

Messages clés



Définitions



Choix du thème



Programme d'amélioration de la qualité

Démarche processus



Planning the mode of birth NHS 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





Comment mettre en œuvre des recommandations professionnelles ?

Il est désormais prouvé que le changement des pratiques professionnelles dépend non seulement des avancées de la science, mais aussi de l'organisation du système de santé avec notamment la coordination des acteurs autour du parcours du patient, ainsi que des valeurs du patient avec notamment l'éducation thérapeutique.

Des membres du groupe de travail de la recommandation de bonne pratique « Indications de la césarienne programmée à terme » élaborée en 2012 se sont réunis avec des experts en méthode qualité, pour **développer des outils facilitateurs d'actions d'amélioration**. Ils décrivent dans ce document des parcours génériques de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne, en fonction de facteurs de risques développés dans la recommandation. Des exemples concrets de méthodes et d'outils d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont proposés aux différentes étapes des parcours. Les objectifs de qualité utilisés comme références sont issus des recommandations. La qualité se mesure, une liste de sources de données disponibles complète les exemples d'indicateurs possibles à développer localement.

La bonne intervention de santé¹, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient

Une exigence difficile à réaliser au quotidien, un objectif qui mobilise en permanence tous les acteurs impliqués autour des patients. Ce document entend apporter une aide concrète pour améliorer la pertinence des césariennes programmées. Les **retours d'expérience** enrichiront la version électronique, pour les partager et enrichir les connaissances, permettant ainsi une amélioration continue des processus.

1. Toute activité visant à préserver ou améliorer la santé d'une population, promotion de la santé, prévention, action diagnostique, action thérapeutique, etc.





Un **programme d'analyse et d'amélioration de la pertinence** réunit autour du parcours du patient :

- des objectifs de qualité et de sécurité des soins issus des références scientifiques et réglementaires,
- des données pour mesurer les pratiques professionnelles et l'impact des démarches d'amélioration,
- des méthodes et outils pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Un tel programme se veut faisable, acceptable, conforme aux objectifs et évaluable.

La description du **parcours du patient sous forme de processus (clinical pathway)** favorise la coordination de tous les acteurs - patient et son entourage, professionnels de santé, personnel technique, administratif et social - pour optimiser les résultats de santé tout en maximisant l'efficacité (1). Pour pouvoir être mis en œuvre, ce programme est **à décliner en fonction de l'organisation locale**. Il favorise la mise en œuvre des recommandations, avec l'application concrète d'actions d'amélioration (2) (par exemple des algorithmes décisionnels, des protocoles de soins multidisciplinaires, un dossier standardisé structuré). En effet, une intervention de santé dépend non seulement des connaissances scientifiques, mais aussi des valeurs du patient et de l'organisation des soins (*evidence based medicine*) (3) qui sont autant de leviers à mobiliser pour obtenir un changement des pratiques.

En anglais *appropriateness* (4), la **pertinence** se focalise sur **les indications et non indications** des interventions de santé. Elle est définie par des soins nécessaires et appropriés, c'est-à-dire avec un bénéfice attendu (augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, réduction de l'anxiété, amélioration des capacités fonctionnelles) supérieur aux conséquences négatives éventuelles (mortalité, morbidité, anxiété, douleur, temps perdu). La pertinence prend en compte efficacité, sécurité et coût relatif (5). Dans un système aux ressources limitées (budget de la santé) qui se veut équitable, l'utilisation optimale et partagée de ces ressources est une exigence de la société. On distingue 3 types de « **non-pertinence** » :

- une mauvaise indication d'intervention de santé ou *misuse* occasionne des risques supérieurs aux bénéfices,
- une intervention inutile ou *overuse* (utilisation en excès) peut entraîner une perte de chance par le délai occasionné dans le parcours de soins du patient, ou par la gêne occasionnée pour les interventions suivantes (« cicatrice »),
- l'absence d'intervention ou *underuse* (sous-utilisation) peut entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

Le programme sera enrichi par des **retours d'expérience** concrets mis en ligne sur le site de la HAS, afin de partager des outils développés sur le terrain (merci de faire part de votre expérience à evaluationdespratiques@has-sante.fr). La méthode utilisée, les actions d'amélioration, les difficultés rencontrées et les solutions pour les surmonter ainsi que les résultats seront détaillés autant que possible.





Césarienne programmée à terme



Professionnels de santé concernés



Recommandations



Contexte



Enjeu



Modes effectifs d'accouchement

Césarienne programmée à terme



Ce document propose des parcours types de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme. La comparaison du parcours constaté dans la réalité avec les recommandations permet de choisir une étape à améliorer en priorité, avant de tester un plan d'amélioration des pratiques. Plusieurs parcours génériques sont proposés en fonction des facteurs de risque pouvant conduire à la programmation d'une césarienne. Pour chaque parcours sont développés des exemples de méthodes et outils d'amélioration ; ces exemples ne sont pas limitatifs. Un chapitre présente les données pouvant être utilisées pour le suivi des processus décrits.

Professionnels de santé concernés



Le programme peut être utilisé par tous les professionnels concernés par le suivi d'une grossesse, notamment les médecins généralistes, les sages-femmes, les gynécologues médicaux et les gynécologues-obstétriciens.

Recommandations



Les objectifs de qualité et de sécurité des soins utilisés dans ce programme sont extraits de la **recommandation de bonne pratique HAS de 2012 « Indications de la césarienne programmée à terme »**. Les populations concernées sont les femmes enceintes présentant une indication de césarienne programmée à terme (après 37 semaines d'aménorrhée ou SA) en dehors de tout contexte d'urgence.

Contexte



Le contexte dans lequel est développé ce programme est celui qui a motivé l'élaboration des recommandations dont il veut favoriser la mise en œuvre. Selon l'**enquête nationale périnatale de 2010** (7,8), une femme sur cinq (20 %) donne naissance par césarienne (13 % de naissances par césarienne avant travail et 7 % de naissance par césarienne après début de travail) (9). Les facteurs favorisants les plus fréquents sont un antécédent (ATCD) de césarienne (65 % d'accouchement par césarienne itérative) et les grossesses gémellaires (55 % d'accouchement par césarienne). La morbidité la plus faible est associée à une tentative de voie basse réussie.

Consulter les données épidémiologiques générales liées à la grossesse issues de l'argumentaire de la recommandation de bonne pratique HAS de 2012 « Indications de la césarienne programmée à terme ».





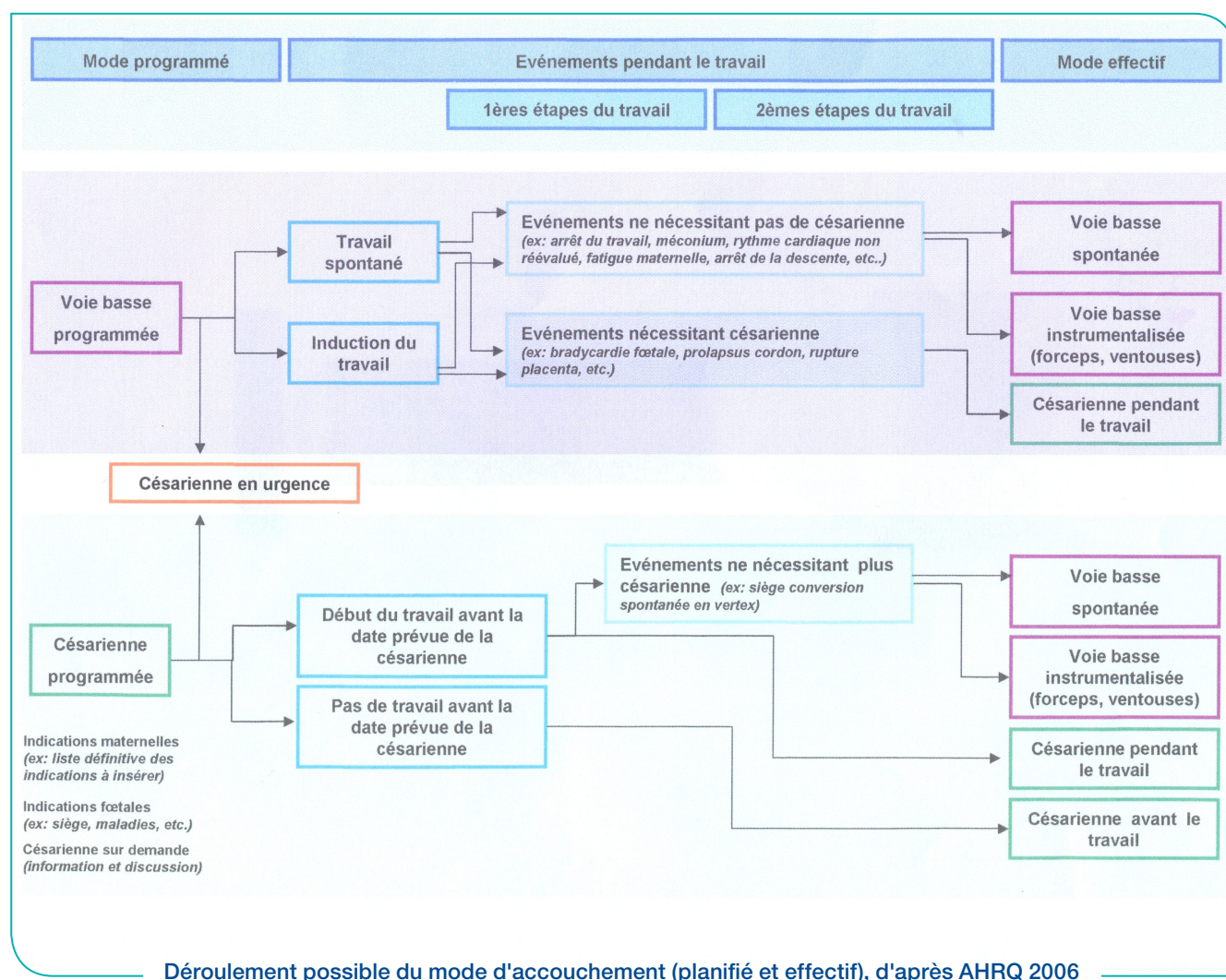
Une **hétérogénéité des pratiques** a été relevée par différentes enquêtes, en particulier entre établissements et entre départements. Plusieurs types de facteurs, liés entre eux, peuvent influencer le nombre d'actes de césariennes : les caractéristiques des femmes, celles des maternités et les pratiques médicales.

