

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

Septième partie

Audipog



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

Pertinence des césariennes programmées au sein d'un réseau de santé périnatale

F. VENDITTELLI

(pour les membres du réseau de santé périnatale d'Auvergne)
(Lyon, Clermont-Ferrand)

Résumé

Buts - L'objectif principal de cette analyse des pratiques professionnelles (APP) était la réduction du taux global des césariennes, au sein du réseau. L'objectif secondaire était d'optimiser la pertinence des indications des césariennes programmées.

Matériels et méthodes - Notre échantillon comprenait les femmes ayant eu une césarienne programmée et réalisée dans une des maternités d'Auvergne (avant ou pendant le travail), à un âge gestationnel ≥ 37 SA, étant nullipares ou primipares, quel que soit leur âge, présentant une grossesse singleton ou gémellaire, ayant un fœtus en présentation céphalique (singleton) ou jumeau 1 en céphalique (si grossesse gémellaire), et ayant donné

- 1 - AUDIPOG (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie) - Faculté de médecine RTH Laennec - 7 rue Guillaume Paradin - 69372 Lyon cedex 08
- 2 - CHU de Clermont-Ferrand - Site Estaing - 1 place Lucie et Raymond Aubrac - 63000 Clermont-Ferrand
 - 2a - Université de Clermont-Ferrand - Université d'Auvergne - EA 4681 - PEPRADE (Périnatalité, grossesse, Environnement, PRATIques médicales et DÉveloppement)
 - 2b - Réseau de santé périnatale d'Auvergne - Pôle de gynécologie-obstétrique et reproduction humaine

Correspondance : fvendittelli@chu-clermontferrand.fr

naissance à un enfant vivant ou mort-né. La méthode d'évaluation choisie a été une revue de pertinence des soins.

Résultats - L'évaluation n° 1 s'est déroulée en Auvergne d'octobre 2011 à janvier 2012 (192 dossiers). Le taux global de césariennes « non pertinentes » était de 34,4 % (IC 95 % : 27,7-41,1). Parmi celui-ci, le taux global de césariennes de convenance était de 12,0 % (IC 95 % : 7,4-16,6) et le taux global de césariennes programmées par choix interne au service était de 22,4 % (IC 95 % : 16,5-28,3). La 2^e évaluation, en 2013, a porté sur 99 dossiers. Le taux de pertinence global au sein du réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA) s'est amélioré ($p = 0,008$). Il a été observé une diminution du taux global de césariennes, entre 2011 et 2013, au sein du RSPA ($p < 0,0001$). Cette diminution a été aussi statistiquement significative dans 3 maternités sur les 10 du RSPA.

Conclusion - Une revue de pertinence des césariennes, au sein d'un réseau de santé en périnatalité, est réalisable et permet plus qu'un relevé d'indicateurs de quantifier le taux de césariennes inappropriées, quelle que soit sa cause. Cette démarche a eu un impact positif sur le taux global de césariennes au sein du RSPA, à court terme.

Mots clés : analyse des pratiques professionnelles, césariennes, revue de pertinence, réseau de santé en périnatalité

Déclaration publique d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

INTRODUCTION

Face à l'augmentation de la pratique des césariennes dans les pays développés, et vu la morbidité maternelle et néonatale induite [1], le taux de césariennes est une préoccupation nationale. Nous avons souhaité évaluer la pertinence des césariennes programmées au sein du réseau de santé périnatale d'Auvergne car il avait été constaté des taux de césariennes dans certaines maternités de types 1 et 2 plus élevés que dans le type 3 d'une part, et d'autre part, les revues de morbi-mortalité maternelle du réseau ont révélé des morbidités maternelles induites, évitables liées aux césariennes. Enfin, un *benchmarking* comportant une remise annuelle de certains indicateurs, comme le taux global de césariennes, avec comparaison à la moyenne du réseau était en place depuis 2005, mais sans impact positif sur le taux de césariennes.

L'objectif principal de cette analyse des pratiques professionnelles (APP) était la réduction du taux global des césariennes, au sein du réseau. L'objectif secondaire était d'optimiser la pertinence des indications des césariennes programmées.

