2025-2026

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

DESCRIPTION DE L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES CESARISEES AU CHU D'ANGERS

Étude épidémiologique, observationnelle, quantitative, descriptive, rétrospective, monocentrique.

CELIA MAULIEN

Née le 2 juin 2002

Sous la direction du Dr GUERIN Sarah

Et la co-direction de Mme HERVE-ANDRE Emilie

Jury

Elodie NETIER - HERAULT : présidente

Gaëlle BERTHELOT : membre

Aude CADORET : membre

William BELLANGER : membre

Soutenue publiquement le jeudi 30 avril 2026

Document confidentiel

université angers

FACULTÉ DE SANTÉ UNIVERSITÉ D'ANGERS

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Engagement à signer et à joindre à tous les rapports, dossiers, mémoires ou thèse

Je soussignée, Célia MAULIEN

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, 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 mémoire.

signé par l'étudiante le 24 / 03 / 2026

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements à Sarah Guerin ma directrice de mémoire, ainsi qu'à Emilie Herve-Andre ma co-directrice, pour leur accompagnement tout au long de ce travail, leur disponibilité, leurs conseils avisés et leur bienveillance.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme pour la qualité de leur enseignement et leur accompagnement durant ces années d'études. Un merci également à Laurence pour sa gentillesse et son soutien.

Merci à mes parents, Isabelle et Pascal ainsi qu'au reste de ma famille pour leur soutien sans faille, leur présence rassurante et l'encouragement constant qu'ils m'ont apporté tout au long de ce parcours.

Merci à Amaury d'être mon pilier et de m'épauler dans toutes les situations, merci pour ta patience et ton soutien dans les moments les plus exigeants.

Enfin, je remercie mes amies de promotion, Adèle, Adeline, Louise, Romane et Tiphaine, pour tous les moments partagés, les rires, l'entraide et les souvenirs inoubliables qui ont marqué ces années.

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EN : Echelle Numérique

SA : Semaine d'Aménorrhée

IVD : Intraveineuse Directe

IV : Intraveineux

Max : Maximum

Min : Minimum

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SSPI : Salle de Soin Post Interventionnelle

SOMMAIRE

Avertissement 2
Engagement de non plagiat 3
Remerciements 4
Liste des abréviations 5
Sommaire 6
Introduction 7
Matériel et méthode 9
1. Matériel 9
1.1 Schéma de l'étude 9
1.2 Population de l'étude 9
2. Méthode 9
2.1 Méthodologie de recherche 9
2.2 Analyse des résultats 10
2.3 Aspect réglementaire 10
Résultats 11
1. Flow chart 11
2. Caractéristiques de la population et de la césarienne 12
3. Suites opératoires 14
3.1 Accueil du nouveau-né à partir de la naissance jusqu'à la sortie de SSPI 14
3.2 Prise en charge de la douleur 15
3.3 Réhabilitation post césarienne 16
3.4 Alimentation du nouveau-né 17
3.5 Durée du séjour en maternité 17
Discussion 18
1. Principaux résultats et comparaison avec la littérature 18
2. Biais et forces de l'étude 19
3. Ouverture 20
Conclusion 21
Annexes 22
Annexe 1 22
Annexe 2 26
Bibliographie 27
Résumé 30
Abstract 30

INTRODUCTION

L'Enquête Nationale de Périnatalité (ENP) parue en 2021 montre que 21,4% des naissances ont eu lieu par césarienne. Cet acte chirurgical consiste à faire naître le fœtus par une incision de l'abdomen et de l'utérus (1). Elle peut être programmée ou réalisée en urgence selon les circonstances obstétricales. Ses principales indications sont : utérus cicatriciel (39,8%), anomalie de présentation fœtale (17,4%), anomalie de la vitalité fœtale (8,1%) et pathologies maternelles (8,1%) (2).

La prise en charge optimale de la douleur postopératoire a été définie par Deras et al. comme un score inférieur ou égal à 3/10 pour au moins 90% des patientes (3).

La césarienne est également associée à une douleur post opératoire importante. L'ENP s'est intéressée aux douleurs des patientes lors de cette intervention. Au commencement de la césarienne, 8,6% des patientes décrivent une douleur forte (entre 4/10 et 6/10) et 10,4% une douleur insupportable (de 7/10 à 10/10). Juste après la sortie du nouveau-né, la proportion de douleurs fortes reste identique et les douleurs insupportables concernent 7,7% des patientes (2). A la lumière des données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) les exigences de Deras et al. ne sont pas atteintes en France chez les femmes césarisées :

seulement 81% des patientes au début la césarienne et 83,7% après la naissance donnent une note de la douleur inférieure ou égale à 3/10 (2).

Les patientes ayant présenté une douleur aiguë marquée au moment de l'intervention présentent un risque accru de développer une douleur chronique en post partum, ce qui peut renforcer les difficultés d'établissement du lien mère enfant (4,5). De plus, les patientes présentant des douleurs aiguës intenses ont un risque 3 fois plus élevé de développer une dépression du post partum et multiplie par 2,5 le risque de développer des douleurs chroniques en post partum (6). La douleur post césarienne est aussi un frein à la mise en place de l'allaitement maternel. Une étude de 2007 menée sur 60 femmes suédoises césarisées a montré que 78% d'entre elles donnaient une note de leur douleur supérieure à 4 dans les 24 premières heures suivant l'intervention. Pour 30% d'entre elles, cette douleur entraînait une limitation de la mise en place d'un allaitement maternel (7).

Pour toutes ces raisons il apparait nécessaire de limiter les douleurs aigües autour de la césarienne. Kehlet et al. a mis en place en 1990 un protocole de réhabilitation précoce comprenant (8) :

- Une analgésie multimodale
- La limitation des soins invasifs (retrait des voies veineuses périphériques, des sondes vésicales, des drains chirurgicaux)
- Une reprise précoce des boissons et de l'alimentation
- Une mobilisation précoce

Avant 2017, au CHU d'Angers, aucun protocole de ce type n'était proposé. En 2016, une étudiante sage-femme s'est intéressée à la prise en charge de la douleur au cours du séjour à la maternité. Selon son étude 75,8% des scores de douleur étaient < 4 à C0, 80,2% à C1, 79,8% à C2, 71,0% à C3 et 80,2% à > C3. On retrouvait également que 12,4% des patientes avaient arrêté leur allaitement maternel. La durée moyenne du séjour était de de 6 jours (9). Depuis 2017 dans ce même centre, un protocole de réhabilitation précoce "RAPIDO", similaire à celui de Kehlet, est utilisé. En 2018, un mémoire d'une étudiante sage-femme démontrait une amélioration du confort des

patientes, une reprise d'autonomie plus précoce et une durée de séjour raccourcie, en moyenne de 5,5 jours (10). Dans cette même étude 87.0% des patientes avaient un score de douleur inférieur à 4 à C0, 88,0% à C1, 81,3% à C2, 84,5% à C3 et 89,5% à >C3. Aussi, dans cette cohorte, 9,3% des patientes (sur 86 femmes) ayant entrepris un allaitement maternel l'ont arrêté (10). Même si aucune étude comparative entre les deux cohortes n'a été menée, on constate une amélioration de tous les aspects de la prise en charge depuis la mise en place du protocole RAPIDO sur le CHU d'Angers.

Durant la césarienne, la patiente peut bénéficier d'une anesthésie loco-régionale neuro-axiale (péridurale ou rachianesthésie) associée à des anesthésiques locaux et des morphiniques. Pour un effet synergique, il est recommandé d'appliquer une démarche d'analgésie multimodale en y associant des antalgiques non morphiniques comme le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le tramadol ou encore le néfopam (11).

En complément, il est possible d'utiliser des moyens non médicamenteux, se basant notamment sur le concept de "défocalisation". Des méthodes alternatives comme l'hypnose, la sophrologie, l'acupuncture, le yoga ou la réalité virtuelle ont pour but d'amener le patient à faire abstraction de la douleur en dissociant son esprit de la perception douloureuse (12).

