



HAL
open science

**Pertinence des césariennes programmées à terme :
enquête sur deux mois dans le Réseau Périnatal
Alpes-Isère**

Fadia Bensaadi

► **To cite this version:**

Fadia Bensaadi. Pertinence des césariennes programmées à terme : enquête sur deux mois dans le Réseau Périnatal Alpes-Isère. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01025723

HAL Id: dumas-01025723

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025723>

Submitted on 18 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Pertinence des césariennes programmées à
terme : enquête sur deux mois dans le Réseau
Périnatal Alpes-Isère**

Mémoire soutenu le 16 juin 2014

Par BENSAADI Fadia

Née le 22.01.1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2014

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

- **Docteur Véronique Equy**, PH en gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble et présidente du jury.

- **Docteur Emmanuel Eyriey**, Gynécologue-Obstétricien au Groupe Hospitalier Mutualiste.

- **Madame Nadine Vassort**, Sage-Femme Cadre Supérieur Enseignante à l'école de Sages-Femmes de Grenoble.

- **Madame Claire Baudon**, Sage-Femme Enseignante à l'école de Sages-Femmes de Grenoble.

- **Madame Curto**, Sage-Femme au Centre Hospitalier de Romans-sur-Isère.

Je remercie plus particulièrement :

- **Madame Claudine Martin**, Sage-Femme coordinatrice du Réseau Alpes-Isère et directrice de ce mémoire ;

Pour son écoute, son expertise et son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire.

- **Madame Claire Baudon**, Sage-Femme enseignante à l'école de Sages-Femmes de Grenoble et guidante de ce mémoire ;

Pour son aide, ses conseils et sa disponibilité.

- **Madame Fourny**, statisticienne au Département de Veille Sanitaire au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble ;

Pour ses conseils avisés et son expertise.

- **Mesdames les sages-femmes cadres des maternités du RPAI**, qui sont Mme DUJOURDIL (Clinique des Cèdres), Mme BUCHET (Clinique Belledonne), Mme REGAL (Centre Hospitalier de Voiron), Mme LICINA (Groupe Hospitalier Mutualiste) et Mme Jeannin (Hôpital Couple-Enfant) ;

Pour leur aide, leur accueil et leur collaboration.

- **Les membres du comité d'experts du RPAI**, qui sont le Docteur MORIN et Mme GOYOT (Clinique des Cèdres), le Docteur CANONICA et Mme BUCHET (Clinique Belledonne), le Docteur LAZZARON et Mme GONZALEZ (Centre Hospitalier de Voiron), le Docteur IOAN, le Docteur GUIDAL et M DUPRE (Clinique Mutualiste), le Docteur EQUY et Mme JEANNIN (Hôpital Couple-Enfant) ;

Pour leur participation à cette étude.

- **Madame Sophie Jourdan**, Sage-Femme Cadre enseignante à l'école de Sages-Femmes de Grenoble et référente de la promotion 2010-2014 ;

Pour son accompagnement durant ces quatre années à l'école de sages-femmes

- **Madame Chantal Seguin**, directrice de l'école de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine de Grenoble ;

Pour son soutien et ses encouragements durant notre formation.

Je remercie également :

- **Mes parents,**

Pour leur exigence, leur patience et leur soutien.

- **Ma sœur Manel,**

Pour sa présence.

- **L'ensemble de ma promotion, et plus particulièrement Maud, Nais et Fayçal,**

Pour ces quatre belles années passées ensemble.

- **Thomas,**

Pour son soutien.

Table des matières

I. <u>INTRODUCTION</u>	page 2
1. Contexte	page 2
2. Définition et recommandations	page 2
3. Appel à candidatures et RPAI	page 3
4. Objectifs et finalités de l'étude	page 4
II. <u>POPULATION ET METHODE</u>	page 5
1. Recommandations de l'HAS	page 5
2. Type et site d'étude	page 7
3. Population, critères d'inclusion et d'exclusion	page 7
4. Recueil de données	page 7
5. Méthodologie des revues de pertinence	page 8
6. Critères de jugements	page 9
7. Analyse statistique	page 9
III. <u>RESULTATS</u>	page 9
1. Diagramme d'inclusion	page 10
2. Description de la population	page 11
3. Critères de conformité	page 13
4. Description des complications immédiates	page 18
IV. <u>DISCUSSION</u>	page 19
1. Biais et limites	page 19
2. Méthodologie	page 19
3. Population	page 21
4. Critères de conformité	page 22
5. Complications immédiates	page 25
6. Axes d'améliorations	page 25
V. <u>CONCLUSION</u>	page 28
<u>Bibliographie</u>	page 30
<u>Annexe</u>	page 32

ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPAI : Réseau Périnatal Alpes-Isère

HAS : Haute Autorité de Santé

CPAT : Césarienne Programmée A Terme

SA : Semaine d' Aménorrhée

DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHC : Virus de l'Hépatite C

EPF : Estimation de Poids Foetal

VPME : Version Par Manœuvre Interne

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

ENP : Enquête Nationale Périnatale.

I. Introduction

1. Contexte

Au cours des 20 dernières années, le taux de césariennes a augmenté dans de nombreux pays industrialisés, bien au-delà du seuil jugé maximal de 15% par l’OMS (1). En France, en 2011, le taux de césariennes à terme était de 18,6% et les césariennes programmées constituaient 7,3% des accouchements (2). Cette augmentation est expliquée par une modification des caractéristiques maternelles, notamment un âge de plus en plus avancé, des caractéristiques des maternités et des différences de pratiques médicales (3). Une hétérogénéité des pratiques a d’ailleurs été révélée par différentes enquêtes nationales (3) et européennes (4). Les facteurs favorisant les plus fréquents sont un antécédent de césarienne (65 % d’accouchement par césarienne programmée), les grossesses gémellaires (55 % d’accouchement par césarienne), ainsi que les présentations dystociques et l’antécédent de dystocie pour anomalie pelvienne. La morbidité la plus faible est associée à une tentative de voie basse réussie (5).

Les recommandations professionnelles dans ce domaine constituent un guide pour la pratique tout en laissant une large place à l’appréciation médicale pour juger des risques encourus dans le contexte précis de chaque accouchement. C’est sans doute la raison pour laquelle, il n’existe pas un consensus médical sur le « bon taux » de césariennes (6).

2. Définitions et recommandations

La définition de la césarienne programmée retenue par l’HAS est une césarienne dont la réalisation est planifiée à terme donc après 37 SA, non liée à une situation d’urgence, que ce soit en dehors du travail ou au cours du travail, et ceci même si la décision est tardive comme par exemple en raison d’une grossesse prolongée. Elle est recommandée à partir de 39 SA pour une grossesse mono fœtale (7).

En janvier 2012, l'HAS a édité de nouvelles recommandations concernant les indications des césariennes programmées à terme (CPAT) et l'information devant être donnée aux patientes (8) (9).

Ces recommandations définissent la conformité des CPAT selon trois critères. Tout d'abord, l'âge gestationnel doit être supérieur ou égal à 39 SA pour les grossesses mono-fœtales, en raison d'une diminution de la morbidité néonatale. Puis, l'information de la femme enceinte à propos de l'indication, du rapport bénéfices/risques, des conditions de réalisation et des complications éventuelles est recommandée et doit être tracée dans son dossier. Pour finir, l'indication doit être pertinente selon les critères validés par l'HAS.

