

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Septième partie

Audipog



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Indicateurs pertinents en maternité : avis des cliniciens français (évaluation CNGOF)

C. CRENN HÉBERT ^{1, 2, 3 *}, R. BOULKEDID ⁴, M.J. D'ALCHÉ-GAUTIER ⁵,
P. THIBON ^{5, 6}, S. DAVID-TCHOUDA ⁷, J. FRESSON ^{8, 9},
L. GERBAUD ^{10a}, F. VENDITTELLI ^{2, 10b, 11, 12}
(Colombes, Lyon, Paris, Caen, Grenoble, Nancy, Clermont-Ferrand)

- 1 - APHP - HUPNVS - Hôpital Louis Mourier - Service de gynécologie-obstétrique - 178 rue des Renouillers - 92700 Colombes
- 2 - AUDIPOG (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie) - Faculté de médecine RTH Laennec - 69000 Lyon
- 3 - Périnat-ARS-Ile-de-France - Paris
- 4 - APHP - Hôpital Robert Debré - Unité d'épidémiologie clinique - 48 boulevard Sérurier - 75019 Paris
- 5 - CHU de Caen - Unité d'évaluation médicale - Service de santé publique - CHU de Caen - Service de santé publique - Avenue de la Côte de Nacre - 14033 Caen
- 6 - Réseau de santé en périnatalité de Basse-Normandie - 14000 Caen
- 7 - CHU de Grenoble - Unité d'évaluation médicale - Département de veille sanitaire - Boulevard de la Chantourne - 38700 La Tronche - 38043 Grenoble cedex 09
- 8 - CHU de Nancy - Maternité et département d'information médicale - 29 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 54000 Nancy
- 9 - Réseau périnatal lorrain - 54000 Nancy
- 10 - CHU de Clermont-Ferrand - 1 place Lucie et Raymond Aubrac - 63003 Clermont-Ferrand cedex 1
 - a - Service de santé publique
 - b - Pôle de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction
- 11 - Université de Clermont - Université d'Auvergne - EA 4681 - PEPRADE (Périnatalité, grossesse, Environnement, PRActiques médicales et DÉveloppement) - 63000 Clermont-Ferrand
- 12 - Réseau de santé périnatale d'Auvergne - CHU de Clermont-Ferrand - 63000 Clermont-Ferrand

* Correspondance : catherine.crenn-hebert@lmr.aphp.fr

Résumé

Le but de cette étude est de présenter la première étape de sélection d'indicateurs de qualité des pratiques professionnelles, pertinents selon l'avis des obstétriciens et des sages-femmes français.

La méthode - À la demande du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), promoteur de la démarche, un consensus formalisé selon la méthode DELPHI est prévu. Cette méthode est brièvement exposée.

La première étape repose sur une revue de la littérature et la sélection d'indicateurs pour élaborer le questionnaire de l'enquête DELPHI sur les thèmes du périnée, du mode d'accouchement, de l'analgésie-anesthésie, de la morbi-mortalité maternelle et périnatale.

Les résultats sont illustrés par l'exemple du thème « césarienne » où sont présentés les indicateurs identifiés dans la littérature.

En conclusion, les indicateurs proposés dans le questionnaire ont été choisis parmi ceux qui pouvaient être renseignés dans le registre d'accouchement. Ceux qui seront retenus à l'issue du consensus formalisé feront partie des indicateurs dont le suivi sera généralisé. Cette démarche est un préalable à la rédaction d'une directive qualité sur le contenu des registres d'accouchement.

Mots clés : indicateur de qualité des soins, registre d'accouchement, consensus professionnel, méthode DELPHI

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Ce travail est entrepris à la demande du CNGOF qui est le promoteur de la démarche, avec le soutien logistique de l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG), afin d'établir une liste d'indicateurs qualité en maternité.

I. PROBLÉMATIQUE

Un premier constat est l'impact limité des recommandations de pratiques cliniques (RPC) dans l'aide à la décision des cliniciens pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [1].

Un deuxième constat concerne la difficulté pour les cliniciens d'ajuster leurs pratiques sur des indicateurs recueillis en routine, faute de système d'information accessible et maîtrisé suffisamment représentatif à leur échelle de la décision médicale pertinente. En effet, les textes des référentiels nationaux de bonnes pratiques comportent en conclusion une phrase sur la nécessité d'évaluer les pratiques mises en place mais sans toujours fournir les indicateurs adaptés ni leur mode d'emploi, à l'exception de la RPC sur l'épisiotomie qui comportait une cible avec le taux maximum d'épisiotomies en cas de voie basse [2].

