

Pertinence des soins : un enjeu majeur



Vendittelli F



Introduction (1)

- **La pertinence des soins** : une priorité nationale
 - HAS (V2020+++)
 - Assureurs ES
 - RSP
 - **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES)** a pour objectif l'amélioration des pratiques, la régulation de l'offre de soins et l'efficacité des dépenses assurance maladie. Ce contrat lie l'agence régionale de santé, l'assurance maladie et les établissements de santé.

(Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, est applicable à tous les établissements sanitaires depuis le 1er janvier 2018)

Introduction (2)

- **Pourquoi est-ce une priorité nationale ?**

- **Pb économique** : Alors que les budgets sont sous tension, les systèmes de santé génèrent, en France, une part de « gaspillage » (soins inutiles ou redondants, d'interventions évitables ou à faible valeur ajoutée).

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) chiffre d'ailleurs ce gaspillage à près d'un cinquième de la dépense de santé.

- **Pb éthique, déontologique, demande des usagers**



*Etude Odoxa pour la Fédération Hospitalière de France
La pertinence des actes et examens médicaux*

LEVÉE D'EMBARGO LE 26 NOVEMBRE 2017 À 14H30

Méthodologie



Recueil

- Echantillon de Français interrogés par Internet les 15 et 16 novembre 2017
- Echantillon d'Européens interrogés par Internet du 15 au 25 septembre 2017.
- Echantillon de médecins interrogés par Internet du 18 au 26 septembre 2017.
- Echantillon de directeurs d'hôpitaux interrogés par Internet du 14 au 30 septembre 2017



Echantillon

Echantillon de **983 Français** représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

La représentativité de l'échantillon est assurée par la méthode des quotas appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme et profession de l'interviewé après stratification par région et catégorie d'agglomération.

Echantillon de **3 002 Européens** (Français, Allemands, Anglais, Italiens et Espagnols) représentatif des populations de chacun des pays en termes de sexe, âge, CSP, régions et en fonction du poids démographique de chacun de ces 5 pays (ex : poids plus fort pour l'Allemagne)

Echantillon de **442 médecins**

Echantillon de **134 directeurs d'hôpitaux publics**

Les Français et les professionnels de santé demandent (enfin) des actes utiles... ... pour lutter contre les actes (médicaux) inutiles

I – LE CONSTAT : La lutte contre les actes inutiles est une juste cause pour les Français et les médecins :

- 1) Les trois-quarts des Français (76%) jugent que les actes médicaux non justifiés constituent un problème important en France aujourd'hui
- 2) Selon les Français (34%) comme les médecins (35%) ces actes inutiles représenteraient plus d'un tiers des actes médicaux.
- 3) Pire, 9 médecins sur dix (88%) reconnaissent qu'il leur arrive personnellement d'en prescrire... sans doute à cause d'une poussée des craintes juridiques : 68% des médecins et 54% des directeurs d'hôpitaux disent avoir peur d'être poursuivis par leurs patients
- 4) Pourtant 77% des Français pensent que lutter contre ces actes médicaux injustifiés constituerait un moyen efficace de faire des économies à notre système de santé... mais, ils sont convaincus (78%) que les hommes politiques en charge de la santé ne se préoccupent pas assez du sujet

II - LES SOLUTIONS : les Français sont très largement favorables aux solutions les plus radicales permettant de lutter contre les actes inutiles, y compris en faisant eux-mêmes des efforts

- 1) 81% des Français sont ainsi POUR l'obligation d'un second avis avant la réalisation d'actes chirurgicaux lourds et autant se prononcent POUR la mise en place d'un service téléphonique de régulation des urgences
- 2) 85% des Français pensent que communiquer sur les écarts de pratiques des médecins pourrait améliorer les prises en charge médicales, et autant (87%) souhaitent que les hôpitaux rendent publics leurs résultats en matière de qualité et de pertinence des soins.
- 3) 86% pensent que les mesures visant à responsabiliser les patients et les professionnels de santé pourraient avoir un impact positif pour diminuer le coût des soins en France.
- 4) Enfin, les Français se prononcent surtout la fin de la tarification à l'acte : 64% à 72% pensent qu'une autre rémunération des professionnels de santé et des hôpitaux serait « juste », « efficace », « positive pour les Français », « moins coûteuse » et surtout qu'elle serait « possible » (72%).

Enfin, les Français sont aussi très clairs : pour lutter contre les actes inutiles ils ont bien davantage confiance aux professionnels de santé eux-mêmes et/ou, leurs fédérations indépendantes – telles que la FHF – qu'aux pouvoirs publics ou aux acteurs politiques : seulement 18% des Français feraient avant tout confiance au Ministère de la Santé et seulement 8% au gouvernement...



Pertinence des soins



mais c'est quoi ?



Un concept récent ? **NON**

- **Ernest Amory Codman (1869-1940)**

Il travailla au Massachusetts General hospital durant les 30 premières années du XX^{ème} (Boston)

Il prôna de rendre public les résultats des soins médicaux notamment hospitaliers !

En 1900, comme assistant chirurgien. Il changea le registre des « sorties » en place dans les CH depuis les années 1760 (cured, relieved, incurable, died, dismissed): Il s'intéressa au devenir à long terme (1 an).

- **A la visite à un an**, il rajouta des variables portant sur les erreurs médicales et les effets adverses : « perfect result », « good result », « no improvement », « bad result », « died », « died after living the hospital »,..

Définition de la HAS

- **Un soin est qualifié de pertinent** lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.
- **La pertinence des soins est une notion évolutive** car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.
 - La pertinence des prescriptions : médicamenteuses, examens de biologie ...
 - La pertinence des actes : prise en charge médicale, chirurgicale ...
 - La pertinence des prestations : modalités d'hospitalisation, parcours de soins ...

R.H. BROOK: la qualité des soins combine:

- 1) ***l'opportunité*** « *appropriateness* » ou la ***nécessité*** « *necessity* »
de pratiquer un acte médical
 - *Sur utilisation « overuse »: actes faits alors qu'inopportuns*
 - *Sous utilisation « underuse » actes non faits alors que nécessaires*
- 2) la ***qualité*** de l'acte en lui-même « *misuse* »
- 3) la ***satisfaction*** du patient et le respect de la ***dignité humaine***

Pertinence, opportunité, nécessité

- L'opportunité = acte que l'on **peut** faire

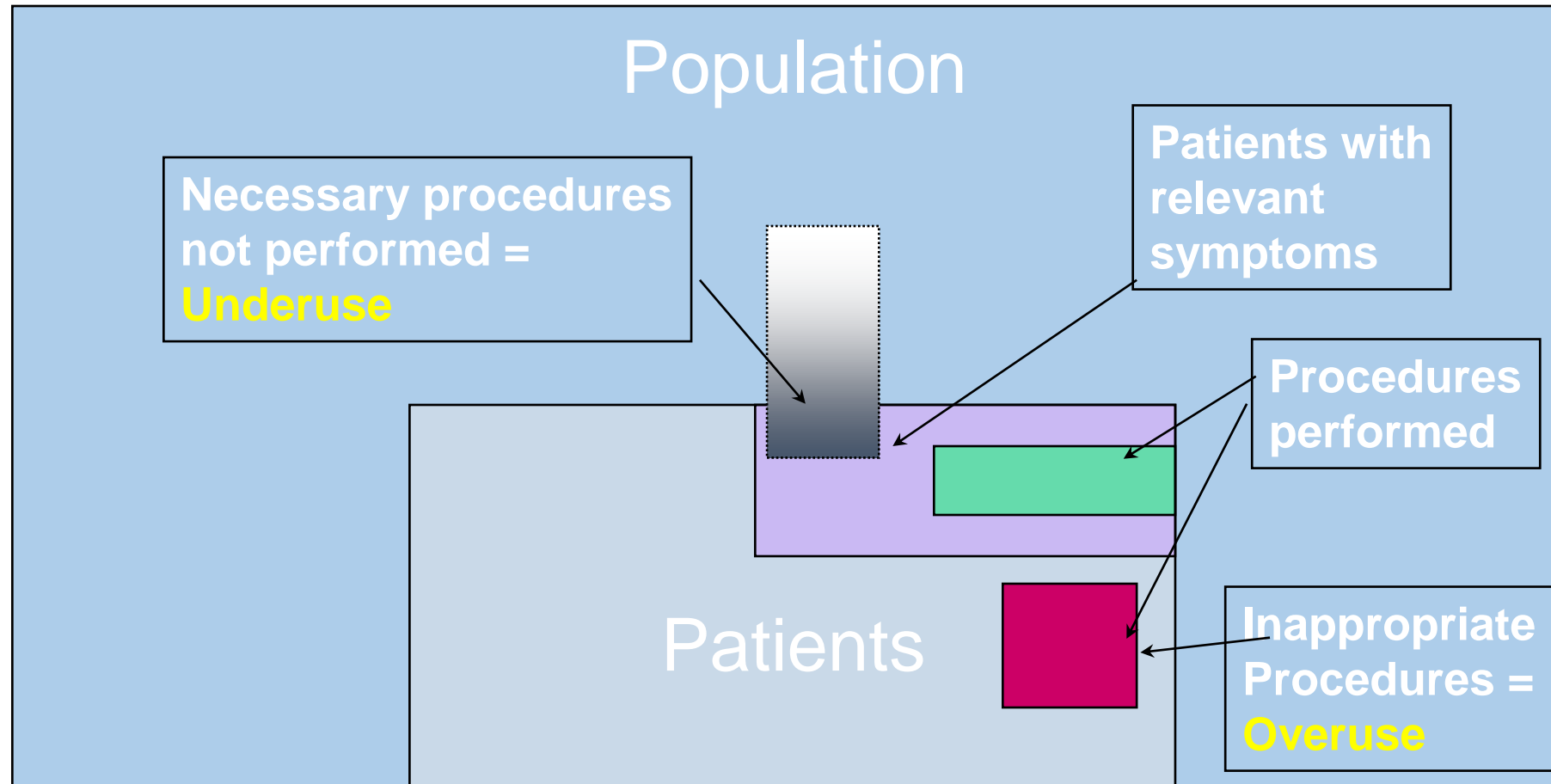
pour un patient donné à un moment donné : les bénéfices dépassent suffisamment les risques pour qu'il soit indiqué d'agir et **il n'existe pas d'acte concurrent** qui soit **plus opportun**

