

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES.**

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**ANNEE 2021**

**Etat des lieux des césariennes au CHRU de  
Brest selon la classification de Robson**

**Etude observationnelle, descriptive, rétrospective réalisée au CHRU de Brest**

**Du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 au 31 Décembre 2019**

Présenté et soutenu par :

**Noémie LURON**

Née le 25 mai 1997

Directeur de mémoire : Monsieur Le Professeur MERVIEL Philippe

# Remerciements

Tout d'abord un grand merci à l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Brest, pour leur bienveillance.

Merci à Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL, directeur de ce mémoire, pour son aide et sa disponibilité.

A Madame Françoise JUBIL, sage-femme enseignante et guidante, pour ses conseils et son soutien.

A mes camarades de promotion pour tous ces bons moments passés ensemble.

A mes parents, ma famille qui m'ont toujours entourée et motivée.

A mes amis Nadège, Claudia et Baptiste pour leur soutien et leur présence.

# Glossaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

TVBAC : Tentative d'accouchement Voie Basse Après une Césarienne

ACOG : American Colleague of Obstetricians and gynecologists

CNSF : Collège National des Sages-Femmes de France

HAS : Haute Autorité de Santé

ENP : Enquête Nationale Périnatale

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CPP : Comité de Protection des Personnes

SA : Semaines d'Aménorrhée

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

CPAC : Césarienne Programmée Après une Césarienne

# Table des matières

<b>I. Introduction</b> .....	1
<b>II. Matériels et méthode</b> .....	4
1) L'objectif.....	4
2) Etude.....	4
a. Type.....	4
b. Lieu et période.....	4
3) Population étudiée et échantillonnage.....	4
4) Variables recueillies.....	5
5) Stratégie d'analyse :.....	7
6) Considérations réglementaires.....	8
<b>III. Résultats</b> .....	9
1) Diagramme de flux.....	9
2) Description de la population générale.....	10
3) La classification de Robson au CHRU de Brest.....	13
4) La classification de Robson au CHRU de Brest en fonction du type de césarienne : programmée, au cours du travail ou en urgence.....	15
5) Comparaison de la classification de Robson réalisée au CHRU de Brest à celle de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016.....	16
<b>IV. Analyse et discussion</b> .....	17
1) Principaux résultats.....	17
2) Comparaison aux données existantes.....	18
3) Forces et faiblesses.....	22
4) Perspectives.....	23
5) Discussion des pratiques réalisées.....	23
<b>V. Conclusion</b> .....	24
<b>VI. Annexes</b> .....	25
<b>VII. Bibliographie</b> .....	28

# I. Introduction

La césarienne est une « *intervention chirurgicale permettant un accouchement par voie abdominale, l'incision de l'utérus aboutissant à l'extraction du fœtus* » (1). Elle est indiquée lorsque les conditions chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par voie basse, c'est-à-dire par les voies naturelles. Comme tout acte chirurgical, une césarienne n'est pas sans risque. Plusieurs conséquences ultérieures peuvent en découler : des complications anesthésiques, hémorragiques, infectieuses, urologiques ou thromboemboliques sont décrites dans de nombreuses revues de littératures (2)(3)(4).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la césarienne permet de « *prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales si elle est médicalement justifiée* » (5). De ce fait, « *aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'il n'est pas nécessaire* » (5).

En 1990 le taux mondial de césarienne était de 6% contre 21% en 2015, marqué par de grandes inégalités territoriales (6).

Par rapport aux autres pays européens selon l'enquête EURO-PERINAT, la France se positionnait en 2015 au 7<sup>e</sup> rang sur 31 pays concernant le taux de césarienne. Une variation de ce taux au niveau européen serait expliquée par des différences de prises en charge obstétricales, notamment pour les accouchements par le siège, ou les grossesses gémellaires (7).

En France, selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, près d'une femme sur cinq donne naissance par césarienne, soit un taux de 20,4%. Une attitude générale des professionnels tend à limiter cette intervention, contribuant ainsi à la stabilisation de ce taux (8).

Plusieurs recommandations ont redéfini le recours à la césarienne et notamment le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2012 qui préconise une tentative d'accouchement par voie basse (TVBAC) après une (voire deux) césarienne(s) (9).

En 2014, l’American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) suppose qu’une « *nouvelle définition de la durée normale du travail et de ces dystocies* » pourrait diminuer le taux de première césarienne (10). Dans la continuité de ces travaux américains, le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) de 2017 donne une nouvelle définition du « *travail normal* » et de la « *stagnation du travail* » qui pourrait également redéfinir l’indication de césarienne (11).

Afin de justifier le recours à cette opération, il est important de cibler les indications de la césarienne. La Haute Autorité de Santé (HAS) publie en 2012 des recommandations à la pratique clinique afin de préciser les indications de la césarienne programmée à terme, « *non liée à une situation d’urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail* » (12). Si cette recommandation permet de pointer certains critères justifiant cette pratique, elle ne prend pas en considération la complexité et la diversité des situations médicales. En effet, il s’avère important d’analyser les critères contribuant au taux global de césarienne.

Néanmoins les scientifiques de l’OMS reconnaissent compte tenu des multiples indications de la césarienne une difficulté dans la mise en place de système de classification qui soit fiable et facilement reproductible.

De nombreuses classifications ont vu le jour afin d’évaluer les pratiques au sein des pays. En 2015, l’OMS établit la classification de Robson comme « *un système international de référence* »(13). L’utilisation de cette classification permettrait « *l’évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne dans les établissements de soins au cours du temps et entre établissements de soins* » (13).

La classification de Robson permet une analyse en sous-groupes de patientes en fonction de certaines caractéristiques maternelles et fœtales, afin d’évaluer la contribution de chaque groupe au taux global de la césarienne (Annexe I).

Utilisée sur la scène internationale, cette classification a été réalisée en France à plusieurs reprises. La réalisation de la classification de Robson en France a fait l’objet d’une publication de 2014 présentant l’évolution des pratiques de césarienne entre 1995 et 2010 (14)

(Annexe II). En 2015, à l'aide des données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, une étude réalise une classification de Robson en fonction des niveaux de maternités afin d'apporter à la communauté obstétricale, un groupe de comparaison selon les types de maternités pour les pratiques de la césarienne (15) (Annexe III).

Enfin cette classification a également été intégrée dans le dernier rapport de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 afin de préciser l'évolution des taux de césarienne (8).

Dans ce travail, nous souhaitons décrire la pratique de la césarienne au CHRU de Brest en utilisant la classification de Robson afin de pouvoir comparer nos résultats à l'ENP de 2016.

Selon la classification de Robson, quels sont les groupes contributeurs dans l'évolution des taux césariennes ?

Notre étude a pour objectif principal de décrire des taux de césarienne au CHRU de Brest en réalisant une classification de Robson afin d'identifier d'éventuels groupes de femmes ayant accouché par césarienne.

Secondairement, évaluer les pratiques de césariennes en comparant nos résultats, à ceux des maternités de France réalisées à l'aide de l'enquête Nationale Périnatale 2016.

