les avis de professionnels ayant une cohésion de prise en charge dans leurs pratiques professionnelles et ainsi assurer et proposer une continuité et une qualité des soins des patientes césariées au sein de cet établissement.

Le pourcentage de réponses au questionnaire, basées sur le volontariat, n'était pas assez équilibré pour les différentes professions, engendrant un biais de représentativité de la population cible. Certaines professions étaient surreprésentées (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes) et d'autres sous-représentées (pédiatres et leurs internes, infirmiers anesthésistes). Seul le taux de réponses des internes d'obstétriques correspondait à la proportion d'internes de la population cible.

La structuration du questionnaire permettait de répondre à la fois aux avantages et aux inconvénients des différentes phases de prise en charge des césariennes programmées, et ce, que le répondant soit favorable ou non à la réalisation de ces phases. Un biais de confirmation d'hypothèse apparaît dans cette structuration du questionnaire. Le répondant pouvait préférer les éléments qui confirment plutôt que ceux qui infirment son avis sur la réalisation ou non des étapes.

La prospection afin de rencontrer les équipes parisiennes réalisant les césariennes dites « naturelles » et les femmes en ayant bénéficié n'a pas abouti. La satisfaction et le ressenti des parents comme ceux des professionnels sur ce type de prise en charge auraient mérité d'être recueillis.

Le concept de «réhabilitation précoce post-opératoire» s'inscrit dans le prolongement de la césarienne dite «naturelle». Il permet le rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques de la mère en favorisant la création du lien mère-enfant, l'allaitement et la mise en œuvre des soins au nouveau-né. Des avis sur la réhabilitation post-opératoire telles que l'analgésie, les soins invasifs (voie veineuse périphérique, sonde à demeure, drain chirurgical), la reprise des boissons et de l'alimentation ainsi que la mobilisation auraient été également intéressants à associer à l'étude.

Il est nécessaire de rester prudent sur le concept de la césarienne dite «naturelle», au regard du peu de recul dont cette pratique novatrice bénéficie. Après entretien téléphonique avec Jenny Smith (retranscrit en annexe 2), sage-femme à la maternité Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, maternité initiatrice de la césarienne dite «naturelle», il s'avère que cette prise en charge a été mise en place pour répondre aux demandes parentales sans étude préalable. Actuellement, seules trois études ont été réalisées afin d'évaluer cette prise en charge (15) (16) (17). Des essais cliniques sont en cours de réalisation, mais en sont encore au stade des inclusions¹. Une fois les résultats obtenus, il serait intéressant de les prendre en considération.

Afin d'analyser les réponses formulées par les professionnels, les résultats ont été confrontés aux études réalisées sur la césarienne dite « naturelle », à la littérature disponible sur chaque étape de la césarienne dite « naturelle » et aux propos recueillis auprès de Jenny Smith.

En anténatal, il s'agit de proposer à la femme de s'approprier l'environnement physique du bloc opératoire et de la rendre actrice de sa prise en charge.

¹ Family-Centered Cesarean Delivery : Patient Satisfaction <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02690077?term=NCT02690077&rank=1>
The Impact of "Natural" Cesarean Delivery on Peripartum Maternal Blood Loss <https://trialbulletin.com/lib/entry/ct-02768142>
Effect of Natural Cesarean Section on Breastfeeding <https://trialbulletin.com/lib/entry/ct-02479282>

La proportion de professionnels intervenant lors des césariennes programmées au CHU d'Angers favorables à la visite du bloc opératoire avant la césarienne programmée était de 87,4% et de 95,4% pour l'admission de la patiente au bloc opératoire en position debout. Ils mettaient en avant à 50,3% l'importance pour la femme/couple de s'approprier l'environnement.

57,5% des professionnels ont suggéré que cette visite soit faite lors d'une consultation avec une sage-femme, sur le même principe que les parents souhaitant bénéficier actuellement d'un accouchement voie basse dans les salles physiologiques du CHU d'Angers.

33,1% des professionnels ont indiqué des difficultés d'organisation de service et 23,9% le respect des mesures d'hygiène comme problématiques à la mise en place de ces 2 éléments. 28,2% suggéraient qu'il est possible de présenter le bloc opératoire d'une autre manière (photos, vidéos...). En anténatal, 26,5% des professionnels souhaitaient la vérification de l'absence de contre-indications et la validation par un professionnel médical (obstétricien, sage-femme) pour réaliser la césarienne dite « naturelle ».

Au regard de ces résultats, il pourrait être proposé en anténatal la mise en place d'une consultation avec une sage-femme. Lors de cette consultation, la sage-femme vérifierait l'absence de contre-indications, validerait la possibilité de procéder à la césarienne dite « naturelle », expliquerait le déroulement de la césarienne (étapes de la prise en charge, déroulement de l'intervention, personnes présentes) et proposerait la visite du bloc opératoire. Afin de respecter les mesures d'hygiène, les parents devraient porter une tenue de bloc (pantalon, chemise, sabots, charlotte et masque) pour accéder au bloc opératoire. En cas d'indisponibilité du bloc opératoire, la présentation du bloc opératoire se ferait grâce à des photos ou une vidéo. Selon Garel et Dubernard, préparée, la césarienne, est plus "vécue" que "subie". Le contact avec la réalité permet d'apaiser et de rassurer les parents. Les informations reçues lors de la grossesse par la femme ou les parents, leur permettent d'anticiper mentalement le jour de la césarienne. (18) (19)

Le jour de la césarienne programmée, le brancardier irait chercher la patiente dans sa chambre, puis marcherait avec elle jusqu'à l'entrée du bloc opératoire où il passerait le relai à l'équipe en charge de la césarienne. Les enquêtes de satisfaction conduites dans les établissements proposant l'arrivée des patients en position debout au bloc opératoire montrent entre 96% et 97% de satisfaction globale des patients. La préservation de l'autonomie des patients améliore leur ressenti, notamment en termes de dignité. Les patients interrogés sur ces enquêtes de satisfaction font ressortir une prise en charge où ils se sentent acteurs, avec plus d'humanité à leur égard, de respect de leur intimité et de leur intégrité physique, une meilleure écoute et une diminution de leur stress. (20) (21) (22)

Pour la phase périnatale, l'environnement du bloc opératoire et l'accueil de l'enfant sont repensés en fonction des désirs des parents.

97,7% des professionnels interrogés estimaient que la totalité des membres de l'équipe devait se présenter à la patiente. Selon Menard, Theau et Le Ray (14), l'équipe au complet présente lors de la césarienne (anesthésistes, infirmiers anesthésistes, sages-femmes, auxiliaires, aides-soignants, médecins, étudiants) doit se présenter auprès de la patiente. Ceci permet que la femme ne se sente pas « perdue » dans le bloc opératoire, participant ainsi à sa réassurance et à l'établissement d'un climat de confiance entre elle et les soignants (14).

Mettant en avant un effet bénéfique en termes de relaxation de la patiente, 97,7% des professionnels estimaient que l'écoute de musique était réalisable durant l'intervention. 69,1% des professionnels ne trouvaient aucun inconvénient à la mise en place de la musique durant la prise en charge au bloc opératoire. L'analyse publiée dans The Lancet (23) conclut que les patients opérés sont significativement moins anxieux après avoir pu écouter de la musique et présentent

un taux de satisfaction sur leur prise en charge plus élevé. La douleur post-opératoire étant moins importante, ils ont également moins besoin de médicaments antalgiques que les patients comparables qui n'ont pas eu cette possibilité. Les patients choisissant eux-mêmes le type de musique qu'ils souhaitent entendre, ont pu potentialiser les avantages précédemment cités. L'étude menée par Lies et Zhang (24), montre que les médecins qui opèrent en musique ont un geste plus rapide (de 7 à 10%) et plus précis que leurs confrères confinés dans le silence, et baissent également leur niveau de stress. Un lecteur de musique, dédié à la salle opératoire afin d'éviter toute faute d'hygiène, pourrait être mis en place afin de répondre aux demandes parentales, tout en prenant des précautions afin que la musique n'interfère pas avec la communication de l'équipe médicale. (23) (24)

Les professionnels étaient favorables à 94,4% à la visualisation de la naissance et à la réalisation d'efforts doux de poussée par la patiente. 41,4% jugeaient cette étape comme étant un des deux changements à réaliser par rapport à leur pratique actuelle (premier changement cité en fréquence de réponse). 39,7% soulignaient l'importance pour la femme/le couple de voir et d'être acteur dans la naissance de leur enfant. 35,7% estimaient que cette pratique pouvait améliorer le vécu de la césarienne.

Les répondants étaient à 38,2% à ne trouver aucun inconvénient à la visualisation de la naissance et aux efforts de poussée. Le principal frein remonté par les professionnels, à hauteur de 21,2%, était le risque de faute d'hygiène.

