



HAL
open science

Césariennes programmées à terme : étude des pratiques dans le Réseau Périnatal des 2 Savoie

Thomas Pettini

► **To cite this version:**

Thomas Pettini. Césariennes programmées à terme : étude des pratiques dans le Réseau Périnatal des 2 Savoie. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01142391

HAL Id: dumas-01142391

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01142391v1>

Submitted on 15 Apr 2015

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>

Université Joseph FOURIER

UFR de Médecine

Département de maïeutique

Césariennes programmées à terme
Etude des pratiques dans le Réseau Périnatal des 2
Savoie

Mémoire soutenu le : 1^{er} Septembre 2014

Soutenu par PETTINI Thomas

Né le 18 juin 1989

Mémoire en vue d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

2014

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

Dr EQUY Véronique, PH en gynécologie-obstétrique au CHU de Grenoble, Présidente du jury ;

Dr THONG-VANH Catherine, Gynécologue-Obstétricien au CHU de Grenoble, Médecin invité ;

Mme SEGUIN Chantal, Sage-femme cadre supérieur directrice et enseignante de l'école de Sages-femmes de Grenoble ;

Mme VASSORT Nadine, Sage-femme cadre supérieur enseignante de l'école de sages-femmes de Grenoble ;

M. THOMAS Christophe, Sage-femme au CH de Valence, Sage-femme invité.

Je remercie plus particulièrement :

Dr DECROISSETTE Emmanuel, PH en gynécologie-obstétrique au CH de Chambéry, Directeur de ce mémoire,

Pour son soutien, ses conseils avisés et sa gentillesse ;

Mme BAUDON Claire, sage-femme enseignante, guidante de ce mémoire,

Pour ses conseils et sa compréhension ;

Dr DUBOIS Claire, PH en gynécologie-obstétrique au CH de Chambéry,

Pour son aide et ses précieux conseils ;

Dr BEAUDOUIN Dominique, médecin d'évaluation de la qualité et des risques médico soignant ;

Mme ABRAHAM Laurence, Infirmière coordinatrice du réseau périnatal des 2 Savoie,

Pour le temps précieux qu'elle a consacré à cette étude ;

Mme MANUSE Carole, secrétaire du réseau périnatal des 2 Savoie,

Pour son accueil chaleureux, sa gentillesse, son soutien et le temps qu'elle a consacré à cette étude ;

Dr DURAND Catherine, pédiatre de coordination,

Pour son écoute, ses conseils et sa bienveillance, son suivi et son aide dans la rédaction.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	6
I. INTRODUCTION	7
II. MATERIELS ET METHODE	9
A. Type d'étude.....	9
B. Durée de l'étude.....	9
C. Population	9
D. Recueil de données	10
E. Critères de jugement.....	11
F. Analyse des données	12
III. RESULTATS.....	13
A. Caractéristiques de la population étudiée / l'échantillon étudié.....	13
B. Indications des césariennes.....	17
C. Staff et pertinence de l'indication.....	20
D. Age gestationnel.....	21
E. Information des patientes.....	24
F. L'auto-évaluation des professionnels	26
G. Synthèse de la conformité.....	28
H. Conformité et type de maternité	28
IV. DISCUSSION	31
A. Validité de l'étude	31
B. Population	32
C. Indications des césariennes programmées	33
1) Utérus cicatriciel.....	33
2) Siège	34
3) Demandes maternelles	35
D. Conformité	36
1) Discussion des critères de jugement.....	36
a. Conformité des indications	36
b. Conformité de l'âge gestationnel de programmation	37
c. Conformité de l'information délivrée à la patiente	37
2) Discussion des différentes conformités	38

a.	Terme de programmation	38
b.	Information à la patiente	39
c.	Conformité des indications	40
d.	Discussion de l'intérêt d'un staff.....	40
e.	Discussion de l'auto évaluation.....	41
f.	Pratiques selon les types de maternité.....	42
E.	Conclusion de la discussion et pistes pour le futur	42
1)	Objectifs du mémoire.....	42
2)	Objectifs de l'étude fixés par le RP2S.....	43
3)	Pistes d'améliorations	44
V.	CONCLUSION	46
	BIBLIOGRAPHIE.....	48
	ANNEXES	50

ABBREVIATIONS

AHRQ : Agency for Healthcare research and quality's

ARS : Agence Régionale de Santé

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGOF : Conseil National des Gynécologues et obstétricien de France

DGOS : Direction Général de l'Offre du Soin

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

ENP : Enquête Nationale de Périnatalité

ESPIC : Etablissement de Santé Publique d'Intérêt Collectif

FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

IMC : Indice de Masse Corporelle

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

RMM : Revue de Morbi-Mortalité

RP2S : Réseau Périnatal des 2 Savoie

SA : Semaine d'Aménorrhée

I. INTRODUCTION

Depuis 2003, les césariennes représentent plus de 20% des accouchements en France. Ce taux est resté stable jusqu'en 2010 [1]. Une étude, réalisée par la direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2001, rapporte que 47% des césariennes étaient des césariennes programmées [2], ce taux étant toutefois très variable selon le type de maternité.

Malgré les grandes avancées faites dans le domaine chirurgical ces dernières années, la pratique d'une césarienne engendre une plus forte morbi-mortalité, aussi bien maternelle que néonatale, en comparaison à un accouchement par les voies naturelles [3] [4].

Devant la constatation d'un manque d'uniformisation des pratiques, avec de grands écarts dans les taux de recours à la césarienne programmée à terme, la direction générale de l'offre de soin (DGOS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) sur cette thématique. En 2012, la HAS a mis en place à la fois des recommandations [5] portant sur les indications sur la césarienne programmée à terme, accompagnées par un document d'information de la femme enceinte et des outils d'évaluation de la pertinence des soins sur ce thème, à destination des professionnels.

Ces recommandations [5] [6] détaillent les différentes indications jugées pertinentes pour guider au mieux l'obstétricien dans sa pratique. Elles se positionnent également sur l'âge gestationnel le plus adapté pour la réalisation de la césarienne programmée et sur le type d'information à délivrer à la patiente.

La participation à un programme pilote national d'analyse et d'amélioration des pratiques a été proposé fin 2012 aux Agences Régionales de Santé (ARS) par la DGOS et aux Réseaux de Périnatalité par l'intermédiaire de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP). L'ARS Rhône-Alpes et ses quatre réseaux de périnatalité y ont répondu favorablement. Fondée sur l'implication des professionnels de santé dans l'amélioration des

pratiques professionnelles, la participation des maternités au programme avait lieu sur la base du volontariat. Sept maternités avaient répondu favorablement sur les 12 maternités du Réseau Périnatal des Deux Savoie (RP2S).

Chaque établissement ou chaque Réseau de Périnatalité volontaire a pu définir dans ce cadre de l'expérimentation nationale des outils d'amélioration des pratiques, et les réseaux participants ont organisé un audit de pratique auprès des maternités volontaires.

C'est le travail « pertinence des césariennes programmées à terme » réalisé dans les maternités volontaires du RP2S qui sera la base de notre étude de Mémoire.

Dans le cadre du Réseau Périnatal, l'objectif principal de la participation au programme était de permettre aux équipes volontaires de s'interroger sur les indications de césariennes au regard des recommandations HAS de janvier 2012. Les objectifs secondaires étaient de disposer d'une photographie des indications des césariennes programmées au niveau du réseau et selon le type de maternité, et d'évaluer la traçabilité de l'information aux patientes.

Dans le cadre de notre étude, notre objectif principal était d'évaluer la conformité des césariennes programmées à terme, réalisées dans les différentes maternités volontaires du réseau périnatal des Deux Savoie (RP2S) par rapport aux recommandations de la HAS de janvier 2012. La conformité tenait compte de la pertinence de l'indication, mais aussi de l'âge gestationnel auquel était programmée la césarienne, et de la traçabilité de l'information délivrée à la patiente.

L'objectif secondaire était de décrire l'auto-évaluation de la pertinence des indications réalisées par les praticiens eux-mêmes, et de la comparer avec la conclusion de l'analyse *a posteriori*.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Pour répondre à notre objectif de travail, et analyser la pratique des césariennes programmées à terme dans le RP2S, nous avons réalisé une étude observationnelle, prospective et multicentrique.

B. Durée de l'étude

Les inclusions se sont effectuées sur une durée de trois mois, du 1^{er} septembre 2013 au 30 novembre 2013.

C. Population

La population éligible était constituée de toutes les césariennes programmées avant le travail et réalisées à partir de 37 SA dans les établissements volontaires, durant la période d'inclusion. Etaient incluses les césariennes réalisées pendant le travail suite à une mise en travail spontanée des patientes pour lesquelles était prévue une césarienne programmée à terme.

Les critères d'exclusions étaient :

- Par définition :
 - Les césariennes réalisées en urgence non programmées.
 - Les césariennes réalisées avant terme, c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhées révolues, même si celles-ci étaient initialement programmées à partir de 37 SA.

- Les césariennes pour absence de mise en travail spontané et col défavorable sur les utérus cicatriciels. Nous avons en effet considéré que ce type de césarienne n'était pas programmé puisqu'un accord d'accouchement par voie basse avait été donné.
- Nous avons également exclu par choix les césariennes programmées sur des grossesses gémellaires.

D. Recueil de données

Les informations nécessaires ont été colligées pour chaque césarienne grâce à un questionnaire anonyme pré établi, validé par le Comité scientifique du RP2S (annexe I).

