

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

Septième partie

# **Audipog**



*38<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2014*

# Césariennes programmées à terme. Les outils développés par la DGOS/HAS

G. HATEM-GANTZER, S. ABRAMOWICZ, D. ROTTEN  
(Saint-Denis)

## *Résumé*

*Le taux de césariennes programmées à terme est d'une grande variabilité entre régions et entre structures. Les indications des césariennes ont fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques (RPC), mais le respect de ces dernières est lui aussi variable.*

*La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont lancé une expérimentation destinée à améliorer l'appropriation de ces recommandations, ainsi qu'à diffuser et partager les actions d'amélioration identifiées par les différentes équipes impliquées.*

*Nous présentons ici les principaux outils, et concluons par quelques réflexions sur la mise en œuvre de ces recommandations.*

*Mots clés : pertinence des soins, césarienne programmée, terme, indications, information*

Hôpital Delafontaine - Maternité Angélique du Coudray - 2 rue du docteur  
Delafontaine - 93200 Saint-Denis

Correspondance : ghada.hatem@ch-stdenis.fr

## Déclaration publique d'intérêt

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## INTRODUCTION

Le nombre d'actes rapporté au nombre d'habitants (ou taux de recours aux soins hospitaliers) est extrêmement disparate entre régions et territoires de santé, mais il est difficile quoique fondamental de savoir si ces écarts sont liés à des variations épidémiologiques ou à un taux élevé d'actes estimés non pertinents.

Depuis 2011, un groupe national de concertation piloté par le ministère de la Santé conduit la stratégie d'amélioration de la pertinence des soins. En effet, observant que « des soins inutiles font courir des risques aux patients de manière injustifiée et engendrent des coûts importants pour la société », ils sont dits non pertinents et sont investigués.

Les actes de chirurgie sont les premiers questionnés. Comme en France près d'une femme sur 5 donne naissance à son enfant par césarienne -qui dans environ la moitié des cas est programmée-, cet acte est premier dans la ligne de mire (les actes suivants sont la chirurgie du canal carpien, l'appendicectomie, la cholécystectomie et l'endoscopie digestive).

Dans un panorama des maternités françaises pour l'année 2007, publié par la Drees en 2010 [4], le taux de césariennes variait entre 9 et 29,5 % (tous niveaux confondus) avec un taux moyen national pour les CHU de 20,7 %, et quelques cas exceptionnels extrêmes (le taux le plus élevé était de 43,3 % pour une maternité de niveau I). Ce taux varie également en fonction des régions, s'échelonnant de 17 à 27 %, témoin là encore d'une grande hétérogénéité des pratiques.

La CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) et la DGOS ont donc saisi la HAS pour élaborer les recommandations de bonne pratique sur le thème « Indications de réalisation d'une césarienne programmée à terme », en ciblant spécifiquement 2 questions :

- quelles sont les indications de la césarienne programmée à terme ?
- quelles sont les informations à transmettre à la femme enceinte lors d'une césarienne programmée ?

Le document rédigé par le groupe de travail *ad hoc* publié par la HAS en 2012 [5] a servi de support aux recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Il est complété par un document d'information destiné aux femmes enceintes [6].

Consciente que la publication d'un tel document ne suffit pas à modifier les pratiques, ni à évaluer la mise en application des recommandations (pas plus d'ailleurs que l'évolution du taux de césarienne ou l'impact sur la sécurité de la naissance et sa meilleure compréhension), la HAS a assorti son document d'un ensemble d'outils [1-3, 7] destinés à favoriser la prise en compte des recommandations, et lancé une expérimentation sur le sujet. Une des particularités de ces recommandations est d'y associer une démarche d'analyse et d'amélioration des pratiques. Ce programme est destiné à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale en charge du suivi de grossesse. Il propose des exemples concrets de méthodes et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, aux différentes étapes de parcours génériques de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne.

## I. LE PROJET

L'expérimentation pilote sur l'optimisation de la pertinence de l'activité « Césariennes programmées à terme » est lancée en novembre 2012, avec un double objectif : favoriser l'appropriation et la mise en œuvre de ces référentiels, et capitaliser sur les actions d'amélioration des pratiques.

Les agences régionales de santé (ARS), la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP), le CNGOF et le Collège national des sages-femmes (CNSF) sont partenaires, ainsi que des représentantes de l'association Césarine et certaines structures régionales d'évaluation.

Sur un plan national, le projet est sous la responsabilité de la DGOS et la HAS en assure l'expertise méthodologique. La promotion régionale est confiée aux ARS et à la FFRSP, lesquelles ont sollicité respectivement les directions d'établissement et les professionnels via leur réseau. Au niveau régional, l'expertise méthodologique et métier est assurée par le réseau de santé en périnatalité, véritable relais de la HAS pour la réalisation du diagnostic, l'élaboration du plan d'actions, la mise en œuvre, et l'évaluation.

Le mot d'ordre de la HAS est la nécessité de « privilégier le pas-à-pas, faire simple, utile pour le patient ». Mais aucune de ces instances n'a proposé de méthode précise, ce qui peut être considéré comme un handicap ou l'opportunité de créer des outils personnalisés.