Concernant l'asepsie, certaines maternités anglaises ou américaines utilisent un système de double champs (un intissé bleu masquant la vue du site opératoire et un transparent du côté de la femme, accrochés entre eux grâce à des velcros, qui peuvent être séparés pour visualiser la naissance) ou de champs à fenêtre (un carré en intissé bleu attaché avec des velcros sur le champ opératoire qui peut être ouvert pour visualiser la naissance). Cependant, contact pris avec les fournisseurs des établissements de santé (3M, Healthcare, Ecolab, Medline, Molnlycke), ces champs ne sont pas encore commercialisés en France. Il pourrait être proposé, de la même façon que le champ est attaché en début d'intervention, que les infirmiers anesthésistes ou les anesthésistes, positionnés à la tête de la patiente, abaissent le champ momentanément après accord de l'obstétricien (le site opératoire est nettoyé préalablement par l'obstétricien) et relèvent la tête de la mère, sans qu'il y ait de faute d'asepsie de commise. Ainsi la mère et le père, s'il est présent, pourraient assister à la naissance de leur enfant. Selon Garel (18), le fait de ne pas voir l'enfant naître (si les parents le désirent), caché par les champs, alimente le sentiment de manque et de frustration que certaines mères peuvent ressentir lors des césariennes. Les facteurs les plus influents sur la perception de la femme de son accouchement sont sa capacité à participer et visualiser la naissance.

Le principe de la suite de l'intervention serait le non interventionnisme du chirurgien, favorisant une naissance douce et lente. L'enfant s'adapterait à la vie extra-utérine seul (respirant l'air par sa bouche et son nez extériorisés, son tronc toujours relié au placenta par le cordon à l'intérieur de l'utérus). La pression de l'utérus et des tissus mous de la mère pourrait aider à l'expulsion du liquide qui est à l'intérieur des poumons, «imitant» ainsi l'accouchement par voie basse. Une fois que le bébé aurait crié, l'obstétricien pourrait proposer à la femme d'effectuer des efforts de poussée doux, aidés par les contractions de l'utérus incisé. Si besoin, l'obstétricien aurait la possibilité d'aider l'enfant à dégager ses épaules. L'enfant ensuite dégagerait ses bras par un mouvement spontané. L'obstétricien pourrait soutenir la tête et le corps du bébé pour la fin de la naissance. Une fois le cordon ombilical clampé (clampage tardif), la sage-femme, avec des gants et champs stériles, recevrait directement l'enfant des mains du chirurgien pour prévenir toute contamination.

Certains professionnels du CHU d'Angers ont insisté sur l'importance du contexte de la césarienne pour pouvoir proposer une telle naissance. En cas de difficulté d'extraction, de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine de l'enfant ou de complications maternelles durant l'intervention, l'obstétricien pourra, malgré la demande maternelle, légitimement refuser la baisse du champ, afin de ne pas laisser une mauvaise image de la naissance à la patiente.

Les professionnels étaient 86,2% à estimer que ce changement dans leur pratique serait réalisable dans le temps imparti actuellement aux césariennes programmées. L'étude de Posthuma et al (15) va dans ce sens, le temps opératoire étant rallongé de 4m42s en moyenne (2m54s-6m36s).

La modification du monitoring était réalisable pour 42,5% des professionnels interrogés et 37,5% des anesthésistes et infirmiers anesthésistes en charge de la surveillance hémodynamique de la patiente. Dans l'étude de Lakhal, Macq, Ehrmann, Boulain et Capdevila (25), il est montré que le positionnement du brassard à tension à un autre endroit qu'au bras (cheville, cuisse) n'altère pas la qualité de la mesure de la pression artérielle moyenne, notamment en cas d'hypotension. Lakhal et al conseillent une première mesure au bras. Ils recommandent de déplacer ensuite le brassard vers les membres inférieurs après avoir observé la relation pression artérielle moyenne - pression artérielle systolique et de maintenir la pression artérielle moyenne à sa valeur basale avec les techniques habituelles pendant la césarienne. Cependant ce procédé n'est pas toujours réalisable d'un point de vue pratique. Le matériel n'est pas forcément en adéquation (positionnement et distance de la table opératoire et des appareils de mesure, longueur de câbles...). Afin de faciliter la phase post-natale, il pourrait être proposé au CHU d'Angers de décaler les électrodes de scopes, habituellement positionnés sur la poitrine maternelle, sur les flancs et le dos maternel afin de laisser la poitrine de la mère libre pour accueillir son bébé et de laisser le bras dominant libre.

Pour la phase postnatale, 63,2% des professionnels (dont 100% des pédiatres et internes de pédiatrie) étaient favorables au peau à peau précoce et maintenu le plus longtemps possible. 35,6% jugeaient cette étape comme étant un des deux changements à réaliser par rapport à leur pratique actuelle (second changement cité en fréquence de réponse). Ils mettaient en avant à 35,1% l'importance du peau à peau pour l'établissement du lien mère-enfant et à 30,7% l'amélioration du vécu pour la mère.

Le peau à peau, entre le nouveau-né et sa mère, au moment de la naissance, est recommandé de façon précoce et prolongée, depuis 1991 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et fait partie des recommandations françaises depuis 2002. De nombreuses études ont démontré les effets bénéfiques du peau à peau que ce soit après un accouchement par voie basse ou par césarienne. Les bénéfices qui en ressortent sont nombreux que cela soit pour la mère ou le nouveau-né. Le peau à peau peut, du côté de la mère, favoriser le processus d'attachement et l'allaitement maternel, augmenter la satisfaction maternelle et diminuer la douleur maternelle ressentie ainsi que la quantité des saignements. Pour le nouveau-né, le peau à peau peut favoriser son adaptation thermique, cardio-respiratoire et métabolique, faciliter son apaisement ainsi que son bien-être et diminuer la quantité des pleurs. (26)(27).

Les principaux freins indiqués à la réalisation du peau à peau par les professionnels du CHU d'Angers étaient pour 35,2% d'entre eux la difficulté d'installation et 34,3% le risque d'hypothermie du nouveau-né.

Concernant le risque d'hypothermie, Bergström, Okong et Ransjö-Arvidson décrivent le phénomène de synchronisation thermique (28). Lors du peau à peau, sous l'effet de la poussée d'ocytocine sécrétée par la mère lors du contact avec son bébé, le sang afflue vers le thorax apportant un excédent de chaleur permettant de réchauffer le nouveau-né. Ce dernier se réchauffe alors plus vite contre sa mère et reste, dans le temps, plus stable sur le plan thermique que s'il

était placé en incubateur. L'OMS souligne au sein de son guide pratique sur la protection thermique du nouveau-né (29), que les hypothermies n'ont pas obligatoirement besoin d'une température ambiante basse pour s'installer. Bergström et al rajoutent que si le nouveau-né est exposé à une atmosphère fraîche, il peut être utile de réchauffer la mère avant de placer le nouveau-né contre sa peau, d'utiliser du linge préalablement chauffé pour sécher la chevelure et le corps du bébé, de le couvrir d'un bonnet et éventuellement d'un lange préalablement chauffé pour la poursuite du peau à peau.

Les préconisations de l'OMS pour lutter contre l'hypothermie néonatale vont dans le même sens. Le nouveau-né doit être séché immédiatement après sa naissance afin d'éviter toute perte thermique par évaporation. L'essuyage doit avoir lieu contre une surface chaude, au mieux en peau à peau contre sa mère afin d'éviter la déperdition de chaleur par conduction. Ensuite, le nouveau-né doit être recouvert d'une seconde serviette sèche et chaude si possible, ainsi que d'un bonnet sur la tête, tout en poursuivant le peau à peau, afin d'éviter les pertes thermiques par convection. Dans l'étude de Francis, Galvin, Scott et Sigmon (17) comparant les morbidités maternelles et fœtales des césariennes dites « naturelles » et des césariennes dites « classiques », il ressort qu'aucun nouveau-né n'a de température anormale (hypothermie ou hyperthermie) avec la pratique du peau à peau au sein du bloc opératoire contrairement aux césariennes dites « classiques » où 2,8% des nouveau-nés sont en hypothermie. Dans l'étude de Bergström et al (28), tous les nouveau-nés présentent une température normale à 0,2, 10 et 20 mn de peau à peau au bloc opératoire.

En ce qui concerne la difficulté d'installation, une fois l'enfant né, la femme serait repositionnée à plat. Le nouveau-né serait positionné contre la poitrine de sa mère, visage dégagé face à sa mère. Les électrodes positionnées sur les flancs et le dos de la mère, ainsi que le bras dominant laissé libre permettraient à la femme d'être apte à réaliser le peau à peau avec son enfant.

Ainsi, il pourrait être proposé au CHU d'Angers, après la naissance et le clampage tardif du cordon ombilical devant les parents, que la sage-femme place l'enfant sur la poitrine de la mère, préalablement chauffée. L'enfant serait ensuite séché sur la poitrine de la mère avec des champs chauds, puis laissé nu contre la poitrine de sa mère, recouvert de lange chauffé auparavant (si possible additionné d'un papier à bulles pour améliorer la rétention de chaleur) ou d'une couverture chauffante. La feuille de suivi du peau à peau (annexe 3), déjà utilisée pour les voies basses, pourrait être utilisée pour les césariennes. Au CHU d'Angers, les césariennes programmées sont prises en charge par une sage-femme de bloc. Elle gère les consultations programmées aux urgences obstétricales (terme, surveillance post-chute, post diminution des mouvements actifs fœtaux...), les césariennes programmées et les césariennes faites en urgence. La surveillance du peau à peau par la sage-femme étant indispensable, cette pratique dépendrait de l'activité. Si l'état de la mère ne permet pas le peau à peau (nausées, vomissements, malaise...) ou que l'activité ne permet pas la surveillance par la sage-femme de bloc, le nouveau-né pourrait bénéficier du peau à peau avec son père comme cela est proposé actuellement au CHU d'Angers.