Plusieurs études sur la réalité virtuelle, majoritairement iraniennes et réalisées entre 2015 et 2021, ont montré leur bénéfice sur la gestion de la douleur durant le travail et l'accouchement (13–15). Dans une étude turque menée sur 273 répondantes sur 452 patientes interrogées, plusieurs paramètres ont été testés pendant la phase active du travail via l'interaction d'un casque de réalité virtuelle. Cette étude a démontré que 57% des femmes distraites par la réalité virtuelle ont eu moins de douleurs sur l'échelle visuelle de la douleur et ont été plus concentrées sur l'accouchement. Les résultats ont montré que les patientes ayant eu une vidéo où le diaporama montrait un nouveau-né était plus efficace que les autres paramètres sur la réduction de la douleur (16). La distraction induite par la réalité virtuelle permet d'augmenter le seuil de tolérance à la douleur (17).

Au CHU d'Angers, dans le cas des césariennes où le nouveau-né s'adapte de manière satisfaisante à la vie extra utérine, il peut être mis en peau à peau avec sa mère le temps de la fin du geste. Après la pose du pansement, si elle le souhaite et si les conditions de sécurité le permettent, la mère est emmenée en salle de réanimation néonatale pour faire du peau à peau et une première tétée. Le nouveau-né, lui, reste en salle de réanimation néonatale et bénéficie de la présence ou non de l'accompagnant. Ce n'est qu'au moment de la sortie de SSPI que la mère peut garder son enfant auprès d'elle. Pour pallier à cette séparation inévitable, il a été mis en place en juin 2022 un système de vidéotransmission, la Babycam, qui retransmet en direct les images du nouveau-né. La mère peut ainsi assister aux premiers soins, au peau à peau avec l'accompagnant via une tablette numérique dans la salle de césarienne ou en SSPI. La Babycam peut être assimilée à la réalité virtuelle. Ces deux dispositifs sont comparables puisqu'il s'agit d'une immersion via un appareil numérique.

Notre étude a pour objectif de décrire les différents moyens mis en place au CHU d'Angers en 2024 dans la prise en charge de la douleur et du bien-être des patientes pendant et après une césarienne.

MATERIEL ET METHODE

1. MATERIEL

1.1 Schéma de l'étude

Cette étude quantitative, descriptive, rétrospective et monocentrique est réalisée à partir d'un recueil d'informations dans les dossiers patients du CHU d'Angers. Elle est menée sur la période du 1er mars au 30 septembre 2015, du 1er mars au 30 septembre 2019 et du 1er mars au 30 septembre 2024. La durée de participation par patient est de 3 à 11 jours.

1.2 Population de l'étude

1.2.1 Critère d'inclusion

Les patientes incluses dans l'étude doivent avoir eu une césarienne programmée sous rachianesthésie. A partir de 2019, elles ont normalement toutes suivi le protocole RAPIDO en post-opératoire. A partir de 2022, elles ont normalement profité de l'utilisation de la Babycam.

1.2.2 Critère de non inclusion

Les patientes non incluses dans l'étude ont :

- Eu une césarienne sous anesthésie générale ;
- Un antécédent maternel de pathologie psychiatrique nécessitant un traitement lourd ;
- Une contre-indication aux antalgiques donnés systématiquement ;
- Accouché prématurément (<37 SA).

Sont également exclues les patientes mineures ou non francophones.

2. METHODE

2.1 Méthodologie de recherche

La sélection est faite sur l'ensemble des dossiers des patientes ayant eu une césarienne programmée. Pour l'année 2019, seuls les dossiers des patientes ayant bénéficié du protocole « RAPIDO » sont inclus. Les dossiers des patientes éligibles « RAPIDO », n'ayant pas bénéficié du protocole, ne sont pas traités. Pour l'année 2024, seuls les dossiers des patientes ayant bénéficié du protocole « RAPIDO » ainsi que la présence de la babycam sont inclus. Les dossiers des patientes éligibles « RAPIDO », n'ayant pas bénéficié du protocole et n'ayant pas accès à la babycam, n'ont pas été traités.

Les données sont recueillies à partir des dossiers obstétricaux, des dossiers de soins informatisés, des dossiers d'anesthésie ainsi que des comptes rendus de césarienne. Ces données comportent des informations permettant de décrire la population, les

caractéristiques de l'anesthésie et de la césarienne ainsi que la prise en charge post-opératoire. Les composants de la réhabilitation précoce et ceux évaluant son retentissement sont analysés : premier lever, retrait de la sonde urinaire, retrait de la perfusion, reprise des gaz et du transit. Les délais sont calculés en soustrayant l'heure du constat de la variable concernée à l'heure de naissance, et sont exprimés en heures. La durée du séjour est calculée en soustrayant la date de sortie à la date de naissance, elle est exprimée en jours.

2.2 Analyse des résultats

L'analyse statistique est faite à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2016. La distribution des données quantitatives est exprimée selon la moyenne, l'écart-type et les extrêmes. La distribution des données qualitatives est exprimée en fréquence des données disponibles.

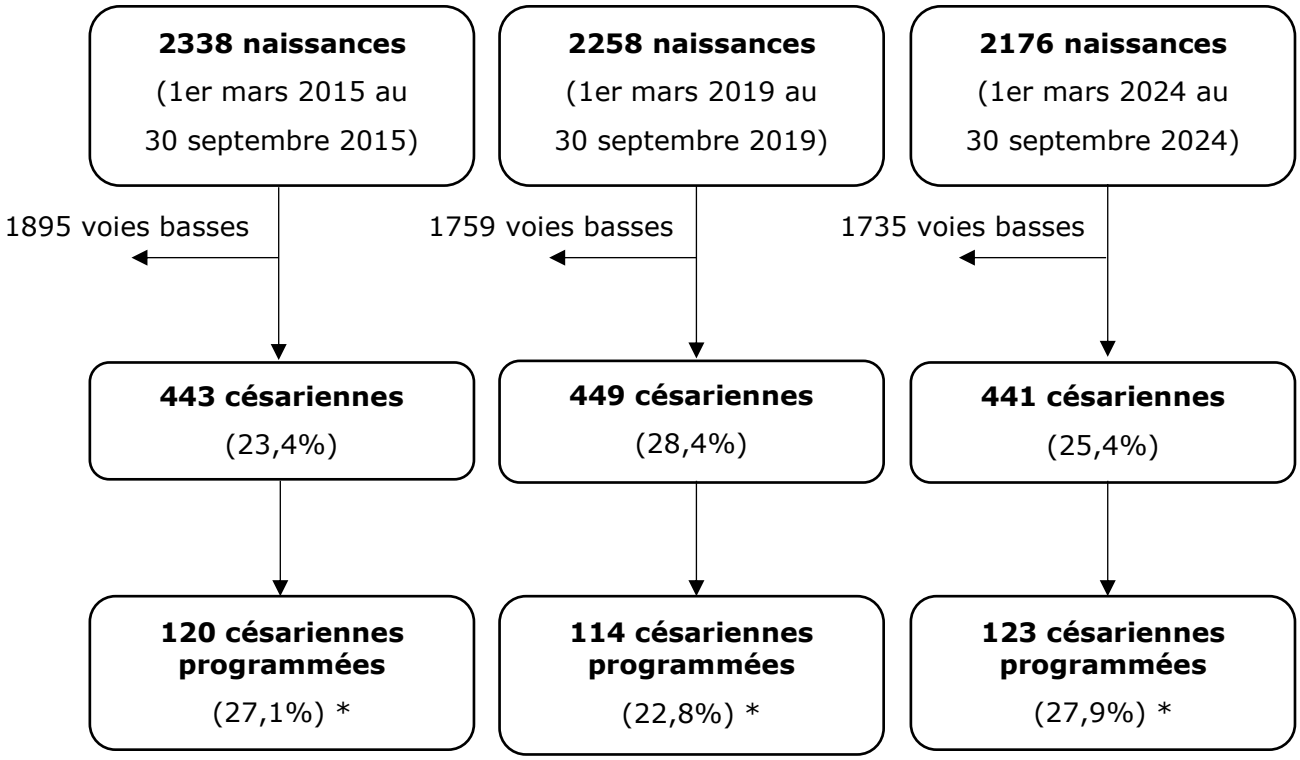
2.3 Aspect réglementaire

Cette étude a obtenu l'approbation du Comité d'éthique du CHU d'Angers sous le numéro de référence 2024-129, le 12 septembre 2024, assurant ainsi le respect des pratiques éthiques. Une fiche registre RGPD Recherche a également été réalisée auprès du CNIL du CHU d'Angers le 18 juillet 2025 sous le numéro ar25-0063v0.

