

Indicateurs qualité en maternité

Date de diffusion : 27/01/2016	Rédigée par : C. Auclair, L. Gerbaud, F. Vendittelli
Version : 1	Vérifiée par : C. Crenn-Hébert, J. Freson, P. Thibon, S. David-Tchouda, M.-J. d'Alché-Gautier, R. Boulkedid, M. Julien, C. Barasinski, D. Lémery, V. Tessier, A. Simon
Total pages : 14	Validée par : les membres du Conseil d'administration du CNGOF

1. Sommaire

1. Sommaire	1
2. Préambule	2
3. Méthodologie utilisée	2
3.1. Travaux du groupe projet.....	2
3.2. Recherche bibliographique et élaboration du questionnaire.....	2
3.3. Création du groupe de cotation	3
3.4. Déroulement de l'enquête (figure 1)	3
4. Indicateurs acceptés suite aux deux tours de cotation	6
4.1. Critère 1 : Mode de début du travail	6
4.2. Critère 2 : Mode d'accouchement	6
4.3. Critère 3 : Prise en charge de la douleur.....	8
4.4. Critère 4 : État néonatal (morbidité ou mortalité)	9
4.5. Critère 5 : État maternel (morbidité)	10
5. Indicateur retenu suite à la réunion plénière	13
6. Composition des groupes et remerciements	13
7. Information pour la gestion documentaire	14

2. Préambule

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) est le promoteur de ce travail qui a aussi reçu le soutien du Collège national des sages-femmes de France (CNSF) et de l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG).

Historiquement, les sociétés savantes avaient élaboré un référentiel d'évaluation plus à destination des réseaux [Mamelle N, David S, Lombrail P, Rozé JC. Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnataux pour le CNGOF, la FNP, SFMP, Audipog. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001; 30:641-56]. En parallèle, malgré des plans gouvernementaux successifs, des référentiels nationaux élaborés par les sociétés savantes dont le CNGOF ou par la Haute Autorité de santé (HAS), et la mise en place d'indicateurs nationaux, notamment IPAQSS ou IQSS, il a été constaté des indicateurs de pratiques et de résultats non optimaux en France. Autrement dit, on constate que les recommandations de pratique professionnelle semblent avoir un impact limité sur les pratiques, alors même que les indicateurs proposés deviennent très nombreux (indicateurs Peristat, IQSS, DMP périnatalité, taux de césariennes ajustés via la HAS, etc.).

L'hypothèse de ce travail était que la plupart des indicateurs ont été élaborés par des groupes de travail d'experts mais qu'ils n'ont, peut-être, pas toujours de sens pour les cliniciens de terrain. Hors il est important d'avoir des indicateurs bien acceptés par les professionnels exerçant en maternité, avec un recueil aisé afin d'être relevés en continu et donc de permettre des comparaisons valides dans le temps.

Le CNGOF a donc décidé d'engager une réflexion sur l'avis des cliniciens français au sujet de la pertinence des indicateurs en maternité. **L'objectif de ce travail était de repérer les indicateurs ayant du sens pour les cliniciens exerçant l'obstétrique. Ce travail a permis de valider un socle minimum d'indicateurs pour les maternités, mais il n'empêche pas le recours à d'autres indicateurs si les professionnels les jugent utiles à leur pratique.**

3. Méthodologie utilisée

3.1. Travaux du groupe projet

Le groupe projet a été constitué de neuf experts en obstétrique et/ou en santé publique connus pour leurs travaux sur les indicateurs qualité et/ou pour leur compétence dans la méthode Delphi.

La mission confiée à ces experts était, tout d'abord, de faire une revue de la littérature de la méthode Delphi et des publications ou rapports portant sur des indicateurs qualité en périnatalité. Puis ce groupe devait élaborer le questionnaire des deux tours de cotation qui serait à proposer aux praticiens volontaires du groupe de cotation. Enfin, il devait rédiger la présente directive qualité.

