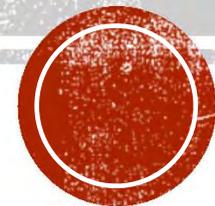


# Césariennes programmées à terme: Les outils développés par l'HAS/DGOS

38èmes journées du CNGOF  
Mercredi 3/12/14



Ghada HATEM-GANTZER  
Hôpital Delafontaine-Saint-Denis  
Maternité A. du Coudray

# Taux de recours aux soins: nombre d'actes rapportés au nombre d'habitants

- Très disparate sur le territoire
- Est-ce lié à des actes non pertinents?: « des soins inutiles font courir des risques aux patients de manière injustifiée et engendrent des coûts importants pour la société »
- Stratégie d'amélioration de la pertinence des soins confiée à **un groupe national de concertation piloté par le Ministère de la Santé** depuis 2011
- Premiers actes questionnés:
  - Césarienne programmée
  - Canal carpien
  - Coronarographie
  - Appendicectomie
  - Cholécystectomie
  - Endoscopie digestive



# Taux de césariennes programmées à terme

O. Tillon-faure (août 2012)

Seuil raisonnable pour l'OMS = 15% mais **90% des maternités sont au delà**

	Global	Niv 3	Niv 2	Niv 1
France	16.1%	11.6%	16%	22.2%
Corse	24.2%	/	20.7%	31.4%
Limousin	20.1%	15.4%	21.3%	22.4%
Aquitaine	20.2%	12.2%	18%	25.2%
Auvergne	18.6%	10.3%	22.3%	24.7%
Poitou- Charentes	19.9%	11.3%	21.2%	20.5%



# Mission confiée par la CNAMTS et la DGOS à l'HAS

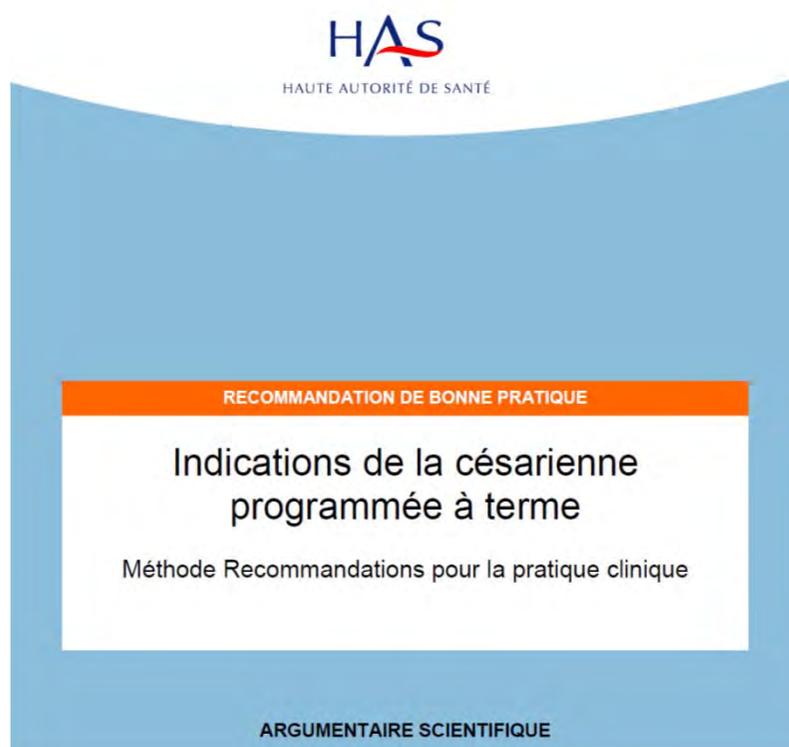
- Elaborer des recommandations de bonnes pratiques sur le thème « **Indications de réalisation d'une césarienne programmée à terme** »
- Et répondre à 2 questions:

**Quelles sont les indications de la césarienne programmée à terme?**

**Quelles sont les informations à transmettre à la femme enceinte lors d'une césarienne programmée?**



# Publications HAS 2012



The image shows the content page of the HAS publication. At the top, the HAS logo is on the left, and the title 'Indications de la césarienne programmée à terme' is on the right. Below the title, the date 'Janvier 2012' is written. The main heading 'Quelles sont les indications de la césarienne programmée ?' is centered. Below this, there are seven blue buttons, each with a magnifying glass icon, listing the indications: 'Utérus cicatriciel', 'Grossesse gémellaire', 'Présentation par le siège', 'Macrosomie', 'Transmissions mère-enfant d'infections maternelles', 'Indications de fréquence plus rare', and 'Césarienne sur demande'.

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Indications de la césarienne programmée à terme

Janvier 2012

### Quelles sont les indications de la césarienne programmée ?

- Utérus cicatriciel
- Grossesse gémellaire
- Présentation par le siège
- Macrosomie
- Transmissions mère-enfant d'infections maternelles
- Indications de fréquence plus rare
- Césarienne sur demande



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Analyse et amélioration des pratiques Césarienne programmée à terme Optimiser la pertinence du parcours patient

La Haute Autorité de santé (HAS) poursuit son action en matière d'amélioration de la pertinence des soins en publiant un ensemble d'outils destinés à favoriser la mise en pratique de la recommandation de bonne pratique « Indications de la césarienne programmée à terme » parue en mars 2012<sup>1</sup>.

Ce programme est destiné à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale en charge du suivi de grossesse. Il propose des exemples concrets de méthodes et d' **Outils** d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, aux différentes étapes de **parcours génériques de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne à terme** en fonction de facteurs de risques.





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Ensemble, améliorons la qualité en santé



## Analyse et amélioration des pratiques Césarienne programmée à terme Optimiser la pertinence du parcours patient

La Haute Autorité de santé (HAS) poursuit son action en matière d'amélioration de la pertinence des soins en publiant un ensemble d'outils destinés à favoriser la mise en pratique de la recommandation de bonne pratique « Indications de la césarienne programmée à terme » parue en mars 2012<sup>1</sup>.

Ce programme est destiné à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale en charge du suivi de grossesse. Il propose des exemples concrets de méthodes et d'outils d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, aux différentes étapes de **parcours génériques de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne à terme** en fonction de facteurs de risques.