Les données recueillies concernaient :

- Des informations liées à la patiente : âge, gestité, parité, biométrie maternelle ;
- Une liste d'indications était proposée, avec identification des indications retenues par l'HAS, et un focus sur les césariennes sur demande maternelle. Plusieurs indications pouvaient être cochées simultanément et un espace ouvert « autre » était disponible pour des indications non listées. Pour tenir compte des recommandations, les utérus uni ou bicatriciels ne figuraient pas dans la liste proposée d'indications. Le cas échéant, cette circonstance pouvait être inscrite dans la rubrique « autres indications » ;
- Des éléments concernant le terme de la programmation et de la réalisation de la césarienne ;
- Des éléments concernant l'éventuelle discussion collégiale en staff, la démarche d'inclure le staff dans le calcul du taux de conformité était à l'initiative du RP2S, en effet le staff n'est pas mentionné dans les recommandations de la HAS ;

- Des éléments concernant la traçabilité d'un entretien d'information délivrée à la patiente et de la remise d'un document d'information ;
- Ainsi que l'auto-évaluation du praticien sur la pertinence *a priori* de son indication, à remplir par le prescripteur de la césarienne ou à défaut par l'opérateur de la césarienne ;

Ces questionnaires devaient être renseignés par le praticien qui avait réalisé la césarienne programmée, ou bien par le staff médical si ce dernier était effectif dans l'établissement concerné. Un guide de remplissage a été distribué aux maternités participantes à cette étude (annexe II), ainsi qu'un courrier d'information pratique (annexe III) pour aider les praticiens dans le remplissage du questionnaire.

Un référent de l'étude a été désigné par chaque maternité. De plus, la liste des gynécologues-obstétriciens participant dans chaque centre a été communiquée au RP2S par les établissements (annexe IV). La participation des maternités comme des praticiens reposait sur le volontariat. Le référent était en charge de s'assurer du bon remplissage des questionnaires et de leur envoi au RP2S.

E. Critères de jugement

La conformité de la césarienne a été évaluée tout d'abord en fonction de la pertinence de l'indication. La césarienne était jugée pertinente si l'indication appartenait à la liste des indications où la césarienne est recommandée dans tous les cas par la HAS. Dans les autres situations, où les recommandations laissent libre choix du mode d'accouchement, nous avons choisi arbitrairement de considérer la césarienne pertinente si l'indication de la césarienne avait fait l'objet d'une discussion collégiale en staff.

A l'inverse, la césarienne a été jugée comme non pertinente si l'indication était discutable au cas par cas selon la HAS et que la décision du mode d'accouchement n'avait pas fait l'objet d'une discussion collégiale en staff.

Nous avons également tenu compte pour la conformité de l'âge gestationnel : la HAS recommande de programmer une césarienne à partir de 39 SA.

Pour l'information donnée à la patiente, nous avons tenu compte des éléments tracés dans le dossier et repérés lors du remplissage du questionnaire. La HAS recommande de délivrer une information décrivant les bénéfices et les risques encourus par ce mode d'accouchement et que cette information soit tracée dans le dossier de la patiente. Nous avons considéré l'information effective si la remise à la patiente d'un document d'information ou un entretien d'information était tracé dans le dossier.

F. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Statview. Les pourcentages présentés ont été arrondis au nombre entier le plus proche. Les variables qualitatives étaient décrites par l'effectif et par un pourcentage. Les variables quantitatives étaient décrites par la moyenne et l'écart type. Le test du Chi 2 a été utilisé comme test d'homogénéité pour comparer deux distributions observées de paramètres qualitatifs.

Le seuil de significativité retenu dans cette étude a été de 0,05.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée / l'échantillon étudié

Huit des 12 maternités du RP2S ont accepté de participer à cette étude.

- Une maternité de type III
- Une maternité de type IIB
- Trois maternités de type IIA
- Trois maternités de type I

Néanmoins, une maternité de type I a renvoyé trop tard ses questionnaires, quatre mois après la clôture du recueil des données, et les 10 césariennes concernées n'ont pas pu être prises en compte dans cette étude. Il faut noter que dans cet établissement, le remplissage des fiches s'est poursuivi plusieurs mois après la fin officielle de l'étude.

Les sept maternités, dont les questionnaires ont été étudiés, ont assuré en 2013, 11590 des 16413 naissances dans le RP2S soit 71% des naissances vivantes.

Cent soixante dix sept questionnaires ont été retournés au RP2S par les maternités participantes.

Vingt-cinq questionnaires ont été exclus :

- Sept dossiers concernaient des grossesses gémellaires ;
- Onze questionnaires pour lesquels l'âge gestationnel de programmation était inférieur à 37 SA ou n'était pas renseigné ;
- Deux questionnaires rapportaient des césariennes réalisées en urgence (erreur sur l'éligibilité) ;
- Six questionnaires concernaient une absence de mise en travail sur des utérus cicatriciels avec des conditions non favorable au déclenchement, mais voie basse initialement consentie.

Au total, 151 césariennes ont été incluses dans cette étude. Il s'agissait de 51 dossiers issus de maternité de type III (34%) ; 35 issus de maternité de type IIB (23%) ; 46 issus de maternités de type IIA (30%) ; et 19 issus de maternités de type I (13%).

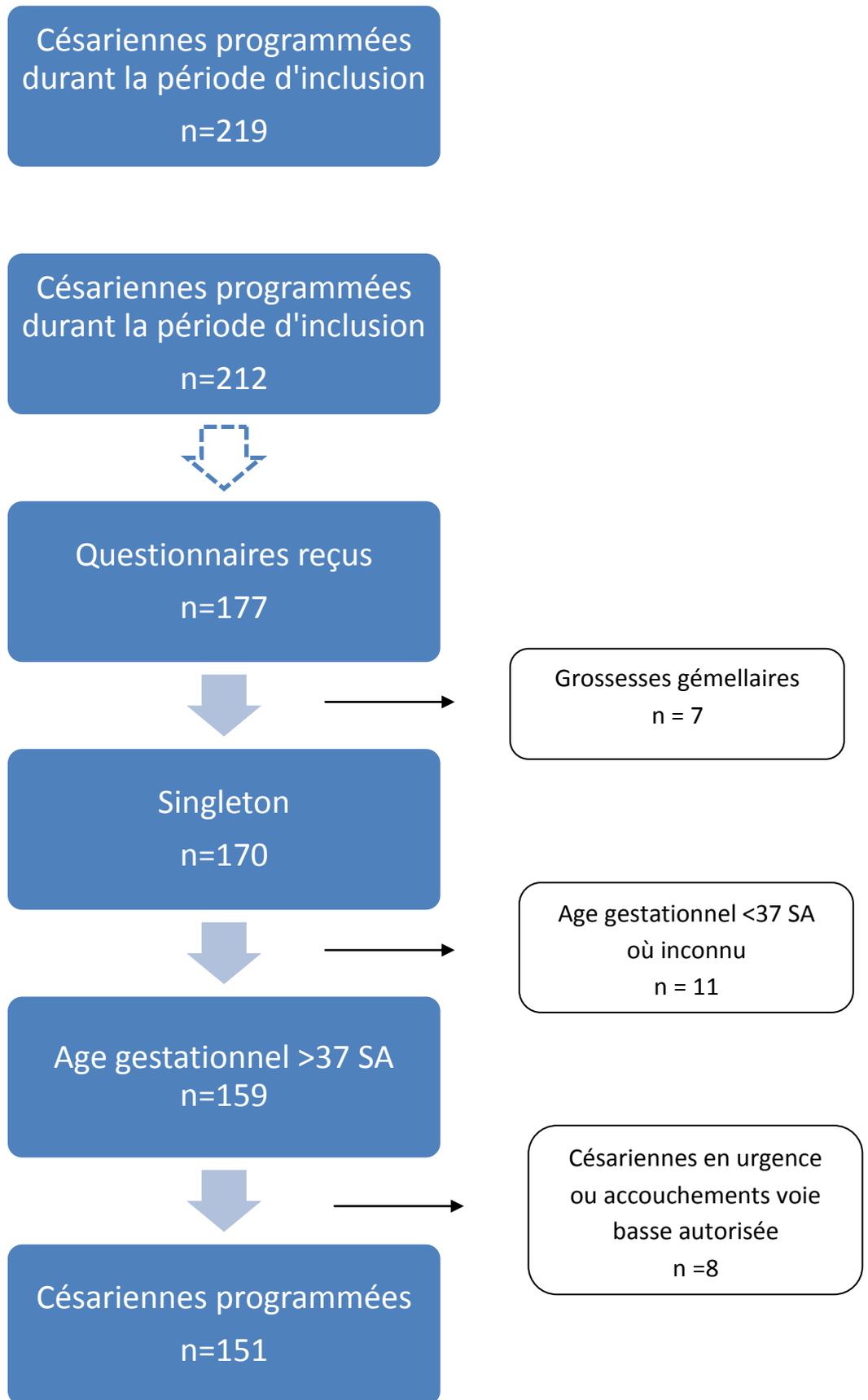
Pour déterminer l'échantillon théorique cible, nous avons repéré les césariennes programmées à terme réalisées durant les trois mois d'inclusions de l'étude, dans les sept maternités participantes, selon les tableaux de bord tenus par les maternités et communiqués au RP2S. Deux cent dix neuf césariennes ont été déclarées. Les chiffres dont nous disposons ne permettaient pas d'isoler les singletons, et comprenaient de fait les grossesses multiples. Nous pouvions exclure les sept grossesses gémellaires annoncées sur les fiches de recueil, permettant d'estimer à 212 les césariennes éligibles.

Sur ces données, nous pouvons estimer que l'échantillon étudié représentait environ 71 % de l'échantillon théorique cible.

Entre 9 et 51 questionnaires ont été retenus par centre participant. Dans seulement deux maternités, plus de 30 questionnaires ont pu être analysés. Les centres avaient une participation hétérogène. Le nombre de questionnaires reçus sur le nombre de césariennes éligibles variait de 98 % (54/55 cas) à 30% (11/37 cas) selon les maternités.

Le diagramme d'inclusion est représenté dans la figure 1.

Figure 1 : Diagramme d'inclusion



L'adhésion des praticiens à l'étude a été de 2 à 11 praticiens par centre, soit un total de 32 praticiens participants identifiés. Néanmoins, deux maternités, une de type 3 et une de type 2A, n'ont pas retourné au réseau la fiche d'adhésion de leurs praticiens. Pour deux centres, l'ensemble des questionnaires était renseigné par une seule personne (gynécologue obstétricien ou cadre sage-femme), mais respectivement 11 et 8 praticiens étaient concernés par l'étude.