3. Appel à candidature et RPAI

Afin d'améliorer la pertinence de la pratique des CPAT, un appel à candidatures a été lancé par la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) (10) en novembre 2012 pour trouver des établissements acceptant d'expérimenter un programme d'analyse et d'amélioration des pratiques. L'expérimentation devait s'appuyer sur des outils proposés par la HAS, avec l'appui méthodologique des réseaux de santé en périnatalité (11)

Le RPAI (Réseau Périnatal Alpes-Isère), réseau d'agglomération qui regroupe cinq maternités sur un bassin de 10 000 naissances annuelles, a proposé son soutien pour réaliser un audit clinique sur la pertinence des CPAT. Tous les établissements ont accepté de participer à cette expérimentation.

Une présentation de la fiche de recueil utilisée lors de cette étude a été présentée à l'ensemble des équipes obstétricales des maternités du RPAI, en amont de la période d'inclusion (ANNEXE 1). Sous l'hypothèse que le nombre d'accouchements soit le même en octobre et novembre 2013 que celui observé en octobre et novembre 2011, et que le taux de CPAT observé d'après les bases PMSI des établissements soit identique, il était prévu d'inclure 49 patientes dans les cinq établissements sur la période (12).

4. Objectifs et finalité de l'étude

L'objectif principal est d'évaluer la conformité des pratiques des CPAT dans le RPAI selon :

- l'âge gestationnel,
- la traçabilité de l'information dans les dossiers,
- la pertinence des indications.

L'objectif secondaire est :

- la description des complications des CPAT analysées.

La finalité de cet audit est de :

- permettre aux médecins du RPAI d'harmoniser leurs conduites à tenir quant à la programmation des césariennes en rapport avec les recommandations nationales,
- renforcer la traçabilité de l'indication de la césarienne programmée,
- renforcer la traçabilité de l'information donnée à la patiente.

II. Population et méthode

1. Recommandations de l’HAS

Une CPAT conforme selon les recommandations de l’HAS doit respecter les critères suivants :

- un terme conforme, c’est-à-dire après 39 SA,
- une information transmise à la patiente et tracée dans le dossier obstétrical,
- une indication pertinente.

Le terme et la traçabilité de l’information transmise sont des données évidentes, qui ne donnent pas lieu à discussion.

Pour analyser la conformité des indications, nous avons classé les CPAT en trois rubriques nommées B, C, et D en fonction de la conformité de leur indication, selon le texte des recommandations de l’HAS (8) :

- la « rubrique B » : les CPAT dont l’indication était pertinente selon les critères validés par l’HAS,
- la « rubrique C » : les CPAT dont l’indication était discutable au cas par cas selon les recommandations de l’HAS. Cette rubrique regroupait les CPAT pour demande maternelle ou les CPAT pertinentes en application d’un protocole de l’établissement ou du réseau,
- la « rubrique D » : les CPAT dont l’indication était non pertinente au regard des critères de la rubrique B et C.

La rubrique B, qui correspond aux indications de CPAT pertinentes d’après les recommandations de bonne pratique de l’HAS est résumée dans le tableau ci-dessous :

Indications de la rubrique B : indication pertinente de la CPAT selon les critères validés par la HAS
Utérus tricatriciel ou plus
Siège et confrontation défavorable pelvimétrie/mesurations fœtales
Siège et non coopération de la patiente
Placenta prævia recouvrant
Utérus cicatriciel avec cicatrice corporeale
Siège avec déflexion persistante de la tête fœtale
Primo-infection herpès > 35 SA
Macrosomie hors diabète et EPF \geq 5 000 g
Macrosomie avec diabète et EPF \geq 4 500 g
Macrosomie avec antécédent de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial
Infection VIH avec charge virale maternelle > 400 copies/ml
Infection VIH avec charge virale maternelle entre 50 et 400 copies/ml et cinétique virale croissante
Co-infection VIH-VHC

La rubrique C, qui correspond aux indications de CPAT non pertinentes d'emblée, mais nécessitant une discussion au cas par cas, au regard du contexte obstétrical et général est résumée ci-dessous :

- utérus bicatriciel,
- grossesse gémellaire et J1 en position podalique,
- macrosomie et utérus cicatriciel,
- césarienne sur demande maternelle.

Enfin, les CPAT dont les indications ne répondaient ni à la rubrique B, ni à la rubrique C étaient par conséquent classées dans la rubrique D.

2. Type et sites de l'étude

Il s'agit d'un audit clinique, de type prospectif, descriptif, observationnel et multicentrique réalisé au sein des cinq maternités composant le RPAI : Hôpital Couple Enfant, Clinique Belledonne, Groupe Hospitalier Mutualiste, Centre Hospitalier de Voiron et Clinique des Cèdres.

La période d'inclusion s'est étendue du premier octobre 2013 au 30 novembre 2013.

3. Population, critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été éligibles toutes les patientes ayant une CPAT et effectuée avant mise en travail, pendant la période d'inclusion, dans l'une des maternités du RPAI. Les patientes pour qui une tentative de voie basse avait été autorisée mais pour qui une césarienne a finalement été programmée à terme ont également été incluses.

Ont été exclues d'emblée les patientes pour lesquelles une césarienne avait été effectué avant 37 SA ou avant la date effective de la césarienne programmée, soit dans le cadre d'une mise en travail spontanée soit dans un contexte d'urgence.

4. Recueil de données

Dans quatre maternités, les données ont été recueillies de manière rétrospective à partir des dossiers obstétricaux par une personne extérieure à l'établissement (moi-même). Dans une maternité, le recueil a été effectué de manière rétrospective conjointement par une cadre sage-femme et par le gynécologue-obstétricien pratiquant la césarienne.

Les caractéristiques à l'inclusion ont été colligées sur une fiche de recueil (ANNEXE 1) une fois la césarienne effectuée. Les variables collectées ont concerné les principales caractéristiques maternelles, l'indication ou les indications de la CPAT, la traçabilité de l'information remise à la patiente, la discussion de cette indication lors d'une réunion pluridisciplinaire, les caractéristiques peropératoires et néonatales.

5. Méthodologie des revues de pertinence

Afin de statuer sur la conformité des indications, des revues de pertinences ont été organisées selon la méthodologie définie par l'HAS (11) avec un recueil rétrospectif sur dossiers, une fois la période d'inclusion terminée. A cet effet, un groupe d'experts volontaires issus de chacun des établissements du RPAI s'est constitué, comprenant quatre gynécologues-obstétriciens, cinq sages-femmes et un anesthésiste-réanimateur. Il s'agissait de discussions collégiales, ayant pour support les fiches de recueil anonymisées. Chaque intervenant donnait son opinion sur la pertinence de l'indication et la décision collégiale prise était notée sur chaque fiche anonymisée.

La première revue de pertinence a eu pour but de classer les CPAT répondant à la rubrique B.

La deuxième revue de pertinence a eu pour but d'exclure les CPAT effectuées dans un contexte d'urgence et de classer les CPAT dans la rubrique C ou dans la rubrique D.

Enfin, si la fiche de recueil était incomplète ou que le comité d'experts estimait avoir besoin de plus d'informations pour décider de la conformité de l'indication, un retour aux dossiers a été possible et le classement dans l'une des 3 rubriques a été effectué lors d'une troisième revue de pertinence.

6. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le pourcentage de CPAT conformes aux recommandations de l'HAS, pour l'âge gestationnel, l'indication et l'information à la patiente tracée dans les dossiers.

Les critères de jugements secondaires sont :

- le pourcentage de patientes ayant plus de 500 ml de pertes sanguines lors de la césarienne,
- le pourcentage de complications peropératoires,
- le pourcentage de transfert en néonatalogie pour les nouveau-nés issus des CPAT analysées,
- le pourcentage d'Apgar < 7 après cinq minutes de vie,
- le pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié d'une réanimation néonatale,
- le pourcentage de détresse respiratoire néonatale.