La contrainte imposée à ce groupe projet était de proposer aux praticiens des indicateurs construits à partir de données du dossier de la patiente, recueillies en péri-partum immédiat, en salle d'accouchement ou de césarienne, pour leur permettre d'évaluer leurs pratiques. Par ailleurs, il a été décidé de ne pas influencer les professionnels par une définition trop formelle du type d'indicateur afin que l'enquête par consensus permette de recueillir les indicateurs qui ont réellement du sens pour les cliniciens de terrain.

Une réunion présentielle a eu lieu au démarrage de la démarche dans les locaux du CNGOF, le 14 septembre 2013. Le travail a été poursuivi par des réunions téléphoniques et des échanges d'e-mails.

3.2. Recherche bibliographique et élaboration du questionnaire

La recherche bibliographique a porté sur la méthode Delphi et sur la recherche de rapports portant sur des indicateurs qualité en périnatalité élaborés par des sociétés de professionnels en France ou à l'étranger et aussi une recherche sur Pubmed [mots clefs : Quality indicators and obstetrics], entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2013 (n = 318 articles isolés).

Le questionnaire a été élaboré en veillant à la clarté de leur énoncé et à la mise à disposition du contenu précis du numérateur et du dénominateur. Une fois ce questionnaire validé par les membres du groupe projet, il a été créé pour un remplissage en ligne sur le Web par l’Audipog (CNIL n° 1045300). Il a été testé par deux fois avant le début de l’enquête.

3.3. Création du groupe de cotation

Le président du CNGOF a sollicité par e-mail la participation à l’enquête des gynécologues-obstétriciens français exerçant en maternité et membres du CNGOF.

La présidente du CNSF a fait de même.

Au total, il y a eu 145 répondants (110 obstétriciens et 35 sages-femmes).

3.4. Déroulement de l’enquête (figure 1)

Deux tours de cotation ont été proposés aux membres volontaires du CNGOF et du CNSF : du 11 décembre 2014 au 28 janvier 2015 et du 25 mars 2015 au 17 mai 2015. Lors du premier tour aucune relance n’a été faite aux membres des deux collèges, et au second tour deux relances par e-mails ont été réalisées.

La règle de cotation était la suivante : les experts cliniciens en obstétrique sollicités devaient donner leur opinion sur la pertinence clinique en renseignant toutes les propositions (afin de limiter les valeurs manquantes) d’indicateurs qualité et leur opinion sur trois définitions proposées. Les experts cliniciens en obstétrique n’ayant pas participé au premier tour ou n’ayant pas laissé leurs coordonnées e-mail ne pouvaient pas participer au second tour.

Des indicateurs qualité en maternité ($n = 77 + 3$ définitions) ont été proposés à partir d’une revue de la littérature et du groupe de travail d’experts pour cotation. Ces indicateurs étaient regroupés en cinq critères :

- Critère 1 - Mode de début du travail : 6 indicateurs
- Critère 2 - Mode d’accouchement : 20 indicateurs
- Critère 3 - Prise en charge de la douleur : 3 indicateurs
- Critère 4 - État néonatal (morbidité et mortalité) : 23 indicateurs
- Critère 5 - État maternel (morbidité) : 28 indicateurs

En regard de chaque proposition a été placée une échelle numérique graduée de 1 à 9 :

- la valeur 1 signifiait que le professionnel jugeait la proposition totalement inappropriée (ou non indiquée, ou non acceptable) ;
- la valeur 9 signifiait que le professionnel jugeait la proposition totalement appropriée (ou indiquée, ou acceptable) ;
- les valeurs 2 à 8 traduisaient les situations intermédiaires possibles, la valeur 5 traduisant l’indécision du répondant.

En regard de chaque proposition un commentaire libre était possible.

Les données ont été saisies directement par les experts cliniciens en ligne sur un site Web. Elles ont ensuite été exportées, après anonymisation, dans un fichier Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS v9.3.