I. MATÉRIELS ET MÉTHODES

I.1. Description du réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA)

Le RSPA comporte 14 établissements de santé répartis en un type 3, six types 2, trois types 1 et quatre centres périnatals de proximité ; ce qui représente 100 % des établissements de santé prenant en charge des femmes enceintes ou des nouveau-nés dans la région Auvergne. C'est un réseau ville-hôpital médico-psycho-social ayant plus de 350 libéraux adhérents.

I.2. Matériels

La population de patientes était composée de femmes ayant eu une césarienne programmée dans l'une des maternités d'Auvergne.

Les critères d'éligibilité pour cette évaluation sont décrits dans le tableau I.

Tableau I - Description des critères d'inclusion et d'exclusion pour cette APP

CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Les femmes étant nullipares ou primipares, quel que soit leur âge	Les multipares (≥ 2)
Présentant une grossesse singleton ou gémellaire, ≥ 37 SA	Les grossesses multiples (≥ 3)
Ayant un fœtus en présentation céphalique (singleton) ou J1 en céphalique (si grossesse gémellaire)	Les présentations dystociques ou potentiellement dystociques (siège et transverse)
Ayant donné naissance à un enfant vivant ou mort-né	Les césariennes en urgence (non programmées) et les indications formelles de césarienne (placenta ou obstacle praevia, etc.)

I.3. Méthodes d'évaluation retenues

La méthode d'analyse choisie a été une revue de pertinence, créée par le réseau de santé périnatale d'Auvergne et par l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (Audipog). La méthodologie a été explicitée par ailleurs [2]. Le logigramme est fourni en annexe 1.

Le référentiel a été élaboré à partir des recommandations de bonnes pratiques existantes, au début de la démarche, et qui étaient les suivantes :

- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Césarienne : conséquences et indications*. Recommandations pour la pratique clinique (RPC) 2000 ;
- CNGOF et Société francophone du diabète (SFD). *Le diabète gestationnel*. RPC 2010 ;
- Haute Autorité de santé (HAS). *Synthèse des recommandations professionnelles. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA*. Avril 2008 ;
- CNGOF. *Modalités de naissance des enfants de faible poids de naissance*. RPC 1998 ;
- CNGOF. *Rupture prématurée des membranes*. RPC 2009 ;
- CNGOF. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. *Les grossesses gémellaires*. RPC 2009 ;
- CNGOF. *Prévention du cancer du col de l'utérus*. RPC 2007 ;

- CNGOF. *Prise en charge des kystes de l'ovaire présumés bénins*. RPC 2001 ;
- CNGOF. *Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte*. RPC 2009.

De manière synthétique, les critères sélectionnés pour l'APP, issus des recommandations de pratiques nationales actuelles, éditées par le CNGOF et la HAS étaient :

- l'accouchement voie basse doit être préféré à la césarienne, sauf cas d'urgence ;
- la césarienne doit être programmée après 39 SA, sauf indication médicale contraire ;
- il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne en cas d'utérus cicatriciel et de DG, mais la césarienne sera faite en cas d'estimation du poids fœtal (EPF) > 4 250 g, associé à un diabète gestationnel (DG) ;
- la radiopelvimétrie n'est pas recommandée en cas de suspicion de disproportion foeto-pelvienne ;
- un déclenchement est possible et préférable à la césarienne en cas d'utérus uni-cicatriciel ;
- la présentation du siège n'est pas une indication absolue de césarienne ;
- il n'est pas recommandé une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de prématurité, ou de fœtus de faible poids ;
- il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne en cas de rupture prématurée des membranes (RPM) ;
- il n'y a pas lieu de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de grossesse gémellaire, quels que soient son terme, la présentation du 1^{er} jumeau ou l'utérus cicatriciel ;
- l'accouchement par les voies naturelles est possible en cas de lésions cancéreuses du col ;
- seul un obstacle praevia évident doit imposer une césarienne prophylactique ;
- la césarienne programmée ne fait pas partie des méthodes de prévention recommandées de l'incontinence urinaire postnatale, y compris chez les femmes à risque ;
- en cas de demande de césarienne de convenance, il est recommandé d'informer la patiente sur les risques inhérents à la césarienne et de l'orienter vers une voie basse.

