



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Indications de la césarienne programmée à terme

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

RECOMMANDATIONS

Janvier 2012

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont résumés en dernière page (fiche descriptive) et décrits dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes.....	4
Préambule.....	5
Recommandations	6
1 Quelles sont les indications de la césarienne programmée ?	6
1.1 Utérus cicatriciel	6
1.2 Grossesse gémellaire.....	6
1.3 Présentation par le siège	7
1.4 Macrosomie.....	7
1.5 Transmissions mère-enfant d'infections maternelles.....	8
1.6 Autres indications	9
1.7 Césarienne sur demande.....	10
2 Quelles sont les informations à transmettre à la femme enceinte lorsqu'une césarienne programmée est envisagée ?.....	11
Perspectives	11
Annexe 1. Méthode de travail	13
Participants.....	17
Fiche descriptive	19

Abréviations et acronymes

Tableau. Abréviations les plus courantes

Abréviation	Libellé
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
HSV 1/2	<i>Herpes simplex</i> virus de type 1 (HSV-1) ou de type 2 (HSV-2)
RBP	Recommandation de bonne pratique
SA	Semaine d'aménorrhée
TME	Transmission mère-enfant
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VME	Version par manœuvres externes
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Préambule

Contexte d'élaboration

La HAS a été saisie par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour élaborer une recommandation de bonne pratique (RBP) sur le thème des indications de réalisation d'une césarienne programmée.

Objectif de la recommandation

Cette recommandation vise à répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les indications de la césarienne programmée ?
- Quelles sont les informations à transmettre à la femme enceinte lors qu'une césarienne programmée est envisagée ?

Les objectifs d'amélioration des pratiques de cette recommandation sont de :

- décrire la morbi-mortalité des mères, des fœtus et des enfants liée aux voies d'accouchement initialement prévues ;
- préciser les indications des césariennes programmées ;
- proposer un document d'information pour les patientes et leur entourage sur les conséquences et risques associés à la césarienne afin de réduire l'hétérogénéité des informations qui leur sont transmises.

Les populations concernées par ces recommandations sont les femmes enceintes présentant une indication de césarienne programmée à terme (après 37 semaines d'aménorrhée [SA]) en dehors de tout contexte d'urgence.

Les professionnels concernés par ces recommandations sont les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les néonatalogistes, les pédiatres, les anesthésistes-réanimateurs, tous autres professionnels prenant en charge les césariennes programmées.

Définitions

La définition de la césarienne programmée retenue dans ces recommandations est la césarienne programmée à terme (≥ 37 SA), non liée à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail.

Sont exclues du champ de ces recommandations :

- les indications d'une césarienne programmée avant terme (< 37 SA) ;
- les indications d'une césarienne liée à une situation d'urgence apparaissant avant le travail ou au cours du travail.

Il est à noter qu'une césarienne programmée peut être réalisée en urgence antérieurement au terme initialement prévu.

Recommandations

1 Quelles sont les indications de la césarienne programmée ?

1.1 Utérus cicatriciel

Un utérus est dit cicatriciel lorsqu'il comporte, en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps, une ou plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices cervicales, les cicatrices purement muqueuses et les cicatrices purement séreuses.

L'augmentation ces dernières années du taux de césariennes dans les pays industrialisés s'accompagne d'une augmentation du nombre de femmes enceintes porteuses d'un utérus cicatriciel. Dans ces pays, la césarienne est la principale étiologie de la cicatrice utérine. Compte tenu de la littérature disponible, les recommandations concernent uniquement l'antécédent de césarienne.

Utérus cicatriciel	
Antécédents de césarienne	
C	L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne programmée.
AE	Les comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus et de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont utiles pour choisir le mode d'accouchement. Cependant, l'absence de ces éléments n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée.
AE	L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie.
AE	Une échographie de la cicatrice utérine n'est pas nécessaire.
C	En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse, sauf en cas de cicatrice corporéale.
C	En cas d'antécédent de 3 césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée.
C	Dans les autres situations, dont l'utérus bicicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas.