Les caractéristiques maternelles sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques maternelles

<u>Age maternel</u>	Moyenne	Ecart-type
	33	5
<u>IMC</u>	Effectif	%
<18.5 (maigreur)	8	5
18.5 à 25 (normal)	88	59
>25 à 30 (surpoids)	20	13
>30 à 35 (obésité modérée)	8	5
>35 à 40 (obésité)	6	4
>40 (obésité morbide)	7	5
Non renseigné	14	9
<i>Total</i>	<i>151</i>	<i>100</i>
<u>Parité</u>	Effectif	%
I	51	34
II	52	34
III	33	22
IV	10	7
≥V	5	3
<i>Total</i>	<i>151</i>	<i>100</i>

B. Indications des césariennes

Les indications des césariennes sont rapportées dans le tableau 2. En rouge figurent les indications de césariennes programmées validées par la HAS, et en noir, les indications devant être évaluées au cas par cas selon la HAS.

Tableau 2 : Les indications des césariennes programmées à terme

Indications des césariennes (n=151)	Nombre de citations	% des citations
Placenta prævia	3	2
En lien avec un utérus cicatriciel	76	44
Cicatrice corporeale	13	8
Utérus tri-cicatriciel	6	3
Utérus bi-cicatriciel	29	17
Utérus uni-cicatriciel	28	16
En lien avec une présentation par le siège	47	27
Confrontation défavorable entre le bassin et le mobile fœtal	13	7
Déflexion de la tête fœtale	1	1
Non coopération de la patiente	19	11
Autre situation de siège	14	8
En lien avec une macrosomie hors diabète	4	2
Poids fœtal estimé > 5000g	0	0
Poids fœtal estimé entre 4500g et 5000g	4	2
Suspicion de macrosomie et atcd de dystocie des épaules	0	0
En lien avec une macrosomie liée au diabète	3	2
Poids fœtal estimé > 4500g	2	1
Poids fœtal estimé entre 4250g et 4500g	1	1
En lien avec le VIH	0	0
Charge virale ≥ 400 copies/ml	0	0
Charge virale entre 50 et 400 copies/ml et cinétique croissante	0	0
Co-infection VIH-VHC	0	0
En lien avec le virus de l'herpès	0	0
Primo-infection herpétique après 35SA	0	0

Demande maternelle	25	14
Autres situations	15	9
<i>Total citations</i>	<i>173</i>	<i>100%</i>

Les indications en lien avec un utérus cicatriciel étaient les plus fréquemment citées. Hormis les 19 questionnaires où l'indication utérus tri cicatriciel ou utérus avec cicatrice corporeale était cochée, nous avons pu ajouter 29 indications pour utérus bicicatriciel et 28 césariennes pour lesquelles un utérus unicatriciel était renseigné, en extrayant ces données de la case « autres ». Au total, pour l'ensemble des césariennes étudiées, un utérus cicatriciel était présent dans 50% des cas (76/151 dossiers).

La présentation du siège était la seconde grande indication des césariennes programmées. Quarante sept dossiers indiquaient une césarienne en lien avec une présentation du siège soit 27% des indications citées. Il s'agissait le plus souvent d'une non coopération de la patiente, 19 cas, ou d'une confrontation défavorable entre le bassin et le mobile fœtal, 13 cas. La case « autres situations de sièges » était cochée pour 14 dossiers (30% des sièges). Parmi ces « autres situations », aucune explication supplémentaire n'était apportée pour sept dossiers, quatre dossiers étaient en rapport avec un utérus cicatriciel (deux fois utérus unicatriciel et deux fois utérus bicicatriciel), un dossier concernait un utérus bicorne et un dossier décrivait une ventriculomégalie fœtale.

Les autres indications de césariennes, non explicitement listées dans le questionnaire et mis à part les utérus unicatriciels, concernaient 15 dossiers. On retrouvait dans cette catégorie : huit disproportions foeto-pelviennes, une contre-indication aux efforts expulsifs pour raison ophtalmologique, une maladie de Crohn, un fibrome prævia, une présentation transverse, une condylomatose floride, un diabète non suivi et un dossier pour une patiente avec facteurs multiples : âge maternel de 45 ans, don d'ovocyte, hypertension artérielle et obésité.

Les césariennes programmées pour demande maternelle concernaient 25 patientes (14% des citations et 16% des patientes).

Parmi ces 25 patientes, 16 ont refusé l'épreuve du travail proposée dont neuf utérus unicatriciels, trois utérus bicicatriciels, une macrosomie (poids fœtal estimé entre 4500 et

5000gr), trois pour autres causes. Un antécédent de « traumatisme obstétrical » dans le vécu de la patiente était relevé sept fois. La dernière patiente était celle de 45 ans présentant des antécédents multiples, la patiente préférait ne pas accoucher voie basse dans le contexte de cette « grossesse précieuse ».

Les indications des césariennes en fonction de la parité sont décrites dans le tableau 3.

Tableau 3 : Principales indications des césariennes programmées à terme selon la parité

	Patientes primipares		Patientes multipares	
Effectif	51		100	
Indications	Nombre de citations	%	Nombre de citations	%
Prævia	0	0	3	2
Utérus cicatriciel au total	4	8	72	59
En lien avec une présentation par le siège	32	60	15	12
❖ Dont non coopération de la patiente	16	30	3	2
En lien avec une macrosomie hors diabète	3	6	3	2
En lien avec une macrosomie liée au diabète	1	2	2	2
Demande maternelle (hors siège):	6	11	19	16
❖ <i>Ne préfère pas d'épreuve du travail</i>	6	11	12	10
❖ <i>Atcd de traumatisme obstétrical</i>	0	0	5	4
❖ <i>Tocophobie</i>	0	0	2	2
Autres situations	7	13	8	7
Total	53	100	122	100

C. Staff et pertinence de l'indication

Sur les 151 dossiers, 57 (38% des dossiers) ont été discutés collégalement en staff. L'item n'était pas renseigné pour cinq questionnaires.

Sur les sept maternités participant à l'étude, deux indiquaient ne pas avoir de staff, une maternité publique de type IIA et une maternité privée de type I.

Dans les autres centres, la proportion des dossiers discutés collégalement variait de 6% (deux dossiers sur 32) à 67% (34 dossiers sur 51) des dossiers étudiés.

Pour la maternité dans laquelle la proportion de dossiers discutés en staff était la plus faible, nous avons relevé sur les questionnaires des remarques explicitant les modalités du staff. Par exemple, il est rapporté « chaque médecin décide pour sa patiente, même si le dossier est présenté au staff du jour de la césarienne ce n'est pas pour discuter les indications mais juste pour informer du programme ». Ou « même si le cas est présenté, ce n'est pas pour discuter et décider de l'indication de façon collégiale, mais juste à titre informatif ».

Pertinence de l'indication

Pour évaluer la pertinence des indications selon le critère de jugement choisi *a priori* pour l'étude, nous avons classé les indications de césariennes en fonction de leur qualification par la HAS et de la discussion collégiale en staff de l'indication. Les résultats figurent dans le tableau 4.

Tableau 4 : Type de l'indication de césarienne selon la HAS et discussion de l'indication en staff

		Liste 1*		Liste 2**	
		Effectif	%	Effectif	%
Staff	oui	26	17.2	31	20.5
	non	31	20.5	58	38.4
	NR	0	0	5	3.3
<i>Total</i>		57	37.7	94	62.2

Légende :

*« Liste 1 » : indications formelles de césarienne selon la HAS

**« Liste 2 » : indications pour lesquelles le mode d'accouchement est discutable au cas par cas selon la HAS

Couleur de police : Indications pertinentes représentées en vert
Indications non pertinentes représentées en rouge

Selon le critère de jugement choisi pour l'étude, nous avons considéré comme pertinentes les indications de la liste 1 avec ou sans staff et les indications de la liste 2 si celles-ci avaient été discutées collégalement. Au total, selon le critère de jugement choisi pour l'étude :

- Quatre vingt huit indications étaient pertinentes soit 58%.
- Soixante trois indications étaient non pertinentes soit 42%.

D. Age gestationnel

L'âge gestationnel de programmation et de réalisation des césariennes est décrit dans le tableau 5.

Tableau 5 : Age gestationnel de la programmation et réalisation effective des césariennes

<u>Age gestationnel</u>	Programmation		Réalisation effective	
	Effectif	%	Effectif	%
37 SA à 37 SA+6 jours	5	3	7	5
38SA à 38SA+6 jours	35	23	44	29
39SA à 39SA+6 jours	85	56	76	50
40SA à 40SA+6 jours	14	9	15	10
>41SA	12	8	9	6
<i>Total</i>	<i>151</i>	<i>100</i>	<i>151</i>	<i>100</i>

Vingt-neuf césariennes ont été réalisées avant la date programmée, soit des césariennes anticipées pour 19% des dossiers.

Pour 40 patientes (26% des cas), les césariennes étaient programmées avant 39 SA. Cinquante et une césariennes ont été réalisées effectivement avant 39 SA (34% des cas).

Nous avons considéré comme conformes les césariennes qui étaient programmées à partir de 39 SA, comme le recommande la HAS. Ainsi, la date de la programmation était conforme à la recommandation HAS dans 73% des cas. La date de programmation était antérieure à 39 SA dans 27% des cas.

Les indications pour lesquelles la césarienne a été programmée avant 39 SA sont décrites dans le tableau 6.

Tableau 6 : Indications des césariennes programmées avant 39 SA

Indications citées	Effectif programmée avant 39SA	Effectif total	% programmé avant 39 SA/total
Placenta prævia	3	3	100
Utérus avec cicatrice corporeale	6	13	46
Utérus tricicatriciel	2	6	33
Utérus bicicatriciel	11	29	38
Utérus unicitriciel	3	28	11
Siège et non coopération de la patiente	3	19	16
Siège et confrontation défavorable entre le mobile fœtal et le bassin maternel	1	13	8
Siège autres	3	14	21
EPF>4500g avec diabète	1	2	50
Autres	3	15	20
Demande maternelle	4	25	16
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>167</i>	<i>24</i>

L'âge gestationnel de programmation de la césarienne selon la conformité des indications avec le critère de jugement de l'étude est représenté dans le tableau 7.

