## AIX MARSEILLE UNIVERSITE Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

## Evaluation et pertinence des césariennes programmées à terme à l'APHM.

Présenté et publiquement soutenu devant l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 25 Avril 2016

Par

BEAULIER Héloïse Née le 14/09/1992 A Marseille

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Directeur de mémoire : TARDIEU Sophie Praticien Hospitalier en santé publique Service d'évaluation médicale - APHM

## Ecole Universitaire Marseille Méditerranée Université Aix Marseille

# Evaluation et pertinence des césariennes programmées à terme à l'APHM.

## Beaulier Héloïse 14/09/1992

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme Année universitaire 2015-2016

<ul> <li>Validation session juin 2016  Mention: □ Félicitations du jury □ Très bien □ Bien □ Assez bien □ Passable</li> <li>Validation session septembre 2016</li> </ul>	
Visa de l'école	

# Evaluation et pertinence des césariennes programmées à terme à l'APHM.

## Remerciements

J'adresse un grand merci à ma directrice de mémoire, Mme Sophie Tardieu pour son implication, sa disponibilité et son aide précieuse.

Je remercie également le Dr Heckenroth pour ses conseils avisés et son implication.

Je remercie la maternité de la Conception (notamment Mme Willigens et Mme Gilbertas) et la maternité de l'Hôpital Nord de m'avoir accueilli dans leurs locaux et d'avoir participé à cette étude.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'EU3M pour leur soutien et leurs conseils.

Je remercie chaleureusement ma famille, ma mère qui croit en moi et ne cesse de me pousser vers le haut malgré la difficulté de ces études.

Pour finir, un grand merci aux Chicas pour leur soutien infaillible et leur amitié. Je suis fière de dire que ces futures sages-femmes extraordinaires sont mes amies. Longue vie à nos futurs projets.

## **Sommaire**

Introduction	1
Matériels et Méthode	4
Résultats	10
Analyse et discussion	26
Conclusion	35

## Introduction

En obstétrique les principales causes directes de morbidité et de mortalité maternelles selon l'OMS sont les hémorragies, les infections, l'hypertension artérielle, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et la dystocie, c'est à dire les complications survenant lors de l'accouchement. [1]

La césarienne est une intervention chirurgicale au niveau de l'abdomen et de l'utérus qui permet l'accouchement. L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie locorégionale (rachianesthésie ou péridurale). Une césarienne est dite programmée lorsqu'elle non liée à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail\* ou au cours du travail.

Depuis 20 ans, l'un des rares progrès significatifs réalisés en obstétrique porte sur l'amélioration de la sécurité autour de la césarienne programmée. Deux facteurs majeurs y ont concouru : d'une part, l'amélioration et la simplification des techniques opératoires réduisant les risques hémorragiques, infectieux et adhérentiels ; d'autre part, les progrès considérables de l'anesthésie avec l'avènement de l'analgésie locorégionale, de la surveillance en salle de réveil, de l'antibioprophylaxie, de la thromboprophylaxie. [2]

Cependant la césarienne n'est efficace (c'est-à-dire pertinente) pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés seulement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale. La césarienne n'est pas une option de confort dénuée de risques. Pas toujours bien vécue par les femmes, cette opération entraîne des suites de couches plus difficiles, une cicatrice sur l'utérus, donc un risque plus grand de rupture lors d'un accouchement ultérieur, et plus de complications éventuelles pour la mère lors de la grossesse suivante ainsi que plus de risques de maladie cœliaque, d'asthme et de surpoids de l'enfant. [3] Pour l'enfant à naître, c'est le terme qui importe.

Les indications médicales<sup>1</sup> classiques de césarienne sont bien connues et admises par les praticiens : césarienne pendant le travail pour dystocie, état fœtal non rassurant ou césarienne programmée pour pathologie fœtale et maternelle.

La césarienne programmée à terme est une césarienne planifiée, en général, aux alentours de 39 semaines d'aménorrhée\* (SA) et non liée à une situation d'urgence, apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail. [4-5]

Bien que le chiffre idéal du taux de césarienne reste inconnu, ce taux n'a cessé d'augmenter dans les pays industrialisés depuis la fin des années 70. En France en 2010, près d'une femme sur cinq accouche par césarienne. Le taux de césariennes est de 21 %. Ce qui est plus élevé qu'aux Pays-Bas, en Finlande ou en Islande (15 %), mais inférieur à celui des Etats-Unis (32 %). Parmi ces 21 % de césariennes, on retrouve en moyenne 11,3 % de césariennes programmées avec des disparités entre les départements et selon le type des établissements considérés (variation de 2 à 20 %). [6]

Le coût d'une césarienne pour grossesse unique sans complication significative est de 4 077 € avec 2 811 € payé par l'Assurance Maladie (tarif 2014). [7]

En janvier 2012, la HAS a publié ses dernières recommandations de bonne pratique concernant les indications de césarienne programmée à terme. [8]

En 2014 face à l'hétérogénéité des pratiques, aux risques associés et aux coûts de prise en charge, une expérimentation pilote a été lancée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), les Agence Régionale de Santé (ARS) et la Haute Autorité de santé (HAS) avec pour objectif d'évaluer et d'optimiser la pertinence des césariennes programmées à terme.

Ces institutions ont déployé cette démarche dans 165 maternités françaises volontaires. La démarche expérimentale a ainsi permis de partager les outils adaptés par les équipes et les témoignages sur les facteurs de succès et les difficultés rencontrées pour mener à bien l'évaluation. [9]

Suite à cette expérimentation et dans le cadre des évaluations de pratiques menées par le Réseau Méditerranée il a été décidé de faire un état des lieux des pratiques auprès des maternités du Réseau Méditerranée.

2

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> L'indication médicale est l'action que le personnel médical estime le plus approprié dans une situation.

Présidé par le Pr Bretelle, ce Réseau (PACA, Corse et Monaco) a plusieurs missions notamment la synthèse des données épidémiologiques par la réalisation d'enquêtes épidémiologiques spécifiques (ainsi que des évaluations des pratiques) avec mise en place de recueils de données spécifiques. Le Réseau permet également la rédaction des référentiels régionaux de bonne pratique et l'édition des documents d'information à destination des femmes enceintes et de leur entourage.

Au niveau des différentes maternités de la région PACA (Provence Alpes Côte d'Azur), membres du Réseau Méditerranée, nous avons constaté un manque d'harmonisation des pratiques concernant les indications de césarienne programmée à terme : les taux de césarienne programmée entre les différents établissements de santé sont différents pour un même niveau de maternité. [10]

Afin d'apprécier si les maternités posaient des indications conformes aux nouvelles recommandations de la HAS, nous avons choisi d'évaluer la pertinence de ces indications. Notre étude s'est intéressée essentiellement aux deux maternités : Nord et Conception de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM). Nous avons donc réalisé, dans un premier temps une étude pilote avant la généralisation, dans un second temps, à l'ensemble des maternités de la région PACA.

On précise qu'une revue de pertinence est une méthode d'évaluation validée par la HAS reposant sur un approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. [11]

La question de recherche est « Quelle est la pertinence des césariennes programmées à terme à la maternité de la Conception et de l'Hôpital Nord ? ».

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la pertinence des indications de césariennes programmées à terme.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles ayant pour but l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'une meilleure efficience des dépenses de santé. La finalité du travail est donc d'améliorer l'analyse obstétricale conduisant à poser l'indication de la césarienne.

## Matériels et Méthode

## Objectifs de l'étude

Objectif principal : Evaluer la pertinence des indications de césariennes programmées à terme.

## Objectif secondaire:

 Réaliser un état des lieux des pratiques en matière d'indications de césarienne programmée à terme, par rapport aux recommandations de la HAS publiées en Janvier 2012.

#### Finalité du travail:

- Améliorer l'analyse obstétricale conduisant à poser l'indication de la césarienne en questionnant puis se positionnant sur des initiatives en faveur d'une amélioration des pratiques (optimiser la pertinence des césariennes programmées à terme).

## Choix du référentiel d'évaluation

L'étude s'appuie sur les recommandations de bonne pratique publiée par la HAS en Janvier 2012 : « Indications de la césarienne programmée à terme » [8] et sur les recommandations du CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France). [4]

## Lieu et durée de l'étude

L'étude a été réalisée au sein de l'APHM, à la maternité de l'Hôpital Nord et de la Conception. Ces deux maternités sont des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de niveau trois\*.

L'étude s'est déroulée sur cinq mois, de Février à Juin 2015.

## Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sous la forme d'un audit de dossier. La grille de recueil a été renseignée pour chaque patiente à partir de son dossier obstétrical, permettant de relever les indications de césarienne tracées.

## Population étudiée

La population de l'étude est définie comme suit :

#### Critères d'inclusion:

- Césarienne réalisée entre le 1<sup>er</sup> Janvier et le 31 Décembre 2014.
- Les indications de césarienne programmée à terme (≥ 37 SA), non liée à une situation d'urgence.
- Grossesse monofoetale.
- Grossesse gémellaire bichoriales biamniotiques\*.

#### Critères d'exclusion :

- Les césariennes programmées, réalisées en urgence antérieurement à la date initialement prévue.
- Les indications de césarienne liée à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail après une tentative de voie basse.

#### Critères de non inclusion :

- Les grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques\*.
- Les grossesses gémellaires monochoriales monoamniotiques\*.
- Les autres grossesses multiples.
- Les indications d'une césarienne programmée avant terme (< 37 SA).

Echantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude a été constitué par un tirage au sort de 80 dossiers par

maternité sur la totalité des dossiers inclus pour la période d'étude. Les dossiers ont

été tirés au sort par le Département d'Information Médicale de l'APHM. Le nombre de

dossiers tirés au sort par maternité a été déterminé au regard du nombre

d'accouchement réalisé par la maternité, de l'expérimentation nationale et de la

faisabilité de l'étude.

Outil de recueil

Une grille d'audit standardisée a été créée en couplant des outils utilisés dans

l'expérimentation nationale :

Une grille évaluant la conformité des pratiques de césarienne (grille du Réseau

Sécurité Naissance\*, annexe I).