Par la méthode Delphi, le caractère approprié ou inapproprié de la proposition (indicateur ou définition) est défini par la valeur de la médiane et la distribution de toutes les réponses obtenues sur l’échelle de 1 à 9 (1 : proposition totalement inappropriée, 9 : proposition totalement appropriée, 5 : indécision).

Une proposition a été jugée :

- appropriée lorsque la valeur de la médiane était ≥ 7 et que les cotateurs étaient en accord ;
- inappropriée lorsque la valeur de la médiane était $\leq 3,5$ et que les cotateurs étaient en accord ;
- incertaine lorsque la valeur de la médiane était comprise entre 4 et 6,5 (indécision) ou lorsque les cotateurs étaient en désaccord.

Le désaccord entre cotateurs a été défini par la valeur de l'indice IPRAS (*Interpercentile Range Adjusted for Symmetry*)¹ :

$$\text{IPRAS} = \text{IPRr} + (\text{AI} * \text{CFA})$$

avec *IPRr* : *intervalle interpercentile requis pour le désaccord avec symétrie des cotations*

AI : *indice d'asymétrie*

CFA : *facteur de correction pour l'asymétrie*

Une proposition a été jugée :

- sans désaccord des cotateurs si l'intervalle IPR entre le 10^e et le 90^e percentile était inférieur à l'indice IPRAS ;
- avec désaccord des cotateurs si l'intervalle IPR entre le 10^e et le 90^e percentile était supérieur à l'indice IPRAS.

Soient P10 le 10^e percentile, P90 le 90^e percentile, IPRCP = le point central de l'intervalle IPR entre le 10^e percentile et le 90^e percentile. Les valeurs suivantes permettent de calculer l'indice IPRAS :

- $\text{IPR} = \text{P90} - \text{P10}$
- $\text{CFA} = 1,5$ et $\text{IPRr} = 2,35$ par définition de l'indice IPRAS
- $\text{IPRCP} = (\text{P10} + \text{P90})/2$
- $\text{AI} = (5 - \text{IPRCP})$ ou $(\text{IPRCP} - 5)$ suivant la valeur de la médiane.

Pour résumer, une proposition a été jugée :