1.2 Grossesse gémellaire

Par rapport à une grossesse monofoetale, la grossesse gémellaire est associée à des risques plus importants de prématurité avant 37 SA (risque multiplié par 7) et de faible poids (risque de poids de naissance inférieur à 2 500 g multiplié par 9 environ). Le taux de césariennes avant le travail est trois fois plus important pour la grossesse gémellaire que pour la grossesse monofoetale.

Les pratiques obstétricales françaises se caractérisent par une prise en charge active de la naissance du 2^e jumeau (accouchement dirigé de J2) afin de réduire l'intervalle de temps entre les deux naissances.

Grossesse gémellaire

- | | |
|----------|--|
| C | Une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en céphalique n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. |
| C | Dans le cas d'une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en siège, les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre. |

1.3 Présentation par le siège

La présentation par le siège est définie par la présence en regard du détroit supérieur du pôle fœtal représenté par le sacrum dans le mode décomplété et par les pieds dans le mode complet. Le taux de présentations en siège lors d'un accouchement à terme d'un enfant unique se situe aux alentours de 3 à 5 % des accouchements.

Présentation par le siège

Critères d'acceptabilité de la tentative de voie basse

- | | |
|----------|---|
| B | La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. |
| C | <p>Les critères d'acceptabilité de la voie basse, sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales ; • absence de déflexion de la tête fœtale ; • coopération de la patiente. <p>L'évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse définis ci-dessus, doit être réalisée, avant toute décision de césarienne programmée.</p> |

Césarienne programmée

- | | |
|-----------|--|
| C | En cas d'indication de césarienne programmée pour le siège, il est recommandé de proposer à la patiente une version par manœuvres externes (VME) en accord avec les recommandations nationales et internationales traitant de la prise en charge d'une présentation par le siège et dans le respect des modalités de pratique édictées dans celles-ci. |
| C | En conséquence, en cas de présentation par le siège il est recommandé de réaliser une césarienne programmée, dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales ; • déflexion persistante de la tête fœtale ; • non-coopération de la patiente. |
| AE | Il est nécessaire de contrôler par échographie la persistance de la présentation juste avant l'accès au bloc opératoire pour pratiquer la césarienne. |
| C | Pour toutes les autres situations, le choix entre la césarienne et la voie basse est à discuter au cas par cas. |

1.4 Macrosomie

L'évaluation du poids fœtal reste difficile à déterminer de façon précise malgré l'évolution des examens prénatals : échographie, méthode clinique (manœuvre de Léopold), méthode maternelle (basée sur l'expérience maternelle en cas de grossesse multipare).

La macrosomie fœtale est généralement définie par un poids de naissance supérieur à 4 000 g ou par un poids de naissance supérieur au 90^e percentile d'une courbe de référence de la

population donnée. La fréquence rapportée est variable selon les seuils choisis et les populations étudiées et se situe entre 5 et 10 % des naissances.

Dans le cas de ces recommandations une macrosomie correspond à une estimation du poids fœtal à partir de 4 000 g, en tenant compte des difficultés d'évaluation du poids fœtal. La macrosomie fœtale constitue l'une des complications du diabète maternel (essentiellement diabète gestationnel).

Macrosomie	
Macrosomie hors diabète	
C	En l'absence de diabète, la macrosomie n'est pas en elle-même une indication systématique de césarienne programmée.
C	La césarienne programmée est recommandée en cas de poids fœtal estimé supérieur ou égal à 5 000 g.
C	En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 500 g et 5 000 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas.
Macrosomie liée au diabète	
C	En présence d'un diabète, la césarienne programmée est recommandée en cas d'estimation du poids fœtal supérieur ou égal à 4 500 g.
C	En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 250 g à 4 500 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas en tenant compte des autres critères liés à la pathologie et au contexte obstétrical.
Antécédents de césarienne	
C	La suspicion de macrosomie n'est pas en elle-même une indication systématique de césarienne programmée en cas d'utérus cicatriciel.
Antécédents de dystocie	
C	Les antécédents de dystocie des épaules sont à rechercher et à renseigner en détail.
C	En cas de suspicion de macrosomie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée

1.5 Transmissions mère-enfant d'infections maternelles

Dans ce contexte, la césarienne programmée vise à réduire le risque de transmission verticale des infections virales de la mère à l'enfant (transmission mère-enfant [TME]). Les autres interventions utilisées dans ce contexte, tels les traitements médicamenteux, ne font pas partie du thème de ces recommandations.

La TME du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a lieu le plus souvent au moment de l'accouchement. Elle fait alors suite aux contractions utérines et à la rupture des membranes, par exposition directe du fœtus au sang maternel et aux sécrétions cervicovaginales. Une charge virale plasmatique maternelle élevée est le facteur de risque le plus important de la TME du VIH. Un contrôle précoce de la charge virale maternelle au moment de l'accouchement permet d'éviter la transmission du VIH. La TME se produit plus rarement pour des charges virales indétectables (< 50 copies/ml).

Le virus de l'herpès, *Herpes simplex* virus de type 1 (HSV-1) ou de type 2 (HSV-2), peut se transmettre de la mère à l'enfant dans la majorité des cas au cours de l'accouchement à

partir des lésions génitales. L'herpès néonatal cause une morbi-mortalité importante, notamment liée à des anomalies du neurodéveloppement.

Transmission mère-enfant d'infection maternelle

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH1, VIH2)

C Il est recommandé de réaliser une césarienne programmée en cas de charge virale supérieure à 400 copies VIH/ml.

AE Dans le cas d'une charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/ml une discussion entre le gynécologue-obstétricien et l'infectiologue est nécessaire.

- Si la cinétique de la charge virale est décroissante, une voie basse est proposée.
- Si la cinétique de la charge virale est croissante, une césarienne programmée est proposée.

Virus de l'hépatite C (VHC)

C Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée dans le cas d'une mono-infection par le VHC.

AE Dans le cas d'une co-infection VIH/VHC, la césarienne programmée est recommandée en raison de l'augmentation du taux de transmission maternofoetale du VHC.

Virus de l'hépatite B (VHB)

AE Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée dans le cas d'une mono-infection VHB, ou d'une co-infection VHB/VIH.

Virus de l'herpès (HSV-1, HSV-2)

C Si une primo-infection herpétique se déclare après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39 SA en raison du risque d'herpès néonatal.

C Des récurrences herpétiques pendant la grossesse ne sont pas une indication de césarienne programmée.

1.6 Autres indications

Les objectifs de la RBP ont été de cibler les indications majeures de la césarienne programmée.

Il existe par ailleurs des situations variées et plus rares où la réalisation d'une césarienne programmée est à discuter au cas par cas. Il s'agit en particulier des situations suivantes :

- défaut de placentation (*placenta accreta*, *placenta prævia*, etc.) ;
- malformations fœtales et fœtopathies (anasarque, hernie diaphragmatique, thrombopénie fœtale, omphalocèle, laparoschisis, etc.) ;
- antécédents et pathologies maternelles intercurrentes (ex. : accident vasculaire cérébral, etc.) ;
- problèmes périnéaux (antécédents de périnée complet compliqué, cure de prolapsus et/ou incontinence urinaire, etc.).

Indications de fréquence plus rare

AE Il existe des situations à risque pour lesquelles la césarienne programmée est nécessaire (par exemple : *placenta prævia* recouvrant).

AE Il existe des situations de fréquence plus rare pour lesquelles la césarienne programmée peut être discutée au cas par cas, en concertation en équipe avec les spécialistes concernés par une pathologie fœtale et/ou maternelle.

1.7 Césarienne sur demande

Selon la définition la plus souvent retenue dans la littérature, la césarienne sur demande concerne la césarienne sur demande maternelle en l'absence d'indications médicales ou obstétricales.