- Une grille évaluant la pertinence des césariennes programmées à terme (grille

du Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en

Aquitaine\* (CCECQA), annexe II)

Les données recueillies sont :

a- Profil de la mère :

Profil mère : Gestité/Parité\*

Accouchement : Terme et indication(s) de la césarienne

b- Les critères de conformité des pratiques d'indications de césarienne :

> L'information de la femme enceinte

- L'utérus cicatriciel\* par antécédent de césarienne

- La présentation du siège\*

- La macrosomie\* hors diabète ou liée au diabète

- L'antécédent de dystocie des épaules\*

- La césarienne sur demande

- Les indications de fréquence plus rare

- La grossesse gémellaire bichoriale biamniotique

- Le virus du SIDA, de l'hépatite C et de l'herpès

6

- c- Les critères de pertinence et règles de décision :
- 18 critères cliniques de pertinence ont été définis comme suit (basés sur les recommandations du CNGOF [4]) :
  - Age gestationnel\*: En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoetales ou avant 38 SA pour les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques.
  - Critère 1a : En cas d'antécédent d'une césarienne, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse sauf en cas d'utérus avec cicatrice corporéal\*.
  - Critère 1b : En cas d'antécédents de trois césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée.
  - Critère 1c : Dans les autres situations dont l'utérus bicicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas.
  - Critère 2 : Dans le cas d'une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en siège, les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre.
  - En cas de présentation par le siège, après évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse, il est recommandé de réaliser une césarienne programmée dans les situations suivantes :
  - Critère 3a : Confrontation défavorable entre la pelvimétrie\* et l'estimation des mensurations fœtales.
  - Critère 3b : Déflexion persistante de la tête fœtale.
  - Critère 3c : Non coopération de la patiente.
  - Critère 4a : La césarienne programmée est recommandée en cas de poids fœtal estimé supérieur ou égal à 5 000 g.
  - Critère 4b : En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 500 g et 5 000 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas.
  - Critère 4c : En présence d'un diabète, la césarienne programmée est recommandée en cas d'estimation du poids fœtal supérieur ou égal à 4 500 g.
  - Critère 4d : En présence d'un diabète et en raison de l'incertitude de l'estimation du poids foetal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 250 g et 4 500 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas en tenant compte des autres critères liés à la pathologie.

- Critère 4e : En cas de suspicion de macrosomie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée.
- Critère 5a : Il est recommandé de réaliser une césarienne programmée en cas de charge virale supérieure à 400 copies VIH/ml.
- Critère 5b : Dans le cas d'une charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/ml une discussion entre le gynécologue-obstétricien et l'infectiologue est nécessaire si la cinétique de la charge virale est croissante, une césarienne programmée est proposée.
- Critère 5c : Dans le cas d'une co-infection VIH/VHC (Virus Immunodéficience Humaine/Virus Hépatite C), la césarienne programmée est recommandée en raison de l'augmentation du taux de transmission maternofoetale du VHC.
- Critère 6 : Si une primo-infection herpétique se déclare après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39 SA en raison du risque d'herpès néonatal.
- Critère 7 : Il existe des situations à risques pour lesquelles la césarienne programmée est nécessaire : placenta prævia\* recouvrant.
- Critère 8 : Il existe par ailleurs des situations variées et plus rares où la réalisation d'une césarienne programmée est à discuter au cas par cas : Présentation vicieuse dont transverse, malformations fœtales et fœtopathies (anasarque, hernie diaphragmatique, thrombopénie fœtale, omphalocèle, laparoschisis, etc.), antécédents et pathologies maternelles intercurrentes (ex : accident vasculaire cérébral, etc...), problèmes périnéaux (antécédents de périnée complet compliqué\*, cure de prolapsus et/ou incontinence urinaire, etc...), risque hémorragique (placenta praevia non recouvrant), ou obstacles praevia (kystes ovariens et fibromes utérins).

Chaque indication de césarienne a ensuite été classée par degré de pertinence :

**Pertinente** : la césarienne programmée respecte l'âge gestationnel recommandé et répond à au moins un critère de pertinence.

Non pertinente mais justifiée: la césarienne programmée ne répond pas aux critères de pertinence mais elle a été jugée nécessaire selon l'avis de l'évaluateur: sa décision est alors argumentée au regard des éléments retrouvés dans le dossier patient. La réflexion bénéfice/risque qui a amené à réaliser la césarienne avant 39 SA (ou 38 SA pour les grossesses gémellaires bi choriales bi amniotiques) ou en dehors des indications recommandées doit être tracée dans le dossier.

Non pertinente non justifiée : la césarienne programmée est considérée comme non pertinente au regard des critères de pertinence et n'est pas justifiée par l'avis de l'évaluateur.

## Saisie et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies sous le logiciel Excel. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel PASW/SPSS version 17.0. Une procédure d'anonymisation des données a attribué à chaque individu un numéro. Une table de correspondance est disponible, distincte de la base d'exploitation. Seul le numéro est saisi dans la base de données informatique. Une analyse descriptive a été conduite sur l'ensemble des données de l'échantillon. Les variables catégorielles ou ordinales sont décrites par le nombre et pourcentage de chaque modalité.

## Résultats

Dans cette étude pilote nous avons donc analysé 160 dossiers au total tirés au sort sur une période de six mois (80 dossiers dans chaque maternité).

La population de notre étude représentait donc 2,7 % des accouchements à la Conception et 3,2 % à l'Hôpital Nord. Elle représentait aussi 42,5% des césariennes programmées à la Conception et 57,5 % à l'Hôpital Nord.

	Conception	Nord	APHM
Nombre total			
d'accouchements	2 966	2 474	5 440
Nombre total de			
césariennes	747 (25,2 %*)	553 (22,3 %*)	1 300 (23,8 %*)
Nombre total de			
césariennes	188 (6,3 %**)	139 (5,5 %**)	327 (11,8 %**)
programmées			

Tableau 1 : Chiffres de l'année 2014 pour les deux maternités étudiées.

Dans un premier temps nous présenterons les résultats descriptifs des pratiques de césarienne programmées à terme (la grille de recueil du réseau) et dans un second temps, les résultats de pertinence des césariennes programmées à terme (grille de recueil du CCECQA).

<sup>\*:</sup> sur le total des accouchements

<sup>\*\* :</sup> sur le total des césariennes

## A- Description des pratiques - Résultats obtenus par la grille du Réseau

## 1- CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DE LA POPULATION

Conformément aux critères d'inclusion, ont été inclus les dossiers des patientes dont le terme de la césarienne programmée était entre 37 et 41 SA. Le terme moyen est autour de 38 SA dans les deux maternités.

Classe de terme	Maternité		Maternité		APHM	
	N	Nord		Conception		
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
[37 SA]	3	3,8	10	12,5	13	8,1
[38 SA]	7	8,8	28	35,0	35	21,9
[39 SA]	64	80,0	39	48,8	103	64,4
[40 SA]	6	7,5	3	3,8	9	5,6
Total	80	100%	80	100%	160	100%
Terme moyen	Mate	ernité	Mate	ernité	AP	'HM
(moy +/- ET)	N	ord	Conc	eption		
	38.9 +	·/- 0.5	38.4	+/- 0.8	38.7	+/- 0.7

<u>Tableau 2</u>: Classe de termes et termes moyen pour Nord, Conception et APHM.

En majorité ce sont des multipares (86,3 %), avec des taux quasiment identiques pour les deux maternités.

Parité		ernité ord		ernité eption	AP	HM
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Primipare*	13	16.3	9	11.3	22	13.8
Multipare*	67	83.8	71	88.8	138	86.3
Total	80	100%	80	100%	160	100%

<u>Tableau 3</u>: Parité pour Nord, Conception et APHM.

## 2- INFORMATION DE LA FEMME ENCEINTE

Une traçabilité de l'information délivrée était dans 28 dossiers sur 160 (17 %).

		Maternité Nord (n=80)	Maternité Concep- tion (n=80)	APHM (n=160)
		OUI	OUI	OUI
2 a	Présence dans le dossier médical des éléments d'information communiqués à la femme enceinte : indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation	18.8% (15)	16.3% (13)	17.5% (28)
	L'information délivrée à la femme enceinte comprend :			
2 b	L'existence d'événements pouvant intervenir avant ou pendant le travail et susceptibles de modifier le mode d'accouchement initialement programmé	1.3% (1)	15% (12)	8.1% (13)
2 c	<u>Si grossesse monofœtale</u> (n=78+78) En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofœtales	1.3% (1)	14.1% (11)	7.7% (12)
2 d	Balance bénéfices/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse dans sa situation particulière	2.5% (2)	18.8% (15)	10.6% (17)
2 d	La césarienne augmente les risques de complications pour les grossesses futures (placenta prævia, placenta accreta)	0	15% (12)	7.5% (12)
2 d "	La césarienne augmente les accidents thromboemboliques veineux*	0	15% (12)	7.5% (12)

<u>Tableau 4</u> : Information délivrée à la femme enceinte concernant le mode d'accouchement et les conséquences de la césarienne.

## 3- INDICATIONS

La première indication de césarienne programmée est l'utérus cicatriciel (117 patientes sur 160 donc 73 %). Puis il y a la présentation du siège (21 %) et la suspicion de macrosomie (15 %).

Indications césarienne	Nord	Maternité	AP-
(indications isolées)	Maternité	Conception	НМ
	Nb	Nb	Nb
Utérus cicatriciel	55 (69%)	62 (77%)	117
			(73 %)
Présentation par siège	19	15	34
Macrosomie - diabète	14	11	25
gestationnel			
Pathologie à fréquence	1	4	5
plus rare			
Césarienne sur	0	4	4
demande			
Autres	12	11	23
			Total =
			208

<u>Tableau 5</u>: Indications isolées des césariennes programmées.

## a- UTERUS CICATRICIEL (par antécédent de césarienne)

Sur 160 patientes, 51 avaient un utérus bicicatriciel et 43 avaient un utérus cicatriciel.

Utérus cicatriciel	Maternité	Maternité	APHM
	Nord	Conception	
Unicicatriciel	22	21	43
Bicicatriciel	23	28	51
Tricicatriciel	6	13	19
Quadricicatriciel	4	0	4

<u>Tableau 6</u>: Les différents utérus cicatriciels selon les maternités.

Les tentatives de voie basse étaient majoritairement proposées lorsqu'il s'agissait d'un utérus unicicatriciel.

La réalisation d'échographie de la cicatrice utérine et de radiopelvimétrie sur les utérus cicatriciels ne sont pas recommandées par le CNGOF. L'objectif était donc de voir si cela était réalisé alors qu'il n'est pas recommandé de le faire.

		Maternité Nord	Maternité Conception	АРНМ
		(n=55)	(n=62)	(n=117)
		OUI	OUI	OUI
3	Si utérus unicicatriciel :	22	21	43
а				
	Une tentative de voie basse a été proposée	73%	24% (5)	49%
		(16)		(21)
3	Si non au critère 3a : un antécédent de cicatrice	0	0	0
a'	corporéale est noté			
3	Si 3 antécédents de césarienne ou plus :	10	13	23
b				
	Une tentative de voie basse a été proposée	1	0	4.3% (1)
3	Si utérus bicicatriciel :	23	28	51
С				
	Une tentative de voie basse a été proposée	0	0	0
3	Si non au critère 3c : les éléments ayant motivés la	96%	57.1%	74%
c'	programmation de césarienne sans tentative de	(22)	(16)	(38)
	voie basse pour ce cas sont notés dans le dossier			
3	Les comptes rendus des interventions antérieures sur	96%	82% (51)	89%
d	l'utérus et/ou de l'éventuel travail (partogramme*)	(53)		(104)
	ayant abouti à une césarienne sont présents dans le			
	dossier			
3	Une radiopelvimétrie* a été réalisée pour l'indication	0	0	0
е	d'utérus cicatriciel			
3f	Une échographie de la cicatrice utérine a été réalisée	0	0	0

<u>Tableau 7</u>: Renseignements généraux sur ce qu'il a été fait avant la césarienne lorsque l'indication était l'utérus cicatriciel : tentative de voie basse proposée, traçabilité dans le dossier des arguments motivant la césarienne, vérification de la présence dans le dossier des comptes rendus des précédentes interventions, radiopelvimétrie et échographie de la cicatrice.

