

PARI(S) SANTÉ FEMMES
100% VIRTUEL
13 - 14 - 15 JANVIER 2021

Pertinence des soins en Périnatalité

Pr Laurent GERBAUD

UFR Médecine & Professions Paramédicales

CHU, Service de Santé Publique

Service Santé Universitaire (SSU) UCA

CNRS SIGMA Clermont, Institut Pascal

Pertinence

pour une patiente donnée à un moment donné

Opportunité

Appropriateness

- les bénéfices dépassent suffisamment les risques pour qu'il soit indiqué d'agir
- il n'existe pas d'acte concurrent qui soit plus opportun
- Possibilité de traitement: on peut le faire

Appropriateness: the next frontier

Appropriateness ratings could revolutionise health care

BMJ VOLUME 308 22 JANUARY 1994

Nécessité

Necessity

- l'acte est opportun,
- les bénéfices ne sont pas mineurs, ils sont certains
- obligation morale à agir : on doit le faire

ROBERT H BROOK
Director, health sciences program, and
professor of medicine, UCLA

The RAND Corporation

Asymétrie

Opportunité

Overuse

- Sur utilisation: actes faits alors qu'inopportuns
 - Risques liés au sur traitement
- Coût d'opportunité
 - détournement de ressources au détriment d'actes opportuns
- Facile à mesurer à partir des actes faits

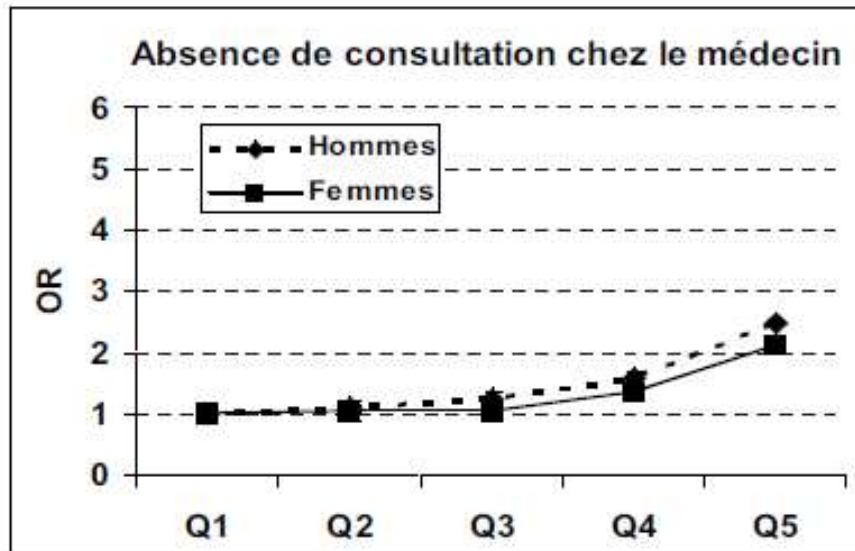
Nécessité

Underuse

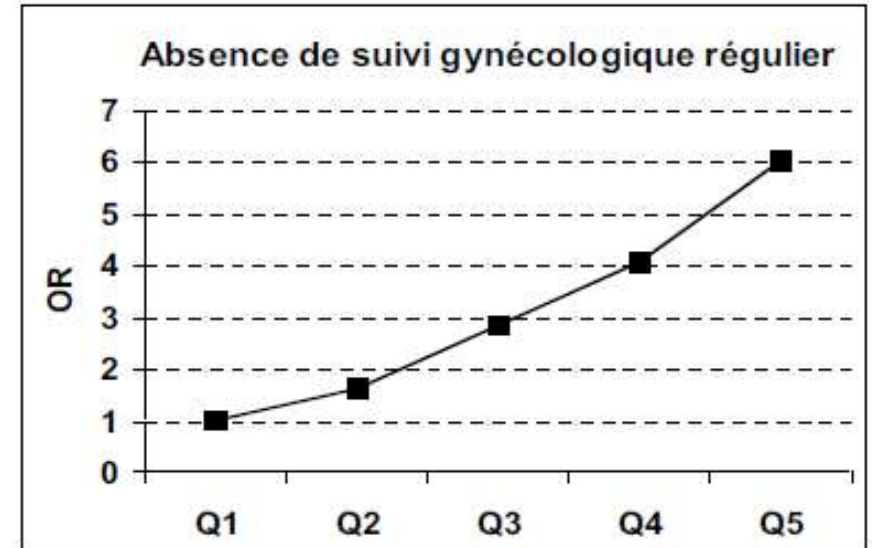
- Actes nécessaires non faits
 - Perte de chance
- Efficience du système de santé
 - Capacité à atteindre des résultats pour un budget donné
- Plus difficile à mesurer
 - trouver des situations mesurant ce qui n'a pas été fait