Concernant la mise au sein au bloc opératoire, seul 33,3% des professionnels interrogés (dont 75% des pédiatres et internes de pédiatrie) étaient favorables à l'allaitement maternel au bloc opératoire. 35,2% des professionnels estimaient l'installation difficile. L'OMS (30) indique que les soins des premières heures suivant la naissance ont pour objectifs de satisfaire les besoins physiologiques du nouveau-né et d'évaluer son état de santé. Un des soins dits essentiels est d'éviter l'hypothermie en ne séparant pas la mère de l'enfant (contact peau à peau) et favoriser ainsi l'allaitement précoce. D'après l'HAS (31), l'allaitement n'est pas compromis si l'allaitement n'est pas débuté immédiatement à la naissance. Les nouveau-nés présentent une variété de comportements à la naissance et ne sont pas tous prêts à téter au même moment. Selon l'HAS, la

première mise au sein devrait avoir lieu dans la première heure suivant la naissance pour favoriser une succion efficace. Durant cette heure, le peau à peau doit être favorisé (31) (32). Comme le souligne l'OMS (30), pour la première mise au sein, la mère doit être entourée par le personnel, avoir une position confortable et être dans un environnement calme. Le bloc opératoire ne réunit pas les conditions optimales pour donner le sein. La durée de réfection d'une césarienne restant relativement courte, la première mise au sein pourrait être décalée une fois la mère réinstallée en SSPI, si la réunion mère-enfant se fait de façon rapide.

Actuellement, au CHU d'Angers, lors de la réfection de la césarienne, le nouveau-né est accompagné dans une salle annexe. En présence de l'accompagnant de la mère, la sage-femme effectue les premiers soins au nouveau-né et son premier examen clinique complet. Les professionnels étaient à 92% favorables à ce que l'examen pédiatrique soit réalisé devant les deux parents. 42,1% estimaient que l'examen pédiatrique correspondait à un moment symbolique pour les parents.

Israël (33) indique que le principe de bientraitance doit s'appliquer également à l'examen du nouveau-né. Il faut qu'il soit le moins perturbant possible, aussi bien pour le nouveau-né que pour ses parents. Il rajoute que le moment où la sage-femme «emporte» le nouveau-né pour les premiers soins est un des moments les plus frustrants pour la maman. Cette séparation subie est difficile à supporter pour la mère, dans la mesure où l'arrivée de bébé crée un vide que seuls sa vue ou son contact pourraient combler. Dans l'enquête Césarine (9), les mères font remonter également un sentiment de frustration et de manque d'avoir été écartées de ces moments symboliques. Israël (33) développe que le fait de pouvoir examiner le bébé en présence de la mère, parfois même dans ses bras, lui procure beaucoup de satisfaction et répond à bien des interrogations... Après des mois d'attente, la participation des parents à l'examen de leur enfant, par leur simple présence ou plus activement (en lui parlant, tenant la main...) permet de leur montrer leurs compétences parentales. L'examen fait en présence des parents est rassurant car il permet de voir ce qui se passe et de constater que le bébé, dans son intégralité, entièrement nu, répond aux attentes de la sage-femme, de montrer qu'il va bien et qu'il répond parfaitement à leurs attentes également c'est à dire la «normalité».

Les recommandations du Réseau Sécurité Naissance (RSN) (34) indiquent que la prise en charge du nouveau-né peut être différée dans les deux heures après la naissance, l'examen clinique doit avoir lieu avant qu'il ne soit transféré dans le service des suites de couches avec sa mère.

A 59,3%, les professionnels du CHU d'Angers indiquaient l'absence de lieu de réalisation comme principal frein à la réalisation de l'examen pédiatrique devant les deux parents.

Il pourrait être proposé au CHU d'Angers de réaliser les premiers soins au nouveau-né lors du peau à peau avec sa mère au bloc opératoire. L'enfant pourrait être séché contre sa mère. Sur la poitrine maternelle, le premier soin de cordon serait fait par la sage-femme, le positionnement du clamp de cordon ombilical et la section du cordon serait réalisée par la sage-femme ou l'accompagnant à la naissance s'il le souhaite. Le bracelet d'identification serait également disposé au bras de l'enfant et à sa cheville par la sage-femme (conformément à l'article 7 de la Convention relative aux droits de l'enfant) lors du peau à peau. Sous réserve de possibilité de surveillance du nouveau-né et de sa mère, le peau à peau pourrait être poursuivi jusqu'à la fin de l'intervention chirurgicale. Pour l'examen pédiatrique, le plus simple serait de le différer après le peau à peau avec la mère. Actuellement, au CHU d'Angers, une fois l'intervention chirurgicale terminée, la femme césarisée est installée en SSPI et ensuite surveillée par l'IADE. La SSPI est commune à toutes les interventions de gynécologie et d'obstétrique. Plusieurs possibilités seraient envisageables pour réaliser l'examen pédiatrique.

Si la SSPI est vide, la réunion de la triade mère-père-enfant pourrait se faire. Cela permet, selon Odent (35) de faciliter le lien mère-enfant, de réduire l'inquiétude paternelle vis-à-vis de l'état de santé de sa compagne, l'inquiétude maternelle vis-à-vis de celui de son enfant mais aussi de vivre la naissance à trois. L'examen du nouveau-né pourrait alors être réalisé par la sage-femme de bloc en présence des deux parents au plus tard lors du bilan de sortie de SSPI (la balance pourrait être apportée en SSPI).

En cas de forte affluence en SSPI, pour des raisons de confidentialité, d'asepsie, d'organisation et de sécurité, la réunion de la triade n'est par contre pas réalisable. A la fin du peau à peau avec la mère au bloc opératoire, comme ce qui est proposé actuellement au CHU d'Angers dès la naissance par césarienne dite «classique», l'examen pédiatrique pourrait avoir lieu dans la salle annexe au bloc opératoire en présence de l'accompagnant à la naissance. Il pourrait ainsi être un témoin de ce moment symbolique pour la mère. Il serait garant de ces instants et pourrait les restituer avec émotion, voire les prendre en photos ou les filmer pour les faire partager à la mère par la suite. Le peau à peau pourrait ensuite se poursuivre avec l'accompagnant à la naissance s'il le désire. Cependant, le fait de voir de ses propres yeux les capacités de son enfant, être rassurée par les mots et actes de la sage-femme peuvent rester important pour la mère. Il pourrait donc être proposé de réitérer cet examen lors du bilan de sortie de SSPI ou dès que la réunion de la triade est possible.

Une dernière option serait que la surveillance post opératoire de la femme césarisée sous anesthésie locorégionale soit faite en salle d'accouchement, comme 2,3% des professionnels du CHU d'Angers ont pu le proposer. Cependant, la mise en place de ce type de surveillance rencontre des difficultés d'ordre médico-légal. Selon, l'article D6124-98 du code de santé publique (36), la surveillance d'une femme césarisée doit être mise en place au sein d'une SSPI, à proximité de la salle de naissance. Il conviendrait que la Commission Médicale d'Établissement soit saisie et que la direction informe l'Agence Régionale de Santé de cette proposition pour pouvoir la mettre en place.

De nombreuses théories et modèles ont été développés en psychologie, aux fins d'expliquer comment les individus modifient leurs comportements et d'identifier les principaux facteurs qui favorisent ce changement. Les facteurs influant sur le changement sont à la fois individuels, liés à la nature du changement en lui-même, stratégiques et organisationnels. Chaque professionnel, de par son histoire personnelle et ses expériences professionnelles a ses propres représentations du changement.

Concernant la césarienne dite «naturelle», 85,1% des professionnels interrogés ne connaissaient pas cette prise en charge. Et pour chaque étape prise individuellement, hormis, pour les étapes mises en place au CHU d'Angers depuis plusieurs mois ou années (présence du père au bloc opératoire, identification de l'ensemble des personnes présentes et le clamping tardif), les professionnels n'avaient majoritairement «jamais» ou «rarement» réalisé les autres étapes (visite du bloc opératoire, admission de la patiente en position debout, écoute de musique, visualisation de la naissance, peau à peau, allaitement au bloc opératoire, examen pédiatrique en présence des deux parents). Une situation inconnue peut être vécue comme une découverte et s'avérer motivant pour un professionnel. Mais, face à cette même situation inconnue, pour un autre individu, cela peut être vécu comme une véritable angoisse. Il peut alors utiliser, de manière plus ou moins consciente, des mécanismes de défense pour y faire face, comme la «projection», décrite en psychologie et psychanalyse. Elle renvoie à l'opération mentale par laquelle un individu attribue à un autre individu ses propres émotions, peurs, pensées... pour se sortir de la situation. Certains freins révélés dans l'étude pourraient être attribués à ce mécanisme de défense.