RESULTATS

1. FLOW CHART

Figure 1. Diaphragme de flux de l'étude « Description de l'évolution de la prise en charge des patientes césarisées au CHU d'Angers »



**parmi le nombre total de césariennes*

On retrouve que, sur les différentes périodes, entre 22% et 28% des césariennes étaient éligibles à cette étude *(Figure 1)*.

2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET DE LA CESARIENNE

Tableau 1. Caractéristiques générales de la population inclue

	2015		**2019**		**2024**	
	N = 20	*%*	**N = 20**	*%*	**N = 20**	*%*
Age (années)						
- ≤ 25	**5**	*25*	**5**	*5*	**2**	*10*
- 25 < x < 35	**12**	*60*	**7**	*35*	**13**	*65*
- ≥ 35	**3**	*15*	**8**	*40*	**5**	*25*
IMC (kg/m²)						
- <18,5	**1**	*5*	**2**	*10*	**0**	*0*
- 18 ≤ x < 25	**13**	*65*	**10**	*50*	**10**	*50*
- 25 ≤ x < 30	**3**	*15*	**4**	*20*	**5**	*25*
- ≥ 30	**3**	*15*	**4**	*20*	**5**	*25*
Parité						
- Primipares	**7**	*35*	**6**	*30*	**4**	*20*
- Multipares	**13**	*65*	**14**	*70*	**16**	*80*
Tabagisme						
	8	*40*	**7**	*35*	**7**	*35*

La population de cette étude est hétérogène mais on retrouve majoritairement des femmes de moins de 35 ans et multipares.

Tableau 2. Caractéristiques de la grossesse et de la césarienne

	2015		2019		2024	
	N = 20	*%*	**N = 20**	*%*	**N = 20**	*%*
Grossesse						
- Singleton	**19**	*95*	**17**	*85*	**17**	*85*
- Gémellaire	**1**	*5*	**3**	*15*	**3**	*15*
Nombre de césariennes antérieures						
- 0	**10**	*50*	**9**	*45*	**12**	*60*
- ≥ 1	**10**	*50*	**11**	*55*	**8**	*40*
Terme moyen de la grossesse (en jours) ± σ						
	271,8 ± 7,4		**268,4** ± 5,2		**270,6** ± 5,7	
Indication de la césarienne						
- Utérus cicatriciel	**11**	*55*	**9**	*45*	**9**	*45*
- Anomalie de la présentation fœtale	**6**	*30*	**5**	*25*	**5**	*25*
- Grossesse multiple	**1**	*5*	**3**	*15*	**3**	*15*
- Pathologie maternelle	**2**	*10*	**0**	*0*	**1**	*5*
- Autre	**9**	*45*	**3**	*15*	**3**	*15*
Technique chirurgicale						
- Pfannenstiel	**6**	*30*	**8**	*40*	**9**	*45*
- Misgav-Ladach / Stark / Joel-Cohen	**14**	*70*	**12**	*60*	**11**	*55*
Temps opératoire (en min)						
- ≤ 25	**3**	*15*	**3**	*15*	**4**	*20*
- 25 < x < 40	**9**	*45*	**10**	*50*	**11**	*55*
- ≥ 40	**8**	*40*	**7**	*35*	**5**	*25*
Saignements (en ml)						
- < 500	**14**	*70*	**13**	*65*	**11**	*55*
- 500 ≤ x < 1000	**6**	*30*	**7**	*35*	**9**	*45*
Temps en SSPI (en heure)						
- ≤ 3	**4**	*20*	**5**	*25*	**3**	*15*
- 3 < x < 4	**9**	*45*	**11**	*55*	**15**	*75*
- ≥ 4	**7**	*35*	**4**	*20*	**2**	*10*

On retrouve une majorité de césariennes itératives. Le terme de la grossesse au moment de la césarienne correspond en moyenne à 38 SA + 6 jours en 2015, 38 SA + 2 jours en 2019 et 38 SA + 5 jours en 2024 *(tableau 2)*.

Dans tous les cas, les patientes ont eu une rachianesthésie. Les produits d'anesthésie utilisés étaient de la bupivacaïne, du sufentanil et de la morphine. Les patientes ont toutes bénéficié d'une infiltration sous cutanée de ropivacaïne au niveau de la cicatrice. Elles ont toutes reçu la même prophylaxie pour les hémorragies du post-partum.

Malgré un remplissage vasculaire systématique, quelques patientes ont tout de même présenté une hypotension artérielle lors de l'intervention : 15% en 2015, 20% en 2019 et 15% en 2024.

3. SUITES OPERATOIRES

3.1 Accueil du nouveau-né à partir de la naissance jusqu'à la sortie de SSPI

En 2015, seulement 5% des nouveau-nés ont bénéficié du peau à peau. Il a été réalisé pendant 40 minutes avec le co-parent.

En 2019, 70% des nouveau-nés ont bénéficié du peau à peau dans leurs premières heures de vie. 57% d'entre eux ont été exclusivement avec leur mère et ont passé en moyenne 15,0 min ± 4,6 *[min 10 ; max 20]* ensemble. 14% d'entre eux ont été exclusivement avec le co-parent et ont passé en moyenne 25,0 min ± 7,1 *[min 20 ; max 30]* ensemble. 29% ont bénéficié du peau à peau avec leur mère ainsi qu'avec le co-parent et ont passé en moyenne 12,5 min ± 5,0 *[min 10 ; max 20]* avec leur mère puis 38,8 min ± 21,0 *[min 25 ; max 70]* avec le co-parent pour un total d'en moyenne 51,3 min ± 25,9 *[min 35 ; max 90]* de peau à peau avec l'un ou l'autre des parents.

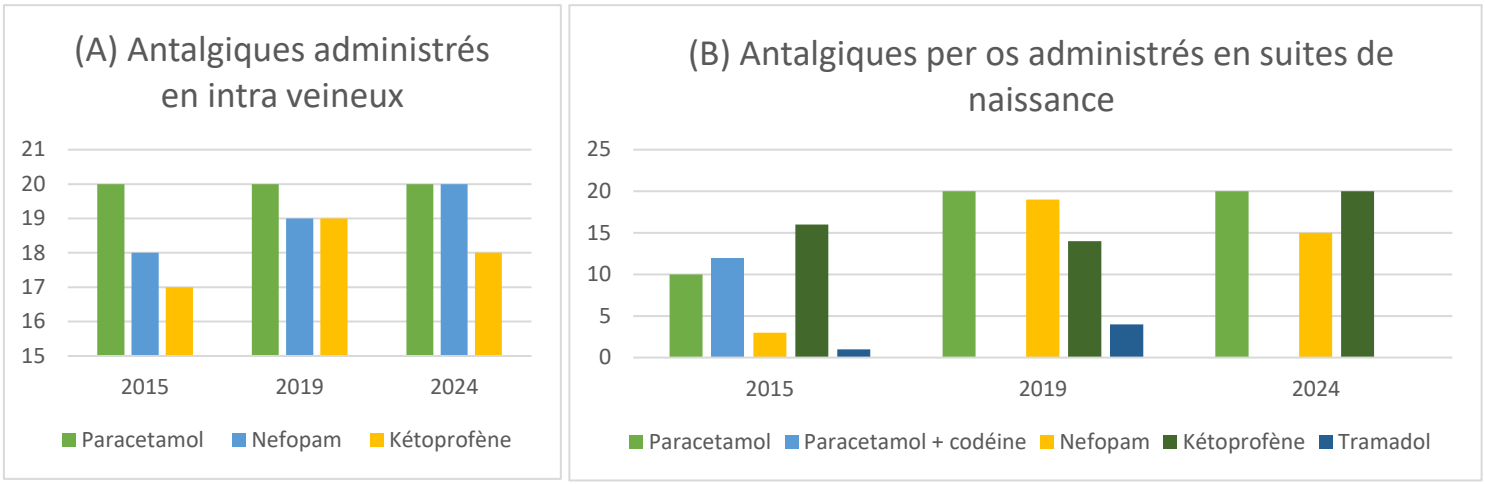
30% des nouveau-nés n'ont pas bénéficié du peau à peau dès la naissance. Pour tous la justification était « césarienne ». Pour ces nouveau-nés la première alimentation choisie a été un biberon de lait infantile.

