REVUES GÉNÉRALES
Chirurgie

La réhabilitation postopératoire des césariennes : un défi organisationnel au service des femmes

RÉSUMÉ : La réhabilitation rapide postopératoire après césarienne est un concept issu des expériences d'autres chirurgies. Ce concept à la mode, réclamé par les tutelles et les patientes, est difficile à mettre en œuvre. Nous décrivons, après un bref historique, les principes que nous avons déclinés, les obstacles que nous avons rencontrés et la manière de les contourner.

→ **F. BAYOUMEU**
Unité d'Anesthésie, Maternité Paule de Viguier, CHU de TOULOUSE.

La réhabilitation (action de rétablir quelqu'un dans ses droits ou, ici, ses fonctions) ou récupération postopératoire après césarienne devrait être le plus souvent une réhabilitation précoce ou rapide, c'est-à-dire un processus qui mobilise l'ensemble des mesures destinées à accélérer la convalescence des femmes après une naissance par césarienne [1]. Le but est de rétablir la femme dans ses capacités physiques antérieures à la chirurgie, mais aussi de lui donner les moyens de prodiguer les soins à son enfant nouveau-né dans le délai le plus court possible. La césarienne programmée est la situation idéale pour déployer le concept, mais les césariennes en urgence, sauf celles qui sont compliquées, devraient en bénéficier également chaque fois que c'est possible.

Le concept est à la mode et la recherche sur internet ramène quelque 32 000 résultats. Mais il s'avère concrètement difficile à mettre en œuvre, car il implique plusieurs métiers, plusieurs compétences, chamboule le train-train hospitalier, met l'organisation des soins au service de la patiente et non l'inverse. Le service des recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) a été destinataire d'une saisine conjointe de la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), de la DGS (Direction Générale de la Santé) et de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) en 2013, dans le but de valider des recommandations professionnelles, de réaliser des analyses bibliographiques, de produire des fiches synthétiques, des indicateurs de suivi qualité et sécurité, des outils informatiques permettant une analyse qualité des prises en charge dans le but de favoriser le développement des programmes de réhabilitation précoce postopératoire [2]. Les productions du groupe de travail sont attendues.

Sans une très grande ténacité, un travail de conviction, un suivi et une évaluation des actions au service de la démonstration du bien-fondé pour cette naissance un peu particulière qu'est la césarienne, l'échec de la mise en œuvre de ce concept dans une maternité est prévisible.

Après description du concept et de son historique, les conditions techniques,

les obstacles seront décrits au travers d'une expérience de mise en œuvre.

Le concept et son histoire

Le concept de réhabilitation précoce postopératoire remonte aux années 1990. Il a été initialement décrit pour la chirurgie colique avec pour but de limiter les complications postopératoires, d'améliorer les suites et aussi de réduire la durée de séjour. Progressivement, devant le succès en chirurgie digestive, le concept a été étendu à d'autres types de chirurgie, dont la chirurgie gynécologique carcinologique [3]. Les principes à respecter dans ces programmes sont les suivants :
– une analgésie efficace multimodale limitant les morphiniques, dont les effets secondaires sont redoutés sur le plan de la reprise du transit ;
– une alimentation précoce non restrictive en termes énergétiques ;
– une mobilisation rapide rendue possible par la qualité de l'analgésie ;
– la restriction des drainages, sondages, perfusions ;
– la prévention des nausées et vomissements ;
– le respect du repos et du sommeil.

Les techniques chirurgicales, de par leur évolution vers des incisions plus petites, moins délabrantes, avec respect des muscles et des terminaisons nerveuses (écartement plutôt que section), et particulièrement la technique de Stark pour la césarienne, ont permis de réduire la douleur postopératoire.

La meilleure connaissance de la physiologie digestive a relégué au passé des pratiques de jeûne postopératoire où l'on attendait que le transit reprenne pour donner à boire, puis à manger, même pour de la chirurgie non digestive. Le bol alimentaire est source des réflexes péristaltiques et l'on sait que le fait de ne pas réalimenter retarde la reprise du transit [4].

Après la césarienne, beaucoup d'équipes maintenaient l'administration d'utérotoniques (ocytocine) par voie veineuse pendant des durées variables d'une équipe à l'autre sur la base de la transmission orale de "recettes locales" sans fondement sur des preuves. Ce n'est que récemment que la notion qu'il n'était pas nécessaire de maintenir la perfusion d'ocytocine au-delà de 2 heures – à condition que la tonicité utérine soit satisfaisante et en l'absence de saignement anormal – a été partagée [5]. Cela est venu simplifier le soin postopératoire en limitant la nécessité de la perfusion intraveineuse à la période des 2 heures de surveillance obligatoires après la naissance.