## b- PRESENTATION PAR LE SIEGE

34 patientes sur 160 (soit 21 %) ont eu une césarienne programmée car le fœtus était en présentation par le siège. Environ une fois sur deux, la Version par Manœuvre Externe\* (VME) a été proposée (53 %).

		Maternité Nord (n=19)	Maternité Conception (n=15)	APHM (n=34)
4 a	L'évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse avant la décision de césarienne programmée a été réalisée	79% (15)	53% (8)	68% (23)
4 a 1	Evaluation de la confrontation entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales	14	8	22
4 a 2	Evaluation du degré de flexion de la tête	14	7	21
4 a 3	Evaluation de la coopération de la patiente	15	8	23
4 b	Une VME a été proposée à la patiente	74% (14)	27% (4)	53% (18)
4 c	L'indication de césarienne programmée pour le siège a été posée par non-respect d'un (ou plusieurs) critère(s) d'acceptabilité de la voie basse	74% (14)	53% (8)	65% (22)
4 c 1	Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales	2	2	4
4 c 2	Déflexion persistante de la tête fœtale	0	0	0
4 c 3	Non coopération de la patiente	12	6	18
4 C 4	<b>Si non</b> au critère 4c : les éléments ayant motivés la programmation de césarienne pour le siège sans tentative de voie basse <u>pour ce cas</u> sont notés dans le dossier	89% (17)	60% (9)	76% (26)
4 d	Une échographie de contrôle de la persistance de la présentation a été réalisée juste avant l'accès au bloc opératoire	53% (10)	47% (7)	50% (17)

<u>Tableau 8</u>: Critères d'acceptabilité de la tentative de voie basse qui sont : confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales, flexion de la tête fœtale et coopération de la patiente. Si un de ces trois critères n'est pas présent, la voie basse est alors contre indiquée et il faut alors programmer une césarienne.

#### c- MACROSOMIE

A l'APHM, sur 160 césariennes, 25 ont été réalisées pour suspicion de macrosomie. La justification de la macrosomie grâce à l'Estimation de Poids Fœtal était dans 17 dossiers sur les 25 (68 %).

		Maternité Nord (n=14)	Maternité Conception (n=11)	APHM (n=25)
5	D'après la définition retenue par la HAS dans ses	57% (8)	82% (9)	68%
а	recommandations, nous sommes bien dans un contexte de macrosomie (EPF* ≥ 4 000g)			(17)

Tableau 9: Total des macrosomes à l'APHM.

#### d- ANTECEDENT DE DYSTOCIE DES EPAULES

A la maternité de la Conception, une césarienne a été indiquée par un (des) antécédent(s) de dystocie des épaules\* compliqué(s) d'élongation du plexus brachial\*.

## e- CESARIENNE SUR DEMANDE

A la maternité de la Conception, il y a eu 4 césariennes sur demande.

		Maternité Nord (n=0)	Maternité Conception (n=4)	APHM (n=4)
6 a	Absence d'indications médicales ou obstétricales notées dans le dossier	-	1	1
6 b	La césarienne est demandée par la femme enceinte	-	1	1
6 c	Les raisons spécifiques à la demande maternelle ont été recherchées, discutées, et sont mentionnées dans le dossier	-	1	1
6 d	Si demande de césarienne par peur de l'accouchement par voie basse : un accompagnement personnalisé a été proposé	-	0	0
6 e	Les bénéfices attendus pour la patiente ont été mis en regard des risques associés à la césarienne et lui ont été expliqués		1	1

<u>Tableau 10</u>: Indication de la situation clinique et information de la femme enceinte lorsqu'une césarienne est demandée par la femme enceinte alors qu'il n'y a aucune indication médicale à réaliser une césarienne (pas de contre indication à la voie basse).

## f- INDICATIONS DE FREQUENCE PLUS RARE

Pour 18 patientes sur 160 et sur l'ensemble de l'APHM, il y avait une indication de fréquence plus rare de césarienne, soit 11,2%.

CONCEPTION	Nombre
Bassin maternel rétréci	N = 12
Dégradation Fonction rénale sur Lupus, mauvaise	-
condition locale	
Epilepsie réfractaire sur utérus cicatriciel	-
HIV +	-
Malformation fœtale	-
Obésité morbide, diabète sous insuline	-
Placenta bas inséré, pathologie cardiaque fœtale	-
Placenta parevia accreta	_
Placenta praevia	_
Préeclampsie	-
Purpura Thrombopénique Imunologique (PTI)	-
Syndrome MOYAMOYA contre-indication efforts	-
expulsifs	

NORD	Nombre
Anévrysme tronc basilaire	N = 6
CIV, lymphangiome	_
Placenta accreta, Retard de croissance Intra Utérin	_
Placenta recouvrant	_
Syndrome de Klippel Trenaunay	_
Tumeur fœtale contre indique la voie basse	_

<u>Tableau 11</u>: Indications de fréquence plus rare de césariennes programmées. Cette indication de césarienne est soit l'indication principale soit une indication associée.

## B- Pertinence des césariennes programmées à terme - Résultats obtenus par la grille du CCECQA

58 % des césariennes étaient pertinentes et 39 % étaient non pertinentes mais justifiées. 5 césariennes sur les 160 ont été qualifiées de non pertinentes et non justifiées.

		Hôpital	
	Conception	Nord	APHM
Nombre total de patients	80	80	160
Césariennes PERTINENTES	38 (47 %)	55 (69 %)	93 (58 %)
Césariennes NON PERTINENTES	42 (53 %)	25 (31 %)	67 (42 %*)
Césariennes NON PERTINENTES et			
JUSTIFIEES	39 (49 %)	23 (29 %)	62 (39 %)
Césariennes NON PERTINENTES et NON			
JUSTIFIEES	3 (4 %)	2 (2 %)	5 (3 %)

<u>Tableau 12</u> : Pertinence des césariennes programmées à terme.

<sup>\*</sup>dans les césariennes pertinentes.

A la Conception, 47,5 % des césariennes ont été réalisé avec un âge gestationnel (AG) conforme et 52,5 % avec un âge gestationnel non conforme.

A l'Hôpital Nord, 88 % des césariennes ont été réalisé avec à un âge gestationnel conforme.

Un âge gestationnel conforme est supérieure ou égal à 39 SA. Un âge gestationnel non conforme se situe entre 37 et 38 SA + 6 jours.

	Conception		Conception Hôpital Nord		АР	НМ
	AG non	AG	AG non	AG	AG non	AG
	conforme	conforme	conforme	conforme	conforme	conforme
Nombre total de						
patientes	38	42	9	71	47	113
Césariennes	-		-		-	
PERTINENTES		38 (90 %)		54 (76 %)		92 (82 %)
Césariennes NON						
PERTINENTES et	37 (97 %)	2 (5 %)	9 (100 %)	15 (21 %)	46 (98 %)	17 (15 %)
JUSTIFIEES						
Césariennes NON						
PERTINENTES et	1 (3 %)	2 (5 %)	0	2 (3 %)	1 (2 %)	4 (3 %)
NON JUSTIFIEES						

<u>Tableau 13</u>: Conformité des termes choisis pour la réalisation des césariennes programmées.

## 1- Maternité de la Conception

Patientes présentant les critères suivants :	nb	%
En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne		
(n=62)	4	4.00/
1a. Cicatrice corporéale	1	1.6%
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne	19	30.6%
1c. Autre situation dont utérus bicicatriciel ET discussion collégiale sur le	26	41.9%
cas de la patiente		
En lien avec une grossesse gémellaire (n=0)	•	
2. J1 en siège ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	0	
En lien avec une présentation par le siège (n=15)	•	40.00/
3a. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mesures fœtales	2	13.3%
3b. Déflexion persistante de la tête fœtale	0	
3c. Non coopération de la patiente	6	40.0%
En lien avec une macrosomie hors diabète (n=5)		
4a. Poids fœtal estimé >ou= 5000g	0	
4b. poids fœtal estimé entre 4500 et 5000g ET discussion collégiale sur le	2	40%
cas de la patiente		
En lien avec une macrosomie liée au diabète (n=6)		
4c. Poids fœtal estimé >ou= 4500g	1	16.7%
4d. poids fœtal estimé entre 4250 et 4500g ET discussion collégiale sur le	1	16.7%
cas de la patiente		
En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie (n=1)		
4 e. suspicion de macrosomie et ATCD de dystocie des épaules, compliquée d'élongation du plexus brachial	1	1.3%
En lien avec VIH (n=1)		
5a. Charge virale > à 400 copies VIH/ml	0	
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/ml et cinétique de la	1	1.3%
charge virale croissante		
En lien avec VHC (n=0)		
5c. Co-infection VIH/VHC	0	
En lien avec le virus de l'herpès (n=0)		
6. Primo-infection herpétique après 35 SA	0	
En lien avec des évènements plus rares		
7. Situation à risque de type placenta praevia recouvrant	4	5.0%
8. Situations de fréquence plus rare ET discussion collégiale sur le cas de	12	15.0%
la patiente		

<u>Tableau 14</u> : Détails des indications de césariennes programmées pertinentes.

Justification	Fréquence
Utérus bicicatriciel	14
Utérus bicicatriciel + Présentation du siège + Utérus unicorne	1
Utérus bicicatriciel + Placenta praevia accreta	1
Utérus tricicatriciel	9
Utérus tricicatriciel + Antécédent de rupture utérine	1
Utérus cicatriciel + Refus patiente à la voie basse	5
Utérus cicatriciel + Prééclempsie + Diabete gestationnel	1
Utérus cicatriciel + Présentation du siège + Refus patiente voie basse	1
Grossesse gémellaire + Jumeau 1 en présentation du siège	2
Macrosomie + Antécédent de dystocie des épaules	1
Pathologie maternelle contre indiquant la voie basse	2
Placenta praevia	1
TOTAL	39

<u>Tableau 15</u>: Justification des césariennes programmées NON PERTINENTES et JUSTIFIEES.