Les professionnels peuvent avoir l'impression de « subir » une évaluation la plupart du temps « externe ». Cette évaluation va être réalisée au niveau des établissements pour la certification par la Haute Autorité de santé (HAS) avec les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Ipaqss) [3].

Le recueil d'indicateurs peut être utilisé pour la contractualisation avec les tutelles, agences régionales de santé (ARS) pour les autorisations ou les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui définissent des objectifs en matière de qualité et sécurité des soins (ainsi que des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses), d'évolution et d'amélioration des pratiques. Les objectifs sont établis à partir d'indicateurs de performance, de prise en charge des patientes et d'adaptation aux évolutions du système de santé. Par exemple, l'analyse des césariennes programmées à terme est une démarche d'optimisation de la pertinence du parcours de santé des patientes [4].

La contractualisation peut concerner les assurances, par exemple avec le programme Gynerisq [5]. L'évaluation peut se faire au niveau des réseaux périnataux soit pour la contractualisation avec les ARS, ou lors de démarches d'auto-évaluation [6]. La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles au sein des réseaux est reconnue depuis leur création et celle d'auto-évaluation est assez ancienne avec une réflexion émanant des quatre sociétés savantes concernées par la périnatalité, l'AUDIPOG, le CNGOF, la Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes (FNP), et la Société française de médecine périnatale (SFMP) [7].

On s'aperçoit cependant que même les indicateurs développés par et en direction des professionnels, accessibles sur le site de l'AUDIPOG, dans un but d'auto-évaluation, sont a priori sous-utilisés par les professionnels eu égard à leur potentiel [8].

Nous sommes dans un contexte de demande de transparence du système de santé vis-à-vis de ses usagers, qui est inscrite dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) [9] et qui est sollicitée par le grand public (*Palmarès des hôpitaux ou Guides des maternités*). Cette demande participe à la recherche d'amélioration continue de la qualité du système de soins où la diffusion d'indicateurs est supposée améliorer l'efficacité et l'efficacéité du système de soins, à condition que les résultats de ces indicateurs soient compris [10].

Ces constats ont conduit le CNGOF à engager une réflexion sur l'avis des cliniciens français au sujet de la pertinence des indicateurs en maternité. La première étape de cette réflexion s'est appuyée sur une revue de la littérature, assez abondante sur le sujet pour lequel les collègues professionnels d'autres pays occidentaux ont récemment mis à jour des listes d'indicateurs. Cette étude a été menée au préalable à une enquête de consensus par la méthode DELPHI auprès de professionnels de la périnatalité en exercice sur le terrain, en vue de déterminer quels indicateurs auront un sens pour eux, dans l'objectif d'une meilleure appropriation et donc avec impact sur la qualité de leurs pratiques. Cette réflexion devrait aboutir à la production d'un référentiel qualité sur le suivi de ces indicateurs et sur la tenue du registre d'accouchement.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A- Promoteur : pilotage par le CNGOF.

B- Définition du type d'indicateur

Les indicateurs recherchés sont des indicateurs de qualité des soins. Selon la HAS [10], la définition retenue est celle d'un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un évènement qui permet d'estimer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace. Cet indicateur doit pouvoir objectiver un potentiel d'amélioration, soit en raison d'un écart par rapport à un objectif cible, soit en raison d'une variabilité importante entre établissements.

C- Méthodes retenues : décrites par la HAS pour l'élaboration de recommandations de bonne pratique par consensus formalisé [11]

Les méthodes de consensus sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir le degré d'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés. La méthode DELPHI est la méthode historique : « La méthode de Delphes peut être caractérisée comme une méthode pour structurer un procédé de communication de groupe de sorte que le processus soit efficace en permettant à un groupe d'individus, dans l'ensemble, de traiter un problème complexe ».

Elle comporte :

1- Création d'un groupe projet :

- Choix des participants.
- Rôles du groupe projet :
 - première sélection des indicateurs : revue de la littérature ;
 - élaboration d'un questionnaire pour l'enquête DELPHI ;
 - définition des modalités de diffusion du questionnaire.
- Élaboration du masque de saisie en ligne : support technique par Audipog.
- Avis d'un comité d'éthique et avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

2- Création du groupe de cotation

- Le groupe de cotation sera constitué de professionnels de l'obstétrique en exercice, sollicités à partir des listes d'adhérents du CNGOF et du Collège national des sages-femmes (CNSF).