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

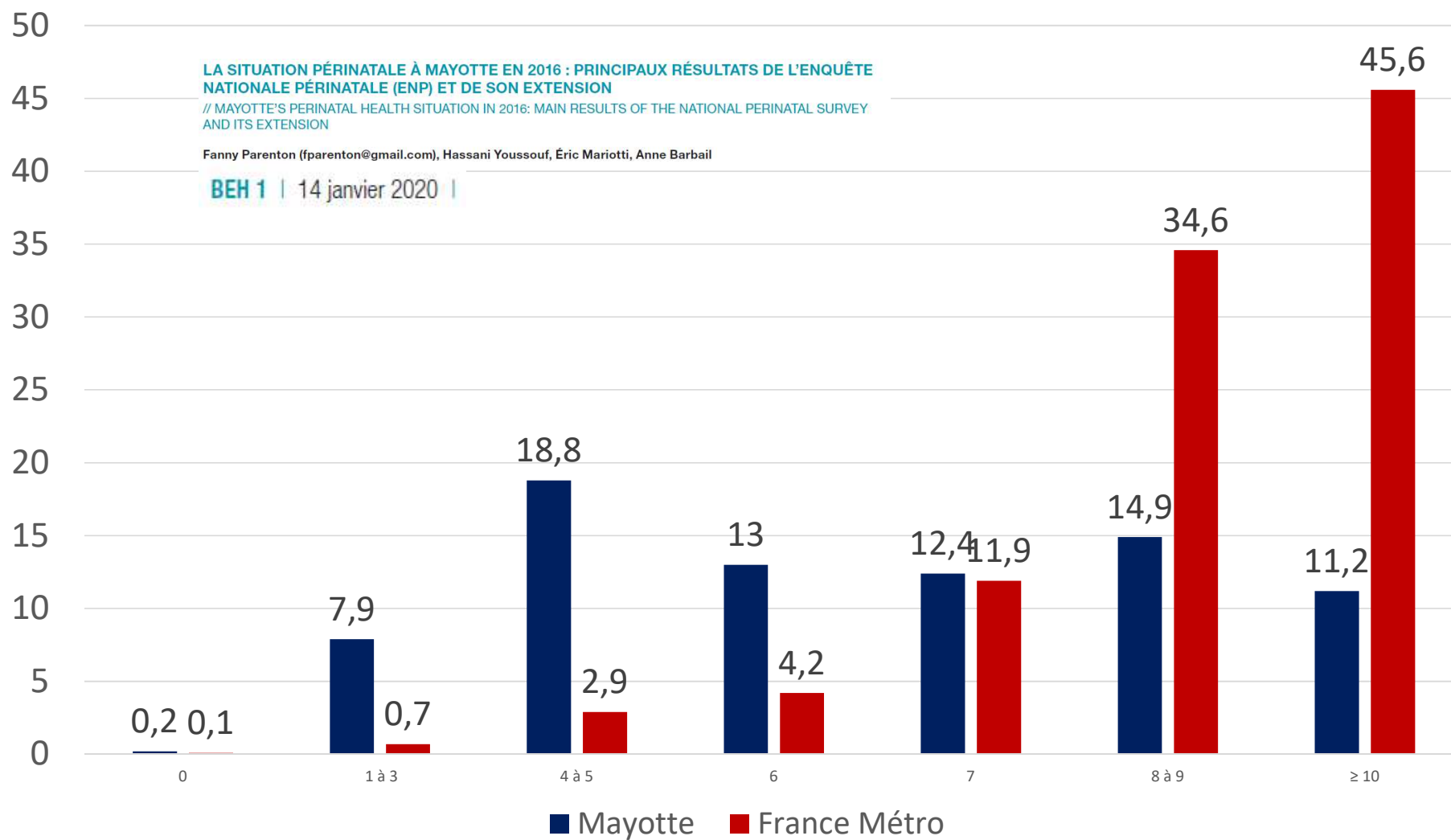


Bilan de santé des centres d'examen de santé de l'assurance maladie données CETAF
Q1: quintile le moins précaire
Q5: quintile le plus précaire



Lien entre précarité et absence de suivi médical ou gynécologique

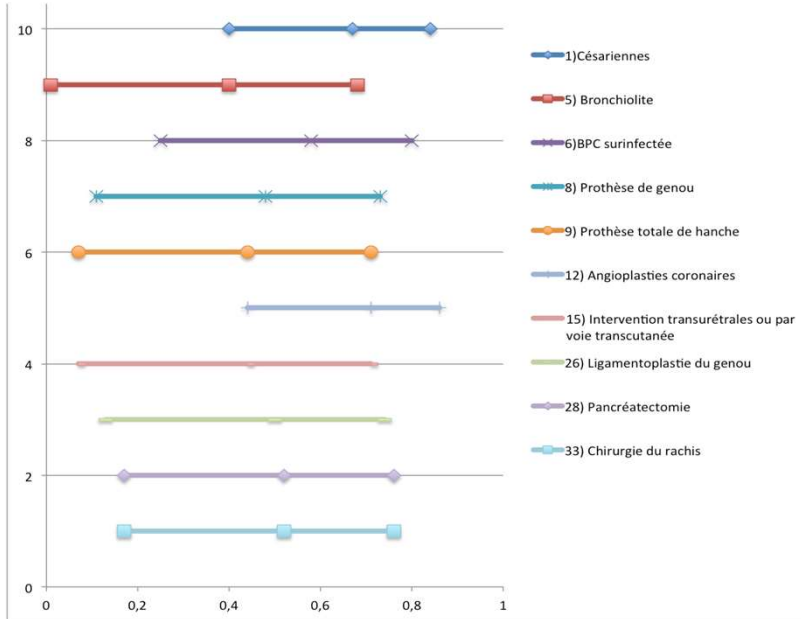
Nombre de consultations prénatales en % Mayotte vs France métropolitaine 2016



