

La Haute-Normandie humanise la césarienne

Alors que la césarienne est un acte technique, il est de plus en plus question de lui donner la dimension d'un accouchement. Les initiatives fleurissent sur le territoire pour « humaniser » cette opération chirurgicale. Parmi elles, celles du réseau périnatal haut-normand, qui englobe quatorze établissements.



Une jeune césarisée, dont le bras a été détaché pour permettre un contact actif avec son enfant.

« Une césarienne, c'est de la chirurgie, mais c'est aussi une naissance ! » C'est en partant de ce postulat que Loïc Marpeau, chef du service de gynécologie-obstétrique au CHU de Rouen, a initié le projet d'humanisation de la césarienne (voir aussi p. 5). D'abord au sein de son établissement, puis au sein du réseau périnatal de Haute-Normandie. La demande des couples et des patientes, de plus en plus fréquente, a été le moteur de cette aventure. L'association Césarine, qui milite depuis 2005 dans le même sens, a été sollicitée. Courant 2012, un groupe de travail pluridisciplinaire a vu le jour au sein du réseau et s'est réuni à plusieurs reprises pour mettre au point des recommandations. Il s'agissait non pas d'injonctions faites aux ma-

ternités, mais d'une base de réflexion pour aider chaque structure à élaborer son protocole (voir encadré).

FAVORISER LA TRIADE

Alors que les taux de césariennes progressent, permettre aux femmes et aux couples de bien vivre cette naissance et de se l'approprier est important. Au CHU de Rouen, où 25 % des 4500 accouchements ont lieu par césarienne, l'enjeu est de taille. En prénatal, il s'agit d'abord de bien informer les patientes, que ce soit en consultation classique, en consultation d'anesthésie ou lors de la préparation à la naissance, pour que ce mode de naissance ne soit pas une surprise, mais envisagé comme une possibilité. Et tout au long de l'intervention jusqu'en suites de couches, la philosophie du projet plaide pour une attention au vécu de la patiente (voir encadré). « Après une telle opération, les femmes ont parfois l'impression d'avoir raté leur accouchement, qu'on le leur a volé, ou qu'elles n'ont pas été capables d'accoucher », témoigne Amandine Charbonnier, membre de l'association Césarine et représentante des usagers au sein du réseau périnatal de Haute-Normandie. Ce ressenti peut troubler les premiers liens entre la mère et son nouveau-né. L'humanisation de la césarienne, outre qu'elle favorise la présence du père à la naissance, vise aussi à maintenir la qualité de ce fameux lien mère-enfant. Proposer à la maman de baisser le champ opératoire pour lui permettre de voir naître son enfant, maintenir un ou ses deux bras détachés pour qu'elle puisse le toucher... Ces dispositions, simples à instaurer, lui permettent de participer à cet accouchement particulier. Une fois la césarienne réalisée, lorsque

tout va bien, l'enfant peut donc rester avec sa mère et son père, au bloc et en salle de réveil. « Le peau à peau peut avoir lieu avant la fin de l'intervention », précise Marie-Ange Grout, sage-femme cadre à la maternité du Belvédère à Mont-Saint-Aignan. Les soins sont parfois différés, puis réalisés en présence de la mère. Maintenir le lien est possible, y compris lorsque la césarienne a lieu sous anesthésie générale. Il est ainsi conseillé de filmer la naissance ou de faire des photos des premières minutes de vie de l'enfant, de le présenter à sa mère et de permettre le peau à peau malgré tout. « Filmer permet aux mamans de ne pas avoir le "blanc" de la naissance, témoigne Marie-Ange Grout. Le film est ensuite présenté aux parents lors du séjour en suites de couches, en pré-

sence de la cadre du service. L'émotion est souvent extrême. L'enfant naît à cet instant pour la mère. » Une copie est ensuite remise aux parents, bien sûr.