Dans le processus de changement de comportement, l'une des étapes les plus importantes est l'amorce. (37). D'après le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (38), les individus sont plus aptes à changer leur comportement s'ils sont convaincus des bienfaits que cela peut engendrer. Les professionnels du CHU d'Angers évaluaient la demande d'amélioration de prise en charge des césariennes programmées à 6,58 (+/- 1,59) sur une échelle croissante sur 10. 54% des professionnels l'évaluaient à 7 ou 8. Ils estimaient que la césarienne dite «naturelle» pouvait améliorer la qualité des soins apportés aux patientes à 86,2% et ceux des nouveau-nés à 72,4%. Les professionnels interrogés, en majorité conscients de l'existence d'une demande d'amélioration de la prise en charge et du bienfait de la césarienne dite «naturelle» pour l'amélioration de la qualité des soins pourraient ainsi être plus enclins à changer leur pratique.

CONCLUSION

La césarienne dite «naturelle» permettrait de répondre à une réelle demande d'amélioration de prise en charge de la part des couples. Le parcours de soins de la patiente césarisée serait rendu visible et adapté aux désirs parentaux.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les avis des professionnels sur la mise en place de la césarienne dite «naturelle» au CHU d'Angers. Au regard des résultats, l'hypothèse émise « Les professionnels sont prêts à changer leur pratique et à mettre en place un protocole de césarienne dite «naturelle» est validée. Les changements de pratique réalisables au CHU d'Angers ont été mis en lumière, des solutions ont été proposées. Les professionnels souhaitaient à 23,5% l'établissement d'un protocole médical pour la mise en place de la césarienne dite "naturelle" au CHU d'Angers. Un protocole est proposé à titre indicatif en annexe 4 afin de répondre à cette demande. Une phase d'essai permettrait d'évaluer ces nouvelles pratiques.

Dès la parution du premier article décrivant cette prise en charge, des réticences ont été soulevées (39). Une demande croissante de césariennes qui n'aurait pas d'indications médicales pourrait apparaître. Compte tenu des risques immédiats et à long terme des césariennes, la diffusion de cette technique nécessite d'être maîtrisée. Le terme de «césarienne naturelle» a également été largement critiqué dans la littérature (40). La césarienne est une intervention chirurgicale et comporte des risques. Le terme de «naturel» s'associe à la physiologie, au spontané et non à l'intervention humaine. Ces deux termes antinomiques font réagir les professionnels de santé. En anglais, les auteurs emploient de plus en plus le terme de «gentle» renvoyant à une prise en charge douce, attentionnée, empathique ou de «patient centered» renvoyant à des soins centrés sur les désirs parentaux. Il serait donc nécessaire de trouver un terme français plus adapté à ce nouveau type de prise en charge... La césarienne participative ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Les naissances : caractéristiques des accouchements Fiche DRESS 28-2 Edition 2016 [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche28-2.pdf>
- (2) Analyse et amélioration des pratiques de 2014 de la HAS sur les césariennes programmées à terme. Evolution des taux de césariennes à terme en France entre 2011 et 2013 [Internet]. [cité 12 octobre 2016]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/experimentation_cesarienne_taux_2011_a_2013_2014-09-16_17-11-16_366.pdf
- (3) Indicateurs de santé périnatale | Stats ATIH [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale/submit?snatnav=&annee=2015&mater=n1&type_ind=accn&ind=ind8a&type_zone=nat&zone=nat&mbout=dummy&excel=non
- (4) Indications_cesarienne_programmee - Recommandation - indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf
- (5) MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with « No Indicated Risk, » United States, 1998–2001 Birth Cohorts. *Birth*. 1 sept 2006;33(3):175-82.
- (6) Subtil D., Vaast P., Dufour P., Depret-Mosser S., Codaccioni X., Puech F..Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 (suppl. n° 2) : 10-16
- (7) Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 1 mai 2012;95(5):1113-35.
- (8) Zanardo V, Pigozzo A, Wainer G, Marchesoni D, Gasparoni A, Di Fabio S, et al. Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 2012;fetalneonatal–2011.
- (9) Association Césarine [Internet]. [cité 1 aout 2016] Disponible sur : <http://www.cesarine.org/> .
- (10) Baro P. Les implications psychologiques de la césarienne. In : Racinet C. *La Césarienne*. Paris : Sauramps Médical, 2002, p. 399-407.
- (11) Benhamou, D. La Césarienne Naturelle. *Anesthésie & Réanimation*. 2015 ; 1(4) : 313–17.
- (12) Smith, J., Plaat F., Fisk NM.. The Natural Caesarean: A Woman-Centred Technique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008 ; 115(8) : 1037–42
- (13) Schorn MN., Moore E., Spetalnick BM., Morad A.. Implementing Family-Centered Cesarean Birth. *J Midwifery Womens Health* 2015 ; 00 : 1–9.
- (14) Menard S, Theau A, Le Ray C. Réhabilitation et humanisation en cours de césarienne : le point de vue de l'obstétricien. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. avr 2016;20(2):78-82
- (15) Posthuma S., Van der Ploeg M., Korteweg F., De Boer H., Wiersma-Zweens M. Van der Ham D..710: Risk and benefits of a natural cesarean section – a retrospective cohort study- *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, janv.2015, 212 (1) : S346
- (16) Magee SR, Battle C, Morton J, Nothnagle M. Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2014;27(5):690–693.
- (17) Francis SB, Galvin S.L., Scott K., Sigmon K. Family-Centered Cesarean Delivery. *MAHEC Online Journal of Research*, 2015. Volume 2, Issue 1
- (18) Garel M, Lelong N, Kaminski M. Psychological consequences of caesarean childbirth in primiparas. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Volume 6, 1987 - Issue 3, 197-209
- (19) Dubernard F., Distriquin M.A. Césarienne, du côté des maternités amies des bébés, *Profession Sage-femme*, 2005 ; 116 : 46
- (20) Rosay H. Des patients debout au bloc opératoire.... [cité 23 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.mapar.org/article/pdf/1190/Des%20patients%20debout%20au%20bloc%20op%C3%A9ratoire%C3%A2%E2%82%AC%C2%A6.pdf>

- (21) Voedts S, Etienne V, Khalil N, Boufflers E, Hamdani A, Leroux-Bromberg N, et al. Aller au bloc opératoire en marchant, une pratique innovante à généraliser ? *Anesthésie & Réanimation*. sept 2015;1:A357-8.
- (22) Untereiner O, Rossel G, Farhat F, Dufour G, Seince P-F, Philip I et al. Patient debout au bloc opératoire: une expérience en chirurgie ambulatoire. *Anesthésie & Réanimation*. sept 2015;1:A80
- (23) Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2015;386(10004):1659–1671
- (24) Lies SR, Zhang AY. Prospective Randomized Study of the Effect of Music on the Efficiency of Surgical Closures. *Aesthetic Surgery Journal*. sept 2015;35(7):858-63
- (25) Lakhal K, Macq C, Ehrmann S, Boulain T, Capdevila X. Noninvasive monitoring of blood pressure in the critically ill: reliability according to the cuff site (arm, thigh, or ankle). *Crit Care Med* 2012;40(4):1207-13
- (26) Carmichael A., Matulionis B.: Implementing the gentle c-section: a birth experience more like a vaginal delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014; 43: pp. S13-S14
- (27) Brady K., Bulpitt D., Chiarelli C.: An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014; 43: 488-496
- (28) Bergström A, Okong P, Ransjö-Arvidson A-B. Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn – Bergström. *Acta Pædiatrica* 2007 ; 96 : 655–658
- (29) Organization WH, others. La protection thermique du nouveau-né: guide pratique. 1997 [cité 18 mars 2017]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63987>
- (30) Organisation Mondiale de la Santé. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique. Genève: WHO; 1998, 88 pages.
- (31) Allaitement Maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant (Mai 2002), HAS, Rapport complet, 164 pages.
- (32) Favoriser l'allaitement maternel. Processus – Évaluation (Juin 2006), HAS, Mission formation, 55 pages.
- (33) Israël J. L'examen du nouveau-né : une rencontre dans la sérénité. *Spirale*. 2007;41(1):106.
- (34) Soins au nouveau-né normal de plus de 36 SA et sans pathologie, dans les deux premières heures – Juillet 2013
- (35) Odent M. Césariennes, questions, effets, enjeux. Éditions Le souffle d'or, Londres, 2005, 183 p.
- (36) Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code - Article D. 6124-98. 2005-840 juill 20, 2005.
- (37) Sullivan KT. Promoting Health Behavior Change. *ERIC Digest*. 1998 [cité 1 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.ericdigests.org/1999-4/health.htm>
- (38) Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-287.
- (39) Warner M. Editor's Commentary. *Br J Obstet Gynaecol*. 2008 ;115 ;1042.
- (40) Briex M. Césarienne naturelle. *Spirale*. 2015 ; 76(4), 86-89

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 FLOW CHART DES EFFECTIFS : NOMBRE DE PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS ENTRE LE 24/10/16 ET LE 24/01/17, RECRUTES POUR CETTE ENQUETE.	6
---	---