La césarienne sur demande maternelle sans indication médicale et/ou obstétricale n'est pas une situation clinique parfaitement identifiable à partir d'activité de codage ou dans les études observationnelles. Son incidence est difficilement estimable.

La césarienne sur demande maternelle pourrait être la résultante de facteurs multiples comprenant des facteurs internes (expérience personnelle, perception de la naissance, etc.), des facteurs externes (informations obtenues auprès de la famille, des amis, des médias, des professionnels de santé) mais aussi plus spécifiques (impression d'une sécurité pour l'enfant et pour la mère, notion de contrôle et de préservation).

Selon la littérature, les principales causes associées à une demande maternelle de césarienne seraient la peur de la naissance, en particulier chez les primipares, ainsi que les mauvaises expériences lors d'une précédente grossesse.

Les débats et les controverses actuels autour de la césarienne sur demande sont aussi liés à de nouvelles problématiques : la demande accrue des femmes de participation active au choix du mode d'accouchement (autonomie de décision de la patiente) et l'éventuelle augmentation du risque de procédure juridique envers le médecin quant au choix du mode d'accouchement en cas de complications.

Césarienne sur demande

Information de la patiente sur la césarienne sur demande

La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les rapporter dans le dossier médical.

Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, il est recommandé de lui proposer un accompagnement personnalisé. Une information sur la prise en charge de la douleur peut constituer une réponse efficace à cette peur.

L'information et la discussion doivent intervenir le plus tôt possible, en particulier lors de l'entretien prénatal précoce, en accord avec les recommandations HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité.

AE

Les bénéfices attendus par la patiente doivent être mis en regard des risques associés à la césarienne et expliqués à la patiente (en particulier, le risque accru de *placenta prævia* et *accreta* associé à la césarienne pour les grossesses futures).

Après recueil des raisons de la demande initiale, suivi d'une information sur les différents modes d'accouchement, l'acceptation d'une césarienne sur demande nécessite une analyse concertée avec la patiente de ses motivations.

Attitude du professionnel

AE

Un médecin peut décliner la réalisation d'une césarienne sur demande. Il doit alors orienter la patiente vers un de ses confrères.

2 Quelles sont les informations à transmettre à la femme enceinte lorsqu'une césarienne programmée est envisagée ?

La décision du mode d'accouchement (césarienne ou accouchement par les voies naturelles, encore appelé accouchement par voie basse) est réévaluée tout au long de la grossesse en fonction de différents éléments médicaux et obstétricaux.

La décision de pratiquer une césarienne peut être prise avant l'accouchement si, à l'examen, des difficultés dans le déroulement de l'accouchement sont prévisibles et susceptibles d'entraîner des conséquences pour l'enfant ou sa mère.

En fonction du déroulement de la grossesse, le mode d'accouchement effectif, c'est-à-dire celui réellement intervenu, sera conforme ou non à celui initialement programmé.

Information de la patiente	
Modes d'accouchement	
AE	Pour toute césarienne programmée, une information de la femme enceinte est nécessaire (indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation). Les éléments d'information communiqués doivent être mentionnés dans son dossier médical.
AE	Il est recommandé d'informer les femmes enceintes de l'existence d'événements pouvant intervenir avant ou pendant le travail et modifier le mode d'accouchement initialement programmé.
Conséquences de la césarienne programmée	
C	En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoétales.
C	Il est recommandé d'informer la patiente de la balance bénéfices/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse dans sa situation particulière. En particulier : <ul style="list-style-type: none"> la césarienne programmée augmente les risques de complications pour les grossesses futures ;
AE	<ul style="list-style-type: none"> la césarienne programmée augmente les accidents thromboemboliques veineux.

Un document d'information destiné aux femmes enceintes est proposé en annexe de ces recommandations.

Perspectives

Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, le taux de césariennes s'est stabilisé depuis le début des années 2000. En France, une femme sur cinq donne naissance par césarienne. Dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée.