VAINCRE LES RÉSISTANCES

« Les établissements étaient très motivés, atteste Amandine Charbonnier. Les quatorze maternités du réseau ont répondu au premier questionnaire, avant de participer à un état des lieux et aux groupes de travail. La mise en œuvre du projet varie sur le terrain selon les établissements. Mais il y a eu une vraie prise de conscience que ce qui était proposé était insuffisant. C'est un pas considérable, car, en tant qu'usagers, nous avons parfois l'impression d'être pénibles à dire que l'on a mal vécu

Les préconisations du réseau

Parmi les actions à mener pour humaniser la césarienne, le réseau haut-normand a défini plusieurs recommandations. A chaque maternité de les adapter à ses contraintes et possibilités.

En prénatal :

- donner une information complète, en indiquant les pratiques de l'établissement ;
- donner un document support propre à la maternité.

Pendant la naissance :

- en cas de césarienne en urgence, être attentif aux modalités de l'annonce et à la bonne compréhension par la patiente de l'indication et du déroulement de l'opération ;
- organiser la présence de l'accompagnant en salle d'opération et en salle de surveillance postinterventionnelle ;
- se présenter et expliquer son rôle à la patiente ;
- préserver le respect de la pudeur lors du transfert et de l'installation de la patiente ;
- conserver les lunettes de la patiente ;
- proposer de baisser le champ opératoire pour permettre de voir la naissance ;
- détacher le ou les bras pour accueillir l'enfant ;
- organiser dès les premiers instants la rencontre mère-enfant : différer les soins non urgents, mettre en peau à peau et au sein pendant la fin de l'intervention ;
- maintenir la continuité du lien en SSPI (peau à peau en priorité avec la mère, tétée, présence de l'accompagnant...) ;
- réaliser des photos ou une vidéo de la naissance, surtout si la patiente est opérée sous anesthésie générale ou si l'accompagnant est absent.

En post-partum :

- mettre en place la réhabilitation précoce postcésarienne ;
- être attentif à l'expression du vécu et prendre en compte les difficultés éventuelles (lors des soins, entretien psychologue, visite obstétricien, groupe de parole, suivi postnatal...) ;
- réaliser tous les soins de l'enfant en présence de la mère ;
- assurer l'accompagnement et le soutien à l'allaitement ;
- revoir systématiquement la patiente en consultation postnatale.



© DR
Même en cas de césarienne sous anesthésie générale, le premier contact mère-enfant compte !

l'opération. » Pourtant, il a fallu dépasser certaines réticences. Car chaque soignant a de bonnes raisons de refuser le changement. La présence du père à la naissance, au cœur du projet, est le point sur lequel l'humanisation de l'opération achoppait. « Nous avons déjà progressé dans l'accompagnement des césariennes, estime Fabienne Darcet, sage-femme cadre de la clinique Mathilde à Rouen. Le plus gros changement consistait à admettre le compagnon au bloc opératoire. » Une présence au bloc inhabituelle et potentiellement perturbante lors d'un acte chirurgical délicat. Et puis, est-ce dans la fiche de poste d'une ibode d'habiller le père pour le bloc ? Les sages-femmes sont-elles habilitées à surveiller les suites de chirurgie ? Comment le père va-t-il tenir le choc et comment gérer s'il fait un malaise ? Telles étaient les inquiétudes premières des soignants. « Nous mettons de la musique au bloc », indique par exemple Marie-Ange Grout, de la maternité du Belvédère. Cela évite ainsi aux parents de se concentrer sur les bruits des instruments opératoires, faute de voir ce qu'il se passe.

Dans cet établissement de type 2, qui réalise environ 3600 naissances par an, dont moins de 15 % de césariennes, l'acceptation du père au bloc opératoire date des années 80.

« Historiquement, la culture de notre établissement a été d'accompagner la patiente dans son vécu, témoigne Marie-Ange Grout, qui a piloté le groupe de travail du réseau. Lors des premières réunions, les participants mettaient l'accent sur les situations extrêmes et urgentes, comme une césarienne en cas d'hématome rétroplacentaire, où la présence du père peut être gênante. Or dans la majorité des cas, la présence du père ne pose pas de soucis. Mais lors de l'état des lieux au sein du réseau, nous nous sommes rendu compte que ce que nous pratiquions en routine ne pouvait être généralisé tel quel à toutes les maternités, qui ont chacune leurs spécificités. » Depuis trente ans, les pères sont admis en salle d'opération à la clinique du Belvédère, que la césarienne soit programmée ou non. Il n'y a que lors des urgences vitales qu'ils doivent patienter dans une pièce contiguë au bloc. Ce sont les sages-femmes ou les aides-soignants qui les accompagnent, selon les possibilités. Dans les autres établissements, les conditions sont différentes.