TABLE DES TABLEAUX

TABEAU I CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION SOURCE.	7
TABEAU II : PRATIQUES ACTUELLES DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AU BLOC OPERATOIRE LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS.	8
TABEAU III RECUEIL DES OPINIONS (FAVORABLE, NON FAVORABLE A LA REALISATION) DES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS SUR LES ETAPES DE LA PHASE ANTENATALE.	8
TABEAU IV DESCRIPTION DES FREINS ET LEVIERS (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES) SELON LES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS SUR LES ETAPES DE LA PHASE ANTENATALE.	9
TABEAU V RECUEIL DES OPINIONS (FAVORABLE, NON FAVORABLE A LA REALISATION) DES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS SUR LES ETAPES DE LA PHASE PERINATALE.	10
TABEAU VI DESCRIPTION DES FREINS ET LEVIERS (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES) SELON LES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS SUR L'ECOUTE DE MUSIQUE.	10
TABEAU VII DESCRIPTION DES FREINS ET LEVIERS (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES) SELON LES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS SUR LA VISUALISATION DE LA NAISSANCE ET LES EFFORTS DE POUSSEE MATERNELS.	11
TABEAU VIII RECUEIL DES OPINIONS (FAVORABLE, NON FAVORABLE A LA REALISATION) DES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS SUR LES ETAPES DE LA PHASE POSTNATALE.	12
TABEAU IX DESCRIPTION DES FREINS ET LEVIERS (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES) SELON LES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS SUR LE PEAU A PEAU ET L'ALLAITEMENT AU BLOC OPERATOIRE.	13
TABEAU X DESCRIPTION DES FREINS ET LEVIERS (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES) SELON LES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS SUR L'EXAMEN PEDIATRIQUE DEVANT LA MERE.	14
TABEAU XI : CHANGEMENTS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ACTUELLES SELON LES PROFESSIONNELS INTERVENANT LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS (2 CHOIX OBLIGATOIRES)	15
TABEAU XII DISPOSITIONS NECESSAIRES A LA MISE EN PLACE DE LA CESARIENNE DITE "NATURELLE" SELON LES PROFESSIONNELS INTERVENANTS LORS DES CESARIENNES PROGRAMMEES AU CHU D'ANGERS (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES)	15

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTO-QUESTIONNAIRE (VERSION PAPIER)	29
ANNEXE 2 : ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU 04/04/2017 AVEC JENNY SMITH, SAGE-FEMME A LA MATERNITE QUEEN CHARLOTTE'S AND CHELSEA HOSPITAL.....	40
ANNEXE 3 : FEUILLE DE SURVEILLANCE DE PEAU A PEAU.....	43
ANNEXE 4 : PROPOSITION DE PROTOCOLE.....	44

ANNEXE 1 : Auto-questionnaire (version papier)

Enquête sur la prise en charge et l'accompagnement personnalisé des césariennes programmées au CHU d'Angers

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 5ème année à l'école d'Angers (49).

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, sous la direction de Monsieur le Docteur Philippe GILLARD, je m'interroge sur la prise en charge et l'accompagnement personnalisé des césariennes programmées.

Pour cela, j'effectue une enquête à l'intention de l'ensemble des acteurs de la périnatalité intervenant lors des césariennes au CHU d'Angers : obstétricien(ne), interne d'obstétrique, sage-femme, pédiatre, interne en pédiatrie, anesthésiste et infirmier(e) anesthésiste.

Le temps pour réaliser cette enquête est de 5 à 10 mn.

Cette enquête est constituée essentiellement de questions courtes.

Elle est divisée en 4 parties :

- « Vous » (≤1mn),
- « Vos connaissances » (≤3mn),
- « Votre point de vue » (2mn),
- et « Vos avis sur une éventuelle évolution des pratiques professionnelles » (≤2 mn).

Cette enquête est anonyme et les données récoltées ne serviront que pour cette étude.

Je vous remercie d'avance pour votre participation et me tiens à votre disposition pour toutes informations supplémentaires.

Cordialement.

Marie-Laure CELLIER
cellier.marielaure@gmail.com
06 33 09 94 99

***Obligatoire**



Partie 1 : VOUS (≤1mn)

1. Êtes-vous ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Une femme
☐ Un homme

2. Quel est votre âge, en années ? (noter uniquement le nombre) *

.....

3. Êtes-vous ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Obstétricien(ne)
☐ Interne d'obstétrique
☐ Sage-femme
☐ Pédiatre
☐ Interne de pédiatrie
☐ Anesthésiste
☐ Infirmier(e) d'anesthésie

4. Depuis combien d'années exercez-vous depuis votre diplôme ? (noter uniquement le nombre) *

Si entre 0 et 1 an, noter 1. Entre 1 an et 2 ans, noter 2... Pour les internes, noter 0

.....

5. Avez-vous toujours exercé au CHU d'Angers ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

6. Si non, où avez-vous exercé auparavant ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Libéral
☐ Maternité de type I
☐ Maternité de type II
☐ Maternité de type III
☐ Maison de naissance
☐ Etranger
☐ Autre :

7. Avez-vous assisté à au moins 1 césarienne au cours de l'année passée (depuis octobre 2015) ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non Arrêtez de remplir ce formulaire.

Partie 2 : VOS CONNAISSANCES (≤3mn)

8. Connaissez-vous la césarienne dite "naturelle", également appelée "Woman-Centred / Family Centred Cesarean Birth / Gentle C-section" ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 10.

9. Si oui, pouvez-vous donner les grandes idées en quelques mots ?

.....

.....

.....

La césarienne dite "naturelle" commence dans la manière de préparer l'intervention et se poursuit avec le souhait de respecter au mieux, dans une atmosphère bienveillante, l'autonomie, les choix des parents et le lien avec leur enfant.

Les gestes techniques chirurgicaux ne sont pas modifiés.

Voici les différents éléments qui sont retrouvés, partiellement ou en totalité en fonction des désirs des parents, lors des césariennes dites "naturelles" :

- Prénatal :
 - o Visite du bloc opératoire avant la césarienne,
 - o Admission au bloc opératoire de la patiente debout.
- Périnatal :
 - o Identification de toutes les personnes présentes (dire bonjour, se présenter, donner son rôle, demander accord si étudiant...),
 - o Ecoute de musique choisie par la patiente/couple,
 - o Présence du père encouragée,
 - o Visualisation de la naissance une fois l'utérus incisé (champs abaissés ou non s'ils sont déjà transparents ou avec une fenêtre + la tête de la table d'opération relevée pour que la mère puisse voir la naissance),
 - o Naissance douce du nouveau-né (sans traction manuelle ni appui sur le fond utérin de la part de l'obstétricien(ne), associés à des efforts de poussée doux de la mère, attente du premier cri du nouveau-né après l'extraction de la tête +/- accompagnement de l'extraction du reste du corps avec rotation douce de la tête du nouveau-né vers la mère).
- Postnatal :
 - o Clampage tardif du cordon ombilical,
 - o Peau à peau immédiatement instauré et maintenu le plus longtemps possible au bloc opératoire,
 - o Allaitement maternel en salle opératoire si allaitement souhaité,
 - o Facilitation du contact mère-enfant via modification du monitoring (bras dominant laissé libre +/- mise en place des capteurs à saturimètre et brassard à tension sur les membres inférieurs après établissement du différentiel membre inférieur/membre supérieur après l'induction anesthésique...),
 - o Examen pédiatrique fait en présence des 2 parents (au bloc opératoire, en salle de surveillance post-interventionnelle = SSPI, en salle de naissance...).

Ceci concerne les césariennes programmées à terme (≥ 37 semaines d'aménorrhées).

Cette approche de la naissance d'un bébé au bloc opératoire a été développée par la maternité Queen's Charlotte Hospital, à Londres, il y a environ neuf ans, et est désormais passée dans leur pratique courante. Elle est très peu utilisée actuellement en France. Seules quelques maternités parisiennes proposent cette alternative.

10. Avez-vous déjà effectué/assisté à certaines de ces étapes ? *

NC = Non Concerné

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	NC
Visite du bloc opératoire avant la césarienne	☐	☐	☐	☐	☐
Admission au bloc opératoire debout	☐	☐	☐	☐	☐
Identification de toutes les personnes présentes (dire bonjour, se présenter, donner son rôle, demander accord si étudiant)	☐	☐	☐	☐	☐
Ecoute de musique choisie par la patiente/couple	☐	☐	☐	☐	☐
Présence du père	☐	☐	☐	☐	☐
Visualisation de la naissance (champs abaissés ou transparents)	☐	☐	☐	☐	☐
Naissance faite sans traction manuelle, avec efforts de poussée doux de la mère	☐	☐	☐	☐	☐
Monitoring modifié pour faciliter le contact mère-enfant	☐	☐	☐	☐	☐
Clampage tardif du cordon ombilical	☐	☐	☐	☐	☐
Peau à peau immédiatement instauré	☐	☐	☐	☐	☐
Peau à peau maintenu le plus longtemps possible au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐
Allaitement en salle opératoire	☐	☐	☐	☐	☐
Examen pédiatrique fait en présence des 2 parents	☐	☐	☐	☐	☐

Partie 3 : VOTRE POINT DE VUE CONCERNANT LA CÉSARIENNE DITE "NATURELLE" (2mn)

Prénatal : visite du bloc et admission debout

11. Estimez-vous que soit réalisable : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
la visite du bloc opératoire avant la césarienne ?	☐	☐
l'admission de la patiente debout ?	☐	☐

12. Quels seraient selon vous...les AVANTAGES à leurs réalisations ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Importance pour la femme/couple de s'approprier l'environnement
- ☐ Importance pour la femme/couple d'être autonome et actrice de ses soins
- ☐ Facilité de réalisation
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

13. ...les **INCONVÉNIENTS** à leurs réalisations ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Difficulté d'organisation de service
- ☐ Mesures d'hygiène
- ☐ Possibilité de présenter le bloc opératoire d'une autre façon (visite 3D, photos...)
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

14. **A quel moment la visite pré-opératoire du bloc pourrait-elle être mise en place ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Lors des séances de préparation à l'accouchement
- ☐ Lors d'une consultation spécifique avec une sage-femme (comme pour l'espace physiologique)
- ☐ Non concerné
- ☐ Autre :

15. **Commentaires libres / suggestions sur la phase prénatale**

.....