## II. Matériels et méthode

### 1) L'objectif

L'objectif principal est de classer les accouchements ayant eu lieu au CHRU de Brest selon la classification de Robson afin de pointer les principaux contributeurs au taux global de césarienne.

Secondairement, le but de ce travail est de comparer la classification Robson du CHRU de Brest à celle de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016.

### 2) Etude

#### a. Type

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et unicentrique.

#### b. Lieu et période

L'étude est réalisée au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest, maternité de niveau III sur la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 au 31 Décembre 2019.

### 3) Population étudiée et échantillonnage

La population cible regroupe toutes les femmes ayant accouché par césarienne.

Les critères d'inclusion retenus ont été : les patientes ayant eu un accouchement par césarienne programmée, pendant le travail ou en urgence, d'un nouveau-né viable selon la définition de l'OMS, c'est-à-dire pesant au moins 500 grammes et d'un âge gestationnel supérieur à 22 semaines d'aménorrhée (SA).

Les critères d'exclusion prennent en compte les dossiers indisponibles, les naissances non viables ou les accouchements ayant eu lieu hors site ou au CH de Carhaix.

Afin de pouvoir réaliser le taux de césarienne, nous avons constitué un groupe d'accouchement en tirant au sort 1 dossier sur 2. Les critères des accouchements par voie basse



ont été recueillis à l'aide du cahier d'accouchement où l'ensemble des accouchements sont recensés.

Une liste nominative de dossiers a été fournie par le biais du Département d'Informations Médicales (DIM) suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion qui correspondaient aux codes JQGA002, JQGA003, JQGA004. Ces derniers correspondent respectivement aux accouchements par césarienne programmée, par césarienne au cours du travail et par césarienne en urgence en dehors du travail.

Pour des raisons de faisabilité, nous avons choisi d'effectuer un échantillon en prenant 50% des patientes ayant accouché par voie basse et 50% des patientes ayant accouché par césarienne dans chaque type de césarienne : programmée, en cours de travail et en urgence.

#### 4) Variabes recueillies

La classification de Robson se compose de 10 groupes de femmes dont 2 d'entre eux sont subdivisés en 2 sous-groupes. Soit au totale 12 catégories où chaque femme est classée dans une d'entre elle. Ce qui donne le caractère exhaustif de la classification (5). Ces catégories sont construites à l'aide de variables maternelles et fœtales recueillies dans les dossiers médicaux (Annexe I). L'OMS a mis en œuvre un manuel de la classification de Robson, où chaque variable exploitée est explicitement décrite (16).

- La parité, le nombre d'accouchement antérieur à la grossesse actuelle. Naissance d'un nouveau-né pesant au moins 500 grammes et d'un âge gestationnel supérieur à 22 semaines d'aménorrhée, vivant ou mort, avec ou sans malformation, par n'importe quelle voie d'accouchement. Le nombre d'interruptions de grossesse précédentes ou de fausses couches ne sont pas prises en compte.
  - primipare : sans accouchement antérieur.
  - multipare : au moins un accouchement antérieur.

- L'utérus correspond au nombre de césariennes réalisées avant l'admission. D'autres types de cicatrices utérines (myomectomie) ne devraient pas être considérées comme un antécédent de césarienne, et ne sont donc pas inclus dans la classification :
  - sans antécédent de césarienne : tous les accouchements précédents sont réalisés par voie basse.
  - avec antécédent de césarienne : au moins un antécédent de césarienne, néanmoins il peut y avoir eu un ou plusieurs accouchements par voie basse.
  
- Le début du travail, c'est-à-dire comment le travail ou l'accouchement a commencé pour cette grossesse actuelle :
  - spontané : avant l'accouchement la femme était en travail spontané. Ce groupe comprend également les femmes qui sont entrées en travail spontanément et qui ont ensuite reçu de l'ocytocine ou à qui une amniotomie a été réalisée.
  - déclenchement : lors de l'admission dans la salle d'accouchement, la femme n'était pas en travail et le travail a été alors induit par toute méthode de déclenchement valide, dont l'amniotomie, le misoprostol, l'ocytocine, ballon de Foley intracervical, laminaire ou autre.
  - césarienne avant le travail correspond à une décision de césarienne qui a été prise avant la mise en travail.
  
- L'âge gestationnel estimé le jour de l'accouchement. Cette datation est basée sur la meilleure estimation : date des dernières menstruations ou l'échographie de datation.
  - Avant terme : âge gestationnel inférieur à 37SA.
  - A terme : âge gestationnel supérieur ou égal à 37SA.
  
- La présentation du fœtus (céphalique, siège ou transverse) prise en compte est la dernière présentation fœtale avant une décision d'accouchement ou avant que le diagnostic de début de travail soit fait. Les femmes admises avec un fœtus en siège qui subissent une version externe et puis un accouchement en présentation céphalique devrait être considérée comme céphalique.

Les femmes avec un fœtus mort avec une présentation transversale qui subissent la version interne avant l'accouchement devrait être considérée comme en siège.

- Présentation céphalique : la tête fœtale se présente en premier dans le bassin
  - Présentation en siège : l'extrémité pelvienne se présente en première dans le bassin.
  - Présentation en transverse : l'axe longitudinal du fœtus est perpendiculaire à celui de sa mère.
- Le nombre de fœtus afin de déterminer s'il s'agit d'une grossesse unique ou multiple.
- Singleton qui correspond à un seul fœtus.
  - Grossesse multiple

Afin de faciliter la classification en différentes catégories de Robson, un algorithme a été réalisé (Annexe IV).

D'autres variables sont également recueillies permettant d'analyser davantage la population de femmes césarisées en plus de celles utilisées dans la classification de Robson telles que : le type de césarienne, l'âge maternel, la parité, l'indice de masse corporel, la consommation de tabac et la trophicité du nouveau-né.

### 5) Stratégie d'analyse :

L'analyse de la classification de Robson repose sur le calcul du taux de césarienne, de la taille de taille du groupe et de sa contribution au taux global de césarienne.

La taille relative du groupe correspond au nombre de femmes du groupe divisé par le total des femmes de l'échantillon.

Le taux de césarienne de l'échantillon inclut le nombre de femmes ayant accouché par césarienne dans le groupe divisé par le nombre de femmes du groupe.

La contribution du groupe au taux global de césarienne comprend le nombre de femmes ayant accouché par césarienne dans le groupe divisé par le nombre total des femmes.

Les données recueillies ont été analysées et traitées via le logiciel Excel®.

L'objectif secondaire étant de comparer nos données à celle d'une classification nationale de Robson. Nous avons choisi de comparer à l'aide du test  $\chi^2$  de Pearson. Le seuil de signification choisi était de 5%. L'analyse a été réalisée par le logiciel biostatTGV.