COMMUN ACCORD

Au sein du réseau, il a été convenu que la présence du père doit d'abord faire l'objet d'une demande du couple. Elle nécessite aussi l'accord préalable de l'obstétricien et de l'anesthésiste. D'autres critères ont été établis : le père peut accéder au bloc en cas de césarienne programmée ou lorsque la dilatation stagne lors d'un accouchement sous péridurale. En revanche, en cas d'anomalie du cœur fœtal ou de placenta bas inséré, comme dans toutes situations d'urgence ou à risque de complications, il n'est pas autorisé à assister à la naissance au bloc opératoire. « En cas d'urgence, il est plus difficile de s'occuper de la mère et du père », estime Fabienne Darcet, cadre à la clinique Mathilde, un établissement privé de type 2 de Rouen. Il n'est pas non plus admis en cas d'anesthésie générale.

« Environ la moitié des césariennes est éligible à l'accueil du père au bloc obstétrical dans un établissement de type 3 comme le nôtre », estime Loïc Marpeau. Ainsi, au CHU de Rouen, dans près de 550 opérations sur 1100 par an, le père est présent. De façon générale, l'entrée du père au bloc opératoire n'est autorisée qu'à un stade avancé de l'intervention et lorsque l'état de la patiente est jugé stable. Le papa est alors accompagné par une sage-femme et s'assoit à la tête de sa compagne. Dans cer-

taines maternités, il lui est demandé d'attester qu'il n'est pas sujet au malaise vagal. « Les malaises sont plus fréquents en salle de naissance qu'au bloc, estime Marie-Ange Grout. Lors d'une césarienne, le père a une place importante. C'est lui qui rassure sa femme qui est en général très stressée. » Puis, toujours au bloc, l'obstétricien ou la sage-femme présente l'enfant à ses parents.

CONTRAINTES ARCHITECTURALES

A la maternité du CHI Eure-et-Seine, situé à Evreux, le projet est à l'œuvre depuis le printemps 2012. « Nous avons avancé sur la place du conjoint au bloc opératoire », témoigne Christine Blard, sage-femme cadre. Le premier

et changé certains matériels de place. Cela a modifié les repères des opérateurs, qui se sont habitués depuis. »

A la clinique Mathilde, qui accueille près de 3000 accouchements par an, la géographie des locaux a d'abord été un frein. « Le bloc opératoire dédié aux césariennes est situé dans l'enceinte de tous les blocs, explique Fabienne Darcet. Cela complique l'accès du père. Son parcours a été pensé en détail, pour qu'il puisse se changer au vestiaire avant d'entrer en salle de césarienne. Mais dans le futur, le bloc devrait être situé face aux salles de naissances. Ce sera un des objectifs du réaménagement du bloc. » La clinique a réalisé 17,9 % de césariennes en 2013, et le projet d'humanisation se poursuit. « Les obstétri-



En salle de réveil, un bébé né par césarienne profite de la chaleur maternelle en peau à peau.

père à assister à une césarienne a été enregistré durant l'été 2012, mais ce n'est qu'en 2013 que cette pratique a véritablement connu un essor. « Le protocole a été adapté au service, note la sage-femme, qui a participé au groupe de travail du réseau. Il appartient au médecin ou à l'anesthésiste d'accepter ou non la demande du couple. Certains sont plus ou moins d'accord avec cette démarche, qui reste donc opérateur dépendant. » Parmi les adaptations nécessaires, l'organisation de la salle d'opération a été repensée, de façon à permettre au conjoint d'entrer directement vers la tête de sa femme, sans avoir à contourner la table de chirurgie, ni voir l'abdomen de sa compagne. « Nous avons tourné le lit de 90°