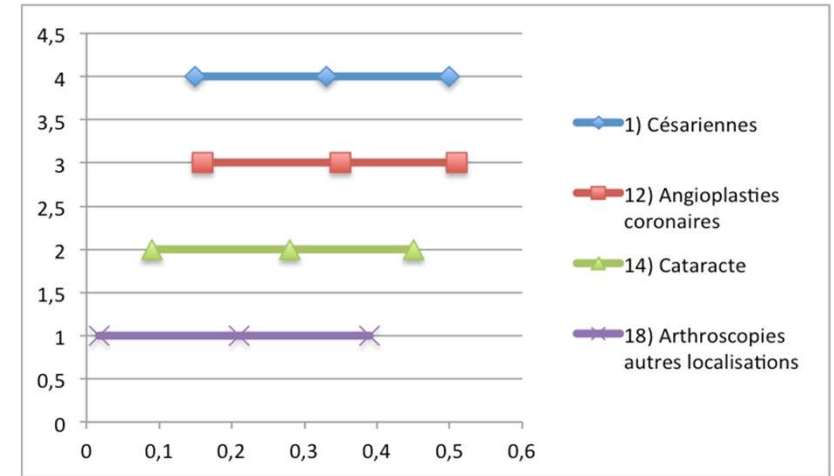
Le rôle de l'offre de soins reste modéré

10/33 au niveau régional (ex régions)

4/33 au niveau départemental



Corrélations entre nombre d'actes et nombre de médecins par spécialité données ATIH 2017



Activité spécifique	Coeff corrélation	IC 95%	Coef détermination
Césarienne	0,67	[0,40;0,84]	0,46
Bronchiolite	0,40	[0,01;0,68]	0,17
BPC surinfectée	0,58	[0,25;0,80]	0,37
Prothèse de genou	0,48	[0,11;0,73]	0,25
Prothèse totale de hanche	0,44	[0,07;0,71]	0,21
Angioplastie coronaire	0,71	[0,44;0,86]	0,54
interventions transurétrales	0,44	[0,07;0,71]	0,20
Ligamentoplastie du genou	0,50	[0,13;0,74]	0,26
Pancréatectomie	0,52	[0,17;0,76]	0,30
Chirurgie du rachis	0,52	[0,17;0,76]	0,30

Activité spécifique	Coeff corrélation	IC 95%	Coef détermination
Césarienne	0,33	[0,15;0,50]	0,11
Angioplastie coronaire	0,35	[0,16;0,51]	0,12
Cataracte	0,28	[0,09;0,45]	0,08
Arthroscopie autre localisation	0,21	[0,02;0,40]	0,05