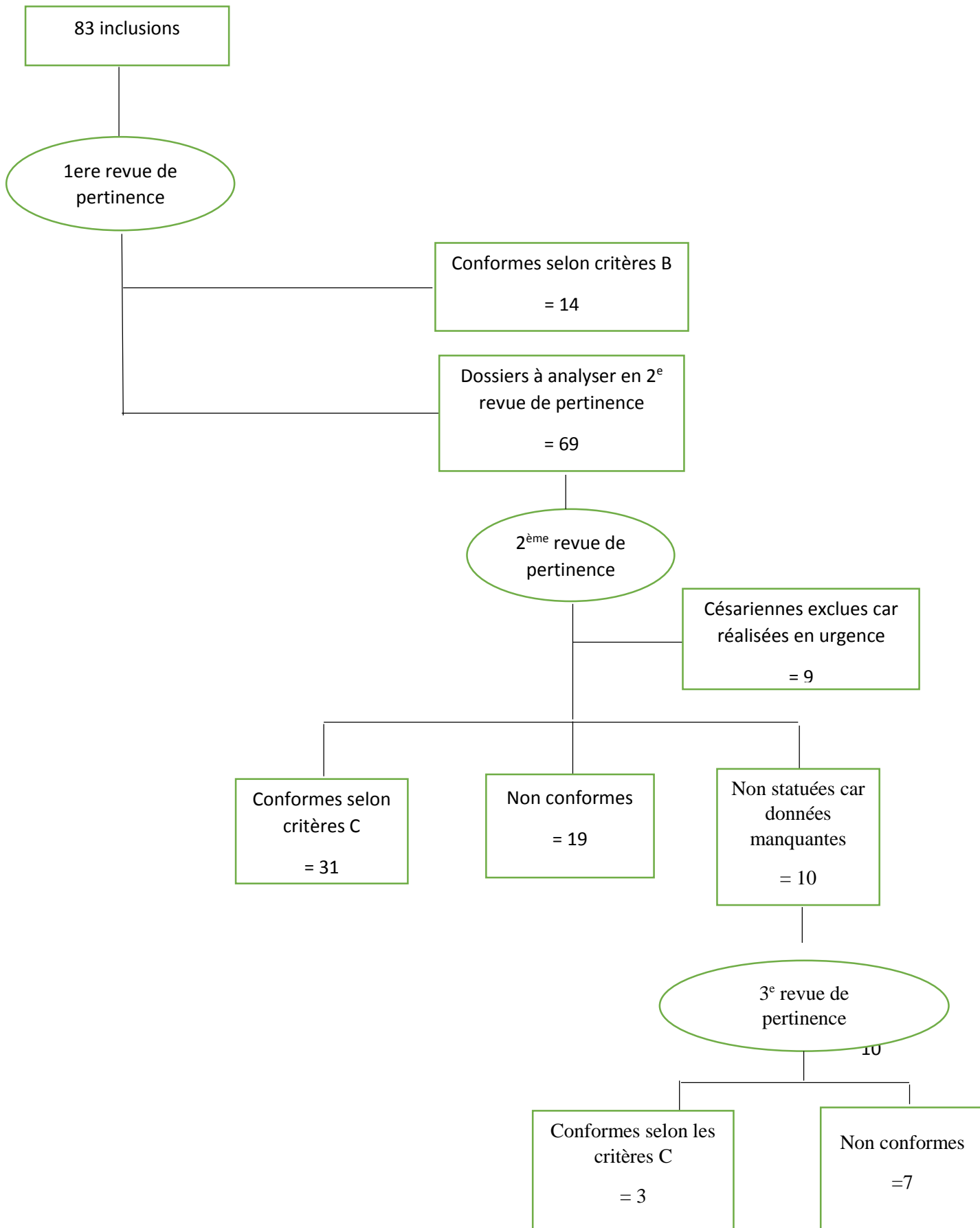
7. Analyse statistique

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés grâce au logiciel Stview.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les proportions. Les variables quantitatives ont été décrites par les moyennes et les écarts-types.

III. Résultats

1. Diagramme d'inclusion



Après clôture des inclusions, trois revues de pertinence ont été effectuées dans le but d'analyser la pertinence des indications des CPAT. La conformité de l'âge gestationnel auquel a été effectué la CPAT et l'information à la patiente tracée dans le dossier n'ont pas nécessité de revue de pertinence.

La première revue de pertinence a été effectuée par Claudine Martin, sage-femme coordinatrice du RPAI et moi-même afin de classer les CPAT en deux groupes :

1/ CPAT dont l'indication correspondait aux critères B de l'HAS, conforme d'emblée,

2/ CPAT dont l'indication était à priori non conforme ou à discuter au cas par cas, selon l'HAS, et nécessitant donc une deuxième revue de pertinence par le groupe d'experts.

A la suite de la deuxième revue de pertinence, neuf CPAT ont été exclues de l'étude à posteriori car réalisées dans un contexte d'urgence, 31 CPAT ont été jugées conformes selon les critères C de l'HAS, 19 CPAT ont été jugées non conformes. Pour 10 CPAT, les données recueillies étaient insuffisantes pour statuer sur la conformité de l'indication.

Par conséquent, un retour aux dossiers a été nécessaire et les informations récoltées ont permis de statuer la conformité de ces 10 CPAT, lors d'une troisième revue de pertinence.

2. Description de la population

Entre le premier octobre et le 30 novembre 2013, 83 patientes ont été incluses. Parmi celles-ci, neuf ont été exclues par le comité d'experts car elles avaient été effectuées dans un contexte d'urgence, plus ou moins grave. La population analysée était donc de 74 patientes et 76 nouveau-nés. Les caractéristiques de cette population ont été décrites par le tableau I :

Tableau I : Caractéristiques maternelles

	N = 74
Age : moyenne (écart-type)	32.5 (5.5)
Primiparité : n (%)	21 (28.4)
Multiparité : n (%)	53 (71.6)
Utérus cicatriciel : n (%)	46 (62.2)
• Unicatriciel	26 (35.1)
• Bicatriciel	13 (17.6)
• Tricatriciel	3 (4.1)
• Quadri cicatriciel	1 (1.4)
• Autre cicatrice	3 (4.1)
Grossesse gémellaire : n (%)	2 (2.7)
Grossesse induite : n (%)	7 (9.7)
<i>2 données manquantes</i>	
Diabète, n (%)	9 (12.2)
• Diabète gestationnel sous régime seul	5 (6.8)
• Diabète gestationnel insulino-réquerant	2 (2.7)
• Diabète insulino-réquerant, de type II	1 (1.4)
• Diabète insulino-dépendant, de type I	1 (1.4)

L'âge moyen des patientes incluses était de 32 ans. 28.4% des patientes étaient des primipares et 62.2 % étaient porteuses d'au moins une cicatrice utérine. Nous avons inclus deux patientes ayant une grossesse gémellaire, de type bi-choriale bi-amniotique et sept patientes ont bénéficié d'une aide médicale à la procréation. 12% des patientes incluses souffraient de diabète, pour la moitié d'entre elles, il s'agissait d'un diabète gestationnel sous simple régime.

Le taux de présentation podalique chez les singletons inclus était de 19.7%. Nous avons retrouvé la trace d'une proposition de Version Par Manœuvre Externe (VPME) dans le dossier obstétrical dans 42.9% des cas.

Le poids moyen des nouveau-nés inclus était de 3288 g.

3. Critères de conformité

L'analyse de la conformité des CPAT s'est faite par l'étude de trois critères. Environ un quart des CPAT incluses étaient conformes aux trois critères.

a) Le terme

50% des CPAT sont conformes pour le terme.