Une hétérogénéité des pratiques a été cependant relevée par différentes enquêtes, en particulier entre les différents établissements et les différents départements.

Plusieurs types de facteurs, liés entre eux, peuvent influencer sur le nombre d'actes de césarienne : les caractéristiques des femmes, celles des maternités, et les pratiques médicales. Sans qu'aucun d'entre eux ne puisse être la seule variable explicative des taux de césariennes programmées et des variations rapportées dans les différentes enquêtes.

Le taux global de césariennes programmées ne semble pas le critère le plus pertinent à la mise en place d'un programme d'amélioration des pratiques. En effet, il ne permet pas de

prendre en compte la complexité et la diversité des situations médicales, l'existence de populations maternelles différentes, la variabilité de l'offre de soins selon les territoires, et autres éléments organisationnels. En outre, il ne rend pas compte de l'existence possible de césariennes programmées pour des raisons autres que des indications médicales, que cela soit les césariennes sur demande maternelle mais aussi les césariennes programmées pour des raisons organisationnelles, de pratiques professionnelles, d'offre de soins hétérogène sur le territoire, etc.

Il serait intéressant de disposer de données de pratiques et/ou de réaliser une enquête prospective pour se doter d'outils d'analyse sur le chemin clinique des patientes enceintes selon chacune des situations cliniques et de s'interroger sur les critères d'évaluation les plus pertinents.

Annexe 1. Méthode de travail

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et des représentants des patients et des usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la RBP (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes les RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage www.has-sante.fr). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP (RPC) et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

La note de cadrage, validée par le Collège de la HAS le 18 mai 2011, est disponible sur le site, en annexe.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Le groupe initialement constitué était composé de 9 gynécologues-obstétriciens, 4 sages-femmes, 2 pédiatres néonatalogistes, 1 échographiste, 1 anesthésiste-réanimateur, 1 cadre hospitalier Ibode, 1 épidémiologiste, 2 représentants de patients et usagers de soins. Deux membres du groupe (1 gynécologue-obstétricien, 1 cadre hospitalier IBODE) ont dû annuler leur participation au groupe pour des raisons professionnelles. En raison des délais nécessaires à la sollicitation de nouveaux experts et à la validation de leur participation au regard de leur déclaration d'intérêts (voir paragraphe suivant), ils n'ont pu être remplacés avant le début des premières réunions. Deux autres membres du groupe (2 gynécologues-obstétriciens) n'ont pas assisté aux réunions ; l'un d'entre eux a été intégré au groupe de lecture.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un(plusieurs) chargé(s) de projet est(ont) également désigné(s) par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il(s) aide(nt) également à la rédaction des recommandations.

Au regard des délais de réalisation de ce projet, 5 chargé(e)s de projet ont participé à l'élaboration de l'argumentaire scientifique.

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le(s) chargé(s) de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de travail (voir argumentaire scientifique pour détails).

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats. L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Le groupe de travail s'est réuni les 27 septembre et 21 octobre 2011.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, des professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail. Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL¹ disponible sur le site de la HAS www.has-sante.fr) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur leur applicabilité, leur acceptabilité et leur lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

La phase de lecture s'est déroulée du 04 au 28 novembre 2011. Sur les 69 personnes sollicitées, 43 ont validé un questionnaire de réponse dans les délais impartis à la consultation (taux de participation 62,3 %). L'ensemble des cotations et commentaires émis par le groupe de lecture est disponible en document annexe au projet. Plusieurs autres experts ont apporté des commentaires sur le texte initial des recommandations.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations au cours d'une réunion de travail.

Le groupe de travail s'est réuni le 01 décembre 2011. Outre la version finale des recommandations, une fiche d'information destinée à la patiente a été proposée par le groupe de travail lors de cette réunion.