Déroulement de l'APP : dans chaque maternité, plusieurs seniors gynécologues-obstétriciens ont participé à l'évaluation (minimum 3 et

maximum 7, en fonction de l'effectif obstétrical des maternités), en présence du senior coordonnateur du RSPA, qui est gynécologue-obstétricien et qui jouait le rôle d'expert extérieur. Il a été recherché le taux de césariennes pertinentes parmi les césariennes programmées de l'échantillon sélectionné et les causes de non-pertinence (césarienne dite de convenance ou par décision médicale). Pour ce faire, toutes les pièces du dossier médical de chaque patiente sélectionnée ont été consultées en cas de besoin (sous forme papier ou informatisé) : dossier papier et/ou informatisé d'Auvergne et/ou le compte rendu opératoire et/ou le dossier d'anesthésie et/ou les courriers et/ou les comptes rendus d'imagerie. La sélection des dossiers a été vérifiée avec les registres d'accouchements.

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

II. RÉSULTATS

II.1. Résultats de la première évaluation

Cette évaluation n° 1 s'est déroulée en Auvergne d'octobre 2011 à janvier 2012. Les dossiers ont été sélectionnés à partir de janvier 2011 jusqu'au moment de l'évaluation dans la maternité. Le nombre de dossiers sélectionnés et la date de la revue dans chaque maternité sont décrits dans le tableau II.

Le taux global de césariennes « pertinentes » parmi les césariennes programmées était de 65,6 % (IC 95 % : 58,9-72,3). Autrement dit, le taux global de césariennes « non pertinentes » était donc de 34,4 % (IC 95 % : 27,7-41,1). Parmi celui-ci, le taux global de césariennes de convenance était de 12,0 % (IC 95 % : 7,4-16,6) et le taux global de césariennes programmées par choix interne au service était de 22,4 % (IC 95 % : 16,5-28,3). Les principales indications de césariennes programmées par choix interne au service étaient : une disproportion fœtopelvienne supposée (37,2 %), notamment après réalisation d'une radiopelvimétrie (30,2 %), et l'existence d'une césarienne antérieure (25,6 %).

Tableau II - Nombre de dossiers sélectionnés et date de la revue 1 dans chaque maternité

N° maternité	Type de maternité	Date de la revue du dossier	Nombre de dossiers analysés
1	3	23/11/11	26
2	2	21/11/11	15
3	2	12/12/11	12
4	2	09/11/11	20
5	2	17/10/11	24
6	2	09/01/12	19
7	2	19/12/11	41
8	1	16/11/11	10
9	1	05/12/11	19
10	1	16/12/11	6
Total = 10 maternités	-	-	Total = 192 dossiers

II.2. Actions d'amélioration

Suite à la 1^{re} évaluation, les actions d'amélioration suivantes ont été réalisées :

- organisation d'une journée régionale *ad hoc* de formation sur la césarienne le 27 avril 2012 ;
- diffusion des résultats lors des journées de formation de juin du réseau et via le site web du réseau et via un mailing aux professionnels ;
- envoi d'un rapport par maternité avec les données de la maternité comparées à celle du réseau ;
- réalisation en parallèle d'un audit clinique portant sur la qualité des comptes rendus de césariennes (non présenté ici) ;
- et diffusion de la directive qualité du CNGOF sur le contenu attendu d'un compte rendu opératoire de césarienne à tous les obstétriciens du réseau, en avril 2013.

II.3. Résultats de la 2^e évaluation pour mesurer l'impact des actions d'amélioration sur les pratiques

Les dates de passage dans les maternités pour la revue et le nombre de dossiers sélectionnés sont donnés dans le tableau III.

Le taux de pertinence global au sein du RSPA s'est amélioré ($p = 0,008$) mais du fait d'échantillons trop petits, on ne peut conclure au sein de chaque maternité (Tableau IV). Le taux de pertinence selon le type de la maternité n'a pas varié ($p > 0,05$). Lors de la 2^e évaluation, il n'a pas été observé de césarienne de convenance.