Parmi les CPAT effectuées avant 39 SA, on retrouve deux nouveau-nés présentant une détresse respiratoire, dont un nouveau-né eutrophe né d'une mère souffrant d'un diabète gestationnel sous insuline.

b) La traçabilité de l'information

Pour 44.6% des dossiers inclus, nous avons retrouvé une traçabilité de l'information remise, soit sous forme écrite (consentement signé par la patiente), soit sous forme orale (retranscription de l'information donnée au moment d'une consultation).

Ce taux était égal à 100% dans le cas de césarienne sur demande maternelle.

c) L'indication

Les indications de 64.9% des CPAT incluses ont été jugées pertinentes après les trois revues de pertinence, comme détaillé dans le tableau II. Les césariennes sur demande maternelle, sans aucun motif médical, correspondent à 5.4% de notre population.

Tableau II : Classement des CPAT selon leur indication

	N = 74
Indications conformes selon les critères de la rubrique B : n (%)	14 (18.9)
Indications conformes après discussion au cas par cas selon les critères de la rubrique C : n (%)	34 (45.9)
Indications non conformes selon les critères de la rubrique D : n (%)	26 (35.1)

Parmi les CPAT classées dans la rubrique B, on retrouve trois CPAT ayant pour indication un antécédent d'au moins trois césariennes. 14.2% des CPAT de cette rubrique avaient comme indication la présence d'un placenta prævia.

Tableau III : Description des indications des CPAT de la rubrique B

	N = 14
Utérus tricicatriciel ou plus : n (%)	3 (21.4)
Siège et confrontation défavorable pelvimétrie/mensurations fœtales : n (%)	3 (21.4)
Utérus cicatriciel avec cicatrice corporeale : n (%)	3 (21.4)
Siège et non coopération de la patiente : n (%)	2 (14.2)
Placenta prævia : n (%)	2 (14.2)
Infection VIH avec charge virale maternelle > 400 copies/ml : n (%)	1 (7.1)

Suite aux deux revues de pertinence du comité d'experts du RPAI, 34 CPAT ont été classées dans la rubrique C. Près de 30% des CPAT de cette rubrique avaient pour indication un antécédent de deux césariennes. Sept CPAT ont eu pour indication un antécédent de césarienne et un refus de la patiente d'une tentative de voie basse (TAVB). Cette rubrique est constituée de CPAT avec l'association de deux indications comme une présentation podalique et une anomalie placentaire, un antécédent de césarienne et un diabète avec un retentissement fœtal ou une fistule recto-vaginale. On retrouve aussi des indications plus rares comme un antécédent de névralgie pudendale ou un bassin chirurgical, jugées par le comité d'experts comme étant des indications conformes pour effectuer une CPAT.

Tableau IV : Description des indications des CPAT de la rubrique C

	N = 34
Utérus bicatriciel : n (%)	10 (29.4)
Utérus unicatriciel et refus TAVB par la patiente : n (%)	7 (20.6)
Utérus unicatriciel et diabète déséquilibré avec retentissement fœtal : n (%)	2 (5.9)
Anomalie placentaire n'autorisant pas la voie basse : n (%)	2 (5.9)
Siège et anomalie placentaire n'autorisant pas la voie basse : n (%)	1 (2.9)
Antécédent de névralgie pudendale : n (%)	1 (2.9)
Utérus bicatriciel et diabète déséquilibré avec retentissement fœtal : n (%)	1 (2.9)
Grossesse gémellaire et J1 siège : n (%)	1 (2.9)
Utérus bicatriciel et siège : n (%)	1 (2.9)
Utérus unicatriciel et anomalie placentaire n'autorisant pas la voie basse : n (%)	1 (2.9)

Utérus unicatriciel et surveillance grossesse prolongée effectuée : n (%)	1 (2.9)
Utérus unicatriciel et fistule recto vaginale : n (%)	1 (2.9)
Bassin chirurgical : n (%)	1 (2.9)
Siège et RCIU : n (%)	1 (2.9)
Macrosomie suspectée et double antécédent de dystocie des épaules : n (%)	1 (2.9)
Utérus unicatriciel et biométries > 97 ^e percentile à 36 SA : n (%)	1 (2.9)
Antécédent de cicatrice corporeale : n (%)	1 (2.9)

Suite aux deux revues de pertinences du comité d'experts du RPAI, 26 CPAT ont été classées dans la rubrique D, c'est-à-dire que les indications n'étaient pas conformes aux recommandations de l'HAS. La seule indication pour 23.1% des CPAT était un antécédent de césarienne. On retrouve également l'absence de surveillance de grossesse prolongée jusqu'à 41+5 jours comme recommandé pour cinq patientes, alors que pour trois d'entre elles, l'indication de CPAT retenue était l'antécédent de césarienne et pour les deux autres, la présentation podalique du fœtus. On note la présence dans cette catégorie de deux césariennes sur demande, sans indications médicales et jugées non conformes devant l'absence de traçabilité d'un deuxième avis obstétrical. Enfin, on retrouve aussi des indications plus rares comme un antécédent de poliomyélite sans exploration du bassin ainsi qu'une patiente ayant un col multicatriciel et un fœtus en présentation podalique, jugées non conformes par le comité d'experts.

Tableau V : Description des indications des CPAT de la rubrique D

	N = 26
Utérus unicatriciel : n (%)	6 (23.1)
Utérus unicatriciel et surveillance grossesse prolongée non effectuée : n (%)	3 (11.5)
Epreuve du travail non effectuée : n (%)	3 (11.5)
Siège seul : n (%)	2 (7.7)
Siège et surveillance grossesse prolongée non proposée : n (%)	2 (7.7)
Demande maternelle, sans indications médicales ni 2 ^e avis obstétrical tracé : n (%)	2 (7.7)
Antécédent de chirurgie du rachis : n (%)	1 (3.8)
Grossesse gémellaire et J1 céphalique : n (%)	1 (3.8)
Utérus unicatriciel et siège : n (%)	1 (3.8)
Macrosomie suspectée et indice de Magnin = 22 : n (%)	1 (3.8)
Utérus unicatriciel et épreuve utérine non effectuée : n (%)	1 (3.8)
Poliomyélite et bassin non exploré : n (%)	1 (3.8)
Antécédent de myomectomie sans ouverture de la cavité utérine : n (%)	1 (3.8)
Siège et col multicatriciel : n (%)	1 (3.8)

4. Description des complications immédiates

Parmi les 74 CPAT incluses, six ont été suivies de complications peropératoires immédiates, de type hémorragie de la délivrance, soit 8.1% des patientes. Les pertes sanguines ont été estimées supérieures ou égales à 1000 ml dans les deux tiers des cas, et deux patientes ont nécessité une reprise chirurgicale.

Parmi les 76 nouveau-nés inclus, aucun n'a présenté un score d'Apgar inférieur à sept à cinq minutes de vie et tous les pH artériels réalisés (12 données manquantes) étaient strictement supérieurs à 7.15. Quatre cas de détresses respiratoires immédiates ont été diagnostiqués, les trois quart d'entre elles ont été traités par ventilation artificielle.

Aucun nouveau-né n'a été transféré en service de néonatalogie dans les suites immédiates de la naissance (une donnée manquante).

IV. DISCUSSION

1. Biais et limites

Durant notre étude, le recueil de données n'a pas été effectué par la même personne dans les cinq établissements participants par un défaut d'autorisation d'accès aux dossiers, par conséquent il existe un biais d'évaluation. Néanmoins, ce biais a été neutralisé par la possibilité d'un retour aux dossiers, en cas d'informations incomplètes ou manquantes, dans toutes les maternités participantes.