En 2024, 95% des nouveau-nés ont bénéficié du peau à peau dans leurs premières heures de vie. 37% d'entre eux ont été exclusivement avec leur mère et ont passé en moyenne 18,1 min ± 5,1 *[min 10 ; max 25]* ensemble. 11% d'entre eux ont été exclusivement avec le co-parent et ont passé en moyenne 80,0 min ± 49,5 *[min 45 ; max 115]* ensemble. 52% d'entre eux ont bénéficié du peau à peau avec leur mère ainsi qu'avec le co-parent et ont passé en moyenne 20,6 min ± 11,3 *[min 5 ; max 40]* avec leur mère puis 70,4 min ± 37,0 *[min 15 ; max 125]* avec le co-parent pour un total d'en moyenne 91,0 min ± 29,8 *[min 50 ; max 135]* de peau à peau avec l'un ou l'autre des parents.

5% n'ont pas bénéficié du peau à peau au motif de « refus des parents ».

3.2 Prise en charge de la douleur

Figure 2. Antalgiques administrés aux patientes



Plusieurs antalgiques de différents paliers ont été administrés aux patientes par voie intraveineuse en SSPI et en suite de naissances *(A)* et par voie per os en suites de naissances *(B) (Figure 2)*.

Dans le service des suites de naissances le relais par des antalgiques per os s'est fait en moyenne au bout de 30,3 h ± 7,1 *[min 24 ; max 47]* en 2015, 9,7 h ± 4,9 *[min 6 ; max 25]* en 2019 et 8,9 h ± 3,6 *[min 5 ; max 23]* en 2024.

Concernant les effets indésirables, en 2015, 20% ont présenté des nausées et 10% des ballonnements. En 2019, 10% ont présenté des ballonnements et 5% un prurit. En 2024, 15% ont présenté des nausées, 5% des vomissements et 15% des ballonnements.

Tableau 3. Evaluation de la douleur au cours du séjour à la maternité

	2015		**2019**		**2024**	
	N = 20	%	**N = 20**	%	**N = 20**	%
Temps (en heure)						
- < 24	**16**	*80*	**15**	*75*	**16**	*80*
- 24 ≤ x < 48	**15**	*75*	**10**	*50*	**18**	*90*
- 48 ≤ x < 72	**19**	*95*	**17**	*75*	**20**	*100*
- 72 ≤ x < 96	**19**	*95*	**19**	*95*	**20**	*100*
- ≥ 96	**20**	*100*	**17****	*95*	**18****	*100*
Temps (en heure)						
- < 24	**2,1** ± 2,2		**2,2** ± 2,1		**2,8** ± 1,5	
- 24 ≤ x < 48	**2,0** ± 2,0		**2,9** ± 2,0		**1,9** ± 1,5	
- 48 ≤ x < 72	**0,9** ± 1,5		**1,1** ± 1,8		**0,4** ± 0,7	
- 72 ≤ x < 96	**0,8** ± 1,9		**1,2** ± 1,5		**0,4** ± 0,7	
- ≥ 96	**0,4** ± 0,8		**0,4**** ± 1,1		**0,4**** ± 0,6	

*** n = 18*

En première partie du tableau on retrouve le nombre de patiente ayant donné un score de douleur ≤ 3. La deuxième partie correspond au score moyen ± l'écart type de douleur au cours du séjour à la maternité. L'effectif change en fonction du nombre de patientes sorties de la maternité *(tableau 3)*.

3.3 Réhabilitation post césarienne

En 2015, la sonde à demeure était retirée en moyenne à 23,4 h ± 2,8 *[min 17 ; max 29]* après la césarienne. 5% des patientes ont présenté une rétention aiguë d'urine qui a nécessité un sondage évacuateur en post partum. Le premier lever s'est effectué en moyenne 23,3 h ± 2,6 *[min 21 ; max 28]* après la césarienne et la première miction spontanée en moyenne 27,2 h ± 2,4 *[min 23 ; max 32]* après l'opération. La voie veineuse périphérique a été enlevée en moyenne 35,1 h ± 11,7 (n =10) *[min 21 ; max 60]* après la césarienne. La reprise des gaz et du transit se sont respectivement déroulés en moyenne 34,4 h ± 14,1 *[min 23 ; max 68]* et 80,8 h ± 19,0 *[min 28 ; max 119]* après la césarienne.

En 2019, la sonde à demeure était retirée en moyenne à 9,6 h ± 9,4 *[min 2 ; max 23]* après la césarienne. 15% des patientes ont présenté une rétention aiguë d'urine qui a nécessité un sondage évacuateur en post partum. Le premier lever s'est effectué en moyenne 12,0 h ± 7,1 *[min 6 ; max 25]* après la césarienne et la première miction spontanée en moyenne 15,1 h ± 11,2 *[min 7 ; max 25]* après l'opération. La voie veineuse périphérique a été enlevée en moyenne 35,4 h ± 15,6 *[min 22 ; max 78]* après la césarienne. La reprise des gaz et du transit se sont respectivement déroulés en moyenne 31,1 h ± 12,2 *[min 17 ; max 49]* et 68,9 h ± 25,6 *[min 20 ; max 120]* après la césarienne.

En 2024, la sonde à demeure était retirée en moyenne à 5,1 h ± 4,4 *[min 2 ; max 23]* après la césarienne. 5% des patientes ont présenté une rétention aiguë d'urine qui a nécessité un sondage évacuateur en post partum. Le premier lever s'est effectué en moyenne 8,8 h ± 4,8 *[min 6 ; max 23]* après la césarienne et la première miction spontanée en moyenne 12,7 h ± 4,6 *[min 9 ; max 26]* après l'opération. La voie veineuse périphérique a été enlevée en moyenne 31,8 h ± 5,6 *[min 25 ; max 46]* après la césarienne. La reprise des gaz et du transit se sont respectivement déroulés en moyenne 31,4 h ± 10,9 *[min 24 ; max 72]* et 58,0 h ± 18,7 *[min 34 ; max 81]* après la césarienne.

3.4 Alimentation du nouveau-né

A la sortie de la maternité le mode d'alimentation choisi pour le nouveau-né était un allaitement :

En 2015 :

- Artificiel : 60%
- Mixte : 0%
- Maternel exclusif : 20%
- Echec d'allaitement maternel exclusif avec passage au lait artificiel : 20%

En 2019 :

- Artificiel : 25%
- Mixte : 10%
- Maternel exclusif : 45%
- Echec d'allaitement maternel exclusif avec passage au lait artificiel : 20%

En 2024 :

- Artificiel : 30%
- Mixte : 10%
- Maternel exclusif : 50%
- Echec d'allaitement maternel exclusif avec passage au lait artificiel : 10%

3.5 Durée du séjour en maternité

En 2015, la durée moyenne du séjour à la maternité était de 6,4 jours ± 1,6 *[min 5 ; max 11].* En 2019, elle était de 5,3 jours ± 1,8 *[min 3 ; max 11].* En 2024, elle était de 4,7 jours ± 1,4 *[min 3 ; max 8].*

DISCUSSION

1. Principaux résultats et comparaison avec la littérature

Cette étude portait sur la description des moyens mis en place actuellement par le CHU d'Angers pour améliorer la prise en charge des patientes ayant eu une césarienne. Sur 10 ans, la prise en charge dans cette indication s'est considérablement améliorée, en passant tout d'abord par la mise en place d'un protocole de réhabilitation précoce, le protocole RAPIDO, en accord avec les recommandations du CGNOF de 2015 (18).

Depuis 2015, les patientes ont toutes bénéficié des mêmes produits d'anesthésie dans leur rachianesthésie : de la bupivacaïne, de la morphine et du sufentanil. Elles ont également toutes eu une infiltration de la cicatrice avec de la ropivacaine. En 2024 la trithérapie analgésique constituée de paracétamol, de kétoprofène et de néfopam est devenue quasi systématique en SSPI. Depuis 2015, le relais par des antalgiques per os s'est fait de plus en plus rapidement, en moyenne 30,3 h après la césarienne en 2015, 9,7 h en 2019 et 8,9 h en 2024. En suite de naissances, les antalgiques per os donnés aux accouchées ont été uniformisé. En 2015 elles pouvaient recevoir du paracétamol et/ou du paracétamol en association avec de la codéine et/ou du néfopam et/ou du kétoprofène et/ou du tramadol. En 2024 elles recevaient uniquement du paracétamol et/ou du néfopam et/ou du kétoprofène. Les scores maximums de douleurs pendant le séjour à la maternité n'étaient tous ≤ 3 pour au moins 90% des patientes (3). Pourtant selon Bonnal et al. l'analgésie per os précoce procure une analgésie similaire à une analgésie parentérale standard durant les 48 premières heures du post partum (19). De plus la prise d'antalgiques per os dès le retour en suite de couche permet à la patiente d'être plus autonome dans sa prise en charge et de pouvoir concentrer son attention sur son nouveau-né. Selon le protocole RAPIDO, de l'Oxynorm doit être administré à la patientes si l'EVA > 4. Aucune des patientes de notre étude n'a reçu d'Oxynorm.