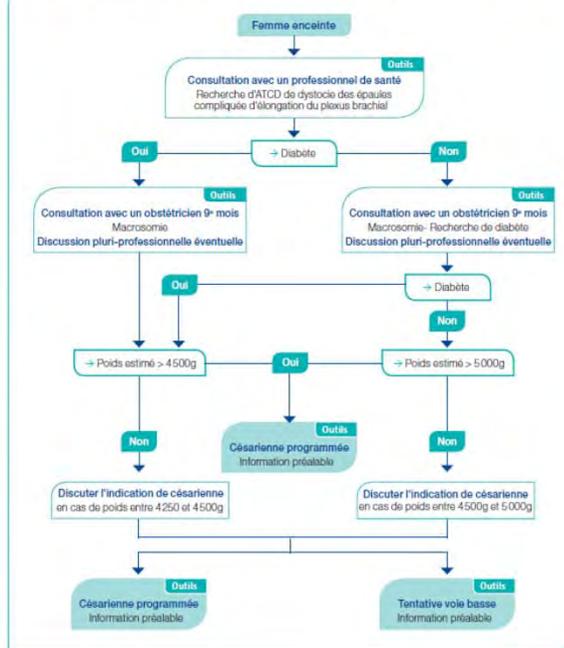
Ces outils peuvent être des chemins cliniques, des critères d'évaluation ou des grilles de pertinence, des exemples d'actions d'amélioration et des indicateurs pour suivre l'impact de la démarche.

L'approche par « parcours patient » retenue par la HAS permet une meilleure coordination de tous les acteurs de la prise en charge. Ce document entend apporter une aide concrète pour améliorer la pertinence des césariennes programmées.

Les retours d'expérience enrichiront la version électronique<sup>2</sup>, pour partager les connaissances acquises sur le terrain, permettant ainsi une amélioration continue des processus.

Merci de faire part de votre expérience à [dpc@has-sante.fr](mailto:dpc@has-sante.fr)

Parcours générique de la femme enceinte avec macrosomie du fœtus



## Chemin clinique : exemple dans le guide

Information Chemin clinique	Consultations intermédiaires		
Objectifs professionnels	→ Identifier les risques d'un accouchement par voie basse → Informer la femme enceinte et son entourage sur la balance bénéfices/risques selon le mode d'accouchement par tentative de voie basse ou césarienne programmée à terme		
Objectif de la femme enceinte	Être informée sur les critères de décision du mode d'accouchement		
Résultat attendu	Information sur la balance bénéfices/risques des modes d'accouchement		
		Date	Commentaires
		Signature	
Anamnèse	Liste de facteurs influençant la balance bénéfices / risques (31) <ul style="list-style-type: none"> <li>• risques obstétricaux / périnataux,</li> <li>• possibilité de tentative voie basse,</li> <li>• projets de grossesse future,</li> <li>• ATCD d'accouchement voie basse,</li> <li>• souhait de retour rapide post-natal à une activité normale,</li> <li>• souhait du père (ou entourage) de participer à la naissance,</li> <li>• souhait de programmer la naissance,</li> <li>• souhait de stérilisation concomitante,</li> <li>• peur de la voie basse</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Echographies fœtales	→ Echo T1 → Echo T2 → Echo T3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Information	Document d'information sur la césarienne programmée à terme remis à la femme enceinte	<input type="checkbox"/>	



# Elaboration d'un document d'information destiné aux patientes

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DOCUMENT D'INFORMATION DESTINÉ AUX FEMMES ENCEINTES

## La césarienne programmée à terme

Est-ce que cela me concerne ?

Que dois-je savoir ?

Janvier 2012





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **Avis du collège de la HAS sur les indications de la césarienne programmée à terme**

Le Collège de la HAS note que, selon les résultats de l'étude CNAMTS réalisée auprès de 565 établissements de santé effectuant au moins 100 accouchements par an, le taux moyen national de césarienne programmée en 2009 s'élève à 7,4 %, avec des disparités entre les départements et selon le type et le niveau des établissements considérés.

Dans ce contexte, et afin d'assurer une analyse des pratiques permettant d'évaluer la pertinence de cet acte, le Collège de la HAS préconise que les professionnels de santé renseigne dans le dossier de la femme enceinte les éléments d'information suivants : indication, rapport bénéfices/risques et conditions de réalisation de l'acte.

Le Collège de la HAS rappelle qu'en dehors des indications médicales recensées dans la recommandation de bonne pratique et de la demande de la femme enceinte, il n'existe aucune autre indication à la pratique de cet acte.



# Mais la publication de ces textes

- Ne suffit pas à modifier les pratiques
- Ne permet pas d'évaluer la mise en application des RCP
- Ne permet pas d'évaluer l'évolution du taux des césariennes
- Ne permet pas d'évaluer l'impact sur la sécurité de la naissance



- ✓ Déploiement d'outils
- ✓ Mise en place d'une expérimentation



# Expérimentation pilote lancée en novembre 2012

## **Double objectif:**

- Favoriser l'appropriation et la mise en œuvre des référentiels
- Capitaliser sur les actions d'amélioration des pratiques



# Responsabilité nationale: **DGOS**

## Expertise méthodologique: **HAS**

### ▪ **Partenaires**

- ARS
- CNGOF
- Fédérations des réseaux de santé en périnatalité: expertise méthodologique et métier
- Collège National des SF
- Association Césarine
- Réseaux qualités (CECQUA)

### ▪ **Pas de méthodes ni outils précis proposés**



# Grandes étapes de l'expérimentation

- **Décembre 2012**: appel à projet. 200 établissements répondants
- Publication des taux de césariennes attendus par région et par établissement:
- Février 2013: séminaire de lancement DGOS
- Accompagnement par conférences téléphoniques et visioconférences
- Juin 2013: Présentations en Ateliers Pertinence organisés par la DGOS avec les ARS
- Octobre 2013: Rapport d'étape
- Janvier 2014: Séminaire d'étape (DGOS/HAS/FFRSP): partage des difficultés, mise en commun des actions d'amélioration
- Octobre 2014: Séminaire d'étape ARS-IF
- **Novembre 2014**: Séminaire de clôture DGOS





**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**Analyse et amélioration des pratiques  
Césarienne programmée à terme  
Optimiser la pertinence du parcours patient**

**EXPERIMENTATION PILOTE**

**SEMINAIRE D'ETAPE – 9 JANVIER 2014**



## Objectifs de l'expérimentation

- **Faciliter l'appropriation et la mise en œuvre par les professionnels des recommandations HAS**
- **Assurer un partage d'expérience sur le site de la HAS et capitaliser les enseignements**
- **Indicateurs de comparaison des pratiques**  
Mise en place d'un groupe de travail par le SIPAQSS
  - Validation du calcul du taux de césarienne attendu
  - Autres indicateurs à prendre en compte (morbidité maternelle et fœtale...)