- Rôle du groupe de cotation : sélection des indicateurs à partir du questionnaire selon 2 tours.

3- Création d'un groupe de lecture

- Rôles du groupe de lecture :
 - analyse statistique des réponses du groupe de cotation : coordonné par le service de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand ;
 - constitution du référentiel d'indicateurs retenus (définition, outils de recueil et/ou sources des données) ;
 - rédaction initiale de la directive qualité du CNGOF sur le contenu attendu dans un registre d'accouchements.

III. RÉSULTATS

Nous rapporterons dans cette étude les résultats des premières étapes de la démarche réalisée par le groupe projet.

III.1. Groupe projet

Les neuf participants sont des professionnels de l'obstétrique ou de la néonatalogie, de l'épidémiologie ou de la qualité ayant tous en commun d'avoir déjà travaillé personnellement sur les indicateurs en maternité [12-19].

III.2. Définition du type d'indicateurs

L'objectif a priori retenu au départ était plutôt de permettre aux professionnels un suivi dans le temps de leurs programmes d'amélioration de la qualité des soins ou d'évaluer leurs pratiques professionnelles en interne.

Mais il a été décidé de ne pas influencer les professionnels par une définition préalable 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.

Les indicateurs à présélectionner seront des critères qui doivent pouvoir être mesurés prioritairement en péri-partum immédiat, à partir du dossier médical, en salle de travail.

IV. POSITION DU TRAVAIL PAR RAPPORT À DEUX EXEMPLES DE DÉMARCHE EN COURS SUR LES INDICATEURS QUALITÉ EN FRANCE

IV.1. La démarche MATICUS

Il s'agit d'une étude multicentrique randomisée en *cluster* à début différé. Son objectif principal est d'évaluer l'impact de la mise en place d'un tableau de bord type « CUSUM » (méthode de contrôle qualité qui permet de suivre en continu des indicateurs qualité) sur la qualité des soins et l'organisation des maternités.

Dix maternités participent à ce projet qui s'organise en plusieurs étapes :

- une enquête DELPHI a permis de sélectionner une liste d'indicateurs qui seront suivis en routine ;
- établissement des normes pour l'utilisation de la méthode « CUSUM » : ces seuils sont définis par le taux acceptable et inacceptable. Un deuxième questionnaire a été envoyé aux praticiens des centres participants pour établir des normes pour chaque indicateur sélectionné [14-16] ;
- évaluation de l'impact du suivi des indicateurs de qualité par la méthode CUSUM : un recueil mensuel des données pour la construction des indicateurs de qualité se fait au niveau de chaque maternité. Deux groupes de maternité sont constitués. Le CUSUM est mis en place dans chaque centre. Le premier groupe recevra les résultats de suivi des indicateurs après 6 mois de recueil des données et le deuxième groupe après 1 an de recueil. Les maternités qui recevront les résultats de suivi des indicateurs pourront observer le comportement de ces derniers (augmentation des taux, etc.), discuter les causes d'alertes signalées par le CUSUM et mettre en place des actions spécifiques à chaque alerte.

Cette démarche est suivie d'une recherche similaire concernant les urgences gynécologiques (étude URGO).

IV.2. Indicateurs de la Fédération française des réseaux de santé périnatale (FFRSP)

Le référentiel d'évaluation publié en 2001 par les quatre sociétés savantes françaises impliquées dans la périnatalité était destiné aux réseaux de périnatalité avec l'objectif de mesurer l'impact de la régionalisation à la suite des décrets de 1998 sur la sécurité de la naissance. Il avait été élaboré en fournissant les critères de mesures permettant de répondre à une série structurée de questions, en précisant les indicateurs choisis avec la source des données [7]. Un nouveau corpus plus restreint d'indicateurs communs a été élaboré au sein de la Fédération française des réseaux de santé périnatale (FFRSP) en 2013, avec l'objectif d'harmoniser les définitions et de pouvoir comparer les résultats entre réseaux ; les données 2012 ont concerné 13 indicateurs recueillis pour 25 des 43 réseaux de périnatalité en France.

IV.3. Revue de littérature sur la méthode DELPHI

Une liste de 10 articles de méthodologie sur la méthode DELPHI a été sélectionnée. Le choix de suivre la méthode proposée par la HAS a été confirmé [11]. Une méthode DELPHI sera utilisée via un site web afin que l'opinion de leaders éventuels ne puisse influencer les réponses du groupe de cliniciens. Le principe de cette méthode est que des prévisions réalisées par un groupe d'experts structurés sont généralement plus fiables que celles faites par des groupes non structurés ou des individus.