Tableau 7 : Age gestationnel de programmation et conformité de l'indication

	Conformité de l'indication				Total	
	Oui		Non			
Age gestationnel	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A partir de 39SA	68	61	43	39	111	100
Avant 39SA	19	47.5	21	52.5	40	100

Quand la césarienne était programmée à un âge gestationnel conforme, l'indication était conforme selon les critères de jugement de l'étude dans 61% des cas. Quand la césarienne était programmée à un terme trop précoce, l'indication était conforme selon les critères de jugement de l'étude dans 47.5% des cas. Cette différence n'était pas statistiquement significative $p=0.13$.

L'âge gestationnel de programmation en fonction de la discussion du dossier en staff médical est présenté dans le tableau 8.

Tableau 8 : Age gestationnel de programmation en fonction du staff médical

Staff	Age gestationnel de programmation				Total
	A partir de 39 SA		Avant 39 SA		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Oui	47	42	10	25	57
Non	59	53	30	75	89
Non renseigné	5	5	0	0	5
<i>Total</i>	<i>111</i>	<i>100</i>	<i>40</i>	<i>100</i>	<i>151</i>

Il existe un lien statistique entre la discussion collégiale du dossier en staff et la conformité du terme de programmation, c'est-à-dire programmation à partir de 39 SA. Parmi les césariennes programmées à partir de 39 SA, 49% des dossiers ont été discutés en staff versus 25% de dossiers pour les césariennes programmées avant 39 SA. Cette différence est statistiquement significative, $p=0.03$.

On peut également exprimer ce résultat de la façon suivante. Parmi les dossiers discutés en staff, la date de programmation était conforme dans 47 cas sur 57, soit 82% des cas, alors que parmi les dossiers non discutés collégalement, la date de programmation était conforme dans 59/89, soit 66% des cas ($p=0.03$).

E. Information des patientes

L'information délivrée à la patiente et tracée dans les dossiers est décrite dans le tableau 9.

Tableau 9 : Traçabilité de l'information de la patiente dans le dossier

	Entretien tracé		Remise d'un document tracé		Au moins un des 2	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	72	47.7	49	32.4	74	49.0
Non	72	47.7	96	63.6	70	46.4
NR*	7	4.6	6	4.0	7	4.6
Total	<i>151</i>	<i>100</i>	<i>151</i>	<i>100</i>	<i>151</i>	<i>100</i>

NR=Non Renseigné

Conformité de l'information à la patiente

Nous avons considéré l'information donnée à la patiente comme conforme si au moins un des deux éléments suivants était présent :

- Un entretien d'information avec la patiente tracé dans le dossier ;
- La remise d'un document d'information à la patiente tracé dans le dossier.

Pour 74 patientes sur 151 l'information sur la césarienne programmée était conforme soit 49% des cas.

La traçabilité de l'information en fonction de l'indication de la césarienne programmée est décrite dans le tableau 10.

Tableau 10 : Information en fonction de l'indication de la césarienne

	Utérus cicatriciel		Siège		Demande maternelle (hors siège)		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	effectif
Information tracée oui	34	46	30	64	10	40	74
Information non tracée	40	54	14	30	13	52	67
Item non renseigné	0	0	3	6	2	8	5
Total	<i>74</i>	<i>100</i>	<i>47</i>	<i>100</i>	<i>25</i>	<i>100</i>	<i>146</i>

L'information de la patiente variait selon l'indication de la césarienne. En ne considérant que les dossiers pour lesquels l'item « information à la patiente » était renseigné :

- En cas de césarienne programmée pour utérus cicatriciel (74 cas), une information était tracée dans le dossier dans 34 cas (soit 46%).
- En cas de césarienne programmée pour siège (44 cas), une information était tracée dans 30 cas (soit 68%).
- En cas de césarienne programmée sur demande maternelle (hors siège, 23 cas), une information était tracée dans 10 cas (soit 43%).

Ces différences étaient statistiquement significatives, $p=0,04$.

La traçabilité de l'information donnée à la patiente selon l'âge gestationnel de programmation de la césarienne figure dans le tableau 11.

Tableau 11 : Information à la patiente en fonction de l'âge gestationnel de programmation de la césarienne

	Information à la patiente tracée						Total	
	Oui		non		Non renseigné			
Age gestationnel	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A partir de 39SA	56	50	49	44	6	6	111	100
Avant 39SA	21	52	18	44	1	3	40	100

Il n'y avait pas de différence de traçabilité de l'information entre les césariennes programmées avant 39 SA où à partir de 39 SA.

La traçabilité de l'information donnée à la patiente selon la conformité de l'indication (selon les critères de jugement de l'étude) figure dans le tableau 12.

Tableau 12 : Information de la patiente en fonction de la conformité de l'indication

	Information à la patiente tracée						Total	
	Oui		non		Non renseigné			
Conformité indication	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	51	59	31	36	5	6	87	100
Non	23	36	39	61	2	3	64	100

En ne considérant que les cas pour lesquels l’item « information à la patiente » était renseigné :

- En cas de conformité de l’indication, l’information à la patiente était tracée dans 51 cas sur 82, soit 62%.
- Lorsque l’indication n’était pas conforme (selon le critère de jugement), l’information était tracée dans 23 cas sur 62 soit 37%.

Cette différence était statistiquement très significative, $p < 0.003$.

La traçabilité de l’information donnée à la patiente en fonction de la présence d’un staff est décrite dans le tableau 13.

Tableau 13 : Information de la patiente en fonction du staff médical

	Information à la patiente tracée						Total	
	Oui		non		Non renseigné			
Staff médical	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	38	67	15	26	4	7	57	100
Non	32	36	54	61	3	3	89	100

L’information était le plus souvent tracée lorsque le dossier de la césarienne était présenté en staff médical. En effet, lorsque le dossier était présenté en staff médical, l’information était tracée dans 67% des cas, alors que l’information à la patiente était tracée dans 36% des cas lorsque le dossier n’était pas présenté en staff médical.

Cette différence était statistiquement significative ($p < 0.0001$).

F. L’auto-évaluation des professionnels

Il était demandé aux praticiens d’évaluer la pertinence des indications de chacune des césariennes concernées par le questionnaire. Cette auto-évaluation par les praticiens est rapportée dans le tableau 14.

Tableau 14 : Auto évaluation de la pertinence des indications

Pertinence de la césarienne	Effectif	% du total	% des renseignés
Oui	120	79	88
Non	17	11	12
Item non renseigné	14	9	
<i>Total</i>	<i>151</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Quatre vingt huit pour cent des césariennes ont été jugées pertinentes par les praticiens.

Sur les 17 dossiers pour lesquels le praticien évaluait son indication de césarienne *a priori* non pertinente, six concernaient l'indication de siège et non coopération de la patiente, et six dossiers des demandes maternelles soit 35% pour ces deux indications (12 dossiers).

Les autres indications étaient :

- Un siège sans plus de précisions ;
- Une contre indication aux efforts expulsifs pour maladie de Crohn ;
- Un indice de Magnin à 21.5 cm.

Huit dossiers sur les 17 avaient fait l'objet d'un staff médical soit 47%.

Auto-évaluation de la pertinence par le professionnel et césariennes sur demande maternelle :

Parmi les 25 césariennes pour lesquelles l'indication « demande maternelle » était signalée, l'auto-évaluation du praticien a été six fois celle d'une indication non pertinente. Il s'agissait trois fois d'un vécu traumatique de l'accouchement et de trois utérus cicatriciels. Dans les autres cas de demande maternelle, l'indication de césarienne était évaluée pertinente par le praticien.

G. Synthèse de la conformité

En fonction des critères de jugement retenus dans l'étude :

- Cent onze dossiers sont conformes au moins sur le terme de programmation soit 74%.
- Soixante quatorze dossiers sont conformes au moins sur l'information à la patiente soit 49%.
- Cinquante six dossiers sont conformes à la fois sur la date de programmation de la césarienne et l'information à la patiente soit 37%.
- Quatre vingt huit dossiers sont conformes au moins sur la pertinence de l'indication soit 58%.
- Soixante huit dossiers sont conformes à la fois sur la pertinence de l'indication et le terme de programmation soit 45%.
- Cinquante et un dossiers sont conformes à la fois sur la pertinence de l'indication et l'information à la patiente soit 34%.
- Quarante deux dossiers sont conformes à la fois sur la pertinence de l'indication, le terme de programmation et l'information à la patiente soit 28%.

H. Conformité et type de maternité

Les principales indications en fonction du type de maternité sont décrites dans le tableau 15.

Tableau 15 : Principales indications citées dans les différents types de maternité

	Utérus cicatriciel		Siège		Demande maternelle (hors siège)		Autres		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Type III	22	45	18	37	6	12	3	6	49	100
Type IIB	20	53	12	31	3	8	3	8	38	100
Type IIA	23	43	13	24	15	28	3	5	54	100
Type I	11	55	4	20	1	5	4	20	20	100

Le terme de programmation, la traçabilité de l'information à la patiente et la présence de ces deux critères de jugement à la fois, sont représentés pour chaque type de maternité dans le tableau 16.

Tableau 16 : Différents critères de jugement en fonction du type de maternité

	Type de maternité							
	Type III		Type IIB		Type IIA		Type I	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Terme de programmation								
A partir de 39SA	38	75	23	66	38	83	12	63
Avant 39SA	13	25	12	34	8	17	7	37
Information tracée								
Oui	43	84	3	9	19	41	9	47
Non	8	16	31	89	21	46	10	53
Non renseigné	0	0	1	1	6	13	0	0
Information et terme conforme								
Oui	32	63	2	6	17	37	5	26
Non	19	37	32	91	23	50	14	74
Non renseigné	0	0	1	2	6	13	0	0
Total	51	100	35	100	46	100	19	100

La conformité du terme de programmation semblait plus élevée en type IIA, (83%) qu'en type III, (75%), en type IIB, (66%), et en type I (63%). Ces différences observées dans la distribution du terme de programmation en fonction du type de maternité n'étaient pas statistiquement significatives ($p=0.25$).

La distribution de la traçabilité de l'information à la patiente n'était pas homogène dans les différents types de maternités. Pour la maternité de type III, l'information était tracée dans le dossier 43 fois sur 51, soit 84% des cas ; 9 fois sur 19 pour les maternités de type I (47%) ; 19 fois sur 46 pour les maternités de type IIA (41% des cas) ; et pour la maternité de type IIB, trois fois sur 35 (soit 9% des cas). Ces différences étaient statistiquement significatives ($p<0.0001$).