Consulter le document relatif à l'hétérogénéité des pratiques de la césarienne en France issu de l'argumentaire de la recommandation de bonne pratique HAS de 2012 « Indications de la césarienne programmée à terme ».

Modes effectifs d'accouchement



Le parcours de la femme enceinte a **3 issues possibles** : accouchement par voie basse, césarienne en urgence ou césarienne programmée. En fonction des événements survenus dans le déroulement de la grossesse, les différents modes effectifs d'accouchement sont schématisés par l'AHRQ en 2006 (10).





La démarche d'amélioration continue de la qualité est basée sur une approche par processus : le parcours du patient est segmenté en étapes ; chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs. Cette approche permet une analyse en profondeur des causes latentes ou systémiques liées à l'organisation (facteurs favorisant), sous-jacentes aux causes immédiates d'erreurs de pratique.

Les méthodes de résolution de problème (11) permettent d'analyser les causes des écarts entre pratique constatée et pratique souhaitée, puis de hiérarchiser des actions d'amélioration à mettre en œuvre, avec un calendrier et des moyens dédiés, autour d'un programme d'amélioration de la qualité (12) dont l'impact est suivi et analysé à son tour. Un ensemble d'actions complémentaires est nécessaire pour obtenir un changement (13). Dans une revue des stratégies pour diminuer les césariennes, l'AHRQ (14) retrouve une efficacité variable des actions cliniques et organisationnelles combinées entre elles, avec des résultats significatifs notamment après mise en œuvre d'audits avec retour d'information, de protocoles de tentative de voie basse après césarienne et/ou de démarche d'amélioration du processus.

Tout prévoir est paralysant, il faut aussi laisser une place à l'initiative et à la réactivité, pour une adaptation continue du système par une gestion de l'imprévu.

Le choix d'un **objectif d'amélioration** est un préalable indispensable à la démarche et nécessite l'observation de la pratique réelle, en référence aux recommandations professionnelles.

Une **action d'amélioration** donne son sens à la démarche. Encore faut-il vérifier que sa mise en œuvre améliore effectivement la qualité des soins délivrés au patient.

La mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité nécessite :

- une analyse méthodique en équipe pluri-professionnelle du déroulement des soins et de la prise en charge dans une situation clinique donnée,
- l'identification des principaux écarts entre la pratique constatée sur le terrain et la pratique souhaitée selon les recommandations professionnelles et les pré-requis de sécurité concernant les compétences des professionnels et l'organisation des soins,
- la recherche des causes possibles de ces écarts et de solutions pour les réduire, avec un test des solutions choisies,
- la mise en œuvre des actions d'amélioration avec un calendrier et des moyens (humains et matériels) explicites,
- le choix d'indicateurs de suivi du niveau de qualité des soins,
- la diffusion des résultats des audits / revues de pertinence / revues de morbidité et de mortalité (RMM) / indicateurs aux membres de l'équipe ou du réseau à intervalles réguliers (valorisation du retour d'expérience),
- pour une amélioration continue du processus.

Consulter « Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins en santé » - 2002

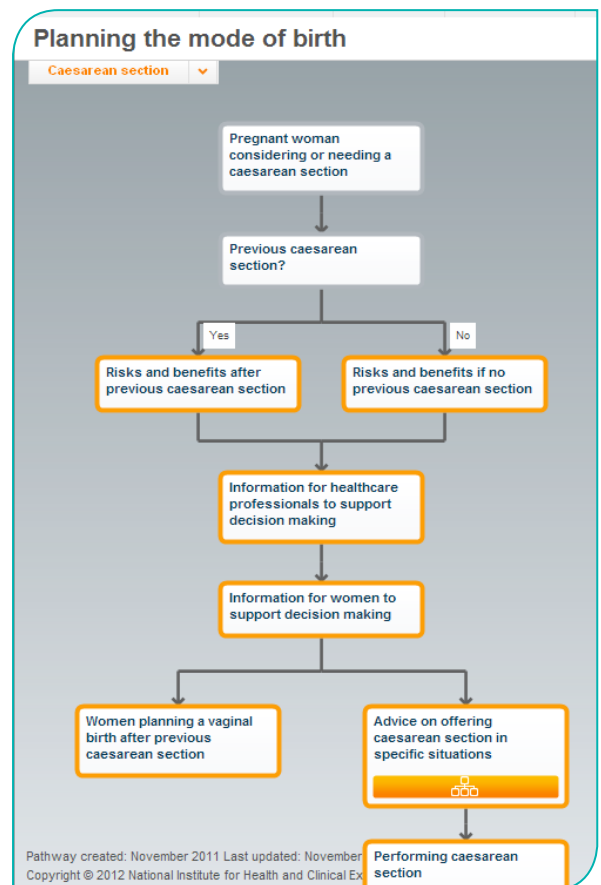
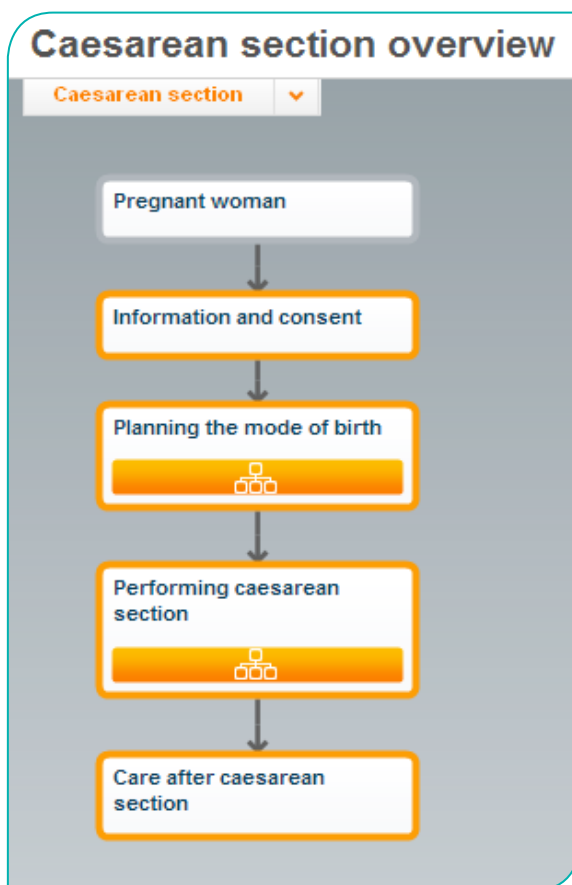




Ce programme mis en ligne (15) par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) décrit différents parcours de la femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne, schématisés sous forme de processus². Il a pour objectif d'accompagner la décision des professionnels et des femmes, par une information basée sur les données de la science.

Les étapes développées dans le processus « Prévoir le mode d'accouchement » (*Planning the mode of birth*) sont :

- femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne,
- ATCD de césarienne ?
- risques et bénéfices après une précédente césarienne : livret d'information, audit, recommandations, études de coûts, vidéo, diaporama,
- risques et bénéfices sans césarienne antérieure,
- aide à la décision des professionnels : pas de pelvimétrie,
- information de la patiente pour l'aide à la décision,
- voie basse avec ATCD de césarienne,
- césarienne dans des cas particuliers,
- réaliser une césarienne.



2. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/caesarean-section/>





La revue de pertinence (16) repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsqu'aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la non-pertinence des soins ou du programme de soins.

Analyse et amélioration de la pertinence de la radiopelvimétrie

Potentiel d'amélioration

- Justifier la prescription d'examen complémentaire, avec une réflexion sur la balance bénéfices-risques.

Événement redouté

- Examen irradiant inutile pour la décision de mode d'accouchement.

Revue de pertinence de la radiopelvimétrie

- ☐ → Siège (chez une femme n'ayant jamais eu d'accouchement par voie basse).
- ☐ → Grossesse gémellaire à terme.
- Justifier les autres indications, hors recommandations.

Action d'amélioration

- Carton de radio pré-imprimé pour une demande de pelvimétrie, avec les 2 indications possibles ; sinon justification étayée nécessaire pour obtenir l'examen.

Indicateur

- Taux de radiopelvimétries chez les femmes avec césarienne programmée à terme : global, après antécédent de césarienne, conforme aux recommandations.

Consulter le guide « La revue de pertinence des soins »





L'audit clinique (17) permet de comparer les pratiques de soins à des références admises, à l'aide de critères d'évaluation (18) de la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer. L'audit clinique distingue 6 étapes : choix du thème, choix des critères, choix du protocole de mesure, recueil des données (sur dossier ou par enquête), analyse des résultats et plan d'actions d'amélioration avec suivi de son impact.

Analyse de l'indication de césarienne programmée à terme

Critères d'évaluation des pratiques

- La discussion (au mieux pluri-professionnelle) sur les bénéfices et les risques d'un accouchement par césarienne ou par voie basse est notée dans le dossier.
- La raison motivant la décision de césarienne programmée est notée dans le dossier.
- La césarienne programmée de grossesse mono-fœtale a été réalisée après 39 SA.

Critères organisationnels

- Le lieu d'accouchement prévu en cas de facteurs de risque pour une tentative d'accouchement par voie basse a un environnement permettant la réalisation d'une césarienne en urgence.
- L'obstétricien de garde a l'expérience des accouchements par voie basse de jumeaux / de présentation de siège.
- Une formation par simulation/sur mannequin pour la gestion des accouchements difficiles est proposée aux professionnels.