.....

.....

Périnatal : écoute de musique, visualisation et efforts de poussée.

16. **Pensez-vous que tous les membres de l'équipe soignantes présents lors de la césarienne doivent se présenter à la patiente ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. **Considérez-vous que l'écoute de la musique choisie par la patiente puisse être réalisée ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

18. Quels seraient selon vous les AVANTAGES à sa réalisation ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Relaxant pour la patiente/couple
- ☐ Amélioration du vécu
- ☐ Facilité de réalisation
- ☐ Effet antalgique
- ☐ Amélioration de l'ambiance de travail
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

19. ...les INCONVÉNIENTS à sa réalisation ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Perturbation de la prise en charge par l'équipe soignante
- ☐ Difficulté d'organisation de service
- ☐ Absence d'intérêt
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

20. Estimez-vous que le champ opératoire puisse être abaissé au moment de la naissance de l'enfant et que la mère fasse des efforts de poussée douce pour accompagner la naissance de son enfant ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

21. Pour vous, quels seraient... les AVANTAGES à sa réalisation ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Importance pour femme/couple de voir et d'être acteur dans la naissance de l'enfant
- ☐ Facilité de réalisation
- ☐ Amélioration du vécu
- ☐ Absence de perturbation du déroulement de l'opération
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

22. ... les INCONVÉNIENTS à sa réalisation ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Inconfort de travail
- ☐ Mesures d'hygiène
- ☐ Possibilité de présenter l'enfant autrement
- ☐ Temps opératoire plus long
- ☐ Perturbation du déroulement de l'opération
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

23. Commentaires libres / suggestions sur la phase périnatale

Postnatal : peau à peau, allaitement et examen pédiatrique

24. Si l'état de la mère et de l'enfant le permettent, pensez-vous que... *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
le peau à peau puisse être réalisé et maintenu au bloc opératoire ?	☐	☐
l'allaitement puisse être instauré au bloc opératoire ?	☐	☐

25. Quels seraient selon vous... les AVANTAGES à leurs réalisations ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Importance pour le lien mère/enfant
- ☐ Facilité de réalisation
- ☐ Meilleure adaptation à la vie extra utérine
- ☐ Amélioration du vécu
- ☐ Favorise la mise en place de la lactation
- ☐ Absence de perturbation du déroulement de l'opération
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

26. ...les INCONVÉNIENTS à leurs réalisations ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Charge de travail supplémentaire
- ☐ Difficulté d'installation
- ☐ Risque d'hypothermie du nouveau-né
- ☐ Risque d'asphyxie du nouveau-né
- ☐ Retarde l'examen pédiatrique
- ☐ Perturbation de la prise en charge par l'équipe soignante
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

27. **Pensez-vous que le monitoring de la patiente (tension artérielle, fréquences cardiaque et respiratoire...) puisse être modifié pour faciliter le contact mère/enfant pour le peau à peau et l'allaitement ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Non concerné

28. **Si l'état de santé du nouveau-né le permet, êtes-vous favorable pour que l'examen pédiatrique soit réalisé devant sa mère ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

29. **Quels seraient selon vous les AVANTAGES à sa réalisation ? (plusieurs choix possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Moment symbolique pour la mère
☐ Appréciation des qualités du nouveau-né
☐ Réassurance de la mère/couple
☐ Aucun
☐ Autre :

30. **... les INCONVÉNIENTS à sa réalisation ? (plusieurs choix possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Absence de lieu de réalisation
☐ Difficulté d'organisation de travail
☐ Aucun
☐ Autre :

31. **Commentaires libres / suggestions sur la phase postnatale**

.....

.....

.....

.....

Partie 4 : A PROPOS D'UNE ÉVENTUELLE ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (≤ 1mn)

32. A votre avis, à quel niveau est la demande des usagers concernant l'amélioration de la prise en charge des césariennes ? *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absence de demande	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Demande très importante

33. Pensez-vous que la césarienne dite "naturelle" pourrait améliorer... *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
la qualité de soins apportés aux patientes ?	☐	☐
la qualité de soins apportés aux nouveaux-nés ?	☐	☐
les pratiques et qualité de travail des professionnels ?	☐	☐

34. Si vous deviez effectuer 2 changements par rapport à la pratique professionnelle actuelle des césariennes, quels seraient-ils ? (Cocher 2 cases) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Visite du bloc opératoire avant la césarienne
- ☐ Admission de la patiente debout au bloc opératoire
- ☐ Identification de toutes les personnes présentes au bloc
- ☐ Ecoute de musique choisie par la patiente/couple
- ☐ Visualisation de la naissance par voie haute (champs abaissés ou transparents ou avec une fenêtre) associés à des efforts de poussée de la mère et naissance douce du nouveau-né
- ☐ Peau à peau immédiatement instauré et maintenu le plus longtemps possible +/- associée à l'allaitement en salle opératoire
- ☐ Monitoring modifié pour faciliter le contact mère-enfant
- ☐ Examen pédiatrique fait en présence des 2 parents

35. Pensez-vous que ces changements seraient faisables dans le temps opératoire consacré au césarienne programmée actuellement ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

36. **Quelle(s) disposition(s) serai(en)t nécessaire(s) pour la mise en place de ce type de césarienne ? (plusieurs choix possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Protocole d'éligibilité des patientes
- ☐ Protocole de prise en charge opératoire
- ☐ Présentation du dossier au staff
- ☐ Rédaction par les parents d'un "projet d'accompagnement"
- ☐ Vérification de l'absence de contre-indications et validation par un professionnel médical (obstétricien(ne), sage-femme)
- ☐ Réunions d'information régulières pour les praticien(ne)s (mensuelles, trimestrielles, bi-annuelles...)
- ☐ Préparation à l'accouchement dédiée
- ☐ Aucune
- ☐ Autre :

Merci beaucoup pour votre participation !

Fourni par
 Google Forms

ANNEXE 2 : Entretien téléphonique du 04/04/2017 avec Jenny Smith, sage-femme à la maternité Queen Charlotte's and Chelsea Hospital

Marie-Laure Cellier (MLC) : Bonjour, je suis étudiante sage-femme en dernière année. Mon thème de mémoire est la césarienne naturelle. Vous réalisez des césariennes naturelles depuis 2005. Je souhaiterais vous poser quelques questions par rapport à votre pratique.

Jenny Smith (JS) : Bonjour, je serais ravie de partager avec vous.

MLC : Pourquoi avoir mis en place la césarienne dite « naturelle » dans votre maternité ?

JS : Nous avons beaucoup de retours négatifs sur la césarienne traditionnelle. Les mamans se sentaient passives et déçues de ne pas participer à la naissance de leur enfant. A partir de là, avec le professeur Benett obstétricien et Dr Plaat anesthésiste, nous avons réfléchi à améliorer la prise en charge des femmes césarisées. Tout est parti des femmes ! C'est l'argument et le seul nécessaire qui a fait changer notre pratique et grâce au professeur Benett qui est passionné...

MLC : Pourriez-vous décrire la césarienne naturelle au sein de votre maternité ?

JS : Oui c'est un peu à la carte en fonction des désirs de la femme. On s'adapte aux parents et non l'inverse. D'ailleurs, un élément indispensable selon nous c'est la présence d'un accompagnant (du père le plus souvent) lors de la naissance ! Nous préparons la naissance par césarienne pendant la grossesse. Nous montrons un film de la césarienne naturelle que l'on peut d'ailleurs trouver sur YouTube (The natural caesarean: a woman-centred technique : <https://www.youtube.com/watch?v=m5RlcaK98Yg>), vous l'avez-vue ?