La distribution de la conformité portant à la fois sur l'information aux patientes et sur le terme de programmation était statistiquement différente selon les types de maternités. L'information était tracée dans le dossier et le terme de programmation était conforme (c'est-à-dire à partir de 39 SA) dans 32 dossiers sur 51 en type III (63% des cas) ; dans 17 dossiers sur 46 (37%) en type IIA ; dans cinq dossiers sur 19 (26%) en type I et deux dossiers sur 35 (soit 6%) en type IIB. Ces différences étaient statistiquement significatives ($p < 0.0001$).

IV. DISCUSSION

A. Validité de l'étude

La première limite de notre étude concerne la participation. Seules huit maternités sur 12 ont souhaité participer à l'enquête, et finalement seules les césariennes issues de sept des 12 maternités du RP2S ont pu être incluses. Au niveau des professionnels, la participation varie en fonction de la taille des équipes, mais deux centres n'ont pas renseignés les noms des professionnels participants.

Les questionnaires exploitables ne représentaient que 70% de l'échantillon théorique cible sur les sept maternités, sans que l'on puisse savoir si les questionnaires non retournés présentaient des situations différentes des questionnaires exploitables : simples oublis ou césariennes par opérateur ne souhaitant pas participer à l'étude...

Un suivi plus attentif au fil de l'eau des maternités avec une coopération plus étroite avec les référents désignés dans chaque centre aurait pu permettre d'obtenir une meilleure exhaustivité du recueil dans la période d'étude et de récupérer à temps les fiches de la huitième maternité volontaire.

Si le nombre global de fiches recueillies permet, avec un effectif de plus de 150, d'apprécier les différentes données (indications, âge gestationnel de programmation, information aux patientes...), il n'est pas significatif de retourner aux établissements des données fiables sur leur propre pratique, mis à part pour les deux maternités les plus importantes où les effectifs étudiés dépassaient les 20 cas.

La validité du questionnaire pose également question. En effet, nous avons choisi de ne proposer dans la liste explicite d'indications à cocher que les circonstances considérées par la HAS comme devant faire poser ou discuter l'indication de façon valide. Ainsi, pour les indications en rapport avec l'utérus cicatriciel, les utérus tricatriciels ou plus et les utérus avec cicatrice corporeale étaient explicitement listés, mais les utérus uni ou bicatriciel ne l'étaient pas. Ces éléments pouvaient être ajoutés dans la rubrique « autres » par les

opérateurs, mais de ce fait, il est possible que nos données sur ces indications (utérus uni ou bicatriciel) ne soient pas exhaustives. D'autres indications étaient détaillées suivant les recommandations HAS, par exemple tous les problèmes en relation avec des infections virales, alors qu'en pratique, ces situations sont rares, et finalement non rencontrées parmi les cas de notre étude.

Néanmoins, le fait de proposer la liste « type HAS » pouvait constituer une sorte de « rappel » des recommandations et avoir donc un intérêt dans cet objectif.

Une autre difficulté soulevée par la construction du questionnaire concernait les césariennes sur demande maternelle. En effet, les césariennes pour siège avec non coopération de la patiente sont également à relier à une forme de « demande maternelle », au même titre que le refus de l'épreuve du travail proposée dans d'autres situations (utérus cicatriciel notamment).

B. Population

Les caractéristiques de la population des femmes concernées par notre étude étaient différentes des données françaises recueillies dans l'Enquête Nationale de Périnatalité (ENP) de 2010 [1]. L'âge maternel moyen des parturientes était de 29.7 ans en France en 2010, d'après cette enquête (ENP) [1]. La population de notre étude était un peu plus âgée, avec un âge maternel moyen à 33 ans.

L'IMC de notre population étudiée était globalement plus élevé que dans la population générale des parturientes. En effet, toujours selon l'ENP de 2010 [1], 8.3% des parturientes avaient un IMC inférieur à 18.5, 64.6% avaient un IMC normal, c'est-à-dire compris entre 18.5 et 25, 17.3% étaient en surpoids et 9.9% avaient un IMC supérieur à 30. La population de notre étude présentait un IMC inférieur à 18.5 dans 5% des cas, l'IMC était normal pour 50% de notre échantillon, 13% des patientes incluses dans notre étude étaient en surpoids et 14% avaient un IMC supérieur à 30.

Concernant la parité, nous retrouvons dans l'étude moins de femmes primipares et plus de multipares que dans la population générale des parturientes décrite dans l'ENP de 2010 [1]. En effet, nous avons 34% de primipare, 34% de deuxièmes pares et 22% de troisièmes pares, alors que l'ENP rapportait 43.4% de primipares, 34.5% de deuxièmes pares et 14.3% de troisièmes pares.

Ces différences s'expliquent facilement par le recrutement des femmes dont l'accouchement est programmé par césarienne : en raison de l'importance du facteur utérus cicatriciel notamment, et d'autres pathologies, ces femmes sont plus souvent multipares, plus âgées et avec un IMC supérieur aux patientes « tout venant ».

C. Indications des césariennes programmées

1) Utérus cicatriciel

Dans notre étude, les césariennes en lien avec un utérus cicatriciel représentent la première indication de césariennes programmées à terme. Un utérus cicatriciel est retrouvé chez 50% de l'ensemble des patientes étudiées, et 59 % des patientes multipares.

Néanmoins, il s'agit beaucoup plus souvent d'un utérus uni ou bicatriciel (29 et 28 citations respectivement), les utérus tricatriciels ne représentant que 6 citations.

Une méta analyse, comportant 17 études (quatre de cohortes et 13 séries de cas), présentée dans l'argumentaire scientifique de l'HAS [7], a montré qu'il n'existait pas de différences significatives entre l'accouchement voie basse et la réalisation d'une troisième césarienne dans le cas d'un utérus bicatriciel en ce qui concerne la morbi-mortalité maternelle et néonatale. C'est pourquoi, dans les recommandations de l'HAS [5], le choix du mode d'accouchement pour un utérus bicatriciel est laissé à l'obstétricien. Malgré ces données, l'utérus bicatriciel représentait plus de la moitié des indications concernant l'utérus cicatriciel dans notre étude.

2) Siège

Dans notre étude, les indications en lien avec une présentation du siège venaient au second rang des indications de césarienne programmée les plus citées. Cependant, la présentation du siège représentait la première indication de césarienne programmée chez les primipares.

Les recommandations de la HAS rappellent que la présentation du siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. En revanche, les recommandations citent certains critères pour que l'accouchement voie basse puisse être accepté, qui sont : une confrontation favorable entre la pelvimétrie et le mobile fœtal, une absence de déflexion de la tête fœtale ainsi que la coopération de la patiente.

Dans notre étude, l'indication pour non coopération de la patiente représentait environ 40% des césariennes programmées en lien avec une présentation du siège, 19 dossiers sur 47. Mais parmi ces 19 dossiers, 15 concernaient des patientes primipares. Cette indication de non coopération était donc particulièrement importante chez les primipares.

Ces données mettent en avant l'importance de l'information délivrée à chaque patiente concernant les différentes modalités possibles d'accouchement. Le praticien doit apporter une information sur la balance bénéfices/risques de la césarienne programmée versus accouchement voie basse. On peut penser que l'expérience personnelle du praticien vis-à-vis de l'accouchement voie basse des sièges, notamment chez les primipares, puisse influencer sur la teneur de l'information délivrée et donc la décision de « coopération » ou non de la patiente.

Il serait intéressant de réaliser une étude sur le contenu de l'information donnée par les praticiens dans ces circonstances, ainsi que d'évaluer auprès des patientes *a posteriori* ce qui en a été retenu.

L'étude n'a pas porté sur la prise en charge pré natale des césariennes programmées à terme, c'est-à-dire que nous n'avons pas pris en compte si une pelvimétrie avait été réalisée et si une version par manœuvre externe avait été proposée chez les patientes ayant un fœtus en présentation du siège.

Pour améliorer la conformité aux recommandations et diminuer le recours aux césariennes programmées dans ces indications de siège, il serait intéressant de réaliser une étude pour analyser ce qui est réellement réalisé et/ou proposé à ces patientes en amont de l'accouchement.

3) Demandes maternelles

La césarienne pour demande maternelle représentait 14% des indications selon notre questionnaire. Pourtant, il est précisé dans les recommandations de l'HAS [5] que la demande maternelle ne constitue pas en elle-même une indication pertinente de césarienne programmée. L'HAS conseille devant une demande de césarienne faite par la patiente, de rechercher les raisons de cette demande, de les discuter ainsi que de les mentionner dans le dossier médical. Si la raison principale est la peur de l'accouchement, il est alors recommandé de lui proposer un accompagnement personnalisé, comme une information sur la prise en charge de la douleur.

Néanmoins, nos données montrent que la plupart du temps la « demande maternelle » correspond à l'implication de la femme dans la décision du choix d'accouchement, dans une situation où plusieurs modalités sont discutées. Il s'agit donc le plus souvent de femmes préférant ne pas tenter l'épreuve du travail proposée par l'obstétricien, et on peut en rapprocher les femmes avec présentation de siège et dites « non coopération ».

Dans notre étude, 16 femmes ont refusé l'épreuve du travail et 19 patientes sont repérées avec siège et non coopération, soit 35 femmes sur 151 (23%) qui ont choisi la césarienne dans une situation où deux attitudes étaient « possibles ». Le choix du refus de l'épreuve du travail se retrouve en même proportion parmi les primipares et les multipares.

Cinq patientes ont demandé une césarienne en raison d'un vécu traumatique de l'accouchement précédent. Ces femmes devraient pouvoir être repérées lors de l'entretien prénatal précoce, dont on sait par contre qu'il est plus rarement proposé aux femmes multipares [8] [9]. En cas de repérage précoce de cette difficulté, une reprise détaillée du vécu des antécédents obstétricaux par une sage-femme formée à cet exercice [10] a montré sa pertinence dans l'accompagnement adéquat.

Seules deux patientes (multipares) sur 151 sont ici identifiées comme « tocophobiques » en dehors de tout autre contexte obstétrical.