[Consulter le guide « Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration »](#)





Une RMM (19) est une analyse collective, rétrospective et systémique (facteurs organisationnels, techniques et humains) de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, avec pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'enseignement produit par cette analyse des événements indésirables est utilisé pour diminuer la récurrence des accidents, faciliter leur détection et limiter leurs conséquences (20).

Revue de morbidité-mortalité des accouchements de femmes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme

- Nouveau-nés hypoxiques avec $\text{pH} < 7$ après tentative d'accouchement par voie basse à terme.
- Nouveau-nés hypoxiques avec $\text{pH} < 7$ après césarienne programmée à terme.
- Césariennes programmées de grossesses mono-fœtales réalisées entre 37 et 39 SA.
- Complications maternelles après césarienne programmée à terme.

Consulter le guide « Revue de mortalité et de morbidité »





Sources de données



Indicateurs du mode d'accouchement



Programme de médicalisation des systèmes d'information



Échantillon généraliste des bénéficiaires

Sources de données



Des données sont nécessaires **en amont** de la démarche d'amélioration de la pertinence, pour identifier d'éventuelles mauvaises pratiques ou des pratiques hétérogènes, ainsi que des éléments du processus de soins permettant d'expliquer les dysfonctionnements. Elles sont également utilisées en aval, pour suivre **l'impact** des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins comme des actions de contrôle des régulateurs.

L'analyse peut porter sur les **actes** (par exemple césarienne ou radio-pelvimétrie) pour repérer les actes inutiles, le **dossier du patient** pour évaluer la pertinence du parcours et repérer les actes non faits, des **enquêtes** (auprès des patients, de leur entourage, des professionnels). L'exploitation des **systèmes d'information généralisés** en France se fait plutôt dans le cadre d'études spécifiques, en raison de la complexité du recueil de données.

Indicateurs du mode d'accouchement



Un **indicateur** (21) permet de mesurer des données cliniques, l'organisation des soins, la satisfaction des patients et des professionnels de santé, et de suivre leurs variations dans le temps. Certains indicateurs sont généralisés, sous couvert d'une méthodologie adaptée, pour des comparaisons entre diverses structures ou expériences.

Le **taux de césariennes par accouchement** ne permet pas de savoir si les césariennes pratiquées le sont à bon escient. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans ses « Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux » parues en 1997 (22), estime le taux souhaitable de césariennes entre un minimum de 5 % et un maximum de 15 %. L'OMS ajoute que « ces niveaux acceptables sont nécessairement approximatifs. Ils reposent sur les meilleures données, estimations et hypothèses actuellement disponibles et peuvent être adaptés compte tenu de la situation particulière des pays ».

Le **réseau sentinelle AUDIPOG**³ comprend un ensemble de maternités volontaires, publiques et privées de toutes les régions de France, qui mettent en commun depuis 1994 des données individuelles concernant leurs patientes et leurs nouveau-nés. Le but de ce réseau est de surveiller, année après année, les indicateurs de santé périnatale (23) (indicateurs de recrutement, de pratiques et de résultats) pour l'ensemble de ces services ; il recueille notamment des données concernant l'admission et le travail (mode de début de travail, dont la césarienne avant travail ; mode d'accouchement, dont la césarienne). À partir de ces données, le réseau fournit aux maternités un outil d'évaluation de leurs pratiques et de leurs résultats, avec comparaison des résultats des analyses pratiquées sur leurs propres fichiers à ceux du réseau sentinelle.

3. <http://www.audipog.net/perinat.php>



Une étude sur l'accouchement par voie basse programmée ou par césarienne programmée en cas de siège est parue en 2006 (24).

Les indicateurs **Europeristat**⁴, *Indicators of perinatal health Mode of delivery by parity, plurality, presentation, previous caesarean section*, permettent de se comparer avec d'autres systèmes de santé en Europe.

Indicateurs du mode d'accouchement par césarienne programmée

- Taux d'accouchement par césarienne programmée à terme : global, pour antécédent de césarienne, pour grossesse gémellaire, pour macrosomie (ou diabète maternel), pour infection maternelle, pour siège.
- Taux d'accouchement par césarienne programmée entre 37 et 39 SA : global, pour antécédent de césarienne, pour macrosomie (ou diabète maternel), pour infection maternelle, pour siège.
- Taux de césarienne en urgence après tentative d'accouchement par voie basse à terme.

Consulter le guide « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé »

Programme de médicalisation des systèmes d'information



L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation⁵ (ATIH) exploite le PMSI pour l'ensemble des établissements sanitaires. Les données du PMSI MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) comprennent des données administratives et médicales : les informations patient, la durée de séjour, les modes de sortie et d'entrée, les **diagnostics** principaux et/ou associés (codés selon la CIM-10⁶), les actes CCAM⁷. Chaque séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM).

Une analyse du PMSI a été réalisée sur les données de 2010. Les séjours avec codage d'un acte de césarienne programmée (acte JQGA002 de la CCAM v24, « Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie ») ont été sélectionnés. Parmi ces séjours, seuls ceux pour lesquels une césarienne programmée est réalisée à terme ont été conservés (âge gestationnel supérieur à 37 semaines).

- 51 488 séjours ont été réalisés en 2010 pour une césarienne programmée à terme⁸. Parmi ces séjours, 70% concernaient des patientes de moins de 35 ans. 24% avaient entre 35 et 40 ans, 6% avaient plus de 40 ans.
- La césarienne a été réalisée pour 38 % des séjours à 38 semaines d'âge gestationnel, pour 43 % des séjours à 39 semaines d'âge gestationnel et pour 19 % des séjours à 40 semaines et plus.

Ces séjours ont des diagnostics principaux (motif d'hospitalisation) relativement homogènes. Pour la grande majorité d'entre eux, les diagnostics principaux codés correspondent à des indications pour la césarienne programmée à terme. Le tableau ci-dessous indique pour la grande majorité des séjours, le diagnostic principal codé et dans quelle indication il peut être alors rattaché. Pour 48 % des séjours, une césarienne programmée a été réalisée en raison d'un utérus cicatriciel.

4. <http://www.europeristat.com/>

5. <http://www.atih.sante.fr/>

6. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/01.html>

7. Classification commune des actes médicaux <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

8. 167 624 actes de césariennes, tous types confondus, ont été réalisés en 2010 avec les codes suivants : JQGA002 (« Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie »), JQGA003 (« Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie »), JQGA004 (« Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie »), JQGA005 (« Accouchement par césarienne, par abord vaginal »).



Répartition des séjours selon le diagnostic principal

Diagnostic principal (code CIM. Libellé)	Fréquence	%	% cumulé*	Indication
O342. Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure	2 4825	48,22	48,22	utérus cicatriciel
O321. Soins maternels pour présentation du siège	8 410	16,33	64,55	mauvaise présentation
O331. Soins maternels pour disproportion due à un bassin maternel généralement rétréci	2 755	5,35	69,9	disproportion fœto-pelvienne
O641. Dystocie due à une présentation du siège	2 620	5,09	74,99	mauvaise présentation
O651. Dystocie due à un bassin généralement rétréci	1 481	2,88	77,87	disproportion fœto-pelvienne
O655. Dystocie due à une anomalie des organes pelviens de la mère	774	1,5	79,37	disproportion fœto-pelvienne
O334. Soins maternels pour disproportion fœto-pelvienne d'origine mixte, maternelle et fœtale	582	1,13	80,5	disproportion fœto-pelvienne
O440. Placenta prævia précisé sans hémorragie	556	1,08	81,58	indication césarienne
O654. Dystocie due à une disproportion fœto-pelvienne, sans précision	469	0,91	82,49	disproportion fœto-pelvienne
O366. Soins maternels pour croissance excessive du fœtus	459	0,89	83,38	macrosomie
O335. Soins maternels pour disproportion due à un fœtus anormalement gros	398	0,77	84,15	macrosomie
O244. Diabète sucré survenant au cours de la grossesse	395	0,77	84,92	macrosomie

* Le tableau indique les diagnostics principaux pour 85 % des séjours.

Cependant, pour les séjours restants (15 %), le diagnostic principal indique que le séjour relevait davantage d'une césarienne en urgence ou d'une césarienne programmée avant terme. Pour certains séjours, le diagnostic principal orientait même davantage vers un accouchement par voie basse.

89 % des séjours au cours desquels un acte de césarienne programmée à terme a été réalisé, ont été classés dans le GHM « Césariennes sans complication significative » (14C02A) et 6 % dans le GHM « Césariennes avec complications majeures » (14C02C).

Des questions sur le codage de l'acte ou du diagnostic principal se posent. Il est nécessaire de s'assurer de la qualité du codage dans le service pour pouvoir utiliser les données, notamment de vérifier que le codage a été fait après l'acte et non en intention de traiter (une césarienne réalisée en urgence après début de travail mais avant la date de programmation de la césarienne est codée « césarienne en urgence »). Le diagnostic principal peut aussi être source d'erreur car la CIM 10 est vaste et peut porter à confusion. Le chapitre XV de la CIM10 « Grossesse, accouchement et puerpéralité » comporte notamment accouchement unique par césarienne programmée ou par césarienne d'urgence, accouchement par voie vaginale après césarienne, accouchements multiples, diabète sucré au cours de la grossesse, dystocie (due à une position et une présentation anormales du fœtus, due à une anomalie pelvienne de la mère, autres), rupture de l'utérus.

Échantillon généraliste des bénéficiaires



Cet échantillon au 1/97^e du régime général de l'assurance maladie (25) existe depuis 2005 (historique des données conservé 20 ans à partir de 2003). Il est alimenté par les **remboursements** effectués par les caisses d'assurance maladie avec le codage⁹ détaillé de la prestation (code CCAM, biologie, dispositifs médicaux, code CIP¹⁰ des médicaments). Environ 600 000 bénéficiaires sont inclus dans la cohorte. Il est chaîné avec le PMSI depuis 2007. Il permet de suivre un parcours de soins. Il est possible par exemple de croiser césarienne programmée avec radiopelvimétrie (en ambulatoire), antécédent de césarienne, diabète ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou hépatite C (seulement en cas de déclaration d'affection longue durée ou ALD), dystocie.

9. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/index.php>

10. Un code CIP est un identifiant correspondant à l'autorisation de mise sur le marché d'une présentation d'un médicament.





Référence



Analyse



Actions d'amélioration

Référence



Recommandation de bonne pratique HAS de 2005 (26) « Comment mieux informer les femmes enceintes ? »

Analyse



Critères d'évaluation de l'information sur le mode d'accouchement

- Les représentations de la patiente sur les modes d'accouchement sont notées dans le dossier.
- La discussion avec la patiente sur la balance bénéfices / risques est notée dans le dossier.
- La femme sait expliquer pourquoi la césarienne a été programmée (enquête auprès des femmes avant la naissance).

Actions d'amélioration



Potentiel d'amélioration : accompagner la décision du mode d'accouchement.

Événement redouté : non prise en compte des représentations et des craintes de la patiente.

Une étude australienne (27) (multicentrique randomisée) en 2005 auprès de femmes avec ATCD de césarienne montre que l'utilisation d'un outil d'aide à la décision sur la balance bénéfices / risques du mode d'accouchement adaptée au cas individuel est efficace sur la qualité de l'information (augmentation des connaissances et diminution du score de conflit décisionnel), même si la décision finale est peu modifiée. Une autre étude britannique (28) en 2007 retrouve une diminution du taux de césariennes itératives par l'utilisation d'un outil informatique d'aide à la décision, alors que l'information seule n'a pas d'effet.

Une revue Cochrane en 2011 (29) sur les interventions non médicales pour diminuer les césariennes inutiles retrouve comme facteurs de succès la préparation à l'accouchement par voie basse des femmes enceintes et la mise en œuvre des recommandations avec notamment demande d'un 2^e avis par les professionnels de santé, audit avec retour d'information.



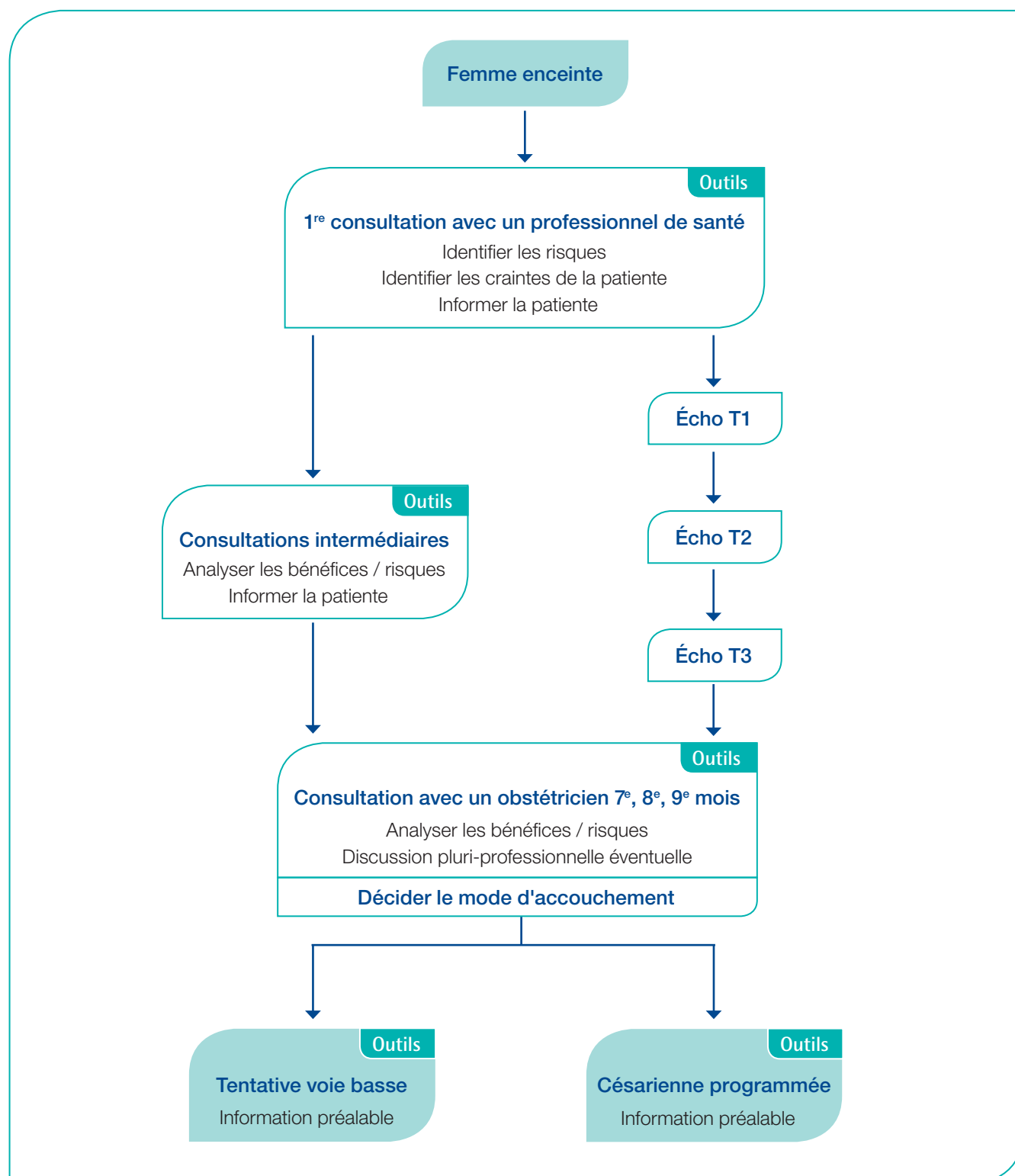
Actions d'amélioration de l'information sur le mode d'accouchement

- Chemin clinique adapté par l'équipe des intervenants et intégré au dossier de la femme enceinte.
- Fiche d'information de la recommandation HAS de 2012 « **Indications de la césarienne programmée à terme** ».
- Liste de facteurs influençant la balance bénéfices/risques à quantifier sur une échelle de 1 à 100 par la femme enceinte pour expliciter ses choix, l'aider à préciser ses priorités pour aboutir à un compromis soutenant sa décision du mode d'accouchement.
- Proposition de contact avec une association de patients (par exemple CESARINE www.cesarine.org/)
- Demande d'un 2^e avis avant décision de césarienne programmée, au mieux en staff pluri-professionnel.
- Formation des professionnels susceptibles d'effectuer la 1^{re} consultation d'une grossesse aux enjeux et objectifs de cette consultation (en particulier ne pas prendre si tôt de décision sur le mode d'accouchement).
- Enquête de satisfaction après l'accouchement auprès des femmes et de leur entourage.





La description de ce parcours sous forme de processus permet d'individualiser les étapes du parcours, avec qui fait quoi. Chaque étape du parcours, schématisée sous forme de rectangle, peut être choisie pour un plan d'amélioration, avec sélection d'objectifs de qualité et de sécurité des soins ([consulter les recommandations](#)), utilisation de méthodes et d'outils d'analyse et d'amélioration des pratiques, suivi de leur impact.





Méthode du chemin
clinique



1^{re} consultation avec
un professionnel de santé



Consultations
intermédiaires



Consultation avec
un obstétricien

Méthode du chemin clinique



La méthode du chemin clinique (30) vise à planifier, rationaliser et coordonner la prise en charge pluridisciplinaire. L'utilisation d'un **dossier structuré partagé** permet de tracer qui fait quoi, pour simplifier l'information donnée à la patiente et optimiser les ressources. L'analyse des écarts (causes et conséquences) constatés dans sa réalisation avec les résultats attendus conduiront à un ajustement de la pratique professionnelle.

Un ☐ coché signifie que l'action est faite et tracée dans le dossier ; il ne s'agit pas d'un résultat.

Par exemple anamnèse sur les maladies chroniques : la recherche a été faite, le ☐ est coché même en l'absence de maladie chronique.

Consulter le guide « Chemin clinique »





Information Chemin clinique		1 ^{re} consultation avec un professionnel de santé	
Objectifs professionnels	→ Identifier les ATCD de la femme enceinte		
	→ Explorer les représentations maternelles et ses craintes concernant le mode d'accouchement		
	→ Informer la femme enceinte et son entourage sur les modes d'accouchement et leurs indications		
Objectif de la femme enceinte	Être informée sur les modes d'accouchement		
Résultat attendu	Information sur les modes d'accouchement possibles et les modalités de décision		
		Date Signature	Commentaires
Anamnèse	→ Maladies chroniques (diabète, infection, hypertension artérielle, autres)	☐	
	→ Cicatrice corporelle	☐	
	→ Accouchements antérieurs	☐	
	→ Représentations de la femme enceinte sur les modes d'accouchement	☐	
Examen clinique	→ Poids et taille	☐	
	→ Morphologie du bassin	☐	
Information	→ Participation du père (ou entourage) à la naissance	☐	
	→ Prise en charge de la douleur en fonction du mode d'accouchement	☐	
	→ Accompagnement de la décision du mode d'accouchement par une réflexion sur la balance bénéfices/risques	☐	





Information Chemin clinique	Consultations intermédiaires		
Objectifs professionnels	→ Identifier les risques d'un accouchement par voie basse → Informer la femme enceinte et son entourage sur la balance bénéfices/risques selon le mode d'accouchement par tentative de voie basse ou césarienne programmée à terme		
Objectif de la femme enceinte	Être informée sur les critères de décision du mode d'accouchement		
Résultat attendu	Information sur la balance bénéfices/risques des modes d'accouchement		
		Date Signature	Commentaires
Anamnèse	Liste de facteurs influençant la balance bénéfices / risques (31) • risques obstétricaux / périnataux, • possibilité de tentative voie basse, • projets de grossesse future, • ATCD d'accouchement voie basse, • souhait de retour rapide post-natal à une activité normale, • souhait du père (ou entourage) de participer à la naissance, • souhait de programmer la naissance, • souhait de stérilisation concomitante, • peur de la voie basse	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Échographies fœtales	→ Echo T1 → Echo T2 → Echo T3	☐ ☐ ☐	
Information	Document d'information sur la césarienne programmée à terme remis à la femme enceinte	☐	