MLC : Oui

JS : Très bien... donc nous montrons ce film pour expliquer le déroulement de la naissance. Nous expliquons les personnes présentes lors de la césarienne et faisons visiter le bloc opératoire aux parents. Le jour de la césarienne, les parents peuvent apporter de la musique s'ils le souhaitent pour la diffuser lors de l'intervention. Ensuite, une fois l'hystérotomie réalisée, l'obstétricien sort la tête du bébé (face à la mère) puis fait abaisser le champ opératoire par l'anesthésiste. C'est important de baisser le champ une fois la tête sortie, on ne sait jamais, il peut y avoir des difficultés d'extraction par exemple. C'est important aussi de s'assurer que la mère voit bien la naissance, que sa tête soit assez redressée. Après, c'est une naissance lente et en douceur du bébé. L'obstétricien le soutient mais il s'extraît seul du ventre maternel, parfois il l'aide pour ses épaules. Si le bébé va bien, l'obstétricien effectue un clampage tardif du cordon et pendant ce temps, il fait découvrir le sexe du bébé aux parents. Puis, il met l'enfant dans les bras de la sage-femme juste pour l'accompagner jusqu'à la poitrine de sa mère sans qu'il n'y ait de faute d'hygiène de commise. Ensuite, l'anesthésiste remonte le champ opératoire pour que l'obstétricien termine l'intervention. La sage-femme pose le nouveau-né sur la poitrine de la mère, le sèche, lui met son bonnet et le recouvre d'une serviette chaude plus un papier à bulles pour garder la chaleur. On laisse le bébé en peau à peau jusqu'à la fin de l'intervention. On le surveille régulièrement avec l'anesthésiste et l'accompagnant à la naissance.

MLC : J'ai vu dans votre vidéo, la patiente vient à pied au bloc opératoire...

JS : ... Oui bien sûr ! Elle sait marcher, non ?

MLC : Si la femme souhaite allaiter son enfant, faites-vous une première mise au sein au bloc opératoire ?

JS : Ça arrive, mais c'est peu fréquent. La femme est mal installée au bloc opératoire. S'il commence à téter seul, on le laisse bien évidemment. Mais, la plus part du temps, on met le bébé au sein en salle de surveillance post-opératoire. Une fois l'enfant né, la fin de l'intervention n'est pas très longue, le bébé reste en peau à peau et nous faisons les premiers soins au bébé sur la poitrine de la mère.

MLC : c'est-à-dire ?

JS : Le père positionne le clamp du cordon et coupe le cordon, on met le bracelet d'identité de l'enfant, on donne la vitamine K... Je fais le premier « check-up » du bébé de la tête au pied. Le seul moment où l'enfant n'est pas en peau avec sa mère, c'est lors du transfert sur le brancard de SSPI. On le met dans les bras de l'accompagnant. Une fois la femme installée, on remet le bébé en peau à peau avec sa mère. On profite généralement de ce moment-là pour peser le bébé en présence des 2 parents. C'est même souvent l'accompagnant qui pèse son bébé lui-même sous notre surveillance.

MLC : Avez-vous rédigé un protocole médical de prise en charge ?

JS : Non, on s'adapte aux désirs parentaux en fonction de la possibilité ou non de les réaliser et à l'état de santé de la femme et du nouveau-né le jour de la césarienne. C'est comme pour les accouchements voie basse, les parents peuvent avoir des désirs réalisables ou non et le bébé peut aller bien ou mal à la naissance.

MLC : Aviez-vous fait des études préalables avant de mettre en place la césarienne naturelle dans votre maternité ?

JS : Non, nous l'avons mis en place avant d'établir des preuves. Il ne s'agit pas d'une modification des gestes chirurgicaux mais de l'accompagnement de la femme et de son accompagnant. Nous ne trouvons pas d'intérêt à réaliser d'études préalables avant de la mettre en place.

MLC : Et depuis, avez-vous réalisé des études de satisfaction auprès des patientes ou des études comparatives par rapport aux césariennes traditionnelles ? Par rapport à l'état de santé de la mère ? Du nouveau-né ?

JS : Non, nous n'en avons pas fait. Je sais que certaines études sont en cours mais elles ne sont pas encore terminées. Nous n'avons eu aucune complication, ni pour la mère, ni pour l'enfant. Par rapport à la satisfaction des femmes, 100% des femmes sont satisfaites, nous n'avons jamais eu de retour négatif. Les femmes en parlent comme un moment magique, exceptionnel... surtout lorsqu'elles ont déjà eu une césarienne – traditionnelle – auparavant !

MLC : Et qu'en pense l'équipe médicale ?

JS : Contrairement à notre pratique précédente des césariennes traditionnelles, c'est une prise en charge très interactive avec les parents bien sûr, mais aussi dans l'équipe, nous avons senti un rapprochement entre nous. L'équipe parle de la césarienne naturelle comme une approche passionnante de la césarienne, un travail toujours différent, en mouvement, changeant...

MLC : Et à sa mise en place, avez-vous rencontré des difficultés au sein de l'équipe médicale ?

JS : Oui un peu, mais c'est vite passé au regard de tout ce que cela apporte à la femme et son mari. Tout le monde a vite été favorable aux vus des bénéfices.

MLC : Quelles difficultés aviez-vous rencontrées ?

JS : Les femmes étaient prêtes à ce que nous changions notre pratique, elles étaient demandeuses, mais l'équipe elle, devait changer sa façon de travailler, se remettre en question. Ça n'est pas évident pour tout le monde ! Le principal problème était celui du temps et de l'organisation. Qui allait surveiller le nouveau-né ? Est-ce que cette prise en charge prendrait plus de temps ? Mais, nous avons trouvé notre organisation et l'intervention dure approximativement 5 mn de plus que les césariennes traditionnelles que nous faisions avant.

MLC : Dans mon étude, un des freins remontés par les professionnels était le risque de faute d'hygiène lors de la visualisation de la naissance. Utilisez-vous des champs avec une fenêtre ou des doubles champs avec une couche transparente ?

JS : Je sais que ce genre de champs existe, mais nous n'en utilisons pas. Aucune faute d'hygiène n'est commise. Pendant la grossesse, la femme est préparée au jour de l'intervention. On lui explique qu'elle doit garder ses bras contre elle sous le champ opératoire. Et après la naissance, l'obstétricien met le bébé dans les bras de la sage-femme et c'est elle qui l'apporte sur la poitrine de la mère.

MLC : Un deuxième frein remonté est celui du risque d'hypothermie du nouveau-né lors du peau à peau au bloc opératoire.

JS : Nous n'avons eu aucune hypothermie néonatale lors du peau à peau au bloc opératoire et nous n'augmentons pas la température du bloc opératoire. Les études publiées à ce sujet montrent que le peau à peau est la meilleure façon de réchauffer le nouveau-né, même après une césarienne. Après, il est possible d'établir un protocole au sein de votre maternité, dans les premiers temps, en prenant la température du nouveau-né à intervalle régulier.

MLC : Pour terminer, après 12 ans de pratique de la césarienne naturelle, auriez-vous des améliorations à y apporter, pour votre pratique professionnelle ou pour l'accompagnement du couple ?

JS : Oui, cette prise en charge est maintenant bien connue des femmes de la région et d'ailleurs nous ne faisons plus que des césariennes naturelles. Après 12 ans de pratique, les femmes nous demandent de plus en plus, de sortir le bébé elle-même. Nous sommes en train de réfléchir pour le mettre en place. Certaines maternités le proposent déjà mais cela implique d'habiller la femme stérilement pour ne pas commettre de faute d'hygiène (casaque et gants stériles ou bien gants de révision utérine) et pour le moment nous ne savons pas comment faire. D'autant plus qu'une solution serait de supprimer la sage-femme du bloc opératoire. La femme prendrait son enfant directement et l'anesthésiste gérerait le reste de la surveillance maman et bébé. Mais, nous, les sages-femmes nous sommes contre. D'abord accompagner les mamans est au cœur de notre métier et nous ne voulons pas perdre cet accompagnement des césariennes naturelles. C'est tellement enrichissant. Et, au niveau organisation, en cas de difficultés, cela fait une personne en moins dans l'équipe pour intervenir. Par exemple, si le bébé a besoin d'une réanimation à la naissance, comment ferions-nous s'il n'y a pas de sage-femme ?

MLC : Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et des réponses fournies.

JS : Je vous en prie. N'hésitez pas si besoin d'autres conseils. J'espère que vous pourrez proposer la césarienne naturelle à vos patientes. Bon courage pour votre mémoire.

ANNEXE 3 : Feuille de surveillance de peau à peau

Etiquette

Peau-à-peau en salle de naissance - RSN - Juillet 2013

- Fiche de surveillance pendant le peau-à-peau proposée par le Réseau

Heure de naissance	Heure		Heure		Heure		Heure		Heure		Heure		Heure	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Bonne position du NN														
Voies aériennes dégagées														
Bonne coloration														
Vigilance parentale														
SaO ₂ / FC														
Professionnel qui surveille														

Heure de naissance	Heure		Heure		Heure		Heure		Heure		Heure		Heure	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Bonne position du NN														
Voies aériennes dégagées														
Bonne coloration														
Vigilance parentale														
SaO ₂ / FC														
Professionnel qui surveille														