La démédicalisation précoce après la césarienne passe notamment par l'ablation rapide de la sonde urinaire à demeure. En effet, le maintien de la sonde vésicale augmente le risque d'infections nosocomiales. Selon Berthelot et al. le risque de bactériurie augmente de 5 à 10% par jour d'hospitalisation avec une sonde vésicale (20). De plus, la sonde urinaire offre un inconfort à la patiente et la gêne dans sa mobilité et son autonomie. Entre 2015 et 2024, le délai moyen de mise en place de celle-ci est diminué de près d'1/5^{e}. Selon Hou et al. la période optimale pour le retrait de la SAD serait entre 0 et 6h après la césarienne (21). En 2024, le délai moyen est de 5,1h. Dans notre étude nous avons observé 1 rétention aiguë d'urine en 2015, 3 en 2019 et 1 en 2024. La rétention aiguë d'urine est définie par « l'absence de miction spontanée dans les 6h suivant le retrait de la sonde à demeure lors d'un l'accouchement par césarienne, associée à un volume d'au moins 400 millilitres contenu dans la vessie » (22). Selon Basbug et al. le risque de rétention aiguë d'urine n'augmente pas significativement lorsque le retrait de la sonde est réalisé de façon précoce (2h après la césarienne) ou retardé (12h après la césarienne), ce qui paraît être corrélé avec nos résultats (23).

Un autre des objectifs de ce protocole RAPIDO est la reprise de la déambulation dans les 12h suivant l'opération. Ce premier lever précoce permet à la femme de retrouver rapidement une mobilité, ce qui lui permet de s'occuper de son nouveau-né de façon plus autonome, favorisant ainsi le lien mère enfant. L'immobilité est également un facteur de risque supplémentaire de maladies veineuses thromboemboliques. La déambulation plus

précoce permet de réduire ces risques déjà augmentés par la césarienne (24). Entre 2015 et 2024, la moyenne de survenue du premier lever est passée de 23,3h à 8,8h après la césarienne.

Le dernier objectif du protocole RAPIDO est la reprise d'une alimentation précoce. Cependant, faute de traçabilité dans les dossiers nous n'avons pas pu évaluer ce critère. Selon Fuchs et al. la reprise des boissons dès H2 et d'une alimentation légère entre H4 et H8 permet d'accélérer la reprise du transit et de diminuer la durée d'hospitalisation (25). Dans notre étude, en 2015, les premiers gaz arrivaient en moyenne 34,4 h après la césarienne et le transit 80,8 h après la césarienne. En 2019, les premiers gaz arrivaient en moyenne 31,1 h après la césarienne et le transit 68,9 h après la césarienne. En 2024, les premiers gaz arrivaient en moyenne 31,4 h après la césarienne et le transit 58,0 h après la césarienne. La mastication de chewing-gum permettrai également la reprise du transit plus précocement (25). Cependant, même si la traçabilité n'était pas suffisante pour étudier ce critère nous avons observé une légère diminution du séjour à la maternité.

Les buts du protocole RAPIDO sont de favoriser le lien mère-père-enfant, l'allaitement maternel, la participation aux soins de l'enfant. Le CHU d'Angers s'inscrit également dans une Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) dans la continuité de cette démarche. En 2015, seulement 15% des nouveau-nés ont bénéficié d'un peau à peau durant leurs premières heures de vie. En 2019, 70% des nouveau-nés ont pu bénéficier de ce soin avec la mère, le co-parent ou les deux. Ils passent en moyenne plus de temps avec le co-parent (25,0 minutes) qu'avec leur mère (15,0 minutes). En 2024, 95% des nouveau-nés ont pu faire du peau à peau avec leur mère, le co-parent ou les deux. Ils passent également plus de temps avec le co-parent (80,0 minutes) qu'avec leur mère (18,1 minutes). Selon Martinez-Hortelano et al. et Moore et al. la pratique du peau à peau favoriserait la mise en place d'un allaitement maternel exclusif en sortie de maternité (26,27). Selon Moore et al. le peau à peau permettrait également une meilleure thermorégulation du nouveau-né ainsi qu'une glycémie plus stable (27). Au sein du CHU d'Angers, sur les patientes en césarienne programmée, on constate une progression du taux d'allaitement maternel, passant de 20% en 2015 à 50% en 2024. Cette amélioration peut s'expliquer par le développement du peau à peau avec la mère ou le co-parent, la mise en place de la Babycam en 2022, la formation des équipes soignantes à l'accompagnement d'un allaitement maternel, aux fiches d'informations disponibles dans les couloirs de la maternité.

Grâce à ces actions la durée d'hospitalisation moyenne ne cesse de diminuer passantpasse de 6,4 jours en 2015 à 5,3 jours en 2019 et enfin à 4,7 jours en 2024. Cette diminution peut s'expliquer par une meilleure autonomisation de la patiente dans son parcours de soin, mais également par un meilleur suivi du couple mère enfant à domicile, notamment grâce au passage d'une sage-femme libérale en post partum. Selon l'ENP, les sorties précoces (≤ 3 jours) sont en augmentation, passant de 5,8% en 2016 à 17,7% en 2021. En revanche les séjours longs (≥ à 6 jours) sont en diminution, passant de 16,8% en 2016 à 7,7% en 2021 (2). En 2021, 79,1% des femmes ont bénéficié d'au moins un passage d'une sage-femme libérale à domicile (2).

2. Biais et forces de l'étude

Toutefois notre étude comporte plusieurs biais. , notamment un biais d'information. En effet, cCertaines données n'étaient pas tracées dans les dossiers médicaux, résultat d'un

biais d'information, classique dans une étude rétrospective. Il y a aussi un biais de sélection liés à la temporalité définie pour chacune des périodes définies.

Cette étude est néanmoins intéressante par son recul sur la mise en place du protocole RAPIDO puisque l'analyse des dossiers a été menée 2 et 7 ans après sa mise en place du protocole. Elle s'est également intéressée seulement aux patientes ayant eu une césarienne programmée et à terme, qui sont les parturientes chez qui la prise en charge sera la plus aisée à améliorer.

3. Ouverture

Depuis 2015, les pratiques obstétricales et anesthésiques ont beaucoup évolué pour permettre que la césarienne soit moins vécue comme un acte chirurgical que comme un véritable accouchement. Ces nouvelles pratiques permettent de recentrer le couple sur la naissance et de les impliquer dans l'accueil de leur nouveau-né comme lors d'une prise en charge par voie basse. Également, il y a une meilleure prise en compte du vécu de l'accouchement. Une nouvelle pratique commence à émerger dans les bloc opératoires en France. Il s'agit du Dans l'idée d'améliorer encore cette évolution, le concept de « césarienne participative » ou « gentle c-section » commence à s'intégrer aux pratiques et permettant de rendre la césarienne plus « naturelle ». Il ne s'agit pas de nouvelles techniques chirurgicales mais plutôt le développement des pratiques avant et après la césarienne permettant de la rendre plus douce pour le couple et favoriser le lien co-parent-mère-enfant. En amont de la césarienne le couple peut observer la salle de césarienne via des photos ou des vidéos pour rendre l'endroit moins intimidant. L'arrivée au bloc opératoire se fait en déambulant et la présence de l'accompagnant est systématiquement proposée. L'installation de la patiente se fait avec une VVP sur le bras non dominant, la mise en place de l'oxymètre de pouls au niveau du pied et le brassard à tension au niveau des membres inférieurs pour libérer les membres supérieurs. La mise en place du scope se fait dans le dos pour libérer la poitrine pour le peau à peau. Les champs opératoires peuvent être transparents ou abaissés dès la naissance. Lors de la naissance, la patiente est active et peut réaliser des efforts de poussée pour réduire le recours à l'expression abdominale. L'accompagnant peut également couper le cordon ombilical comme lors d'un accouchement par voie basse. Si l'état de santé du nouveau-né le permet, le peau à peau est réalisé dès les premières minutes de vie directement au bloc opératoire. Il se fait à l'aide d'un bandeau de peau à peau en jersey avec la mise en place d'une couverture chauffante pour prévenir l'hypothermie néonatale. L'objectif est la non-séparation du couple mère-enfant. Les soins du nouveau-né ne sont faits qu'à la fin de la surveillance maternelle en SSPI. La césarienne participative n'augmente pas et ne réduit pas les risques d'une césarienne classique mais permets d'améliorer le vécu de l'accouchement (28,29).