Information Chemin clinique		Consultation avec un obstétricien 7 ^e , 8 ^e , 9 ^e mois	
Objectifs professionnels	→ Décider le mode d'accouchement		
	→ Informer la femme enceinte et son entourage sur les critères de décision du mode d'accouchement		
	→ Informer la femme enceinte sur les conditions de réalisation de l'accouchement		
Objectif de la femme enceinte	Participer à la décision du mode d'accouchement		
Résultat attendu	Décision du mode d'accouchement comprise par la femme enceinte et son entourage		
		Date Signature	Commentaires
Anamnèse	→ Pathologie fœtale, notamment macrosomie	☐	
	→ Pathologie maternelle, notamment diabète, infection chronique	☐	
	→ Présentation du fœtus, position du placenta	☐	
Examens complémentaires	→ Nécessité (ou non) d'une radio-pelvimétrie	☐	
	→ Nécessité (ou non) d'une échographie au bloc opératoire	☐	
Information	→ Résultats de la discussion pluri-professionnelle / recommandation de l'obstétricien sur le mode d'accouchement	☐	
	→ Risques de la césarienne, notamment :		
	• risques de complications pour les grossesses futures,	☐	
	• risques d'accidents thromboemboliques veineux	☐	
	→ Modalités de tentative de voie basse et modalités de césarienne en urgence en cas d'échec de la tentative de voie basse	☐	
	→ Modalités de césarienne programmée à terme	☐	
	→ Importance d'attendre le terme	☐	





Les objectifs de qualité et de sécurité des soins sont extraits de la recommandation de bonne pratique HAS de 2012 « Indications de la césarienne programmée à terme ».

AE = Accord d'experts

C = Faible niveau de preuve

B = Présomption scientifique

Césarienne programmée

C	En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), programmer la césarienne à partir de 39 semaines d'aménorrhée pour les grossesses mono-fœtales.
----------	--

Information de la femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne

AE	Pour toute césarienne programmée, informer la femme enceinte sur l'indication, le rapport bénéfices/risques et les conditions de réalisation.
	Les éléments d'information communiqués sont mentionnés dans son dossier médical.
	La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Rechercher les raisons spécifiques à cette demande, les discuter et les mentionner dans le dossier médical. → L'information et la discussion doivent intervenir le plus tôt possible, en particulier lors de l'entretien prénatal précoce. → Un médecin peut décliner la réalisation d'une césarienne sur demande. Il doit alors orienter la patiente vers un de ses confrères.
	Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, lui proposer un accompagnement personnalisé. Une information sur la prise en charge de la douleur peut constituer une réponse efficace à cette peur.
C	Informar la patiente des risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative d'accouchement par voie basse. En particulier : la césarienne augmente les risques de complications pour les grossesses futures (<i>placenta prævia</i>, <i>placenta accreta</i>).
AE	la césarienne augmente les accidents thromboemboliques veineux.





Analyse



Actions d'amélioration

Analyse



Analyse de la pertinence du mode d'accouchement avec antécédent de césarienne

Critères d'évaluation des pratiques

- La présence ou l'absence d'utérus cicatriciel est notée dans le dossier.
- La demande des comptes-rendus opératoires de la ou des interventions sur utérus préalables sont notées dans le dossier.
- Les facteurs influençant la décision du mode d'accouchement sont listés dans le dossier.
- L'information donnée à la patiente (en s'appuyant sur un document) est notée dans le dossier.
- Absence de demande de radiopelvimétrie.

Revue de morbidité

- Ruptures utérines après tentative d'accouchement par voie basse avec antécédent de césarienne.

Indicateurs

- Taux d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne

Actions d'amélioration



Potentiel d'amélioration : augmenter le nombre de tentatives d'accouchement par voie basse.

Événement redouté : rupture utérine (risque de 0.5 % dans les tentatives d'accouchement par voie basse sur utérus uni-cicatriciel, ce risque augmente avec le nombre de césariennes antérieures ; voir page 69 de la recommandation HAS de 2012 (6) « Indications de la césarienne programmée à terme »).

Frein : crainte de procès.



Facteurs influençant le succès de tentative d'accouchement par voie basse (d'après une étude aux États-Unis (31)) :

- favorisants : ATCD de voie basse, début de travail spontané, ATCD de césarienne pour malposition fœtale, taille élevée et indice de masse corporelle (IMC) < 30 kg/m², maternité niveau 3.
- freinants : pas d'ATCD de voie basse, nécessité de déclenchement, ATCD de césarienne pour échec de travail ou anomalies du rythme cardiaque fœtal, macrosomie > 4000g, terme dépassé, âge maternel > 35ans (risque plus élevé de complications), mère célibataire, absence d'études supérieures. Un intervalle de moins de 6 mois entre 2 grossesses est un facteur de risque indépendant de rupture utérine et de morbidité maternelle.
- les pathologies maternelles n'ont pas d'influence sur le succès de tentative d'accouchement par voie basse.

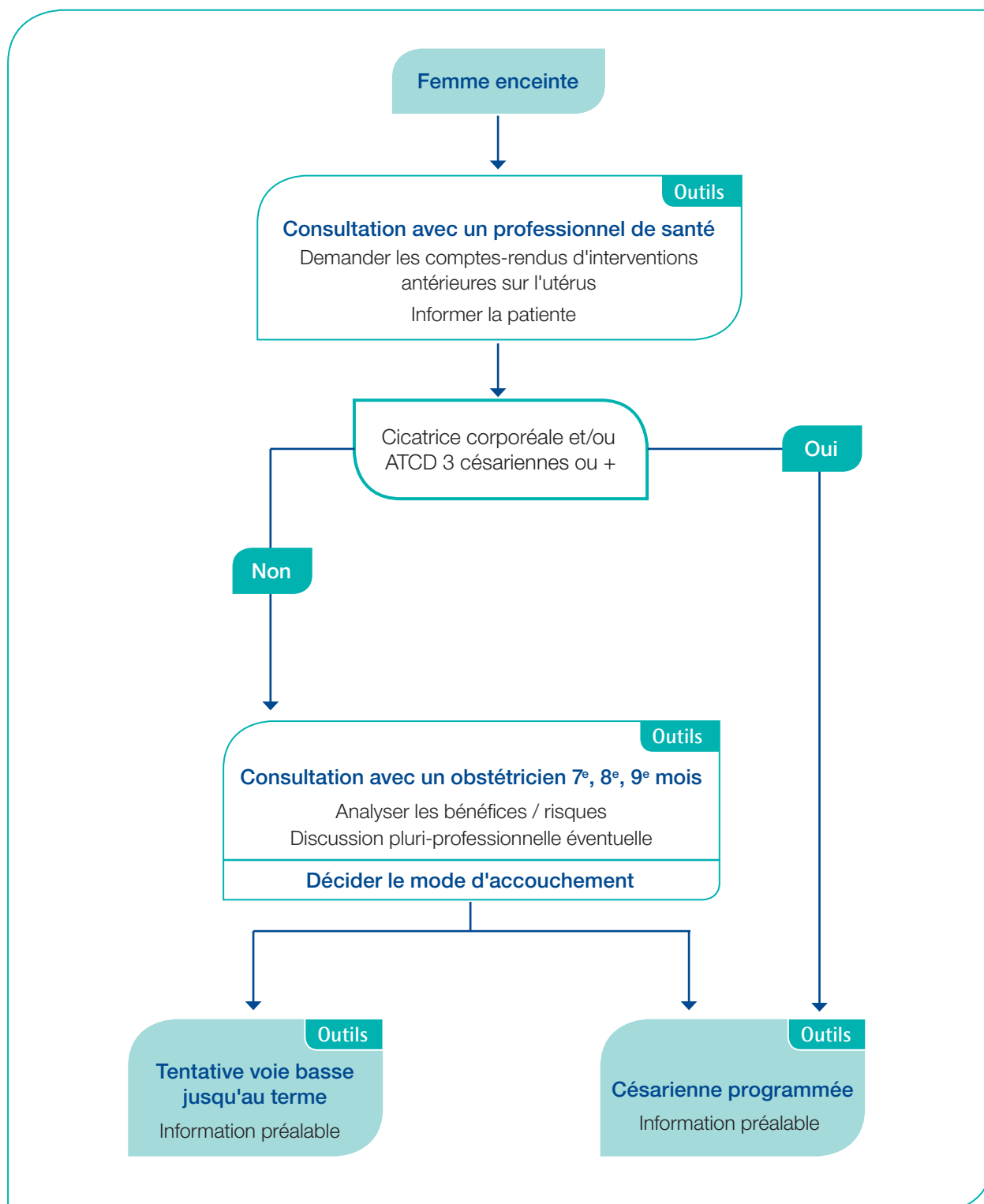
Actions d'amélioration de la pertinence du mode d'accouchement avec antécédent de césarienne

- Fiche d'information de la patiente du CNGOF(32) sur l'utérus cicatriciel.
- Liste de facteurs favorisant et freinant le succès de la tentative de voie basse sur utérus cicatriciel.





La description de ce parcours sous forme de processus permet d'individualiser les étapes du parcours, avec qui fait quoi. Chaque étape du parcours, schématisée sous forme de rectangle, peut être choisie pour un plan d'amélioration, avec sélection d'objectifs de qualité et de sécurité des soins ([consulter les recommandations](#)), utilisation de méthodes et d'outils d'analyse et d'amélioration des pratiques, suivi de leur impact.