ANNEXE 4 : Proposition de protocoles

- **Protocole d'éligibilité des patientes susceptibles d'avoir accès à une césarienne dite « naturelle » :**
 - Femme en bonne santé
 - Grossesse physiologique
 - Fœtus à terme (>36 SA+6j), en bonne santé et en présentation céphalique
 - Césarienne programmée pour raisons médicales :
 - Utérus cicatriciel
 - Macrosomie
 - Grossesses multiples
 - Infections à risque de transmissions materno-foetales (Herpès)
 - Défaut de placentation
- **Protocole de prise en charge opératoire :**
 - **PRENATAL**
 - Programmation d'une consultation sage-femme pour vérifier l'éligibilité de la patiente et visite du bloc opératoire en tenue de bloc opératoire (pantalon, chemise, sabots, charlotte et masque). En cas d'indisponibilité du bloc, présenter des photos/vidéos du bloc opératoire et nommer les acteurs présents lors de la césarienne (anesthésistes, infirmier anesthésistes, sage-femme, obstétricien +/- interne d'obstétrique et étudiant sage-femme).
 - Les parents sont formés sur la technique, en utilisant des vidéos de césariennes dites « naturelles » lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
 - **PERINATAL**
 - Admission de la patiente le matin de la césarienne programmée (8h30), à jeun. Elle sera ensuite dirigée au 5ème étage pour sa consultation d'entrée et la préparation à l'intervention. Elle sera ensuite orientée au 2ème étage pour être installée dans sa chambre.
 - Afin de descendre au bloc opératoire, la femme est accompagnée en position debout.
 - Le relai est passé ensuite à l'équipe soignante en charge de l'intervention
 - Présentation de l'ensemble des membres de l'équipe soignante présente pour la césarienne
 - Installation de la patiente sur la table opératoire. Les électrodes de scopes seront placées sur les flancs et dos de la mère et bras dominant laissé libre.
 - Mise en route de la musique choisie par le couple
 - Mise en place de l'anesthésie, de la sonde urinaire et des champs opératoire
 - Accueil de l'accompagnant à la naissance (le père le plus souvent) au bloc opératoire après accord de l'anesthésiste et de l'obstétricien.
 - Dès que l'incision utérine est finie, l'obstétricien commence à sortir la tête du bébé et nettoie le site opératoire.
 - Après accord de l'obstétricien, le champ opératoire est abaissé afin que la mère et son accompagnant puisse assister à la naissance. La tête de table opératoire est légèrement soulevée ou la tête de la mère maintenue en hauteur. L'obstétricien, la sage-femme ou l'anesthésiste s'assure de la bonne visibilité de la mère.
 - Une fois que la tête du bébé est sortie, le chirurgien fait une pause pour permettre à « l'auto-réanimation » du bébé.
 - Une fois que le bébé commence à pleurer, la mère peut fournir des efforts de poussée doux pour libérer les épaules puis ses bras +/- aidé par l'obstétricien. La tête du bébé est doucement tournée vers sa mère.
 - L'obstétricien et la sage-femme évalue l'état de santé du nouveau-né.

- **POSTNATAL**

- Le clampage tardif est appliqué. La mère et son accompagnant sont invités à découvrir le sexe de leur enfant pendant cette période.
- La sage-femme reçoit le nouveau-né après que le cordon soit coupé par l'obstétricien.
- Le nouveau-né est ensuite placé directement sur la poitrine de la mère. Si son état de santé le permet, la césarienne dite « naturelle » se poursuit.
- Il est séché par la sage-femme puis recouvert de langes préalablement chauffés (additionné si possible d'un papier à bulles) ou d'une couverture chauffante. Son bonnet lui est mis.
- L'accompagnant à la naissance est invité à positionner le camp de Barr et à couper le cordon s'il le souhaite.
- Ses bracelets d'identité sont positionnés à son poignet et sa cheville.
- Le peau à peau est surveillé régulièrement par la sage-femme, l'anesthésiste et les parents. La feuille de suivi de peau à peau est remplie jusqu'à la sortie du bloc opératoire.
En cas de refus de la mère ou si son état de santé ne le permet pas ou de forte activité rendant impossible la surveillance, le peau à peau peut être proposé à l'accompagnant en salle annexe.
- Si l'activité le permet, la triade (mère-enfant-accompagnant) est réunie en SSPI. En cas de forte affluence, la poursuite du peau à peau peut être proposé à l'accompagnant.
- L'examen clinique du nouveau-né est réalisé en présence des deux parents, ou réitéré devant la mère lors du bilan de sortie de SSPI.

RÉSUMÉ

Contexte : La césarienne dite « naturelle » est une prise en charge novatrice présentant des avantages en termes de lien mère-enfant, de régulation de la température du nouveau-né, de vécu et d'implication dans la naissance pour les parents et de mise en place de l'allaitement. Ce concept repose sur la lisibilité et la personnalisation du parcours de soins des femmes césarisées du pré au post-natal (visite du bloc opératoire, admission au bloc opératoire en position debout, écoute de musique, visualisation de la naissance, peau à peau +/- allaitement au bloc opératoire, examen pédiatrique en présence des deux parents). Les couples peuvent grâce à cette prise en charge, s'ils le désirent, vivre cette chirurgie comme une véritable naissance.

Objectif : Recueil des avis (avantages, inconvénients, freins, conditions) des professionnels intervenant lors des césariennes programmées sur la mise en place de la césarienne dite « naturelle » au CHU d'Angers.

Matériel et méthode : Enquête prospective quantitative transversale déclarative monocentrique des professionnels intervenant dans le parcours de soin des patientes lors des césariennes programmées au sein de la fédération de gynécologie obstétrique du CHU d'Angers (maternité de type III) entre le 24 octobre 2016 et le 24 janvier 2017. Les données ont été recueillies à partir d'un auto-questionnaire anonyme en ligne via Google Forms® ou par version papier.

Résultats : Le taux de réponse était de 62,7%. La césarienne dite « naturelle » n'était connue que de 14,9% des professionnels du CHU d'Angers. En anténatal, ces derniers étaient favorables à 87,4% ($p < 0,01$) à la visite du bloc opératoire et à 95,4% ($p < 0,01$) à l'admission de la patiente en position debout. En périnatal, 97,7% des professionnels ($p < 0,01$) estimaient l'écoute de musique réalisable lors de la césarienne. 94,3% des professionnels ($p < 0,01$) étaient favorables à la visualisation de la naissance si le couple le désirait. En postnatal, 63,6% ($p = 1,37$) des professionnels estimaient réalisable le peau à peau au bloc opératoire et seul 33,3% ($p = 0,19$) l'allaitement maternel au bloc opératoire. Pour 42,5% des professionnels ($p = 8,07$), le monitoring de la patiente pouvait être modifié afin de faciliter le contact mère-enfant. 92% ($p < 0,01$) étaient favorables à l'examen pédiatrique en présence des deux parents.

Conclusion : 86,2% des professionnels ($p < 0,01$) estimaient que la césarienne dite « naturelle » pouvait améliorer la qualité des soins aux patientes césarisées et à 72,4% celle des nouveau-nés. Afin de la mettre en place au CHU d'Angers, 46,0% ($p < 0,01$) souhaitaient la mise en place d'un protocole de prise en charge opératoire de la patiente césarisées et à 51,7% ($p < 0,01$) la vérification d'absence de contre-indications et la validation de la prise en charge par un professionnel médical (sage-femme ou obstétricien). Un protocole multidisciplinaire permettrait donc de favoriser sa mise en place.

mots-clés : césarienne, naissance naturelle, peau à peau, soins centrés sur la patiente.

ABSTRACT

Background : Natural C-section is an innovative approach with advantages in terms of establishing a relationship between mother and child, of regulating the body-temperature of the newborn, of implementing breastfeeding and involving the parents, giving them a first hand experience of their child's birth. This concept relies on the understanding and the personalisation of the care pathways of the Caesarean women from the pre to the post-natal (operating room visits, operating room admissions in a standing position, the possibility of listening to music, birth visualisation, skin-to-skin, breastfeeding in the operating room, pediatric exam in the presence of the parents). With this method, parents can experiment this surgical act as a real birth.

Aim : To gather the professional opinions (pro and cons) of the medical staff intervening during the programmed C-section, during the implementation of the natural C-section at Angers hospital.

Material and methods : Monocentric, transversal, quantitative and prospective study performed in Angers hospital (type III maternity) between 11/24/2016 and 01/24/2017. Data was collected from a self-questionnaire available online (Google Forms®) or hard copy.

Results : The feedback ratio of this study is 62,7%. Only 14,9% of professionals were familiar with natural C-section. 87,4% ($p < 0,01$) of them are agreed with operating room visits before the birth, 95,4% ($p > 0,01$) agreed with operating room admissions in a standing position. During the Natural C-section, 97,7% of the interviewed professionals ($p < 0,01$) were favourable with the fact that the mother could choose to listen music. In the same manner 94,3% ($p < 0,01$) agreed with the visualisation of the surgical act, if requested by the parents. During postbirth phase, 63,7% ($p = 1,37$) thought that the skin to skin contact could be performed in the operating room. However only 33,3% ($p = 0,19$) thought that the first breastfeeding could be performed in the operating room. 42,5% ($p = 8,07$) thought that the monitoring could be adapted for a improved first contact between mother and child. Finally, 92% ($p < 0,01$) agreed on a pediatric exam in the presence of parents.

Conclusion : The study shows that 86, 2% of interviewed people ($p < 0,01$) think that a natural C-section can improve the health care quality of patients, and 72,4% ($p < 0,01$) the health care quality of newborn. In order, to implement this method in Angers hospital, the verification of the absence of contraindications and the validation of the assumption by a medical team should be implemented. A multidisciplinary protocol could support the implementation of this process.

keywords : cesarean delivery, natural childbirth, skin to skin contact, patient-centered care.