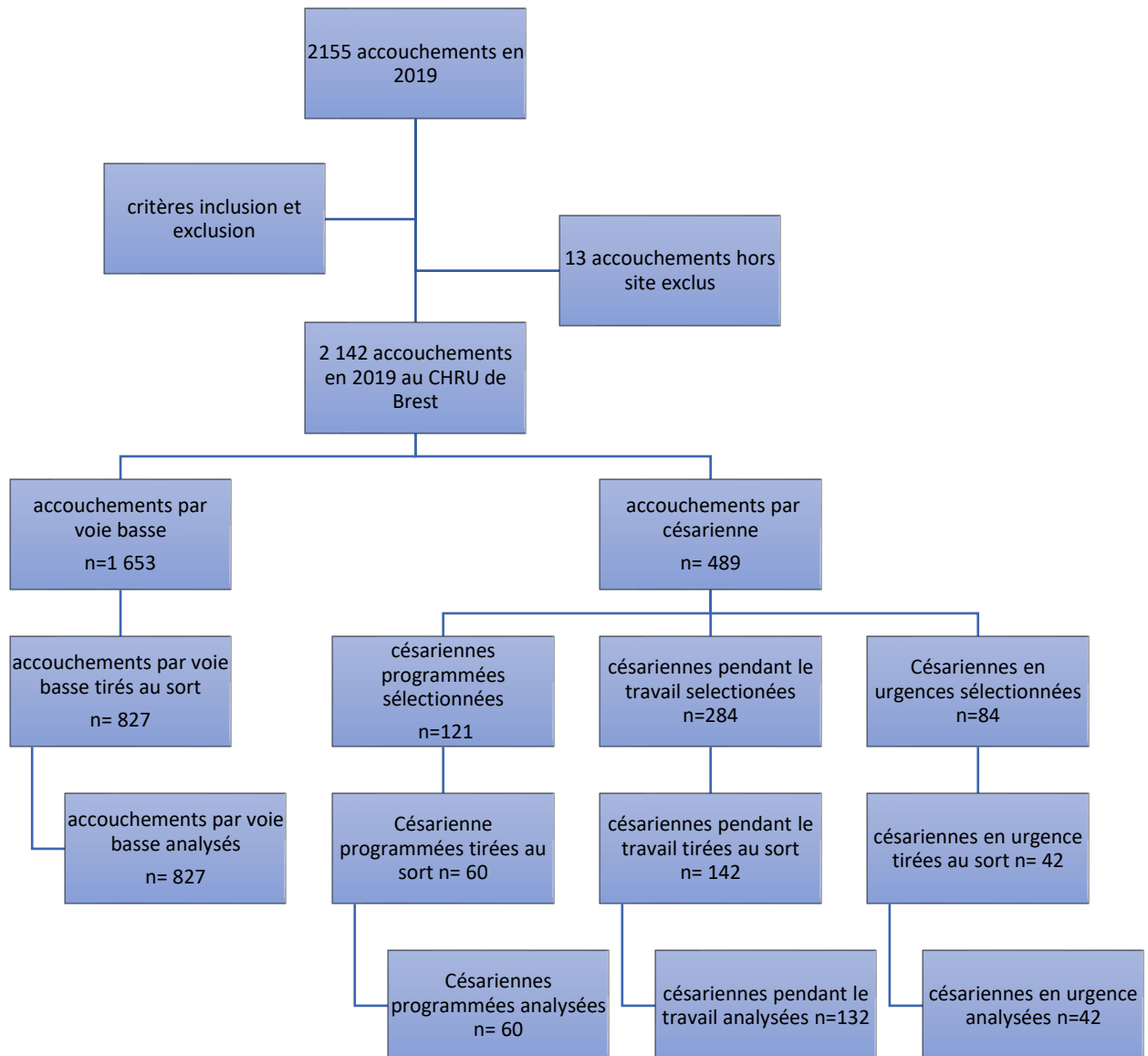
## 6) Considérations réglementaires

Afin d'utiliser des données personnelles, soumises à réglementation, nous avons effectué au sein de l'hôpital une campagne d'affichage permettant de prévenir les patientes. Il s'agit d'une étude rétrospective par analyse de dossiers, ce qui exclut des dispositions de demande d'avis au CPP.

### III. Résultats

#### 1) Diagramme de flux

Figure 1 : Diagramme de flux des patientes de l'étude



Durant la période d'étude, du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019 la maternité de niveau III du CHRU de Brest a réalisé 2 155 accouchements dont 13 accouchements étaient réalisés hors site. Soit un total de 2142 au CHRU de Brest dont 1 653 accouchements par voie basse et 489 accouchements par césarienne.

Suite à l'échantillonnage, 1 061 dossiers ont été tirés au sort en incluant dans notre étude un dossier sur deux. Après la sélection, le tirage au sort et le recueil des données, 234 dossiers de césariennes ont été étudiés et 827 dossiers d'accouchement par voie basse.

## 2) Description de la population générale

Tableau I : Description de la population générale

		Accouchements voie basse		Césariennes programmées		Césariennes pendant le travail		Césariennes en urgences		Total des césariennes	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Parité</b>	Primipare	325	39,30%	20	33,33%	93	70,45%	21	50,00%	134	52,26%
	Multipare	502	60,70%	40	66,67%	39	29,55%	21	50,00%	100	42,74%
<b>IMC</b>	Maigre (IMC<18)	NR	NR	0	0,00%	2	1,52%	0	0,00%	2	0,85%
	Normal (IMC [18 ;25])	NR	NR	30	50,00%	72	54,54%	25	59,52%	127	54,28%
	Surpoids (IMC [25 ;30])	NR	NR	13	21,67%	33	25,00%	10	23,81%	56	23,93%
	Obésité (IMC>30)	NR	NR	17	28,33%	25	18,94%	7	16,67	49	20,94%
<b>Age maternel</b>	<20	23	2,87%	0	0,00%	4	3,03%	1	2,38%	5	2,14%
	20-25	133	16,60%	7	11,67%	25	18,94%	8	19,05%	40	17,09%
	26-35	520	64,92%	36	60,00%	78	59,09%	22	52,38%	136	58,12%
	36-40	111	13,86%	14	23,33%	21	15,91%	10	23,81%	45	19,23%
	>40	14	1,75%	3	5,00%	4	3,03%	1	2,38%	8	3,42%
<b>Tabac</b>	Oui	NR	NR	9	15,00%	26	19,70%	9	21,43%	44	18,80%
	Non	NR	NR	51	85,00%	106	80,30%	33	78,57%	190	81,20%
<b>Utérus</b>	Non cicatriciel	777	93,95%	25	41,67%	110	83,33%	32	76,19%	167	71,37%
	Unicatriciel	50	6,05%	14	23,33%	21	15,91%	6	14,29%	41	17,52%
	Bicatriciel	0	0,00%	17	28,33%	1	0,76%	4	9,52%	22	9,40%
	Tricatriciel	0	0,00%	2	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,85%
	>3 cicatrices	0	0,00%	2	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,85%
<b>Terme</b>	Extrême prématurité (<28SA)	NR	NR	0	0,00%	1	0,76%	1	2,38%	2	0,85%
	Grande prématurité (≥28 SA et <32SA)	NR	NR	1	1,67%	2	1,52%	10	23,81	13	5,56%
	Prématurité modérée (≥32 SA et <37SA)	NR	NR	4	6,67%	16	12,12%	18	42,86%	38	16,24%
	Terme (≥37SA et <42SA)	781	94,44%	54	90,00%	106	80,30%	13	30,95%	173	73,93%
	Post-terme (≥42SA)	2	0,24%	1	1,67%	7	5,30%	0	0,00%	8	3,42%
<b>Nombre fœtus</b>	Singleton	794	96,01%	54	90,00%	122	92,42%	39	92,86%	215	91,88%
	Multiple	33	3,99%	6	10,00%	10	7,58%	3	7,14%	19	8,12%
<b>Trophici té du nouveau -né</b>	(<10°)	NR	NR	15	22,73%	17	12,23%	18	42,86%	50	20,24%
	Eutrophe	NR	NR	46	69,70%	109	78,42	23	54,76%	178	72,06%
	Macrosome (>90°)	NR	NR	5	7,57%	13	9,35%	1	2,38%	19	7,69%
<b>Présenta tion</b>	Céphalique	817	98,79%	41	68,33%	120	90,91%	34	80,95%	195	83,33%
	Siège	10	1,21%	18	30,00%	11	8,33%	7	16,67%	36	15,38%
	Transverse	0	0,00%	1	1,67%	1	0,76%	1	2,38%	3	1,28%