Plus de 200 établissements ont répondu à l'appel, représentant des maternités de tous types et statuts, et 112 équipes ont transmis en 2013 un rapport d'étape sur leur démarche.

## II. CALENDRIER DE L'EXPÉRIMENTATION

1. Appel à volontariat en décembre 2012 par la DGOS, relayé par les ARS aux établissements de santé et par la FFRSP aux réseaux de périnatalité.  
En parallèle, le taux attendu de césariennes programmées à terme, par région et par établissement de santé a été diffusé. Il n'y a pas de norme ; ce taux sert d'alerte en cas d'écart important avec le taux constaté (par rapport à la moyenne nationale corrigée selon les facteurs de risque).
2. Séminaire de lancement en février 2013 à la DGOS.
3. Accompagnement des équipes : visioconférences et conférences téléphoniques avec les régions (ARS, réseaux de périnatalité et maternités). Présentation lors des « ateliers pertinence » organisés par la DGOS en juin 2013 devant les ARS.
4. Rapport d'étape en octobre 2013 avec choix d'un objectif de qualité et transmission des outils créés ou adaptés.
5. Séminaire d'étape le 9 janvier 2014 organisé par la DGOS, la HAS et la FFRSP au ministère de la Santé. Cette rencontre a été l'occasion pour quelques équipes de présenter leurs travaux et les outils développés pour mener l'expérimentation dans leur structure. Témoignages et échanges ont permis de mieux appréhender les difficultés d'une telle évaluation, ainsi que les pistes pour y parvenir : la nécessité d'adapter les recommandations aux pratiques locales, l'importance de mettre en œuvre autant que possible une « décision médicale partagée », et surtout l'importance de fixer collégialement l'objectif de qualité recherché avant de se lancer dans la démarche. Ceci impose de travailler sur le parcours de soins, sous la forme du chemin clinique par exemple. Les difficultés liées aux pratiques individuelles et aux différentes organisations ont également été largement débattues.

À l'issue des différentes enquêtes, chaque équipe a tenté de définir les actions d'amélioration identifiées : amélioration des tentatives d'accouchement voie basse des utérus cicatriciels, suppression des radio-pelvimétries systématiques, formation sur mannequin à l'accouchement du siège et des jumeaux, mise en place d'un staff de programmation des césariennes, développement d'un chemin clinique intégrant les obligations d'information et les outils adaptés...

Enfin, la possibilité de valoriser la démarche au travers des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec l'ARS, de la certification des établissements de santé, du développement professionnel continu ou de l'accréditation des obstétriciens, est rappelée.

### III. LES OUTILS DÉVELOPPÉS PAR LES DIFFÉRENTS ACTEURS

Selon le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2010, si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fixe à 15 % le seuil « raisonnable » de recours aux césariennes, 90 % des maternités de France métropolitaine ont un taux supérieur. Soixante-dix maternités pratiquent des césariennes dans plus d'un accouchement sur quatre. Dans ce groupe, les sites de niveau I sont prépondérants par rapport à l'ensemble des établissements (65 % contre 52 %). Il en est de même pour les cliniques privées (56 %) contre 29 % de l'ensemble des établissements.

**Un premier outil, complément nécessaire de la démarche, a été la construction de l'indicateur « Taux attendu de césarienne ».** Il permet d'estimer l'existence ou non d'un enjeu d'amélioration de la pertinence des soins sur cette thématique dans chaque région et l'opportunité pour les équipes de s'impliquer dans l'expérimentation pilote. Il s'agit d'un indicateur d'alerte, construit à partir de la méthodologie développée par le réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire. Il tient compte des différences de population de femmes prises en charge par les maternités. Des travaux de validation de l'indicateur « taux attendu » sont inscrits au programme de travail de la HAS.

Différents outils d'analyse de pertinence ont été développés, par région, par réseau ou par établissement : grilles d'analyse de dossiers, chemins cliniques, ou enquêtes auprès des patientes. Certaines équipes

ont choisi de ne s'intéresser qu'à une thématique, par exemple l'accouchement de l'utérus cicatriciel ou du siège, l'information des patientes...

Nous présentons ci-dessous quelques outils représentatifs (Documents 1 à 6). D'autres sont également disponibles sur le site de la HAS, souvent similaires ou correspondant à des segments de grilles.

*Document 1 - Outil « Pertinence » développé par la HAS. Il s'agit d'un outil interactif, chaque onglet ouvrant vers des recommandations, des grilles, des synthèses de méthodes d'amélioration*

The screenshot shows the HAS (Haute Autorité de Santé) website interface for the tool 'Analyse et amélioration des pratiques Césarienne programmée à terme'. The page title is 'Optimiser la pertinence du parcours patient' and the date is 'Juillet 2012'. The interface is organized into several sections, each with a title and three interactive buttons (indicated by a magnifying glass icon):