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au comité de validation des recommandations de bonne pratique pour avis et au Collège de la HAS pour validation. Ce dernier autorise par sa validation leur diffusion. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés. Le Collège s'est réuni le 21 décembre 2011 et le 11 janvier 2012.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur l'élaboration des recommandations de bonne pratique selon la méthode Recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par la HAS en décembre 2010 : Élaboration de recommandations de bonne pratique - Méthode

¹ GRaAL : gestion rationalisée des avis de lecture

Recommandations pour la pratique clinique². Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été examinées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts³ et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts (CGCI).

Le CGCI a validé la participation des experts proposés les 21 juin et 19 juillet 2011. Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr.

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

² Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

³ Haute Autorité de Santé. Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010

Participants

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à l'une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de cette recommandation de bonne pratique :

Association des épidémiologistes de langue française (Adelf)
Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (Audipog)*
Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)*
Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT)*
Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)*
Collège de médecine générale
Collège français d'échographie fœtale (CFEF)*
Collège français de médecine d'urgence (CFMU)
Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)*
Collège national des sages-femmes (CNSF)*
Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)*
Groupe de pédiatrie générale de la Société française de pédiatrie*
Samu de France
Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)*
Société française de gynécologie (SFG)
Société française de néonatalogie (SFN)*
Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (Syngof)*
Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (Unaibode)*
Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises (UNSSF)*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Groupe de travail

Pr Fabrice Pierre, gynécologue-obstétricien, Poitiers - président du groupe de travail
Mme Sophie Blanchard, Saint-Denis - chef de projet HAS
Dr Thomas Schmitz, gynécologue-obstétricien, Paris - chargé de projet
Dr Muriel Dhénain, Saint-Denis - chef de projet HAS, chargé de projet
Dr Christine Revel-Delhom, Saint-Denis - chef de projet HAS, chargé de projet
M. Emmanuel Nouyrigat, Saint-Denis - chef de projet HAS, chargé de projet

Mme Madeleine Akrich, représentante d'usagers, Paris
Mme Béatrice Blondel, chercheur épidémiologiste, Paris
Dr Martine Bonnin, anesthésiste-réanimateur, Clermont-Ferrand
Dr Jean-Claude Franco, échographiste, Paris
Mme Sonia Heimann, représentante d'usagers, Paris
Pr Delphine Mitanchez, néonatalogiste, Paris
Mme Sabine Paysant, sage-femme, Mons-en-Baroeul

Dr Jacques Rivoallan, gynécologue-obstétricien, Quimper
Dr Jacques Schirrer, néonatalogiste, Besançon,
Mme Annie Sirven, sage-femme, Vesseaux
Dr Jean Thévenot, gynécologue-obstétricien, Toulouse
Dr Delphine Vardon, gynécologue-obstétricien, Caen
Mme Prisca Wetzel-David, sage-femme, Paris

Groupe de lecture

Mme Fabienne Alfosea-Bukentas, cadre de santé Ibode, Lambesc
Mme Araceli Algar, cadre de santé Ibode, Paris
Dr Olivier Ami, gynécologue-obstétricien, Clamart
Dr Emmanuel Ardiet, gynécologue-obstétricien, Lens
Dr Georges Barau, gynécologue-obstétricien, Saint-Pierre
Mme Françoise Bardes, représentante d'usagers, Paris
Dr André Benbassa, gynécologue-obstétricien, Saint-Martin-d'Hère
Dr Gaël Beucher, gynécologue-obstétricien, Caen
Mme Chantal Birman, sage-femme, Bagnolet
Dr Jean-Alain Bournazeau, gynécologue-obstétricien, Saint-Jean
Dr Elisabeth Briand-Huchet, pédiatre néonatalogiste, Clamart
Mme Claudine Burban, sage-femme enseignante, Nantes
Dr Antoine Burguet, pédiatre, néonatalogiste, Dijon
Dr Dominique Chassard, anesthésiste-réanimateur, Bron
M. Vincent Cicero, sage-femme, Aubervilliers
Dr Henri Cohen, gynécologue-obstétricien, Paris
Mme Odile Cordier, sage-femme, Beauvais
Dr Gilles Dauptain, gynécologue-obstétricien, Gonesse
Mme Mathilde de Calan, sage-femme, Paris
Mme Catherine De Metz, sage-femme, Gien
Mme Charline Depooter, cadre de santé Ibode, Toulon
Pr Claude D'Ercole, gynécologue-obstétricien, Marseille
Dr Christian Dognin, gynécologue-obstétricien, Douai
Pr Michel Dreyfus, gynécologue-obstétricien, Caen