CONCLUSION

Cette étude a permis de faire le point sur les moyens qu'a mis en place le CHU d'Angers depuis une dizaine d'années pour améliorer le confort et le bien-être des patientes donnent naissance par césarienne.

Tout d'abord, le protocole de réhabilitation précoce « RAPIDO », mis en place en 2017, est de mieux en mieux appliqué au fil des années. Il permet une démédicalisation plus rapide de l'accouchement offrant aux patientes plus de confort dans leur post partum, sans pour autant augmenter le risque de complications obstétricales. Cependant une attention particulière devrait être accordée à la prise en charge de la douleur. En effet, même si on observe une meilleure prise en charge de la douleur, elle ne reste néanmoins pas optimale car, dans toutes nos périodes étudiées, les scores de douleurs des patientes n'étaient pas aux exigences demandées.

De surcroît, le développement du peau à peau entre le nouveau-né et sa mère ou le co-parent dès la naissance, permet de favoriser : le lien parents-enfant, la participation aux soins de l'enfant et l'allaitement maternel. Pour les patientes ayant eu une césarienne programmée, le taux d'allaitement maternel est en augmentation et le nombre de passage du lait maternel au lait artificiel à la sortie de la maternité tend à diminuer.

Enfin, pour continuer d'améliorer ses pratiques et permettre la mise en place progressive de la césarienne participative le CHU d'Angers est actuellement en cours de rédaction d'un protocole de peau à peau immédiat au bloc opératoire, pour permettre aux femmes donnant naissance par césarienne un vécu semblable, concernant l'accueil de leur nouveau-né, à femme donnant naissance par voie basse.

ANNEXES

ANNEXE 1

CHU ANGERS CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE	POLE FEMME MERE ENFANT - SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	PR-0554
	PROTOCOLE DE REHABILITATION PRECOCE POST-CESARIENNE	Version 1
		19/05/2017
		Page 1 sur 3

1. **OBJECTIF**
   - Démédicalisation précoce de la patiente césarisée
   - Reprise de la déambulation dans les 12 heures du PP
   - Prise en charge multimodale de la douleur
   - Reprise d'une alimentation précoce
   - Le but : favoriser le lien mère-père-enfant, l'allaitement, la participation aux premiers soins…

2. **DOMAINE D'APPLICATION**
   - Césariennes programmées ou en urgence
   - Césariennes sous APD ou rachianesthésie
   - Absence de pathologie maternelle préexistante à la grossesse ou liée à la grossesse pouvant compliquer les suites de la césarienne (pré éclampsie, Hellp syndrome, thrombopénie…)
   - Technique chirurgicale simple, pas d'hémorragie de la délivrance, pas de difficultés à réaliser l'hémostase, pas de plaie digestive ou vésicale
   - Décision finale conjointe entre l'anesthésiste et l'obstétricien de réaliser une réhabilitation précoce.
   - Critères d'exclusion : barrière linguistique et difficultés de compréhension.

3. **DESTINATAIRES POUR APPLICATION**
   Médecins anesthésistes, gynéco-obstétriciens, les internes en médecine, Sages-femmes, IADE, infirmières de SSPI, infirmières puéricultrices.

4. **DOCUMENTS LIES**
   - Protocole de prise en charge du risque thromboembolique dans le postpartum
   - Recommandations du CNGOF du post partum (2015)

5. **INFORMATION AUX PATIENTES**
   -Si possible, remettre au préalable pour les césariennes programmées une fiche d'information sur la réhabilitation précoce post césarienne.
   -En cas de césarienne en urgence, la patiente sera informée, par les soignants au fur et à mesure de sa prise en charge, des modalités pratiques de cette réhabilitation.

6. **EN PEROPERATOIRE**
   - Limiter les apports hydriques et prévenir les nausées et vomissements peropératoires
   - Techniques habituelles d'anesthésies locorégionales (APD ou RA)
   - Co remplissage 500cc de sérum physiologique ou Isofundine pendant la RA,
   - Antibioprophylaxie après clampage du cordon
   - Vasopresseurs prophylactiques ou curatifs pour gérer HypoTA de la RA,
   - Ocytocine 5UI au clampage en IVL, puis relais 250cc serum phy + 10 UI Ocytocine en 2 heures
   - Prévention NVPO (Dexaméthasone 4 ou 8 mg)

Validation (Expertise)	Approbation (Responsabilité)
Nom : Dr M. MERCIER Fonction : Praticien Hospitalier Secteur d'activité : Service de gynécologie obstétrique Visa :	Nom : Dr PH GILLARD Fonction : Chef de Service Secteur d'activité :Service de gynécologie obstétrique Visa :
Vérification (Normes documentaires)	
Nom : Anne laure LE GUERN Signé le 16/05/2017	Secteur d'activité : Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques

- Morphine 2mg dans le cathéter de péridurale si APD, 100µg si RA.
- Infiltration de la cicatrice au moyen de NAROPEINE
- Prescription systématique de ZOPHREN en SI BESOIN

7. EN SSPI

Durée de surveillance de 2 heures minimum
Boissons autorisées à H+1 si RAS
Analgésie Multimodale IV :

-Systématique et antalgiques à prendre ensemble si absence de CI :
PARACETAMOL 1g IV
PROFENID 50 mg IV
ACUPAN 20 mg en perfusette sur 20 minutes

-A la fin du sérum physiologique avec les 10 UI d'OCYTOCINE, obturer le cathlon Pas de relais avec G5 sauf avis contraire.

Retrait systématique de la sonde urinaire à la sortie de la SSPI, avant le retour en suites de couches sauf contre-indication.

8. A l'arrivée en suites de Couches ou grossesses pathologiques

Alimentation :
Collation H+2 au retour en chambre, puis repas aux heures habituelles et identiques aux autres patientes.

Antalgiques :
Trithérapie analgésique systématique les premières 48 heures per os à prendre en association PARACETAMOL 1g toutes les 6 heures
PROFENID 100mg toutes les 12 heures avec 1cp INEXIUM 20 /24h
ACUPAN 1 ampoule toutes les 4 à 6 heures
Monitorer la douleur avec une échelle visuelle
Analgésie de recours OXYNORM 5mg toutes les 6 heures si EVA > 4
Attention ! Pas avant 12 heures si rachi anesthésie avec morphine
Pas avant 24 h si APD avec morphine

Antiémétiques :
Si nausées, vomissements Ondansétron (ZOPHREN) 4mg toutes les 6 h en lyophilisat oral.

Miction
Surveillance de la reprise de la miction qui doit se faire dans les 6 heures suivant le retour en chambre, surveillance avec bladerscann si absence de miction à H6.

Prévention des complications thromboemboliques
BAT de classe 2 systématiques.
HBPM selon protocole et recommandations du CNGOF 2015.

Mobilisation
Lever avec aide dès le retour en chambre et si possible avant H6 voire avant H12.

VVP :
Retrait de la voie veineuse à H+24

9. REFERENCES

Protocole de réhabilitation précoce post césarienne du CHU de Nantes
Protocole de réhabilitation précoce post césarienne de l'Hôpital Bicêtre

10. DEFINITIONS et ABREVIATIONS

RL: ringer lactate
SSPI : service de soins post interventionnels
BAT: bas anti-thrombose
HBPM : héparine de bas poids moléculaire
PSE : pousse seringue électrique
APD : analgésie péridurale
RA : rachianesthésie
AG : anesthésie générale
VVP : Voie veineuse périphérique

11. DESCRIPTION DU PROCESSUS EN MODE DEGRADE

« Néant »

12. EVALUATION

Recueil des événements indésirables

13. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL *Obligatoire*

NOM Prénom	Fonction	Secteur d'activité
Dr Ph GILLARD	Médecin responsable	Service de Gynécologie Obstétrique
Dr M. MERCIER	Praticien Hospitalier	Service de Gynécologie Obstétrique
Dr P.M. FAYOLLE	Médecin Anesthésiste	Service d'Anesthésie Réanimation
Mme N. HOUI	Médecin Anesthésiste	Service d'Anesthésie Réanimation
M. B.BOUGEOIS	Médecin Anesthésiste	Service d'Anesthésie Réanimation

ANNEXE 2

Etiquette de la mère	CHU ANGERS CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE	Fiche de surveillance pendant le peau à peau en salle de naissance (allaitement ou non)	Fédération de Gynécologie Obstétrique
		FO-0290 - Version 4 Doc lié : DO-0059	29/05/2023 Page 1 sur 2





Date :
Age gestationnel du nouveau-né (SA+ jr) : Score d'Apgar (à 1/5/10 min. de vie) :

Modalités du PAP expliquées à la mère et à la personne accompagnante : ☐ oui ☐ non

Si le peau à peau n'a pas été fait, indiquer la raison : ☐ Choix des parents ☐ Indisponibilité des soignants ☐ Etat néonatal incompatible ☐ Etat Maternel incompatible

SURVEILLANCE CONTINUE AVEC TRAÇABILITE TOUTES LES 10 à 15 MIN.