Notre étude est une étude de prévalence sur deux mois. Cela constitue une courte période d'inclusion et nos résultats auraient été sans doute plus représentatifs sur une période plus longue.

2. Méthodologie

Il y a eu une sous-estimation du nombre de CPAT à inclure. L'hypothèse de 50 CPAT à inclure avait été posée sur la base de 6.6% des effectifs des accouchements à terme effectués en octobre et novembre 2011 (fichier PMSI disponible en décembre 2012). A posteriori, une hypothèse plus réaliste aurait été d'extrapoler sur deux mois l'effectif annuel des CPAT réalisées en 2011. Selon sur les chiffres du PMSI, en 2011, le nombre de naissances à terme était de 9114 et le taux de CPAT était de 6.6%, soit 604 CPAT. Nous ne connaissons pas encore le taux de naissances à terme pour l'année 2013, il est par conséquent difficile de connaître le taux de CPAT et de le comparer à l'année 2011.

Au cours de la deuxième revue de pertinence, le comité d'experts a exclu neuf dossiers du fait des pathologies gravidiques surajoutées aux indications initiales de CPAT. Durant la période d'inclusion, ces césariennes ont été considérées comme programmées, car une indication de CPAT avait été posée. Toutefois, la survenue de pathologies gravidiques a justifié la réalisation de la

césarienne avant la date prévue et a donc conduit à exclure a posteriori ces 9 césariennes. Ces pathologies gravidiques conduisant à réaliser la césarienne en urgence étaient : l'apparition d'une cholestase gravidique ou d'une pré-éclampsie, des métrorragies dans un contexte de placenta prævia, un oligoamnios accompagné ou non d'un RCIU, des anomalies du rythme cardiaque fœtal et une baisse des mouvements actifs fœtaux.

La conformité des indications des CPAT a été évaluée par un groupe d'experts dans le cadre de revues de pertinence. Ces experts, membres du Comité Scientifique du RPAI, sont chargés d'évaluer la conformité de la prise en charge par les équipes des événements indésirables graves déclarés dans le réseau et de proposer en réunion de morbidité mortalité les dossiers les plus « pédagogiques ». Ce comité d'experts volontaires était composé de dix praticiens en activité, gynéco-obstétriciens, anesthésistes et sages-femmes issus des cinq maternités participantes à l'étude.

Au sein de notre réseau, l'implication de professionnels de santé en exercice dans cette démarche d'évaluation des pratiques constitue un moteur pour l'amélioration des pratiques au sein de chaque maternité.

Deux autres réseaux de périnatalité en France ont utilisé la technique de la revue de pertinence pour évaluer les pratiques en matière de CPAT, il s'agissait du réseau d'Aquitaine (13) et du réseau d'Auvergne (14). Dans le réseau d'Aquitaine, une seule maternité a fait l'objet d'un audit suivi d'une revue de pertinence, il s'agissait de la maternité de la Bagatelle, niveau un de type ESPIC. Les fiches de recueil étaient remplies par le gynécologue-obstétricien pratiquant la CPAT, il devait juger de la pertinence ou pas de l'indication et les indications jugées non pertinentes étaient débattues par un binôme formé d'un gynécologue-obstétricien et d'une sage-femme en activité pour savoir si l'indication était justifiée ou non. En Auvergne, les inclusions n'ont concerné que les nullipares, primipares et patientes pour lesquelles la présentation fœtale n'était pas podalique. Le recueil de données était effectué par un gynécologue-obstétricien extérieur à la maternité. Les CPAT étaient ensuite classées en fonction de leur pertinence vis-à-vis des recommandations, puis les CPAT pour lesquelles l'indication n'était pas pertinente, étaient

étudiées par le comité d'experts. Il était formé de plusieurs gynécologues-obstétriciens sénior exerçant dans les maternités incluses, ainsi que du gynécologue-obstétricien sénior, coordonnateur du réseau. Du fait d'une population non comparable à la nôtre, nous n'utiliserons pas les résultats de cette étude.

D'autres réseaux ont choisi l'audit clinique, c'est le cas du pays de Loire, de l'Ile de France Sud et du réseau de la région PACA Corse (15). La période d'inclusion était de deux à six mois et le recueil était le plus souvent fait par le gynécologue-obstétricien réalisant la CPAT. Le taux de participation de maternités allait de 90% à 35%.

3. Population

L'âge moyen des patientes était de 32.5 ans. C'est plus élevé que la moyenne d'âge trouvée par l'enquête nationale de périnatalité de 2010 qui était de 29.7 ans (5). L'audit clinique du pays de la Loire, retrouve un âge moyen de 31.8 ans.

Les primipares représentent 28.4% de notre population, c'est deux fois plus que dans le réseau du pays de Loire mais identique au réseau PACA Corse.

Nous avons retrouvé 62.2% de femmes porteuses d'au moins une cicatrice à l'utérus dans notre réseau ; ce taux est de 67% en Ile de France Sud. Le taux de femmes porteuses d'un utérus bicatriciel est de 17.6% dans notre réseau, de 15.8% au pays de Loire et nettement plus bas en Ile de France, où il est de 10.8%.

Les grossesses gémellaires correspondaient à 2.7% de notre population ; notre taux se trouve entre celui du pays de Loire (0.4%) et celui de l'Ile de France Sud (5.8%).

Le taux de grossesse induite était de 9.7% dans notre réseau, nous n'avons malheureusement pas pu le comparer à d'autres réseaux, puisque cette donnée n'était pas saisie au moment de l'inclusion des patientes. Mais il est plus élevé que le taux retrouvé lors de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2010 qui était de 5.6% (5).

La prévalence du diabète gestationnel dans notre population est de 9.5%, soit plus élevée que la prévalence nationale estimée à 7.2% (5). Cet écart peut s'expliquer du fait que notre population est en moyenne plus âgée que la population générale. Aucune comparaison avec d'autres réseaux n'est possible, puisque cette information n'était pas relevée.

Près d'un fœtus sur cinq inclus était en présentation podalique, alors que la prévalence de cette présentation, selon l'ENP de 2010 était de 4.7% (5). Au sein de notre réseau, 13.3% des patientes ayant un fœtus en position podalique ont refusé une tentative de voie basse ; ce taux un peu plus élevé que dans le réseau de pays de Loire avec (9.1%) et en Ile de France Sud (11.5%). Dans notre réseau, près de la moitié des patientes ayant un fœtus en position podalique se sont vues proposer une VPME (42.9%) et ce taux est identique à celui du réseau d'Ile de France Sud (45.4%).

Au regard de ces chiffres, les populations nous semblent globalement comparables, malgré les quelques différences de critères relevés ou non lors de l'inclusion.

4. Conformité

a) Traçabilité de l'information

Tout d'abord, nous avons pu constater que l'information donnée à la patiente et tracée dans son dossier était un critère peu respecté. En effet, nous avons retrouvé une trace d'un consentement écrit ou d'une phrase dans le dossier de la patiente mentionnant une explication donnée et/ou un consentement oral, dans 44.6% des dossiers analysés. Cependant, ce taux reste plus élevé que dans les autres réseaux comparés : 20% en Ile de France Sud, 34% au pays de Loire et 42.3% en PACA Corse. Mais il existe des disparités selon l'indication de la CPAT ; en effet, pour une CPAT ayant pour indication un utérus cicatriciel, le pourcentage d'information tracée est de 44.7%, alors qu'il est de 33.3% pour les CPAT pour présentation podalique et de 100% lors d'une césarienne effectuée sur demande maternelle. De la même manière, ce taux est égal à 91% dans le réseau du pays de Loire. La traçabilité de l'information prend donc ici toute son importance car elle a une valeur médico-légale, en cas d'événements indésirables lors de l'intervention ou dans ses suites.