## 2 objectifs de qualité prédominants

---

- **Programmer la césarienne après 39 SA**
- **Partager la réflexion sur la balance bénéfiques /risques avec la femme enceinte (et son entourage)**



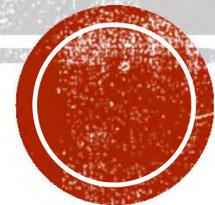
## La place de la mesure

---

- ✓ **L'enjeu de l'analyse des pratiques :**
  - **Susciter la réflexion**
  - **Suivre l'impact de ses initiatives**
- ✓ **Ajustez l'énergie dépensée et la méthode utilisée en regard de cet enjeu.**
- ✓ **Vous pouvez ne pas avoir besoin d'en faire plus que l'analyse de 3 ou 4 dossiers au cours d'un staff.**
- ✓ **Par contre, demandez systématiquement : « Comment saurez-vous que votre démarche a été utile ? »**



# Quelques outils



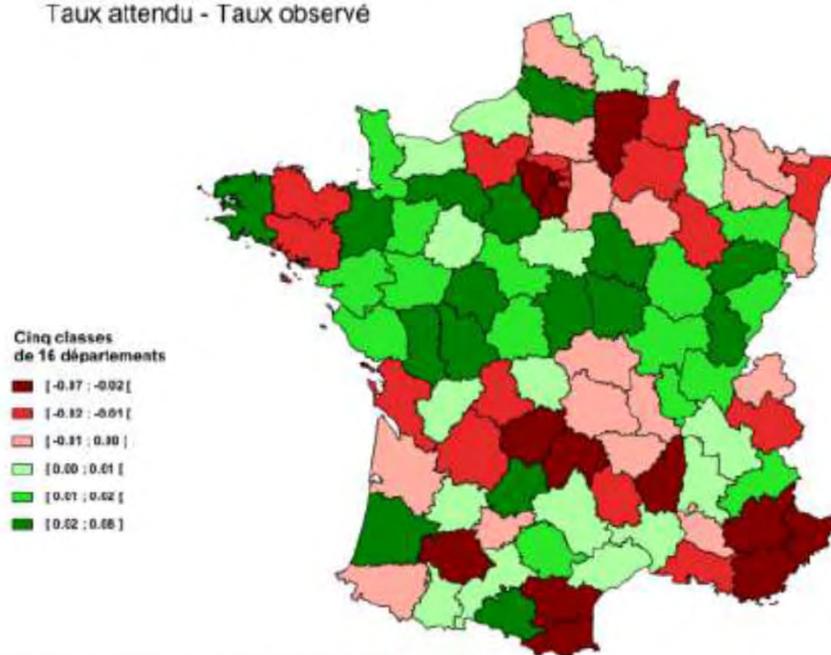
# Audit de conformité des césariennes programmées à terme dans le réseau des Pays de la Loire

R. COLLIN, B. BRANGER,  
A. PAUMIER,  
Commission obstétricale,  
Gynéco-obstétriciens  
des 21 maternités participantes



# Différences Tx attendu - Tx observé

Différence des taux de césariennes  
programmées à terme  
Taux attendu - Taux observé



Zones rouges : différence < 0 --> Tx observé plus élevé  
Zones vertes : différence > 0 --> Tx observé moins élevé

Sources : DGOS, HAS, FFRSP à partir du PMSI 2011



### Grille des critères de décision pour les indications des césariennes programmées à terme

- Maternité .....
- Praticien qui pose l'indication ..... → Anonymat garanti par le Réseau + + + +
- Date de la décision ..... + AG de la décision .....
- Date prévue de la césarienne .....
- Date de remplissage de la grille .....

Penser à remplir la partie « Issue de l'accouchement »  
et à adresser la fiche au Réseau

#### Antécédents

- Age de la patiente ..... - Gestité ..... - Parité ..... (nullipare=0)
- 1<sup>er</sup> accouchement : VB  Césarienne  Poids de naissance .....  
Complications éventuelles .....
- 2<sup>ème</sup> accouchement : VB  Césarienne  Poids de naissance .....  
Complications éventuelles .....
- 3<sup>ème</sup> accouchement : VB  Césarienne  Poids de naissance .....  
Complications éventuelles .....
- 4<sup>ème</sup> accouchement : VB  Césarienne  Poids de naissance .....  
Complications éventuelles .....
- Poids de la patiente ..... Taille ..... IMC .....
- Autres antécédents .....

Cocher la case correspondant à la réponse

#### Information de la femme enceinte

Information sur le mode d'accouchement	Oui avec trace écrite complète	Oui sans trace écrite ou trace incomplète	Non
1. Une information a été délivrée auprès de la femme avec l'indication, le rapport bénéfice/risques et les conditions de réalisation			
2. Une information a été délivrée sur les modifications possibles du mode d'accouchement en fonction de l'existence de nouveaux événements			
Information sur les conséquences de l'accouchement	Oui avec trace écrite complète	Oui sans trace écrite ou trace incomplète	Non
3. La réalisation de la césarienne est prévue après 38 SA +6 (en raison du risque de détresse respiratoire)			
4. Une information a été délivrée sur les risques de complications pour les grossesses futures (placenta praevia/accreta)			
5. Une information a été délivrée sur l'augmentation des accidents thromboemboliques veineux			

	Oui	Non	Sans objet / NSP
L'attitude adoptée vous semble-t-elle conforme aux recommandations de l'HAS ?			
Commentaires .....			

