



Evaluation de la pratique des césariennes à Louis Mourier, type III, APHP, Ile de France (IDF)

C. Crenn Hebert^{a,b}, E. Lebreton^a, O. Riviere^d, C. Menguy^{a,c}, N. Dacheux^b,

L. Mandelbrot^b,

a: Perinat-ARS-IDF,

b: Maternité, CHU Louis Mourier, APHP, Colombes

c: DIM, CHI André Grégoire, Montreuil

d: AUDIPOG, Université Cl Bernard, Lyon1-Laennec, Lyon

Lyon, SFMP 2017



Beaumont | Bichat - Claude Bernard | Brotonneau | Louis-Mourier | Charles Richet



Plan



- Contexte
- Objectifs
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- Conclusion

Contexte

- Primipare à bas risque de césarienne: Paterson, David, Main (2007)
 - > Tableau de bord Réseau sentinelle AUDIPOG
- Recommandation OMS 2011: classification de Robson pour évaluer la pratique des césariennes
 - > Outil adapté en France (C Le Ray et al. 2015)
- Recommandations HAS 2012: sur les césariennes programmées
 - > Programmes d'analyse et d'amélioration de la pertinence ARS et Réseaux périnataux 2013
 - > Contrat « Efficience » tutelle et ARS-IDF sur la pratique de la césarienne car variabilité+++
- Maternité Louis Mourier: dossier informatisé 2005, évaluations régulières (Staff annuel, TDB Audipog > 2008, Profil ARS-IDF > 2015)

Objectifs

- Comparer 2 méthodes d'évaluation en routine de la pratique des césariennes:
 - Fiche Robson à partir données dossier informatisé
 - Fiche HAS à partir données du PMSI

- Préciser l'impact pour la pratique clinique



Méthode

Population: accouchements à la maternité Louis Mourier, comparés aux accouchements des établissements de même type en IDF et en France

Sources des données:

Dossier informatisé DiammG

Données du Réseau Sentinelle de l'AUDIPOG

PMSI (ATIH)

Export annuel pour analyse au sein du Réseau Sentinelle de l'AUDIPOG:

Selon classification de Robson en 10 groupes de situations cliniques

Analyse annuelle par PERINAT-ARS-IDF des données du PMSI:

Selon 6 groupes d'indications de césarienne d'après les Recommandations HAS

Données:

Fréquence des situations cliniques, taux de césarienne par situation et contribution au taux de césarienne global

Classification de Robson

Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review. 2001;12(1):23-39.
In WHO_RHR_15.02_fre