Parmi les femmes ayant accouché par césarienne, 52,26 % étaient des primipares contre 42,74% des multipares. Dans la population de césarienne programmée on retrouve 2 fois plus de multipares (66,67%) par rapport aux primipares (33,33%).

Pendant le travail, 70,45% des femmes qui ont accouché par césarienne étaient des primipares. La proportion des césariennes en urgence pour les multipares est similaire à celle des primipares.

Concernant les utérus unicatriciel, 50 patientes ont accouché par voie basse, 21 patientes ont eu une césarienne en cours de travail, 14 patientes ont eu une césarienne programmée et pour 6 patientes la césarienne a été réalisée en urgence. On note qu'aucun accouchement par voie basse n'a été pratiqué dans la population des femmes ayant un utérus bicatriciel. Parmi les 22 patientes ayant un utérus bicatriciel, 17 césariennes étaient programmées, 1 césarienne en cours de travail et 4 césariennes en urgence.

Pour l'ensemble des femmes ayant un utérus tricatriciel, la voie d'accouchement était une césarienne programmée.

Concernant les grossesses multiples 33 accouchements ont été effectués par voie basse et 19 accouchements par césarienne : soit 6 césariennes programmées, 10 césariennes en cours de travail et 3 césariennes en urgence.

Les accouchements en présentation du siège représentent 10 accouchements par voie basse, contre 36 accouchements réalisés par césarienne.

**Tableau II** : Le taux de césarienne suivant les antécédents de césarienne de la population étudiée et de l'Enquête Périnatale Nationale de 2016

	Population étudiée		EPN 2016		P value 5%
	N	%	N	%	
Primipares n= 459	134	29,2%	1265 (5418)	23,4%	<b>0,029</b>
Multipares sans antécédent de césarienne (n= 485)	33	6,8%	458 (5882)	7,8%	0,468
Multipares avec antécédent de césarienne (n=117)	67	57,3%	857 (1452)	59,0%	0,849
Multipares avec antécédent d'une césarienne (n=91)	41	45,0%	595 (1 184)	50,2	0,575
Multipares avec antécédents de 2 césariennes ou plus (n=26)	26	100%	262 (268)	97,8	0,938
Ensemble des naissances (n= 1061)	234	22,05	2 580 (12 752)	20,2	0,252

Dans notre population étudiée, les taux de primipares ayant eu une césarienne sont significativement supérieurs ( $p=0,029$ ) aux taux retrouvés dans l'enquête Périnatale Nationale de 2016 (29,2% versus 23,4%).

Le taux de césarienne chez les femmes ayant eu une césarienne auparavant est de 57,3% dans la population étudiée et 59,0% dans la population de l'ENP de 2016.

Dans la population étudiée, la totalité des femmes ayant des antécédents de 2 césariennes ou plus ont accouché par césarienne, alors que dans l'enquête périnatale dans 97,8% la césarienne a été réalisée.



### 3) La classification de Robson au CHRU de Brest.

**Tableau III** : La classification de Robson au CHRU de Brest

Groupe	Nombre de césariennes	Nombre total de femmes	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)
1. Primipares, singleton céphalique, ≥37 SA, travail spontané	27	224	12,05%	2,5%
2a. Primipares, singleton céphalique, ≥37 SA, travail déclenché	46	136	33,82%	4,3%
2b. Primipares, singleton céphalique, ≥37 SA, césarienne avant travail	6	6	100,00%	0,6%
3. Multipares, singleton céphalique, ≥37 SA, travail spontané (exclusion des antécédents de césarienne)	5	287	1,74%	0,5%
4a. Multipares, singleton céphalique, ≥37 SA, travail déclenché	10	131	7,63%	0,9%
4b. Multipares, singleton céphalique, ≥37 SA, césarienne avant travail	5	5	100,00%	0,5%
5. antécédent(s) de césarienne, singleton céphalique, ≥37 SA	55	105	52,38%	5,2%
6. Primipares, présentation en siège	21	25	84,00%	2,0%
7. Multipares, présentation en siège	6	12	50,00%	0,6%
8. Grossesses multiples (inclusion des antécédents de césarienne)	19	52	36,54%	1,8%
9. Présentations transverses (inclusion des antécédents de césarienne)	3	3	100,00%	0,3%
10. Singletons céphaliques, < 37SA (inclusion des antécédents de césarienne)	31	75	41,33%	2,9%
<b>TOTAL</b>	234	1061		22,1%

Le taux global de césarienne inclus dans notre étude était de 22,1%.

Les primipares en travail spontané avec un fœtus en présentation céphalique à terme (groupe 1) représentent une population obstétricale importante (n=224), dont 12,05% des femmes ont eu une césarienne.

Concernant les primipares ayant accouché d'un singleton à terme, le taux de césarienne correspond à 33,82% pour les femmes déclenchés, 12,05 % pour des femmes en travail spontané.

Pour l'induction du travail à terme des singletons en présentation céphalique, nous avons retrouvé un taux de césarienne de 33,82% chez les primipares qui est statistiquement plus élevé par rapport au taux de césarienne chez les multipares de 7,63%.

Pour les fœtus en présentation en siège, le taux de césarienne représente 84% pour les primipares contre 50% chez les multipares.

Plus de la moitié soit 52,38% des patientes ayant un antécédent de césariennes ont accouché par césarienne.

Le taux de césarienne des nouveau-nés prématurés (groupe 10) est de 41,33%.

4) La classification de Robson au CHRU de Brest en fonction du type de césarienne : programmée, au cours du travail ou en urgence.

**Tableau IV** : La classification de Robson au CHRU de Brest en fonction du type de césarienne : programmée, au cours du travail ou en urgence.