#### Indications de la césarienne programmée

Utérus cicatriciel	Oui	Non	Sans objet / NSP
6. L'indication de la césarienne a été posée sur le seul élément d'un utérus cicatriciel			
7. Pour un utérus monocicatriciel, une proposition de VB a été faite à la patiente (sauf en cas de cicatrice corporelle)			
8. Pour un utérus bi-cicatriciel, le choix a été discuté entre voie basse et césarienne programmée			
9. Pour un utérus tri-cicatriciel, la césarienne programmée a été proposée			
10. L'absence des comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus a seule conduit à la programmation de la césarienne			
11. L'utérus cicatriciel a imposé la réalisation d'une radio-pelvimétrie			
12. Une échographie de la cicatrice utérine a été réalisée			
Précisions sur l'utérus cicatriciel - Uni <input type="checkbox"/> Bi <input type="checkbox"/> Tri <input type="checkbox"/> Quadri <input type="checkbox"/>			
L'attitude adoptée vous semble-t-elle conforme aux recommandations de l'HAS ? Commentaires .....			
Si l'attitude adoptée n'est pas conforme, quelles en sont les raisons : - La recommandation n'est pas adaptée au cas <input type="checkbox"/> - Le contexte clinique est trop complexe <input type="checkbox"/> - Une demande maternelle a été explicitement formulée <input type="checkbox"/> (passer au critère 36)			

Grossesse gémellaire	Oui	Non	Sans objet / NSP
BCBA <input type="checkbox"/> MCBA <input type="checkbox"/> MCMA <input type="checkbox"/>			
13. L'indication de la césarienne a été posée à cause de J1 en présentation céphalique			
14. L'indication de la césarienne a été discutée en raison de J1 en présentation du siège			
14 bis. L'indication de la césarienne a été posée en raison de la choricité			
L'attitude adoptée vous semble-t-elle conforme aux recommandations de l'HAS ? Commentaires .....			
Si l'attitude adoptée n'est pas conforme, quelles en sont les raisons : - La recommandation n'est pas adaptée au cas <input type="checkbox"/> - Le contexte clinique est trop complexe <input type="checkbox"/> - Une demande maternelle a été explicitement formulée <input type="checkbox"/> (passer au critère 36)			



# OUTIL DÉVELOPPÉ PAR MATERMIP



	38.5A	37.9A	36.9A	36.8A	Date prévis	Façon	Roché combinée	Hydratation	AG	DD	RJ Synto	D minérale	pas de déhydrat	ATB	M. Anomalie	M. Infection	complications	Hyp	Quantification des gas	Infection SO	Muscle TE	Plasma protéin	Apex < 3	Apex < 7	pH < 7	7< pH < 20	pH > 20	lactose > 10 mmol/l	DB > 2 mmol/l	DF (mmol/l)	Ho-Kéto acid	Inhib acid et basif	CPAP et transert	DF (mmol & T	Encéphalopathie	Transfert malade	RAG		
Patient	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28	C29	C30	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37		
Patient 1																																							
Patient 2																																							
Patient 3																																							
Patient 4																																							
Patient 5																																							
Patient 6																																							
Patient 7																																							
Patient 8																																							
Patient 9																																							
Patient 10																																							
Patient 11																																							





Patient	36 SA	37 SA	38 SA	39 SA	Date prévue	Rachis	Rachis combinée	Hypertension	AG	DD	5UJ Synto	D manuelle	pas de délivrance	ATB	M. Manuelles	M. Instrumentales	complicatons	Hpp	Quantifications des pa.	Infection SD	Mélasé TE	Pédiatre présent	Apogés 3	Apogés < 7	pH < 7	T < pH < 7 20	pH > 7 20	leucosés > 10mm3	DB > 12 mmHg	DR Transitoire	Hospitalisation	Intubation et tra réser	CPAP et transfert	DR Intub & T	Encéphalopathie	Transfert mat-emb	RMF				
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28	C29	C30	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37				
Patient 1																																									
Patient 2																																									
Patient 3																																									
Patient 4																																									
Patient 5																																									
Patient 6																																									
Patient 7																																									
Patient 8																																									
Patient 9																																									
Patient 10																																									
Patient 11																																									





# Expérimentation Césarienne programmée à terme CH Semur-en Auxois

Période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2013

*Dr Bernard LALLEMANT, gynécologue-obstétricien CH Semur-en-Auxois*

*Mme Raphaëlle FROIDUROT, sage-femme cadre CH Semur-en-Auxois*

*Mme Ombeline DESPLANCHES, coordinatrice régionale RPB*



## Questionnaire maternité dans le cadre d'une césarienne programmée à terme

Madame,

Le Centre Hospitalier de Macon/Semur-en-Auxois participe à une expérimentation nationale sur les césariennes programmées à terme et plus particulièrement sur l'information réalisée pendant la grossesse aux futurs nésés.

Pour cela, nous vous soumettons ce court questionnaire qui, une fois rempli sera à remettre à la sage-femme du service.

En vous remerciant, par avance, pour le temps que vous prendrez pour remplir ce questionnaire.

## QUESTIONNAIRE

1. Savez-vous pourquoi vous avez eu une césarienne ?
  - Oui
  - Non
2. Avez-vous eu pendant la grossesse une information sur le rapport bénéfices/risques d'une césarienne pour décider du mode d'accouchement ?
  - Oui, à quel mois de grossesse ? \_\_\_\_\_
  - Non
3. Avez-vous eu pendant la grossesse une information sur les risques d'une césarienne ?
  - Oui, à quel mois de grossesse ? \_\_\_\_\_
  - Non
4. Avez-vous eu avant votre accouchement une information sur les conditions de réalisation de la césarienne ?
  - Oui, à quel mois de grossesse ? \_\_\_\_\_
  - Non
5. Avez-vous eu un document d'information sur les « césariennes programmées à terme » pendant votre grossesse ?
  - Oui
  - Non
6. A quel moment avez-vous eu ce document d'information ?
  - Au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse (entretien prénatal précoce)
  - Consultation du 6<sup>ème</sup> mois
  - Consultation du 9<sup>ème</sup> mois
  - Autre : \_\_\_\_\_
7. Par quel professionnel avez-vous eu ce document d'information ?
  - Le médecin gynécologue-obstétricien
  - L'interne
  - La sage-femme
  - Autre : \_\_\_\_\_
8. Quel est le secteur d'activité du professionnel ci-dessus ?
  - Libéral (cabinet)
  - Hospitalier
  - PMI
9. Êtes-vous satisfaite des informations reçues au cours de la grossesse sur les indications, les risques et les conditions de la césarienne programmée ?
  - Oui
  - Non