F >= 37 SA
Unique
Céphalique,
sans Ut cicatriciel
ni Diabète
ni Macrosomie

E >= 37 SA Unique
Céphalique,
sans Ut cicatriciel,
avec Diabète ou
Macrosomie

D >= 37 SA
Unique
Céphalique
Utérus cicatriciel



Référentiel HAS 2012 réduit

C >= 37 SA
Unique Siège ou
Transverse

B >= 37 SA
Multiples

A < 37 SA

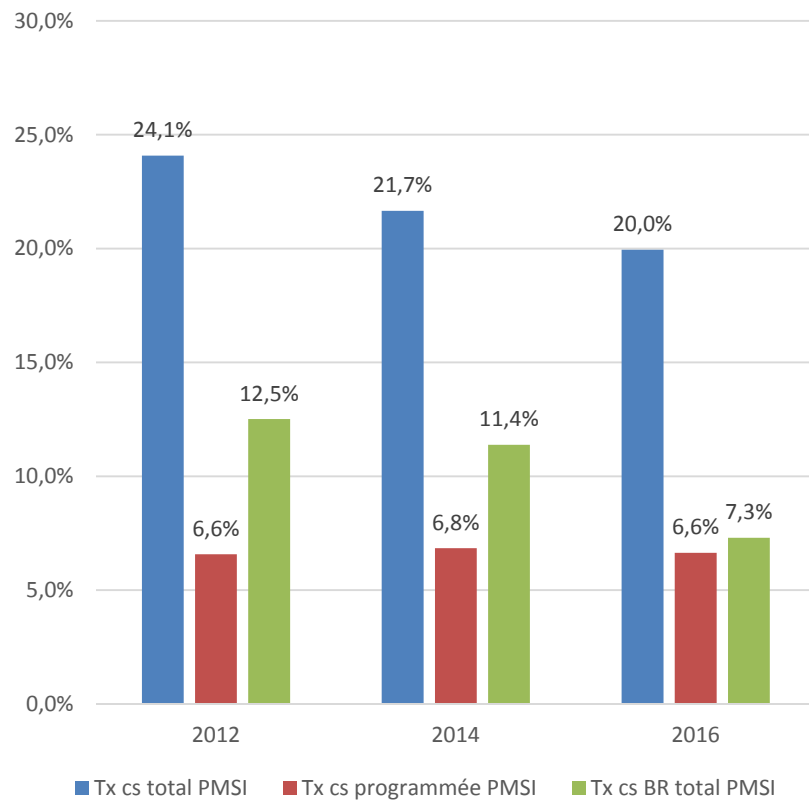


Résultats

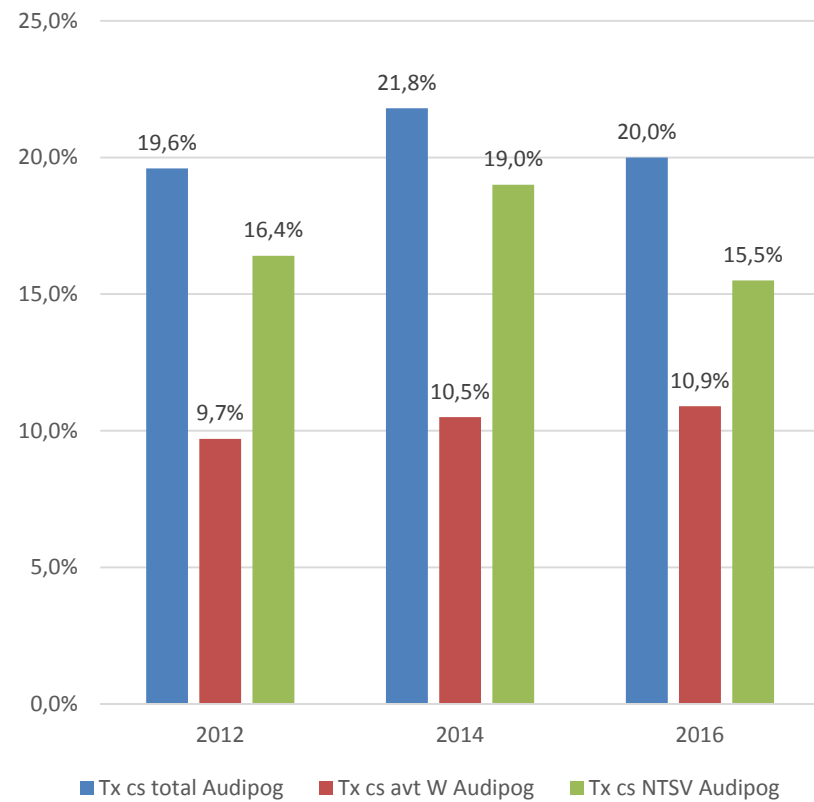
1. Données globales et évolution 2012-2016
2. Analyse selon référentiel HAS
3. Analyse selon Robson