Les objectifs de qualité et de sécurité des soins sont extraits de la recommandation de bonne pratique HAS de 2012 « Indications de la césarienne programmée à terme ».

AE = Accord d'experts

C = Faible niveau de preuve

B = Présomption scientifique

Utérus cicatriciel par ATCD de césarienne

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





Analyse



Actions d'amélioration

Analyse



Potentiel d'amélioration : augmenter le nombre de tentatives d'accouchement par voie basse.

Événement redouté : dystocie traumatique.

Analyse de la pertinence du mode d'accouchement en cas de présentation par siège

Critères d'évaluation des pratiques

- L'échographiste qui a constaté le siège a informé la femme de l'intérêt d'une consultation rapide avec l'obstétricien pour envisager une version par manœuvres externes (VME).
- La proposition d'une VME avant césarienne programmée, dans le respect des modalités de pratique recommandées, est notée dans le dossier.
- Une échographie au bloc avant césarienne programmée pour siège a été pratiquée pour vérifier la présentation.

Revue de pertinence d'une césarienne programmée

Si l'un des critères est présent, la décision de césarienne programmée est pertinente. Lorsqu'aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la décision de césarienne programmée.

- ☐ → Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales.
- ☐ → Déflexion persistante de la tête fœtale.
- ☐ → Non coopération de la patiente.

Revue de morbidité

- Nouveau-nés hypoxiques avec $pH < 7$ après accouchement par voie basse en présentation de siège.

Indicateur

- Taux d'accouchements par voie basse des présentations du siège.





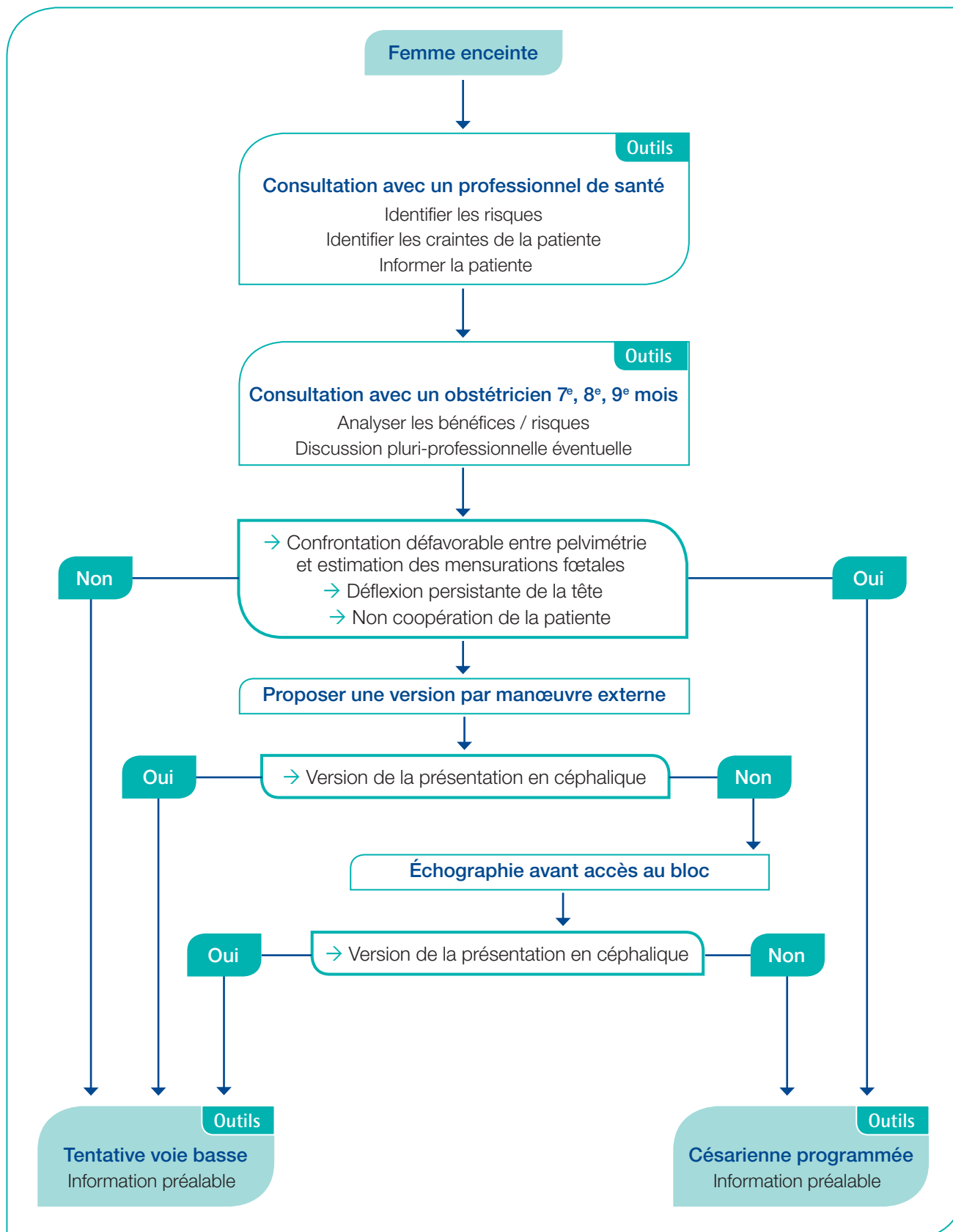
Actions d'amélioration de la pertinence du mode d'accouchement en cas de présentation par le siège

- Fiche d'information de la patiente du CNGOF sur la VME (33).
- Algorithme décisionnel de voie basse possible ; tous les critères doivent être remplis :
 - ☐ Confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales.
 - ☐ Absence de déflexion de la tête fœtale.
 - ☐ Coopération de la patiente.





La description de ce parcours sous forme de processus permet d'individualiser les étapes du parcours, avec qui fait quoi. Chaque étape du parcours, schématisée sous forme de rectangle, peut être choisie pour un plan d'amélioration, avec sélection d'objectifs de qualité et de sécurité des soins ([consulter les recommandations](#)), utilisation de méthodes et d'outils d'analyse et d'amélioration des pratiques, suivi de leur impact.





Les objectifs de qualité et de sécurité des soins sont extraits de la recommandation de bonne pratique HAS de 2012 « Indications de la césarienne programmée à terme ».

AE = Accord d'experts

C = Faible niveau de preuve

B = Présomption scientifique

Présentation par le siège

B	La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication à la césarienne programmée.
C	Évaluer les critères d'acceptabilité de la voie basse avant toute décision de césarienne programmée : • confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales, • absence de déflexion de la tête fœtale, • coopération de la patiente.
	En cas d'indication de césarienne programmée pour le siège, proposer à la patiente une version par manœuvres externes (VME) dans le respect des modalités de pratique recommandées.
	Réaliser une césarienne programmée dans les situations suivantes : • confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales, • déflexion persistante de la tête fœtale, • non coopération de la patiente.
	Pour toutes les autres situations, le choix entre la césarienne et la voie basse est à discuter au cas par cas.
AE	Contrôler par échographie la persistance de la présentation juste avant l'accès au bloc opératoire pour pratiquer la césarienne.





Potentiel d'amélioration : voir la recommandation du CNGOF de 2010 sur le diabète gestationnel (34).

Événement redouté : dystocie des épaules.

Analyse de la pertinence du mode d'accouchement en cas de macrosomie/diabète gestationnel

Critères d'évaluation des pratiques

- La recherche d'antécédent de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial est notée dans le dossier.
- La hauteur utérine et l'estimation de la biométrie fœtale à l'échographie sont notées dans le dossier.
- La recherche de diabète en cas de facteur de risque au 1^{er} trimestre et au 6^e mois est notée dans le dossier.
- La recherche de diabète à la consultation du 9^e mois en cas de macrosomie est notée dans le dossier.