L'objectif principal de cette APP est de diminuer le taux global de césariennes, en Auvergne. Pour cela, le suivi d'indicateurs a été poursuivi (avec *benchmarking*). Il a été observé une diminution du taux global de césariennes, entre 2011 et 2013, au sein du RSPA ($p < 0,0001$) (Tableau V). Cette diminution a été aussi statistiquement significative dans 3 maternités sur les 10 du RSPA.

Tableau III - Nombre de dossiers sélectionnés et date de la revue 2 dans chaque maternité

N° maternité	Type de maternité	Date de la revue du dossier	Nombre de dossiers analysés
1	3	16/08/2013	29
2	2	19/06/2013	8
3	2	27/05/2013	10
4	2	24/04/2013	5
5	2	17/06/2013	6
6	2	03/04/2013	6
7	2	02/04/2013	20
8	1	18/06/2013	9
9	1	20/06/2013	4
10	1	12/04/2013	2
Total = 10 maternités	–	–	Total = 99 dossiers

Tableau IV - Comparaison du taux de pertinence dans les dossiers revus entre l'évaluation 1 et 2

N° maternité	Avant n (%)	Après n (%)	P
1	21 (80,8)	26 (89,7)	0,45
2	13 (86,7)	6 (75,0)	0,59
3	5 (41,7)	6 (66,7)	0,39
4	12 (60,0)	5 (100)	0,14
5	18 (75,0)	4 (66,7)	0,65
6	10 (52,6)	3 (50,0)	0,99
7	26 (63,4)	16 (80,0)	0,19
8	4 (40,0)	7 (77,8)	0,17
9	13 (68,4)	4 (100)	0,54
10	4 (66,7)	2 (100)	0,99
Total	126 (65,6)	79 (80,6)	0,008

Tableau V - Nombre d'accouchements et taux global de césariennes en Auvergne, entre 2011 et 2012

Type	Nombre d'accouchements			Taux global de césariennes (n) %			P value
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	
3	3 440	3 654	3 532	(736) 21,4	(717) 19,6	(654) 18,5	0,01
2	1 281	1 319	1 224	(195) 15,2	(175) 13,3	(174) 14,2	0,36
2	1 233	1 250	1 238	(233) 18,9	(228) 18,2	(222) 17,9	0,82
2	1 150	1 229	1 135	(236) 20,5	(223) 18,1	(231) 20,4	0,26
2	924	923	901	(207) 22,4	(191) 20,7	(192) 21,3	0,66
2	1 190	1 198	1 156	(211) 17,7	(225) 18,8	(192) 16,6	0,39
2	2 385	2 312	2 118	(570) 23,9	(463) 20,0	(433) 20,4	0,002
1	344	349	398	(80) 23,3	(70) 20,1	(105) 26,4	0,13
1	466	498	475	(107) 23,0	(78) 15,7	(90) 18,9	0,02
1	720	656	669	(119) 16,5	(109) 16,6	(111) 16,6	0,99
Total	13 133	13 388	12 846	(2 694) 20,5	(2 479) 18,5	(2 404) 18,7	< 0,0001

III. COMMENTAIRES

La méthode APP choisie pour ce travail, la revue de pertinence, permet plus de souplesse qu'un audit clinique (grille d'audit impossible à élaborer facilement, du fait du grand nombre d'indications possibles de césarienne dont certaines très rares) et le recours possible à un avis d'experts (indispensable ici). La revue de pertinence a été bien acceptée par les professionnels, y compris par ceux de la seule maternité privée de la région. Cette approche plus qualitative où on discute, en l'absence de recommandation, la pertinence des césariennes a plus de sens pour les cliniciens que le suivi d'un taux global de césariennes, ou bien que la mise à disposition d'un taux attendu de césariennes compte tenu du profil des femmes recrutées dans leur maternité. Ce dernier outil, mis à leur disposition par l'Audipog depuis de nombreuses années, a été peu utilisé par les professionnels. Ces taux standardisés, en effet, sont peu compréhensibles pour des cliniciens non rôlés aux statistiques et donc une analyse plus qualitative est plus parlante pour eux.

