

Evaluation comparative de la pratique des césariennes:

Taux attendus

C. Crenn Hebert et Noelle Dacheux*, Olivier Rivière**,
Elodie Lebreton ***

*Hôpital Louis Mourier - AP-HP Service du Pr
Mandelbrot, **AUDIPOG, ***Perinat-ARHIF

Césarienne: « thème » pour EPP?

- Enjeux liés à cette pratique :
 - Augmentation régulière des taux observés
 - Recommandations de l'OMS (taux entre 5 et 15%)
 - Impact sur Morbidité/mortalité maternelle gr index ou ultérieure
 - Impact sur morbidité/mortalité périnatale naissance index ou ult
 - Désir des femmes, des couples /projet d'accouchement
 - Répercussion médico-économique

Césarienne: comment appréhender ce processus?

- Approche par « indicateurs avec maîtrise statistique des processus » :
 - L'analyse comparative des taux montre une grande variabilité des taux de césarienne et suggère un effet lié plus à la pratique du professionnel qu'au risque maternel ou périnatal
 - L'objectif d'amélioration est de réduire la variabilité des pratiques et d'optimiser la prise en charge.

Prise en compte facteurs de risque / AUDIPOG (cf Sandra David Br J GO 2001; 108)

- **Age** maternel ≥ 35 a, taille maternelle ≤ 155 cm
- Nullipare
- Césarienne antérieure
- Terme ≤ 37 sa
 - ATCD périnatal grave
 - Diabète, RCIU, HTA
 - Macrosomie, hydramnios
 - Présentation du **siège** ou anormale
- Déclenchement du travail

Césarienne: analyse des taux

- Approche comparative par processus :
 - Le processus de décision est segmenté selon le moment (avant ou pendant le travail), selon les pratiques associées et selon la pathologie
 - L'objectif d'amélioration passe par une meilleure compréhension des causes de la variation.

**Taux attendu de césarienne
Hôpital Louis Mourier**

	Taux observés 2003 (n = 2040) % [IC 95%]	Taux attendus 2003 % [IC 95%]
Césarienne avant travail	8,9 [7,7 ; 10,2]	4,1 [3,5 ; 4,7]
Césarienne pendant travail	9,2 [7,9 ; 10,4]	6,7 [6,3 ; 7,1]

Césarienne: quelles actions d'amélioration?

- **Changer les femmes?**
 - **Préparation naissance « physiologique »**
 - **Information**
- **Changer les fœtus?**
 - **Surveillance bien-être, croissance (diabète, RCIU...)**
- **Changer les docteurs?**
 - **Revue des dossiers**
 - **Indications interventions justifiées**

**Taux attendu de césarienne
Hôpital Louis Mourier**

	Taux observés 2006 (n = 2216) % [IC 95%]	Taux attendus 2006 % [IC 95%]
Césarienne avant travail	10,7 [9,4 ; 12,0]	7,5 [6,9 ; 8,1]
Césarienne pendant travail	10,5 [9,2 ; 11,8]	6,0 [5,7 ; 6,4]

Définition « bas risque » / PMSI (2006- IDF)

- **Age** maternel: entre 18 et 35 a
- **Grossesse unique**
 - Pas d'ATCD de stérilité, périnatal grave ou psycho
 - Pas d'accouchement prématuré après MAP, ni RPM
 - Pas de diabète, ni RCIU, ni HTA ou prééclampsie
 - Pas d'HRP, ni procidence cordon
 - Pas d'uterus cicatriciel
 - Pas de présentation du **siège** ou anormale

Césarienne: variation des pratiques au sein d'un réseau périnatal /population à bas risque

type	Maternité	Nb d'acc	Taux total de césarienne	Nb de femmes à bas risque	% de femmes à bas risque	Tx de césarienne des femmes à bas risque
I	maternité A	1274	13,3	690	54,2	5,4
II A	maternité B	1838	24,6	993	54	15,4
II B	LOUIS MOURIER	2257	21,2	1488	65,9	11,3
III	maternité C	5206	25,7	2323	44,6	10,4
	moyenne IDF					11,40%

Mesure des résultats: où se trouvent les césariennes évitables?

- Chez les femmes à bas risque?
- Chez les femmes avec un uterus cicatriciel?

Conclusion: Perspectives

- Stabiliser le taux de césarienne malgré l'augmentation du nb de femmes à risque, lors du passage en Type III
 - Analyse plus fine des processus associés
 - Comparaison « active » des pratiques au sein du réseau
- Monitorer les résultats concernant le nouveau-né:
 - Revue des dossiers de morbidité (Apgar <7 à 5')
 - Elargir la mesure des Ph au cordon?
 - Suivi à long terme
- Réviser le modèle d'ajustement des risques