Heure de naissance : ..... Heure de début du peau à peau : ..... Au choix :		+15'	+30'	+45'	+1h	+1h15	+1h30	+1h45	+2h ou avant transfert en suites de naissance
Position du nouveau-né adaptée (cou non fléchi, non obstruction des voies aériennes)	Oui / Non								
Coloration cutanée rosée (non pâle, non grise, non cyanosée)	Oui / Non								
Respiration normale (absence de tirage, de battements des ailes du nez ou de geignement)	Oui / Non								
Fréquence respiratoire entre 30 et 60/min.									
Tonus normal (absence d'anomalie de tonus, d'hyperexcitabilité)	Oui / Non								
Vigilance de la mère et de l'accompagnant	Oui / Non								
Oxymétrie de pouls néonatale si nécessaire	Pls/min / Sat O_2								
Température axillaire (entre 36.5 °C et 37.5 °C)									

Nom des professionnels et qualité :

Page 1 sur 2

Rappel sur les modalités du PAP en salle de naissance

1. DOMAINE D'APPLICATION

Le peau à peau se définit par le contact du nouveau-né nu, en position ventrale, contre le torse nu de son parent (en privilégiant la mère de préférence).
Un bonnet lui couvre la tête et un linge chaud est positionné sur son dos, en veillant à dégager le visage. La couche est optionnelle.
Ne sont concernés que les nouveau-nés proches du terme ou à terme (35 SA et +), avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine, sans détresse respiratoire.
Le contact en peau à peau est un soin qui nécessite de donner une information préalable aux parents, et d'obtenir leur engagement éclairé.
Son bon déroulement nécessite de respecter les consignes de sécurité.

2. PRECAUTIONS POUR MISE EN PEAU A PEAU DU NOUVEAU-NE

Luminosité suffisante
pour voir la couleur du nouveau-né
Température de la pièce entre 22°c et 24°c
Surveillance clinique : toutes les 10 à 15 min sur la durée du soin.
Si besoin, réglage des alarmes du scope :
Pulsation : $100_{min.}$ à $150^{max.}$ batt/min.
Saturation : $88\%_{min.}$ à $100\%^{max.}$

Informer les parents au préalable et recueillir leur consentement
Installation du parent en position semi-assise
Eventuellement, déplacer les électrodes du scope pour libérer le torse
Eviter toute source de distraction pendant le soin (smartphone)
Remonter les barrières de sécurité
Impliquer l'accompagnant dans un rôle de vigilance
Mettre à portée de main le dispositif d'alerte, en cas de besoin

Secher l'enfant avec un linge chaud, en veillant a ne pas essuyer ses mains. Recouvrir sa tête d'un bonnet.
Coter le score d'Apgar, faire une évaluation clinique à la recherche de signes de détresse cardio-respiratoire.
Placer l'enfant en position ventrale contre son parent, la tête tournée sur le côté et au-dessus de la poitrine, le visage bien visible et non enfoui, le cou non fléchi, le nez et la bouche dégagés et non recouverts.

3. CONTRE-INDICATIONS :

- **Diminution de la vigilance de la mère due à :**
  - Traitement médicamenteux (*notamment administration d'un antalgique morphinique pendant le travail, dans les 6 heures précédant la naissance (Nubain®, Atarax®,...)*)
  - Consommation de toxiques
  - Etat de santé de la mère (hémorragie, anesthésie générale, etc.)
  - Somnolence
- **Absence de surveillance adaptée :**
  - Activité importante dans le service, rendant difficile l'assurance d'une surveillance clinique sécuritaire : indisponibilité du personnel soignant médical et paramédical
- **Mauvaise adaptation à la vie extra utérine :**
  - Signe de détresse respiratoire (Score de Silvermann > 2)
  - Mauvaise coloration cutanée,
  - Hypotonie, hypo-réactivité
  - Apgar <7 à 5min de vie
  - pH artériel au cordon< 7.00
- **Nouveau-né porteur d'une malformation nécessitant une prise en charge rapide ou pouvant entrainer des problèmes respiratoires ou cardiaques.**

4. EXEMPLE D'INFORMATION A DELIVRER :

Madame, Monsieur,

Après la naissance de votre enfant, nous vous proposerons de le mettre en peau à peau sur la poitrine de la maman, en première intention. Cette position permet à votre enfant de lutter contre la perte de chaleur corporelle, d'assurer une stabilisation cardiorespiratoire sur ses premières heures de vie, de maintenir son taux de sucre sanguin à un seuil adapté, et d'exprimer ses compétences innées. Il s'agit pour vous d'apprendre à observer votre enfant pour gagner en compétence parentale.
Nous vous proposons ce soin pour une durée minimale d'une heure ininterrompue.
Si la maman n'est pas disponible à la suite de la naissance, alors le peau à peau sera proposé à l'accompagnant.

Certains parents ne sont pas à l'aise avec cette position. Nous sommes là pour vous accompagner dans votre choix.

De rares complications ont été observées. Pour cette raison, l'équipe viendra régulièrement évaluer le bien-être de votre enfant. Selon la charge de travail, pouvant rendre cette surveillance inadaptée, le peau à peau peut être différé à un moment plus opportun pour garantir votre sécurité et celle de votre enfant.

Ainsi nous vous demandons de bien veiller aux consignes suivantes :

- *Vous êtes installée en position semi-assise et disponible, sans source de distraction (téléphone portable)*
- *La tête de votre enfant est tournée sur le côté et il ne glisse pas sous la couverture, son visage et ses narines restent bien dégagés, son cou n'est pas fléchi.*
- *Le peau à peau nécessite toute votre vigilance. Il ne peut être réalisé avec un parent endormi.*
- *Vous devez nous avertir immédiatement, à l'aide de la « sonnette » ici présente, en cas de fatigue ou de difficultés, ou si quelque chose vous inquiète, ou encore si l'autre parent /accompagnant doit s'absenter et laisser seuls la maman et le bébé.*

Bien sûr, nous sommes à votre disposition pour toute aide ou tout renseignement.

Page 2 sur 2

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 27 févr 2026]. Césarienne : ce que toute femme enceinte devrait savoir... Document d'information destiné aux femmes enceintes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1603546/fr/cesarienne-ce-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes

2. Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. [cité 26 févr 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021

3. Deras P, Bonnal A, Barbier M, Morau E, Colson P. Évaluation des pratiques de prise en charge analgésique en postopératoire de césarienne avant et après mesures d'amélioration. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 juin 2013;32(6):402-8. doi:10.1016/j.annfar.2013.04.006

4. Sng BL, Sia ATH, Quek K, Woo D, Lim Y. Incidence and risk factors for chronic pain after caesarean section under spinal anaesthesia. Anaesth Intensive Care. sept 2009;37(5):748-52. doi:10.1177/0310057X0903700513 PubMed PMID: 19775038.

5. Langenaeken AL, Lavand'homme P. Chronic pain after cesarean delivery: what do we know today? A narrative review. Int J Obstet Anesth. 1 mai 2025;62:104331. doi:10.1016/j.ijoa.2025.104331

6. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. Pain. 15 nov 2008;140(1):87-94. doi:10.1016/j.pain.2008.07.011 PubMed PMID: 18818022; PubMed Central PMCID: PMC2605246.