- Messages clés**, **Définitions**, **Choix du thème**
- Programme d'amélioration de la qualité**
  - Démarche processus
  - Planning the mode of birth NIS 2011
  - Revue de pertinence
  - Audit clinique
  - Revue de morbidité-mortalité
  - Mesurer les pratiques
- Information de la femme enceinte**
  - Analyse et amélioration
  - Parcours générique
  - Chemin clinique
  - Recommandations
- Antécédent de césarienne**
  - Analyse et amélioration
  - Parcours générique
  - Recommandations
- Présentation par le siège**
  - Analyse et amélioration
  - Parcours générique
  - Recommandations
- Macrosomie - Diabète gestationnel**
  - Analyse et amélioration
  - Parcours générique
  - Recommandations
- Infection maternelle par le virus de l'immunodéficience humaine**
  - Analyse et amélioration
  - Parcours générique
  - Recommandations
- Annexes**
  - Méthode de travail
  - Recherche documentaire
  - Références

Document 2 - Revue de pertinence des césariennes programmées à terme par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) [8]

Grille de recueil			
Etablissement : _____		Grille n° : _____	
Service : _____			
Date de l'évaluation : /__/__/____		Code praticien : /__/__/__	
Nom et fonction de l'évaluateur : _____			
A. CRITERES CLINIQUES DE PERTINENCE DE LA CESARIENNE PROGRAMMEE			
Grossesse monofoetale <b>ET</b> âge gestationnel ≥ 39 SA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si NON, allez directement au bloc B
Grossesse gemellaire bichoriale biamniotique <b>ET</b> âge gestationnel ≥ 38 SA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si NON, allez directement au bloc B
En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne			
1a. Cicatrice corporeale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
1c. Autre situation dont utérus bicatriciel <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une grossesse gémeillaire			
2. J1 en siège <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une présentation par le siège			
3a. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
3b. Déflexion persistante de la tête fœtale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
3c. Non coopération de la patiente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie hors diabète			
4a. Poids fœtal estimé ≥ 5000g	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
4b. Poids fœtal estimé entre 4500 et 5000g <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie liée au diabète			
4c. Poids fœtal estimé ≥ 4500g	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
4d. Poids fœtal estimé entre 4250 et 4500g <b>ET</b> discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie			
4e. Suspicion de macrosomie et antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec le VIH			
5a. Charge virale supérieure à 400 copies VIH/mL	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/mL et cinétique de la charge virale croissante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En Lien avec le VHC			
5c. Co-infection VIH/VHC	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec le virus de l'herpès			
6. Primo infection herpétique après 35 SA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec des événements plus rares			

CCECQA – Patiente accouchant par césarienne programmée : Revue de Pertinence ■ 7



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

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

Consignes de remplissage

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

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

**Césarienne programmée pertinente**

Age gestationnel conforme\* ET au moins un « Oui » parmi les 18 critères

Oui  Non

\* AG conforme : après 39 SA pour les grossesses monofoetales ou après 38 SA pour une grossesse gémellaire bichorale biamniotique

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

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

**Césarienne programmée non pertinente mais justifiée :**

Malgré

- un âge gestationnel au moment de la réalisation de la césarienne programmée non conforme aux recommandations\*,
- ou l'absence de critères explicites (l'un des 18 cités ci-dessus),  
l'évaluateur ou l'équipe projet estime l'indication de césarienne programmée justifiée.

Oui

La trace de la balance bénéfice/risque doit être retrouvée dans le dossier.

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

\* avant 39 SA pour les grossesses monofoetales ou 38 SA pour une grossesse gémellaire bichorale biamniotique

**Indiquer en clair la justification\***

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

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

---



---



---

**Césarienne programmée non pertinente ET non justifiée :**

Si aucun élément de justification retenu par l'évaluateur ou l'équipe projet

Oui

**Commentaires**

---



---



---

Document 3 - Enquête patiente chemin clinique - Info césarienne Bourgogne 2013  
Il s'agit d'un audit clinique mené sur l'information délivrée aux patientes, selon la grille ci-dessous

Questionnaire maternité dans le cadre d'une césarienne programmée à terme	QUESTIONNAIRE
Madame,	1. Savez-vous pourquoi vous avez eu une césarienne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le Centre Hospitalier de Mavault/Seurre-en-Auxois participe à une expérimentation nationale sur les obésariennes programmées à terme et plus particulièrement sur l'information réalisée pendant la grossesse aux futures mères.	2. Avez-vous eu pendant la grossesse une information sur le rapport bénéfices/risques d'une césarienne pour décider du mode d'accouchement ? <input type="checkbox"/> Oui, à quel mois de grossesse ? _____ <input type="checkbox"/> Non
Pour cela, nous vous soumettons ce court questionnaire qui, une fois rempli sera à remettre à la sage-femme du service.	3. Avez-vous eu pendant la grossesse une information sur les risques d'une césarienne ? <input type="checkbox"/> Oui, à quel mois de grossesse ? _____ <input type="checkbox"/> Non
En vous remerciant, par avance, pour le temps que vous prendrez pour remplir ce questionnaire.	4. Avez-vous eu avant votre accouchement une information sur les conditions de réalisation de la césarienne ? <input type="checkbox"/> Oui, à quel mois de grossesse ? _____ <input type="checkbox"/> Non
	5. Avez-vous eu un document d'information sur les « césariennes programmées à terme » pendant votre grossesse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	6. A quel moment avez-vous eu ce document d'information ? <input type="checkbox"/> Au 4 <sup>ème</sup> mois de grossesse (entretien prénatal précoce) <input type="checkbox"/> Consultation du 8 <sup>ème</sup> mois <input type="checkbox"/> Consultation du 9 <sup>ème</sup> mois <input type="checkbox"/> Autre : _____
	7. Par quel professionnel avez-vous eu ce document d'information ? <input type="checkbox"/> Le médecin gynécologue-obstétricien <input type="checkbox"/> L'interne <input type="checkbox"/> La sage-femme <input type="checkbox"/> Autre : _____
	8. Quel est le secteur d'activité du professionnel ci-dessus ? <input type="checkbox"/> Libéral (cabinet) <input type="checkbox"/> Hospitalier <input type="checkbox"/> PMI
	9. Êtes-vous satisfaite des informations reçues au cours de la grossesse sur les indications, les risques et les conditions de la césarienne programmée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