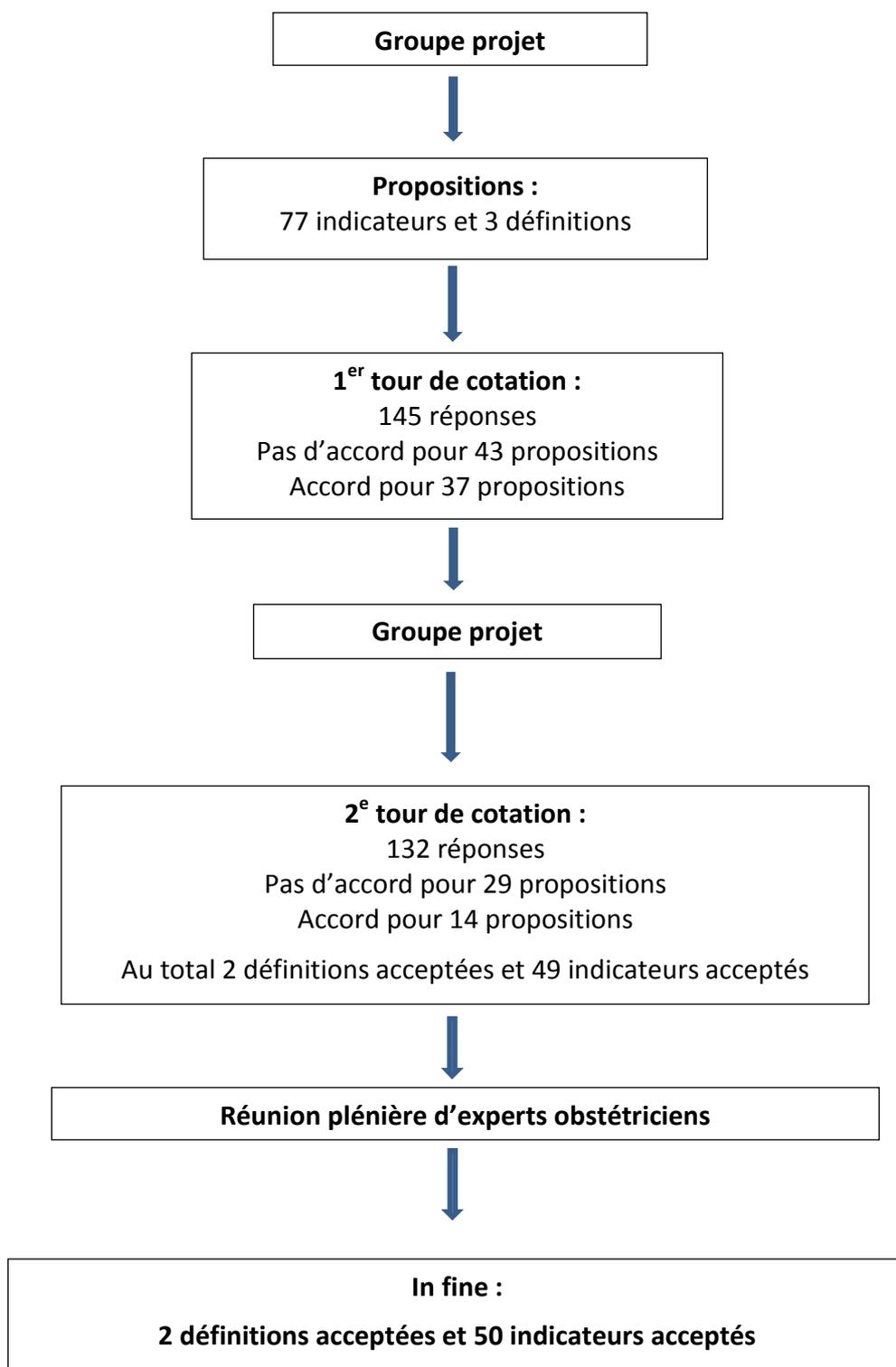
- **appropriée lorsque la valeur de la médiane était ≥ 7 et que $\text{IPR} < \text{IPRAS}$ (cotateurs en accord) ;**
- **inappropriée lorsque la valeur de la médiane était $\leq 3,5$ et $\text{IPR} < \text{IPRAS}$ (cotateurs en accord) ;**
- **incertaine lorsque la valeur de la médiane était comprise entre 4 et 6,5 (indécision) ou $\text{IPR} > \text{IPRAS}$ (cotateurs en désaccord).**

À l'issue des deux tours de cotation, les résultats de l'enquête ont été adressés aux membres du conseil d'administration du CNGOF et à quatre sages-femmes, dont deux désignées par la présidente du CNSF.

Lors du conseil d'administration du CNGOF du 6 novembre 2015, les résultats ont été discutés et il a été décidé que les indicateurs jugés inappropriés ou incertains ne seraient pas retenus pour la présente directive qualité, sauf un indicateur jugé important au niveau international : la classification de Robson prônée par l'OMS.

¹ Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP, The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual : **The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual**. Santa Monica, CA: RAND Europe; 2001.

Figure 1 : Les différentes étapes et résultats de la démarche Delphi



4. Indicateurs acceptés suite aux deux tours de cotation

4.1. Critère 1 : mode de début du travail

Indicateur	Définition
Déclenchements (%)	Nombre de déclenchements ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes programmées (%)	Nombre de césariennes programmées ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) réalisées à la date prévue ou avant la date prévue (indication posée ≥ 48 heures avant sa réalisation) rapporté à la totalité des césariennes ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes programmées $\geq 39 SA$ (%)	Nombre de césariennes programmées réalisées à la date prévue ou avant la date prévue (indication posée ≥ 48 heures avant sa réalisation) $\geq 39SA$, rapporté à la totalité des césariennes programmées ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes avant travail (%)	Nombre de césariennes avant travail ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des césariennes ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)