Chemin Clinique

EXPERIMENTATION CESARIENNE PROGRAMMEE A TERME - CH SEMUR-EN-AUXOIS (21)

Terme auquel le chemin clinique est débuté :

en cours de grossesse : .....SA       post accouchement (revus de dossier)

Fiche présente dans le dossier (au moment de la revue de dossier) :  NON       OUI

Information	Consultations intermédiaires	
Chemin clinique		
Objectifs professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les risques d'un accouchement par voie basse</li> <li>• Informer la femme enceinte et son entourage sur la balance bénéfices/risques selon le mode d'accouchement par tentative de voie basse ou césarienne programmée à terme</li> </ul>	
Objectifs de la femme enceinte	Etre informée sur les critères de décision du mode d'accouchement	
Résultats attendus	Information sur la balance bénéfices/risques des modes d'accouchement	
	Date Signature	Commentaires
Anamnèse	Liste des facteurs influençant la balance bénéfices/risques <b>1. Risques obstétricaux, périnataux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uterus cicatriciel <input type="checkbox"/></li> <li>  • Demande des comptes rendus opératoires <input type="checkbox"/></li> <li>• Grossesse gemellaire <input type="checkbox"/></li> <li>• Siège / présentation transverse <input type="checkbox"/></li> <li>  • Proposition d'une VME <input type="checkbox"/></li> <li>• Macrosomie <input type="checkbox"/></li> <li>  • Recherche de diabète maternel <input type="checkbox"/></li> <li>• Possibilité de tentative voie basse <input type="checkbox"/></li> <li>• Autre <input type="checkbox"/></li> </ul> <b>2. Représentation de la patiente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet de grossesse future <input type="checkbox"/></li> <li>• Souhait du père (ou entourage) de participer à la naissance <input type="checkbox"/></li> <li>• Souhait de programmer la naissance <input type="checkbox"/></li> <li>• Souhait de stérilisation concomitante <input type="checkbox"/></li> <li>• Peur de la voie basse <input type="checkbox"/></li> </ul>	
Information	Document d'information sur la césarienne programmée à terme remis à la femme enceinte <input type="checkbox"/>	

*Un  coché signifie que l'action est faite et tracée dans le dossier ; il ne s'agit pas d'un résultat.*

*Par exemple, anamnèse sur l'utérus cicatriciel : la recherche a été faite, le  est coché même en l'absence d'utérus cicatriciel.*

Issue de la grossesse :  Césarienne programmée à terme  
 Césarienne en urgence  
 Accouchement voie basse

Questionnaire de satisfaction réalisé :  NON       OUI



Savez-vous pourquoi vous avez eu une césarienne ?	5/5
Avez-vous eu pendant la grossesse une information sur le rapport bénéfices / risques d'une césarienne pour décider du mode d'accouchement ?	5/5
Avez-vous eu pendant la grossesse une information sur les risques d'une césarienne ?	4/5
Avez-vous eu avant votre accouchement une information sur les conditions de réalisation de la césarienne ?	3/5
Avez-vous eu un document d'information sur les « césariennes programmées à terme » pendant votre grossesse ?	2/5
Etes-vous satisfaite des informations reçues au court de la grossesse sur les indications, les risques et les conditions de la césarienne programmée ?	5/5





# Accouchements par césarienne programmée à terme avant début de travail

Revue de pertinence



## Grille de recueil

Etablissement : \_\_\_\_\_ Grille n° : \_\_\_\_\_  
 Service : \_\_\_\_\_  
 Date de l'évaluation : / / \_\_\_\_\_ Code praticien : / / \_\_\_\_\_  
 Nom et fonction de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

### A. CRITERES CLINIQUES DE PERTINENCE DE LA CESARIENNE PROGRAMMEE

Grossesse monofoetale <b>ET</b> âge gestationalnel $\geq$ 39 SA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SI NON, allez directement au bloc B
Grossesse gemellaire bichoriale biamniotique <b>ET</b> âge gestationalnel $\geq$ 38 SA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SI NON, allez directement au bloc B
<b>En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne</b>		
1a. Cicatrice corporeale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
1c. Autre situation dont utérus bicatriciel <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En lien avec une grossesse gemellaire</b>		
2. J1 en siège <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En lien avec une présentation par le siège</b>		
3a. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
3b. Déflexion persistante de la tête fœtale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
3c. Non coopération de la patiente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En lien avec une macrosomie hors diabète</b>		
4a. Poids fœtal estimé $\geq$ 5000g	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
4b. Poids fœtal estimé entre 4500 et 5000g <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En lien avec une macrosomie liée au diabète</b>		
4c. Poids fœtal estimé $\geq$ 4500g	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
4d. Poids fœtal estimé entre 4250 et 4500g <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie</b>		
4e. Suspicion de macrosomie et antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En lien avec le VIH</b>		
5a. Charge virale supérieure à 400 copies VIH/mL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/mL et cinétique de la charge virale croissante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En Lien avec le VHC</b>		
5c. Co-infection VIH/VHC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En lien avec le virus de l'herpès</b>		
6. Primo infection herpétique après 35 SA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
<b>En lien avec des événements plus rares</b>		

7. Situation à risque de type placenta praevia recouvrant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
8. Situations de fréquence plus rare (malformations fœtales et fœtopathies, antécédents et pathologies maternelles intercurrentes, problèmes périnéaux, présentation vicieuse dont transverse, risque hémorragique, ou obstacles praevia) <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP

\*Au cours de cette discussion collégiale, la balance bénéfice/risque doit être réalisée et tracée. On doit la retrouver dans le dossier patient.

Consignes de remplissage

NSP : ne sait pas. Cochez NSP si l'information est suffisante pour savoir avec quel événement est en lien la césarienne programmée mais qu'il est impossible d'être plus précis.

Exemple : si la césarienne est en lien avec un utérus cicatriciel mais qu'il n'existe pas de données dans le dossier patient sur la partie de l'utérus concernée, le nombre de césarienne antérieure ou sur une réflexion collégiale ayant amené la décision, cocher NSP aux items « cicatrice corporeale », « au moins 3 antécédents de césariennes » et « Autre situation dont utérus bicatriciel **ET** discussion collégiale sur le cas de la patiente »

<b>Césarienne programmée pertinente</b> Age gestationalnel conforme* <b>ET</b> au moins un « Oui » parmi les 18 critères	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

\* Ad conforme : après 39 SA pour les grossesses monofoetales ou après 38 SA pour une grossesse gemellaire bichoriale biamniotique.