La méthode se compose d'une série d'interrogations répétées, habituellement au moyen de questionnaires, auprès d'un groupe d'individus considérés comme experts dans leur domaine dont on veut connaître les avis ou les jugements. Après l'interrogation initiale de chaque individu, chaque interrogation suivante est accompagnée de l'information concernant les réponses du tour précédent. L'individu est ainsi encouragé à reconsidérer et, si approprié, à changer sa réponse précédente à la lumière des réponses des autres membres du groupe. La méthode se définit par trois caractéristiques principales : l'anonymat, la rétroaction et la réponse statistique. L'interaction de groupe est anonyme, dans le sens où les commentaires, les prévisions sont présentés au groupe de façon à supprimer toute identification.

La règle de cotation de 1 (totalement inapproprié) à 9 (totalement approprié) a été retenue pour le recueil des opinions des professionnels interrogés [20].

IV.4. Revue de la littérature sur les indicateurs qualité en obstétrique

Une identification préalable de 318 articles a été réalisée par le chef de projet à partir d'une interrogation de la base de données Pubmed avec les mots clefs suivants : « Quality indicators » et « Obstetrics », de 2003 à 2013, articles en français ou anglais.

Cette liste a été complétée par les articles relevés par les membres du groupe projet et les rapports retrouvés au sein de sociétés savantes étrangères (Collèges de gynécologie-obstétrique américain, anglais, australiens, danois), de groupes de maternités (britanniques, californiennes, canadiennes, suédoises) ou d'institutions étrangères (Organisation mondiale de la santé (OMS), Union européenne, etc.) ou françaises.

Les références et les textes de 80 articles ont été mis en commun pour le travail après présélection de la pertinence pour le sujet et contrôle du niveau de preuves.

Les membres du groupe projet se sont réparti la sélection des indicateurs selon 5 grands thèmes principaux (résultats sur l'état de santé ou les pratiques) à l'instar du travail du *Royal College* anglais [21] : le périnée, la césarienne, l'analgésie-anesthésie maternelle, la morbi-mortalité maternelle et périnatale.

Les critères pour retenir les indicateurs potentiels ont été les suivants :

- indicateur faisant l'objet d'au moins une publication avec bon niveau de preuve ;
- les qualités métrologiques de fiabilité et validité étaient confirmées [10] en répondant aux questions sur « ce qui fait un bon indicateur » d'après le *Royal College* anglais [21] :
 - est-ce que c'est un indicateur valable : des différences concernant cet indicateur reflètent la qualité des soins ;
 - quelle est sa puissance statistique : quel est le nombre moyen de patients dans un service qui seront concernés par la pratique ou le résultat décrits ;
 - est-ce un indicateur équitable : un ajustement est possible pour réduire l'impact des différences de recrutement sur le jugement ;
 - existe-t-il un codage adéquat de l'indicateur et des autres informations cliniques nécessaires : est-ce que la population concernée, ses caractéristiques pour l'ajustement, et la pratique ou le résultat décrits par l'indicateur, seront descriptibles de façon non ambiguë ;

- un critère supplémentaire est repris en 2013 qui consiste en la capacité d'« induire une action » au vu des résultats de l'indicateur, ce dernier permettant de suivre les actions correctrices [22-23].

Pour chaque thème, la définition de l'indicateur choisi, la référence bibliographique avec la méthode utilisée et le pays, le numérateur et le dénominateur étaient précisés.

Des critères décrivant la population étudiée comme la parité, le type de grossesse unique ou multiple, l'antécédent de cicatrice utérine, le mode d'accouchement par voie basse avec extraction instrumentale, le terme d'accouchement, le poids de naissance ont été relevés pour ajuster les mesures de l'indicateur en fonction de la population.

Un exemple de l'identification des indicateurs du thème césarienne est présenté dans le tableau I.