ciens sont les moteurs du projet, car ce sont eux qui reçoivent la demande des patientes, estime Fabienne Darcet. Cela demande de modifier certains usages. Mais le fonctionnement de l'équipe du bloc n'a pas changé et chacun garde son rôle. Une sage-femme de salle de naissance a été ajoutée pour accompagner le père. La patiente étant consciente, les équipes pratiquent l'asepsie verbale et s'habituent à travailler avec un regard extérieur. » Côté pères, certains apprécient d'être auprès de leur femme, d'autres se ravissent avant l'entrée au bloc, effrayés par l'opération. D'autres encore demandent à sortir en cours de césarienne. Parfois, des ajustements sont nécessaires. « Un père nous a fait remarquer que tout

ce qui se déroule sur la table d'opération se reflétait dans le scialytique, ajoute la sage-femme. Désormais, nous les prévenons de ne pas regarder en l'air.»

JUSQU'AU BOUT DU SÉJOUR

Alors que les techniques chirurgicales légères, comme la césarienne dite « de Cohen », se généralisent en France depuis cinq ans environ, la réhabilitation précoce en suites de couches, elle, est plus récente. Elle participe à l'humanisation de l'opération, bien que cette pratique soit antérieure aux recommandations du réseau. « Les patientes sont satisfaites que la sonde urinaire leur soit retirée plus tôt, d'avoir une perfusion durant un temps limité, de se rétablir plus vite, témoigne Christine Blard. Elles sont à même de s'occuper plus tôt de leur enfant. » Certains points restent à améliorer, selon Amandine Charbonnier, de l'association Césarine. Selon elle, les femmes souffrent encore trop souvent de douleurs post-opératoires lorsqu'elles allaitent. « Le paracétamol est insuffisant. Il faut donner des anti-inflammatoires qui passent peu dans le lait. » Quant aux femmes qui ont réellement mal vécu leur opération, elles doivent pouvoir en parler en post-partum. D'une part, l'obstétricien est encouragé à rendre visite à ses patientes césariées, une pratique courante semble-t-il. Un entretien avec un psychologue peut aussi être proposé. A la maternité du Belvédère,



Le nouveau-né est présenté à sa mère dès sa naissance, lors d'une césarienne programmée.

une écoute individuelle est possible, mais un groupe de parole « vécu de la césarienne » est prévu également en suites de couches. Il se tient une fois par semaine, en présence du psychologue et d'un professionnel du service. Chaque soignant apporte ainsi sa pierre au projet d'humanisation de la césarienne. Et le rôle des sages-femmes est fondamental : dans bien des maternités, comme au CHU de Rouen, ce sont elles qui informent les pères, entrent avec eux au bloc et assurent la surveillance mère-enfant à l'issue de l'opération. La réhabilitation précoce en post-partum relève de leurs compétences. « La charge de travail peut être plus importante en suites de couches, estime Fabienne Darcet. Mais cela ne pose pas de soucis et participe à l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins. » Les sages-femmes sont donc souvent en première ligne,

aux côtés des aides-soignantes et infirmières, selon les services. « Il faut veiller à soutenir l'allaitement maternel, souligne également Marie-Ange Grout. Car les échecs et les arrêts précoces sont plus fréquents après une césarienne. » Au Belvédère, une consultation dédiée est prévue et la formation du personnel sur ce thème régulière.

De nombreuses craintes, émises en amont de la mise en œuvre du projet au sein du réseau, ont finalement disparu avec la pratique. « Certaines des maternités les plus réticentes au départ avancent en réalité très vite une fois que le processus est enclenché », note Amandine Charbonnier. Cependant, le projet ne donne pas lieu à une évaluation. « Pour bien faire, il faudrait recueillir l'avis de patientes qui ont connu la prise en charge de la césarienne avant et après la mise en place du projet », note Loïc Marpeau. Mais progressivement, chaque établissement du réseau poursuit l'aventure, à son rythme. Les services en tirent un certain bénéfice, en termes de satisfaction et de reconnaissance de la part des usagers. « Certaines femmes font des kilomètres pour rejoindre la maternité qui leur permettra de vivre la césarienne comme elles le souhaitent », souligne Amandine Charbonnier. Ainsi, via le bouche-à-oreille, la prise en charge humanisée de la césarienne contribue à l'attractivité d'une maternité.

■ Nour Richard-Guerroudj