Evolution 2012-2016

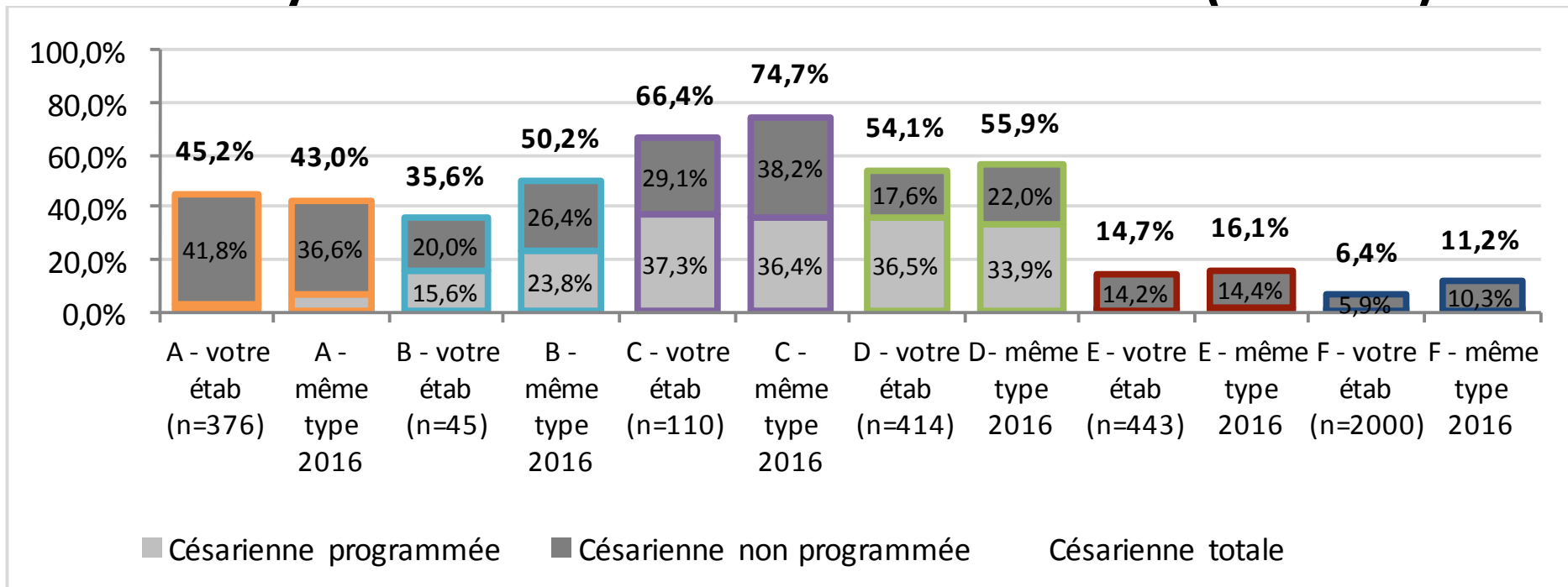
PMSI



AUDIPOG



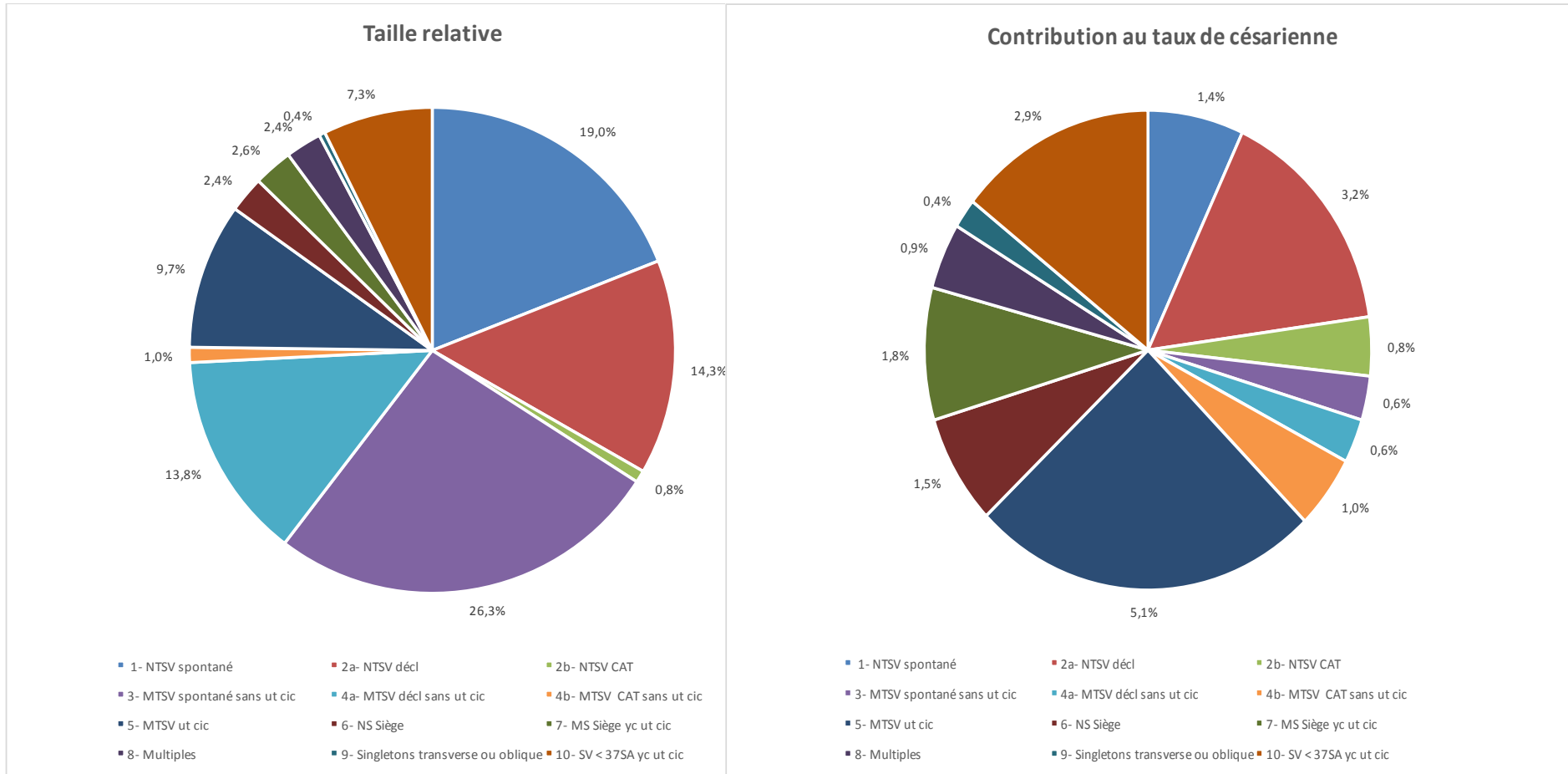
Analyse selon référentiel HAS (PMSI)-1



	A - <37 SA
	B - >=37 SA - multiple
	C - >=37 SA - unique - présentation siège ou anormale
	D - >=37 SA - unique - présentation céphalique - Utérus Cicatriciel
	E - >=37 SA - unique - présentation céphalique - Sans Utérus Cicatriciel - Diabète ou Macrosom
	F - >=37 SA - unique - présentation céphalique - Sans Utérus Cicatriciel - Ni Diabète Ni Macros

Comparaison des taux de césarienne globale selon les groupes						
	Votre établissement 2016			Même type 2016		
	Taille relative (%)	Taux de césarienne (en %)	Contribution au taux (%)	Taille relative (%)	Taux de césarienne (en %)	Contribution au taux (%)
A	11,1	45,2	5,0	11,1	43,0	4,8
B	1,3	35,6	0,5	1,4	50,2	0,7
C	3,2	66,4	2,2	3,3	74,7	2,5
D	12,2	54,1	6,6	10,7	55,9	6,0
E	13,1	14,7	1,9	11,9	16,1	1,9
F	59,0	6,4	3,8	61,6	11,2	6,9
	100,0		20,0	100,0		22,7
Comparaison des taux de césarienne programmée selon les groupes						
	Votre établissement 2016			Même type 2016		
	Taille relative (%)	Taux de césarienne programmée (en %)	Contribution au taux (%)	Taille relative (%)	Taux de césarienne programmée (en %)	Contribution au taux (%)
A	11,1	3,5	0,4	11,1	6,3	0,7
B	1,3	15,6	0,2	1,4	23,8	0,3
C	3,2	37,3	1,2	3,3	36,4	1,2
D	12,2	36,5	4,5	10,7	33,9	3,6
E	13,1	0,5	0,1	11,9	1,7	0,2
F	59,0	0,6	0,3	61,6	0,9	0,6
	100,0		6,6	100,0		6,6