- La nécessité= acte que l'on **doit** faire

pour un patient donné à un moment donné: l'acte est opportun, les bénéfices ne sont pas mineurs, les bénéfices sont **certains** et il y a une **obligation morale à agir**

En France, les deux concepts sont confondus sous le terme de pertinence

Overuse and Underuse of a Procedure



Efficacy, Effectiveness, Variations, and Quality: Boundary-crossing Research

Brook Robert H. MD ScD; Lohr, Kathleen N. PhD

Medical Care: May 1985 - Volume 23 - Issue 5 - ppg 710-722

Monitoring and Evaluating Health Services: PDF Only



HHS Public Access

Author manuscript

JAMA. Author manuscript; available in PMC 2017 June 05.

Published in final edited form as:

JAMA. 2013 July 10; 310(2): 151–152. doi:10.1001/jama.2013.7835.

Variations in Health Care, Patient Preferences, and High-Quality Decision-Making

- depuis les années 70, la principale approche est liée au constat de variations de pratiques
- mais constater une variation de pratiques ne permet de conclure entre « sur ou sous utilisation » : **Quel est le bon taux ?**

TheKingsFund > Topics > Publications > Blog

Home > Publications >

Variations in health care: The good, the bad and the inexplicable

Supplement

Health care variation: time to act

Heather A Buchan¹, Anne Duggan^{1,2}, Jenny Hargreaves³, Ian A Scott^{4,5}, Luke Slawomirski⁶

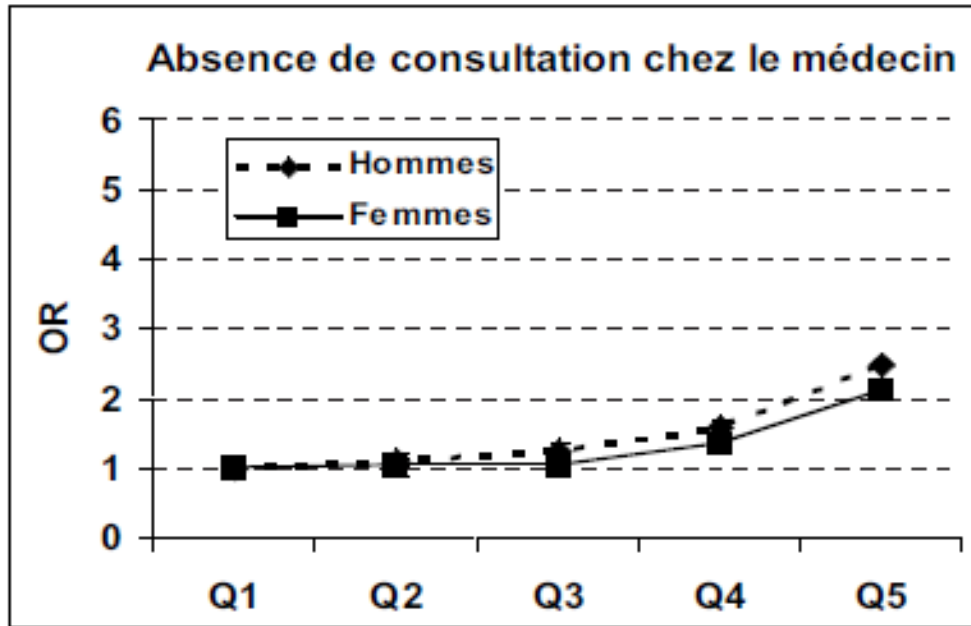
Variations des pratiques

- **Inter pays**
- **Intra pays** : entre hôpitaux, régions, départements, etc.
- **Local** : variation entre prof au sein d'une maternité

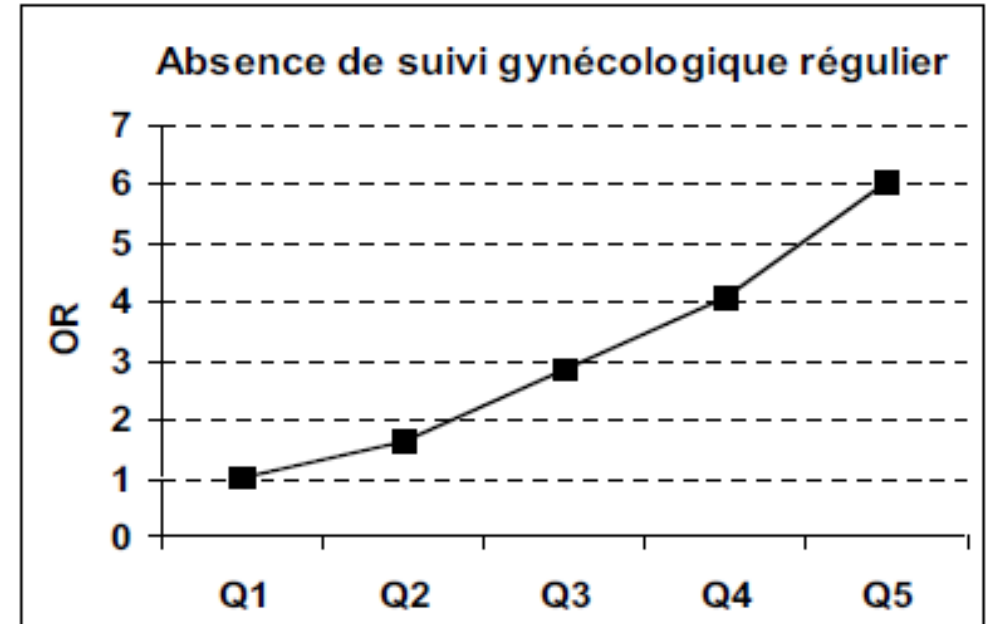
- **Conséquences** : coût pour la société, insatisfaction des usagers (risques)...
- **Accord global** réduire la variation de pratiques mais...

Pertinence, opportunité, nécessité

- **Asymétrie du problème**: il est plus facile d'évaluer des actes faits (et donc l'inopportunité) que de repérer des actes qui auraient dû être faits



Bilan de santé des centres d'examen de santé de l'assurance maladie
données CETAF
Q1: quintile le moins précaire
Q5: quintile le plus précaire



Lien entre précarité et absence de suivi médical ou gynécologique

Les 33 priorités nationales

- endoscopies digestives
- cholécystectomies
- affections des voies biliaires,
- interventions transurétrales
- lithotritie extracorporelle
- infections des reins et des voies urinaires,
- libérations du canal carpien
- prothèses de genou,
- prothèses de hanche hors traumatismes récents,
- arthroscopies d'autres localisations,
- interventions sur le cristallin
- amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées,
- drains transtympaniques,
- affections de la bouche et des dents
- endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde,
- infections et inflammations respiratoires,
- bronchiolites,
- BPCO surinfectées,
- appendicectomies,
- chirurgie de rachis,
- césariennes programmées à terme,
- thyroïdectomie,
- oesophagectomie,
- colectomie totale,
- hypertrophie bénigne de la prostate,
- hystérectomie,
- pancréatectomie,
- anévrisme de l'aorte abdominale,
- pontage coronaire,
- valve aortique,
- varice,
- ligamentoplasties du genou.
- chirurgie bariatrique

Exemple de variation de pratiques en France





Taux de recours moyen national
pour 100 000 habitants

217

Public		Privé
159		58

Ratio (D9/D1)

1,31

Public		Privé
1,48		1,87

Coefficient de variation

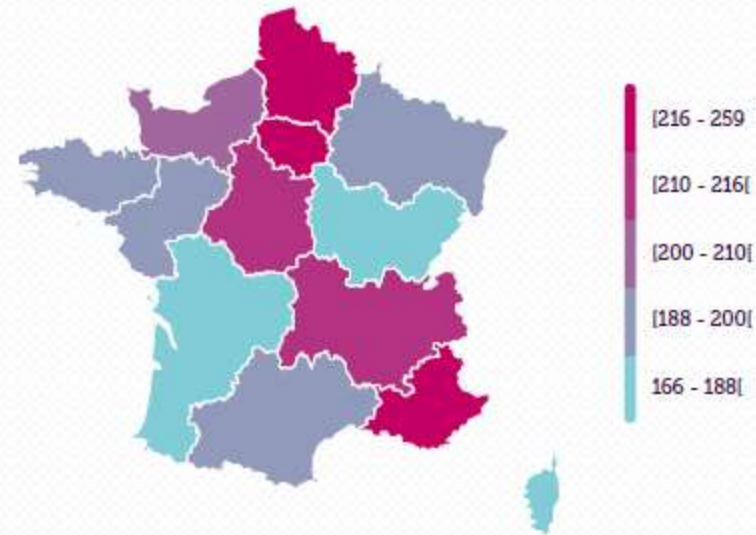
11,6%

Public		Privé
14,8%		29,2%



Césarienne

Taux de recours moyen standardisé
par région pour 100 000 habitants





Césarienne

Taux de recours moyen standardisé
par département pour 100 000 habitants

Taux de recours moyen national
pour 100 000 habitants

217

Public	159	Privé	58
--------	-----	-------	----

Ratio (D9/D1)