Document 4 - Grille césarienne programmée des Pays de la Loire. Cette grille a été la plus largement utilisée par les différentes équipes, parfois partiellement à partir d'un segment de la grille du fait de sa complexité liée à une volonté d'exhaustivité

<b>Critères de décision pour les indications des césariennes programmées à terme</b>			
▪ Maternité .....	• Praticien qui pose l'indication .....		
▪ Date de la décision .....	• AG de la décision .....		
.....			
▪ Date de la césarienne .....			
▪ Date de remplissage de la grille .....			
<b>- Cocher la case de réponse (les conformités sont en bleu et n'apparaîtront pas sur le document final)</b>			
<b>Information de la femme enceinte</b>			
<b>Information sur le mode d'accouchement</b>	<b>Oui avec trace écrite complète</b>	<b>Oui sans trace écrite ou trace incomplète</b>	<b>Non</b>
1. Une information a été délivrée auprès de la femme avec l'indication, le rapport bénéfice/risques et les conditions de réalisation			
2. Une information a été délivrée sur les modifications possibles du mode d'accouchement en fonction de l'existence de nouveaux événements			
<b>Information sur les conséquences de l'accouchement</b>	<b>Oui avec trace écrite complète</b>	<b>Oui sans trace écrite ou trace incomplète</b>	<b>Non</b>
3. La réalisation de la césarienne est prévue après 38 SA + 6 (en raison du risque de détresse respiratoire)			
4. Une information a été délivrée sur les risques de complications pour les grossesses futures (placenta praevius/accrété)			
5. Une information a été délivrée sur l'augmentation des accidents thromboemboliques veineux			
<b>Indications de la césarienne programmée</b>			
<b>Utérus cicatriciel</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Sans objet/NSP</b>
6. L'indication de la césarienne a été posée sur le seul élément d'un utérus cicatriciel			
7. Pour un utérus monocicatriciel, une proposition de VB a été faite à la patiente (sauf en cas de cicatrice cœparéale)			
8. Pour un utérus bi-cicatriciel, le choix a été discuté entre voie basse et césarienne programmée			
9. Pour un utérus tri-cicatriciel, la césarienne programmée a été proposée			
10. L'absence des comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus a seule conduit à la programmation de la césarienne			
11. L'utérus cicatriciel a imposé la réalisation d'une radio-pelvimétrie			
12. Une échographie de la cicatrice utérine a été réalisée			
<b>Grossesse gémellaire</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Sans objet/NSP</b>
13. L'indication de la césarienne a été posée à cause de J1 en présentation céphalique			
14. L'indication de la césarienne a été discutée en raison de J1 en présentation du siège			

<b>Présentation en siège et singleton</b>	Oui	Non	Sans objet/NSP
15. L'indication césarienne a été posée uniquement sur la présentation en siège			
16. L'indication a été posée en raison d'une demande maternelle			
17. Une évaluation de la confrontation fœto-pelvienne (pélvimétrie), de l'absence de déflexion de la tête fœtale et de la coopération de la patiente a été réalisée avant la décision de la césarienne programmée			
18. Il y avait une contre-indication à la VME			
19. Une VME a été proposée à la femme			
20. Un contrôle de la présentation par échographie a été fait juste avant l'accès au bloc opératoire			
<b>Macrosomie</b>	Oui	Non	Sans objet/NSP
<b>Hors diabète</b>			
21. L'indication de la césarienne a été posée uniquement sur le repère de la macrosomie			
22. Poids fœtal estimé supérieur à 5 000 g			
23. Poids fœtal estimé entre 4 500 g et 5 000 g			
24. Poids fœtal estimé inférieur à 4 500 g			
25. L'indication de césarienne a été discutée en raison d'un poids fœtal incertain entre 4 500 g et 5 000 g			
<b>Macrosomie liée au diabète</b>			
26. Poids fœtal estimé supérieur à 4 500 g			
27. L'indication de césarienne a été discutée en raison d'un poids fœtal incertain entre 4 250 et 4 500 g			
28. Poids fœtal estimé inférieur à 4 250 g			
<b>Macrosomie liée ou non au diabète</b>			
29. L'indication de césarienne a été posée sur la suspicion de macrosomie et la présence d'un utérus cicatriciel			
30. L'indication de césarienne posée sur la suspicion de macrosomie et d'un antécédent de dystocie des épaules lésion du plexus brachial			
<b>Risque d'infection materno-fœtale</b>	Oui	Non	Sans objet/NSP
<b>HIV</b>			
31. La césarienne a été indiquée pour charge virale > 400 copies VIH/ml			
32. Si la charge virale était entre 50 et 400 copies VIH/ml, une discussion entre l'obstétricien et l'infectiologue a été réalisée			
33. La cinétique de la charge virale était <u>croissante</u> , et une césarienne a été proposée			
34. La cinétique de la charge virale était <u>décroissante</u> , et une voie basse a été proposée			
<b>HCV</b>			
35. La césarienne a été indiquée pour mono-infection VHC			
36. La césarienne a été indiquée pour une co-infection VIH/VHC			
<b>HBV</b>			
37. La césarienne a été indiquée pour mono infection VHB			
38. La césarienne a été indiquée pour co-infection VHB/VIH			
<b>Herpès</b>			
39. La césarienne a été indiquée après 39 SA pour primo-infection herpétique déclarée après 35 SA			
40. La césarienne a été indiquée au moment de la prise de décision pour récurrences herpétiques			
<b>Autres indications</b>	Oui	Non	Sans objet/NSP
41. La césarienne a été indiquée pour placenta praevius recouvert			
42. La césarienne a été indiquée en concertation avec les équipes spécialistes concernées par une pathologie fœtale ou maternelle			