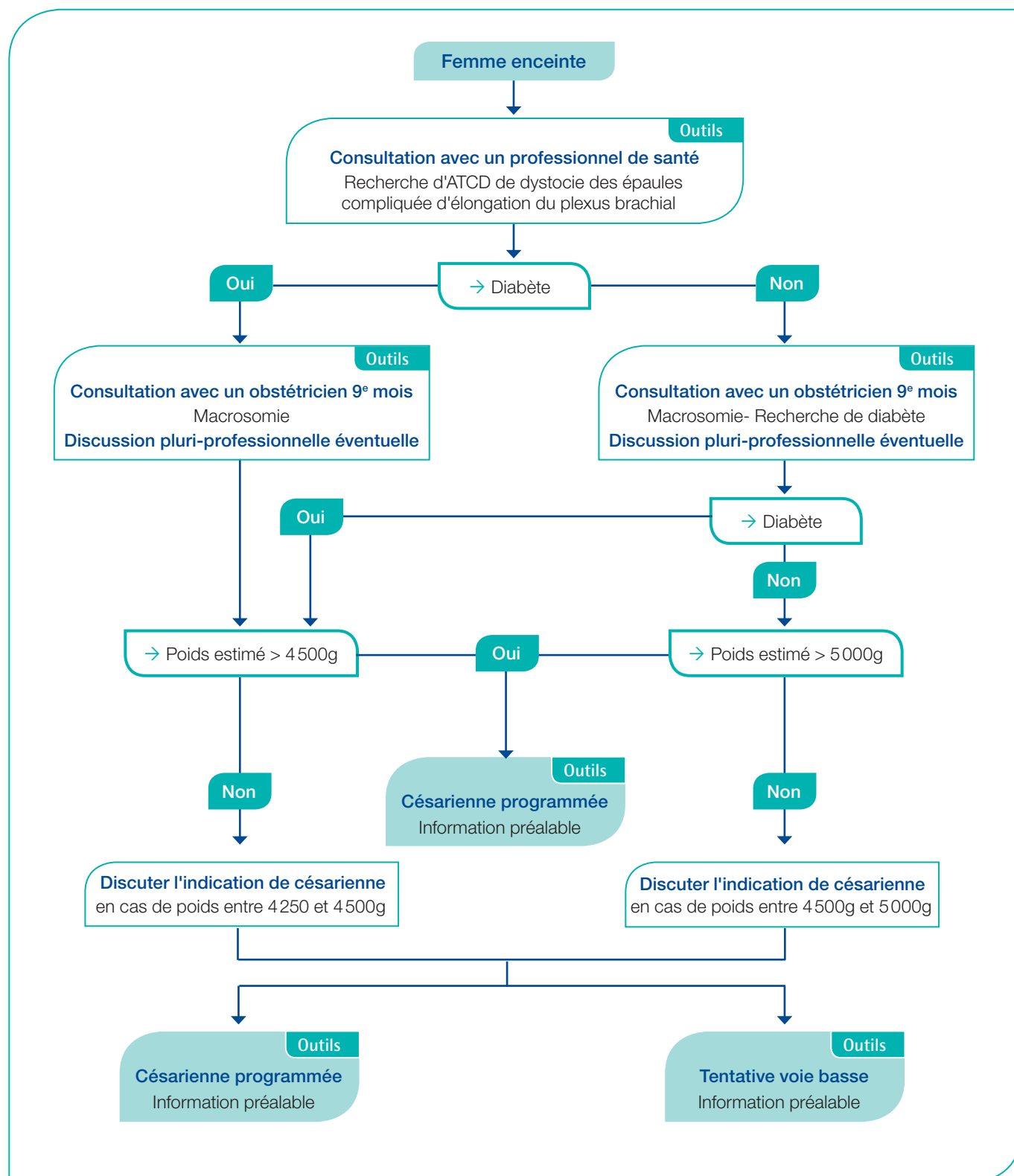
Revue de morbidité

- Nouveau-nés avec dystocie d'épaule.





La description de ce parcours sous forme de processus permet d'individualiser les étapes du parcours, avec qui fait quoi. Chaque étape du parcours, schématisée sous forme de rectangle, peut être choisie pour un plan d'amélioration, avec sélection d'objectifs de qualité et de sécurité des soins ([consulter les recommandations](#)), utilisation de méthodes et d'outils d'analyse et d'amélioration des pratiques, suivi de leur impact.





Les objectifs de qualité et de sécurité des soins sont extraits de la recommandation de bonne pratique HAS de 2012 « Indications de la césarienne programmée à terme ».

AE = Accord d'experts

C = Faible niveau de preuve

B = Présomption scientifique

Macrosomie

C	En l'absence de diabète, la macrosomie n'est pas en elle même une indication systématique de césarienne programmée, y compris en cas d'utérus cicatriciel.
	La césarienne programmée est recommandée en cas de poids fœtal estimé supérieur ou égal à : • 5 000g hors diabète, • 4 500g en présence d'un diabète.
	En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, la césarienne programmée est à discuter au cas par cas pour une suspicion de macrosomie comprise entre : • 4 500g et 5 000g hors diabète, • 4 250g à 4 500g en présence d'un diabète.
	En cas de suspicion de macrosomie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée. → Rechercher et renseigner les antécédents de dystocie des épaules.





Analyse



Actions d'amélioration

Analyse



Critères d'évaluation de la pertinence du mode d'accouchement en cas d'infection maternelle par le VIH

- La discussion entre le gynécologue-obstétricien et l'infectiologue sur la cinétique de la charge virale est notée dans le dossier.
- L'évolution de la charge virale avec une mesure récente (8^e mois) est notée dans le dossier.

Actions d'amélioration



Potentiel d'amélioration : consulter la recommandation HAS de 2007 (35) « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ».

et le Rapport de 2010 (36) sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr Patrick Yéni.

Événement redouté : transmission du VIH au nouveau-né.

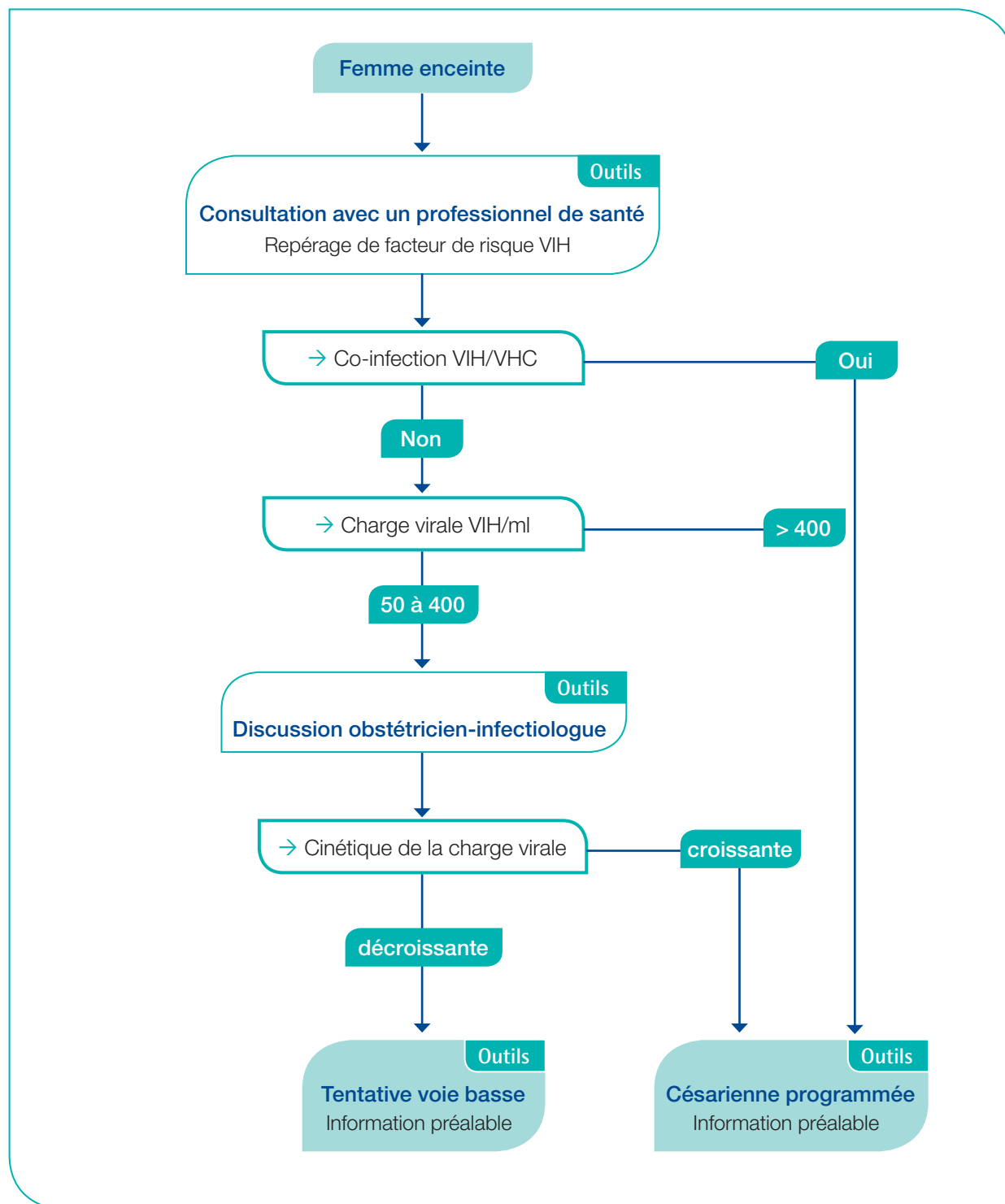
Action d'amélioration de la pertinence du mode d'accouchement en cas d'infection maternelle par le VIH

- Suivi alternatif conjoint de l'obstétricien et de l'infectiologue.





La description de ce parcours sous forme de processus permet d'individualiser les étapes du parcours, avec qui fait quoi. Chaque étape du parcours, schématisée sous forme de rectangle, peut être choisie pour un plan d'amélioration, avec sélection d'objectifs de qualité et de sécurité des soins ([consulter les recommandations](#)), utilisation de méthodes et d'outils d'analyse et d'amélioration des pratiques, suivi de leur impact.





Les objectifs de qualité et de sécurité des soins sont extraits de la recommandation de bonne pratique HAS de 2012 « Indications de la césarienne programmée à terme ».

AE = Accord d'experts

C = Faible niveau de preuve

B = Présomption scientifique

Transmission mère-enfant d'infection maternelle

C	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.
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 materno-fœtale du VHC. Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée que ce soit dans le cas d'une mono infection HVB ou d'une co-infection VHB / VIH.
C	Si une primo infection herpétique se déclare après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39 SA en raison du risque d'herpes néonatal. Des récurrences herpétiques pendant la grossesse ne sont pas une indication de césarienne programmée.





Ce programme d'analyse et d'amélioration de la pertinence de la césarienne programmée à terme a été réalisé dans la continuité de l'élaboration de la recommandation de bonne pratique sur le même thème. Les mêmes professionnels ont été sollicités, associés pour le groupe de travail à des experts en méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les déclarations publiques d'intérêt des experts sont publiées sur le site de la HAS.