Groupe de Robson	Césariennes programmées		Césariennes au cours de travail		Césariennes en urgence		Total	
	N	Contribution aux césariennes recensées (%) <sup>1</sup>	N	Contribution aux césariennes recensées (%) <sup>1</sup>	N	Contribution aux césariennes recensées (%) <sup>1</sup>	N	Contribution aux césariennes recensées (%) <sup>1</sup>
1	0	0,00%	27	11,54%	0	0,00%	27	11,54%
2a	0	0,00%	43	18,38%	3	1,28%	46	19,66%
2b	5	2,14%		0,00%	1	0,43%	6	2,56%
3	0	0,00%	5	2,14%	0	0,00%	5	2,14%
4a	0	0,00%	10	4,27%	0	0,00%	10	4,27%
4b	1	0,43%		0,00%	4	1,71%	5	2,14%
5	31	13,25%	20	8,55%	4	1,71%	55	23,50%
6	12	5,13%	7	2,99%	2	0,85%	21	8,97%
7	3	1,28%	0	0,00%	3	1,28%	6	2,56%
8	6	2,56%	10	4,27%	3	1,28%	19	8,12%
9	1	0,43%	1	0,43%	1	0,43%	3	1,28%
10	1	0,43%	9	3,85%	21	8,97%	31	13,25%
Total général	60	25,64%	132	56,41%	42	17,95%	234	100,00%

1 % = N césarienne du groupe / N totale de césarienne X100%

Le principal contributeur au taux de césariennes analysées était le groupe 5 (multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique, à terme), suivi par le groupe 2a (primipares, grossesse unique, présentation céphalique, à terme, travail déclenché) puis les groupes 10 (toutes les naissances prématurées issues de grossesses uniques avec présentation céphalique) et 1 (primipares, grossesse unique, présentation céphalique, à terme, travail spontané).

5) Comparaison de la classification de Robson réalisée au CHRU de Brest à celle de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016.

Tableau V : Comparaison de la classification de Robson réalisée au CHRU de Brest à celle de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016

Groupe	Population étudiée				ENP 2016				P value
	Nombre de césariennes	Nombre total de femmes	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)	Nombre de césariennes	Nombre total de femmes	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)	
<b>1</b>	27	224	12,05%	2,5%	359	3372	10,65%	2,8%	0,56
<b>2a</b>	46	136	33,82%	4,3%	380	1291	29,43%	2,9%	0,44
<b>2b</b>	6	6	100,00%	0,6%	102	102	100,00%	0,8%	0,99
<b>3</b>	5	287	1,74%	0,5%	64	4202	1,52%	0,5%	0,77
<b>4a</b>	10	131	7,63%	0,9%	94	1168	8,05%	0,7%	0,88
<b>4b</b>	5	5	100,00%	0,5%	74	74	100,00%	0,6%	1
<b>5</b>	55	105	52,38%	5,2%	703	1275	55,14%	5,4%	0,77
<b>6</b>	21	25	84,00%	2,0%	227	273	83,15%	1,8%	0,97
<b>7</b>	6	12	50,00%	0,6%	189	243	77,78%	1,5%	0,38
<b>8</b>	19	52	36,54%	1,8%	125	231	54,11%	1,0%	0,17
<b>9</b>	3	3	100,00%	0,3%	57	57	100,00%	0,4%	1
<b>10</b>	31	75	41,33%	2,9%	204	650	31,38%	1,6%	0,23
<b>TOTAL</b>	234	1061			2578	12938			

Aucune différence statistique n'est observée entre notre étude et celle de l'Enquête Nationale Périnatale.

## IV. Analyse et discussion

### 1) Principaux résultats

Nous présentons dans ce mémoire, un état des lieux de 1 061 dossiers correspondants à 827 accouchements par voie basse et 234 césariennes au sein de l'établissement du CHRU Brest entre le 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2019. Le taux global de césarienne inclus dans notre étude était de 22,1%.

Bien que le taux de césarienne tend à se stabiliser dans la plupart des maternités de France, nous pouvons nous demander quelles sont les catégories de femmes qui contribuent à garder ce taux élevé au CHRU de Brest ?

Le principal contributeur au taux de césariennes analysées était le groupe 5 (multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique, à terme), suivi par le groupe 2a (primipares, grossesse unique, présentation céphalique, à terme, travail déclenché) puis les groupes 10 (toutes les naissances prématurées issues de grossesses uniques en présentation céphalique) et groupe 1 (primipares, grossesse unique, présentation céphalique, à terme, travail spontané).

Par ailleurs nous remarquons que les catégories qui participent le moins au taux global de césarienne sont les groupes : 9 (toutes les présentations transverses), 4b (Multipares sans utérus cicatriciel grossesse unique en présentation céphalique à terme qui ont eu une césarienne avant travail), et le groupe 3 (les multipares, en travail spontané, sans antécédent de césarienne).

Ces résultats sont en accord avec les données retrouvées dans la littérature. En effet il n'y a pas de différence statistique entre notre population étudiée et l'Enquête Nationale Périnatale réalisée en 2016. La répartition des césariennes au CHRU de Brest semble corrélée à celle de l'Enquête Périnatale Nationale.

## 2) Comparaison aux données existantes

### Population à bas risque

La population des accouchées étudiées représente 459 primipares, dont 29,2% des primipares ont accouché par césarienne. Dans l'enquête périnatale Nationale de 2016, le taux de primipares dont la voie d'accouchement est une césarienne est de 23,4%. Par conséquent au CHRU de Brest, le taux de césarienne pour les primipares est statistiquement plus élevé ( $p=0,03$ ) comparé au taux national. Par ailleurs, on constate que le taux de primipare ayant accouché par césarienne est davantage augmenté lors d'une césarienne réalisée en cours de travail.

Les primipares représentent les groupes à bas risque. Lorsque nous combinons le groupe 1 et 2, nous avons constaté que les femmes primipares avec des fœtus céphaliques singletons représentent plus d'un tiers de toutes les césariennes pratiquées, soit 33,76% des césariennes.

Une étude américaine a comparé les taux de césarienne à l'aide de la classification de Robson dans 9 pays différents. Les conclusions de cette étude ont montré que les plus grandes variations de taux de césarienne retrouvées entre ces différents pays correspondent aux femmes incluses dans le groupe 1. Ainsi les variations des taux de césariennes du groupe 1 auraient un impact non négligeable sur les variations du taux global de césarienne entre les différents pays (17).

L'optimisation du taux de césarienne exige que nous nous concentrons en priorité sur les pratiques de césarienne pour les femmes primipares et sur la gestion de l'accouchement dans ce sous-groupe.

Les recommandations du Collège National des Sage-femme sur l'administration d'ocytocine et celles de HAS sur l'accouchement normal et physiologique de 2017, ont redéfini les phases du travail, et notamment de la phase de latence. Ainsi, une nouvelle prise en charge du travail pourrait influencer nos pratiques lors d'une stagnation de dilatation et donc impacterait sur la décision de césarienne (18). Il serait intéressant d'exposer l'évolution du taux de césarienne avant et après ces recommandations, afin de savoir si celles-ci ont permis de diminuer le taux de césarienne dans ces catégories de femmes à bas risque.

Le taux de césarienne chez les primipares est plus important lorsqu'il s'agit d'un travail déclenché (33,82%) comparé au travail spontané (12,05%). En effet, le groupe 2a est le deuxième plus gros contributeur du taux global de césarienne. En France les dernières recommandations professionnelles pour le déclenchement artificiel du travail rédigées par l'HAS datent de 2008(19). Il serait important de se questionner si l'indication de déclenchement dans l'ensemble du groupe 2a étaient justifiée ? Quelles sont les méthodes de déclenchement utilisées dans cette catégorie de femmes ?