## 2- Maternité de l'Hôpital Nord

Patientes présentant les critères suivants :	nb	%
En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne (n=55)		
1a. Cicatrice corporéale	0	
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne	9	16.4%
1c. Autre situation dont utérus bicicatriciel ET discussion collégiale sur le	22	40%
cas de la patiente		
En lien avec une grossesse gémellaire (n=2)		
2. J1 en siège ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	2	100%
En lien avec une présentation par le siège (n=19)		
3a. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des	2	10.5%
mesures fœtales		
3b. Déflexion persistante de la tête fœtale	0	00.407
3c. Non coopération de la patiente	13	68.4%
En lien avec une macrosomie hors diabète (n=14)		
4a. Poids fœtal estimé >ou= 5000g	0	
4b. poids fœtal estimé entre 4500 et 5000g ET discussion collégiale sur le	1	7.1%
cas de la patiente		
En lien avec une macrosomie liée au diabète (n=1)		4.0. = 0.4
4c. Poids fœtal estimé >ou= 4500g	1	16.7%
4d. poids fœtal estimé entre 4250 et 4500g ET discussion collégiale sur le	0	
cas de la patiente		
En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie (n=0)	^	
4 e. suspicion de macrosomie et ATCD de dystocie des épaules,	0	
compliquée d'élongation du plexus brachial		
En lien avec VIH (n=0)	0	
5a. Charge virale > à 400 copies VIH/ml	0	
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/ml et cinétique de la charge virale croissante	0	
En lien avec VHC (n=0)		
5c. Co-infection VIH/VHC	0	
En lien avec le virus de l'herpès (n=0)	U	
6. Primo-infection herpétique après 35 SA	0	
En lien avec des évènements plus rares	U	
·	2	2.5%
<ul><li>7. Situation à risque de type placenta praevia recouvrant</li><li>8. Situations de fréquence plus rare ET discussion collégiale sur le cas de</li></ul>	2 8	2.5% 10%
la patiente	U	10 /0
ia patiente		

<u>Tableau 16</u>: Détails des indications de césariennes programmées pertinentes.

Justification	Fréquence
Grossesse gémellaire + Jumeau 1 en présentation du siège	2
Utérus cicatriciel + Refus voie basse	11
Utérus cicatriciel + Suspicion de macrosomie	2
Utérus cicatriciel + Refus voie basse + Suspicion macrosomie	1
Utérus cicatriciel + Présentation du siège	1
Utérus uni cicatriciel + Suspicion macrosomie	1
Utérus bi cicatriciel	1
Utérus tri cicatriciel + Age gestationnel < 39 SA	1
Présentation du siège + Suspicion de macrosomie	1
Présentation du siège + Refus voie basse + Age gestationnel < 39 SA	2
TOTAL	23

<u>Tableau 17</u>: Justification des césariennes programmées NON PERTINENTES et JUSTIFIEES.

## 3- APHM

Patientes présentant les critères suivants :	nb	%
En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne (n=117)		
1a. Cicatrice corporéale	1	0.8%
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne	28	24%
1c. Autre situation dont utérus bicicatriciel ET discussion collégiale sur le	48	41%
cas de la patiente		
En lien avec une grossesse gémellaire (n=2)	_	
2. J1 en siège ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	2	100%
En lien avec une présentation par le siège (n=34)		
3a. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mesures fœtales	4	12%
3b. Déflexion persistante de la tête fœtale	0	0
3c. Non coopération de la patiente	19	56%
En lien avec une macrosomie hors diabète (n=19)		
4a. Poids fœtal estimé >ou= 5000g	0	0
4b. poids fœtal estimé entre 4500 et 5000g ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	3	16%
En lien avec une macrosomie liée au diabète (n=6)		
4c. Poids fœtal estimé >ou= 4500g	2	33%
4d. poids fœtal estimé entre 4250 et 4500g ET discussion collégiale sur le	1	17%
cas de la patiente		
En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie (n=1)		
4 e. suspicion de macrosomie et ATCD de dystocie des épaules, compliquée d'élongation du plexus brachial	1	100%
En lien avec VIH (n=1)		
5a. Charge virale > à 400 copies VIH/ml	0	0
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/ml et cinétique de la charge virale croissante	1	100%
En lien avec VHC (n=0)		
5c. Co-infection VIH/VHC	0	0
En lien avec le virus de l'herpès (n=0)		
6. Primo-infection herpétique après 35 SA	0	0
En lien avec des évènements plus rares		
7. Situation à risque de type placenta praevia recouvrant	6	4%
8. Situations de fréquence plus rare ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	20	12%

<u>Tableau 18</u>: Détails des indications de césariennes programmées pertinentes.

Conception	Hôpital Nord
	Utérus unicicatriciel + Suspicion
Utérus unicicatriciel	macrosomie
Présentation du siège	Utérus unicicatriciel
Antécédent de dystocie des épaules	

<u>Tableau 19</u> : Indications des césariennes non pertinentes et non justifiées de l'étude (Annexe III).

## **Analyse et Discussion**

## Limites

En réalisant l'audit de dossiers, nous avons constaté que la grille de recueil était composée de certains items qui ne sont pas toujours en accord avec les pratiques actuelles à l'APHM. La tentative de voie basse proposée avec un utérus bicicatriciel est une notion qui n'est quasiment jamais retrouvée. En pratique, les utérus bicicatriciels sont systématiquement césarisés pour l'accouchement suivant. Il est aussi indiqué qu'une tentative de voie basse après trois antécédents de césarienne ou plus peut être proposée.

Nous aurions pu aussi insérer le caractère spontané ou pas de la grossesse. Une étude récente montre qu'il y aurait une tendance à réaliser plus fréquemment une césarienne chez les femmes traitées par inséminations intra-utérines et inducteurs d'ovulation dans le cadre d'un traitement pour infertilité. Bénédicte Coulm de l'Inserm émet une hypothèse : ces grossesses conçues par Fécondation *In Vitro\** (FIV) et obtenues parfois de haute lutte après plusieurs tentatives infructueuses seraient considérées comme « *plus précieuses* ». [12] Les obstétriciens seraient alors plus enclins à réaliser une césarienne par crainte que le fœtus coure un risque, même minime, au cours du travail.

Les caractéristiques de l'établissement (privé ou public) ne sont pas non plus sans incidence. Toujours selon Béatrice Coulm, le statut privé serait « fortement associé » à une césarienne potentiellement évitable. Il serait donc tout aussi intéressant de réaliser cette étude au sein des établissements privés de Marseille afin de comparer et d'apprécier si l'on retrouve un écart significatif.

## Biais et difficultés rencontrées

Le « décryptage » du dossier médical (sous forme de papier) a été la plus grande difficulté rencontrée. En effet il s'agissait de chercher l'information pas toujours disponible. Parfois des éléments manquants dans le dossier rendaient alors le remplissage de la grille difficile. Il y a donc un biais d'information assez important.

## Interprétation et discussion des résultats

Tout d'abord il convient d'analyser les pratiques professionnelles tout en vérifiant si ces pratiques sont conformes aux recommandations de la HAS.

A l'Hôpital Nord, 87,5 % des césariennes sont programmées à 39 SA et plus alors qu'à la Conception il n'y en a que 52,6 %, ce qui donne 64,4 % pour l'APHM. Le terme moyen est sensiblement similaire dans les deux maternités autour de 38 SA.

Nous remarquons donc que les césariennes sont programmées à un terme inférieur (d'une semaine en moyenne) à celui recommandé par la HAS (à partir de 39 SA). Cependant ce cap de 39 SA est essentiel afin de diminuer les risques de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine comme la détresse respiratoire néonatale. [13]

Lors de l'analyse des dossiers, il n'a pas été retrouvé de justification claire quant aux indications de césarienne programmées entre 37 SA et 38 SA + 6 jours.

En ce qu'il concerne la parité des patientes sélectionnées, il s'agit majoritairement de multipares (86,3 %), avec des taux de patientes multipares quasiment identiques pour les deux maternités : 83,8 % à l'Hôpital Nord et 88,8 % à la Conception.

Cette tendance à retrouver plus de multipares se comprend lorsqu'on analyse les principales indications de césariennes programmées recensées. En effet, l'indication première et majoritaire qui revient, pour indiquer une césarienne programmée, est l'utérus cicatriciel. Avec une majorité d'indication pour utérus cicatriciel, il est donc logique d'avoir une majorité de patientes multipares. Si l'on retrouve une patiente avec un utérus cicatriciel, cela signifie qu'elle a accouché une ou plusieurs fois auparavant.

En moyenne, nous avons donc un échantillon de patientes césarisée à 38 SA et multipare.

Les trois principales indications de césarienne programmée sont donc : l'utérus cicatriciel, la présentation par le siège et la macrosomie liée au diabète.

A ces indications, il serait utile d'associer la qualité de l'information délivrée à la femme enceinte par les professionnels de santé.

En effet nous avons noté, lors du recueil de données dans le dossier médical, un manque très important de la traçabilité de l'information délivrée. Il y a seulement 17,5 % des dossiers qui ont été retrouvés avec présence d'éléments d'information communiqués à la femme enceinte (indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation).

Cette quasi-absence de traçabilité sur l'information ne veut pas pour autant dire que l'information n'a pas été délivrée correctement : cela peut, soit vouloir dire qu'elle a été délivrée correctement et non retranscrit dans le dossier médical, soit qu'elle n'a pas été délivrée.

Concernant l'information délivrée aux femmes enceintes, une enquête menée dans les Pays de la Loire donne un aperçu des progrès à faire. Sur un panel de 241 dossiers puisés dans 21 maternités, une information sur le mode d'accouchement avec une trace écrite complète a été délivrée auprès de la femme enceinte avec l'indication, le rapport bénéfice-risque et les conditions de réalisation dans seulement 39% des cas. Concernant les conséquences de l'accouchement, 45% des dossiers portent une trace écrite complète de l'information sur la réalisation d'une césarienne après 39 SA en raison du risque de détresse respiratoire.

Les utérus cicatriciels représentent 73 % des patientes sélectionnées (soit 117 patientes sur 160).

Sur l'ensemble de l'APHM nous retrouvons les utérus bicicatriciels en quantité légèrement supérieure aux autres utérus cicatriciels (uni-, tri- ou quadri-). Plus une patiente a de cicatrices sur son utérus, plus cela diminue ces chances d'accoucher par voie basse. Diminuer les césariennes programmées non justifiées chez les femmes primipares aurait donc un effet vertueux dans l'avenir, d'où l'importance de poser des indications de césarienne pertinentes et justifiées sur utérus non cicatriciel.

Sur un utérus qui a subi une césarienne, s'il n'existe pas de contre-indication à la voie basse, une tentative de voie basse doit être systématiquement proposée par l'obstétricien une fois que celui-ci a donné son accord pour l'accouchement par voie basse. D'après les résultats de l'étude, nous constatons qu'il y a très peu de proposition de tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel en

particulier sur le site de la Conception : 24 % à la Conception et 73 % à l'Hôpital Nord. Sur l'ensemble de l'APHM, la moitié des patientes avec un utérus cicatriciel se voit proposer une tentative de voie basse (ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS). Nous ne retrouvons aucune proposition de tentative de voie basse pour les utérus bicicatriciels.

A noter tout de même que si ces informations n'ont pas été notées dans le dossier, cela ne signifie pas systématiquement que la tentative de voie basse n'a pas été proposé.