Au total, dans notre étude, la demande maternelle était déterminante pour le choix du mode d'accouchement en césarienne pour près de 30% des femmes (44 sur 151), mais il s'agissait surtout d'un choix dans un contexte obstétrical particulier, où la césarienne peut constituer une option thérapeutique.

D. Conformité

1) Discussion des critères de jugement

a. Conformité des indications

Nous avons choisi pour l'étude de juger les indications conformes si ces dernières étaient citées par la HAS comme étant des indications devant conduire à la réalisation d'une césarienne programmée ou si les indications « discutables » avaient été discutées collégalement lors d'un staff médical. Dans les autres situations, l'indication de la césarienne était jugée dans l'étude « non conforme ».

Cette approche n'était pas réellement pertinente puisque certaines indications de programmation de césarienne, par exemple la contre indication aux efforts expulsifs pour raison ophtalmologique, ou siège associé à un utérus bicatriciel... étaient jugées non conformes alors que la réalisation d'une césarienne était tout à fait justifiée dans ces circonstances. De plus, les recommandations de la HAS ne mentionnent en aucun cas qu'un staff médical doit être exigé pour valider une césarienne programmée.

Cependant, nous avons fait ce choix car aucun groupe d'experts n'était prévu pour donner son avis sur les différentes indications des césariennes programmées à terme, et que la discussion de l'indication entre pairs (en staff) semblait une piste de travail à privilégier dans une approche de réflexion sur la pratique.

Ainsi, les résultats de notre étude en termes de « conformité » des indications ne sont pas à considérer tels quels, il ne s'agit que d'une approche très partielle et discutable, destinée essentiellement à susciter la réflexion.

b. Conformité de l'âge gestationnel de programmation

Le terme choisi pour la césarienne est important pour limiter la survenue des détresses respiratoires néonatales, fréquentes sur césariennes avant travail même après 37 SA, et qui diminuent progressivement en fonction de l'âge gestationnel de naissance.

En ce qui concerne l'âge gestationnel, nous avons fait le choix de retenir la date de programmation et non pas la date de réalisation de la césarienne pour juger de sa conformité. Il est vrai que certaines césariennes ont été réalisées avant la date initialement prévue du fait d'une mise en travail spontanée par exemple, mais cela est indépendant de la volonté du praticien. Nous avons donc jugé conforme l'âge gestationnel si la césarienne était programmée à partir de 39 SA, comme le préconise la HAS.

c. Conformité de l'information délivrée à la patiente

Dans notre étude, les patientes n'étaient pas interrogées directement. Nous ne pouvions donc recueillir que la traçabilité de l'information donnée à la patiente, et non en soi la délivrance ou non d'une information. D'autre part, le recueil de cette donnée était effectué par les praticiens qui remplissaient directement les questionnaires, et nous n'avons pas effectué à notre niveau de retour aux dossiers. Nous pouvons nous interroger sur la qualité de ce recueil.

Nous avons considéré conforme la trace dans le dossier soit d'un entretien d'information, soit de la délivrance d'un document écrit d'information sur la césarienne programmée. Ces documents existent, et un document type est proposé par la HAS [6]. Nous n'avons pas questionné les équipes sur le type de document utilisé dans les maternités pour délivrer l'information. Un document écrit permet de bien formaliser les messages, mais il est vraisemblable qu'il soit souvent ignoré et perdu dans la masse des papiers distribués en cours de grossesse. D'autre part, de nombreuses patientes n'ont pas accès à la lecture et la compréhension courante en français.

Cependant, quand le document est remis, lu et compris, reste-t-il une place pour de nouveaux échanges patient-médecin étayés par les informations écrites ?

2) Discussion des différentes conformités

a. Terme de programmation

Dans cette étude, nous constatons que dans 74% des cas, la césarienne était programmée à partir de 39 SA, conformément aux recommandations de la HAS. Cependant si l'on prend la date de réalisation de la césarienne, ce taux passe à 66%.

Ces résultats sont comparables avec les résultats édités par d'autres réseaux périnatals, en effet, on retrouve 68% de césariennes réalisées après 39 SA dans le réseau périnatal Aquitaine [11] ; 70% pour la clinique Saint Anne maternité d'un Etablissement de Santé Publique d'Intérêt Collectif (ESPIC) de type IIA [12].

Nous pouvons remarquer que les trois césariennes programmées pour placenta prævia ont toutes les trois été programmées avant 39 SA. Cette programmation précoce peut probablement être expliquée par le fort risque hémorragique qu'entraînerait une mise en travail spontanée. Le praticien choisirait alors de programmer la césarienne plus précocement pour diminuer ce risque. La HAS ne prévoit pas dans ses recommandations de bonnes pratiques concernant les césariennes programmées, d'avancer le terme de programmation de la césarienne pour cette indication : y a-t-il un manque de précision dans cette recommandation ?

Dans notre étude, 16% des césariennes pour demande maternelle ont été programmées avant 39 SA. Ce taux paraît plus bas que dans les autres indications, mais les effectifs sont faibles. Ce chiffre de non conformité peut paraître modéré mais, au regard de l'augmentation des détresses respiratoires néonatale constatée pour les césariennes programmées avant 39 SA [7], cette pratique peut paraître risquée.

Enfin, nous avons constaté que lorsque la césarienne avait été programmée à un âge gestationnel conforme, dans plus de 60% des cas l'indication avait été jugée conforme sur nos critères. Par contre, lorsque la césarienne était programmée trop tôt, l'indication avait été jugée conforme dans seulement 47% des cas. Cette différence n'était toutefois pas

statistiquement significative, cependant une autre étude réalisée par le réseau santé périnatal d'Auvergne [13] a montré que lorsque l'indication de césarienne était pertinente, l'âge gestationnel de la césarienne était conforme lui aussi dans plus de 80% des cas alors que lorsque l'indication était jugée non pertinente, l'âge gestationnel était conforme dans seulement 59% des cas, cette différence étant statistiquement significative ($p=0.002$).

La différence avec nos résultats peut probablement s'expliquer par le manque de puissance de notre étude (l'étude d'Auvergne incluait 192 dossiers alors que la nôtre n'en incluait que 151), et la différence des critères de jugement de la conformité de l'indication. Il pourrait ainsi y avoir un lien entre la conformité du terme de programmation et celle des indications : effet « bon élève » des prescripteurs ?

D'autre part, il y a probablement un facteur de confusion statistique, lié à la participation de l'élément « discussion collégiale » dans le critère de jugement « conformité de l'indication ».

b. Information à la patiente

La loi HPST précise le rôle central du patient dans la prise de décisions médicales le concernant. L'information qui lui est donnée est alors capitale pour qu'il puisse choisir en connaissance de cause. Le praticien a ainsi le devoir d'informer les patients et cette information doit être claire, loyale et intelligible. Elle est de surcroît une obligation médico-légale.

Dans notre étude nous avons pu constater que dans seulement 49% des cas, il était retrouvé une trace dans le dossier de cette information.

Cette information était statistiquement plus souvent présente dans les cas d'indication en relation avec une présentation de siège (68%), que dans les cas liés à un utérus cicatriciel (46%), ou une demande maternelle hors siège (43%). Ce taux faible pour les situations de demande maternelle pose question.

De plus, nous avons retrouvé un taux d'information plus faible lorsque l'indication n'était pas conforme, que lorsque l'indication était conforme et ce de façon statistiquement significative (rappelons que la conformité des indications dont nous parlons dans ce paragraphe était établie sur des critères de jugements propres à cette étude).

Cette moins bonne traçabilité de l'information justement dans les circonstances de doute sur l'indication est une donnée qui peut paraître préoccupante car si la césarienne se complique, le praticien qui devra justifier sa prise en charge pourra être tenu comme responsable de ne pas avoir informé sa patiente des risques encourus lors de la réalisation d'une césarienne programmée.

c. Conformité des indications

Globalement, selon le critère de jugement choisi pour l'étude dont nous avons vu qu'il était discutable, les indications des césariennes programmées étudiées étaient pertinentes dans 58% de cas.

Une réelle étude de pertinence des indications aurait nécessité un retour au dossier avec le prescripteur et un groupe d'expert, ce qui n'était pas la méthodologie choisie dans ce travail.

d. Discussion de l'intérêt d'un staff

Les recommandations de la HAS de janvier 2012 concernant les césariennes programmées à terme ne font pas apparaître la nécessité d'une discussion collégiale autour de la prise de décision de la voie d'accouchement. En revanche, la HAS donne un certain nombre d'indications qui sont, (je cite) « discutables au cas par cas ». Il paraît donc judicieux que cette discussion ait lieu en amont de la césarienne, idéalement au sein d'un staff médical.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que les césariennes étaient plus souvent programmées à un âge gestationnel conforme (c'est-à-dire à partir de 39 SA) lorsque celles-ci faisaient l'objet d'une discussion collégiale, cette différence étant statistiquement significative.

En revanche, cette différence significative ne signifie pas qu'un lien de causalité soit présent. En effet, nous pouvons nous poser la question de savoir si cette amélioration de conformité concernant l'âge gestationnel de programmation est l'effet direct de la discussion en staff ou liée au fait que les praticiens qui exercent dans un service où le staff médical est présent seraient soumis globalement à une plus grande exigence dans leur pratique ? En d'autres termes, nous pourrions émettre l'hypothèse d'un effet « comportement vertueux » du staff médical, c'est-à-dire que les praticiens les plus consciencieux feraient la démarche de

présenter leur dossiers de césariennes programmées en staff médical, ce qui pourrait alors expliquer que ce sont ces praticiens qui programment au mieux leurs césariennes.

De même, il existe un lien statistique fort entre la traçabilité de l'information à la patiente et le fait que le dossier ait fait l'objet d'une discussion collégiale. La discussion de la causalité entre ces deux étapes de la prise en charge est la même que ci-dessus. Néanmoins, l'hypothèse d'un bénéfice d'un staff, ou plus généralement d'habitudes de travail collégiales, paraît bien réel, incitant aux bonnes pratiques, comme on le voit pour ces deux types de conformité, information à la patiente et terme de programmation.