De plus, la principale indication de césarienne retrouvée dans le groupe 2a est l'anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF). Nous savons qu'il existe une variabilité d'interprétation du rythme cardiaque fœtal entre différents professionnels de santé. Des recommandations du CNGOF sur la surveillance fœtale pendant le travail en 2007 et en 2015 ont permis d'uniformiser la lecture du rythme cardiaque fœtal afin de pouvoir les analyser et les classer en fonction du risque d'acidose (20)(21).

Ainsi cette classification oriente à la fois sur l'utilisation des méthodes de deuxième ligne (pH au scalp, le dosage des lactates) ou sur la prise de décision d'extraction fœtale. Il serait intéressant de savoir si lors des ARCF, les professionnels de santé du CHRU de Brest utilisent cette classification afin de prendre la décision de réaliser la césarienne.

Une indication de césarienne retrouvée également dans cette catégories 2a, est la « *stagnation de la dilatation* ». Pour le CNGOF :« *Au cours du travail (y compris à dilatation complète), la réalisation systématique d'une césarienne après deux heures de stagnation de la dilatation doit être reconsidérée, du fait d'une diminution des césariennes en cas d'expectative prolongée (NP2), sans augmentation significative de la morbidité maternelle. L'analgésie péridurale permet de rendre cette expectative plus tolérable (NP 2).* » (22). Parmi ces femmes qui ont été césarisées pour stagnation de la dilatation, nous pouvons nous demander si décision de césarienne a été prise durant la phase active du travail, ou si certaines césariennes ont été réalisées durant la phase de latence ?

Si nous parvenons à diminuer les taux de césariennes chez les femmes primipares dans les groupes à bas risque (1 et 2) de la classification de Robson, alors nous pourrions diminuer également la proportion de femmes du groupe 5 dans les années à venir.

### Le groupe 5 : les multipares avec au moins un antécédent de césarienne.

En effet, le contributeur le plus important du taux de césarienne correspond au groupe 5 : toutes les multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique avec un âge gestationnel supérieur ou égale à 37 semaines d'aménorrhée. Ce groupe représente presque un quart du taux global de césarienne. Chez les multipares avec un antécédent de césarienne dans la population étudiée, un peu plus de la moitié des femmes ont eu une césarienne, un taux en corrélation avec le taux national puisqu' il n'y a pas de différence significative.

Dans notre étude, le taux de césarienne réalisé dans le groupe 5, est de 52,38%. Un total de 55 césariennes incluses dans le groupe 5, dont 31 césariennes programmées.

Les conclusions du RPC du CNGOF de 2012 en cas d'utérus cicatriciel étaient les suivantes : « *Pour le groupe d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la TVBAC est l'option privilégiée dans la grande majorité des cas. Peu de situations cliniques justifient en elle mêmes une CPAC (accord professionnel)* » (23).

L'objectif de ces recommandations étant d'encourager les professionnels à autoriser la Tentative d'accouchement par Voie Basse Après Césarienne (TVBAC). C'est ainsi qu'une diminution du nombre de césariennes réalisées chez les multipares ayant un utérus cicatriciel a été observée entre 2010 et 2016. Le taux de césarienne chez les multipares avec un antécédent de césarienne est passé de 65,2% en 2010 à 59,0% en 2016. Néanmoins si ce taux a diminué en France, il reste important par rapport à certains pays d'Europe. L'EUOPERINAT, publie les taux de césarienne avec un antécédent de césarienne de 59,1% en France contre un taux plus faible dans certains pays Nordiques tels que la Finlande à 44,6% et Islande à 52,4% (7). Ainsi il est donc probablement possible d'augmenter la fréquence du TVBAC (tentative voie basse après une césarienne) en France, ce qui permettrait de diminuer la contribution du groupe 5 au taux de césarienne national global.

On note tout de même que parmi les femmes ayant un utérus cicatriciel, seules les femmes ayant un utérus unicatriciel ont accouché par voie basse. Parmi les utérus bicatriciel, 1 seule césarienne a été réalisée pendant le travail, tandis que 17 patientes ont eu recours à une césarienne programmée et 4 patientes ont eu une césarienne en urgence. Enfin pour l'ensemble des patientes ayant un utérus tricatriciel, une programmation de la césarienne a été réalisée.



Cependant, certaines études internationales autorisent la tentative voie basse après 2 césariennes lorsque les conditions apparaissent favorables (24) (25).

#### Présentation du siège groupe 6 et 7

A propos de l'accouchement avec une présentation, la césarienne est davantage réalisée pour les primipares comparés aux multipares lorsque le fœtus est en présentation du siège.

En ce qui concerne le groupe 6, pour 12 patientes une césarienne a été programmée, tandis que pour 7 patientes la césarienne a été réalisée pendant le travail et pour 2 patientes une césarienne a été effectuée en urgence.

En France, le taux de césarienne lorsque que le fœtus se présente en siège est de 74,8%, alors que selon l'HAS cette situation ne justifie pas en elle-même d'avoir recours à cet acte chirurgical (12). Plusieurs critères sont nécessaires pour préconiser un accouchement par césarienne : confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtale, une déflexion persistante de la tête fœtale, ou une non-coopération de la patiente. 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. Dans notre étude, le critère majoritaire retrouvé qui excluait un accouchement par voie basse était le refus de la patiente à accoucher par les voies naturelles. Il serait utile de s'intéresser aux craintes des patientes à accoucher par voie basse et savoir si pour l'ensemble de ces patientes une version par manœuvre externe a été proposée.

#### Les accouchements prématurés : groupe 10

A propos des accouchements prématurés, on remarque une tendance du groupe 10 (toutes les grossesses uniques avec présentation céphalique, avec un âge gestationnel inférieur à 37SA) à être davantage élevé 2,9% par rapport à un taux de 1,6% au niveau de ENP de 2016. Ainsi ce taux plus important de prématuré peut s'expliquer du faite du niveau III du CHRU de Brest, accueillant de multiples pathologies qui pourraient induire à la prématurité.

### 3) Forces et faiblesses

Il s'agit d'une classification simple d'utilisation, reproductive et exhaustive, pouvant être utilisée à l'internationale. C'est la première fois que la classification de Robson est réalisée au CHRU de Brest.

L'échantillon de notre étude fournit un effectif assez faible dans plusieurs catégories, ce qui limite l'interprétation dans certains groupes. Néanmoins un des critères de validité de la classification de Robson selon le manuel de l'OMS, est que l'effectif le plus faible qui représente le groupe 9 soit inférieur à 1%. Ici la contribution groupe 9 aux taux césariens est de 0,25%. Ce qui renforce davantage la qualité de notre classification.

De plus l'Enquête Périnatale Nationale, prend en compte l'ensemble des maternités allant du niveau I au niveau III. Le CHRU de Brest étant une maternité de niveau III, accueille davantage de nouveau-nés prématurés et de pathologies maternelles et fœtales qui peuvent expliquer la réalisation d'une césarienne.