Les stratégies analgésiques postopératoires ont bénéficié des grands progrès déployés par la majorité des équipes. Dans le domaine de la césarienne, le recours à l'anesthésie périmédullaire devenu la règle a permis d'administrer des doses minimes de morphine par voie périmédullaire, dont les effets systémiques sont mineurs et aisément prévenus mais dont l'effet analgésique est majeur au repos et à la mobilisation. L'association des antalgiques, dont les anti-inflammatoires, très actifs sur la douleur viscérale post-césarienne, vient s'intégrer dans le concept d'analgésie multimodale désormais recommandé [6].

Le questionnement sur la manière de gérer le postopératoire de la césarienne a débuté il y a plus d'une dizaine d'années à petits pas. Des avancées se sont faites dans différents domaines (boissons et réalimentation postopératoires, stratégie analgésique, gestion des utérotoniques) pour, au final, venir s'agréger en programmes structurés et complets appliqués avec plus ou moins de conviction selon les équipes.

Une enquête publiée en 2013 et portant sur les césariennes programmées montre, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France, une grande hétérogénéité des pratiques et une insuffisance de mise en œuvre avec, par exemple, 71 % de retrait de la sonde urinaire au-delà de 24 heures [7]. La même année, une autre enquête nationale – celle-ci réalisée auprès de praticiens d'anesthésie-réanimation travaillant en maternité – montrait le même déficit avec moins de 50 % de recouvrement de l'autonomie des patientes à H24 [8]. D'autres pays sont beaucoup plus en avance. Au Royaume-Uni, par exemple, des programmes sont structurés pour permettre la sortie le lendemain de la césarienne programmée, grâce à des réseaux d'aval très organisés permettant la prise en charge de la santé du nouveau-né et de sa mère et gérant également les aspects sociaux de la sortie [9]. Nous ne disposons pas, en France, d'étude d'impact sur la durée de séjour en maternité de ces programmes.

Conditions techniques pour la réhabilitation rapide après césarienne

Ces conditions sont celles que nous avons mises en œuvre à la Maternité Paule de Viguier, au CHU de Toulouse.

>>> **La chirurgie est respectueuse des tissus** au moyen de la technique de Stark. L'incision transversale est moins douloureuse que l'incision médiane, qui est devenue rarissime. L'absence de drainage est maintenant la règle, et limite les tractions et le retrait douloureux des drains.

>>> **L'analgésie est multimodale** avec de la morphine périmédullaire (dont l'utilisation est rendue possible par le recours à l'anesthésie locorégionale rachidienne dans la quasi-totalité des césariennes), un AINS (kétoprofène) sauf en cas de contre-indication avérée, du paracétamol et du néfopam. La prévision d'un antalgique de secours est

Revues générales
Chirurgie

associée dans la limite des posologies maximales. Au-delà du premier jour postopératoire, ce caractère multimodal est poursuivi, avec possibilité d'associer de la morphine *per os* en cas d'analgésie insuffisante pour prendre le relais de l'analgésie morphinique périmédullaire dont les effets s'effacent au-delà de 18 à 24 heures Le néfopam est stoppé au-delà de 48 heures chez les femmes qui allaitent faute de données pharmacologiques sur son passage dans le lait et les effets sur le nouveau-né. L'administration par voie orale de l'analgésie est systématique, et non "à la demande", à un rythme correspondant aux repas et au coucher. Cette administration est très précoce après la naissance, dès l'arrivée en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) pour éviter l'installation de la douleur et permettre le lever précoce.

>>> **Le remplissage per- et postopératoire est limité** (< 1 L) dans le but de réduire la diurèse dans les premières heures postopératoires et le risque de rétention urinaire après le désondage.

>>> **L'arrêt de la perfusion intraveineuse dès la sortie de la SSPI** est rendu possible par l'absence de nécessité de maintenir une perfusion d'ocytocine si le tonus utérin est satisfaisant et les saignements normaux en quantité. L'hydratation est assurée par voie orale. La voie veineuse est gardée perméable grâce à un mandrin obturateur liquide jusqu'à H24 pour faire face à l'éventuelle nécessité de reperfusion.