4.2. Critère 2 : mode d'accouchement

Indicateur	Définition
Voies basses (%)	Nombre de femmes ayant accouché par voie basse ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) sur la totalité des accouchements ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Voies basses spontanées (non instrumentales) (%)	Nombre de femmes ayant accouché par voie basse sans extraction instrumentale ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) sur la totalité des accouchements voie basse ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Voies basses instrumentales (%)	Nombre de femmes ayant accouché par voie basse instrumentale ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements par voie basse ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes globales (%)	Nombre total de césariennes ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)

Indicateur	Définition
Césariennes globales chez les femmes ayant un enfant unique en présentation du siège à terme (≥ 37 SA) (%)	Nombre total de césariennes chez les femmes ayant un enfant unique en présentation du siège à terme (≥ 37SA) rapporté à la totalité des accouchements chez les femmes ayant un fœtus à terme (≥ 37SA) unique en présentation du siège
Césariennes chez les nullipares (%)	Nombre total de césariennes chez les nullipares (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements chez les nullipares [1 ^{er} enfant] (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes en cours de travail (%)	Nombre de césariennes en cours de travail (que la césarienne ait été programmée ou que la voie basse ait été acceptée) (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté aux accouchements par césarienne (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes chez les nullipares, à terme, ayant un enfant unique, en présentation céphalique (%)	Nombre de césariennes chez les nullipares à terme (≥ 37SA), ayant un enfant unique, en présentation céphalique rapporté à la totalité des accouchements chez les nullipares à terme (≥ 37SA), ayant un enfant unique, en présentation céphalique
Césariennes en cas d'antécédents de césarienne (1 césarienne antérieure) (%)	Nombre de césariennes en cas d'antécédent de césarienne [1 césarienne antérieure] (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à tous les accouchements de femmes ayant eu une césarienne antérieure [1 seule césarienne antérieure] (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes en cas de grossesse gémellaire (%)	Nombre de césariennes en cas de grossesses gémellaires (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à tous les accouchements de grossesses gémellaires (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes programmées (≥ 39 SA) (%)	Nombre de césariennes programmées ≥ 39SA rapporté à toutes les césariennes (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Césariennes non programmées après un échec de déclenchement (%)	Nombre de césariennes non programmées (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connue) rapporté à la totalité des femmes ayant eu un déclenchement du travail (≥ 22SA ou PN ≥ 500 g en l'absence de début de grossesse connue)

<i>Indicateur</i>	<i>Définition</i>
Définition du bas risque en fin de grossesse	<p>Femme à bas risque en fin de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à bas risque initial - à bas risque en cours de grossesse - sans obstacle prævia - et fœtus en présentation céphalique <p>Femme à bas risque initial à la première consultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âge \geq 18 ans et $<$ 35 ans - sans antécédent médical interférant avec la grossesse - sans antécédent de prématurité, mort-né, mort néonatale - grossesse unique - sans utérus cicatriciel <p>Femme à bas risque en cours de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à bas risque initial et sans pathologie de la grossesse - ni MAP - ni HTA - ni diabète - ni anomalie du LA - ni anomalie de croissance utérine
Césariennes chez la femme à bas risque (%)	<p>Nombre de césariennes parmi les femmes à bas risque (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements chez les femmes à bas risque (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)</p>

4.3. Critère 3 : prise en charge de la douleur

<i>Indicateur</i>	<i>Définition</i>
Anesthésie générale (AG) pour césarienne (%)	<p>Nombre de femmes ayant eu une césarienne sous AG (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) sur le nombre total de césariennes (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)</p>
Analgesie péridurale en cas de voie basse (%)	<p>Nombre de femmes (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) ayant eu un accouchement par voie basse et une analgesie péridurale rapporté à tous les accouchements par voie basse (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)</p>
Analgesie péri-médullaire en cas de césarienne (%)	<p>Nombre de femmes ayant eu une césarienne avec une analgesie péri-médullaire (\geq 22SA ou \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) sur le nombre total de césariennes (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)</p>

4.4. Critère 4 : état néonatal (morbidité ou mortalité)

Ces indicateurs ne concernent que les enfants nés dans la maternité après transfert in utero ou non.