La classification de Robson est fondée sur les caractéristiques maternelles et fœtales. Elle ne prend pas en compte le contexte obstétrical ni les facteurs favorisant la prise de décision d'une césarienne et ne permet pas d'identifier des césariennes potentiellement évitables.

Les éventuelles comorbidités durant la grossesse telles que la présence d'hypertension artérielle (HTA) préexistante, gestationnelle ou prééclampsie, et de diabète préexistant ou gestationnel, n'ont pas été recherchées.

D'autres critères pourraient être appliqués dans chaque groupe de la classification afin d'analyser davantage chaque sous-groupe à l'exemple du diagnostic du travail (dilatation du col), la gestion du travail et ses interventions (rupture artificielle des membranes, utilisation d'ocytocine avec ses posologies), le type de déclenchement, le diagnostic et le traitement de l'arrêt du travail, la dystocie, les techniques de surveillance du fœtus, l'analgésie.

Par rapport à la cotation, certaines césariennes sont incluses dans la cotation JQGA004 c'est-à-dire « accouchement césarienne urgence », néanmoins nous pouvons nous questionner sur le caractère d'urgence de cette cotation puisque certaines césariennes n'ont pas un caractère d'urgence (à l'exemple de la laparochisis pour une prise en charge pédiatrique).

#### 4) Perspectives

Il pourrait être intéressant, de connaître le suivi de la grossesse : c'est-à-dire préciser d'éventuelles comorbidités durant la grossesse.

Concernant les groupes de femmes déclenchés (2a et 4a), il serait intéressant de savoir quel est la méthode de déclenchement et se pencher davantage sur le déroulement du déclenchement afin de mettre ces groupes en corrélation avec la recommandation de HAS sur la pratique du déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée.

Des recommandations pour la pratique clinique sur la prise en charge des utérus cicatriciel ont été publiées par le CNGOF en 2012. Il serait intéressant d'étudier leur impact sur l'évolution du taux de césarienne dans ce groupe, ces dernières années.

Enfin, une nouvelle enquête périnatale réalisée en 2020 va permettre de mettre en évidence l'évolution de la classification de Robson. Ainsi, une comparaison de nos résultats à une classification de Robson plus récente pourrait être effectuée.

#### 5) Discussion des pratiques réalisées

En France cette classification est utilisée dans les Enquêtes Nationales périnatales 2010 et 2016.

Le réseau périnatalité MYPA (Maternité en Yvelines et Périnatalité Active) a utilisé la classification de Robson afin de pointer les disparités entre les 10 maternités du territoire des Yvelines qui a permis d'émettre des hypothèses d'explication et proposer des modifications de pratiques pour des groupes de patientes à des taux élevés de césarienne (26). En 2015, La classification de Robson au CHU de Grenoble, maternité de niveau III a permis de démontrer l'efficacité d'un audit obstétrical quotidien permettant d'évaluer l'indication de césarienne afin de réduire les taux de césarienne en particulier celles réalisées en cours de travail (27).

Que ce soit à sein d'une maternité, d'un réseau périnatal, au niveau national ou à l'internationale, la classification de Robson reste un outil nécessaire à la pratique obstétricale. Il s'avère important d'utiliser cette classification au CHRU de Brest et de la reproduire au fil des années, afin de voir l'évolution des taux de césarienne.

## V. Conclusion

Le contrôle du taux de césarienne est une préoccupation importante du fait du risque élevé de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale associé à la césarienne.

Notre étude menée au CHRU de Brest a permis de mettre en évidence la répartition des césariennes selon la classification de Robson sur la période donnée. La classification de Robson des césariennes au CHRU de Brest semble corrélée à celle de l'Enquête Périnatale Nationale, puisque aucune différence statistique n'est observée.

La réalisation de cette classification nous aide également à identifier les groupes qui nécessitent une attention particulière. Ainsi, il s'avère important de s'intéresser davantage au groupe 5 (multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique, à terme) et au groupe 2a (primipares, grossesse unique, présentation céphalique, à terme, travail déclenché) qui contribuent le plus au taux global de césarienne.

Il semble important de se préoccuper des indications de déclenchement chez les primipares ainsi qu'à l'évaluation de la pratique de tentative d'accouchement par voie basse après une césarienne.

Ainsi en analysant davantage chaque catégorie, nous pourrions parvenir à réduire le taux de césarienne globale.

La classification de Robson permet une réflexion sur les pratiques des services afin de mener des actions adaptées à ses problématiques identifiées, tout en assurant une qualité et une sécurité de soins.

## VI. Annexes

### Annexe III : La classification de Robson

Groupe 1	Primipares, grossesse unique, présentation céphalique, terme $\geq 37$ semaines d'aménorrhée, travail spontané
Groupe 2a	Primipares, grossesse unique, présentation céphalique, terme $\geq 37$ semaines d'aménorrhée, travail déclenché
Groupe 2b	Primipares, grossesse unique, présentation céphalique, terme $\geq 37$ semaines d'aménorrhée, césarienne avant travail
Groupe 3	Multipares sans utérus cicatriciel grossesse unique, présentation céphalique, terme $\geq 37$ semaines d'aménorrhée, travail spontané
Groupe 4a	Multipares sans utérus cicatriciel grossesse unique, présentation céphalique, terme $\geq 37$ semaines d'aménorrhée, travail déclenché
Groupe 4b	Multipares sans utérus cicatriciel grossesse unique, présentation céphalique, terme $\geq 37$ semaines d'aménorrhée, césarienne avant travail
Groupe 5	Multipares avec au moins 1 utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, terme $\geq 37$ semaines d'aménorrhée
Groupe 6	Primipares, grossesse unique présentation siège
Groupe 7	Multipares grossesse unique présentation siège, utérus cicatriciel inclus
Groupe 8	Grossesse multiple, utérus cicatriciel inclus
Groupe 9	Grossesse unique avec présentation transverse ou oblique, utérus cicatriciel inclus
Groupe 10	Grossesse unique, une présentation céphalique terme $< 37$ semaines d'aménorrhée, utérus cicatriciel inclus

Annexe IV: La contribution au taux de césarienne global selon la classification de Robson à l'aide des données de l'enquête périnatale de 1995, 2003 et 2010.

<i>Groupe</i>	<i>1995</i>	<i>2003</i>	<i>2010</i>
<i>1</i>	2,2%	2,3%	2,8%
<i>2a</i>	16%	1,7%	2,8%
<i>2b</i>	15%	2,2%	1,1%
<i>3</i>	05%	0,7%	0,7%
<i>4a</i>	04%	0,5%	0,7%
<i>4b</i>	07%	1,1%	0,7%
<i>5</i>	4,2%	5,0%	5,8%
<i>6</i>	13%	2,2%	1,7%
<i>7</i>	10%	1,3%	1,2%
<i>8</i>	06%	0,9%	0,8%
<i>9</i>	03%	0,3%	0,4%
<i>10</i>	10%	1,5%	1,7%
<i>Total</i>	15,4%	19,7%	20,5 %

Annexe III : Distribution de la population, taux de césarienne et contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson dans les maternités de type 3 à l'aide des données de l'enquête périnatale de 2010.