7. Morau E, Bonnal A, Deras P, Dehon A. Césarienne, allaitement et douleur. Prat En Anesth Réanimation. 1 sept 2012;16(4):206-12. doi:10.1016/j.pratan.2012.06.004

8. Cattin A, De Baene A, Achon E, Bersot Y, Destoop Q, Pelissier A, et al. Évaluation de la mise en place d'un protocole de réhabilitation précoce postcésarienne. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 avr 2017;45(4):202-9. doi:10.1016/j.gofs.2017.02.006

9. Renault A. Description de la réhabilitation multimodale post-césarienne au CHU d'Angers [Internet]. Université Angers; 2015 [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/documents/dune5239

10. Pasquier L. Description des suites opératoires après mise en place d'un protocole de réhabilitation précoce post-césarienne au CHU d'Angers [Internet]. Université Angers; 2017 [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/documents/dune8607

11. Lagant C, Smeyers M, Fournier C, Keita H. Actualité sur les pratiques en anesthésie obstétricale : anesthésie pour césarienne, réhabilitation précoce, hémorragie du postpartum.

12. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Hypnose. En 50 notions [Internet]. Dunod; 2016 [cité 26 févr 2026]. Disponible sur: https://shs.cairn.info/hypnose--9782100746071 doi:10.3917/dunod.lhopi.2016.01

13. Wong MS, Spiegel BMR, Gregory KD. Virtual Reality Reduces Pain in Laboring Women: A Randomized Controlled Trial. Am J Perinatol. août 2021;38(S 01):e167-72. doi:10.1055/s-0040-1708851 PubMed PMID: 32485759.

14. Musters A, Vandevenne AS, Franx A, Wassen MMLH. Virtual Reality Experience during Labour (VIREL); a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 24 avr 2023;23(1):283. doi:10.1186/s12884-023-05432-9 PubMed PMID: 37095433; PubMed Central PMCID: PMC10123587.

15. Boussac É, Berna C, Gomes Dias D, Horsch A, Desseauve D. Apport de l'utilisation de la réalité virtuelle lors de l'accouchement. Revue narrative de la littérature. Rev Médicale Suisse. 2021;17(755):1779-84. doi:10.53738/REVMED.2021.17.755.1779

16. Gür EY, Apay SE. The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. Midwifery. 1 déc 2020;91:102856. doi:10.1016/j.midw.2020.102856

17. Colloca L, Raghuraman N, Wang Y, Akintola T, Brawn-Cinani B, Colloca G, et al. Virtual reality: physiological and behavioral mechanisms to increase individual pain tolerance limits. Pain. 1 sept 2020;161(9):2010-21. doi:10.1097/j.pain.0000000000001900 PubMed PMID: 32345915; PubMed Central PMCID: PMC7584744.

18. RPC. CNGOF [Internet]. [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: https://cngof.fr/rpc/

19. Bonnal A, Dehon A, Nagot N, Macioce V, Nogue E, Morau E. Patient-controlled oral analgesia versus nurse-controlled parenteral analgesia after caesarean section: a randomised controlled trial. Anaesthesia. 1 mai 2016;71(5):535-43. doi:10.1111/anae.13406

20. Berthelot P, Mallaval FO, Fascia P, Turco M, Lucht F. Maîtrise des moyens de prévention de l'infection urinaire nosocomiale : sondes et techniques. Médecine Mal Infect. 1 oct 2003;33(10):499-505. doi:10.1016/S0399-077X(03)00145-8

21. Hou D, Jia Y, Han A, Hu Q, Li J, Liang W. Effect of urinary catheter removal at different times after caesarean section: A systematic review and network meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 janv 2023;280:160-7. doi:10.1016/j.ejogrb.2022.12.002

22. Besse C. La rétention aiguë d'urine du post-partum: étude de cas au sein de la maternité Saint-Joseph à Marseille.

23. Basbug A, Yuksel A, Ellibeş Kaya A. Early versus delayed removal of indwelling catheters in patients after elective cesarean section: a prospective randomized trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2 janv 2020;33(1):68-72. doi:10.1080/14767058.2018.1487394 PubMed PMID: 29886771.

24. Rossignol M. Pathologies thromboemboliques maternelles : évaluation du risque, indications et gestion des anticoagulants. Anesth Réanimation. 1 nov 2021;7(6):434-53. doi:10.1016/j.anrea.2021.09.003

25. Fuchs F, Benhamou D. Césarienne et post-partum. Recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc

2015;Recommandations pour la pratique clinique, élaborées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français44(10):1111-7. doi:10.1016/j.jgyn.2015.09.020

26. Martínez-Hortelano JA, Saz-Lara A, González JLG, Cristóbal-Aguado S, Iglesias-Rus L, Martínez-Vizcaíno V, et al. Skin-to-skin contact and breastfeeding after caesarean section: A systematic review and meta-analysis of intervention studies. Int J Nurs Stud. 1 juin 2025;166:105038. doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.105038

27. Moore ER, Brimdyr K, Blair A, Jonas W, Lilliesköld S, Svensson K, et al. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 22 oct 2025;10(10):CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub5 PubMed PMID: 41120189; PubMed Central PMCID: PMC12540017.

28. Linglart A, Parc E, Pinton A, Kayem G, Guilbaud L, Athiel Y. Comment je fais… une « Césarienne participative » ? Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 6 févr 2026. doi:10.1016/j.gofs.2026.02.002

29. Le Gouez A. Comment rendre l'accouchement par césarienne plus « naturel » ? Prat En Anesth Réanimation. 1 avr 2024;28(2):114-21. doi:10.1016/j.pratan.2024.03.007

RESUME

Titre : Description de l'évolution de la prise en charge des patientes césarisées au CHU d'Angers

Introduction : La césarienne est un acte chirurgical répandu en France et avec des douleurs post opératoires considérées comme fortes. Il existe plusieurs moyens médicamenteux ou non pour limiter cette douleur. L'objectif de notre étude était de décrire les différents moyens mis en place par le CHU d'Angers en 2024 dans la prise en charge de la douleur et du bien-être des patientes pendant et après une césarienne.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique, observationnelle à visée descriptive monocentrique, rétrospective, menée entre le 01/03 et le 30/09 de 2015, 2019 et 2024.

Résultats : Grâce au protocole de réhabilitation précoce le relais par des antalgiques per os s'est effectué de plus en plus rapidement 8,9h après la césarienne en 2024 contre 30,3 en 2015. La douleur est mieux prise en charge mais n'est pas optimale. Le peau à peau est généralisé : 5% des enfants en bénéficiaient en 2015 contre 95% en 2024. Le taux d'allaitement maternel exclusif augmente passant de 20% en 2015 à 50% en 2024.

Conclusion : La mise en place du protocole RAPIDO a permis de démédicaliser plus rapidement le post partum des femmes ayant eu une césarienne, leur permettant ainsi du confort pour s'occuper de leur nouveau-né. La possibilité de peau à peau durant le post partum immédiat permet d'améliorer le lien parents-enfant et aide à la mise en place de l'allaitement maternel en plein augmentation.

Mots-clefs : césarienne – réhabilitation précoce – douleur - peau à peau

ABSTRACT

Title : Description of the evolution of care management for cesarean patients at Angers University Hospital

Introduction : C-section is a common surgical procedure in France, associated with postoperative pain considered to be severe. There are several pharmacological and non-pharmacological methods to reduce this pain. The aim of our study was to describe the different measures implemented at Angers University Hospital in 2024 for pain management and the well-being of patients during and after a c-section.

Materials and Methods : This was a monocentric, retrospective, observational epidemiological study with a descriptive aim, conducted between March 1 and September 30 in 2015, 2019, and 2024.

Results : Thanks to the enhanced recovery protocol, the transition to oral analgesics occurred increasingly earlier 8.9 hours after c-section in 2024 compared to 30.3 hours in 2015. Pain management has improved but is not yet optimal. Skin-to-skin contact has become widespread: 5% of newborns benefited from it in 2015 compared to 95% in 2024. The rate of exclusive breastfeeding has increased, rising from 20% in 2015 to 50% in 2024.

Conclusion : The implementation of the RAPIDO protocol has enabled a faster reduction in medicalization during the postpartum period for women who underwent c-section, thereby improving their comfort and ability to care for their newborn. The possibility of immediate skin-to-skin contact in the postpartum period helps strengthen parent–child bonding and supports the increasing uptake of breastfeeding.

Key words : c-section – recovery protocol – pain – skin to skin