Indicateur	Définition
Apgar < 7 à 5 min (%)	Nombre d'enfants avec un score d'Apgar < 7, calculé à 5 min de vie chez les enfants nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à tous les nouveau-nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) [morts-nés exclus]
Apgar < 7 à 5 min chez un enfant à terme ($> 37 SA^{+0\text{jour}}$) (%)	Nombre d'enfants avec un score d'Apgar < 7, calculé à 5 min de vie, chez les enfants nés vivants à terme ($>37SA^{+0\text{jour}}$), rapporté aux enfants nés vivants à terme ($>37SA^{+0\text{jour}}$) [morts-nés exclus]
Enfants nés vivants prématurés (%)	Nombre d'enfants nés vivants < 37SA (mais $\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Enfants nés vivants prématurés < 34 SA (%)	Nombre d'enfants nés vivants < 34SA (mais $\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Enfants nés vivants prématurés < 32 SA (%)	Nombre d'enfants nés vivants < 32SA (mais $\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
Enfants nés vivants prématurés < 28 SA (%)	Nombre d'enfants nés vivants < 28SA (mais $\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
pH artériel au cordon < 7,10 (%)	Nombre d'enfants nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) ayant un pH artériel < 7,10 rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants avec un pH artériel effectué ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)
pH artériel au cordon < 7,0 (%)	Nombre d'enfants nés vivants avec un pH < 7,0 ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants avec un pH artériel effectué ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)

Indicateur	Définition
Poids de naissance < 3^e p pour l'âge gestationnel (%)	Nombre d'enfants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) et ayant un poids de naissance < 3 ^e p pour l'âge gestationnel rapporté à l'ensemble des enfants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu), selon la courbe néonatale que vous utilisez en routine
Enfants mutés/transférés en réanimation ou soins intensifs ou néonatalogie (%)	Nombre d'enfants nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) dans la maternité et transférés ou mutés en réanimation néonatale ou soins intensifs ou néonatalogie, rapporté à la totalité des enfants nés vivants dans la maternité ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) [admissions pour malformation congénitale exclues et mutations en unité kangourou exclues]
Enfants mutés/transférés en réanimation (%)	Nombre d'enfants nés vivants ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) dans la maternité et transférés ou mutés en réanimation néonatale sur la totalité des enfants nés vivants dans la maternité ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) [admissions pour malformation congénitale exclues]
Enfants nés à terme dans la maternité et mutés ou transférés en réanimation néonatale ou soins intensifs ou néonatalogie (%)	Nombre d'enfants nés à terme ($\geq 37SA$) dans la maternité et transférés ou mutés en réanimation néonatale ou soins intensifs ou néonatalogie sur la totalité des enfants nés vivants à terme (in born, $\geq 37SA$) [admissions pour malformation congénitale exclues]
Mortinatalité (%)	Nombre de morts fœtales $\geq 22 SA$ (ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) [englobe MFIU, IMG et morts per partum] rapporté au nombre totale de naissances $\geq 22SA$ (ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) [nés vivants ou morts-nés]

4.5. Critère 5 : état maternel (morbidité)

Indicateur	Définition
HPP > 500 ml en cas d'accouchement par voie basse (%)	Nombre de femmes ayant eu une HPP > 500 ml (accouchement voie basse $\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements par voie basse ($\geq 22SA$ ou $PN \geq 500$ g en l'absence de début de grossesse connu)