	<i>Nombre de césariennes/ Total de femmes</i>	<i>Taille relative (%)</i>	<i>Taux de césarienne (%)</i>	<i>Contribution au taux global (%)</i>
<i>Groupe 1</i>	73/813	25%	9%	2,2%
<i>Groupe 2a</i>	80/310	9,5%	25,8%	2,5%
<i>Groupe 2b</i>	21/21	0,6%	100%	0,6%
<i>Groupe 3</i>	25/955	29,3%	2,6%	0,8%
<i>Groupe 4a</i>	19/253	7,8%	7,5%	0,6%
<i>Groupe 4b</i>	24/24	0,7%	100,0%	0,7%
<i>Groupe 5</i>	171/334	10,3%	51,2%	5,3%
<i>Groupe 6</i>	55/78	2,4%	70,5%	1,7%
<i>Groupe 7</i>	41/68	2,1%	60,3%	1,3%
<i>Groupe 8</i>	47/93	2,9%	50,5%	1,4%
<i>Groupe 9</i>	15/17	0,5%	88,2%	0,5%
<i>Groupe 10</i>	114/288	8,9%	39,6%	3,5%
<i>Total</i>	3254	100		21,1%

Annexe IV : L’algorithme de la classification de Robson



## VII. Bibliographie

1. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=C%C3%A9sarienne>
2. D. Subtil, P. Vaast, P. Dufour, S. Depret-Mosser, X. Codaccioni, F. Puech. Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse [Internet]. 2008 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: [http://alcciago.free.fr/documents/cesar\\_csqmat.pdf](http://alcciago.free.fr/documents/cesar_csqmat.pdf)
3. D.-E. Broche, L. Courtois, R. Maillet, D. Riethmuller. Césariennes. EMC - Obstétrique [Internet]. 2008 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-proxy.univ-brest.fr/showarticlefile/69348/05-45770.pdf>
4. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* sept 2006;108(3):541-8.
5. Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes [Internet]. 2015 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf;jsessionid=C822B81E46421B3FBDA8D05620457B28?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=C822B81E46421B3FBDA8D05620457B28?sequence=1)
6. GHO | By category | Births by caesarean section - Data by country [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>
7. EPHR2015 : The european perinatal health report 2015 [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.europeristat.com/images/EPHR2015\\_Euro-Peristat.pdf](https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf)
8. ENP2016 : Enquête Nationale Périnatale 2016 [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
9. CNGOF. RPC - Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2012;34(5):513.
10. Lothian JA. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery: ACOG and SMFM Change the Game. *J Perinat Educ.* 2014;23(3):115-8.
11. R. Béranter, A.-A. Chantry. RPC du CNSF –Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 1: définition et caractéristiques du travail normal et anormal [Internet]. 2017 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/rpc-du-cnsf/>
12. HAS : indications\_cesarienne\_programmee\_-\_recommandation\_2012-03-12\_14-44-28\_679.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications\\_cesarienne\\_programmee\\_-\\_recommandation\\_2012-03-12\\_14-44-28\\_679.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf)



13. WHO\_RHR\_15.02\_fre.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf;jsessionid=4821A3B6CEB3B1056C0BF790F2994459?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=4821A3B6CEB3B1056C0BF790F2994459?sequence=1)
14. Lafitte A-S, Dolley P, Le Coutour X, Benoist G, Prime L, Thibon P, et al. Rate of caesarean sections according to the Robson classification: Analysis in a French perinatal network – Interest and limitations of the French medico-administrative data (PMSI). *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* févr 2018;47(2):39-44.
15. Le Ray C, Prunet C, Deneux-Tharoux C, Goffinet F, Blondel B. Classification de Robson : un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* sept 2015;44(7):605-13.
16. Implementation manuel Robson classification [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf;jsessionid=5D84404C794C665CEF17508C3D0F1AFA?sequence=1>
17. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:308.e1–8.
18. BARBER EL, LUNDSBERG L, BELANGER K, PETTKER CM, FUNAI EF, ILLUZZI JL. Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate. *Obstet Gynecol.* juill 2011;118(1):29- 38
19. HAS. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA : recommandations professionnelles et argumentaire 2008.
20. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : modalités de surveillance fœtale pendant le travail 2007. [cité 10 févr 2021] Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/rpc\\_surv-foet\\_2007.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf). C
21. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Mise à jour en obstétrique 2015. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/images/RCF-CNGOF-2015.pdf>.
22. Recommandations pour la pratique clinique Césarienne : conséquences et indications (2000) [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: [http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/cesarienne\\_2000.pdf](http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/cesarienne_2000.pdf)
23. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Accouchement en cas d'utérus cicatriciels - Recommandations pour la pratique clinique. 2012 Décembre;
24. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 184 : Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2017 Nov;130(5):e217-e233
25. Sentilhes L, Vayssière C, et al. Delivery for women with a previous cesarean : guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Sep ; 170(1) :25-32

26. Raynal P, Lebreton E, Poulain C. Analyse des taux de césariennes dans le réseau de périnatalité Mypa, pertinence de la classification de Robson [Internet]. EM-Consulte. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1072558/analyse-des-taux-de-cesariennes-dans-le-reseau-de->
27. Lasnet A, Jelen A-F, Douysset X, Pons J-C, Sergent F. L'introduction d'un audit obstétrical quotidien : une solution pour diminuer le taux de césarienne ? Rev Sage-Femme. 1 nov 2015;14(5):190-8.

## Résumé

**Objectif :** Dans notre étude, nous souhaitons décrire la pratique de la césarienne au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest en utilisant la classification de Robson afin de pouvoir comparer nos résultats à l'Enquête Nationale Périnatale de 2016.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et unicentrique, réalisée au CHRU de Brest, maternité de niveau III sur la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 au 31 Décembre 2019. Les femmes ont été classées en 12 groupes selon la classification de Robson en fonction des caractéristiques maternelles et fœtales. Pour chaque catégorie ont été calculée la taille relative du groupe, son taux de césarienne et sa contribution aux taux de césarienne global.

**Résultats :** Le taux global de césarienne inclus dans notre étude était de 22,1%. Le contributeur le plus important au taux de césariennes analysé était le groupe 5 (multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique, à terme), suivi par le groupe 2a (primipares, grossesse unique, présentation céphalique, à terme, travail déclenché).

**Discussion :** Afin de diminuer ce taux de césarienne, il convient de porter une attention particulière sur ces groupes qui contribuent le plus à l'augmentation du taux de césarienne. Une diminution du taux de césariennes chez les femmes primipares dans les groupes à bas risque (1 et 2) de la classification de Robson et notamment chez les primipares déclenchées, contribuerait à réduire la proportion de femmes du groupe 5 dans les années futures.

**Conclusion :** La classification de Robson est un outil simple d'utilisation. Elle permet des comparaisons dans le temps et entre les maternités. Ainsi des actions peuvent être menées pour réduire les taux dans certains groupes contributeurs au taux global de césarienne.

**Mots clés :** analyse statistique, taux de césarienne, classification de Robson, contributeur.

**Titre :** Etat des lieux des césariennes au CHRU de Brest selon la classification de Robson du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2019.

**Auteur :** Noémie Luron

**Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Brest, 2021.**