La césarienne est faite sur demande maternelle, en l'absence d'indication médicale	Oui	Non	Sans objet/NSP
43. L'information sur la césarienne sur demande a été faite à la patiente			
44. Une information sur les bénéfices attendus par la patiente en regard des risques associés à la césarienne a été délivrée			
45. Si oui, les raisons spécifiques de cette demande ont été discutées avec la patiente (peur de la douleur, mauvais vécus d'un précédent accouchement)			
46. En cas de demande pour « peur de l'accouchement par voie basse », un accompagnement personnalisé, et une information sur la prise en charge de la douleur ont été proposés			
47. En cas de refus par le praticien de la césarienne sur demande, une orientation de la patiente vers un confrère a été proposée			
48. La traçabilité de tous ces éléments est retrouvée dans le dossier			

**Issue de l'accouchement**

Date ..... Âge gestationnel .....

Mode : 1. VB  2. Césarienne  3. VB pour le 1<sup>er</sup> jumeau et césarienne pour le 2<sup>e</sup>

**Si voie basse**

L'accouchement par voie basse a eu lieu :

1. Avant la date de la césarienne prévue  2. Au moment (journée) de la césarienne prévue

3. Après la date de la césarienne prévue

Les raisons sont les suivantes .....

**Si césarienne**

Changement d'opérateur (médecin qui pose l'indication ≠ de celui qui pratique la césarienne) :

1. Oui  2. Non

Changement d'indication entre les motifs premiers et les motifs de réalisation de la césarienne :

1. Oui  2. Non

L'intervention a eu lieu :

1. Avant la date de la césarienne prévue  2. Au moment (journée) de la césarienne prévue

3. Après la date de la césarienne prévue

Les raisons du ou des changements sont les suivantes .....

**Complications de l'accouchement**

HPP  Infection opératoire  Thrombose  Autres

.....

**État de l'enfant**

Singleton ou 1<sup>er</sup> jumeau

Présentation : 1. Céphalique  2. Siège  3. Autres

PN ..... Appar 1 ..... Appar 5 ..... pH artère .....

Transfert : 1. Oui  2. Non  Raison du transfert .....

Pathologie(s) notée(s) .....

Cette ou ces pathologie(s) sont imputables au mode d'accouchement : 1. Oui  2. Non

Arguments .....

.....

2<sup>e</sup> jumeau

Présentation : 1. Céphalique  2. Siège  3. Autres

PN ..... Appar 1 ..... Appar 5 ..... pH artère .....

Transfert : 1. Oui  2. Non  Raison du transfert .....

Pathologie(s) notée(s) .....

Cette ou ces pathologie(s) sont imputables au mode d'accouchement 1. Oui  2. Non

Cette ou ces pathologie(s) sont imputables au mode d'accouchement : 1. Oui  2. Non

Arguments .....

.....

Document 5 - Outil développé par le réseau Midi-Pyrénées (MATERMIP)  
Variante de grille, intégrant des données sur l'information des patientes

MATERMIP Avril 2013 EPP Césarienne				
Critères : Issue de la césarienne et état du nouveau-né	OUI	NON	NA	Commentaires
C1- La césarienne a été réalisée entre 36 et 36 SA+6J				
C2- La césarienne a été réalisée entre 37 et 37 SA+ 6J				
C3- La césarienne a été réalisée entre 38 et 38 SA+ 6 J				
C4- La césarienne a été réalisée à 39 SA ou plus				
C5- La césarienne a été réalisée à la date programmée				
C6- L'anesthésiste a réalisé une rachianesthésie				
C7- L'anesthésiste a réalisé une rachi-combiné				
C8- Hypotension maternelle marquée de plus de 30% de la TA initiale après rachi				
C9 - La césarienne a été réalisée sous AG				
C10 - Il y a eu la réalisation d'une délivrance dirigée				
C11 -La délivrance dirigée a été induite par une dose de 5UI de syntocinon en IVD à l'extraction fœtale				
C12 La délivrance a été manuelle				
C13- La délivrance n'a pas été effectuée				
C14 Une Antibio prophylaxie a été effectuée et tracée				
C15-Des manœuvres manuelles ont été nécessaires à l'extraction fœtale				
C16- Des manœuvres instrumentales ont été nécessaires à l'extraction fœtale				
C17-La césarienne a été suivie de complications				
C18- La césarienne a été suivie d'une hémorragie du post-partum				
C19- Les pertes sanguines sont quantifiées et notées en ml				
C20-La césarienne a été suivie d'une infection du site opératoire				