Analyse selon Robson (AUDIPOG)-1



Césarienne et « bas risque » Robson (AUDIPOG)-2

AUDIPOG	LMR 2016 (tx bruts)			Types III (tx standardisés)		
	Relatif	Tx Césarienne	Contribution	Relatif	Tx Césarienne	Contribution
1- NTSV spontané	19,0%	7,2%	1,4%	24,8%	11,5%	2,9%
2a- NTSV décl	14,3%	22,1%	3,2%	9,0%	27,7%	2,5%
2b- NTSV CAT	0,8%	100,0%	0,8%	0,9%	100,0%	0,9%
3- MTSV spontané sans ut cic	26,3%	2,2%	0,6%	29,9%	2,2%	0,7%
4a- MTSV décl sans ut cic	13,8%	4,4%	0,6%	8,0%	5,4%	0,4%

Discussion

- **HAS** facilite comparaisons selon type (groupe prématurés écartés en premier)
- Etude de pertinence pour le cas des utérus cicatriciels idem ds les 2 systèmes
- **Robson** à partir dossier médical permet de cibler le groupe des premières césariennes et les circonstances (mode d'entrée en travail): impact pour la pratique clinique/césariennes évitables ?



Conclusion pour L Mourier

- **Objectif de stabiliser le taux global de césariennes** malgré l'augmentation de la pathologie et du nb de naissances (passage type III en 2007, > 3000 acct/an): **atteint**
- **Surveillance tx de césarienne, en routine**
 - chez les FE à bas risque
 - avant et pendant le travail



Perspectives IDF

- Suivi de la **morbidity néonatale**
- Suivi de la **morbidity maternelle**
- > /mode d'accouchement (**CS, VBI, VBS**)

- **Quels indicateurs?**
- **Quelle échelle? (maternité, réseau, région...)**



MERCI

- catherine.crenn-hebert@aphp.fr
- www.perinat-ars-idf.org
- www.audipog.net