Beaucoup de données sur la Tentative de Voie Basse Après une Césarienne (TVBAC) sont retrouvées dans la littérature. Il est souvent retrouvé qu'en cas d'antécédent de césarienne, les risques de complications maternelles sont rares et comparables après une TVBAC et une CPAC (Césarienne Programmée Après une Césarienne). On note toutefois une augmentation du risque de rupture utérine complète en cas de TVBAC. Le rapport bénéfices/risques intégrant les risques de complications maternelles à court et à long terme est favorable à la TVBAC dans la majorité des cas. [14]

A propos de l'accouchement avec une présentation du siège, 21 % des patientes sélectionnées étaient dans cette configuration en fin de grossesse. Rappelons que selon les recommandations de la HAS, les critères d'acceptabilité de la voie basse lorsque le fœtus est en présentation du siège sont : « Evaluation de la confrontation entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales », « Evaluation du degré de flexion de la tête « et « Evaluation de la coopération de la patiente ». Donc d'après la HAS, ces trois conditions devraient être contrôlées dans tous les cas de présentation du siège lorsqu'il n'existe pas d'autre contre-indication à la voie basse. Or, notre étude nous a démontré qu'à l'APHM, il n'y avait que 68 % des 34 présentations du siège pour lesquels les trois critères ont été recherchés. Le critère majoritaire retrouvé qui excluait un accouchement par voie basse était le refus de la patiente à accoucher par les voies naturelles. Cela nous montre une tendance des femmes enceintes à vouloir être césarisée lorsque leur fœtus est en présentation du siège. Cela explique aussi la non réalisation des deux autres critères.

De plus, la Version par Manœuvre Externe (VME) qui permet au fœtus de se retrouver en position céphalique en cas de succès, n'a été proposée aux patientes qu'une fois sur deux environ. La VME réussit dans environ un tiers des cas chez les primipares, et voire plus chez les multipares. [15]

Sur l'ensemble des 535 maternités de France, on retrouve 10,9% de césariennes programmées sur une population de 14 681 femmes. [16] Dans une étude de 2014

réalisée à partir de données représentatives à l'échelle nationale, Coulm B. (Inserm) conclut que 28% de ces césariennes programmées pourraient être évitées en France. Ce travail met en chiffres la fréquence anormalement élevée des césariennes non nécessaires chez des femmes qui auraient pu accoucher par les voies naturelles.

Cela peut s'expliquer par le fait qu'une grande proportion de ces césariennes sont faites sur des présentations du siège. En France, le taux de césarienne se situe entre 70 et 78 %, alors que selon la HAS cette situation ne justifie pas en elle-même d'avoir recours à cet acte chirurgical. Cela montre donc qu'il existe une grande réticence à faire accoucher les femmes par voie basse en cas de présentation du siège On ne reprochera jamais à un gynécologue-obstétricien d'avoir réalisé une césarienne, alors que l'inverse est fréquent.

La macrosomie est la troisième indication retrouvée après analyse des résultats (15 %). D'après la HAS, un fœtus est suspecté d'être macrosome lorsque son estimation de poids réalisée par échographie est supérieure ou égal à 4 000g. Une macrosomie peut être étiologiquement liée à un diabète gestationnel ou non. A la Conception, les macrosomes étaient plus liés à un diabète contrairement à la l'Hôpital Nord où ils étaient en majorité diagnostiqués hors diabète.

Après avoir apprécié la conformité des pratiques avec les recommandations de la HAS, nous avons donc pu évaluer la pertinence des indications des césariennes programmées à terme.

Sur l'ensemble des résultats obtenus au sein de l'APHM, nous retrouvons 97 % de césariennes programmées à terme justifiées mais la totalité de ces césariennes ne sont pas toutes pertinentes. En détaillant, 58 % étaient pertinentes et justifiées (soit 93 césariennes sur 160) et 39 % étaient non pertinentes mais justifiées (soit 62 césariennes sur 160).

Concernant les césariennes non pertinentes mais justifiées, une grande partie de ce résultat peut s'expliquer par le fait que des césariennes ont été programmées avant le terme de 39 SA révolues. En effet, l'âge gestationnel retenu pour cette grille de pertinence était de 39 SA afin de différencier les césariennes pertinentes justifiées et non justifiées. Donc 30 % des césariennes ont été réalisées à un âge gestationnel non conforme. Rappelons qu'il a été retrouvé dans cette étude que les césariennes étaient programmées en moyenne autour de 38,7 SA +/- 0,7.

Au total, 5 césariennes sur les 160 étaient non pertinentes et non justifiées : 3 sur la Conception et 2 sur l'Hôpital Nord (Annexe III). Sur les 5 dossiers, seulement un dossier présentait un âge gestationnel non conforme (inférieur à 39 SA). Dans ces dossiers, aucune justification valable conforme aux recommandations de la HAS n'a été retrouvée.

Les résultats de cet audit pourraient peut-être permettre de réduire le taux de césarienne. En effet une méta-analyse réalisée par Chaillet N. [17] aurait permis de réduire la fréquence des césariennes de façon significative (RR= 0.81 [0.75, 0.87]) grâce aux audits et à l'élaboration de stratégies d'amélioration des pratiques. Ainsi que le travail de Berrien K. en Caroline du nord [18] a permis de réduire la proportion de césariennes programmées avant 39 SA de 45%.

La majorité des césariennes à l'Hôpital Nord ont été programmées à un âge gestationnel conforme (88 %). Alors qu'à la Conception il y avait autant de césariennes programmées à un âge gestationnel non conforme que conforme (respectivement 47,5 % et 52,5 %). Par rapport à l'Hôpital Nord, si nous analysons les résultats de la Conception, il est donc normal de retrouver moins de césariennes pertinentes (47 % contre 69 %) et donc plus de césariennes non pertinentes et justifiées (49 % contre 29 %).

La Fédération Hospitalière de France alerte sur une absence d'évaluation des pratiques professionnelles, chacun décidant en fonction de son « expérience « ou « impression personnelle » avec pour conséquence une forte hétérogénéité dans la pratique médicale. [19] Certes les recommandations professionnelles ont une valeur indicative, mais elles laissent une large place à l'appréciation médicale pour juger des risques encourus dans le contexte précis de chaque accouchement. Selon Philippe Deruelle (Secrétaire Général du CNGOF), l'excès de césariennes s'expliquerait beaucoup par la peur de l'inattendu. [20]

## Axes d'amélioration proposés

Tout d'abord il a été proposé que les cinq césariennes retrouvées non pertinentes et non justifiées fassent l'objet d'une discussion lors d'un staff obstétrical. Toujours dans un souci d'améliorer les pratiques cliniques, les résultats seront communiqués au Réseau : le rapport individuel sera également envoyé aux établissements en plus du global afin de se comparer de manière anonyme.

Une méta-analyse montre l'intérêt d'une part d'une décision concertée de césarienne programmée à terme (discussion en staff), d'autre part d'une meilleure gestion des tentatives d'accouchement par voie basse. [18]

La HAS a donc proposé la mise en place d'un staff « Césarienne ». Cela permettrait de déployer la dynamique collégiale et les professionnels de santé pourraient débattre sur les indications des cas de césariennes programmées les plus douteuses : favoriser la discussion autour de la voie d'accouchement pour les utérus uni et bi-cicatriciels et les sièges (ainsi que proposition de VME en l'absence de contre-indications). Dans le but donc d'augmenter les tentatives de voie basse (surtout lorsque le fœtus est en siège).

Pour optimiser l'aide à la décision, il pourrait être créé une « Check list césarienne » et un protocole de prise en charge sous forme de chemin clinique.

Il serait également intéressant d'organiser un partage de la réflexion avec la femme enceinte et son entourage sur le mode d'accouchement, pour une compréhension mutuelle des bénéfices et des risques des différentes options ainsi que des représentations et valeurs personnelles qui influencent (tracer le souhait dans le dossier médical).

Il a également été proposé un débriefing systématique des premières césariennes (urgences et programmées).

Un moyen fort d'améliorer les pratiques professionnelles concerne aussi le terme prévu d'une césarienne qui se programme. Quand cela est possible, la programmation d'une césarienne devrait être automatiquement à partir de 39 SA (et non 37 SA). D'après notre étude, cet effort doit particulièrement être fait à la maternité de la Conception.

Un autre axe d'amélioration concerne l'information des patientes: tout ce qui a été expliqué à la patiente concernant la décision d'une césarienne plutôt qu'une voie basse (balance bénéfices-risques) et les complications d'une césarienne, doit être systématiquement inscrit dans le dossier. Rappelons que tant qu'une information n'est pas écrite dans le dossier médical, on ne peut savoir ce qu'il a été fait / ce qu'il a été dit. Afin de faciliter cela et pour éliminer les risques d'oubli d'informations, il serait intéressant de proposer aux patientes une fiche d'explication (Annexe IV et V). Cette dernière serait détaillée et comporterait les bénéfices et risques d'une césarienne programmée par rapport à une voie basse, les conséquences d'avoir un utérus cicatriciel, le déroulement et les complications d'une césarienne et enfin les suites de l'opération.

Nous pouvons soulever aussi le cas des césariennes sur demande. Nous assistons, ces dernières années, à des demandes de césarienne comme voie d'accouchement pour un premier enfant pour des raisons diverses : peur de l'accouchement par les voies naturelles, craintes de la douleur, antécédents d'expériences obstétricales traumatisantes. [21] Il serait intéressant de mettre en place le plus tôt possible, des échanges entre les professionnelles de santé et les patientes. Ces échanges passeraient par l'écoute des représentations de la patiente autour de la césarienne, ses craintes concernant ce mode d'accouchement et les éléments de la balance bénéfice-risque des options envisagées.

La préparation et/ou une consultation personnalisée par une sage-femme, un psychologue clinicien ou tout autre professionnel formé, pourrai permettre d'identifier les raisons spécifiques à cette demande de césarienne et de conduire une discussion au regard des bénéfices et des risques associés à la césarienne. La HAS recommande qu'un accompagnement personnalisé soit proposé (personne de confiance présente en salle d'accouchement) et que les bénéfices attendus pour la patiente soient mis en regard des risques associés à la césarienne. [22]

#### Perspectives de l'étude :

Cette étude pilote, menée sur les deux maternités de niveau trois de l'APHM, a pour objectif d'être étendue à l'ensemble des maternités du réseau régionale Méditerranée, quelque soit leur niveau de prise en charge et leur statut (public/privé). Cette généralisation, lancée en Février 2016, a reçu le soutien actif de l'ARS PACA. L'objectif in-fine est de disposer d'une vision d'ensemble des pratiques dans le champ de la césarienne programmée à terme sur les différentes maternités de la région. A moyen terme, une fois le plan d'action posé en région, une réévaluation des pratiques et de la pertinence sera conduite au sein des établissements afin d'évaluer l'impact des actions d'amélioration mises en place par les établissements.

# Conclusion

Bien que le chiffre idéal du nombre de césariennes programmées à terme soit inconnu, ce taux n'en demeure pas moins un des indicateurs de qualité.

En plus de la recherche d'une baisse des taux de césariennes programmées, il était nécessaire de diminuer la disparité des pratiques entre les maternités. Le critère financier a donc finalement également évolué vers un critère de qualité.