Tableau I - Indicateurs concernant les césariennes

Indicateur (définition)	Références (méthode - pays)	Numérateur	Dénominateur
- Taux global de césariennes - Taux de césariennes chez les nullipares (⇨ primipare) - Césariennes sur utérus cicatriciel	- Venditelli <i>et al.</i> RESP 2012 - Venditelli <i>et al.</i> GYOFE 2008 (indicateurs Audipog - France)	Césariennes Césariennes nullipares Césariennes utérus cicatriciel	Nombre total d'accouchements Nb accouchements/nullipares Nb accouchements/utérus cicatriciel
- Césarienne avant travail - Césarienne pendant travail	- Manelle <i>et al.</i> JGOBR 2001 (groupe d'experts) - Boukédid <i>et al.</i> PlosOne 2013 (méthode Delphi - France)	Césariennes avant/pendant travail	Nombre total d'accouchements
- Césariennes programmées avant 39 SA sans indication clinique	- Royal College UK - 2011-12 - (experts - UK)	Césariennes programmées sans indication < 39 SA	Nb d'accouchements < 39 SA
- Accouchement voie basse chez les 2 ^e pare après 1 ^{er} accouchement par césarienne (VBAC : vaginal birth after caesarean section) (Accouchement par VB chez les femmes ayant eu un premier accouchement par césarienne (et pas d'autre accouchement VB))	- Royal Australian and NZ College of Obs and Gyn (RANZCOG) 2013 (experts - Australie et NZ) - Perlell. J Qual Clin Practice 1997 (experts - Australie) - Hale, JAMA 1994 (éditorial - USA)	Nb de femmes 2 ^e pare accouchant par VB avec césarienne lors du 1 ^{er} accouchement >= 20 SA	Ensemble des femmes 2 ^e pare avec césarienne lors du 1 ^{er} accouchement >= 20 SA
- Anesthésie générale pour césarienne (programmée/en urgence)	- Royal Australian and NZ College of Obs and Gyn (RANZCOG) 2013 (experts - Australie et NZ) - Simms <i>et al.</i> EJOGRB 2013 (groupe d'experts, questionnaire, interviews...)	Nb de césariennes réalisées sous AG	Nb total de césariennes programmées Nb total de césariennes en urgence
- Antibio prophylaxie pour césarienne	- Royal Australian and NZ College of Obs and Gyn (RANZCOG) 2013 (experts - Australie et NZ) - Bonfill <i>et al.</i> Implementation science 2013 (revue littérature)	Nb d'antibio prophylaxies conformes pour césariennes (programmées et en urgence)	Nb total de césariennes
- Prophylaxie de la thrombose veineuse avant césarienne programmée / en urgence	- Royal Australian and NZ College of Obs and Gyn (RANZCOG) 2013 (experts - Australie et NZ) - Gilbert <i>et al.</i> J qual patient safety 2013 (experts - USA)	Nb de femmes avec césariennes programmées / en urgence recevant une prophylaxie conforme de la thrombose veineuse	Nombre de césariennes programmées / en urgence
- Césarienne (avant/pendant travail) chez les femmes accouchant < 33 SA - mode d'accouchement selon certaines situations cliniques (siège, utérus cicatriciel...)	- Manelle <i>et al.</i> JGOBR 2001 (groupe d'experts - France)	Nb de césariennes avant, pendant le travail	Nb d'accouchements < 33 SA Nb d'accouchements /siège Nb d'accouchements avec utérus cicatriciel
- Taux ajusté de césarienne (selon niveau de maternité, statut public/privé, nb d'accouchements par an, selon facteurs individuels : âge...)	- David <i>et al.</i> BJOG 2001 (modèle de régression logistique multivarié - France) - Scriver - O&G 2010 - (Modèle multivarié - USA)	Nb de césariennes	Nb d'accouchements en maternité de types I, II, III En maternité publique, privée Par classe d'âge maternel