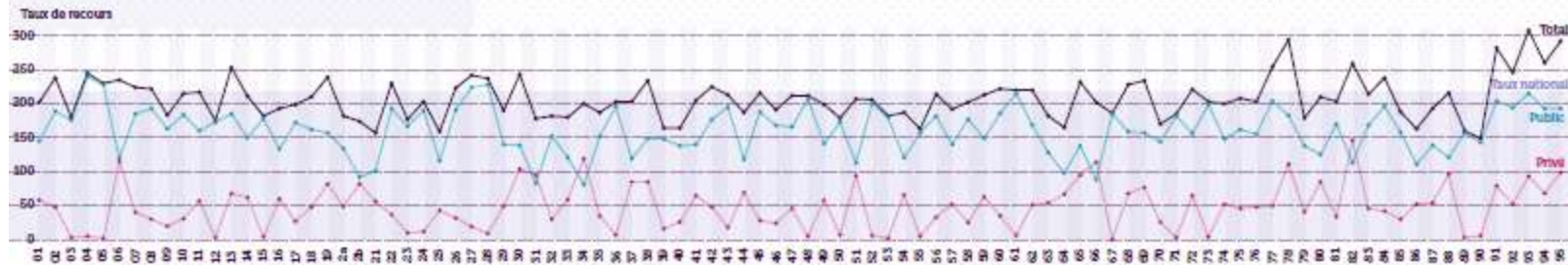
1,42

Public	1,71	Privé	20,17
--------	------	-------	-------

Coefficient de variation

14,9%

Public	21,2%	Privé	69,2%
--------	-------	-------	-------



Variations de pratiques entre pays



EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT

Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015



Co-funded by the Presidency Programme of the European Union



International variations in rates of selected surgical procedures across OECD countries

Klim McPherson and Giorgia Gon

October 3, 2011



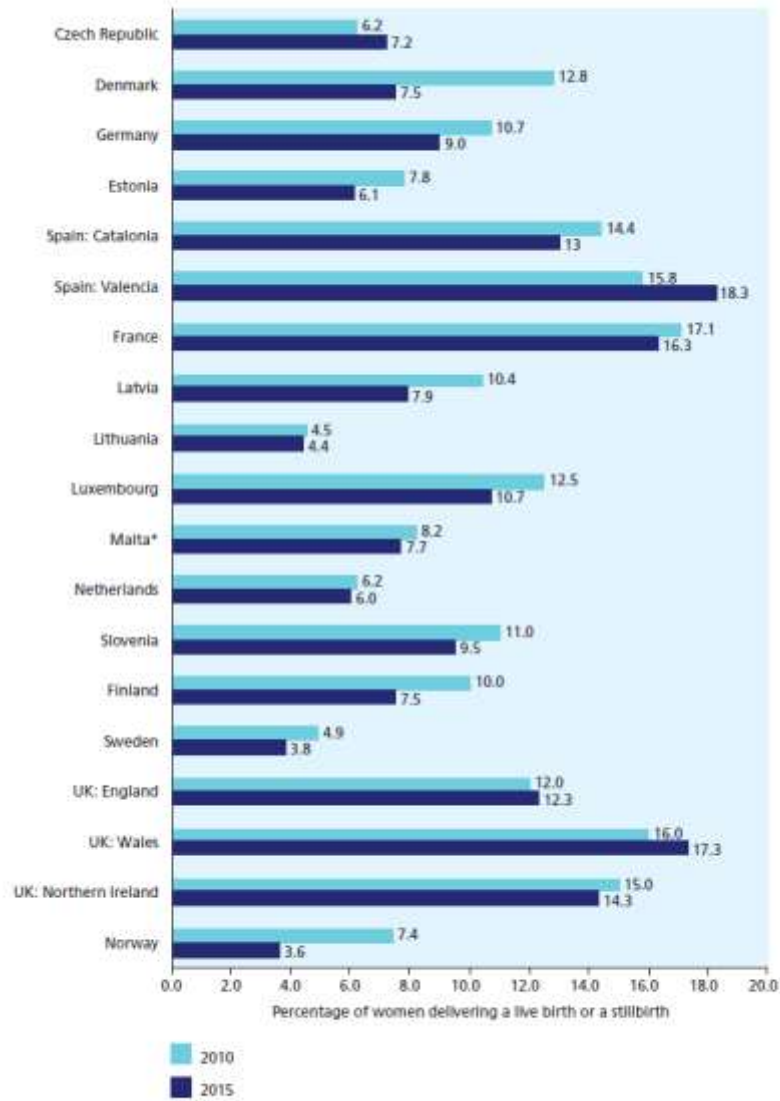
OECD Health Policy Studies

Geographic Variations in Health Care

WHAT DO WE KNOW AND WHAT CAN BE DONE TO IMPROVE HEALTH SYSTEM PERFORMANCE?



Figure R8.1. Smoking during pregnancy in 2010 and 2015



NOTE: * First trimester or at booking in 2010 and during pregnancy in 2015.
 ** At booking in 2015, during pregnancy in 2010.
 Second-period data not from 2015: Spain Valencia 2016, France Survey 2016, UK England 2015-2016, UK Wales 2016, Sweden 2014.

Figure R8.2. Comparison of smoking during pregnancy, 2010 and 2015 (risk ratios and 95% confidence intervals)