Un 3^e tour des maternités d'Auvergne est en cours au moment de la rédaction de ce travail, afin de compléter les dossiers de 2013. Le nombre de participants médecins ne cesse d'augmenter, et cela pour sans doute plusieurs raisons. Un document est remis régulièrement à chaque maternité, déclinant leur revue de pertinence en leur sein (par comparaison aux résultats du RSPA), or les revues de pertinences sont fortement recommandées par la Haute Autorité de santé dans le cadre de la certification des établissements de santé. Les professionnels du RSPA ont bien compris qu'en participant aux APP du RSPA, ils réalisent aussi l'APP pour leur établissement. Par ailleurs, un émargement est réalisé à chaque évaluation sur place, pour faire valider la partie APP dans le cadre de la validation individuelle du développement professionnel continu (DPC) de chaque praticien. Ainsi, à la fin de la revue le coordinateur du réseau laisse une copie de l'émargement et de la fiche de recueil pour chaque césarienne passée en revue. Afin d'optimiser encore l'efficacité pour les professionnels des APP du réseau, une collaboration plus étroite avec les responsables qualité des établissements membres du réseau s'est mise en place en 2014.

Sur le plan scientifique, c'est la 1^{re} étude française relevant un taux de césariennes de convenance objectif, pour autant cela ne reflète pas le taux global de césariennes de convenance, ni pertinent, au sein des

césariennes programmées puisque nous travaillons sur un échantillon volontairement restreint. Le taux de césariennes de convenance y est cependant non négligeable, à notre grand étonnement au début de la démarche d'APP. Cette problématique a été discutée par ailleurs [1]. Le choix de limiter les dossiers à passer en revue, c'est-à-dire de ne pas passer en revue toutes les césariennes programmées du RSPA, doit être discuté. Tout d'abord, il aurait été très lourd (grand nombre de dossiers) et donc contre-productif (perte de temps et mauvaise acceptabilité par les professionnels) de revoir tous les dossiers de césariennes programmées. L'APP même aurait été discréditée si on avait passé en revue des dossiers où l'indication de césarienne était d'emblée formelle (ex. : obstacle praevia). On a aussi écarté les sièges, car le consensus aurait sans doute été plus difficile à obtenir.

Les réseaux français de santé en périnatalité sont considérés comme l'un des leviers pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Les réseaux ont, entre autres, un rôle d'homogénéisation des pratiques professionnelles via notamment des évaluations de pratiques professionnelles (EPP). Une revue de pertinence portant sur les césariennes nécessite un climat serein et confraternel au sein du réseau sinon une telle revue serait vouée à l'échec via, par exemple, la non-participation des obstétriciens de la maternité visitée. Dans cette étude, 100 % des maternités ont participé à cette revue de pertinence, ce qui donne à nos résultats une bonne validé régionale.