MATERMIP Avril 2013 EPP Césarienne				
Issue de la Césarienne et état du nouveau-né	Oui	NON	NA	Commentaires
C21-La césarienne a été suivie d'une maladie thrombo embolique				
C22 Le pédiatre était présent à l'extraction foetale				
C23-L'APGAR est $\leq 3$ à 1mn de vie				
C24-L'APGAR est inférieur à 7 à 5mn de vie				
C25-Le pH est $< 7$ prélevé au cordon à la naissance ou dans la 1ère heure de vie				
C26-Le pH est compris entre 7 et 7,20 prélevé au cordon à la naissance ou dans la première heure de vie				
C27-Le pH est $> 7,20$ prélevé au cordon à la naissance ou dans la première heure de vie				
C28-Les lactates sont $\geq 10\text{mmol/l}$ prélevés au cordon à la naissance ou dans la 1ère heure de vie				
C29-Le déficit de base est $> 12$ mmol/l au cordon ou dans la 1ère heure de vie				
C30-Le nouveau-né a eu une Tachypnée transitoire ne nécessitant pas d'hospitalisation néonatale				
C31-Le nouveau-né a été hospitalisé				
C32-Le nouveau-né a été intubé et hospitalisé				
C32- La détresse respiratoire a justifié une hospitalisation du nné avec CPAP				
C33- La détresse respiratoire a justifié une hospitalisation du nné avec intubation et ventilation				
C34-Le nouveau-né a présenté une encéphalopathie anoxo ischémique				
C35-La parturiente a été transférée pour complications maternelles				
C36-La parturiente a été transférée pour un rapprochement mère-enfant				

MATERNIP 2013					
Audit information, CAT et évaluation de la césarienne programmée à terme	Indicateurs	OUI	NON	NA	Commentaires
C1- Explication à la patiente, la trace écrite est retrouvée dans le dossier	Information patiente à remplir systématiquement				
C2-Information Bénéfices /Risques tracée dans le dossier					
C3-Conditions de la réalisation expliquée, la trace écrite est retrouvée dans le dossier					
C4- Une trace écrite sur la possibilité du changement du mode d'accouchement en fonction des critères cliniques est retrouvée					
C5- La réalisation après 38SA+6J est expliquée en raison du risque de détresse respiratoire du nouveau-né					
C6-Les risques de complications pour les grossesses futures sont expliqués et tracés					
C7- Evaluation de la compréhension de l'information a été faite					
C8 – Si l'utérus est uni cicatriciel, la voie basse a été proposée	Utérus cicatriciel				
C9 -Si l'utérus est Bi Cicatriciel le choix de la césarienne a été discuté					
C10 –Si Tri cicatriciel ou plus, proposition de césarienne faite					
C11- Antécédent de césarienne Corporeale					
C12-Réalisation d'une Radiopelvimétrie en cas d'utérus cicatriciel					
C13- Echographie de la cicatrice faite					
C14- indication gémellaire discutée en raison de JJ en siège	Gémellaire				
C15- La justification de la césarienne est due à un contexte clinique trop complexe					
C16- Les raisons de la demande maternelle pour une césarienne ont été discutées					
C17- indication pour siège une tentative de voie basse a été proposée et non coopération de la patiente	Présentation du siège				
C18-Echec de la VME					
C19- Contre- indication de la VME					
C20- Césarienne car confrontation défavorable entre la Radio Pelvi Métrie et les mensurations foetales					
C21- Césarienne pour siège car la tête foetale est défléchie					
C22- Un contrôle de la présentation a été faite avant l'accès au bloc chirurgical si césar pour siège					



C23- L'estimation du poids foetal est noté en cas d'indication pour macrosomie	macrosomie				
C24-La suspicion de macrosomie et utérus cicatriciel a été l'indication de césarienne					
C25-César pour macrosomie car poids foetal estimé $\geq$ 5000G					
C26-César pour macrosomie car suspicion 4500g $\leq$ Poids Foetal $\leq$ 5 000G					
C27- Les antécédents de dystocie des épaules ont été recherchés si macrosomie					
C28-En raison d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne a été recommandée					
C29 César pour diabète et poids foetal PF $\geq$ 4500g					
C30 César discutée car macrosomie et diabète et poids foetal entre 4 250 g/ 4 500 g					
C31-Césarienne programmée car charge virale > 400 copies VIH par ml	VIH				
C32- César pour VIH discutée en pluridisciplinarité car la charge virale est comprise 50 et 400 copies VIH/ml					
C33- Choix d'accouchement multidisciplinaire					
C34- Programmation pour une mono-infection VHC	VHC				
C35- Programmation pour co-infection VIH/VHC					
C36- Programmation pour mono infection VIH ou co infection VHB/VIH	VHB				
C37-La césarienne a été indiquée après 39 SA pour primo-infection herpétique déclarée après 35 SA					
C38- La césarienne a été indiquée pour récurrences herpétiques	Herpès				
C39 Les raisons spécifiques de la demande de césar sans indications médicales ont été discutées					
C40- Un accompagnement personnalisé a été proposé en cas de césarienne pour demande maternelle	Demande maternelle				
C41- La césarienne a été refusée par un autre praticien qui a adressé la patiente					
C42- Un défaut de placentation indique la césarienne	Autres ind				
C43:Pathologie fœtale ou maternelle autre					