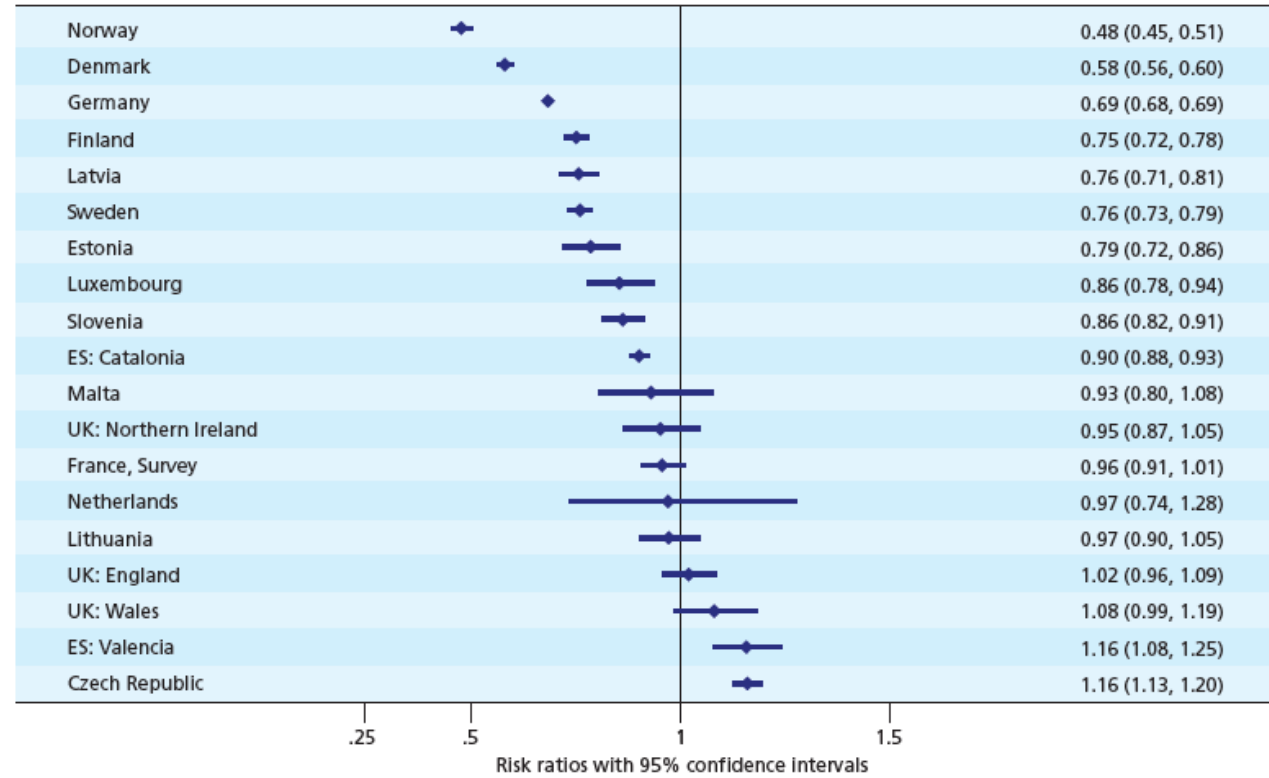


Figure C10.1 Percentages of births by mode of delivery in 2015

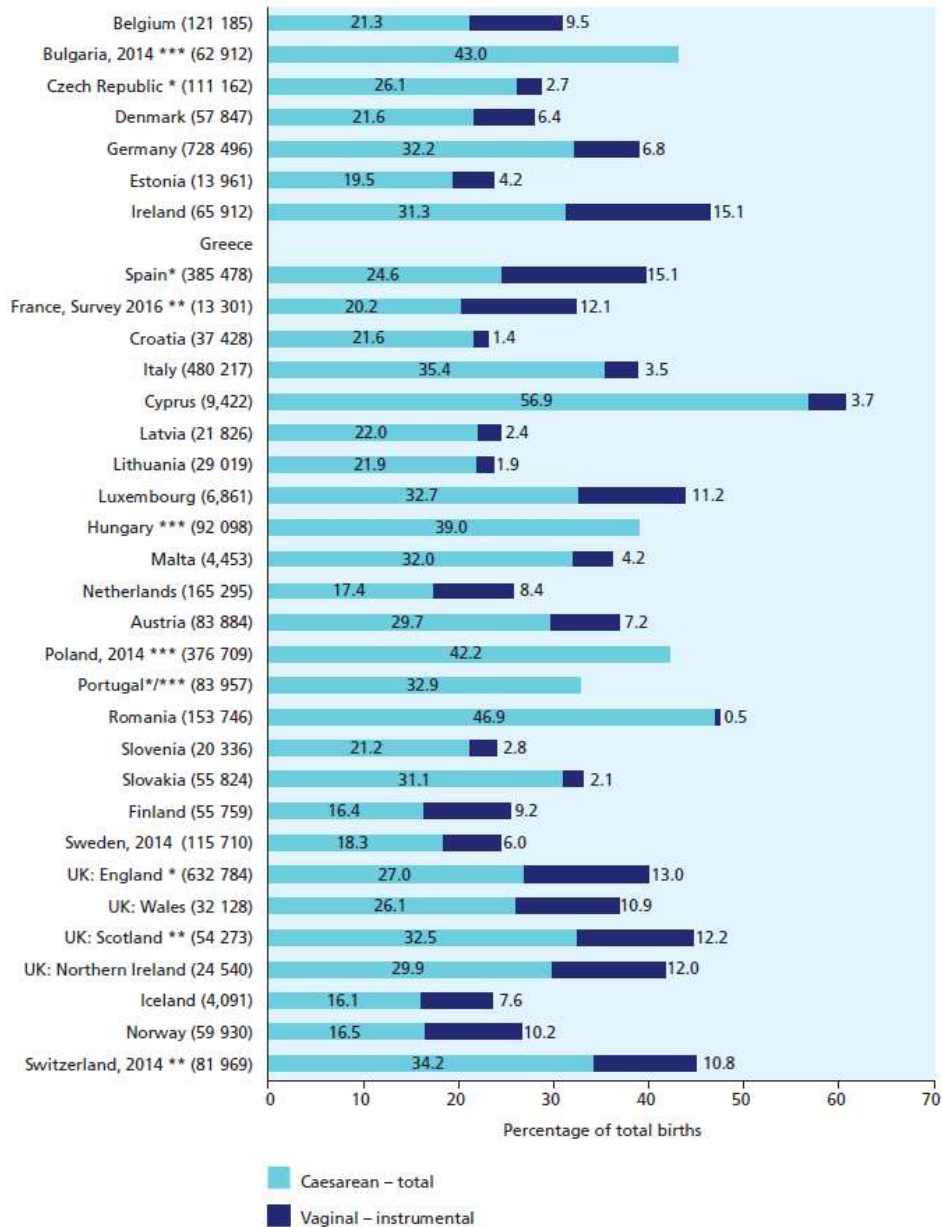


Figure C10.3 Caesareans as a percentage of all births in 2015

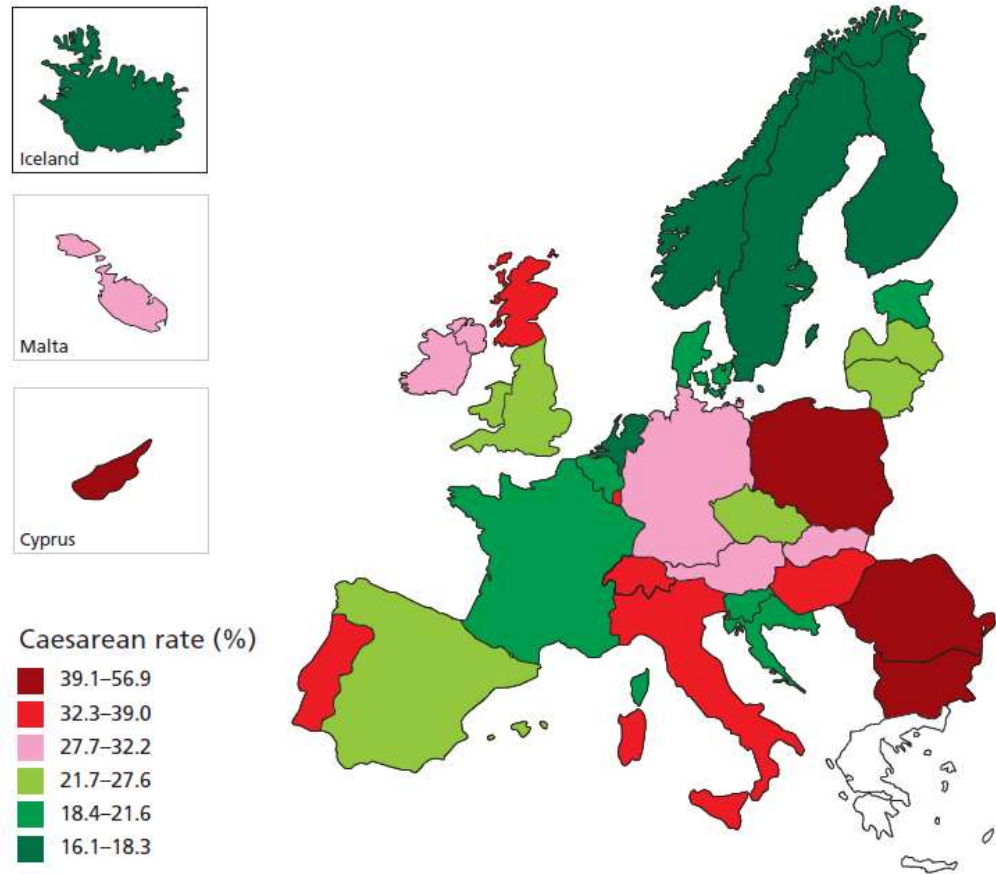
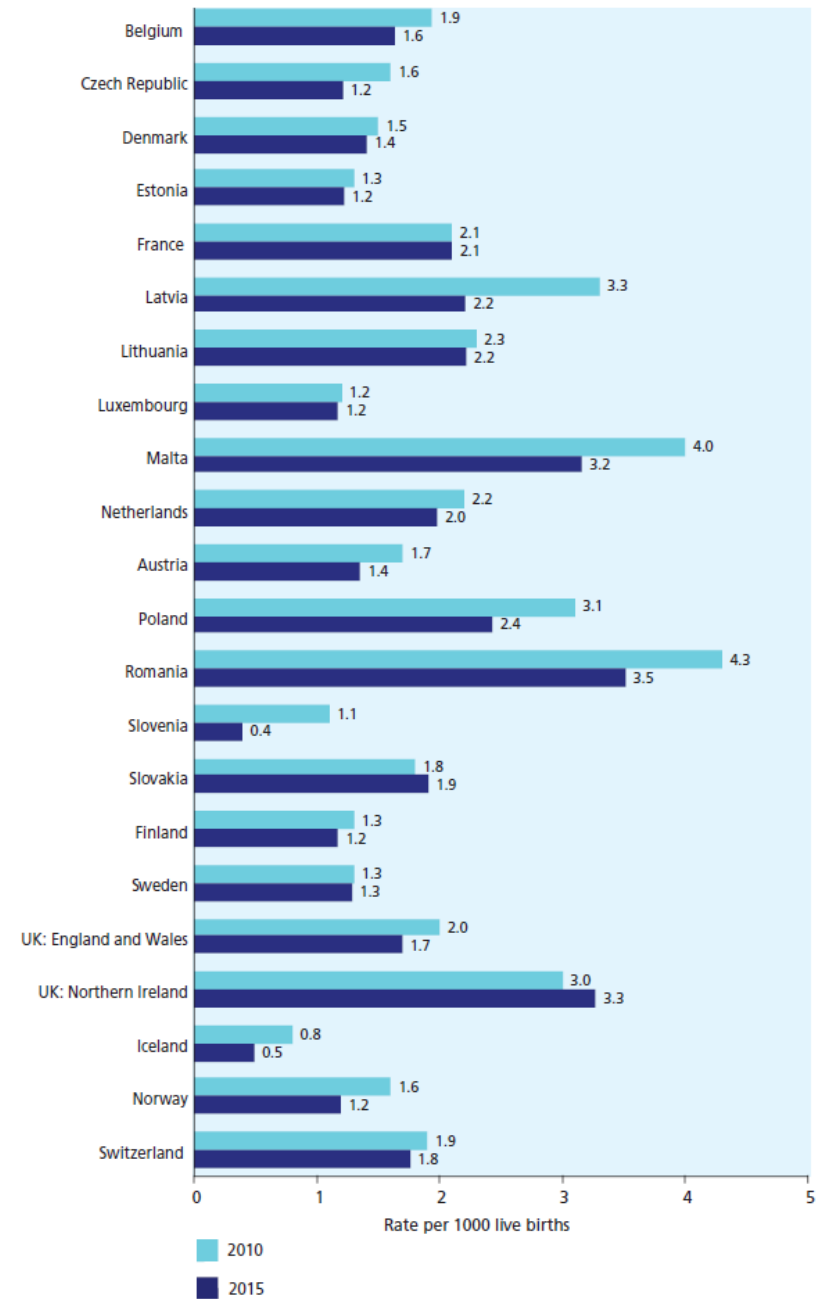
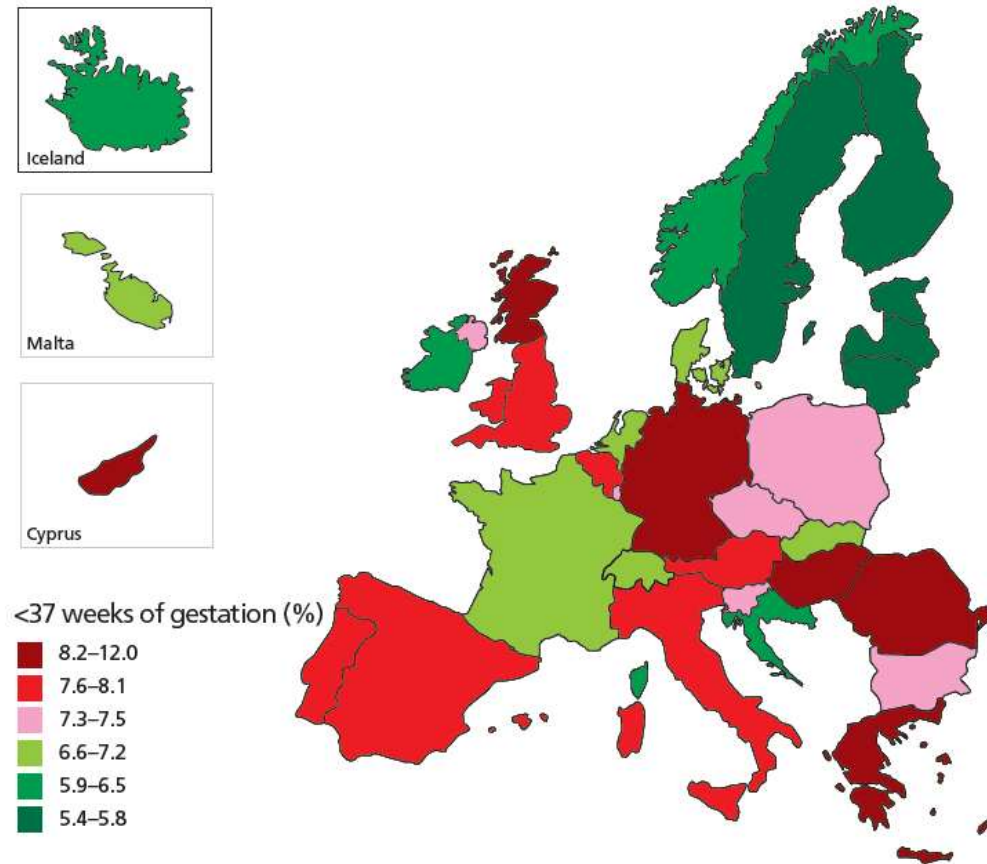