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

TheKingsFund>

Topics ▾ Publications Blog

Home > Publications >

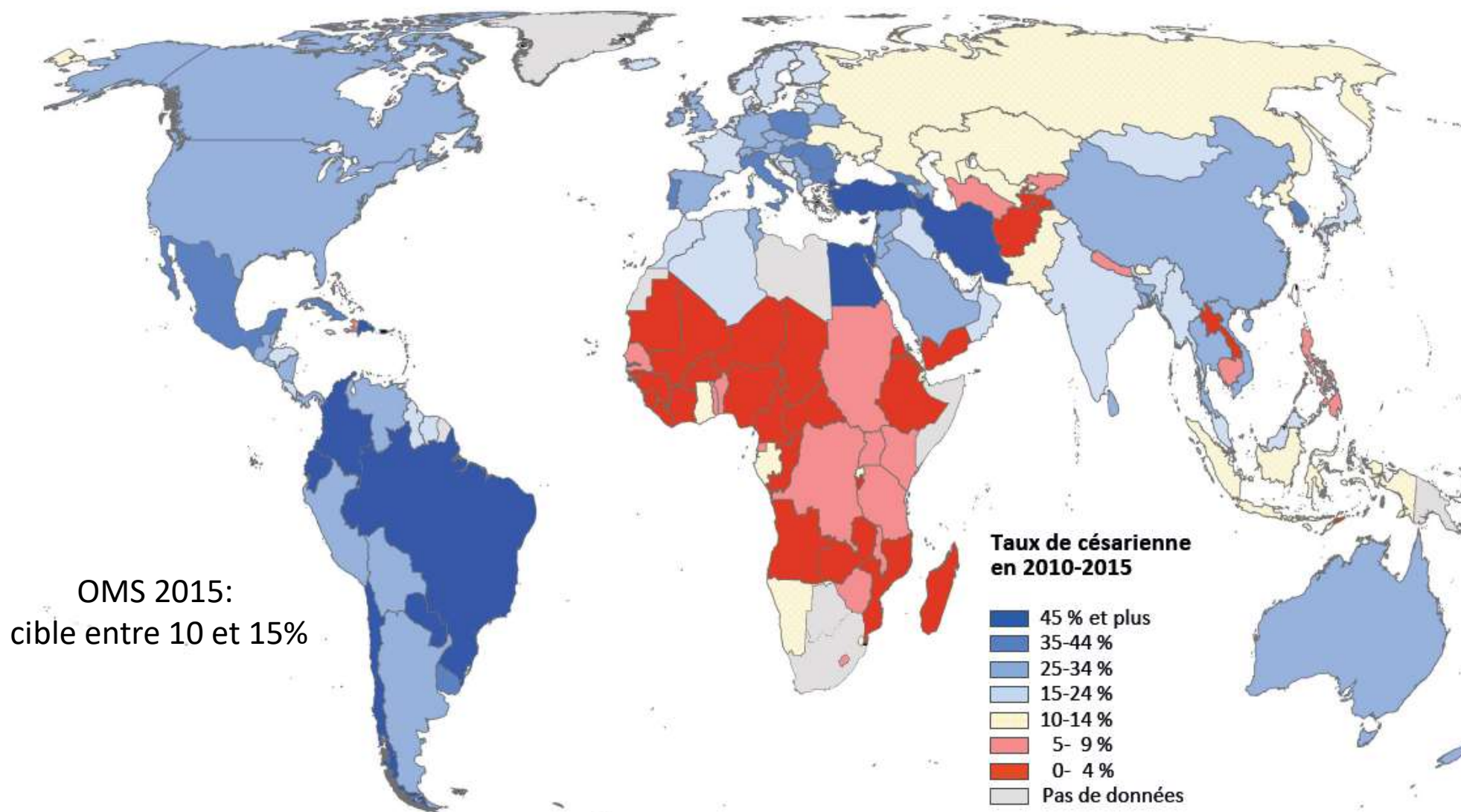
Variations in health care: The good, the bad and the inexplicable

Supplement

Health care variation: time to act

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

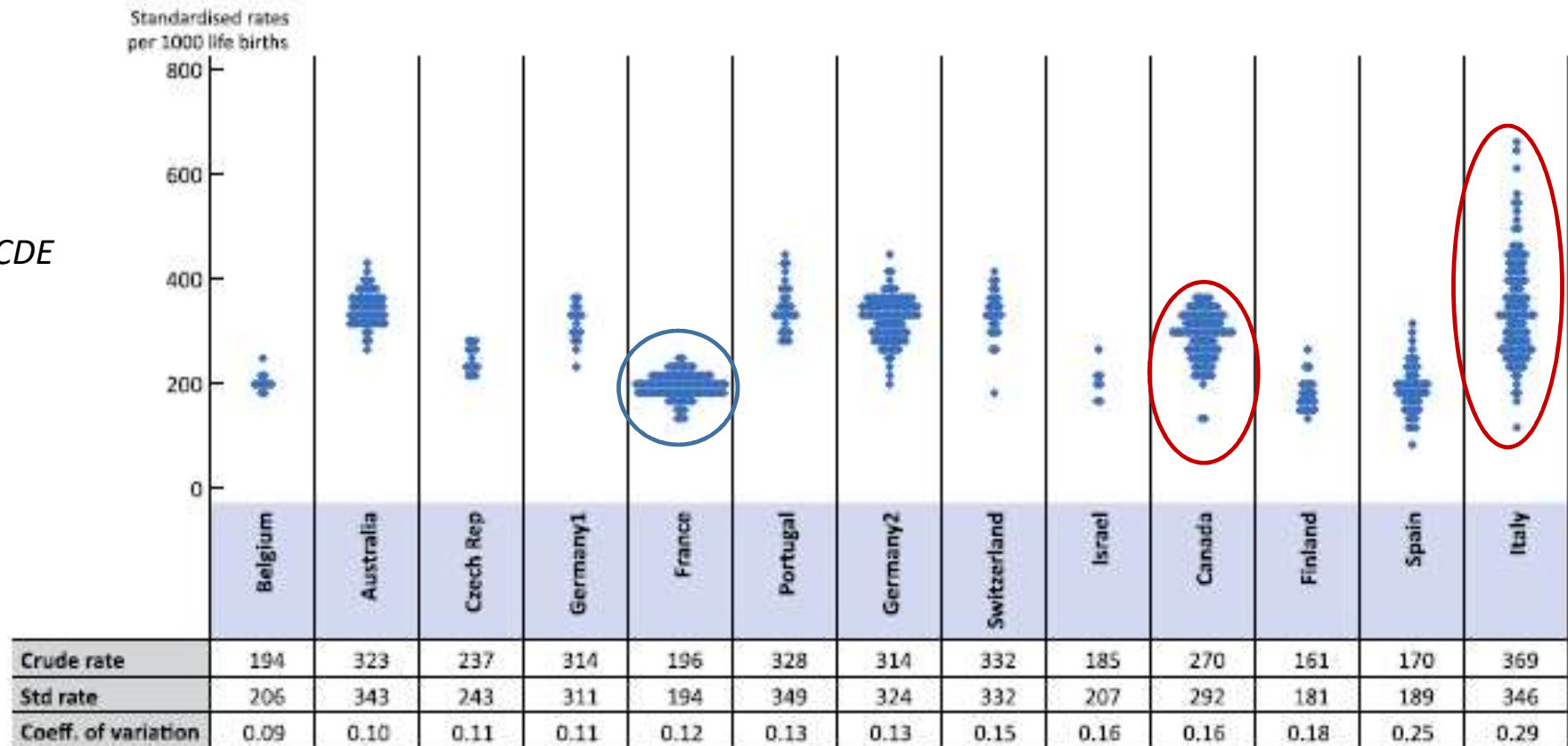
Figure. Variations du taux de césarienne dans le monde (2010-2015)