Nous nous sommes demandés si ce taux de traçabilité était lié au fait que les dossiers obstétricaux étaient informatisés. Cependant, un dossier obstétrical informatisé est utilisé dans chacune des maternités incluses et nous avons retrouvé un taux de traçabilité égale à 100% dans l'une versus 0% dans une autre maternité. Par conséquent, l'outil informatique ne doit pas être considéré comme la cause de la non-traçabilité.

L'HAS recommande l'information à la patiente et la traçabilité sur le dossier, or nous n'avons pu quantifier uniquement la traçabilité. Il faudrait pour cela faire un audit de pratiques en assistant aux consultations durant lesquelles la décision de voie d'accouchement est posée, afin de savoir si une information complète et compréhensible est donnée à la patiente.

b) Terme

La conformité du terme a été respectée pour la moitié des CPAT analysées. C'est plus que dans le réseau PACA Corse, où ce taux n'atteint que 30%. Le motif de programmation avant 39 SA n'était pas précisé dans le dossier obstétrical dans 70.3% des cas. Le terme de 39 SA retenu par l'HAS est justifié par l'augmentation de la morbidité néonatale en cas de naissance avant ce terme. Or parmi les quatre nouveau-nés ayant présenté une détresse respiratoire, deux sont nés avant 39 SA et ont bénéficié d'une ventilation à la naissance. Toutefois, aucun des nouveau-nés de notre population n'a nécessité de transfert en unité de néonatalogie dans le post-partum immédiat. Cependant nous ne savons pas si des transferts plus tardifs ont été effectués dans les suites. Dans le cas où la CPAT est réalisée avant 39 SA, certains auteurs préconisent une cure de corticothérapie anténatale en prévention des détresses respiratoires (16). Nous retrouvons près de 45% des CPAT analysées réalisées entre 38 SA et 38 SA et six jours. Ceci peut s'expliquer par le fait que notre période d'inclusion contenait les congés de la Toussaint et cela a peut être conduit à des CPAT avancés de quelques jours pour que la CPAT soit effectuée par l'obstétricien ayant suivi la grossesse. Enfin, huit CPAT analysées ont été effectuées après 41 SA ; il s'agissait de patientes ayant eu l'accord pour un accouchement par voie basse durant la grossesse, mais qui ne pouvaient être déclenchées. Cela a concerné cinq patientes ayant un utérus cicatriciel, deux patientes ayant

un fœtus en position podalique, une patiente ayant une cicatrice corporelle et une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel refusant la tentative de voie basse.

c) Indication

On retrouve 29.4% de patientes porteuses d'un utérus bicatriciel. Bien que l'HAS recommande une discussion au cas par cas quant au choix de la voie d'accouchement, le comité d'experts du RPAI a estimé, à l'unanimité, que l'indication de CPAT pour utérus bicatriciel était une indication pertinente, probablement du fait du risque augmenté de survenue de rupture utérine dans ce cas, tout comme la maternité de Bagatelle.

Dans notre étude, les CPAT dont l'indication était pertinente d'emblée représente moins d'une CPAT analysée sur cinq. Dans la maternité de Bagatelle, ce taux était de 25% mais cette rubrique incluait les femmes porteuses d'un utérus bicatriciel et les grossesses gémellaires avec J1 en position podalique. Après discussion par leur binôme d'experts, l'indication était considérée comme pertinente et justifiées, donc ces CPAT ont été classées en rubrique B (17). Cette faible proportion en rubrique B contraste avec la rubrique C, qui comprends 45.6% des CPAT. Cette différence souligne l'importance de la nécessité d'une décision collégiale pour programmer certaines CPAT. Or nous avons trouvé une trace d'une analyse collégiale avant la programmation de la césarienne uniquement dans 21 dossiers, ce qui équivaut à 28.4% de notre population. Ces réunions pluridisciplinaires sont d'autant plus utiles lorsque plusieurs indications sont intriquées et que les recommandations de l'HAS préconisent une analyse au cas par cas.

Le refus d'une tentative de voie basse chez une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel est fréquent puisqu'il représente 20% de cette rubrique. Les causes du refus par la patiente n'ont pas été cherchées dans notre fiche de recueil, mais pour 100% on retrouve une information tracée dans le dossier.

Les autres CPAT de la rubrique C concernaient des associations d'indications, comme une présentation podalique chez une patiente ayant un utérus bicatriciel ou une présentation podalique et un RCIU.

La rubrique D concerne les indications non conformes, le taux retrouvé était de 35.1%, alors qu'à la maternité de Bagatelle, il n'était que de 10%. L'indication majoritaire est l'utérus unicatriciel. 23.1% des patientes de cette rubrique étaient porteuses d'un utérus cicatriciel et une tentative d'accouchement par voie basse n'a pas été proposée. Cette attitude a été jugée non conforme par les experts.

5. Complications immédiates

Le taux d'hémorragie de la délivrance était de 8.4% dans notre réseau alors qu'il était de 1.7% dans le réseau du pays de Loire ; ceci peut s'expliquer par une moyenne d'âge plus élevée, un taux de multipares de près de 70% et par la définition même de l'hémorragie de la délivrance post-césarienne. En effet, dans notre étude, l'hémorragie de la délivrance est définie par des pertes sanguines supérieures à 500 ml dans les 24h suivant l'accouchement. Or nous ne savons pas quel seuil a choisi le réseau du pays de Loire pour définir l'hémorragie de la délivrance post-césarienne.

Nous n'avons pas retrouvé de pH artériel < 7,15 dans notre population, ce qui n'a pas été le cas pour le réseau du pays de Loire où le taux retrouvé est de 4.5% des naissances.

6. Axes d'amélioration et perspectives

La qualité de la traçabilité de l'information est un élément à améliorer au sein de notre réseau. Comme nous l'avons exposé précédemment, elle n'est pas liée à l'outil informatique ; d'ailleurs, cet outil informatique pourrait être une solution par l'ajout d'un item « Information remise » qu'il suffirait de cocher lorsque le praticien informera la patiente. De la même façon, et ce pour respecter la loi du 4 mars 2002, un consentement devrait être remis à la patiente après qu'une information claire, loyale et éclairée lui ait été dispensée. Pour ce faire, le CNGOF a créé une feuille d'informations à destination des parturientes, elle devrait être plus accessible pour les patientes, en salle d'attente par exemple ou bien remise systématiquement lors de la consultation au cours de laquelle est décidée la CPAT. Cette fiche contient une information standardisée mais

ne doit pas faire oublier aux praticiens de livrer une information personnalisée par rapport à la patiente et à l'indication de la CPAT. Lorsqu'un choix entre une tentative de voie basse et une CPAT doit être fait, les avantages et les inconvénients des deux voies d'accouchements doivent être exposés, équitablement (18).

Il faut également renforcer les discussions pluridisciplinaires. Cette mesure paraît plus difficilement applicable au sein des établissements de santé privés car chaque praticien suit sa patiente, bien que la mise en place de réunions médicales ponctuelles en cas d'avis nécessaire sur une indication de CPAT soit envisageable. Par contre, cette pratique est à développer dans les établissements de santé publics et les ESPIC. Comme nous l'avons dit plus haut, plusieurs indications nécessitent une discussion au cas par cas. Il serait judicieux de discuter systématiquement les dossiers concernant les femmes porteuses d'un utérus unicatriciel, d'un fœtus en présentation podalique et des grossesses gémellaires avant de décider de la voie d'accouchement.