L'existence d'un staff régulier avec échanges sur les pratiques entre les membres de l'équipe est donc probablement un atout dans les maternités. Nous avons vu dans l'étude que toutes les maternités participantes n'avaient pas mis en place de staff, mais que d'autre part, le taux de discussion en staff des dossiers quand la possibilité est offerte est très variable. Une des hypothèses pourrait être que la programmation d'une césarienne à terme est considérée comme un acte « banal » dans certaines équipes, qui ne mériterait pas qu'on s'y attarde. Or nous avons vu qu'il existe une forte marge de progression liée à cette pratique. Une autre hypothèse serait que dans certaines équipes, certains praticiens jouent le jeu de la collégialité mais pas d'autres.

En revanche, puisque notre critère de jugement concernant la validité de l'indication de la césarienne programmée incluait la discussion ou non discussion en staff, nous ne pouvons faire aucune hypothèse sur une quelconque influence du staff médical sur la conformité de l'indication.

e. Discussion de l'auto évaluation

Dans l'étude réalisée par le RP2S, nous avons fait le choix que les praticiens puissent évaluer, directement sur le questionnaire qu'ils devaient retourner au réseau, la pertinence des indications de leurs césariennes programmées. Dans seulement 12% des cas le praticien avait jugé l'indication de sa césarienne non pertinente alors que nous avons retrouvé à l'aide de notre critère de jugement que 42% des indications étaient non pertinentes. Il est intéressant de noter, que dans les dossiers où le praticien jugeait la césarienne non pertinente, plus de 70% des cas concernaient une demande maternelle, la moitié concernait

une non coopération de la patiente sur une présentation du siège. On remarque donc que lorsque le praticien jugeait la césarienne qu'il avait lui-même programmée comme non pertinente cela découlait en majeure partie d'un désaccord entre la décision de la patiente et celle du médecin.

On peut se demander si tout a été tenté en ante partum dans le dialogue entre le prescripteur et la patiente pour réussir à comprendre les motifs sous-tendant la décision de la patiente et ainsi de pouvoir l'accompagner vers une acceptation de l'accouchement voie basse qui paraissait dans ces cas, aux yeux du praticien, la meilleure option.

Dans notre étude, nous avons vu que globalement, les obstétriciens estiment que la décision de la mère si elle ne veut pas accoucher voie basse est licite. Par contre, parmi leurs césariennes qu'ils jugent eux-mêmes non pertinentes, ce sont rarement leurs propres indications, mais bien des demandes maternelles qui ressortent.

f. Pratiques selon les types de maternité

En raison du petit nombre d'établissements participant à cette étude, avec notamment une seule maternité de type III et de type IIB, il n'est pas possible de discuter des pratiques concernant les césariennes programmées en fonction du type de maternité. Les résultats seraient plus en faveur de différences liées à la maternité en elle-même, effet « centre », plutôt qu'au type. Une étude régionale ou nationale répondrait à mieux à ces questions.

E. Conclusion de la discussion et pistes pour le futur

1) Objectifs du mémoire

Notre objectif était d'évaluer la conformité des césariennes programmées à terme par rapport aux recommandations de la HAS. Nous avons donc décrit la conformité des césariennes programmées à terme en analysant trois points différents. Dans un premier temps, nous avons analysé la pertinence de l'indication, dans cette analyse était incluse la présence ou non d'une discussion collégiale. Dans un deuxième temps, nous avons analysé

la conformité du terme auquel était programmée la césarienne. Enfin, nous avons analysé si une information avait été donnée à la patiente sur les données tracées dans le dossier médical. Pour finir, des résultats globaux ont été calculés. Nous pouvons donc dire que près des 3/4 des césariennes programmées étaient conformes pour l'âge gestationnel de programmation, moins de la moitié sur la traçabilité de l'information délivrée à la patiente, et moins de six sur 10 conformes en termes de pertinence de l'indication selon le critère de jugement de l'étude. 37% seulement des dossiers étaient conformes à la fois en terme de date de programmation et information à la patiente, et 28% sur les trois critères à la fois.

Néanmoins, afin de préserver l'éthique du travail en réseau « entre pairs », notre évaluation de la conformité des indications n'a volontairement pas fait appel à un « avis d'expert » ni au retour aux dossiers, mais a intégré la présence ou non d'une discussion collégiale. Il ne s'agit donc que d'une approche très partielle et discutable, destinée essentiellement à susciter la réflexion.

Notre objectif secondaire était de connaître l'avis des praticiens concernant leurs propres indications de césariennes. Nous avons pu mettre en avant que les praticiens qui réalisaient les césariennes programmées mettaient rarement en cause leurs indications (12% des cas), et dans ces cas, le plus souvent lorsque la césarienne était réalisée sur demande maternelle.

2) Objectifs de l'étude fixés par le RP2S

L'objectif principal de cette étude pour le réseau périnatal était différent de celui de ce mémoire, en effet, il consistait essentiellement à ce que les équipes obstétricales puissent s'interroger sur leurs pratiques de travail. C'est pourquoi il avait été choisi de faire participer directement les praticiens en leur faisant remplir le questionnaire. Pour ce faire, il a été demandé aux praticiens d'auto-évaluer leurs propres indications pour pouvoir continuer cette démarche de réflexion autour de la programmation de leurs césariennes. De plus, la construction du questionnaire permettait de faire un rappel des différentes indications retenues par les recommandations de la HAS.

Cette méthodologie nous a paru plus adaptée pour répondre à l'objectif qu'une étude rétrospective avec retour aux dossiers où les praticiens n'auraient pas été directement acteurs.

3) Pistes d'améliorations

Pour améliorer les pratiques sur les césariennes programmées et pour en faire diminuer le taux, certaines actions doivent être poursuivies et d'autres pourraient être mises en place.

Le suivi des indicateurs grâce aux tableaux de bord tenus par les réseaux périnataux, ainsi que leur présentation pendant les journées du réseau, doivent être poursuivies. Une étude avant/après pourrait être réalisée pour constater un éventuel changement des pratiques, mais cela concernerait uniquement un taux brut.

Un effort pourrait être porté sur le terme de programmation, cela pourrait être la base pour une réflexion collective entre équipes obstétricales mais aussi pédiatriques. Des retours sur dossiers pourraient être envisagés, ou la présentation en RMM de cas de détresses respiratoires néonatales sévères en cas de césarienne programmée avant 39 SA, afin de sensibiliser les équipes à ce risque.

Un gros travail reste à faire sur la traçabilité de l'information donnée à la patiente. Un système de cases à cocher, lors de la remise d'un document d'information ou lors de l'entretien d'information à la patiente, pourrait être créé dans les dossiers médicaux.

La pratique régulière d'une discussion collégiale en staff des dossiers pourrait aussi être recommandée. Nous avons mis en évidence un lien statistique entre discussion collégiale et, à la fois, un meilleur terme de programmation et une meilleure traçabilité de l'information délivrée aux patientes. Des études supplémentaires seraient nécessaires pour en préciser l'importance.

Concernant les césariennes pour demande maternelle, un suivi et un accompagnement spécifique pourraient être mis en place pour ces patientes, quand il s'agit de reprendre des antécédents de vécu d'accouchements antérieurs, ou dans les rares cas de tocophobie. En effet, ces situations doivent être repérées lors des consultations anténatales ou lors de

l'entretien prénatal précoce, et une prise en charge devrait être envisagée à la fois pour améliorer la sécurité psychologique des patientes et diminuer le recours aux césariennes. C'est par ailleurs ce que recommande la HAS. Pour les autres cas de demande maternelle, qui sont les plus nombreux, il s'agit de femmes préférant ne pas tenter l'épreuve du travail proposée par l'obstétricien, c'est alors le dialogue avec l'obstétricien et l'information à la patiente qui prennent toute leur importance.

Une fiche devrait être mise à disposition des praticiens où il serait demandé lors de la programmation de la césarienne de noter l'indication, le terme de programmation ainsi que l'information donnée à la patiente. Cette fiche pourrait faire l'objet d'une présentation au staff médical, celui-ci donnerait ou non son approbation, ce consentement du staff médical serait colligé sur cette même fiche. Enfin, cette fiche serait placée directement dans le dossier médical de la patiente, accompagnée des comptes-rendus opératoires précédents en cas d'utérus cicatriciel. Le réseau périnatal pourrait proposer cet outil.

Pour finir, nous retrouvons dans notre étude que les indications de césariennes programmées, notamment chez les multipares, étaient dans la majorité des cas liées à un utérus cicatriciel. Donc pour diminuer le taux de césariennes programmées, il paraît indispensable d'essayer de limiter au maximum le recours à la première césarienne. En termes de premières césariennes « programmées », c'est surtout autour de la prise en charge des patientes avec présentation de siège qu'une réflexion pourrait avoir lieu, utilisant les outils de la HAS.

V. CONCLUSION

La HAS a proposé avec ses nouvelles recommandations des outils permettant la réflexion des professionnels sur leurs pratiques.

Notre étude, portant sur 151 césariennes programmées effectuées dans sept maternités volontaires a permis de réaliser une photographie des pratiques au sein du réseau périnatal RP2S. Les césariennes en lien avec un utérus cicatriciel représentent la première indication pour l'ensemble des césariennes (et 59% chez les multipares), alors que les indications en rapport avec une présentation de siège, représentent 60% des indications chez les primipares.

En réponse à l'objectif principal de l'étude, nous retrouvons un taux de conformité des indications à 58%, au regard des critères de jugement choisis pour cette étude, alors que les praticiens estiment leur indication pertinente dans 88% des cas. Afin de préserver l'éthique du travail en réseau « entre pairs », notre évaluation n'a volontairement pas fait appel à un « avis d'expert », ni au retour aux dossiers, mais a intégré la présence ou non d'une discussion collégiale. Il ne s'agit donc que d'une approche très partielle de la conformité des indications, destinée essentiellement à susciter la réflexion.

D'autre part, la césarienne était programmée trop tôt (avant 39 SA) dans 26% des cas.