OMS 2015:
cible entre 10 et 15%

Tout autant que la moyenne, la dispersion compte
Figure 3. Caesarean section rate across and within selected OECD countries, 2011 or latest year

données OCDE



Le resserrement de cette variation au sein d'un pays traduit l'efficacité de la politique d'opportunité des soins

Variations du taux de recours à une césarienne programmée à terme par bassin de santé *données scan santé - ATIH*

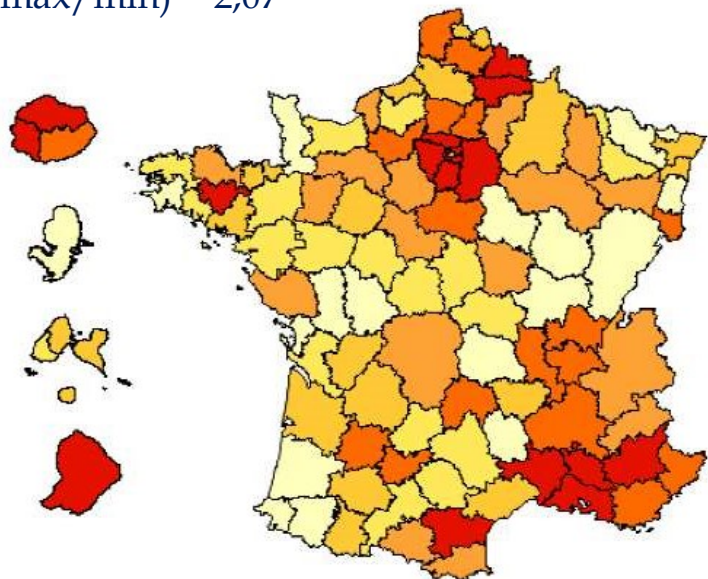
Taux de recours MCO par Territoire de Santé - séjours 2013/pop. 2011 - Standardisé

Activités ciblées - pertinence des soins - 01 - Césariennes

Taux de recours national : 8,03

$R(\max/\min) = 2,07$

Taux de recours en Nombre de séjours /1000 hab.



Taux de recours MCO par Territoire de Santé - séjours 2017/pop. 2015 - Standardisé

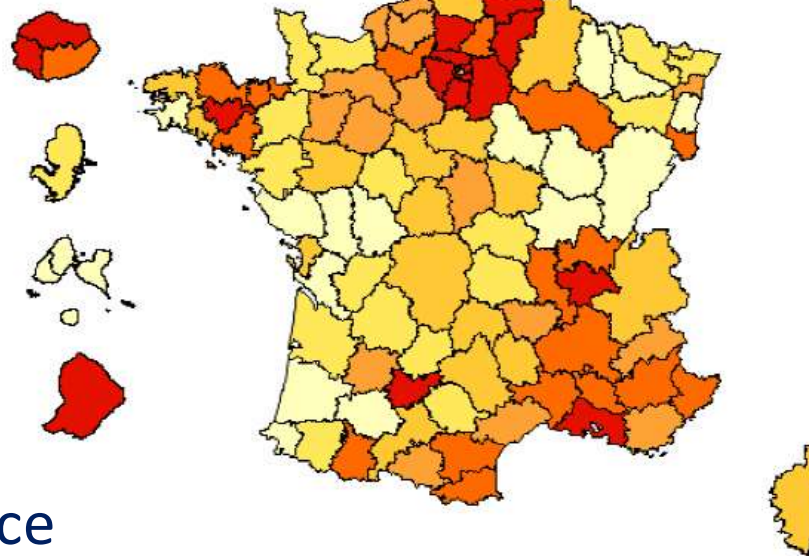
Activités ciblées - pertinence des soins - 01 - Césariennes

Taux de recours national : 7,48

Taux de recours en Nombre de séjours /1000 hab.