Document 6 - Document destiné à l'information des patientes, Hôpital Delafontaine

Le Collège de la HAS insiste pour que les éléments de décision de la césarienne programmée (indication, rapport bénéfices-risques, conditions de réalisation) soient rapportés dans le dossier médical.


Ceci implique une information loyale et éclairée de la patiente. Au vu de notre patientèle, ne maîtrisant souvent que peu, voire pas du tout la langue française, il nous a semblé que le document d'information publié par la HAS, quoique parfaitement clair et exhaustif, ne pouvait être distribué que dans un nombre très limité de situations.

Aussi nous sommes-nous attachés à produire un document basé principalement sur l'image, que nous avons fait critiquer par des membres de la HAS et de l'association Césarine.


Il nous permet un dialogue simple et une mise en situation rapide avec les parturientes aussitôt qu'une décision de césarienne est prise. Sa distribution systématique au moment de la consultation d'anesthésie est à l'étude, l'objectif étant de familiariser les patientes avec cet acte s'il devait se décider dans l'urgence.

**La césarienne comment ça se passe ?**


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




**2** « Retirer bijoux, piercing, vernis à ongles, etc. »




**3** « Une préparation est nécessaire (pose d'une sonde urinaire et d'une perfusion, rasage). »




**4** « La césarienne a lieu au bloc opératoire »




**5** « Une anesthésie par péridurale est en général réalisée juste avant la césarienne »




**6** « La cicatrice fait 10 cm. La durée est en moyenne de 20 mn. »




**7** « L'enfant naît. Il est présenté à sa maman et confié au papa »




**8** « Vous pourrez allaiter rapidement si vous le souhaitez. »




**9** « Un traitement antalgique peut être donné après l'intervention. Dans tous les cas des médicaments contre la douleur vous sont prescrits »




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



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



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



**Plus d'informations**  
[http://www.has-sante.fr/portail/jsp/accueil\\_10020449/ta-cesarienne-quel-choix-faites-vous-avant-de-valoir-un-document-d-information-decision-avis-familier-accouchement](http://www.has-sante.fr/portail/jsp/accueil_10020449/ta-cesarienne-quel-choix-faites-vous-avant-de-valoir-un-document-d-information-decision-avis-familier-accouchement)

## QUELQUES RÉFLEXIONS EN GUISE DE CONCLUSION

Avec un taux de césariennes programmées d'une très grande variabilité sur le territoire, il est plus que légitime de tenter d'en harmoniser les indications et les conditions de réalisation. Les différents travaux et échanges ont bien montré la difficulté qu'il y avait tant à classer ces indications du fait des intrications possibles, qu'à définir un taux idéal.

### 1. Harmoniser les indications

Les situations qui autorisent sereinement un praticien à décider d'une césarienne sont parfaitement clarifiées grâce au document produit par le groupe de travail.

Le respect de ces recommandations est aisé dans une pratique institutionnelle, et sécurisé par les décisions collectives prises en concertation à l'occasion des staffs.

Il peut cependant exister des variations d'appréciation individuelles. Être affecté d'un plexus brachial est un handicap très sévère, y compris pour exercer des professions intellectuelles, comme les nôtres (sans parler des pianistes). Certains collègues ont tendance à être plus libéraux dans les indications de césarienne que ne le sont les recommandations.

De même lorsque des études internationales montrent qu'il y a un excès de morbidité - mineur mais démontré - lors d'un accouchement par voie basse après une première césarienne ou pour une présentation par le siège, est-ce au système de santé de décider de la gommer pour diminuer le taux de césariennes (le système judiciaire en tous cas ne le fait pas) ?

Ce qui paraît essentiel dans la démarche médicale, c'est l'obligation d'une réflexion au cas par cas associant les futurs parents, ainsi qu'une traçabilité claire dans le dossier des décisions concertées.

### 2. Harmoniser les conditions de réalisation

Il y a un consensus pour repousser au-delà de 39 SA révolues la date de réalisation des césariennes électives.

Pour autant, l'organisation des soins au quotidien appelle, à notre sens, quelques aménagements. Par exemple, l'obligation de ne pas programmer la césarienne avant 39 SA qui est, rappelons-le, une recommandation de grade C, mérite d'être réfléchie.

Repousser les césariennes programmées à 39 SA d'aménorrhée et plus (terme théorique - 10 jours) a un bénéfice prouvé pour le nouveau-né en termes maturatifs. La presque totalité des études récentes [15, 16, 19, 21] concordent pour indiquer que cette date doit être respectée lorsqu'il n'y a pas d'indication médicale ou obstétricale à intervenir plus précocement.