Groupe de travail

Composition

- Mme Sophie Blanchard, chef de projet à la HAS, service des Bonnes pratiques, pilote de l'élaboration de la recommandation
- Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste à la HAS
- Mme Anne-Line Couillerot, chef de projet à la HAS, service Évaluation médicale, économique et en santé publique
- Mr Bernard Idoux, directeur des soins en Centre médical à Saales 67, expert en méthode
- Mme Stéphanie Leclerc, chef de projet à la HAS, service Évaluation médicale, économique et en santé publique
- Dr Marina Martinowsky, chef de projet à la HAS, pilote de l'élaboration du programme
- Pr Fabrice Pierre, gynécologue-obstétricien au CHU de Poitiers 86, président de groupe de travail d'élaboration de la recommandation
- Dr François Pignal, gastro-entérologue libéral à Toulouse 31, expert en méthode
- Dr Jacques Rivoallan, gynécologue-obstétricien libéral à Quimper 29, membre du groupe de travail de la recommandation
- Dr Isabelle Rullon, chef de projet à la HAS, service Développement de la certification
- Mme Anne Sirven, sage-femme à Vessey 07, membre du groupe de travail de la recommandation
- Mme Marie-José Stachowiak, responsable des risques au CH de Meaux 77, expert en méthode
- Dr Pierre Tourame, gynécologue-obstétricien libéral à l'hôpital (privé à but non lucratif) Saint-Joseph à Marseille 13, membre du groupe de lecture de la recommandation
- Dr Delphine Vardon, gynécologue-obstétricien au CHU de Caen 14, membre du groupe de travail de la recommandation

Deux réunions

- 2 février 2012 : conception des processus décrivant le parcours de la femme enceinte considérée comme nécessitant une césarienne.
- 5 avril 2012 : articulation des outils d'analyse et d'amélioration de la pertinence des interventions de santé avec les processus.



Groupe de lecture

Composition

- Mme Françoise Bardes, représentante d'usager, membre du groupe de lecture de la recommandation
- Pr Michel Dreyfus, gynécologue obstétricien au CHU de Caen 14, membre du groupe de lecture de la recommandation
- Mme Catherine Foulhy, sage-femme au CHU de Clermont-Ferrand 63, membre du groupe de lecture de la recommandation
- Pr Delphine Mitanchez, chef de pôle de néonatalogie à l'hôpital Trousseau AP-HP 75, membre du groupe de travail de la recommandation
- Mr Gilbert Mounier, consultant qualité risques évaluation
- Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet à la HAS, service Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des maladies
- Dr Alain Proust, gynécologue obstétricien libéral à Anthony 92
- Dr Françoise Venditelli, gynécologue obstétricienne au CHU de Clermont-Ferrand 63, conseillère scientifique d'AUDIPOG, membre du groupe de lecture de la recommandation

Deux sollicitations

[Après la première réunion du groupe de travail](#) : recueil de retour d'expériences de démarches d'analyse et d'amélioration de la pertinence de la césarienne programmée à terme.

[Après la deuxième réunion du groupe de travail](#) : relecture du document de travail.





Stratégie de recherche documentaire

Dans un 1^{er} temps la recherche a porté sur l'identification des études sur la pertinence des césariennes programmées. La base de données Medline a été interrogée à partir de l'équation de recherche suivante sur la période 2000-2012 :

- [(planned caesarean OR scheduled caesarean OR expected caesarean OR intended caesarean OR elective caesarean) [title] OR "Cesarean Section" [Majr] AND (planned OR scheduled OR expected OR intended OR elective) [title]] AND ("Health Services Misuse" [Mesh] OR misuse OR overuse or underuse OR unnecessary OR Inappropriate Or appropriate field: title).

→ 5 références ont été obtenues.

Dans un 2^e temps la recherche a porté sur l'identification de chemins cliniques. La base de données Medline a été interrogée à partir de l'équation de recherche suivante sur la période 2000-2012 :

- [(planned caesarean OR scheduled caesarean OR expected caesarean OR intended caesarean OR elective caesarean) [title] OR "Cesarean Section" [Majr] AND (planned OR scheduled OR expected OR intended OR elective) [title] AND "Critical Pathways" [Mesh] OR "Clinical Protocols" [Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated" [Mesh] OR "Case Management"[Mesh] OR "Patient Care Planning" [Mesh:NoExp] OR (protocol OR pathway Or case management or integrated care) [title].

→ 18 références ont été obtenues.

La littérature française portant sur la pertinence et les chemins cliniques a également été recherchée dans la BDSP (Base de données de santé publique).

Sites consultés

- *National Institute for Clinical Excellence.* <http://pathways.nice.org.uk/>
- *Queensland Health Clinical Pathways Board.*
<http://www.health.qld.gov.au/psq/pathways/>
- *The RAND corporation.* <http://www.rand.org/topics/health-and-health-care.html>
- *OpenClinical Web Knowledge Management for Medical Care.* <http://www.openclinical.org/clinicalpathways.html>
- *NHS improvement.* <http://www.improvement.nhs.uk/Publications/tabid/56/Default.aspx>
- *European Pathway Association.* <http://www.e-p-a.org/index2.html>
- *Scottish Pathway Association.* <http://www.scottishpathways.com/publications/>
- Réseau Itinéraires Cliniques en Belgique et aux Pays-Bas.
<http://www.nkp.be/00000095de080620d/00000095de0fd374b/index.html>

En complément les chemins cliniques ont été recherchés sur les sites des hôpitaux ou des sociétés savantes de gynécologie obstétrique.





1. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. *Clinical Pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review)*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (3).
<http://apps.who.int/whl/reviews/CD006632.pdf>
2. Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco LM, Bornstein T. Un Paradigme Moderne pour l'Amélioration de la Qualité. Quality Assurance Project/URC; 2002.
<http://www.hciproject.org/node/1457>
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *BMJ*. 1996 Jan 13; 312(7023): 71-2.
<http://www.ncope.org/summit/pdf/Footnote1.pdf>
4. RAND Corporation. *The RAND/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica: RAND; 2001.
http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html#toc
5. Haute Autorité de Santé. Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. Guide méthodologique. St-Denis la Plaine: HAS; 2011.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120711/choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has
6. Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme. St-Denis la Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme
7. Ministère des solidarités de la santé et de la famille, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Ministère de la santé; 2011.
<http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
8. Ministère de la santé et des sports, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques, Vilain A. Enquête nationale périnatale 2010. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2011.
<http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
9. Euro-Peristat, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Rapport européen sur la périnatalité: la France comparée aux autres pays d'Europe. 2008.
<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-perinatalite-la-france-comparee-aux-autres-pays-d-europe>
10. Agency for Healthcare Research and Quality, Viswanathan M, Visco AG, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM et al. *Cesarean delivery on maternal request*. Rockville: AHRQ; 2006.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38731/>
11. Haute Autorité de Santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. St-Denis la Plaine: HAS; 2000.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272145/methodes-et-outils-des-demarches-qualite-pour-les-etablissements-de-sante
12. Haute Autorité de Santé. Programmes d'amélioration des pratiques (PAP) Démarche générale d'élaboration. St Denis la Plaine: HAS; 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/pap-upp_23-06-08.pdf
13. National Institute for Health and Clinical Excellence. *How to change practice. Understand, identify and overcome barriers to change*. London: NICE; 2007.
<http://www.nice.org.uk/media/AF1/73/HowToGuideChangePractice.pdf>
14. Agency for Healthcare Research and Quality. *Strategies to Reduce Cesarean Birth*. Rockville: AHRQ 2012
<http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?productid=674&pageaction=displayproduct>
15. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Planning the mode of birth. NICE Pathway*. London: NICE; 2011.
<http://pathways.nice.org.uk/pathways/caesarean-section/planning-the-mode-of-birth>
16. Haute Autorité de Santé. Revue de pertinence des soins (RPS). St-Denis la Plaine: HAS; 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434809/revue-de-pertinence-des-soins-rps?xtmc=revue de pertinence&xtr=1
17. Haute Autorité de Santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. St Denis la Plaine: HAS; 2003.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_457168/reussir-un-audit-clinique-et-son-plan-d-amelioration
18. Haute Autorité de Santé. Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. St-Denis la Plaine: HAS; 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_539669/elaboration-de-criteres-de-qualite-pour-l-evaluation-et-l-amelioration-des-pratiques-professionnelles
19. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). St Denis la Plaine: HAS; 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817
20. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. St-Denis la Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante



21. Haute Autorité de Santé. Conception et rôle des indicateurs de qualité dans l'EPP : l'expérience COMPAQH. St-Denis la Plaine: HAS; 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456554/conception-et-role-des-indicateurs-de-qualite-dans-l-epp-l-experience-compaqh
22. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. Genève: OMS; 2007.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/monitoring_obstetric_services_fr.pdf
23. Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Claris O, Tessier V, Pinquier D, Teurnier F, Lansac J, Maria B. Réseau Sentinelle Audipog 2004–2005. Partie2: évaluation des pratiques professionnelles. Gynecol Obstet Fertil. 2008; 36(12): 1202-1.
24. Vendittelli F, Pons JC, Lemery D, Mamelle N; Obstetricians of the AUDIPOG Sentinel Network. The term breech presentation: neonatal results and obstetric practices in France. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;125(2): 176-84.
25. De Roquefeuil L, Studer A, Neumann A, Merlière Y. L'échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites. Prat Org Soins. 2009; 40(3): 213-23.
26. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes. St Denis la Plaine: HAS; 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes?xtmc=&xtcr=2
27. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. Birth. 2005; 32(4): 252-61.
28. Montgomery.A.A, Emmett C.L., Fahey T., Jones C., Ricketts I., Patel R.R., Peters T.J., Murphy D.J. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. BMJ. 2007; 334(7607): 1305.
29. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 6.
30. Haute Autorité de Santé. Le chemin clinique. Une méthode d'amélioration de la qualité. St Denis la Plaine : HAS ; 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf
31. Wells CE, Cunningham FG. Choosing the route of delivery after cesarean birth. Uptodate 2012-06-07
<http://www.uptodate.com/contents/choosing-the-route-of-delivery-after-cesarean-birth?view=print>
32. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Césarienne programmée. Fiche d'information des patientes. Paris: CNGOF; 2009.
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_06.HTM
33. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Version par manœuvres externes. Fiche d'information des patientes. Paris: CNGOF; 2009.
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_11.HTM
34. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Société francophone du diabète. Le diabète gestationnel. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: CNGOF; 2010.
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf
35. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. St-Denis La Plaine: HAS; 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
36. Yeni P. Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris: La Documentation Française; 2010.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf



Toutes les publications sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr



2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