Si la césarienne programmée est pertinente (réponse « Oui »), le questionnaire s'arrête là. Sinon complétez les parties suivantes

### B. JUSTIFICATION DE LA CESARIENNE PROGRAMMEE NON PERTINENTE

#### Césarienne programmée non pertinente mais justifiée :

- Malgré :
- un âge gestationalnel au moment de la réalisation de la césarienne programmée non conforme aux 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 justifiée. La trace de la balance bénéfice/risque doit être retrouvée dans le dossier.

Ex : césarienne réalisée avant 39 SA pour obstacle praevia avec antécédents de saignement lors de la grossesse : risque de nouveau saignement jugé trop important

\* avant 39 SA pour les grossesses monofoetales ou 38 SA pour une grossesse gemellaire bichoriale biamniotique

#### Indiquer en clair la justification\*

\* Dans les recommandations, sont précisées les situations ne correspondant pas des indications systématiques de césarienne programmée tel que l'utérus cicatriciel, la grossesse gemellaire, la présentation par le siège, la macrosomie, l'infection par le VHC ou VHB, la demande maternelle

Remarque : en cas de demande maternelle, expliciter quelles motivations sont rapportées dans le dossier médical et notamment dans le compte rendu opératoire (qui doit décrire les raisons motivant la césarienne doivent, y compris s'il s'agit d'une demande maternelle)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Césarienne programmée non pertinente ET non justifiée :</b> Si aucun élément de justification retenu par l'évaluateur ou l'équipe projet	<input type="checkbox"/> Oui
--	------------------------------

**Commentaires**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Réseau Périnatal  
de Champagne-Ardenne

Maternité du Centre  
Hospitalier de Chaumont



# Expérimentation HAS : Optimiser la pertinence des césariennes programmées à terme

*Jeudi 9 janvier 2014*

Dr Jean LAMBERT – Chef de service  
Dr Tania AIDARA – Gynécologue obstétricien  
Mme Elodie MASCITTI-HUMBERT – Sage-femme cadre  
M. Alexandre BONNIN – Sage-femme  
Mme Marie-Eve PERRIN – Responsable qualité et gestion des risques



Unité Qualité et  
Gestion des Risques



# Résultats de l'expérimentation

Nb césariennes programmées / nb césariennes totales	31	29%
Nb de césarienne par le siège / nb césariennes programmées	11	35,5%
Nb de césariennes pour utérus bicatriciel / nb césariennes programmées	9	29,0%
Non-conformité aux recommandations		
- pour les sièges	6	19,4%
- pour utérus bicatriciel	6	19,4%
- nombre de césariennes avant 39 SA	8	25,8%
- non-traçabilité de l'information patiente		
- non-traçabilité de la date de décision de césarienne	12	38,7%
- non-traçabilité du pH	10	32,3%
Durée entre date de la décision et la césarienne		
- moyenne	20 jours	
- durée max	93 jours	
- durée min	1 jour	



# **ANALYSE ET AMELIORATION DES PRATIQUES DES CESARIENNES PROGRAMMEES A TERME**



9 JANVIER 2014  
N GAUTIER-LABAT

A Classic Pin-Up Photography | Copyright 2012

A Classic Pin-Up



# ANALYSE DES RESULTATS

## POINTS FORTS

100% d'anesthésie  
locorégionale

100 % de délivrance  
dirigée

100% antibioprophylaxie  
réalisée

96%PH à la naissance  
sup à 7,20

## POINTS FAIBLES

Manque d'exhaustivité dans  
l'information patient

traçabilité dossier incomplète (  
information ,balance bénéfice/  
risque) : 20%

48% de césariennes  
programmées à moins de 39 SA

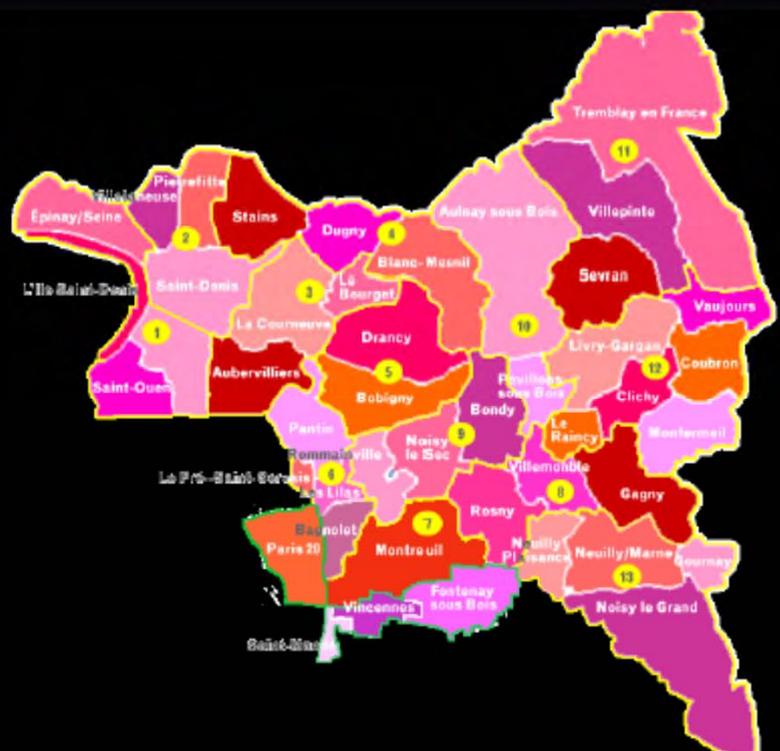
Pertes sanguines non  
quantifiées et non tracées (2%)

Recours à la radiopelvimétrie  
pour utérus cicatriciel(62 %)





Réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien



CHI André Grégoire Montreuil  
CHI Le Raincy-Montfermeil  
CHI Robert Ballanger  
CHU Jean Verdier  
Clinique de l'Estrée  
La Roseraie Aubervilliers  
**Hopital Delafontaine**  
Hopital Privé de S Saint Denis  
Hopital Privé du Vert Galant  
Maternité des Lilas  
Polyclinique Vauban



## La césarienne comment ça se passe ?



■ Vous êtes hospitalisée la veille de la césarienne et la sage-femme enregistre le cœur du bébé pour voir si tout va bien.