>>> **La prévention pharmacologique des nausées et vomissements** par une association de sétron et de corticoïdes en peropératoire permet de réduire de façon drastique cet inconfort du *post-partum* de la césarienne qui a pu être avancé pour exclure les morphiniques périmédullaires. Cette prévention, associée à la reprise rapide des boissons et de l'alimentation, procure un grand confort postopératoire et permet des apports énergétiques et hydriques nécessaires à l'allaitement.

POINTS FORTS

- Travailler au préalable l'analgésie postopératoire en incluant les morphiniques périmédullaires.
- Trouver un porteur de projet reconnu et consensuel connaissant bien l'organisation des soins.
- Créer un groupe de travail multidisciplinaire pour l'écriture du protocole : sages-femmes, infirmiers (y compris IADE), aides-soignants, cadres, gynécologue-obstétricien, diététicienne, anesthésiste, pharmacologue, pharmacien.
- Analyser les données de la littérature et recenser les expériences d'autres équipes.
- Valider les protocoles par les instances *ad hoc* de l'établissement.
- Déployer le protocole dans une phase test. Le porteur du projet doit accompagner personnellement cette phase.
- Déployer le protocole en routine après ajustement éventuel.
- Accompagner les soignants par l'encadrement et l'équipe médicale : prise en compte des difficultés, révision du protocole.
- Évaluer la satisfaction des patientes, des soignants.
- Analyser l'impact sur les durées de séjour et leur coût.

>>> **La reprise des boissons** est débutée dès la SSPI. Elle permet la prise des médicaments *per os*.

>>> **L'alimentation** dès le retour en chambre comporte une collation puis, à l'heure du repas suivant ce retour, un repas "normal" adapté aux besoins du *post-partum*.

>>> **Le retrait de la sonde urinaire** est théoriquement possible dès la fin de l'intervention car ce sondage n'a de nécessité que pour l'intervention. En pratique, il est effectué à la sortie de la SSPI. Cependant, l'anesthésie rachidienne rend le réflexe de miction inopérant pendant plusieurs heures. C'est pourquoi il faut limiter les apports importants de solutions hydro-électrolytiques en peropératoire pour éviter la distension vésicale, mais aussi savoir attendre la disparition de l'effet des anesthésiques locaux sur l'innervation vésicale. En règle générale, il ne faut pas espérer de miction spontanée avant 6 à 10 heures. Aussi est-il important de disposer d'un moyen de contrôle du volume vésical pour diagnostiquer la rétention urinaire. Les ultrasons permettent de mesurer ce volume. Un algorithme décisionnel est disponible dans le service des suites de couches pour poser l'indication d'un éventuel sondage vésical évacuateur.

>>> **Le premier lever** accompagné d'un soignant est réalisé à partir de H6, en respectant toutefois le repos nocturne. Il est associé à la proposition d'une miction aux toilettes. À l'issue du premier lever, on propose une toilette à la douche puis du repos au fauteuil, un changement de vêtements, la participation aux soins au nouveau-né.

Si la patiente le souhaite, elle peut se recoucher, puis ensuite se lever seule à son rythme.

>>> **Le respect de l'autonomie de la patiente** est symbolisé par la mise à disposition des médicaments, mais il se concrétise aussi dans le respect du rythme de la reprise des activités, de la libre alimentation, de l'accompagnement pour les soins au nouveau-né, du libre accueil de la famille.

>>> **L'information de la patiente** est réalisée chaque fois que c'est possible au cours de la consultation obstétricale de programmation. Cette information est reprise au cours de la consultation d'anesthésie, puis en visite pré-anesthésique. Elle est mentionnée dans le document institutionnel d'information avant césarienne. Les sages-femmes du service d'hospitalisation viennent compléter ces éléments et répondent aux interrogations de la femme et du couple. En cours d'intervention, en SSPI, les soignants réitèrent les conseils sur la gestion de l'analgésie postopératoire et précisent le déroulement des suites immédiates.

Les obstacles

On peut les classer par l'importance des difficultés à les résoudre.