Dr Anne-Sophie Ducloy-Bouthors, anesthésiste-réanimateur, Lille
Mme Catherine Foulhy, sage-femme, Clermont-Ferrand
Dr Michel Francoise, pédiatre néonatalogiste, Chalon-sur-Saône
Dr Jeanne Fresson, pédiatre, Nancy
Dr Pascal Gaucherand, gynécologue-obstétricien, Bron
Mme Delphine Halle, représentante d'usagers, Marcq-en-Baroeul
Dr Gilles Kayem, gynécologue-obstétricien, Colombes
Pr Hawa Keita-Meyer, anesthésiste-réanimateur, Colombes
Mme Jacqueline Lavillonnière, sage-femme, Saint-Lambert-du-Lattay
Mme Annie Lecuyer, sage-femme, Grasse
Dr Frédéric Mercier, anesthésiste-réanimateur, Clamart
Dr Olivier Multon, gynécologue-obstétricien, Saint-Herblain
Dr Jacky Nizard, gynécologue-obstétricien, Paris
Pr Jean-François Oury, gynécologue-obstétricien, Paris
Mme Emmanuelle Phan, représentante d'usagers, Liré
Dr Alain Proust, gynécologue-obstétricien, Antony
Pr Francis Puech, gynécologue-obstétricien, Lille
Mme Sylène Salse, cadre de santé Ibode, La Chaise-Dieu
Pr Loïc Sentilhes, gynécologue-obstétricien, Angers
Dr Anne Laure Sutter-Dallay, psychiatre, Bordeaux
Dr Pierre Tourame, gynécologue-obstétricien, Marseille
Dr Françoise Venditelli, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand

Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

Pr Hubert Allemand, Cnamts, Paris
Mme Maëlla Beddou, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris
Mme Marie-Christine Eustache-Nauleau, représentante d'usagers, Nantes
Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, Paris

Fiche descriptive

TITRE	Indications de la césarienne programmée à terme
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date de mise en ligne	2012
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire la morbi-mortalité des mères, des fœtus et des enfants liée aux voies d'accouchement initialement prévues • Préciser les indications des césariennes programmées • Proposer un document d'information pour les patientes et leur entourage sur les conséquences et risques associés à la césarienne afin de réduire l'hétérogénéité des informations qui leur sont transmises
Patients ou usagers concernés	Les populations concernées par ces recommandations sont les femmes enceintes présentant une indication de césarienne programmée à terme en dehors de tout contexte d'urgence.
Professionnels concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels concernés par ces recommandations sont les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les pédiatres, les anesthésistes-réanimateurs, tous autres professionnels prenant en charge les césariennes programmées.
Demandeur	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Mme Sophie Blanchard, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Sladana Praizovic
Recherche documentaire	De 2001 à 2011 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe de l'argumentaire scientifique) Réalisée par M. Aurélien Dancoisne, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l'argumentaire	Mme Sophie Blanchard, Saint-Denis - chef de projet HAS, Dr Muriel Dhénain, Saint-Denis - chef de projet HAS, Dr Christine Revel, Saint-Denis - chef de projet HAS, M. Emmanuel Nouyrigat, Saint-Denis - chef de projet HAS, Dr Thomas Schmitz, gynécologue-obstétricien, Paris - chargé de projet
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Pr Fabrice Pierre, gynécologue-obstétricien, Poitiers), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du <i>Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts</i> . Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Validation par le Collège de la HAS en janvier 2012
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Recommandations et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	RPC « Indication de la césarienne programmée à terme » (HAS 2012)