La traçabilité de l'information aux patientes était médiocre, retrouvée dans seulement 49% des cas, et moins souvent présente lorsque l'indication n'était pas conforme selon nos critères, ou en cas de demande maternelle. En parallèle, nous repérons que le choix des patientes a joué un rôle important dans la décision du mode d'accouchement : 23% des césariennes dans cette étude. La qualité du dialogue patient-médecin, l'information factuelle sur la balance bénéfices/risques prend ici toute son importance. Ce point est difficile à évaluer. Quoi qu'il en soit, la traçabilité de l'information dans le dossier médical est une obligation à laquelle tout professionnel doit adhérer, d'autant plus dans le contexte médico-légal actuel. Ceci constitue une première piste d'amélioration dans les maternités du RP2S.

Un second axe d'amélioration tient dans la discussion collégiale (staff médical), qui pourrait promouvoir la conformité des pratiques professionnelles, en obstétrique comme dans les autres disciplines. Nous avons mis en évidence un lien entre discussion collégiale et, à la fois, un meilleur terme de programmation et une meilleure traçabilité de l'information délivrée aux patientes. Nous attendons également du staff, avec un consensus d'équipe fondé sur une réflexion collective, continuité et sécurité dans la prise en charge, tant pour la patiente que pour les équipes.

Néanmoins, c'est bien la diminution du recours à la première césarienne, et, en terme de césariennes programmées, une réflexion sur la prise en charge des présentations de siège, qui aurait le plus d'impact sur le taux de césariennes programmées à terme.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Blondel B ; Kermarrec M

Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques,
La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale
périnatale. Etudes et Résultats.

Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques,

[2] Baubeau D ; Buisson G

La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001. Etude et résultats
Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques ; 2003

[3] National institute for health and clinical excellence. Caesarean section. London: RCOG
Press; 2004 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29334/29334.pdf>.

[4] Viswanathan M ; Visco AG ; Wechter ME ; Gartlehner G ; Wu JM ; et al

Caesarian delivery on maternal request.

AHRQ : 2006. <http://ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cesarean/cesarreq.pdf>.

[5] HAS. Indications des césariennes programmées à terme. Janvier 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indications_cesarienne.pdf.

[6] HAS. Indications des césariennes programmées à terme - information patient. Janvier
2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_fiche_de_synthese_-_information.pdf.

[7] HAS. Indication de la césarienne programmée à terme, Janvier 2012, méthode
recommandations pour la pratique clinique ; argumentaire scientifique.

[8] Gaillard-Serusclat I.

Entretien prénatal précoce : état des lieux de la proposition et de la réalisation dans le RPAI
Diplôme d'Etat de Sage-femme : Université Joseph Fourier, Département de maïeutique ;
2013.

[9] RIGAUD C.

Entretien prénatal précoce, rôle du médecin généraliste et interaction avec les structures
de périnatalité et le RP2S

Université Claude Bernard : thèse de médecine ; 2012

[10] Roegiers L ; Molénat F

Stress et grossesse. Quelle prévention pour quel risque.

ERES ; 2011

[11] Dr Trebesses Christine ; Magnen Dominique

Restitution revue de pertinence césarienne programmée,

Réunion réseau périnat/CCECQA ; 26 novembre 2013

[12] Sharaf. F; Riebert, M

HAS, Les conditions de mise en œuvre des recommandations sur la pertinence des soins et des actes.

Rencontres régionales ; 25 Mars 2014 ; Strasbourg ; France.

[13] Vendittelli F ; Tassie M-C ; Lémery D.

Pertinence des césariennes programmées au sein du réseau de santé périnatal d'Auvergne, Clermont Université ; Université d'Auvergne ; CHU de Clermont-Ferrand : 2013.

ANNEXES

15	Primo-infection herpès > 35 SA	
16	Co infection VIH-VHC	
17	En application d'un protocole de l'établissement ou d'un réseau périnatal ? <i>Précisez obligatoirement lequel :</i>	
18	Sur demande maternelle (convenance) ?	
	<i>Précisez obligatoirement :</i> <input type="checkbox"/> ATCD de traumatisme obstétrical (selon le vécu de la patiente) <input type="checkbox"/> Préfère ne pas tenter l'épreuve du travail <input type="checkbox"/> Tocophobie (peur irraisonnée de l'accouchement) <input type="checkbox"/> Autre à détailler :	
19	Autre indication (maternelle et/ou fœtale) ou commentaire(s)	
	<i>Précisez :</i>	

- Discussion de l'indication de césarienne en STAFF

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Si non, précisez obligatoirement le motif (exemple : pas de staff) :</i>	

- Selon vous, l'indication de cette césarienne était-elle pertinente à priori ?

L'indication est à apprécier avec les critères disponibles en anténatal

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Commentaires éventuels :</i>	

- Information de la patiente :

Entretien d'information sur la césarienne tracé :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Remise d'un document d'information tracé :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Détaillez si vous le souhaitez :</i>		



Etude CESARIENNES PROGRAMMEES A TERME

Guide de remplissage pour les maternités

La fiche de recueil est à remplir pour toutes les césariennes programmées réalisées à partir de 37 SA.

Items	Explications
Si grossesse multiple, cocher la case ci-contre et ne pas remplir le reste de la fiche	la fiche doit tout de même être renvoyée telle quelle à la coordination.
Trois 1 ^{ères} lettres nom patiente	Ces informations ne seront pas conservées (fiches anonymisées).
Date de naissance de la mère	Format : JJ/MM/AA Ne pas noter l'âge sans date de naissance.
Taille maternelle (cm) Poids en début de grossesse (kg)	Noter NR si l'information n'est pas trouvée dans le dossier.
Date de début de grossesse	Format : JJ/MM/AA Ne pas indiquer la date des dernières règles.
Date prévue de la césarienne Date effective de la césarienne	Pour les césariennes réalisées avant la date initialement prévue, indiquer la date effective de la césarienne ainsi que la date qui était prévue.
Indications de la césarienne	Plusieurs indications peuvent être cochées et le cas échéant, toutes les indications présentes doivent être cochées.
Discussion de l'indication de césarienne en STAFF	Cochez la case « oui » si la décision de la césarienne a été prise de façon collégiale.
Selon vous, l'indication de cette césarienne était-elle pertinente à priori ?	L'indication est à apprécier avec les critères disponibles en anténatal. Cet item est à remplir au mieux par le prescripteur de la césarienne ou à défaut par l'opérateur de la césarienne.
Information de la patiente Entretien d'information sur la césarienne tracé Remise d'un document d'information tracé	Ne cochez « oui » que si une trace existe dans le dossier.



Etude CESARIENNES PROGRAMMEES A TERME

Informations pratiques pour les maternités

Personnes en charge de l'étude :

Dr E Decroisette, Dr G Théry, Dr D Beaudouin, Dr C Dubois, T Pettini (Elève Sage-Femme)

Contacts : emmanuel.decroisette@ch-chambery.fr et thomaspettini@gmail.com

Objectifs de l'étude

Demande de l'HAS et de l'ARS. Cette étude est menée sous l'égide du RP2S, elle fera l'objet d'un mémoire de Sage-femme.

Objectif principal de l'étude :

- Permettre aux équipes de s'interroger sur les indications de césariennes au regard des recommandations HAS de janvier 2012.

Objectifs secondaires de l'étude :

- Disposer d'une photographie des indications des césariennes programmées au niveau du réseau RP2S et selon le type de maternités.
- Evaluer la traçabilité de l'information aux patientes.

Le recueil

Le recueil prospectif est à effectuer au staff, au mieux par le prescripteur de la césarienne ou à défaut par l'opérateur de la césarienne.

Dans chaque équipe, le référent local de l'étude est responsable de l'exhaustivité du recueil, de la collecte ainsi que de l'envoi des questionnaires qui peut être réalisé selon 3 modalités :

- Recueil sur fiche papier scannée puis renvoyée par mail à l'adresse suivante : rp2s@ch-chambery.fr
- Faxée au 04 56 80 82 40
- Envoi par courrier postal à l'adresse suivante :

RESEAU PERINATAL DES 2 SAVOIE
Centre Hospitalier - BP 31125 - 73011 CHAMBERY Cedex

NB : chaque maternité devra imprimer ses propres questionnaires

Calendrier

L'étude débute le **2 septembre 2013**. Chaque maternité s'engage pour une durée de recueil de 3 mois. La durée pourra être prolongée d'1 mois si le nombre de dossiers est insuffisant.

Un rendu des résultats globaux sera effectué à l'occasion de la journée annuelle du réseau le jeudi 20 février 2014 à Annecy.

Les maternités participantes seront informées mensuellement de l'avancée des inclusions puis des résultats la concernant.

Documents

Grille de recueil et guide de remplissage à votre disposition.

RESUME

Introduction

La HAS a proposé récemment des outils d'évaluation portant sur la pertinence des césariennes programmées.

L'objectif de l'étude était d'évaluer la conformité au regard des recommandations de la HAS.

Matériel et méthodes

Dans ce but, le réseau a construit une grille de recueil de données. Une évaluation de la conformité était effectuée *a posteriori*, volontairement sans avis d'expert.

Un recueil prospectif sur une période de trois mois (septembre à novembre 2013) a été proposé aux maternités volontaires du RP2S.

Résultats

Les indications en rapport avec un utérus cicatriciel représentaient la première cause pour l'ensemble de l'échantillon (soit 44%), et 59% chez les multipares. Les césariennes réalisées pour présentation du siège représentaient la seconde indication (27% des citations pour l'ensemble de l'échantillon), mais 60% chez les primipares.

Nous avons retrouvé un taux de conformité des indications à 58% alors que les praticiens estimaient leur indication pertinente dans 88% des cas.

26% des césariennes étaient programmées avant 39 SA, et 34% ont été réalisées effectivement avant 39 SA.

L'information de la patiente était effective dans 49% des cas.

Nous retrouvons des liens statistiquement significatifs entre la discussion collégiale et la conformité du terme de programmation, ainsi qu'entre discussion collégiale et traçabilité de l'information.

Conclusion

Alors que les patientes prennent une part importante dans le choix du mode d'accouchement, le défaut de traçabilité de l'information pose question.

Le staff médical pourrait promouvoir la conformité des pratiques professionnelles.

Néanmoins, c'est bien la diminution du recours à la première césarienne, et, en terme de césariennes programmées, une réflexion sur la prise en charge des présentations de siège qui aurait le plus d'impact sur le taux de césariennes programmées à terme.