$R(\max/\min) = 3,06$



des variations de pratiques
constantes dans le temps et
relativement stables dans l'espace

Les facteurs d'inopportunité

- Économiques: l'offre de soins, la rémunération à l'acte
- Professionnels: surestimation de la sécurité et l'efficacité des actes par ceux les pratiquant, pratiques non actualisées
- 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*
 - Absence de formation professionnelle continue organisée
- Liés aux patients: demande, reste à charge,...

Agir sur l'inopportunité

- Réduire l'incitation financière par une moindre rémunération de l'acte, *ce qui répond pas à la question de la nécessité*
- Formation continue
- Revue de pertinence : audit, revues de dossier par les pairs
- Aide à la décision
 - Consensus formalisé d'experts – RAND Appropriateness Method
 - Choisir avec soins « *choosing wisely* »



Diapositive 12

LG1

Laurent GERBAUD; 14/12/2020

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



Choisir avec soin est organisé par :



St. Michael's
Inspired Care.
Inspiring Science.

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale **Choosing Wisely Canada**. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé.

Obstétrique et gynécologie

Les douze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Dernière mise à jour : septembre 2020

assez proche des Référence Médicales Opposables

Comment la liste a été établie

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a formé un petit groupe de travail pour superviser le processus de rédaction de cette liste pour la campagne Choisir avec soin. Une liste initiale de recommandations a été compilée à partir de toutes les lignes directrices publiées par la SOGC. La liste a été révisée par le comité pour la campagne Choisir avec soin, qui a formulé ses commentaires et donné son avis. Une longue liste a donc été dressée à partir de quatre sources : Lignes directrices de la SOGC, recommandations Choosing Wisely publiées par des sociétés américaines (notamment l'American College of Obstetricians), recommandations de la campagne Choisir avec soin au Canada relativement aux questions d'obstétrique et de gynécologie et autres propositions des membres de la SOGC. La liste révisée a été distribuée à tous les membres du comité pour la pratique clinique – obstétrique et gynécologie, puis a de nouveau été révisée par le conseil d'administration. Une liste de 24 recommandations (classées par spécialité : obstétricales, gynécologiques et générales) a été générée et distribuée à l'ensemble des membres de la SOGC pour dresser la liste finale.

<p>1 Évitez l'épisiotomie de routine lors d'un accouchement naturel par voie vaginale.</p>	<p>7 Ne dépister pas le cancer de l'ovaire chez les femmes asymptomatiques sans risque particulier. ▼</p>
<p>2 Ne faites pas de surveillance fœtale électronique chez les femmes à faible risque qui sont en travail; utilisez plutôt l'auscultation intermittente.</p>	<p>8 Ne proposez pas l'hystérectomie à des femmes présentant des fibromes asymptomatiques en invoquant un risque de cancer. ▼</p>
<p>3 N'effectuez pas à une analyse urinaire de routine (protéines, glucose) à chaque visite prénatale (chez les femmes normotendues à faible risque).</p>	<p>9 Ne faites pas d'intervention chirurgicale, comme une ablation de l'endomètre, pour des saignements utérins anormaux, tant qu'une prise en charge médicale (y compris avec un dispositif intra-utérin au lévonorgestrel) n'a pas été offerte, refusée ou prouvée inefficace. ▼</p>
<p>4 N'utilisez pas le Doppler de l'artère ombilicale en dépistage de routine, dans les situations de grossesses non compliquées avec croissance fœtale normale.</p>	<p>10 Évitez l'ablation des ovaires chez les femmes préménopausées à moins qu'elle soit fortement indiquée sur le plan clinique. ▼</p>
<p>5 Ne faites pas de test de Pap de routine chez les femmes de moins de 21 ans et celles de plus de 69 ans.</p>	<p>11 Ne pratiquez pas de césarienne si la seule indication est un arrêt de progression du travail à la phase de latence d'une grossesse monofoetale avec bébé en présentation céphalique. ▼</p>
<p>6 Ne prescrivez pas d'emblée la mesure des taux hormonaux d'œstradiol, de progestérone, de folliculostimuline et d'hormone lutéinisante chez les femmes postménopausées ou après une hystérectomie, afin de confirmer la survenue de la ménopause ou gérer l'hormonothérapie.</p>	<p>12 N'utilisez pas de corticothérapie prénatale à moins que les critères d'âge gestationnel soient respectés et que le risque d'accouchement dans les sept jours à venir soit très élevé. ▼</p>

1 Évitez l'épisiotomie de routine lors d'un accouchement naturel par voie vaginale.