Indicateur	Définition
HPP > 1000 ml quel que soit le mode d'accouchement (%)	Nombre de femmes ayant eu une HPP > 1000 ml (accouchement \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
HPP > 1000 ml en cas d'accouchement par voie basse (%)	Nombre de femmes ayant eu une HPP > 1000 ml (accouchement voie basse \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements par voie basse (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
HPP > 1000 ml en cas de césarienne (%)	Nombre de femmes ayant eu une HPP > 1000 ml (accouchement par césarienne \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements par césarienne (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Transfusion en salle d'accouchement ou de césarienne (%)	Nombre de femmes transfusées (accouchement \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Hystérectomie d'hémostase (%)	Nombre d'hystérectomies (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Autre chirurgie d'hémostase (%)	Nombre de gestes chirurgicaux d'hémostase [hors hystérectomie] (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à la totalité des accouchements (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Rupture utérine (%)	Nombre de ruptures complètes ou sous péritonéales [exclusion des déhiscences] (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à l'ensemble des accouchements (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Sortie du bloc d'accouchement par mutation ou transfert en soins intensifs ou en réanimation (%)	Nombre de femmes mutées ou transférées après un accouchement (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) en soins intensifs ou réanimation (mode de sortie du bloc d'accouchement) rapporté à la totalité des femmes ayant accouché (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)

Indicateur	Définition
Périnée intact (%)	Périnées intacts [sans suture] en cas d'accouchement (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapportés à la totalité des accouchements (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Épisiotomies (%)	Épisiotomies (pour accouchements par voie basse \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapportées à la totalité des accouchements voie basse (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Épisiotomies chez la primipare (%)	Épisiotomies chez les primipares (pour accouchements par voie basse \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapportées à la totalité des accouchements voie basse, chez les primipares (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Déchirures sévères du périnée (%)	Nombre de déchirures du 3 ^e [complètes] et 4 ^e degré [compliquées] (pour accouchements par voie basse \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à tous les accouchements par voie basse (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Déchirures sévères du périnée lors d'une extraction instrumentale (%)	Nombre de déchirures du 3 ^e [complètes] et 4 ^e degré [compliquées] (voie basse \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à tous les accouchements par voie basse ayant été réalisés par une extraction instrumentale [forceps, ventouse, spatules] (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Déchirures sévères du périnée en l'absence d'une extraction instrumentale (%)	Nombre de déchirures du 3 ^e [complètes] et 4 ^e degré [compliquées] (pour accouchements par voie basse \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à tous les accouchements par voie basse ayant été réalisés en l'absence d'une extraction instrumentale [forceps, ventouse, spatules] (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Déchirures sévères du périnée lors d'une extraction instrumentale par forceps (%)	Nombre de déchirures du 3 ^e [complètes] et 4 ^e degré [compliquées] (pour accouchements par voie basse \geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu) rapporté à tous les accouchements par voie basse ayant été réalisés par une extraction instrumentale par forceps (\geq 22SA ou PN \geq 500 g en l'absence de début de grossesse connu)
Pensez-vous que doit être utilisée la définition internationale pour les déchirures du périnée (1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e degré) ?	1 ^{er} degré : lésion de la peau ou de la muqueuse vaginale seulement 2 ^e degré : lésions des muscles du périnée mais pas du sphincter 3 ^e degré : atteinte du sphincter anal 4 ^e degré : atteinte du sphincter anal (du sphincter anal interne et externe) et de la muqueuse digestive

5. Indicateur retenu suite à la réunion plénière

<i>Indicateur</i>	<i>Définition</i>
% de césariennes selon la classification de Robson	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nullipares, grossesse unique, céphalique, $\geq 37SA$, travail spontané 2. Nullipares, grossesse unique, céphalique, $\geq 37SA$, déclenchées ou césarienne avant travail 3. Multipares (exclusion césariennes antérieures), grossesse unique, céphalique, $\geq 37SA$, en travail spontané 4. Multipares (exclusion césariennes antérieures), grossesse unique, céphalique, $\geq 37SA$, déclenchées ou césarienne avant travail 5. Césarienne antérieure, unique, céphalique, $\geq 37SA$ 6. Toutes les nullipares, avec un siège 7. Toutes les multipares avec un siège (exclusion césariennes antérieures) 8. Toutes les grossesses multiples (incluant les césariennes antérieures) 9. Toutes les présentations anormales (incluant les césariennes antérieures) 10. Toutes les grossesses uniques, avec une présentation céphalique $\leq 36SA$ (incluant les césariennes antérieures)