Notre étude était basée sur les recommandations de bonne pratique de la HAS. Le but était alors d'évaluer le niveau de conformité des pratiques ainsi que la pertinence des indications de césariennes programmées à terme. Suite à cette étude, nous avons trouvé que les pratiques actuelles dans les deux maternités étudiées étaient dans l'ensemble conformes aux recommandations de la HAS. Sur les 160 dossiers étudiés, nous avons retrouvé 3% de césariennes non pertinentes et non justifiées.

Les causes principales de césarienne programmée non pertinentes et non justifiées étaient donc l'utérus cicatriciel, la présentation du siège et la suspicion de macrosomie. Ce qui correspond exactement aux trois principales indications de césariennes programmées retrouvées.

Les trois objectifs d'amélioration que nous pouvons proposer suite à cette étude sont de reporter au bon terme toutes les césariennes programmées avant 39 SA, augmenter les tentatives de voie basse pour les utérus cicatriciels et les présentations du siège et réfléchir à la mise en place d'un staff « Césarienne ». Dans la littérature, ces trois axes d'amélioration ont fait leur preuve. Nous pouvons également ajouter que l'information de la patiente (et sa traçabilité dans le dossier) et la prise en compte de ses souhaits doivent impérativement progresser.

# **Bibliographie**

- [1] Say L et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Lancet Global Health. 2014;2(6): e323-e333.ancet. 2014.
- [2] P.Rozenberg, Département de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Poissy-Saint-Germain, © Masson, Paris, 2004
- [3] Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
- [4] CNGOF, Recommandations pour la pratique clinique. 2009
- [5] CNGOF, Contenu minimum obligatoire d'un compte-rendu de césarienne, Directive qualité, Avril 2013.
- [6] Blondel B, Breart G, Du Mazaubrun C, La situation périnatale en France, évolution entre 1981 et 1995, J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1997 ;26 : 770-80
- [7] ENCC, Etude nationale des couts, 2013
- [8] HAS, Recommandation de Bonne Pratique « Indications de la césariennes programmée à terme », Janvier 2012.
- [9] HAS, Optimiser la pertinence de la césarienne programmée à terme, Service évaluation et amélioration des pratiques, Novembre 2014.
- [10] Coulum, B. Blondel, S. Alexander, M. Boulvain, C. Le Ray Unité Inserm 1153, Equipe EPOPé : Epidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique
- [11] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: Anaes; 2000

- [12] Blondel B, Norton J, Evolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998. Résultats des enquêtes nationales périnatales. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001 ;30 : 552-64
- [13] Vigneswaran R. Infection and preterm birth: evidence of a common causal relationship with bronchopulmonary dysplasia and cerebral palsy. J Paediatr Child Health 2000;36:293-6.
- [14] Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth *Cochrane Database of Systematic Review* 2013, Issue 12. Art. No.: CD004224. DOI: 10.1002/14651858.CD004224.pub3.
- [15] CNGOF, Version par manœuvres externes. Paris: 2009. http://www.cngof.asso.fr/D\_PAGES/PUFIC\_11.HTM
- [16] Enquête nationale périnatale, 2003, sante.gouv.fr
- [17] Chaillet N, Dumont A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. Birth 2007; 34(1): 53-64
- [18] Berrien K, Devente J, French A, Cochran KM, McCaffrey M, Horton BJ et al. The Perinatal Quality Collaborative of North Carolina's 39 Weeks Project: A Quality Improvement Program to Decrease Elective Deliveries Before 39 Weeks of Gestation. N C Med J. 2014;75(3):169-76.
- [19] Fédération hospitalière de France, Etude sur les césariennes, Paris 14<sup>e</sup>, Mars 2009
- [20] CNGOF, Césarienne programmée, Paris, 2009.
- [21] Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 41, numéro 8 (2012)

[22] Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes. St Denis la Plaine: HAS; 2005.

# **Annexes**

Annexe I : Modèle de la grille du Réseau Sécurité Naissance.

Annexe II : Modèle de la grille du CCECQA.

Annexe III : Détails des césariennes non pertinentes, non justifiées.

<u>Annexe IV</u>: Fiche d'information: utérus cicatriciel.

<u>Annexe V</u>: Document donné aux patientes de la maternité de La Ciotat : Fiche d'information : césarienne programmée.

### Annexe I : Modèle de la grille du Réseau Sécurité Naissance.

		ROGRAMMEE A TERME
	Al	РНМ
Dat	e :	Etablissement/service :
N° de la gril	le: /	Numéro de dossier :
Nom de(s) (l')é	valuateur(s):	Identification de la patiente :
		3 premières lettres ou étiquette
	Source : d	ossier du patient
	NA = n	on applicable
Date de naissance Terme	P (Pendant la gross / / à H SA + J	
G Date de naissance	P (Pendant la gross / / à H SA + J	
G Date de naissance Terme	P (Pendant la gross / / à H SA + J  □ Césarienne □ VB Si césarienne	esse)
G Date de naissance Terme	P (Pendant la gross / / à H SA + J Césarienne DVB Si césarienne Programmée	esse)
G Date de naissance Terme Mode d'accouchement	P (Pendant la gross / / à H SA + J  □ Césarienne □ VB Si césarienne □ Programmée □ En urgence e	esse) t/ou en cours de travail
G Date de naissance Terme	P (Pendant la gross / / à H SA + J  □ Césarienne □ VB Si césarienne □ Programmée □ En urgence e	esse) t/ou en cours de travail el (par ATCD de césarienne)
G Date de naissance Terme Mode d'accouchement	P (Pendant la gross / / à H SA + J  □ Césarienne □ VB Si césarienne □ Programmée □ En urgence e  □ Utérus cicatricie □ Présentation pa	esse) t/ou en cours de travail el (par ATCD de césarienne)
G Date de naissance Terme Mode d'accouchement	P (Pendant la gross / / à H SA + J  Césarienne DVB Si césarienne Programmée En urgence e  Utérus cicatricie Présentation pa	esse) t/ou en cours de travail el (par ATCD de césarienne) ur le siège
G Date de naissance Terme Mode d'accouchement	P (Pendant la gross / / à H SA + J  □ Césarienne □ VB Si césarienne □ Programmée □ En urgence e  □ Utérus cicatricie □ Présentation pa □ Macrosomie - I □ Pathologie à fré □ Césarienne sur	esse)  t/ou en cours de travail  el (par ATCD de césarienne) ur le siège  Diabète gestationnel
G Date de naissance Terme Mode d'accouchement	P (Pendant la gross / / à H SA + J  Césarienne DVB Si césarienne Programmée En urgence e  Utérus cicatricie Présentation pa Macrosomie – I Pathologie à fré	esse)  t/ou en cours de travail  el (par ATCD de césarienne) ur le siège Diabète gestationnel equence plus rare demande (convenance de la patiente)

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1a	La définition de la césarienne programmée est celle retenue par la HAS dans ses recommandations				
1b	La césarienne a été réalisée dans la limite des dates retenues pour la composition de notre échantillon				
1c	L'indication de la césarienne programmée est notée dans le dossier patient				

#### C2: INFORMATION DE LA FEMME ENCEINTE

#### Concernant le mode d'accouchement

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
2a	Présence dans le dossier médical des éléments d'information communiqués à la femme enceinte : indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation				
L'in	formation délivrée à la femme enceinte comprend :	25			
2b	L'existence d'événements pouvant intervenir avant ou pendant le travail et susceptibles de modifier le mode d'accouchement initialement programmé				
Cor	cernant les conséquences de la césarienne				
L'in	formation délivrée à la femme enceinte comprend :				
2c	Si grossesse monofætale  En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofætales				
2d	Balance bénéfices/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse dans sa situation particulière				
	La césarienne augmente les risques de complications pour les grossesses futures (placenta prævia, placenta accreta)				
	La césarienne augmente les accidents thromboemboliques veineux				

#### C3 : <u>UTERUS CICATRICIEL</u> (par antécédent de césarienne)

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
3a	Si utérus unicicatriciel Une tentative de voie basse a été proposée				
3a'	Si non au critère 3a : un antécédent de cicatrice corporéale est noté				
3b	Si 3 antécédents de césarienne ou plus Une tentative de voie basse a été proposée				
3с	Si utérus bicicatriciel Une tentative de voie basse a été proposée				
3c'	Si non au critère 3c : les éléments ayant motivés la programmation de césarienne sans tentative de voie basse <u>pour ce cas</u> sont notés dans le dossier				
3d	Les comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus <u>et/ou</u> de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont présents dans le dossier				
3е	Une radiopelvimétrie a été réalisée pour l'indication d'utérus cicatriciel				
3f	Une échographie de la cicatrice utérine a été réalisée				

#### C4: PRESENTATION PAR LE SIEGE

Critère d'ac	ceptabi	lité de	la tentati	ve de v	ole basse
--------------	---------	---------	------------	---------	-----------

4a	L'évaluation des critères d'acceptabilité de la VB avant la décision de césarienne programmée a été réalisée		
	Evaluation de la confrontation entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales		* 100000000000000
	Evaluation du degré de flexion de la tête		
	Evaluation de la coopération de la patiente		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
4b	Une VME a été proposée à la patiente		
4c	L'indication de césarienne programmée pour le siège a été posée par non-respect d'un (ou plusieurs) critère(s) d'acceptabilité de la voie basse		
	Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales		
	Déflexion persistante de la tête fœtale	B I	
	Non coopération de la patiente		700000000000000000000000000000000000000
4c'	Si non au critère 4c : les éléments ayant motivés la programmation de césarienne pour le siège sans tentative de voie basse <u>pour ce cas</u> sont notés dans le dossier		
4d	Une échographie de contrôle de la persistance de la présentation a été réalisée juste avant l'accès au bloc opératoire		

#### C5 : MACROSOMIE – DIABETE GESTATIONNELLE

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
5a	D'après la définition retenue par la HAS dans ses recommandations, nous sommes bien dans un contexte de macrosomie (EPF ≥ 4 000g)				EPF = g à SA

#### Si macrosomie HORS DIABETE

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
5b	L'estimation du poids fœtal est supérieure ou égale à 5 000 g				
5c	L'estimation du poids fœtal est comprise entre 4 500 g et 5 000 g				
5c'	Si oui au critère 5b : il existe d'autres critères favorisant une indication de césarienne programmée plutôt qu'une tentative de voie basse pour ce cas				

#### Si macrosomie LIEE au DIABETE

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
5d	L'estimation du poids fœtal est supérieure ou égale à 4 500 g				
5e	L'estimation du poids fœtal est comprise entre 4 250 g et 4 500 g				
5e'	Si oui au critère 5d : il existe d'autres critères liés à la pathologie et/ou contexte obstétrical favorisant une indication de césarienne programmée plutôt qu'une tentative de voie basse <u>pour ce cas</u>				

#### Antécédents de dystocie des épaules

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
5f	Un (des) antécédent(s) de DDE <u>compliqué(s)</u> d'élongation du plexus brachial est (sont) noté(s) dans le dossier				and the first of the section