- Césarienne avant/pendant travail chez les femmes à bas risque	- Mamelle <i>et al.</i> JOGRB 2001 (groupe d'experts - France) - Boukdedid <i>et al.</i> PlosOne 2013 (méthode Delphi - France) - Venditelli <i>et al.</i> RESP 2012 (indicateurs Audipog - France) - Gilbert <i>et al.</i> J Qual patient safety 2013 (experts - USA) - Mann <i>et al.</i> AJOG 2006 (experts, projet Qualité - Californie CMQCC)	Nb de Césariennes avant/pendant travail chez femmes à bas risque	Boukdedid : accouchements 18-40 ans, singleton, céphalique, pas de comorbidité grossesse, pas d'aspirine, pas d'IRM ou scanner pendant grossesse. Venditelli : nullipares, singleton, à terme, céphalique. Gilbert : nullipares, singleton, à terme, céphalique. Mann : multipare, singleton, à terme, céphalique (desir maternel de césarienne exclu).
- Taux de césariennes en catégorie 1/2/3/4 (category 1 : immediate threat to life of woman or fetus / category 2 : no immediate threat to life of woman or fetus / category 3 : requires early delivery / category 4 : at a time to suit the woman and maternity services) (category 1 et 2 : maternal or fetal compromise / category 3 et 4 : no maternal or fetal compromise)	- Simms <i>et al.</i> EJOGRB 2013 (groupe d'experts, questionnaire, interviews... - UK)	Nb de césariennes par catégorie 1/2/3/4	Nb total de césariennes
- Césariennes en urgence au-delà de 30 minutes (outside 30 min)	- Simms <i>et al.</i> EJOGRB 2013 (groupe d'experts, questionnaire, interviews... - UK)	Nb de césariennes réalisées > 30 min après la décision	Nb de césariennes en urgence
- Césariennes reportées pour raison non médicales (caesarean section postponed due to non-medical reasons)	- Simms <i>et al.</i> EJOGRB 2013 (groupe d'experts, questionnaire, interviews... - UK)	Nb de césariennes programmées reportées pour indisponibilité des lits	Nb total de césariennes programmées
- Taux global de césarienne	- Sibanda <i>et al.</i> EJOBR 2013 (Delphi - UK)	Nb de césariennes	Nb total d'accouchements
- Taux selon classification de Robson : groupes 1, 2 et 5 (Robson groupe 1 : nullipare avec singleton présentation céphalique >= 37 SA, travail spontanée, Robson groupe 2 : idem mais travail provoqué ou césarienne avant travail, Robson groupe 5 : multipares, avec au moins un antécédent de césarienne et une grossesse simple céphalique >= 37 SA)	- Sibanda <i>et al.</i> EJOBR 2013 (Delphi - UK)	Nb de césariennes Nb de césariennes Nb de césariennes	Nb d'accouchements de gr 1 Nb d'accouchements de gr 2 Nb d'accouchements de gr 5
- Trauma obstétrical pendant césarienne	- Kristensen <i>et al.</i> Int J Qual Health care 2009 (groupe d'experts - Denmark)	Nb de traumatismes obstétricaux	Nb total de césariennes
- Suture du péritoine pendant césarienne	- Bonfill <i>et al.</i> Implementation science 2013 (revue littérature - Espagne)	Nb de cas de suture du péritoine	Nb total de césariennes
- Première césarienne pour arrêt de progression	- Portelli. J Qual Clin Practice 1997 (experts - Australie)	Nb de césariennes pour arrêt de progression	Nb d'accouchements de primipares
- Première césarienne pour détresse fœtale	- Portelli. J Qual Clin Practice 1997 (experts - Australie)	Nb de césariennes pour hypoxie fœtale	Nb d'accouchements de primipares
- Césarienne en urgence quand déclenchement	- Royal College UK - 2011-12 (experts - UK)	Nb de césariennes en urgence	Nb d'accouchements après déclenchement
- Césarienne en urgence quand travail spontané		Nb de césariennes en urgence	Nb d'accouchements après travail spontané
- Césariennes en urgence quand extraction instrumentale		Nb de césariennes en urgence après échec d'instrument	Nb de tentatives totales d'instruments (réussies et échecs)

IV.5. Sélection des indicateurs à proposer dans le questionnaire

Par exemple sur le thème césarienne : sur les 26 indicateurs possibles relevés, 17 indicateurs sont proposés pour le questionnaire.

Sur le thème du périnée : 7 indicateurs sont proposés.

Sur le thème de l'analgésie-anesthésie maternelle : 1 indicateur est proposé.

Sur le thème de la morbi-mortalité maternelle : 3 indicateurs sont proposés.

Sur le thème de la morbi-mortalité périnatale : 5 indicateurs sont proposés.

V. DISCUSSION

V.1. Sur la constitution du groupe de travail initial

Sa composition est comparable aux groupes de professionnels ayant élaboré des listes d'indicateurs pour l'obstétrique en rassemblant des obstétriciens dont un ex-expert-visiteur pour la HAS, des épidémiologistes et méthodologistes spécialistes des enquêtes DELPHI.

À la différence d'autres projets nationaux, par exemple le *Danish National Indicator Project*, la participation de représentants des usagers n'a pas été retenue [24].