Figure C5.3 Geographical distribution of preterm births among live births in Europe



Les facteurs d'inopportunité

- Économiques: importance de l'offre de soins, la rémunération à l'acte
- Professionnels: surestimation des actes par les professionnels les pratiquant, non actualisation et non évaluation des pratiques, inertie clinique
- Organisationnels = les facteurs les plus importants
 - Prise de décision en incertitude (fragmentation de la prise en charge, de l'information,...)
 - Effets de contexte d'amont ou d'aval
 - Nécessité de décider rapidement => *il est plus facile de faire que de s'abstenir*
- Liés aux patients: demande, reste à charge,...

Agir sur l'inopportunité

- Réduire l'incitation financière par une moindre rémunération de l'acte
 - *ce qui ne risque pas de répondre à la question de la nécessité*
- Formation continue
- EPP :
 - Revue de pertinence appuyée sur des Référentiels forts
 - Groupe d'analyse de pratique entre pairs (peer review), visite académique (academic detailing, outreach visit)
 - Consensus formalisé d'experts – RAND Appropriateness Method
 - Efficacité « clinique » d'aide à la décision, mais complexité de la mise en place et nécessité de réactualisations fréquentes

RAND Appropriateness Method (*consensus formalisé d'experts*)

- Revue de littérature + avis d'expert (7 à 15 experts, animés par méthode Delphi modifiée)
- Analyse des scénarii possibles et classement en opportun, inopportun et équivoque

– exemple : césarienne (*RAM 2010*)

* 294 scénarii théoriques possibles

21% inopportuns - 14% équivoques

65% opportuns

* puis applications à des cas réels de façon rétrospective ou prospective : logiciel d'aide à la décision avec apprentissage sur les décisions cliniques incertaines/ équivoques

Ostovar et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, **10**:52
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/52>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

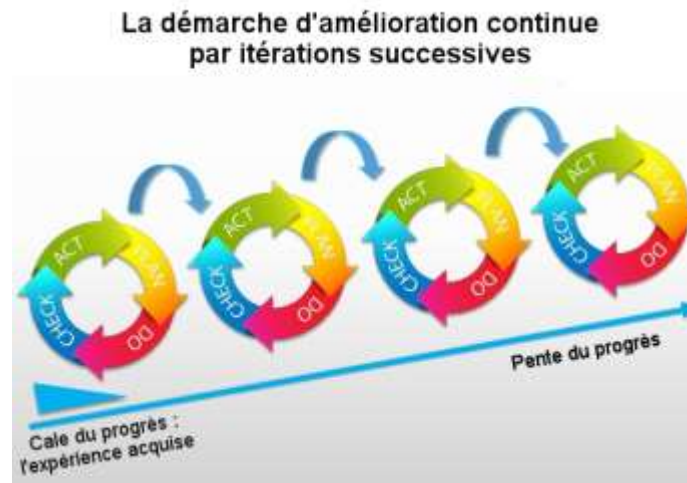
Developing criteria for Cesarean Section using the RAND appropriateness method

Rahim Ostovar^{1,2}, Arash Rashidian^{1,3,7*}, Abolghasem Pourreza¹, Batool Hossein Rashidi⁴, Sedigheh Hantooshzadeh⁴, Hassan Eftekhari Ardebili⁵, Mahmood Mahmoudi⁶, The members of the panel of the Cesarean Section RAM Study

La revue de pertinence comme méthode d'EPP

Introduction

- Ne pas confondre pertinence des soins est revue de pertinence
- Ne pas confondre revue de pertinence et audit clinique !
- RP = méthode d'EPP (APP) comme une autre donc PDCA à respecter



Revue de Pertinence des césariennes programmées

Pourquoi faire cette APP ?

Vendittelli *et al.* *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, **14**:135
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/135>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Appropriateness of elective caesarean deliveries in a perinatal network: a cross-sectional study

Françoise Vendittelli^{1,2,3,4*}, Marie-Caroline Tassié^{1,4}, Laurent Gerbaud^{1,2} and Didier Lémery^{1,2,4}

Type	Nombre accouchements 2011	% de césariennes 2011
III	3440	21,4
II	924	<u>22,4</u>
II	2385	<u>23,9</u>
II	1190	17,7
II	1281	15,2
II	1150	20,5
II	1233	18,9
I	720	16,5
I	344	<u>23,3</u>
I	466	<u>22,9</u>
Réseau	13 134	20,5

Objectifs

- **L'objectif principal :**
Réduction du % global des césariennes via la réduction du % de césariennes programmées
- **Objectif secondaire :**
Amélioration de la pertinence globale des indications de césariennes parmi les césariennes programmées

Matériels et Méthode (1)

- **Echantillon :**

- **Critères d'inclusion :** † ayant eu une césarienne programmée et réalisée dans une des maternités du RSPA (avant ou pendant le travail), ≥ 37 SA, nullipares ou primipares, singleton ou gémellaire (J1), ayant J1 en PC, et avec enfant vivant ou mort né

- **Critères d'exclusion :** multipares (≥ 2), grossesses multiples (≥ 3), les présentations dystociques ou potentiellement dystociques (siège et transverse), et les césariennes en urgence (non programmées)

Matériels et Méthode (2)

- Une **césarienne programmée** a été définie comme une césarienne dont l'indication était posée 48 heures avant la réalisation de celle-ci
- La **césarienne dite « de convenance »** a été définie comme une césarienne faite sur demande de la patiente en l'absence d'indication médicale ou obstétricale avérée

Matériels et Méthode (3)

- **Recueil rétrospectif, à partir des pièces du dossier médical de la patiente** (dossier papier et/ou informatisé d'Auvergne et/ou le compte rendu opératoire et/ou le dossier d'anesthésie et/ou les courriers)
- **Référentiels : RPCs françaises élaborées par la HAS et CNGOF de 2000 à 2010**
= RPC HAS 2012

Fiche de sélection des dossiers

Cochez la bonne réponse

	oui	non
Critères d'inclusion		
Césarienne programmée (faite avant ou pendant le travail)		
Age gestationnel \geq 37 SA		
Grossesse singleton ou gémellaire		
Fœtus en présentation céphalique (singleton) ou J1 en céphalique (si gémellaire)		
Si une des réponses est « NON » ci-dessus le cas ne relève pas de la revue de pertinence		
Multipares (ayant déjà eu 2 enfants avant cette grossesse)		
Présentations dystociques ou potentiellement dystocique (siège et transverse)		
Indications formelles de césarienne (obstacle praevia, bassin pathologique, utérus multicatriciel [\geq 2), les malformations foetales incompatibles avec un accouchement voie basse, etc.)		
Césariennes en urgence (non programmées)		
Si une des réponses est « OUI » ci-dessus le cas ne relève pas de la revue de pertinence		

Grille de recueil des données dans le cadre de la revue de pertinence

Sur les césariennes programmées

Nom de la maternité :

Type maternité :