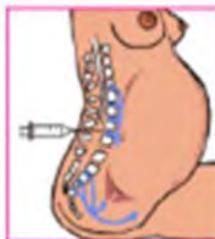
■ Retirer bijoux, piercing, vernis à ongles, etc.



■ Une préparation est nécessaire (pose d'une sonde urinaire et d'une perfusion, rasage).



■ La césarienne a lieu au bloc opératoire



■ Une anesthésie par péridurale est en général réalisée juste avant la césarienne



■ La cicatrice fait 10 cm. La durée est en moyenne de 20 mn.



■ L'enfant naît Il est présenté à sa maman et confié au papa



■ Vous pourrez allaiter rapidement si vous le souhaitez.



■ Un traitement anticoagulant peut être donné après l'intervention. Dans tous les cas des médicaments contre la douleur vous sont prescrits



■ Les complications de la césarienne sont peu fréquentes. Rarement, une transfusion peut être nécessaire. Exceptionnellement, un organe peut être lésé (vessie, intestin).



■ La sonde pour les urines et la perfusion sont retirées en général le jour même. Vous pouvez vous occuper de votre bébé comme après un accouchement normal.



■ Nous vous conseillons d'attendre un an pour une nouvelle grossesse. Vous pouvez accoucher normalement après une césarienne dans de nombreux cas.

Plus d'information  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1003646/fr/la-cesarienne-ou-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-dedie-aux-femmes-enceintes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1003646/fr/la-cesarienne-ou-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-dedie-aux-femmes-enceintes)



# Optimiser la pertinence des césariennes programmées à terme



**Elisabeth Deleuze**  
**Myriam Godefroy-Agram**  
**Carole Digiusto**  
**Isabelle Bianchi**  
**Association Césarine**  
*9 janvier 2014*



**Association Césarine**

Échange, soutien, information autour de la naissance par césarienne



		Résultat du questionnaire sur l'information et le vécu					Césarienne 2014			
		Tous résultats confondus	Compil césa imprévue	Compil césa Prévüe	Imprévue, hors travail	Imprévue, pendant travail	Prévüe en attente du début de travail	Prévüe programmée, date fixe, hors travail	Prévüe programmée, date fixe, mais travail avant cette date	
		100			14,57	53,19	2,52	24,3	5,41	
Estimez vous avoir reçu suffisamment d'info avant / raisons	oui, tout à fait et un peu	75,1	70,17	90,85	74,67	65,67	91,18	90,94	90,43	
	non, pas vraiment+pas du tout	24,9	29,83	9,15	25,33	34,33	8,82	9,05	9,57	
Estimez vous avoir reçu suffisamment d'info avant / déroulement	oui, tout à fait et un peu	56,75	50,03	75,18	55,01	45,05	75,21	78,07	72,26	
	non, pas vraiment+pas du tout	43,24	49,97	24,82	44,99	54,95	24,79	21,93	27,74	
vécu physique	très bien	20,35	17,47	28,31	19,96	14,99	23,53	29,37	32,03	
	plutôt bien	40,78	39,6	44,32	39,91	39,3	47,9	43,65	41,41	
	total positif	61,13	57,07	72,63	59,87	54,29	71,43	73,02	73,44	
	plutôt mal	22,49	23,61	17,64	21,55	25,67	19,33	17,97	15,63	
	mal	16,38	19,31	9,73	18,58	20,04	9,24	9,01	10,94	
	total négatif	38,87	42,92	27,37	40,13	45,71	28,57	26,98	26,57	
vécu psychique	très bien	16,17	11,63	26,01	13,28	9,98	21,01	28,11	28,91	
	plutôt bien	24,45	21,56	32,9	22,42	20,7	34,45	30,85	33,4	
	total positif	40,62	33,19	58,91	35,7	30,68	55,46	58,96	62,31	
	plutôt mal	23,38	24,89	20,25	24,89	24,89	20,59	20,23	19,92	
	mal	36	41,915	20,84	39,4	44,43	23,95	20,8	17,77	
	total négatif	59,38	66,805	41,09	64,29	69,32	44,54	41,03	37,69	





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ANALYSE ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES**

# Césarienne programmée à terme

Optimiser la pertinence du parcours de la patiente

Synthèse de l'expérimentation de 2013 à 2014

Novembre 2014



# Conclusions- retour d'expérience

- 1<sup>er</sup> exercice du catalogue « Pertinence » pour l'HAS
- Grand nombre de maternités engagées
- Nécessité d'offrir des **outils de pilotage** aux équipes
- Les outils doivent être reconnus par les pairs, mais ne suffisent pas: il faut **un intérêt à agir**
- L'objectif n'est pas d'atteindre un taux idéal que personne ne connaît, mais de **limiter la dispersion**
- Des résultats sont déjà observés au niveau des pratiques et organisations
- Points de vigilance:
  - S'assurer que les équipes **s'engagent dans le changement d'emblée** (pas seulement suivi)
  - **Pérenniser**: intégrer les objectifs dans les CPOM?



# Les principales actions d'amélioration identifiées

- Amélioration des tentatives d'accouchement voie basse des utérus cicatriciels
- Suppression des radiopelvimétries systématiques
- Formations sur mannequin à l'accouchement du siège et des jumeaux
- Mise en place d'un staff de programmation des césariennes
- Développement d'un chemin clinique intégrant les obligations d'information et les outils adaptés

**Valorisation de la démarche** : CPOM, Certification, DPC, Accréditation individuelle



## Césariennes programmées à terme: échange et partage sont la clé de l'amélioration des pratiques

PARIS, 13 novembre 2014 (APM) - L'expérimentation pilote sur le programme d'analyse et d'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme a montré l'importance de l'échange et du partage des outils au sein et entre équipes pour l'amélioration des pratiques, selon une synthèse présentée jeudi.

### Qualité

## ARS et réseaux piloteront à l'avenir les actions sur la pertinence des césariennes programmées

Publié le 13/11/14 - 17h50 - HOSPIMEDIA

Publié le 13/11/14 - 17h50 - HOSPIMEDIA - HOSPIMEDIA

L'expérimentation sur la pertinence des césariennes programmées à terme, menée dans 165 maternités, n'a pu fournir de résultats chiffrés. Néanmoins la démarche est révélatrice de besoins d'outils clés en main et elle confirme que les professionnels s'interrogent sur leurs pratiques. Les ARS et les réseaux les accompagneront donc désormais.