L'objectif prioritaire de la démarche était de permettre aux professionnels d'évaluer leurs pratiques professionnelles en interne plutôt que de faciliter un choix éclairé du public par la comparaison entre différentes structures [10]. C'est un objectif un peu différent de celui des collèges australiens des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes qui ont élaboré leur liste d'indicateurs avec l'organisme chargé de la qualité et de la performance ; les indicateurs sont relevés dans le cadre des procédures d'accréditation et les résultats sont utilisés pour des comparaisons entre structures [25].

La participation large de professionnels représentant la diversité des modes de pratique de l'obstétrique avec l'association des sages-femmes est prévue lors de notre enquête DELPHI.

V.2. Sur la méthode de sélection primaire des indicateurs

Le choix de ne retenir que des indicateurs déjà validés a permis de gagner du temps sur l'évaluation de ces indicateurs mais a peut-être écarté des indicateurs innovants.

L'objectif secondaire est d'obtenir le recueil de ces indicateurs à partir des registres d'accouchements.

Ceci conduit à cibler les indicateurs sans considérer des éléments descriptifs de la qualité du suivi de la grossesse comme le fait la démarche MATICUS [16].

Les complications postérieures à la sortie de salle de naissance ne seront pas considérées non plus alors qu'elles sont retenues par d'autres, comme par exemple le taux de réadmissions dans les 30 jours suivant la sortie [21], ou la revue par les pairs de la totalité des événements indésirables (dont le passage maternel en réanimation pendant la grossesse ou la puerpéralité) [25].

Le choix des indicateurs est aussi influencé par les contraintes de recueil pour d'autres auteurs : par exemple, le choix d'un recueil à partir des résumés de sortie avec les difficultés de codage en classification internationale des maladies pour certaines données, qui conduit au rejet des indicateurs difficiles à coder de façon homogène.

Enfin le choix de généraliser et de mettre en commun des indicateurs pourrait sembler parfois contradictoire avec l'exigence de pertinence d'un indicateur qui conduit à ne retenir que des critères pour lesquels il existe une marge de progression. Cette capacité d'amélioration peut varier selon les équipes. Par exemple, les Danois n'ont pas retenu l'indicateur « Délivrance dirigée » bien que valide et fiable, car cette pratique étant implantée dans 100 % des unités, ils n'attendaient pas d'amélioration des pratiques avec l'usage de cet indicateur [24].

V.3. Sur la méthode DELPHI

Ces indicateurs n'ont pas été classés selon des objectifs explicités de qualité des soins. Ceci de façon intentionnelle pour ne pas influencer les futurs participants à l'enquête DELPHI.

Parmi les articles présentant l'utilisation de la méthode DELPHI pour la sélection d'indicateurs, la procédure pouvait différer. Par exemple, celui de Sibanda utilisait une procédure modifiée avec 3 tours et se terminait par une réunion en face à face [22]. Nous souhaitons organiser une large consultation de professionnels du CNGOF et du CNSF. Nous avons privilégié la simplicité de la démarche à 2 tours et ne pourrions pas organiser la réunion en face à face.

CONCLUSION

Le groupe projet a effectué une analyse de la littérature concernant des indicateurs de qualité des soins en obstétrique pour améliorer les pratiques professionnelles. Il a retenu ceux qui seraient utiles à un suivi en interne au niveau d'un service et pourraient être relevés dans les registres d'accouchement. Ces indicateurs sont proposés dans un questionnaire destiné aux obstétriciens et sages-femmes en exercice. Ce questionnaire et sa procédure de diffusion sont en cours de validation par la CNIL.

La prochaine étape est l'élaboration de la liste selon une démarche de consensus formalisé d'après la méthode DELPHI. Cette liste devrait permettre de généraliser un nombre minimum d'indicateurs à suivre dans les unités d'obstétrique.

L'étape ultime étant la rédaction d'une directive qualité pour le compte rendu de l'accouchement et de la naissance dans le registre d'accouchement.