Un des problèmes majeurs est le taux très élevé de patientes porteuses d'utérus cicatriciel (62.2%). L'enjeu est donc d'éviter la première césarienne en ayant une meilleure prise en charge du travail, dans la mesure du possible. En effet, la prise en charge d'une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel pose un problème de décision de voies d'accouchements pour les prochaines grossesses et conduit à une augmentation de la morbidité obstétricale, quel que soit le mode d'accouchement choisi. En effet, la tentative d'accouchement par voie basse est associée à une augmentation du risque de rupture utérine alors que la CPAT dans ce cas, est associée à des complications peropératoires comme l'hémorragie du post-partum (19). Il est donc important de sélectionner les patientes pour qui une tentative de voie basse est possible et encore une fois, la discussion collégiale prend ici toute sa place (20)

Les instances du RPAI souhaitaient qu'un retour personnalisé des résultats soit effectué par établissements, mais qu'il ne soit pas public. C'est pourquoi ces résultats ne figurent pas dans notre travail. Mais c'est ce rendu ultérieur des résultats pour chaque maternité qui permettra un réinvestissement adapté de cette démarche d'amélioration des pratiques. La participation d'au

moins deux intervenants par maternités constitue un levier, au sein de chaque service, pour faire proposer des actions d'amélioration des pratiques à mettre en place, adapté aux résultats de chacune des maternités.

Moins de la moitié des patientes avec un fœtus en position podalique se sont vues proposer une VPME. Un des axes d'amélioration serait d'augmenter le nombre de propositions et de tentatives de VPME. Cette pratique pourrait augmenter si des ateliers de simulations de VPME étaient proposés aux gynécologues-obstétriciens et aux internes en formation. De la même façon, au vu des proportions de plus en plus faibles de fœtus en position podalique naissant pas voie basse, il serait judicieux de renforcer la formation des internes en gynécologie-obstétrique ainsi que des étudiants sages-femmes par des ateliers de simulation mais également en les encadrant dans la réalisation d'accouchement par le siège, durant leurs stages, afin de pratiquer les manœuvres potentiellement nécessaires.

Nous avons retrouvé trois dossiers dans lesquels l'épreuve utérine n'était pas tentée chez des primipares, ayant un fœtus en positions céphalique et pour qui une pelvimétrie avait été réalisée. Un des axes d'amélioration est de ne pas faire de pelvimétrie systématique chez la primipare et de favoriser l'épreuve du travail.

Les femmes porteuses d'un utérus unicatriciel ou d'un fœtus en position podalique pour qui un accouchement par voie basse a été autorisé, devrait bénéficier d'une surveillance de grossesse prolongée complète, autrement dit jusqu'à 41+5 jours, dans le cas où il n'y a pas d'indication à pratiquer une direction du travail par ocytociques ou une CPAT.

V. CONCLUSION

Nous avons atteint nos objectifs, en donnant un taux de conformité des CPAT sur deux mois au sein du RPAI. Ces taux de conformité sont insuffisants au regard des recommandations de l'HAS.

Moins de la moitié des praticiens tracent l'information donnée à leurs patientes, on peut alors se demander dans quelle mesure cette information est-elle vraiment délivrée ? Un audit de pratiques pourrait être organisé afin d'évaluer cette information. Elle doit être délivrée à la patiente lors du choix de la voie d'accouchement et doit être accompagnée d'un consentement écrit à la réalisation de la CPAT. De la même façon, le respect du terme de la césarienne n'est pas optimal ; cependant, le taux de détresses respiratoires chez les nouveau-nés issus de mères dont la CPAT a été effectuée avant 39 SA est le même dans la population des mères dont la CPAT a été effectuée après 39 SA. L'indication de la CPAT est quant à elle, pertinente dans 65% des cas. Aucune complication peropératoire et néonatale majeure n'a été retrouvée.

La discussion au cas-par-cas était recommandée dans de nombreuses indications, et nous avons choisi la méthode de la revue de pertinence afin de répondre à cette exigence. D'autres réseaux de périnatalité ont également choisi cette méthode d'analyse des pratiques. Ces revues de pertinences ont constitué l'élément essentiel de cette étude, puisqu'elles ont permis de classer la conformité de plus de 80% des CPAT incluses. Ce comité d'experts, composé de dix praticiens en activité, a également permis de statuer sur des indications très rares, non détaillées par le texte des recommandations de l'HAS. Et c'est en cela, que les revues de pertinences dans notre étude et les réunions pluridisciplinaires dans la pratique courante sont nécessaires. Les recommandations de l'HAS ne sont pas toujours très précises, et ne détaillent pas souvent la conduite à tenir devant une intrication de plusieurs indications de CPAT.

Les résultats présentés dans ce travail sont des globaux. Un retour des résultats est prévu dans chacune des maternités. Il permettra aux établissements de santé de mettre en place des axes d'amélioration spécifiques à leur mode de fonctionnement, et à leur statut, visant à réduire le taux

de CPAT non conformes. Il serait intéressant d'évaluer l'évolution des pratiques au sein de chaque maternité après ce retour aux équipes, en effectuant un audit clinique.

Cette évaluation des pratiques professionnelles permettra probablement de diminuer le taux de CPAT. Toutefois, le problème principal est probablement d'éviter la première césarienne.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) WORLD HEALTH ORGANIZATION Monitoring emergency obstetric care: a handbook, Department of Reproductive Health and Research, 2009 : p 35
- (2) TILLON FAURE O. Etude sur les taux de césarienne à terme (> 37 semaines)
Document destiné à contribuer aux échanges avec les professionnels de santé dans le cadre du programme d'analyse et d'amélioration des pratiques, DGOS, Août 2012
- (3) BAUBEAU D, BUISSON G La pratique des césariennes, évolution et variabilité entre 1998 et 2001, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes et résultats, numéro 175, Décembre 2003
- (4) EUROPERISTAT Rapport européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe, Décembre 2011
- (5) BLONDEL B, KERMARREC M Enquête nationale périnatale 2010, Ministère des solidarités de la santé et de la famille, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2010
- (6) ROZENBERG P L'élévation du taux de césariennes, un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 279-289
- (7) HAUTE AUTORITE DE SANTE, Indications de la césarienne programmée à terme, Argumentaire scientifique, Janvier 2012
- (8) HAUTE AUTORITE DE SANTE, Indications de la césarienne programmée à terme, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, Janvier 2012
- (9) HAUTE AUTORITE DE SANTE, La césarienne programmée à terme, Document d'information destiné aux femmes enceintes, Janvier 2012
- (10) MARTINOWSKY M, TILLON-FAURE O Instruction DGOS/R5/2012 relative à l'appel à candidatures pour l'expérimentation pilote du programme d'analyse et d'amélioration des pratiques de césariennes programmées à terme, Novembre 2012