#### C6: CESARIENNE SUR DEMANDE

#### Identification de la situation clinique

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
6a	Absence d'indications médicales ou obstétricales				
	notées dans le dossier				
6b	La césarienne est demandée par la femme enceinte				

#### Information de la patiente

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
6c	Les raisons spécifiques à la demande maternelle ont été recherchées, discutées, et sont mentionnées dans le dossier				2.0000000000000000000000000000000000000
6d	Si demande de césarienne par peur de l'accouchement par voie basse : un accompagnement personnalisé a été proposé				
6e	Les bénéfices attendus pour la patiente ont été mis en regard des risques associés à la césarienne et lui ont été expliqués				

#### C7 : INDICATIONS DE FREQUENCE PLUS RARE

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
/a	Enoncer cette indication :				

### Annexe II : Modèle de la grille du CCECQA.

A. CRITERES CLINIQUES DE PERTIN					
Grossesse monofoetale <u>ET</u> âge gestationnel ≥ 39 SA	Oui	□ Non	Si NON, allez directement au bloc B		
Grossesse gemellaire bichoriale biamniotique  T åge gestationnel ≥ 38 SA	Oui	□ Non	Si NON, allez directement au bloc B		loc B
n lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de cé	ésarienn	e			100000011
a. Cicatrice corporéale			□ Oui	□ Non	□ NSP
b. Au moins 3 antécédents de césarienne			☐ Oui	□ Non	■ NSP
c. Autre situation dont utérus bicicatriciel <u>ET</u> discussion cas de la patiente*	n collégi	ale sur le	Oui	□ Non	□ NSP
n lien avec une grossesse gémellaire				13750	100000000000000000000000000000000000000
. J1 en siège <u>ET</u> discussion collégiale sur le cas de la pa	tiente*		□ Oui	□ Non	■ NSP
in lien avec une présentation par le siège					
la. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'e	estimati	on des	□ Oui	□ Non	□ NSP
mensurations fœtales					
b. Déflexion persistante de la tête fœtale			□ Oui	Non	□ NSP
c. Non coopération de la patiente			□ Oui	□ Non	■ NSP
n lien avec une macrosomie hors diabète			17 mm	Name of the last	
a. Poids fœtal estimé ≥ 5000g			□ Oui	□ Non	□ NSP
b. Poids fœtal estimé entre 4500 et 5000g <u>ET</u> discussio cas de la patiente*	on collég	iale sur le	□ Oui	□ Non	□ NSP
n lien avec une macrosomie liée au diabète					
ic. Poids fœtal estimé ≥ 4500g			□ Oui	□ Non	■ NSP
Id. Poids fœtal estimé entre 4250 et 4500g <u>ET</u> discussio cas de la patiente*	on collég	iale sur le	□ Oui	□ Non	□ NSP
n lien avec une macrosomie et des antécédents de dy					
le. Suspicion de macrosomie et antécédents de dystocie compliquée d'élongation du plexus brachial	e des ép	aules	Oui	□ Non	□ NSP
n lien avec le VIH					
ia. Charge virale supérieure à 400 copies VIH/mL			□ Oui	□ Non	□ NSP
6b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/n la charge virale croissante	nL et cin	étique de	Oui	□ Non	□ NSP
n Lien avec le VHC					
c. Co-infection VIH/VHC			Oui	■ Non	■ NSP
n lien avec le virus de l'herpès					
. Primo infection herpétique après 35 SA			□ Oui	□ Non	□ NSP
n lien avec des évènements plus rares					
7. Situation à risque de type placenta praevia recouvra	nt		□ Oui	□ Non	□ NSP
3. Situations de fréquence plus rare (malformations fœ	tales et				
fortopathies, antécédents et pathologies maternelle problèmes périnéaux, présentation vicieuse dont tr. hémorragique, ou obstacles praevia ) <b>FT</b> discussion cas de la patiente*	ransvers	e, risque	Oui	□ Non	□ NSP
Au cours de cette discussion collégiale, la balance bénéfice/risquationt.	jue doit ê	tre réalisée d	et <u>tracée</u> . On do	it la retrouver d	dans le dossi
Consignes de remplissage					
VSP: ne sait pas. Cochez NSP si l'information est suffisante pour sa yu'il est impossible d'être plus précis. Exemple : si la césarienne est en lien avec un utérus cicatriciel mais viutérus concernée, le nombre de césarienne antérieure ou sur cicatricie corporéale », « au moins 3 antécédents de césariennes » e as de la patiente »	s qu'il n'e e réflexion	xiste pas de l collégiale a	données dans le q yant amené la d	dossier patient s lécision, cocher	ur la partie i NSP aux iter
Césarienne programmée pertinente			□ Oui	□ Non	-

Césarienne programmée non pertinente mais justifiée : Malgré un âge gestationnel au moment de la réalisation de la césarienne programmée recommandations*, ou l'absence de critères explicites (l'un des 18 cités ci-dessus), l'évaluateur ou l'équipe projet estime l'indication de césarienne programmée ju La trace de la balance bénéfice/risque doit être retrouvée dans le dossier.	istifiée.	□ Oui
Ex : césarienne réalisée avant 39 SA pour obstacle praevia avec antécédents de saig grossesse : risque de nouveau saignement jugé trop important	nement iors de id	
avant 39 SA pour les grossesses monofoetales ou 38 SA pour une grossesse gémellaire vichoriale biamniotique		
ndiquer en clair la justification* * Dans les recommandations, sont précisées les situations ne représentant pas des indications	sustâmatiques de résaries	nne nrogrammée te
Tons les recommandations, sont précisées les situations <u>ne représentant pas des indications</u> jue l'utérus cicatriciel, la grossesse gémellaire, la présentation par le siège, la macrosomie, l'in naternelle.  Remarque : en cas de demande maternelle, expliciter quelles motivations sont rapportées o compte rendu opératoire (qui doit décrire les raisons motivant la césarienne doivent, y compt	nfection par le VHC ou VHL lans le dossier médical et	B, la demande notamment dans
Dans les recommandations, sont précisées les situations <u>ne représentant pas des indications</u> que l'utérus cicatriciel, la grossesse gémellaire, la présentation par le siège, la macrosomie, l'in naternelle. Remarque: en cas de demande maternelle, expliciter quelles motivations sont rapportées c	nfection par le VHC ou VHL lans le dossier médical et	B, la demande notamment dans
*Dans les recommandations, sont précisées les situations <u>ne représentant pas des indications</u> que l'utérus cicatriciel, la grossesse gémellaire, la présentation par le siège, la macrosomie, l'in  maternelle.  Remarque : en cas de demande maternelle, expliciter quelles motivations sont rapportées de  compte rendu opératoire (qui doit décrire les raisons motivant la césarienne doivent, y compte  Césarienne programmée non pertinente ET non justifiée :	ofection par le VHC ou VHL lans le dossier médical et is s'il s'agit d'une demand	B, la demande notamment dans

#### Annexe III: Détails des césariennes non pertinentes, non justifiées.

#### Maternité Conception:

- 1- Patiente G3P2
  - Utérus unicicatriciel
  - A 38 SA + 6 jours
  - Tentative de voie basse proposée > NON
  - Antécédent de cicatrice corporéale > NON

#### 2- Patiente G1P0

- Présentation du siège
- A 39 SA + 4 jours
- VME proposée : échec
- Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales > NON
- Déflexion persistante de la tête fœtale > NON
- Non coopération de la patiente > NON

#### 3- Patiente G8P1

- A 39 SA + 1 jour
- Antécédent de dystocie des épaules
- Suspicion de macrosomie et antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial > NON

#### Maternité Hôpital Nord :

- 1- Patiente G2P1
  - A 38 SA + 6 jours
  - Utérus unicicatriciel
  - Diabète gestationnel
  - Suspicion macrosomie hors diabète : poids fœtal estimé à 37 SA = 4100g
  - Tentative de voie basse proposée > NON
  - Antécédent de cicatrice corporéale > NON

#### 2- Patiente G2P1

- A 39 + 4 jours
- Utérus unicicatriciel
- Score de Bishop défavorable
- Tentative de voie basse proposée > NON
- Antécédent de cicatrice corporéale > NON





# Fiche information patiente sur le mode d'accouchement en cas d'utérus cicatriciel

La réalisation d'une césarienne lors de votre accouchement précédent a provoqué une cicatrice sur l'utérus, ce qui a des conséquences pour vos grossesses et accouchements ultérieurs.

La conduite à tenir pour votre accouchement sera définie après votre accord, par le médecin qui suit votre grossesse.

La présence d'une cicatrice sur l'utérus entraine une augmentation du :

- Risque de *rupture utérine* (0.1 à 0.5%).
- Risque d'insertion basse du placenta (placenta prævia) et d'anomalie d'adhésion du placenta (placenta accreta). Ces anomalies d'insertion du placenta peuvent être responsables de la survenue d'hémorragie maternelle.

Ce risque augmente avec le nombre de cicatrices utérines.

Il faut donc une surveillance rapprochée clinique et échographique au cours de la grossesse.

La présence d'une cicatrice utérine pose essentiellement le problème du choix du mode d'accouchement :

- Tentative d'accouchement par voie basse ou
- *Césarienne* de principe

Chacune des 2 attitudes présente des avantages et des inconvénients.

A la maternité de La Conception, la césarienne sera proposée dans certaines conditions (pathologies de la grossesse, plusieurs cicatrices utérines..), dans les autres cas un accouchement par les voies naturelles peut être envisagé.

# AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE APRES UNE CESARIENNE

#### Avantages :

- *Succès* dans 75% des cas (cela évite la constitution d'une deuxième cicatrice source de problèmes ultérieurs).
- Les suites de l'accouchement sont plus simples : les taux d'infection, de transfusion sanguine, d'hystérectomie (ablation de l'utérus), sont plus faibles que lors d'une nouvelle césarienne. La durée du séjour en maternité est plus courte.
- Les nouveaux nés naissant par voie basse présentent moins de problèmes respiratoires.

#### Inconvénients :

- 25% des tentatives se soldent par un *échec*, nécessitant la réalisation d'une césarienne en urgence au cours du travail.
- Du fait de la présence d'une cicatrice sur l'utérus il existe un risque de rupture utérine (0.2 à 0.8 % à des cas), ce qui peut entrainer une hémorragie maternelle et plus rarement un risque vital pour le bébé (1 cas sur 1000).

# AVANTAGES ET INCONVENIENTS D'UN ACCOUCHEMENT PROGRAMME PAR CESARIENNE APRES UNE PREMIERE CESARIENNE

#### Avantages:

- Diminue le risque de césarienne en urgence.
- Diminue fortement le risque de rupture utérine.

#### ! Inconvénients :

- 2<sup>ème</sup> cicatrice sur l'utérus il existe donc une augmentation du risque d'anomalies placentaires et de difficultés opératoires en cas de grossesses ultérieures.
- Augmentation du taux d'infection, de transfusion sanguine, de phlébite, d'hystérectomie (ablation de l'utérus).