Bibliographie

- [1] Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Giraud-Roufast A. Do perinatal guidelines have an impact on obstetric practices? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2012; 60:355-62.
- [2] CNGOF (2005) Recommandations pour la pratique clinique. L'épisiotomie. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf consulté le 27/08/2014.
- [3] HAS (2013) Indicateurs Ipaqss. <https://www.data.gouv.fr/fr/dataset/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-des-etablissements-de-sante> mis en ligne en juillet 2014 sur Etalab pour opendata. Consulté le 10/09/2014.
- [4] HAS (2012). Analyse et amélioration des pratiques. Césarienne programmée à terme, optimiser la pertinence du parcours patient. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/fr/cesarienne-programmee-a-terme-guide-d-analyse-et-damelioration-des-pratiques. Consulté le 10/09/2014.
- [5] Gynerisq (2012). <http://gynerisq.fr/gynerisq-attitudes/>. Consulté le 22/08/2014.
- [6] Vendittelli F, Lémery D, Belgacem B, Gerbaud L. Indicateurs qualité et réseaux de santé. Journées du CNGOF, Séminaire de l'AUDIPOG (2012). http://www.audipog.net/pdf/seminaires/seminaire_2012_2/pres10.pdf. Consulté le 10/09/2014.
- [7] Mamelle N, David S, Lombrail P, Rozé JC pour le CNGOF, La FNP, SFMP/AUDIPOG. Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnataux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30:641-56.
- [8] AUDIPOG (1994-2010). Évaluation des pratiques médicales et des réseaux. <http://www.audipog.net/> Consulté le 10/09/2014.
- [9] Article 5 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Articles L.6144-1 et L.6161-2 et D. 6111-23. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=C06ACA96FF25FCFD192E477CBBE6A1C2.1p_djo12v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892178&dateTexte= Consulté le 10/09/2014.

- [10] HAS (2012). Guide méthodologique sur la diffusion publique des résultats d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins - Septembre 2012. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1298445/fr/guide-methodologique-sur-la-diffusion-publique-des-resultats-d-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-septembre-2012?xtmc=&xtcr=3 Consulté le 10/09/2014.
- [11] HAS (2010). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations par consensus formalisé. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_sur_la_methode_recommandations_par_consensus_formalise_rf.pdf. Consulté le 10/09/2014.
- [12] Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C *et al.* Réseau sentinelle Audipog 2004-2005. Partie 1 : résultats de principaux indicateurs périnataux. *Gynecol Obstet Fertilité* 2008;36:1091-1100.
- [13] Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C *et al.* Réseau sentinelle Audipog 2004-2005. Partie 2 : évaluation des pratiques professionnelles. *Gynecol Obstet Fertilité* 2008;36:1202-10.
- [14] Boulkedid R, Sibony O, Bossu-Salvador C *et al.* Monitoring healthcare quality in an obstetrics and gynaecology department using a CUSUM chart. *BJOG* 2010;117:1225-35.
- [15] Boulkedid R, Sibony O, Goffinet F *et al.* Quality indicators for continuous monitoring to improve maternal and infant health in maternity departments: a modified Delphi survey of an international multidisciplinary panel 2013. *Plos One* 2013;8(4):e60663.
- [16] Boulkedid R, Alberti C, Sibony O. Quality indicator development and implementation in maternity units. *Best Practice and Research Clinical Obstet Gynaecol* 2013;27: 609-19.
- [17] Lecoer C, Thibon P, Prime L *et al.* Frequency, causes and avoidability of outborn births in a French regional perinatal network. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;179:22-6.
- [18] Thibon P, Cornu M, Lamendour N, Guillois B, Dreyfus M. Regionalisation of perinatal care in Basse-Normandie, France: evolution over 5 years. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011 Apr;40(2):156-61.
- [19] David S, Mamelle N, Rivière O. Estimation of an expected caesarean section rate taking into account the case mix of a maternity hospital. Analysis from the Audipog Sentinelle Network (France). *BJOG* 2001;108:919-26.
- [20] HAS (2010). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations par consensus formalisé. Règles de cotation et d'analyse des réponses. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/fiche_regles_de_cotation.pdf Consulté le 10/09/2014.
- [21] RCOG (2013). Bringing to life the best in women's health care. Patterns of maternity care in English NHS hospitals: 2011/2012. Editeur RCOG.
- [22] Sibanda T, Fox R, Draycott TJ *et al.* Intrapartum care quality indicators: a systematic approach for achieving consensus. *Eur J obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;166:23-9.
- [23] Punccheon D (2008). The Good Indicators Guide: understanding how to use and choose indicators. Association of Public Health observatories and NHS Institute for Innovation and Improvement. <http://www.apho.org.uk/> Consulté le 10/09/2014.
- [24] Kesmodel US, Jolving LR. Measuring and improving quality in obstetrics - the implementation of national indicators in Denmark. *Acta Obstetrica Gynecol* 2011;90: 295-304.
- [25] Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) (2013). Obstetrics version 7.2. Clinical Indicator User Manual for data collected in 2H2013. <http://www.ranzcog.edu.au/fellows/pracrm/ranzcoachs-clinical-indicators.html>. Consulté le 10/09/2014.