Il a été démontré que l'épisiotomie de routine provoque plus de mal que de bien. Des études montrent, en effet, que la mise en place de règlements qui freinent le recours à l'épisiotomie est associée à une diminution des traumatismes périnéaux postérieur et à une réduction des points de sutures et des complications; de tels règlements ne changent pas la majorité des indices de douleur ou de traumatismes vaginaux ou périnéaux graves. Lorsque l'accouchement est entravé par un problème périnéal, en particulier lorsque la fréquence cardiaque fœtale est anormale, l'épisiotomie peut faciliter la naissance par voie vaginale.

Sources :

Carroli G, et coll. Episiotomy for vaginal birth. Base de données des révisions systématiques Cochrane. 2000; vol. 2 : CD000081. [PMID : 10796120](#).

Lee L, et coll. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. J Obstet Gynaecol Can. Sept. 2016; vol. 38, n° 9 : p. 843-865. [PMID : 27670710](#).



2 Ne faites pas de surveillance fœtale électronique chez les femmes à faible risque qui sont en travail; utilisez plutôt l'auscultation intermittente.

La surveillance fœtale électronique continue (SFÉC) est associée à des taux significativement plus élevés de césariennes et d'accouchements vaginaux instrumentés chez les patientes à faible risque comparativement à l'auscultation intermittente. L'auscultation intermittente n'entraîne aucune différence significative dans le nombre de décès néonataux durant le travail et le post-partum immédiat, ni de différence dans le taux de paralysie cérébrale, d'acidose du sang du cordon ou d'utilisation d'analgésiques chez les patientes à faible risque. Par ailleurs, la SFÉC restreint les mouvements de la patientes et le choix de positions; elle exclut l'option de naissance dans l'eau et requiert plus de ressources pour interpréter, de façon continue, les tracés de fréquence cardiaque fœtale. La SFÉC chez les patientes à faible risque accroît donc le risque d'interventions et réduit les choix sans offrir d'avantages significatifs, ni améliorer les résultats néonataux.

Sources :

Alfirevic Z, et coll. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 3 févr. 2017; vol. 2 : CD006066. [PMID : 28157275](#).

Leveno KJ, et coll. A Prospective Comparison of Selective and Universal EFM in 34,995 Pregnancies. N Engl J Med. Le 4 sept. 1986; vol. 315, n° 10 : p. 615-619. [PMID : 3736600](#).

Liston R, et coll. [Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline: Fetal Health Surveillance in Labour](#). J Obstet Gynaecol Can. Sept. 2007; vol. 29, n° 9 : p. S27. [En ligne]. Consulté le 29 mai 2017.

Mires G, et coll. Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. BMJ. Le 16 juin 2001; vol. 322, n° 7300 : p. 1457-1460; discussion, p. 1460-1462. [PMID : 11408301](#).

3 N'effectuez pas à une analyse urinaire de routine (protéines, glucose) à chaque visite prénatale (chez les femmes normotendues à faible risque). ▲

L'analyse urinaire de routine (protéines et glucose) n'est pas recommandée dans les grossesses à faible risque. Chez les femmes enceintes en bonne santé, l'analyse urinaire de routine pour vérifier le risque de diabète gestationnel n'est pas recommandée en raison de sa faible sensibilité. L'analyse urinaire avec ou sans bandelettes dans le but de doser l'albumine est peu fiable pour l'évaluation du risque de prééclampsie chez les femmes enceintes. Ne vous fiez pas à l'apparition de protéinurie pour dépister l'hypertension gestationnelle; vérifiez plutôt, périodiquement, la tension artérielle.

Sources :

Akkerman D, et coll. Routine prenatal care. Juill. 2012. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICS). [En ligne]. Consulté le 29 mai 2017.

Atacag T, et coll. Asymptomatic bacteriuria screened by catheterized samples at pregnancy term in women undergoing cesarean delivery. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015; vol. 42, n° 5 : p. 590-594. [PMID : 26524804](#).

Committee on Obstetric Practice, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 692: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol. Avril 2017; vol. 129, n° 4 : p. e90-e95. [PMID : 28333820](#).

National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in pregnancy: Management from preconception to the postnatal period. Févr. 2015. [En ligne]. Consulté le 29 mai 2017.

Sperling JD, et al. Screening for Preeclampsia and the USPSTF Recommendations. JAMA. Avril 2017; vol. 317, n° 16 : p. 1629-1630. [PMID : 28444259](#).

US Preventive Services Task Force, et al. Screening for Preeclampsia: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. Avril 2017; vol. 317, n° 16 : p. 1661-1667. [PMID : 28444286](#).

4 N'utilisez pas le Doppler de l'artère ombilicale en dépistage de routine, dans les situations de grossesses non compliquées avec croissance fœtale normale.

L'intégrité placentaire et plus spécifiquement la résistance vasculaire peuvent être évaluées en mesurant le débit des artères ombilicales par échographie Doppler. Lorsqu'on utilise cette technique dans les grossesses à risque élevé, le taux de mortalité périnatale est diminué et des interventions appropriées peuvent être mises en oeuvre ou retardées. Dans ce contexte, le « risque élevé » réfère à un retard de croissance intra-utérine ou à une hypertension maternelle. Lorsque le Doppler est utilisé dans des grossesses à faible risque, on ne note aucune amélioration sur la santé maternelle ou foetale et les tests anormaux sont plus susceptibles d'être de faux positifs.