>>> **La dispensation des médicaments,** ici antalgiques, peut apparaître comme un obstacle insurmontable. La pratique de nombreux établissements consiste en la distribution à heures fixes des médicaments qui permet dans le même temps de tracer leur administration. Pour les prescriptions à la demande ou de secours, le patient devient tributaire de la disponibilité des soignants. La qualité de l'analgésie devient dépendante de la capacité du service à respecter les horaires. La construction d'un programme de réhabilitation peut se heurter à l'impossibilité de faire bouger ces pratiques, renforcées parfois par des oppositions de la part de l'encadrement ou des structures en charge de la conformité à des standards, ou par des référentiels parfois mal interprétés ou obsolètes. La possibilité de mettre à disposition, en cas de besoin, un comprimé de morphine peut ainsi devenir un *casus belli*.

Une concertation à l'intérieur de l'établissement est incontournable. Elle peut s'appuyer sur les expériences d'autres établissements, mais aussi sur la lecture "moderne" des référentiels, par exemple celui de la certification V2014. Concernant la prise en charge médicamenteuse, le critère 20 a. bis prévoit la stratégie ("les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont assurés", "les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée"), mais aussi sa réalisation ("la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée"), ainsi que son évaluation ("un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration") [10].

Le comité *ad hoc* de l'établissement (commission du médicament et dispositifs médicaux de santé) est aidant pour mettre en harmonie les principes de sécurisation et de traçabilité des médicaments et les objectifs d'autonomisation des patients. Des conditions visant à s'assurer de l'information du patient, de sa capacité à être autonome dans les prises médicamenteuses, mais aussi de la mise en place des moyens matériels de sécurisation (pilulier, ordonnance, emplacement pour le rangement du pilulier dans la chambre) et, bien sûr, de traçabilité *a posteriori* sont en contrepartie demandées par ce comité. Le comité peut aller chercher une validation de la démarche auprès de l'Agence régionale de santé (ARS), qui, selon notre expérience, s'est montrée favorable, à titre d'expérimentation, à la mise en place de piluliers pour 24 heures comportant un comprimé de morphine comme antalgique de secours.

>>> **La culture de la prise en charge de la douleur** est à travailler avant de se lancer dans la démarche. En effet, des cultures d'établissement peuvent se construire sur des habitudes et "contaminer" tout le personnel soignant, condamnant la réussite du projet parce que, si la patiente est douloureuse, elle ne se lèvera pas rapidement ! Pour exemple, parmi les idées reçues à combattre : "les AINS sont nocifs pour l'allaitement car ils empêchent la montée laiteuse", "il faut prendre le moins de médicaments possible quand on allaite", "la césarienne est une intervention moyennement douloureuse", "il ne faut pas administrer de morphine périmédullaire car elle provoque des nausées", "la voie intraveineuse procure une meilleure analgésie". Des formations sur la prise en charge et l'évaluation de la douleur permettent de reconstruire un socle de connaissances partagé par tous les soignants au contact de la femme et de son nouveau-né, sans en oublier aucun. La validation du protocole antalgique par le CLUD (Comité de lutte contre la douleur) est un gage de succès.

>>> **Le changement de l'organisation des soins** peut être source d'anxiété pour le personnel soignant. En effet, on déplace la charge de soins au jour de la césarienne. Là où le premier lever était réalisé le lendemain matin, à l'heure qui arrangeait le fonctionnement de l'équipe soignante, avec le retrait de la sonde urinaire et le passage aux antalgiques par voie orale, on déplace ces soins à l'après-midi suivant la césarienne à une heure précise. Pour vaincre ces réticences, il faut convaincre qu'il s'agit là d'une stratégie gagnante pour l'équipe, la patiente et son bébé. À terme, la charge en soins est réduite grâce à la réduction des préparations

d'antalgiques intraveineux, des appels pour analgésie insuffisante et à l'autonomie de la patiente.

Des patientes tests peuvent constituer pour l'équipe – à condition qu'elle soit accompagnée par les promoteurs du changement – une démonstration du bien-fondé et du réalisme de la démarche. Les résultats sont, en effet, parfois bluffants avec, par exemple, une réelle difficulté à identifier la patiente au sein de la réunion familiale qui s'est constituée dans la chambre autour du nouveau-né à peine 8 heures après sa naissance ! Mais il faut aussi respecter les conditions de travail en même temps que le repos de la patiente en n'imposant pas un premier lever à minuit quand la césarienne a eu lieu à 18 heures ! Ainsi, dans notre pratique, après avoir entendu ces difficultés, nous avons admis avec les soignants que, pour les femmes dont le premier lever était théoriquement possible entre 22 heures et 6 heures du matin, on pouvait le différer au petit matin après le petit déjeuner et la prise d'antalgiques.