6. Composition des groupes et remerciements

Groupes de travail	Composition	Appartenance
Groupe projet	<ul style="list-style-type: none"> - Vendittelli Françoise (coordinatrice) - Crenn-Hébert Catherine - Fresson Jeanne - Thibon Pascal - Gerbaud Laurent - David-Tchouda Sandra - D'alché-Gautier Marie-José - Boulkedid Rym - Auclair Candy 	<p>CNGOF, AUDIPOG, CHU de Clermont-Ferrand (gynécologie-obstétrique), université d'Auvergne (EA 4681 Peprade), Réseau de santé périnatale d'Auvergne</p> <p>CNGOF, AUDIPOG, APHP, CHU Louis-Mourier (gynécologie-obstétrique)</p> <p>CHU de Nancy (DIM)</p> <p>CHU de Caen (gynécologie-obstétrique), Réseau de périnatalité Basse-Normandie</p> <p>CHU de Clermont-Ferrand (santé publique), université d'Auvergne (EA 4681 Peprade)</p> <p>CHU de Grenoble (santé publique), université de Grenoble Alpes (TIM-IMAG), Inserm CIC 1406, CNRS (TIM-Imag)</p> <p>CHU de Caen</p> <p>APHP, hôpital Robert Debré, unité d'épidémiologie clinique, ECEVE-UMR 1123</p> <p>CHU de Clermont-Ferrand (santé publique), université d'Auvergne (EA 4681 Peprade)</p>

Groupe de cotation	Lors du 2 ^e tour, 98 obstétriciens et 34 sages-femmes que le CNGOF et le CNSF remercient	CNGOF et travaillant en France CNSF et travaillant en France
Groupe de lecture de la directive qualité dont réunion plénière	Pr Lémercy D, M ^{me} Barasinski C, M ^{me} Julien M, Dr Crenn-Hébert C, Dr Fresson J, Dr Thibon P, Dr David-Tchouda S, Dr d'Alché-Gautier MJ, M ^{me} Boulkedid R, M ^{me} Tessier V, M ^{me} Simon A, Dr Abbara A, Pr Bruno C, Pr Darai E, Dr Dauptain G, Dr Bailleux B, Pr Baldauf JJ, Pr d'Ercole C, Pr Deruelle P, Pr Benachi A, Pr Dreyfus M, Dr Eszto-Cambon ML, Pr Blum GF, Pr Fernandez H, Pr Boulot P, Dr Godard P, Pr Graesslin O, Pr Luton D, Dr Maria B, Pr Marret H, Dr Guigues B, Pr Hédon B, Dr Multon O, Pr Nisand I, Pr Nizard J, Pr Hoffet M, Pr Horovitz J, Pr Huissoud C, Dr Peigné E, Pr Pouly JL, Pr Puech F, Pr Lansac J, Dr Lenglet Y, Dr Rouquet Y, Pr Lévy G, Dr Louis O, Pr Sénat MV, Pr Sentihes L, Dr Thévenot J, Pr Vayssiere C, Dr Vignal M, Dr Zerr V, Dr Ami O	CNGOF CNSF Conseil d'administration du CNGOF Experts du groupe projet

Remerciements : au CNSF pour avoir soutenu ce projet, à l'association Audipog pour avoir financé le masque de saisie sur le web du questionnaire, au CHU de Clermont-Ferrand et à l'université d'Auvergne pour avoir financé l'analyse statistique et la réalisation du rapport de l'enquête Delphi.

7. Information pour la gestion documentaire

Diffusion V1 : 27/01/2016	
Validation V1 : 06/11/2015	Pr Hédon, pour les membres du conseil d'administration