Sources :

Alfirevic Z, et coll. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. Base de données des révisions Cochrane. Le 12 nov. 2013; vol. 11 : CD007529. [PMID : 24222334](#).

Alfirevic Z, et coll. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 15 avril 2015; vol. 4 : CD0014550. [PMID : 25874722](#).

11

Ne pratiquez pas de césarienne si la seule indication est un arrêt de progression du travail à la phase de latence d'une grossesse monofoetale avec bébé en présentation céphalique.

En cas d'arrêt de progression du travail chez une femme dilatée à moins de 4 cm, une prise en charge non interventionniste est possible avec analgésie et repos au besoin. Ces femmes obtiennent en général de bons résultats et peuvent souvent accoucher par voie vaginale sans autres complications, à l'instar des cas sans prolongation de la phase de latence du travail. Selon les directives cliniques de la SOGC sur la gestion du travail : « La dystocie ne peut pas être diagnostiquée avant le début du travail ou pendant la phase latente; il est inapproprié de recourir à la césarienne à ce moment. » On peut procéder à une réévaluation du cas à la fin de la phase de latence; la transition à une phase active facilite le diagnostic rétrospectif. Une description des courbes des valeurs du travail donne à penser que la fin de la phase de latence serait à 6 cm, plutôt qu'à 4 cm, et que la progression dans son ensemble est plus lente que décrite à l'origine. Les unités obstétriques doivent définir l'entrée dans la phase active au premier stade du travail. Quelle que soit la définition adoptée, une intervention pour une dystocie présumée est inopportune à la phase de latence. Les femmes devraient avoir la chance de progresser dans le travail – ce que beaucoup feront en temps donné –, d'accoucher par voie vaginale et d'éviter une césarienne.

Sources :

American College of Obstetricians and Gynecologists. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; vol. 210, n° 3 : p. 179-193. PMID : 24565430.

Boyle, A., Reddy, U. M., Landy, H. J. et coll. Primary Cesarean Delivery in the United States. *Obstet Gynecol.* 2013; vol. 122 : p. 33-40.

Friedman, E. A. (1978). *Labour: clinical evaluation and management*. 2^e édition. New York : Appleton Century Croft.

Lee, L., Dy, J., Azzam, H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016; vol. 38, n° 9 : p. 843-865. PMID : 27670710.

Zhang, J., Troendle, J. F., Yancey, M. K. Reassessing the labour curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; vol. 187, n° 4 : p. 824-828. PMID : 12388957.

12

N'utilisez pas de corticothérapie prénatale à moins que les critères d'âge gestationnel soient respectés et que le risque d'accouchement dans les sept jours à venir soit très élevé.

Lorsqu'on envisage l'utilisation d'une corticothérapie prénatale chez une femme enceinte, il faut accorder une attention particulière à la probabilité d'accouchement prématuré et à l'âge gestationnel. L'efficacité de ce traitement est maximale lorsqu'il est administré de 24 heures à sept jours avant l'accouchement. Son administration plus de sept jours avant l'accouchement en réduit les avantages et peut donner lieu à des effets indésirables non nécessaires. Des essais menés sur des femmes enceintes de 24+0 à 34+6 semaines présentant un risque élevé d'accouchement prématuré ont montré que la corticothérapie prénatale réduisait de façon significative le décès périnatal, le syndrome de détresse respiratoire et l'hémorragie intraventriculaire chez les nouveau-nés prématurés. Des données tirées d'études de cohorte ont fait état d'une réduction significative de la mortalité périnatale des nouveau-nés exposés à une corticothérapie prénatale avant 24 semaines. Les femmes enceintes de 22+0 à 23+6 semaines présentant un risque élevé d'accouchement prématuré dans les sept jours devraient se voir offrir une consultation multidisciplinaire sur la probabilité accrue de mortalité périnatale, de morbidité périnatale grave et de morbidité maternelle associée. Il faudrait administrer des stéroïdes si des soins intensifs au bébé sont prévus.

Sources :

Asztalos, E., Willan, A., Murphy, K. et coll. Association between gestational age at birth, antenatal corticosteroids, and outcomes at 5 years: multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth study at 5 years of age (MACS-5). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; vol. 14 : p. 272. PMID : 25123162.

Roberts, D., Dalziel, S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Base de données des révisions systématiques Cochrane. 2006; n° 3 : article CD004454. PMID : 16856047.

Skoll, A., Boutin, A., Bujold, E., Burrows, J., Crane, J., Geary, M., Jain, V., Lacaze-Masmonteil, T., Liauw, J., Mundle, W., Murphy, K., Wong, S., Joseph, K. S. No. 364-Antenatal Corticosteroid Therapy for Improving Neonatal Outcomes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018; vol. 40, n° 9 : p. 1219-1239. PMID : 30268316.