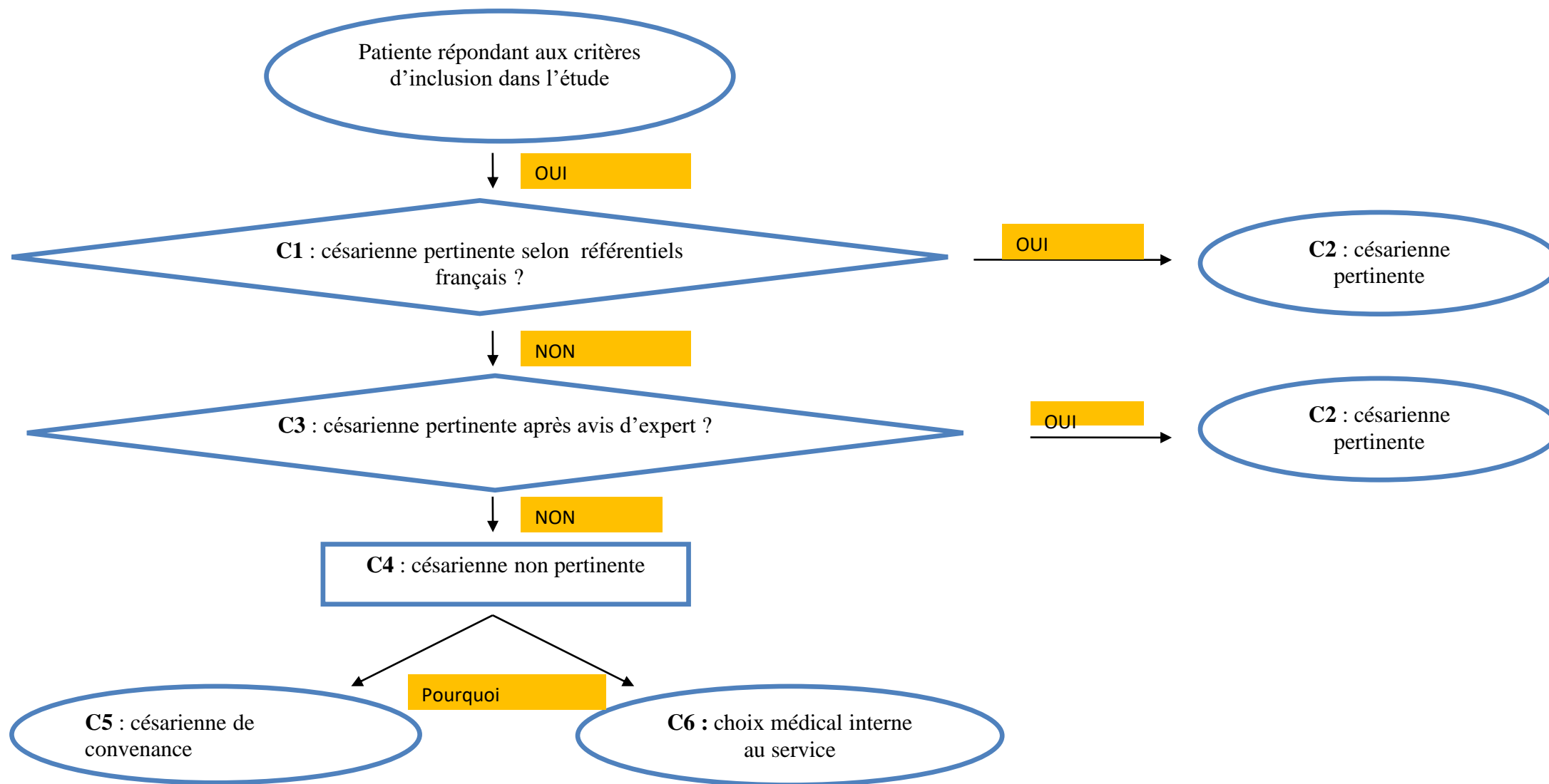
Date de la revue du dossier :

Date de la césarienne :

N° dossier pour la revue :

CRITERES	OUI	NON	NA	Commentaires
C1 : L'indication de césarienne est clairement consignée dans le dossier				
C2 : Tracé de l'information donnée à la patiente sur la balance bénéfice risque				
C3 : Dossier passé au staff				
C4 : Césarienne faite \geq 39 SA				
C5 : Type de maternité adéquate				
C6 : Compte rendu opératoire adéquat				
C7 : Indication pertinente selon le référentiel HAS				
C8 : si non pertinente selon le référentiel, indication pertinente selon expert et groupe				
Si césarienne non pertinente				
C9 : Césarienne de convenance				
C10 : Césarienne par choix médical interne au service				

Représentation graphique de l'outil « revue de pertinence des césariennes »



Matériels et Méthode (5)

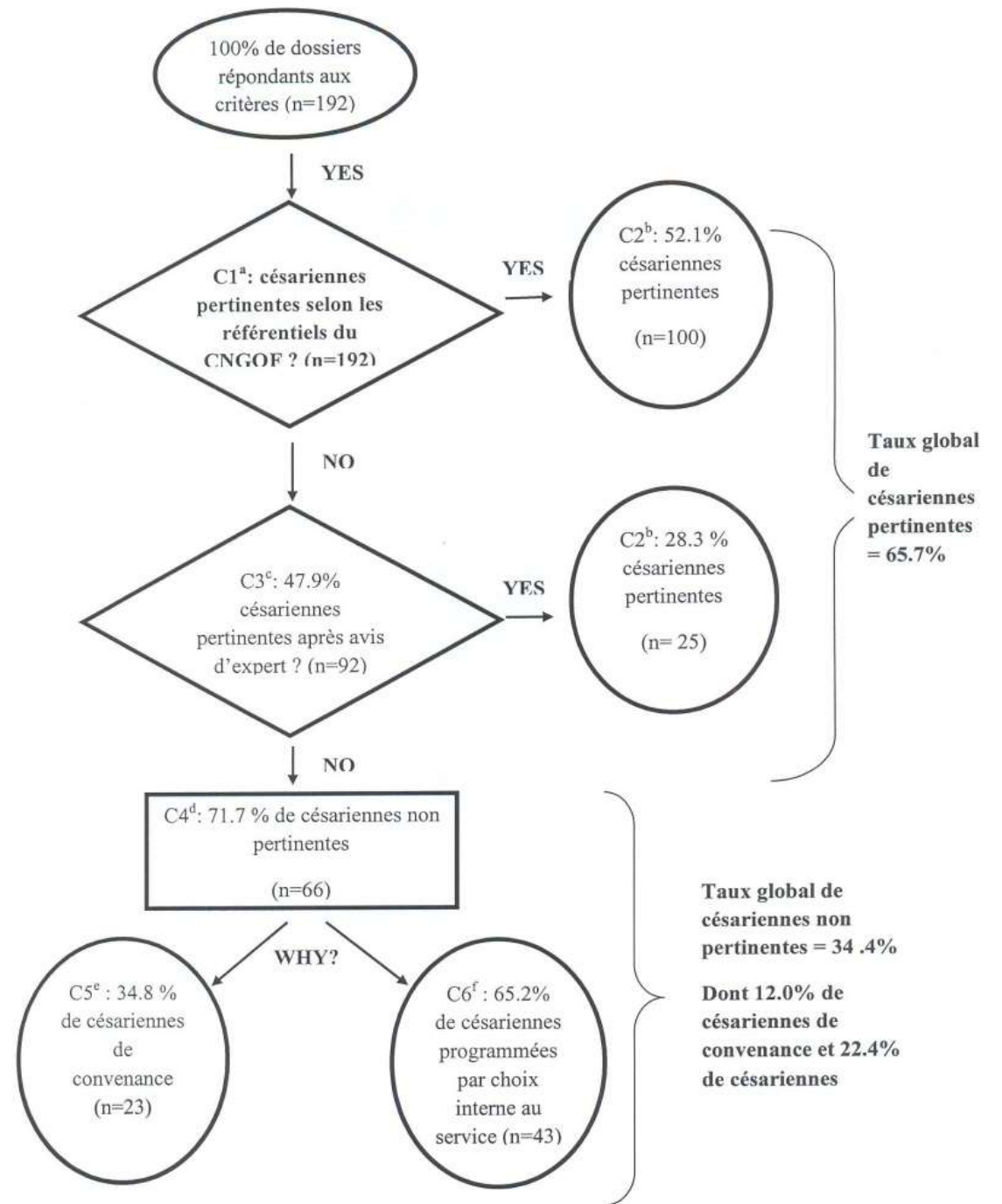
- **Les dossiers ont été sélectionnés à partir de janvier 2011** jusqu'au moment de l'évaluation dans la maternité
- Dans chaque maternité, un ou plusieurs seniors gynécologues obstétriciens ont participé à la revue de pertinence en présence du senior coordonnateur du RSPA, qui est gynécologue-obstétricien et qui jouait le rôle d'expert extérieur

Résultats : Pertinence de l'indication de césarienne parmi un échantillon de césariennes programmées au sein du RSPA (10 maternités et 192 dossiers)

% global de pertinence = 65,7%

% de non pertinence = 34,4%

**dont convenance = 12,0%
et par décision médicale = 22,4%**



Actions d'amélioration réalisées au sein du Réseau (1)

- Organisation d'une journée régionale sur la césarienne le 27 avril 2012 (n=107)
- Diffusion des résultats via le site web du réseau et via un mailing (juin 2012)
- Un rapport par maternité : indicateurs de la maternité vs. celles du réseau (depuis 2008)
- **et déclinaison APP au sein des maternités**
- Diffusion de la directive qualité du CNGOF sur le contenu attendu d'un CROP de césarienne à tous les obstétriciens du réseau en avril 2013