Cependant, programmer les interventions au-delà de 39 SA s'accompagne d'un taux plus élevé d'entrées en travail avant la date prévue de césarienne et d'une augmentation du taux de césariennes réalisées dans la plage horaire 18h00-8h00.

Ainsi, Glavind *et al.* [17] ont comparé deux groupes de femmes programmées pour une césarienne électorive à respectivement 39 SA + 3 jours et 38 SA + 3 jours. Dans le premier groupe, le taux d'entrées en travail avant la date prévue de césarienne est de 15,2 % contre 9,3 % (RR = 1,64) et le taux de césariennes réalisées dans l'intervalle 18h00-8h00 est de 10 % contre 6 % (RR = 1,68).

Or la transformation de césariennes électorives en césariennes d'urgence s'accompagne d'une morbidité plus élevée. De plus, du point de vue organisationnel, cette chirurgie d'urgence peut poser des problèmes de logistique (période où la densité de personnel est la plus basse, présence de praticiens juniors) [14, 19].

La prise en compte de ces constatations mérite d'être intégrée dans le choix de date de césarienne. On sort du bas risque strict chez les patientes ayant accouché rapidement lors d'une grossesse antérieure ou ayant un col modifié ou ayant des contractions, chez les patientes habitant à distance de la maternité, chez les patientes chez lesquelles on peut craindre une intervention difficile (adhérences, obésité, utérus cicatriciel), et du point de vue logistique, lorsque la date théorique tombe dans une zone chômeée longue. Ces éléments doivent être pris en compte. Mais cela ne doit pas devenir une facilité. Ils doivent être explicités au cas par cas pour justifier une sortie du protocole.

De même, la prise en compte du souhait des patientes, ou la volonté d'une personnalisation de l'accompagnement qui est largement souhaitée par les couples et difficile à mettre en œuvre dans les structures de grande taille, pourraient être des éléments justifiant une adaptation des recommandations.

## Bibliographie

- [1] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente).
- [2] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/affiche4\\_optimiser\\_cesar\\_12.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/affiche4_optimiser_cesar_12.pdf).
- [3] [http://www.hassante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1319076](http://www.hassante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1319076).
- [4] Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. DREES.
- [5] Indication de la césarienne programmée à terme, méthode recommandation pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique, janvier 2012. Synthèse de la RPC.
- [6] Document d'information destiné aux patientes : suis-je concernée, que dois-je savoir ? HAS 2012.
- [7] Ensemble, améliorons la qualité en santé : programme d'amélioration des pratiques (PAP) HAS, juin 2008.
- [8] Accouchements par césarienne programmée à terme avant début de travail : revue de pertinence ; CCECQUA mai 2013.
- [9] Étude sur les taux de césarienne à terme > 37 semaines. Document destiné à contribuer aux échanges avec les professionnels de santé dans le cadre du programme d'analyse et d'amélioration des pratiques. Août 2012 DGOS - bureau R5. Odile Tillon-Faure.
- [10] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/cesar\\_seminaire\\_etape.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/cesar_seminaire_etape.pdf).
- [11] La recommandation pour la pratique clinique « Indications de la césarienne programmée à terme » [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme).
- [12] Le programme d'analyse et d'amélioration des pratiques « Césarienne programmée à terme ; optimiser la pertinence du parcours patient » [http://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente?xtmc=&xtcr=3](http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente?xtmc=&xtcr=3).
- [13] La maquette de retour d'expérience [http://www.has-sante.fr/portail/plugin/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1319076](http://www.has-sante.fr/portail/plugin/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1319076).
- [14] Myers SA, Myers TP, Dawson NV. Fetal, neonatal and infant death and their relationship to best gestational age for delivery at term: is 39 weeks best for everyone? *Journal of Perinatology* 2014;34:503-507.
- [15] Caughey AB, Urato AC, Lee KA *et al*. Time of delivery and neonatal morbidity and mortality. *Am J Obst Gynecol* 2008;199:496.e1-496.e5.
- [16] Cheng YW, Nicholson JM, Nakayaga S *et al*. Perinatal outcomes in low-risk term pregnancies: do they differ by week of gestation? *Am J Obst Gynecol* 2008;199:370.e1-370.e7.
- [17] Glavind J, Henriksen TB, Kindberg SF, Ulbjerg N. Randomised trial of planned cesarean section prior to *versus* after 39 weeks: unscheduled deliveries and facility logistics. A secondary analysis. *PLOS one* 2013;12:E84744.
- [18] Robinson CJ, Villers MS, Johnson DD *et al*. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes: a cost analysis. *Am J Obst Gynecol* 2010;202:632e1-6.
- [19] Tita A, Landon M, Spong C *et al*. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *NEJM* 2009;360(2):111-120.
- [20] Bailit J, Landon M, Thom E. The MFMU Cesarean Registry: impact of time at day on cesarean complications. *AJOG* 2006;195:1132-7.
- [21] Kirbeby Hansen A, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section cohort study. *BMJ* 2008 Jan 12;336(7635):85-87.