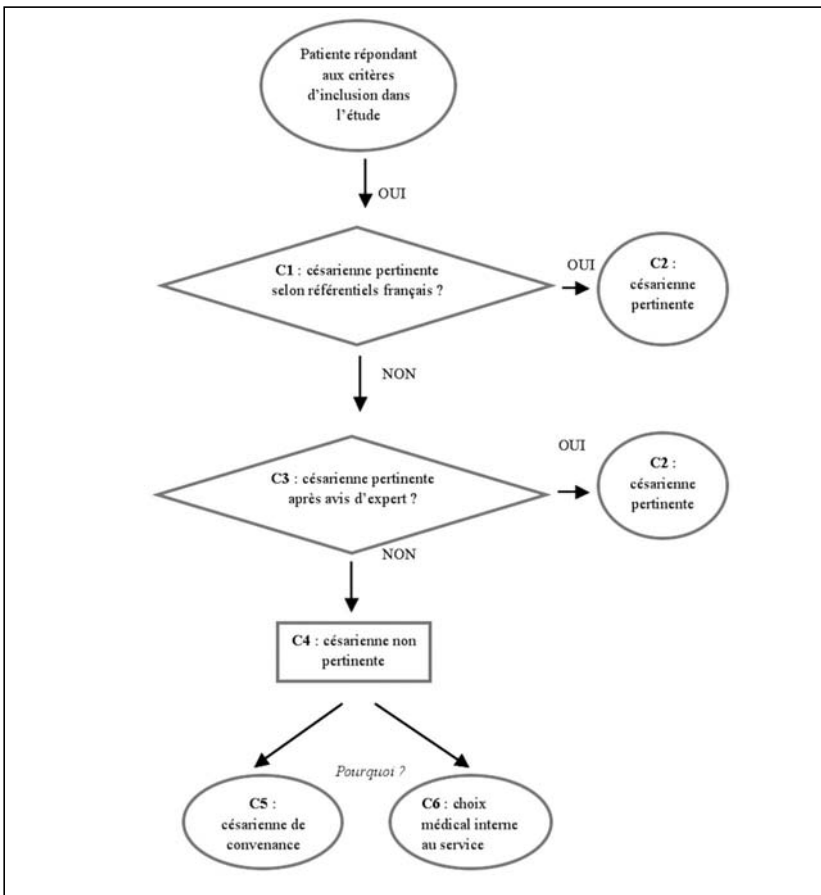
Cette démarche d'APP a nécessité de créer un référentiel à partir de tous ceux existants, car la recommandation de la HAS sur la césarienne n'a été diffusée qu'en 2012 [3]. En pratique, le groupe de travail de la HAS a eu la même démarche que le RSPA et cette recommandation ne contredit pas nos critères d'évaluation.

CONCLUSION

Notre étude a révélé que, dans les faits, les recommandations françaises portant sur les indications de césariennes n'étaient pas toujours bien suivies par les professionnels de santé de notre réseau. Cette notion avait déjà été signalée dans une étude française réalisée à partir de la base de données Audipog, sur l'impact des recommandations de pratiques cliniques (RPC) en France [4]. Une telle revue de pertinence des césariennes, au sein d'un réseau de santé périnatal,

est réalisable et permet plus qu'un relevé d'indicateurs de quantifier le taux de césariennes inappropriées, quelle que soit sa cause. Cette démarche a eu un impact positif sur le taux global de césariennes au sein du RSPA. Pour compléter ce travail, une enquête Delphi via le CNGOF pour connaître, entre autres, les indicateurs qualité portant sur les césariennes qui ont un sens pour les cliniciens devrait débuter fin 2014, sous l'égide du CNGOF.

Annexe 1 - Représentation graphique de l'outil « revue de pertinence des césariennes »



Description des critères de la grille

- Critère n° 1 (C1) : la question est de savoir si la césarienne est pertinente compte tenu des référentiels nationaux français (RPC définies plus haut).
- Critère n° 2 (C2) : si la réponse à cette question est oui, alors la césarienne est considérée comme pertinente.
- Critère n° 3 (C3) : si la réponse à cette question est non, c'est-à-dire que les référentiels publiés permettent de répondre à cette question (ou pas), alors les experts présents lors de cette revue de pertinence décident collégalement de classer la césarienne pertinente ou non.
- Critère n° 4 (C4) : la césarienne est non pertinente après avis des experts.
- Critère n° 5 (C5) : si la césarienne est non pertinente, on cherche à déterminer s'il s'agit d'une césarienne de convenance, c'est-à-dire d'une demande exclusive de la femme.
- Critère n° 6 (C6) : si la césarienne est non pertinente, on cherche à déterminer s'il s'agit d'une décision médicale interne au service.

Bibliographie

[1] Racinet C, Vendittelli F. La césarienne, 2^e édition. Éditions Sauramps Médical, Montpellier, 2013.

[2] Vendittelli F, Tassié Marie-Caroline, Gerbaud L, Lémery D. Appropriateness of elective caesarean deliveries in a perinatal network: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;14:135. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/135>).

[3] Haute Autorité de santé (HAS). Recommandations de bonne pratique.

Indications de la césarienne programmée à terme. HAS Press: Paris, 2012. (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme).

[4] Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Giraud-Roufast A, Audipog Sentinel Network: Do French guidelines have an impact on medical practice? *Rev Épidemiol Santé Publique* 2012, e-pub ahead of print 14 September 2012; doi: 10.1016/j.respe.2012.03.002.