Mesure de l'impact des actions d'amélioration sur les pratiques

Revue de pertinence N° 2 et 3

N° units	Level	Date APP1	n APP1	Date APP2	N APP2	DateAPP3	N APP3
1	III	23/11/2011	26	16/08/2013	29	01/10/2014	18
2	II	21/11/2011	15	19/06/2013	8	13/10/2014	13
3	II	12/12/2011	12	27/05/2013	10	23/06/2014	16
4	II	09/11/2011	20	24/04/2013	5	11/06/2014	8
5	II	17/10/2011	24	17/06/2013	6	03/09/2014	9
6	II	09/01/2012	19	03/04/2013	6	02/06/2014	13
7	II	19/12/2011	41	02/04/2013	20	17/12/2014	47
8	I	16/11/2011	10	18/06/2013	9	25/06/2014	3
9	I	05/12/2011	19	20/06/2013	4	06/06/2014	5
10	I	16/12/2011	6	12/04/2013	2	23/05/2014	8
Total			192		99		140

% de césariennes pertinentes

RSPA	APP1 n(%)	APP2 n(%)	APP3 n(%)	p
Total	126 (65,6)	79 (80,6)	112 (80,0)	0,003

% de césariennes de convenance

RSPA	Avant n(%)	Après n°1 n(%)	Après n°2 n(%)	p
Total	25 (13,0)	13 (13,1)	22 (15,7)	0,76

Suivi d'indicateurs: Impact à 4 ans

% global de césariennes						
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(n=2 694)	(n=2 479)	(n=2 404)	(n= 2453)	(n= 2168)	(n= 2244)	(n=2304)
<u>20,5</u>	18,5	18,7	18,9	17,3	18,5	19,0
% de césariennes programmées						
<u>43,9</u>	40,8	38,2	38,0	27,4	33,8	36,3

Revue de Pertinence de l'interprétation du RCF

Pertinence de l'APP

- **Référentiel HAS sur les secteurs de naissances** : l'analyse du RCF doit être conforme aux bonnes pratiques et 1 formation sur la surveillance fœtale pendant le travail et sur l'interprétation du RCF doit être assurée
- **RMM du RSPA** : erreurs répétitives sur l'interprétation du RCF et donc la prise en charge

Matériels et méthodes (1)

- **Objectif principal** : évaluer la pertinence de l'interprétation du RCF chez les parturientes pendant leur travail
- **Les objectifs secondaires** étaient :
 - d'analyser la pertinence de l'évaluation du risque d'acidose
 - la pertinence de la prise en charge en fonction du risque d'acidose
 - la pertinence de l'interprétation du RCF lors des efforts expulsifs

Matériels et méthodes (2)

- Critères d'inclusion :

- Femmes à terme, en travail et ayant eu une voie basse acceptée

- * nouveau-né ayant été muté/transféré (néonat/SI/réa) immédiatement après la naissance ou secondairement et dont le pHa cordon $< 7,15$ (ou pHv $< 7,35$) ou lactates artériels $> 7,5$ mmol/L

- * enfant décédé en perpartum ou immédiatement après la naissance – ou transfert après réanimation en salle de naissance sans pH ou lactate réalisé en salle naissance car réanimation intensive faite

Matériels et méthodes (3)

- Critères d'exclusion :

- Césarienne programmée
- Les IMG et MFIU
- Les accouchements à domicile ou rapide n'ayant pas eu de RCF
- Les femmes transférées secondairement en maternité

Matériels et méthodes (4)

- **Référentiels utilisés :**

- Recommandations des Pratiques Clinique du CNGOF de 2007 et procédures du RSPA

Interprétation du RCF pendant le travail	Diffusion 27/03/2014
Interprétation des gaz du sang au scalp et au cordon	Diffusion 27/03/2014

Matériels et Méthodes (5)

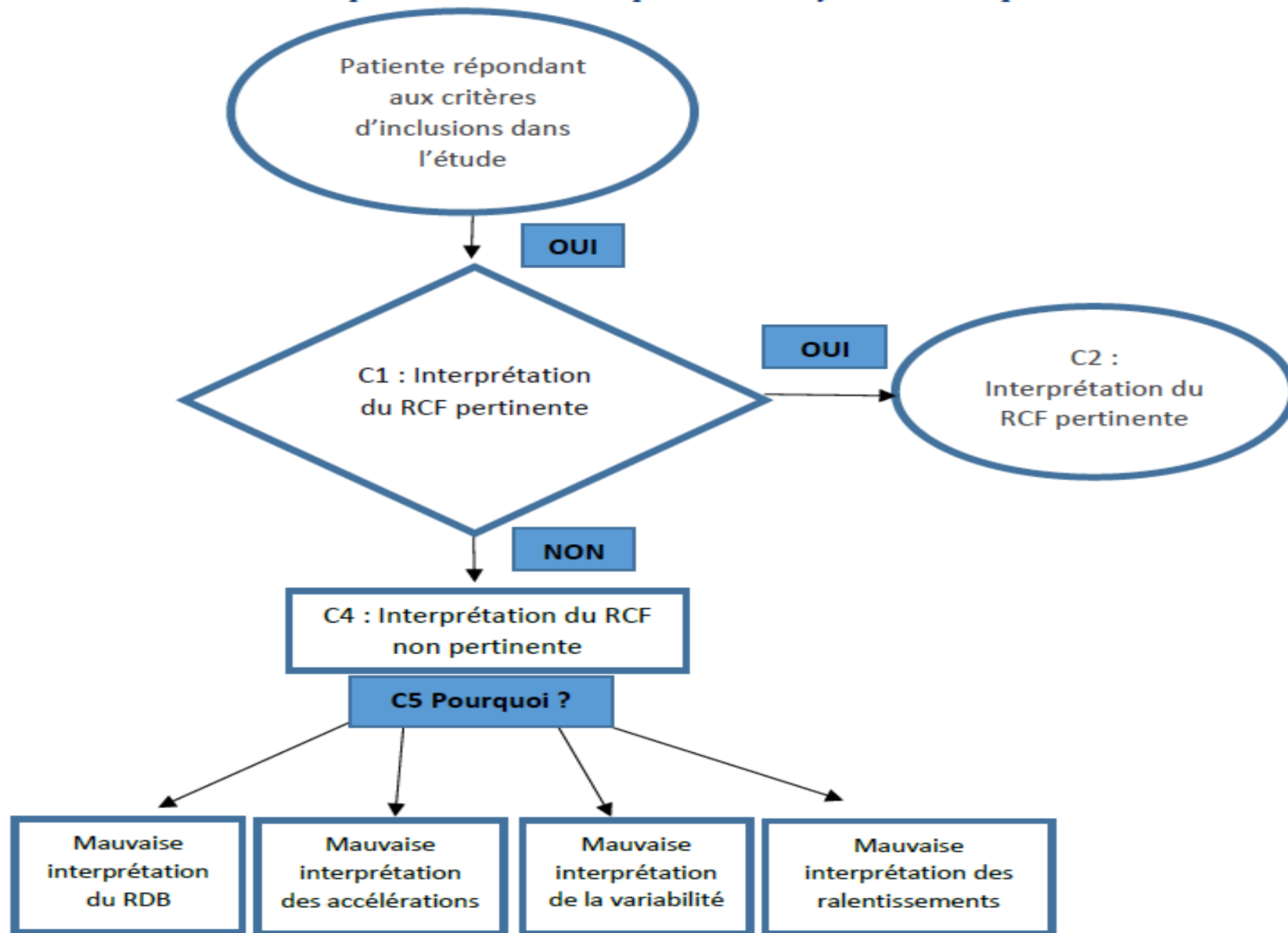
- **Méthode : revue de pertinence**

- **Analyse rétrospective des dossiers depuis 2015 :**

Comparaison de ce qui était tracé dans le dossier et de l'avis du groupe, à partir d'une grille spécifique avec lexique + tableau d'interprétation du RCF du RSPA en couleur

- **Dans chaque maternité, des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes** ont participé en présence d'un senior gynécologue-obstétricien extérieur à la maternité

Représentation graphique
« Revue de pertinence sur l'interprétation du rythme cardiaque fœtal »



CRITERES D'éligibilité pour repérer chaque dossier pour la revue de pertinence sur le RCF

(Cocher les cases)

N° du dossier :	Oui	Non
Maternité :		
Grossesse unique à terme (>37SA)		
Femmes en travail et ayant eu une voie basse acceptée		
Dont le nouveau-né a été transféré en unité de soins spécialisés (néonatalogie/ soins intensifs/ réanimation), immédiatement après sa naissance ou secondairement Et dont le nouveau-né avait un Ph artériel au cordon < 7,15 (ou à défaut un Ph veineux <7,35) ou des lactates artériels > 7.5mmol/L. Ou enfant mort-né ou décédé immédiatement après la naissance - ou transfert après réanimation en salle de naissance sans PH ou lactate de réalisé en salle de naissance.		
Le dossier est éligible si aucune réponse « non »		
	Oui	Non
IMG		
MFIU avant le travail		
Accouchement hors de la maternité (domicile, etc.)		
Accouchement rapide sans enregistrement du RCF		
Le dossier est éligible si aucune réponse « oui »		
Commentaires :		



Grille de recueil de la revue de pertinence sur le RCF pendant le travail

N° Dossier :

N° IPP :

Maternité :

Date revue :