>>> **Le risque de rétention urinaire** est à l'origine des réticences à l'ablation précoce de la sonde urinaire. La surveillance de la miction et du volume vésical est un élément du programme à organiser. Il faut vérifier que la patiente urine spontanément dans un délai défini. Si ce n'est pas le cas, il faut évaluer le volume vésical et définir une stratégie selon le volume mesuré, sondage urinaire ou expectative. Dans notre expérience, nous l'avions fixé initialement à 6 heures après la rachianesthésie et il y avait de très nombreux sondages évacuateurs (> 50 %). Nous avons décidé de reporter ce délai à 10 heures après la rachianesthésie et nous avons vu le nombre de sondages évacuateurs diminuer considérablement. Cependant, il y a lieu de réfléchir à l'organisation des soins, en particulier de nuit, et au second impératif qui est le respect du repos de la patiente. Faire lever une patiente à 2 heures du matin pour aller aux toilettes, puis éventuellement contrôler son volume vésical ne paraît pas raisonnable.

Pour respecter toutes ces contraintes, on peut proposer le retrait de la sonde urinaire pour les sorties de SSPI entre 3 heures et 16 heures Dans les autres cas, la sonde urinaire est ôtée au petit matin. On peut mettre en place un programme d'assurance qualité pour vérifier qu'il n'y a pas de dérive vers des sondages prolongés.

>>> **Le changement dans la relation de soins** est à accompagner car, d'objet de soins, la patiente devient actrice de ses soins. L'accompagnement et l'éducation deviennent la mission essentielle des soignants. L'action principale est de conseiller, assister, vérifier que tout se passe bien. On ne lève plus l'accouchée, on ne lui fait plus sa toilette, elle se lève et fait sa toilette. De fait, la charge en soins va diminuer.

>>> **La réalimentation précoce,** dès le retour en chambre, se heurte à la culture des programmes de réalimentation progressive, qui était la règle même pour des chirurgies non digestives. Ces programmes sont parfois présents dans les logiciels de commande des repas, commande faite le plus souvent par du personnel peu impliqué dans les soins. La mise en place du programme de réhabilitation précoce permet de découvrir que les patientes sont parfois réalimentées sur 3 jours et se plaignent d'avoir faim alors qu'elles allaitent ! Aussi faut-il impliquer les diététiciennes de l'établissement et le personnel chargé de la commande des repas pour cet aspect du programme.

Conclusion

La mise en place d'un programme de réhabilitation précoce après césarienne est un travail collectif passionnant. Il demande un investissement important de la part des porteurs de projet au départ, qui sont payés de leurs efforts en constatant que, très vite, le retour en arrière serait inconcevable. Les soignants vont demander une extension à toutes les césariennes, même réalisées sur un mode non programmé.

Bibliographie

1. Beaussier M, Jaber S, Sebbane M *et al.* Réhabilitation postopératoire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Anesthésie Réanimation*, 36-398-A-10, 2010.
2. Note de cadrage HAS. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_de_cadrage__programme_rehabilitation_rapide.pdf
3. Marx C, Rasmussen M, Jakobsen DH *et al.* The effect of accelerated rehabilitation on recovery after surgery for ovarian malignancy. *Acta Obstet Gynecol Scand,* 2006;85:488-492.
4. Roman S, Mion F. Données fondamentales sur la physiologie de la motricité digestive. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Gastro-entérologie*, 9-000-A-10, 2009.
5. Collège National de Gynécologie Obstétrique Français. Recommandations pour la Pratique Clinique. Hémorragies du post-partum 2014. http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf
6. Société Française d'Anesthésie et Réanimation. RFE Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant. *Ann Fr Anesth Réanim,* 2008;27;1035-1041.
7. Wyniecki A, Raucoules-Aimé M, de Montblanc J *et al.* Réhabilitation précoce après césarienne programmée : enquête de pratique auprès des maternités des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France. *Ann Fr Anesth Réa,* 2013;32:149-156.
8. Jacques V, Vial F, Lerintiu M *et al.* Réhabilitation périopératoire des césariennes programmées non compliquées en France : enquête de pratique nationale. *Ann Fr Anesth Réa,* 2013;32:142-148.
9. Wrench IJ, Allison A, Galimberti A *et al.* Introduction of enhanced recovery for elective cesarean section enabling next day discharge: a tertiary centre experience. *Int J Obstet Anesth,* 2015;24:124-30.
10. HAS Manuel de certification V2014 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.