Deux ans après le lancement d'une expérimentation pilote sur le programme d'analyse et d'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme auprès d'un tiers des maternités françaises, les promoteurs établissent un bilan "satisfaisant", ont indiqué Félix Faucon, chef de service et adjoint au directeur général de la DGOS, et Dominique Maigne, directeur de la Haute Autorité de santé (HAS), ce 13 novembre à l'occasion du séminaire de clôture de l'expérimentation. Cependant, ils n'avancent pas de données chiffrées, les plans d'action n'ayant pas encore tous été mis en place par les équipes médicales. Les résultats définitifs de l'expérimentation ne pourront en effet être analysés qu'à la mi-2015.

# Baisse inédite du nombre de césariennes

La Haute Autorité de santé a mené une expérimentation avec 165 maternités volontaires

La Haute Autorité de santé (HAS) se garde de crier victoire, mais la tendance est inédite. Le nombre de césariennes programmées à terme – quand l'opération est décidée à l'avance – est en baisse pour la première fois en France. L'organisme, qui a pour tâche d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et le ministère de la santé ont lancé en 2012 des recommandations nationales et une expérimentation visant cet objectif dans 165 maternités volontaires, soit un tiers des établissements français.

Ses premiers résultats ont été rendus publics jeudi 13 novembre. La baisse est observée dans les maternités participant à l'expérimentation (de 7,7 % de l'ensemble des accouchements en 2011 à 7,3 % en 2013) et dans une moindre mesure dans les autres (de 7,6 % à 7,4 %). Dans le même temps, l'ensemble des césariennes (effectuées à terme et en urgence) se stabilise autour de 19 % des accouchements, alors que la tendance était auparavant à la hausse.

« Ces chiffres doivent encore être confirmés, souligne Marina Martiniowsky, chef du projet à la HAS. Nous ne cherchons pas une baisse à tout prix, mais à réduire l'hétérogénéité des pratiques. Certaines maternités font trop de césariennes, d'autres pas assez. » Le taux de césariennes programmées varie de 2 % à 20 % en fonction des régions et des maternités. C'est bien un recours trop important à ce geste qui inquiète au premier chef. Près de 30 % des césariennes programmées sont évitables

selon une étude publiée en mai 2014 dans la revue *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica* par une équipe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). « Tous les pays développés se posent la même question et lancent des expérimentations comparables », affirme M<sup>me</sup> Martiniowsky.

Certaines césariennes sont indispensables, en particulier dans des situations d'urgence, lorsque l'état de la mère ou du bébé le nécessite. « Il ne s'agit pas de prendre des risques », affirme Martiniowsky. Ce n'est donc pas sur ces dernières que porte l'effort de réduction, mais sur les césariennes programmées. Car le geste n'est pas anodin. Pas toujours bien vécu par les femmes, il entraîne des suites de couches plus difficiles, une cicatrice sur l'utérus, donc

un risque de rupture lors d'un accouchement ultérieur, et plus de complications éventuelles pour la mère lors de la grossesse suivante. Pour l'enfant à naître, c'est le terme qui importe. Le programme a donc insisté sur la nécessité de réaliser les césariennes programmées après 8,5 mois de grossesse, et non dès 8 mois. Ces dernières ont légèrement régressé sur la période entre 2011 et 2013.

### « Décisions à plusieurs »

L'étude de l'Inserm a mis en évidence plusieurs facteurs favorisant les césariennes programmées : en avoir eu une lors d'un précédent accouchement, un âge de la mère supérieur à 35 ans, avoir eu une surveillance médicale intensive pendant la grossesse, et accoucher dans une clinique privée. « Nos résultats suggè-

rent que les obstétriciens sont plus susceptibles de programmer une césarienne quand les femmes présentent des caractéristiques connues pour accroître les risques de césarienne d'urgence », écrivent les auteurs de l'étude Inserm.

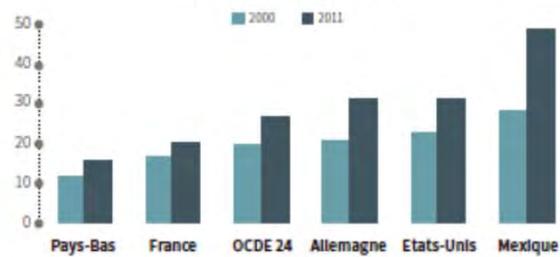
Dans les cliniques privées, les obstétriciens ont pour habitude d'accoucher les patientes qu'ils ont suivies. La programmation faciliterait l'organisation de leur travail. Parmi l'échantillon de quelque 14 600 naissances françaises examinées, les césariennes opérées à la demande expresse de la mère étaient « rares par rapport à la fréquence rapportée dans d'autres pays », observe l'Inserm.

Pour M<sup>me</sup> Martiniowsky, l'enjeu pour les professionnels de santé est de « mieux gérer les tentatives d'accouchement par voie basse », avant d'en arriver à la césarienne. « Une première césarienne d'urgence ne débouche pas forcément sur une deuxième, affirme-t-elle. Un bébé qui se présente par le siège peut également être délivré par voie basse ».

Pour faire évoluer leurs pratiques, les maternités qui participent à l'expérimentation ont bénéficié de l'accompagnement de la HAS et des agences régionales de santé. Les équipes engagées ont elles-mêmes fixé leurs objectifs. Selon M<sup>me</sup> Martiniowsky, le principal levier de changement est de « prendre les décisions à plusieurs ». L'information de la patiente et la prise en compte de ses souhaits doivent également progresser. ■

## En dix ans, une hausse généralisée dans l'OCDE

TAUX D'ACCOUchemENTS PAR CÉSARIENNE POUR 100 NAISSANCES VIVANTES



SOURCE : PANORAMA DE LA SANTÉ 2013, OCDE

# Reste-t-il des sujets qui nous questionnent?

- Le dialogue singulier? L'expérience clinique?
- L'organisation des soins? La nuit, les jeunes...
- Un taux de césariennes programmées très bas, un taux élevé de césariennes en urgence?