Le choix du mode d'accouchement sera *discuté* avec vous *tout au long* de la grossesse.

Le choix entre tentative de voie basse et césarienne vous sera proposé jusqu'au terme, date à laquelle la situation obstétricale sera de nouveau analysée et adaptée à votre cas.

Votre médecin représente le meilleur interlocuteur et la meilleure source d'information par rapport à votre cas particulier.

<u>Annexe V</u>: Document donné aux patientes de la maternité de La Ciotat : Fiche d'information : césarienne programmée.

27	GESTION DE LA QUALITE	CONSENT/GYN/SPE009/G
Crear mornion	Spécification Spécification	Version 2
co Cictat	Note d'information - Césarienne programmée	Page 1 sur 2

# Césarienne Programmée

Madame,

Votre médecin vous a proposé une césarienne.

Ce document a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération au il vous a conseillée.

#### QU'EST-CE QU'UNE CESARIENNE ?

La césarienne permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus, lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles.

#### COMMENT SE PASSE L'OPÉRATION ?

L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachi-anesthésie), cependant, une anesthésie générale est parfois nécessaire, selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste.

L'ouverture de l'abdomen se fait par une incision horizontale le plus souvent. Parfais, une incision verticale est préférable du fait des antécédents ou de circonstances particulières. L'ouverture de l'utérus permet d'extraire l'enfant qui est confié à la sage-femme ou au pédiatre. Les parois de l'utérus et de l'abdomen sont ensuite suturées,

#### QUE SE PASSE-T-IL APRÈS UNE CESARIENNE ?

Les suites d'une césarienne et la durée d'hospitalisation sont un peu plus longues que celles d'un accouchement par les voies naturelles. Par contre, vous pourrez allaiter et vous occuper de votre bébé comme après un accouchement normal.

La césarienne n'empêche pas d'avoir d'autres grossesses ultérieurement. En dehors de certains cas, un accouchement par les voies naturelles peut le plus souvent être envisagé pour les grossesses suivantes.

#### EN PRATIQUE

#### Avant l'opération :

- $\Rightarrow$  une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention.
- ⇒ le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de la césarienne
- $\Rightarrow$  après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire
- ⇒ une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée. En cas d'anesthésie générale, celle-ci sera débutée au dernier moment après les préparatifs de la césarienne.

Dernière réactualisation : Février 2014

17	GESTION DE LA QUALITE	CONSENT/GYN/SPE009/G
CENTRE HOSPITALIS	Spécification Spécification	Version 2
ca Cictut	Note d'information - Césarienne programmée	Page 2 sur 2

#### Après l'opération

- ⇒ vous serez surveillée quelques heures en salle de réveil ou en salle d'accouchement avant de retourner dans votre chambre.
- une sonde urinaire, de même que la perfusion intraveineuse, sont généralement laissées en place pour pendant les 24 premières heures post-opératoires et dans de rares cas pour une durée supérieure.
- ⇒ un petit drain (tuyau) est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen.
- ⇒ un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites.
- ⇒ la reprise d'une alimentation normale se fait en général dans les deux jours suivant la césarienne.
- ⇒ La sortie a généralement lieu entre le 4e et le 7e jour post-opératoire.

#### Après le retour à domicile

- ⇒ un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période post-opératoire et peut durer jusqu'à 3 semaines
- ⇒ il est recommandé d'attendre la fin des saignements pour reprendre une activité sexuelle,
- des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre trois semaines avant de prendre un bain.
- après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin.

#### Y'a-t-il des risques ou des inconvénients ?

La césarienne est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

En cours d'opération, des lésions d'organes de voisinage de l'utérus peuvent se produire de manière exceptionnelle:
blessure intestinale, des voies uninaires ou des vaisseaux songuins, nécessitant une prise en charge chiurugicale spécifique.

Dans le cas exceptionnel d'hémorragie provenant de l'utérus pouvant menacer la vie de la patiente, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du song peut être rendue nécessaire. Dans cette situation, si les traitements médicaux et chirurgicaux spécifiques mis en oeuvre pour traiter l'hémorragie sont inefficaces, il peut s'avérer nécessaire très exceptionnellement de réaliser une hystérectomie (ablation de l'utérus pour arrêter le saignement).

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques puissants. Parfois, un hémotome ou une infection (abcès) de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent de simples soins locaux. Il n'est pas rares qu'une infection urinaire survienne, généralement sans gravité après une césarienne. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant la période de l'hospitalisation ofin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter des traitements spécifiques, voire une ré intervention. Comme toute chirurgie, la césarienne peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos autécédents ou par un traitement pris avant l'opération.

Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions que vous souhaitez.

CONSENT/GYN/SPE009/G- V2 - p2/2 - Centre Hospitalier de La Ciotat

Dernière réactualisation : Février 2014

# Glossaire

- Accidents thromboemboliques veineux : La thrombose est une oblitération (par la formation d'un caillot) d'un vaisseau sanguin, artériel ou veineux. La complication la plus redoutée est l'embolie pulmonaire : lorsque ce caillot qui circule dans le sang va obstruer l'artère pulmonaire.
- Age gestationnel: Nombre de semaines écoulées depuis que la femme n'a plus ses règles, ce qui se mesure en semaines d'aménorrhée.
- CCECQA (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine): Association à but non lucratif qui vise à améliorer la qualité et la sécurité des parcours de soins des patients et des résidents des établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés.
- Cicatrice corporéal : Cicatrice verticale sur le corps utérin avec extension plus ou moins longue sur le segment inférieur.
- **Dystocie des épaules**: Dystocie sévère propre à l'accouchement d'un gros fœtus, se caractérisant par l'absence d'engagement des épaules après expulsion de la tête.
- Elongation du plexus brachial: Paralysie partielle ou totale du bras et de la main, causée à la naissance par une lésion des nerfs situés à la racine du bras secondaire à un étirement du plexus brachial (plexus nerveux situé à la base du cou et dans la partie postérieure de la région axillaire, il innerve le membre supérieur).
- **Estimation du poids fœtal**: Basée sur des formules mathématiques, la mesure prend en compte plusieurs paramètres biométriques couramment utilisés en échographie prénatale: périmètre abdominal, périmètre crânien, diamètre bipariétal, longueur du fémur.
- Fécondation in vitro: Technique de procréation médicalement assistée et de transfert d'embryon
- **Gestité** : Nombre de grossesses antérieures.

- **Grossesses gémellaires** : Grossesse de deux fœtus.
  - Bichoriale biamniotique: Deux placentas et deux sacs amniotiques pour deux fœtus.
  - Monochoriale biamniotique: Un placenta et deux sacs amniotiques pour deux fœtus.
  - Monochoriale monoamniotique: Un placenta et un sac amniotique pour deux fœtus.
- **Indice de Masse Corporel**: Grandeur qui permet d'estimer la corpulence d'une personne, se calcule en fonction de la taille et de la masse.
- Multipare : Femme enceinte qui a déjà accouché une ou plusieurs fois.
- **Maternité de niveau 3** : Maternité disposant d'un service de réanimation néonatale et pouvant accueillir des grands prématurés de moins de 33 SA.
- **Parité** : Nombre d'enfants nés vivants.
- **Partogramme**: Enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus.
- **Périnée complet compliqué** : Déchirure du périnée jusqu'au sphincter anal.
- Placenta prævia: Le placenta est normalement inséré dans le haut de l'utérus,
   il est dit « praevia » lorsque ce n'est pas le cas. Il est dit aussi « accreta » lorsque son insertion est dans le myomètre.
- **Présentation du siège** : Lorsque l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur du bassin maternel alors que l'extrémité céphalique se situe au niveau du fond utérin.
- **Primipare** : Femme enceinte qui n'a jamais accouché.
- **Score de Bishop**: Score se calculant avec cinq paramètres relatifs au col utérin (position, consistance, longueur, dilatation et hauteur de la présentation) et permettant d'évaluer les modifications du col utérin.
- Radiopelvimétrie : Mesure des dimensions du bassin osseux à l'aide d'une radiographie ou d'un scanner.
- Réseau Sécurité Naissance : Le Réseau est une association regroupant les 23 maternités des Pays de la Loire, et l'ensemble des professionnels intervenants dans le champ de la périnatalité. Ses missions sont la coordination des acteurs et l'amélioration de la qualité des soins. Il est financé par l'Agence Régionale de Santé.
- **Travail**: Période qui précède l'accouchement associant des contractions utérines avec la dilatation du col utérin.

- **Utérus cicatriciel**: Utérus qui comporte, une ou plusieurs cicatrices myométriales. Cela exclue les cicatrices cervicales, les cicatrices purement muqueuses et les cicatrices purement séreuses.
- Version par manœuvre externe: Technique obstétricale qui consiste à pousser les fesses du fœtus se présentant au niveau du bassin maternel de manière à aligner sa tête vers le bas avant le début de l'accouchement.

#### Résumé:

Introduction: Près d'une femme sur cinq accouche par césarienne et dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée, cela varie de 2 % à 20 % en fonction des maternités. En 2012, la HAS a publié ses dernières recommandations de bonne pratique concernant les indications de césarienne programmée à terme. Suite à cette publication, il a été décidé d'évaluer le niveau de conformité des pratiques puis la pertinence des indications de césariennes programmées à terme à l'APHM. Matériels et Méthode: Etude rétrospective sous la forme d'un recueil de données sur 160 dossiers patient de l'APHM. Résultats: Cinq césariennes sur les 160 étudiées sont non pertinentes et non justifiées. Les trois principales indications sont l'utérus cicatriciel, la présentation du siège et la suspicion de macrosomie. Le terme moyen est de 38 SA. Analyse, Discussion & Conclusion: Les objectifs d'amélioration sont de reporter au bon terme les césariennes programmées avant 39 SA, augmenter les tentatives de voie basse pour les utérus cicatriciels et les présentations du siège et mise en place d'un staff « Césarienne ».

Mots clés : Pertinence – Indication - Césarienne programmée à terme

#### Abstract:

Introduction: Nearly one in five women gave birth by Caesarean section and in less than half the cases, caesarean section is programmed, it varies frome 2% to 20% depending on the maternity wards. In 2012, the HAS published its latest recommendations of good practice related to caesarean indications programmed to run. Following this publication i twas decided to assess the level of compliance of practices and the relevance of caesarean indications planned to end the APHM. Materiels and Methods: Retrospective study in the form of a collection of data on 160 patients records of APHM. Results: Five out of the 160 studied caesareans are irrelevant and unjustified. The three main indications are uterine scar, breech presentation and suspected macrosomia. The average term is 38 weeks of amenoria. Analysis, Discussion & Conclusion: The improvement objectives are to postpone the proper term caesarean section scheduled before 39 weeks of amenoria, increased vaginal attempts to scar uterus and breech presentations and implementation of a staff «Caesarean».

**Keywords**: Relevance – Indication - Term elective caesarean section