	Interprétation RCF		Evaluation du risque d'acidose		Prise En Charge (PEC)		Conclusion
	Selon le dossier	Selon Groupe	Selon le dossiers	Selon Groupe	Selon le dossier	Selon Groupe	
Rythme de base⁶	Non évalué <input type="checkbox"/> 110-160 bpm <input type="checkbox"/> >180 bpm <input type="checkbox"/> 160-180 bpm <input type="checkbox"/> 100-110 bpm <input type="checkbox"/> 90-100 bpm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non évaluée <input type="checkbox"/> Pas de risque d'acidose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surveillance continue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TTT hypotension <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Décubitus latéral gauche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arrêt ocytotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 nd ligne : pH scalp /Lactates <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extraction en urgence <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interprétation RCF pertinente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Non déterminée
Variabilité⁷	Non évaluée <input type="checkbox"/> 6-25 bpm <input type="checkbox"/> ≤ 5 bpm <input type="checkbox"/> < 40 min <input type="checkbox"/> > 40 min <input type="checkbox"/> > 60 min <input type="checkbox"/> < 3 bpm <input type="checkbox"/> > 25 bpm <input type="checkbox"/> Sinusoïdale ⁸ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faible risque d'acidose <input type="checkbox"/> Risque intermédiaire d'acidose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Evaluation du risque d'acidose pertinente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Non déterminée <input type="checkbox"/> Non déterminable
Accélération⁴	Non évaluée <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque important d'acidose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ralentissement⁵	Non évalué/ Non conforme ⁶ <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> R Précoce ⁷ <input type="checkbox"/> R Tardif ⁸ <input type="checkbox"/> R V ⁹ typique ¹⁰ non sévère ¹¹ <input type="checkbox"/> R V ⁹ typique ¹⁰ sévère ¹² <input type="checkbox"/> R V ⁹ atypique ¹³ non sévère ¹⁴ <input type="checkbox"/> R V ⁹ atypique ¹³ sévère ¹² <input type="checkbox"/> Ralentissement prolongé ¹⁴ <input type="checkbox"/> < 3 min <input type="checkbox"/> > 3 min <input type="checkbox"/> R répétés ¹⁵ <input type="checkbox"/> ≤ 90 bpm subit (Bradycardie) ¹⁶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque Majeur d'acidose <input type="checkbox"/> Commentaire :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PEC pertinente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Non déterminée

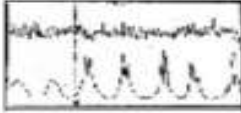



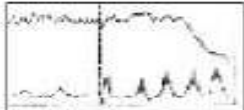


Grille de recueil de la revue de pertinence sur le RCF pendant le travail

N° Dossier :
Date revue :

N° IPP :

Maternité :

Type de rythme	Description du rythme d'expulsion	Selon traçabilité dans le dossier ¹⁷ Noté dans le dossier	Selon Groupe Experts ¹⁷
<p>Type 0</p> 	<p>RCF normal :</p> <ul style="list-style-type: none"> -RCF de base : 110-160 bpm -Variabilité 6-25 bpm -Accélérations présentes -Aucun ralentissement 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Type 1</p> 	<p>Décélérations successives à chaque effort expulsif, avec récupération du rythme normal entre les CU</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Type 2</p> 	<p>Bradycardie (RCF <110 bpm pendant au moins 10 minutes) progressive avec souvent diminution des oscillations</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Type 3</p> 	<p>Bradycardie avec accélérations marquées à chaque CU</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Type 4</p> 	<p>RCF d'allure biphasique, dans un premier temps le RCF est normal, puis il évolue vers la bradycardie</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Tracé d'expulsion : non évalué¹⁸ <input type="checkbox"/> non évaluable¹⁹ : <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluation non applicable²⁰ : <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires :</p>			

Interprétation du RCF pendant le travail et CAT obstétricale (Version 3)

NORMAL (4 critères ensemble)

- RCF de base 110-160 bpm
- Variabilité 6-25 bpm
- Accélérations présentes
- Aucun ralentissement



RPC du CNGOF de 2008

TOLERABLE :

- Accélérations absentes
- RCF de base 110-160 bpm
- Variabilité 6-25 bpm
- Aucun ralentissement

PRENDRE EN COMPTE LE CONTEXTE ET LES FACTEURS DE RISQUE

	Faible risque d'acidose	Risque intermédiaire d'acidose	Risque important d'acidose	Risque majeur d'acidose
Rythme de base (rdb)	100-110 ou 160-180	entre 90-100 ou >180 isolé ¹	> 180 associé ² ou < 90	Tous les cas de figures dont bradycardie sévère subite (<90bpm et > 10 mn)
Variabilité (bpm)	≥ 3 et ≤ 5 pendant < 40 mn	≥3 et ≤ 5 bpm pendant ≥40 mn ou ≥ 25 bpm	≥ 3 et ≤ 5 bpm pendant > 60 mn ou sinusoïdal (>10 mn)	< 3 bpm (nulle ou non visible)
Accélérations	Présentes ou absente	Présentes ou absentes	Présentes ou absentes	Absente
Ralentissements (R) [D=durée, N= Nadir, A= amplitude]	R précoces et/ou R variables typiques non sévères ⁴ et/ou R prolongé isolé (>2mn et <3mn)	R tardifs non répétés et/ou R variables atypiques ou typiques sévéres ou non sévéres, non répétés ou répétés ⁶ et/ou R prolongé > 3 mn (non répété)	R tardifs répétés et/ou R variables typiques ou atypiques sévéres répétés et/ou R prolongés >3 mn et répétés	± R tardifs répétés ³ et/ou R variables typiques ou atypiques sévéres répétés et/ou R prolongés >3 mn et répétés
<small>¹Sans autre anomalie associée ²Si tachycardie associée à une autre anomalie ³Dits répétés si surviennent lors d'une contraction utérine sur 2 ou plus ⁴Non sévère si : D<60s et N ≥ 70bpm ou A <60) ⁵Sévère : D>60s et N < 70bpm ou A > 60 bpm) ⁶Si répétés doivent rester isolés</small>	L'association de plusieurs critères fait passer à un risque d'acidose intermédiaire (ne pas prendre en compte les accélérations) 	L'association de plusieurs critères fait passer à un risque d'acidose important (ne pas prendre en compte les accélérations) 	L'association de plusieurs critères fait passer à un risque d'acidose majeur (ne pas prendre en compte les accélérations) 	(ne pas prendre en compte les accélérations)

**Surveillance
continue**

- Actions possibles

- Traiter l'hypotension maternelle
- Changement de position
- Arrêt des ocytociques

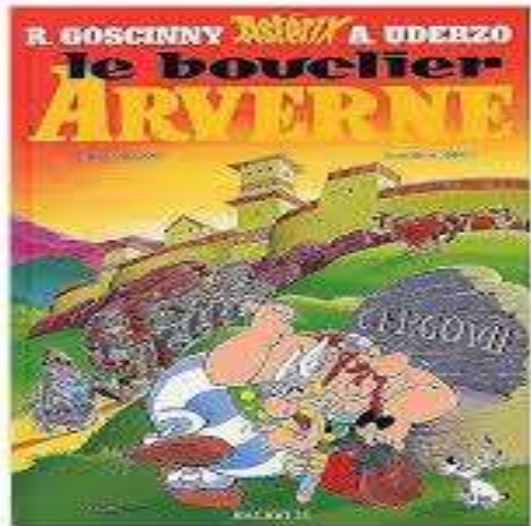
- Si persistance : pH ou lactates scalp

- pH ou lactates au
scalp
- Envisager extraction

**Extraction
urgente**

Méthode (6) : nombre de maternités et durée sessions

- 10 maternités : 1 type 3, 6 types 2 et 3 types 1
- Durée des sessions : 1 heure à 2 jours



Méthode (7) : nombre de dossiers sélectionnés et nombre de présents

Année	Présents (n)	Dossiers (n)
2016	167	119
2017	124	79
2018	131	76
2019	135	90
Total	557	364

Résultats

(3 dossiers écartés)

Résultats (1) : RCF de base (bpm)

	Dossiers 2015-2018	
	dossier (n=361) %	groupe (n=361) %
Non évalué	15,0	0
110-160	68,4	75,9
>180	2,5	2,5
160-180	14,1	21,3
100-110	0	0,3

*Pas de RCF entre 90-100

Résultats (2) : variabilité (bpm)

	Dossiers 2015-2018	
	dossier (n=361) %	groupe (n=360) %
NE/NC	26,9	0,6
6-25	64,3	58,1
>3 et ≤5*	2,2	18,3
< 3	4,4	10,8
>25	0	0,8

*Plus de 60 mn

Résultats (4)

Synthèse des Pertinences

	DP 2015-18	DP 2015 Oui %	DP 2016 OUI %	DP 2017 OUI %	DP 2018 OUI %
Interprétation RCF pertinente ?	21,3	25,4	21,5	17,1	19,3
Evaluation risque acidose pertinente	majoritairement indéterminable				
PEC pertinente ?	70,4	80,5	65,8	63,2	67,1

Actions d'amélioration réalisées

- **Communication** : journée RSPA juin 2017 à 2019
- **Ateliers** : sur le RCF en novembre 2016 (2), mars 2018 (2) et septembre 2019 (3)
- **Diffusion RPC** sur oxytocine en 2017 et **audit oxytocine** depuis 2017
- **Protocoles RSPA/poster** : RCF (V3 en sept 2020) ; Code couleur césas (V1 avril 18)
- **Rapport remis** à chaque maternité X 2
- **Modification dossier informatisé régional** (sept 18)

Conclusion sur les revues de pertinence

- Méthode d'APP à valoriser auprès des équipes car **bien acceptée** et **souhait HAS**
- Méthode très clinique pour travailler sur la pertinence des soins
- Mais investissement en temps, expert extérieur souhaitable, un pilote rodé à la méthode +++