- (11) HAUTE AUTORITE DE SANTE, Analyse et amélioration des pratiques, Césarienne programmée à terme, Optimiser la pertinence du parcours patient, Juillet 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente
- (12) Base PMSI RPAI, Taux de césariennes programmées > 37 SA + 0 en 2011
- (13) RONGERE J, DOMEQ S, DJIHOUD A, POURIN C, Accouchements par césarienne programmée à terme avant début de travail, Revue de pertinence, Comité de Coordination de l'Evaluation et de la Qualité en Aquitaine, Mai 2013
- (14) VENDITTELLI et al. Appropriateness of elective caesarean deliveries in a perinatal network : a cross-sectional study, BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14 : 135
- (15) HAUTE AUTORITE DE SANTE, Séminaire d'étape, Césarienne programmée à terme, Optimiser la pertinence du parcours patient, 9 janvier 2014
- (16) MARPEAU L, MARRET S, "Césarienne programmée n'est pas la panacée !" Perils for the term infant by elective caesarean section !, Gynécologie Obstétrique et Fertilité 38 (2010) 559-560
- (17) TREBESSES C, MAGNEN D Restitution revue de pertinence césarienne programmée, Réseau CCECQA, Novembre 2013
- (18) GALLOT D, DELABAERE A, DESVIGNES F, VAGO C, ACCOCEBERRY M, LEMERY D, Quelles sont les recommandations d'organisation et d'information en cas de proposition de tentative de voie basse pour utérus cicatriciel ?, J Gynecol Obstet Biol Reprod, (2012) 41, 782-787
- (19) BEUCHER G, DOLLEY P, LEVY-THISSIER S, FLORIAN A, DREYFUS M, Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne, J Gynecol Obstet Biol Reprod (2012) 41, 708-726
- (20) POULAIN P, SECONDA S, Prise en charge de l'accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne, Gynécologie Obstétrique et Fertilité 38 (2010) 48-57

VII. ANNEXE

Annexe I : Fiche de recueil

Numéro d'inclusion (ne pas remplir) |__|__|__|__|

Nom d'Etablissement : N° d'accouchement |__|__|__|__|

Quatre 1^{es} lettres du nom de famille |__|__|__|__|

DESCRIPTION DES CESARIENNES PROGRAMMEES ≥ 37 SA au sein du RPAI

1. CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE

Age maternel |__|__| Parité |__|__|

Grossesse Spontanée Induite

Nombre de césarienne(s) antérieure(s) |__|__|

Type de grossesse Simple Gémellaire BC BA Gémellaire MC BA Triple ou plus

Présentation foetale (du J1 si Multiple)

Céphalique Siège complet Siège décomplété Transverse
 Epaule

Présentation J2 Céphalique Siège complet Siège décomplété Transverse
 Epaule

Diabète Oui Non NSP

Si oui Diabète ID Diabète gestationnel Régime seul Diabète Insulino
requérant

2. INDICATION(S) DE CESARIENNE PROGRAMMEE (plusieurs choix possibles)

<input type="checkbox"/> Utérus cicatriciel <input type="checkbox"/> ATCD de cicatrice corporeale <input type="checkbox"/> Autre cicatrice <input type="checkbox"/> Confrontation CP défavorable <input type="checkbox"/> Désaccord de la patiente /VB <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire <input type="checkbox"/> Présentation du siège <input type="checkbox"/> VME proposée notée dans le dossier <input type="checkbox"/> Critères d'acceptation VB non réunis <input type="checkbox"/> Désaccord de la patiente /VB <input type="checkbox"/> Macrosomie suspectée <input type="checkbox"/> ATCD dystocie des épaules / plexus brachial _ _ _ _ Poids fœtal estimé <input type="checkbox"/> ATCD ou Pathologie(s) maternelle(s) intercurrente(s) Laquelle	<input type="checkbox"/> Transmission mère enfant d'infections maternelles Laquelle <input type="checkbox"/> Malformation fœtale ou fœtopathie hors RCIU Laquelle <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Présentation transverse <input type="checkbox"/> Anomalie placentaire <input type="checkbox"/> Indications périnéales <input type="checkbox"/> ATCD déchirures graves de type III ou IV <input type="checkbox"/> ATCD incontinence urinaire d'effort ou anale <input type="checkbox"/> Césarienne sur demande <input type="checkbox"/> Programmation avant 39 SA : Motif ? Précisez..... <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Bassin chirurgical
--	--

	<input type="checkbox"/> Autre(s) : précisez
--	---

3. INFORMATION DU COUPLE :

Fiche d'information remise Oui Non N S P

4. ANALYSE A PRIORI DE L'INDICATION DE LA CESARIENNE :

Non Oui Non adapté

5. AGE GESTATIONNEL A LA NAISSANCE

|_|_| SA |_| jours

Date et heure de naissance : le |_|_|/|_|_|/|_|_| à |_|_|
h |_|_| mn

6. COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES

Volume de sang perdu quantifié : |_|_|_|_| mL
 Non quantifié

- Hémorragie du Post Partum (dg clinique ou perte hémoglobine > 2g/dl)
- Hémorragie grave (perte > 1500 mL ou perte hémoglobine > 4g/dl)
- Transfusion CGR
- Transfert en réanimation ou USI
- Embolisation Ligature des artères hypogastriques Hystérectomie

- Reprise chirurgicale Complications chirurgicales : Plaie de vessie
 Plaie de l'uretère
 Autre

7. CARACTERISTIQUES DU NOUVEAU-NE

- Maternité Service de néonatalogie Service de réanimation

Poids |__|__|__|__| g

APGAR à 5 mn : |__|__|

pH au sang du cordon réalisé

- OUI NON

Si OUI, résultats : pH AO |__|,|__|__| Lactates |__|__|

pH VO |__|,|__|__| Lactates |__|__|

Réanimation néonatale :

- OUI NON

- Si OUI MCE Intubation
 Sac de Hood

Inhalation de LA : OUI NON

Détresse respiratoire : OUI NON

8. ANALYSE A POSTERIORI DE L'INDICATION DE LA CESARIENNE EN COMITE SCIENTIFIQUE

Analyse collégiale OUI NON
 NON ADAPTE

Indication de la césarienne programmée :

Conforme OUI NON

Causes de non-conformité le cas échéant :

Propositions d'action d'amélioration :

OUI

NON

**Si oui
laquelle :**

Responsable du suivi de l'action :

**Commentaires
éventuels...**

RESUME

Introduction : Devant l'augmentation du taux de césariennes en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité des recommandations en janvier 2012. La césarienne programmée à terme (CPAT) est ainsi définie comme une césarienne réalisée après 39 SA et non liée à une situation d'urgence.

Objectifs : Notre objectif principal était d'évaluer la conformité des pratiques des CPAT dans le Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI) d'après les recommandations de la HAS selon trois critères : l'information délivrée à la patiente, la réalisation de la CPAT après 39 SA et la pertinence de l'indication. Notre objectif secondaire était de décrire les complications des CPAT observées.

Matériel et méthodes : Notre étude est un audit clinique observationnel et multicentrique réalisé au sein du RPAI durant deux mois. La conformité des indications des CPAT a été statuée par un comité d'experts du RPAI, issus de chacune des maternités participant à cette évaluation des pratiques professionnelles.

Résultats : Nous avons analysé 74 dossiers. Les indications de CPAT concernaient 62% de patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, 19.7 % de présentations podaliques et 5.4% demandes maternelles. Le taux de grossesses induites était de 9.7 %. Nous avons retrouvé la trace d'une information délivrée à la patiente dans 44.9% des dossiers analysés et 50% des CPAT ont été effectué après 39 SA conformément aux recommandations. L'analyse des indications a nécessité 3 revues de pertinence avec retour aux dossiers pour 10 cas ; 35% des indications de CPAT ont été estimées non conformes. Le taux d'hémorragie du post-partum était de 8.1%, aucun transfert en néonatalogie n'a été observé.

Conclusion : Les taux de conformité des indications retrouvés sont comparables à ceux observés dans les autres réseaux. Un retour personnalisé de leurs résultats à chacune des maternités, avec le soutien des experts impliqués dans les revues de pertinence, permettra de développer des axes d'amélioration pour renforcer la traçabilité de l'information donnée, généraliser les discussions pluridisciplinaires, ou promouvoir la pratique de certaines manoeuvres comme la version par manoeuvre externe.

Mots-clés : césarienne programmée à terme ; HAS ; réseau périnatal ; revue de pertinence ; conformité, évaluation des pratiques professionnelles